

# HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

Joseph M. Rey, Francisco B. Assumpção Jr, Carlos A. Bernad, Füsün Çetin Çuhadaroğlu, Bonnie Evans, Daniel Fung, Gordon Harper, Loïc Loidreau, Yoshiro Ono, Dainius Pūras, Helmut Remschmidt, Brian Robertson, Olga A. Rusakoskaya, Kari Schleimer

Edición: Matías Irrazaval & Andres Martin

Traducción: Fernanda Prieto-Tagle



Joseph M Rey MD, PhD,  
FRANZCP

Profesor de Psiquiatría,  
Facultad de Medicina de la  
Universidad de Notre Dame,  
Sidney; Profesor Honorario,  
Facultad de Medicina de la  
Universidad de Sidney, Sidney,  
Australia

Conflictos de interés: no se  
declaran

Francisco B Assumpção Jr

Profesor, Facultad de Medicina  
de la Universidad de São Paulo  
& Profesor Asociado, Instituto  
de Psicología de la Universidad  
de São Paulo, Brasil.

Conflictos de interés: no se  
declaran

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a [jmrey@bigpond.net.au](mailto:jmrey@bigpond.net.au)

Cita sugerida: Rey JM, Assumpção FB, Bernad CA, Çuhadaroğlu FC, Evans B, Fung D, Harper G, Loidreau L, Ono Y, Pūras D, Remschmidt H, Robertson B, Rusakoskaya OA, Schleimer K. Historia de la psiquiatría del niño y el adolescente (Irrazaval M, Martin A eds. Prieto-Tagle F, trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2018,

## TABLA DE CONTENIDOS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCCION</b>  | <b>3</b>  |
| <b>LA PSIQUIATRÍA INFANTIL ANTES DEL SIGLO XX</b>                              | <b>4</b>  |
| <b>EL SIGLO XX - EL SIGLO DEL NIÑO</b>   | <b>5</b>  |
| Evaluación   | 6         |
| <i>Inteligencia</i>  | 6         |
| <i>Cuestionarios</i>   | 8         |
| <i>Entrevistas Diagnósticas</i>  | 9         |
| Psicología del desarrollo  | 9         |
| <i>G Stanley Hall</i>  | 9         |
| <i>Psicoanálisis</i>   | 10        |
| <i>Piaget, Vygotsky y Bowlby</i>   | 11        |
| <i>Naturaleza vs ambiente</i>  | 12        |
| <i>Psicopatología del desarrollo</i>   | 14        |
| Discapacidad intelectual   | 14        |
| El movimiento de orientación del niño<br>("Child guidance movement")           | 17        |
| Epidemiología  | 18        |
| <i>Estudios prospectivos</i>   | 19        |
| Taxonomía  | 19        |
| <i>La Clasificación Internacional de Enfermedades</i>                          | 20        |
| <i>El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos<br/>    Mentales</i>  | 21        |
| <i>Otras clasificaciones</i>   | 22        |
| <i>Enfoques dimensionales</i>  | 22        |
| Terapia cognitivo-conductual   | 23        |
| Terapia familiar   | 24        |
| <i>Programas de entrenamiento para padres</i>                                  | 25        |
| Terapia farmacológica y tratamientos somáticos                                 | 26        |
| <i>La revolución farmacológica de 1950</i>                                     | 27        |
| La psiquiatría infantil como una rama de la medicina                           | 28        |
| <i>Psiquiatría infantil y pediatría</i>  | 29        |
| <i>Pediatría conductual</i>  | 31        |
| <b>HISTORIA DE LA IACAPAP</b>  | <b>31</b> |
| <b>HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL EN DIFERENTES PAÍSES<br/>Y REGIONES</b> | <b>34</b> |
| África   | 34        |
| Argentina  | 35        |
| Asia   | 39        |
| Brasil   | 42        |
| Países de Europa Central y del Este  | 43        |
| Francia  | 48        |
| Alemania   | 53        |
| Japón  | 57        |
| Federación Rusa  | 59        |
| Turquía  | 61        |
| Reino Unido  | 63        |
| Estados Unidos de América  | 69        |
| <b>CONCLUSIONES</b>  | <b>73</b> |
| <b>Apéndice: Historia de la Psiquiatría Infantil en Chile</b>                  | <b>79</b> |

Carlos A Bernad MD,  
MPSYCH

Buenos Aires, Argentina.

Conflictos de interés: no se  
declaran

Fusun Çetin Çuhadaroğlu  
MD

Profesor de Psiquiatría Infantil  
y Adolescente, Facultad de  
Medicina de la Universidad  
Hacettepe, Ankara, Turquía

Conflictos de interés: no se  
declaran

Bonnie Evans PhD

Becaria de Investigación Pos  
Postdoctoral Wellcome Trust,  
Queen Mary, Universidad de  
Londres

Conflictos de interés: no se  
declaran

Gordon Harper MD

Profesor Asociado de  
Psiquiatría, Facultad de  
Medicina de la Universidad de  
Harvard, Massachusetts, EEUU

Conflictos de interés: no se  
declaran

Loïc Loidreau MD

Psiquiatra del Niño y el  
Adolescente. Centre Hospitalier  
de Montauban, Montauban,  
Francia.

Conflictos de interés: no se  
declaran

Yoshiro Ono MD, PhD

Director, Prefectura de  
Wakayama, Centro de  
Salud Mental & Bienestar,  
Wakayama, Japón

Conflictos de interés: no se  
declaran

Dainius Pūras MD

Profesor y Director, Centro de  
Psiquiatría Infantil y Pediatría  
Social, Universidad Vilnius,  
Lituania.

Conflictos de interés: no se  
declaran

Helmut Remschmidt Prof Dr  
med Dr phil

Departamento de Psiquiatría  
Psicoterapia y Psicosomática  
del Niño y el Adolescente,  
Facultad de Medicina de

“¿Qué pronto puede un niño puede volverse loco?” se preguntó Henry Maudsley en su libro de texto *La Patología de la Mente* publicado en 1895. “Obviamente no antes de que tenga una mente que pueda malograrse, y entonces sólo en proporción a la cantidad y calidad de mente que tenga”, aludiendo a la creencia generalizada, incluso a finales del siglo XIX, de que las mentes de los niños no estaban lo suficientemente desarrolladas y estables como para poder presentar mucha psicopatología.

La historia de la psiquiatría infantil—un término que puede significar un conjunto de servicios, un conjunto de conocimientos y una profesión—está inextricablemente ligada a la historia de la infancia; reconocer la infancia como un período distinto del desarrollo es un prerrequisito para reconocer la psiquiatría infantil como disciplina (un capítulo completo de este libro, el capítulo J. 9, está dedicado a la historia de la infancia). Por lo tanto, la historia de la psiquiatría infantil está entrelazada con nuestra comprensión del desarrollo, las prácticas de crianza de los niños, el lugar que ocupan los niños en la sociedad y campos no médicos, como la justicia juvenil y la educación. Por ejemplo, algunos historiadores datan los inicios de la psiquiatría infantil en los Estados Unidos hasta 1899, cuando el estado de Illinois estableció la primera corte juvenil del país en Chicago (Schowalter, 2003).

Se pueden encontrar pocas referencias anteriores al siglo XIX sobre la psicopatología infantil. Esto no se limita a los trastornos mentales infantiles; la pediatría comenzó a emerger como especialidad médica a finales del siglo XVIII. El *Hôpital des Enfants-Malades*, fundado en 1802 en París, fue el primer hospital creado especialmente para el tratamiento de los niños enfermos (TEC, 1981). Great Ormond Street abrió sus puertas en Londres 50 años después. Sin embargo, los hospitales del Reino Unido y de otros lugares han estado prestando atención hospitalaria a un número considerable de niños mucho antes de esa fecha (Williams & Sharma, 2014).

Los primeros brotes de la psiquiatría infantil no aparecieron en el árbol clínico hasta la década de 1920, con el movimiento de la orientación del niño (“*child guidance movement*”, en inglés). Por ejemplo, lo que ahora llamamos la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines (IACAPAP) comenzó en 1937, y la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (AACAP) fue fundada en 1953. La Unión Europea de Psiquiatras Pediátricos, que más tarde se convirtió en la Sociedad Europea de Psiquiatría Infantil y Adolescente (ESCAP), celebró su primera reunión en octubre de 1954. En muchos países, la psiquiatría infantil todavía no está reconocida formalmente como una subespecialidad, no se enseña en las escuelas de medicina y no tiene una formación formal.

Dada su corta vida, ¿Se justifica una *historia* de la psiquiatría infantil? Si bien la psiquiatría infantil como subespecialidad está en sus inicios, es importante hacer un seguimiento de su desarrollo, especialmente ahora que muchos de sus pioneros están todavía vivos o pueden ser recordados por personas que aprendieron de ellos de primera mano. Sería negligente no registrar las tendencias pasadas y algunos de los eventos clave, ya que gran parte de esa historia puede ser olvidada y se perdería una oportunidad para aprender de los errores y éxitos del pasado. También permitirá situar los temas actuales en un contexto histórico. Sin embargo, tratar

Philipps-Universität Marburg, Schützenstr. Marburg, Alemania

Conflictos de interés: no se declaran

Brian Robertson MD

Universidad de Ciudad de Cabo, Sudáfrica

Conflictos de interés: no se declaran

Olga Alekseevna Rusakovskaya

Investigador Senior, Centro Nacional Serbsky de Investigación en Psiquiatría Social y Forense & Universidad de Psicología y Pedagogía de Moscú, Federación Rusa.

Conflictos de interés: no se declaran

Kari Schleimer MD, PhD

Consultor Senior y Orador, Departamento de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, UMAS, Hospital Malmö, Universidad de Lund, Suecia

Conflictos de interés: no se declaran

- ¿Tiene preguntas o dudas?
- ¿Quiere hacer algún comentario?

Haga clic en este ícono para ir a la página de Facebook del Manual y compartir su visión respecto al capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o editor, o realizar comentarios.

de resumir la historia de la psiquiatría infantil y adolescente de forma global—la especialidad ha evolucionado de manera diferente en diferentes países, por ejemplo, Argentina, Francia, la Unión Soviética y el Reino Unido—es una gran empresa y no se puede llevar a cabo con el detalle que se merece en el marco de este capítulo. Con este fin y para dar una idea de la variedad de prácticas y tradiciones, se pintará un gran fresco. En este contexto, se presentan breves resúmenes de la historia en unos pocos países o regiones geográficas, para poner de relieve las similitudes y diferencias, para mostrar que factores políticos, económicos, sociales y culturales tuvieron un impacto en su desarrollo, y que personas de muchos países hicieron grandes contribuciones a la disciplina, a menudo no suficientemente reconocidas en la narrativa dominante, escrita en inglés. En este capítulo se utiliza el término “psiquiatría infantil” para referirse a la psiquiatría del bebé, niño y adolescente, según corresponda.

## LA PSIQUIATRÍA INFANTIL ANTES DEL SIGLO XX

Antes del año 1900 existía poco interés en la psiquiatría infantil. Ningún artículo que hiciera referencia a los niños fue publicado en los primeros 45 años de la Revista Americana de Locura (*American Journal of Insanity*, en inglés) (1844–1889), precursora de la *Revista Americana de Psiquiatría* (*American Journal of Psychiatry*, en inglés) (Levy, 1968a). Benjamin Rush (1812)—probablemente el primer psiquiatra americano—no mencionó a los niños en su influyente libro de texto *Consultas y Observaciones Médicas Sobre las Enfermedades de la Mente* (*Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*, en inglés).

Si bien en todas las épocas algunos niños han mostrado problemas emocionales y de comportamiento, estos no eran considerados problemas médicos y eran tratados de diferentes maneras a lo largo de los siglos. Los trastornos de conducta eran considerados en gran medida como problemas morales, por lo que merecían ser castigados (el resultado de *maldad* más que de *locura*). El fracaso en el aprendizaje generalmente conducía a una existencia marginada, por ejemplo, como el idiota del pueblo. Los escasos escritos médicos del siglo XVIII se centraron principalmente en temas como las convulsiones, el miedo en los sueños, los trastornos del sueño, la tartamudez, la rivalidad entre hermanos y la epilepsia. La opinión predominante era que “la locura no existía antes de la pubertad, y a menudo se observaba que los niños no aparecían en asilos públicos o casas de locos privadas” (Parry-Jones, 1989). La situación cambió en el siglo XIX, cuando los libros de texto de psiquiatría general comenzaron a mencionar la locura en los niños. Por ejemplo, el libro publicado en 1895 por Maudsley dedicó un capítulo a “la locura de la vida temprana”, mientras que Griesinger (1867) señaló que la manía y la melancolía sí ocurrían en los niños. “Un estudio de más de 300 jóvenes, de hasta 19 años de edad, admitidos en los asilos de Oxfordshire en el siglo XIX, reveló una amplia gama de presentaciones clínicas que incluían un número sustancial de niños con defectos mentales [...] Las supuestas causas de locura se dividieron en dos grandes categorías. En primer lugar, había causas psicológicas como el miedo y el dolor y, en segundo lugar, causas físicas, como la epilepsia y las fiebres infecciosas, como la tifoidea y el sarampión” (Parry-Jones, 1989). Los manicomios de lunáticos fueron los precursores de los hospitales psiquiátricos.

Hacia finales del siglo XIX, ya había una creciente comprensión de los múltiples factores involucrados en el desarrollo de los trastornos psiquiátricos infantiles, aunque el énfasis estaba en la herencia: “El curso del crecimiento y el desarrollo del cerebro está marcado por muchos peligros, y no es de extrañar, pues que el proceso de llevar a la perfección la más alta evolución de la naturaleza, puesto que este proceso se ve constantemente obstaculizado y amenazado por enfermedades propias del período, por la ignorancia de los padres de lo que el cerebro necesita y por condiciones antihigiénicas de todo tipo. Por encima de todo, el proceso no se puede completar adecuadamente en muchos casos porque existe una herencia adversa — un verdadero destino contra el cual el conocimiento, el afecto y la voluntad y el dominio de toda condición favorable son a menudo imposibles de controlar [...] La tendencia hereditaria hacia la locura, por muy fuerte que sea, rara vez se convierte en una enfermedad mental hasta que el período de la adolescencia está bien avanzado” (Tuke, 1892, p. 357).

Era ampliamente considerado que el desarrollo humano completo no se lograba hasta los 25 años de edad (confirmado recientemente por las técnicas de imagenología cerebral), y que la locura era rara en los adolescentes, llegando a ser más frecuente en los adultos jóvenes: “No existe un período de la vida donde la locura sin complicaciones ocurra con más frecuencia que durante la finalización de la era fisiológica de la adolescencia, de los veintiuno a los veinticinco años. En cuanto al sexo, nuestras estadísticas parecen mostrar que la adolescencia no parece ser un factor de desequilibrio mental tan poderoso en las mujeres como en los hombres” (Tuke, 1892, p. 262). La pubertad fue reconocida como una causa importante de locura, y Durand-Fardel (1889) destacó la existencia del suicidio en los niños.

Si bien se creía que la locura juvenil era rara, su existencia llegó a ser ampliamente aceptada—a final del siglo XIX la mayoría de los libros de texto incluían secciones sobre los niños—y se diferenció la locura juvenil de la discapacidad intelectual y la epilepsia (Parry-Jones, 1989). En 1887, el psiquiatra alemán Hermann Emminghaus (1887) publicó uno de los primeros tratados sobre la psiquiatría infantil (*Alteraciones Psiquiátricas en la Infancia*). En contraste, la innovadora taxonomía psiquiátrica de Kraepelin, publicada en 1883, pasó por alto los trastornos en los niños.

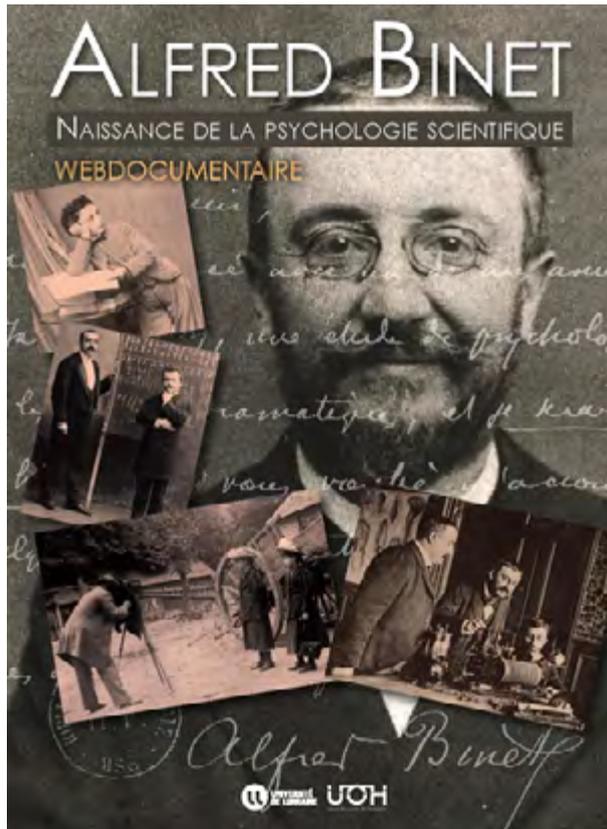


**Henry Maudsley**  
(1835-1918), psiquiatra británico, fue uno de los primeros en describir la locura en niños en su libro publicado en 1895.

## SIGLO XX

### EL SIGLO DEL NIÑO

Ellen Key, escritora y sufragista sueca conocida por su libro *El Siglo del Niño* (*Barnets Århundrade, The Century of the Child*, en inglés), publicado en 1900, propuso que los niños deberían ser la preocupación central de la sociedad durante el siglo XX, que ella denominó “el siglo del niño”. Su libro fue muy influyente en la comprensión del papel de los niños en la sociedad (ver Capítulo J. 9) y en la psiquiatría infantil. A principios de 1900 ocurrieron muchos avances significativos que sentaron las bases para que la psiquiatría infantil se convirtiera en la disciplina médica de pleno derecho que es hoy en día. Estos incluyen mejoras en la medición, avances en la psicología del desarrollo, el surgimiento del psicoanálisis y los movimientos de higiene mental y orientación del niño.



[Haga clic en la imagen para ver un documental en línea sobre Alfred Binet \(en francés\)](#)

En la segunda mitad de siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial, se produjo una explosión de la investigación, con grandes avances en la comprensión de la naturaleza de los trastornos mentales infantiles, su diagnóstico y clasificación, y en el tratamiento—guiado por enfoques cognitivos y conductuales y psicofarmacología. También la disciplina se estableció definitivamente como una especialidad médica.

## EVALUACIÓN

La capacidad de cuantificar de forma confiable los fenómenos constituye el núcleo del progreso científico; y también en el ámbito de la salud mental. El desarrollo de instrumentos de medición ha permitido el progreso científico de la disciplina y que la psiquiatría infantil se convierta en una parte respetada de la medicina. Además, en el último siglo se ha observado un cambio, de la preocupación sobre una supervivencia justa a una conceptualización de la salud como ausencia de enfermedad, y como la capacidad de los individuos para realizar sus actividades diarias. En términos de calidad de vida, es cada vez más reconocido que ésta se ve muy influenciada por la salud mental, la resiliencia y la capacidad de una persona, factores que necesitaban ser medidos de manera confiable.

### Inteligencia

Alfred Binet (1857-1911), uno de los psicólogos y científicos franceses más influyentes, transformó la medición de la inteligencia, sentando las bases para la psicología cuantitativa y la psiquiatría. En 1905, Binet publicó junto con Théodore Simon la primera escala estandarizada de inteligencia, la Prueba de Binet-Simon. La puntuación en la escala revelaba la edad mental del niño y permitía establecer

si concordaba o no con la edad cronológica. La prueba consistía en treinta tareas de dificultad creciente, producto de más de 15 años de trabajo e investigación experimental con niños. La Prueba de Binet y Simon fue estandarizada en los Estados Unidos poco después por Lewis Terman, un psicólogo de la Universidad de Stanford. Publicada por primera vez en los EE.UU. en 1916, fue llamada la Escala de Inteligencia Stanford-Binet y pronto se convirtió en la prueba de inteligencia utilizada habitualmente en los EE.UU. Una versión actualizada de esta escala sigue en uso.

Binet no creía que su prueba medía una inteligencia innata y cristalizada; al contrario, creía que las puntuaciones de inteligencia podían diferir dependiendo de una variedad de factores, como el temperamento y la motivación. Él planteó la hipótesis de que la inteligencia era la suma de una variedad de habilidades y que se podría obtener una estimación confiable de ésta evaluando cada una de estas habilidades y sumando los resultados. La cifra así obtenida era más fiable que las estimaciones de los profesores y los padres. El debate sobre *qué es* la inteligencia se ha intensificado desde entonces y aún está lejos de haberse aclarado. Sin embargo, la introducción de las pruebas de inteligencia revolucionó la práctica clínica y la investigación, al permitir que las intervenciones se adaptaran a las necesidades y capacidades de cada niño.

La creación de un nuevo instrumento por David Wechsler (1896-1981), psicólogo estadounidense, abordó algunas de las limitaciones de la Prueba de Stanford-Binet y representó el siguiente paso en las pruebas de inteligencia. En 1939 compiló una batería de pruebas para adultos conocida como la Escala de Inteligencia Wechsler-Bellevue. Wechsler creía—como Binet—que la inteligencia implicaba una variedad de habilidades mentales y enfatizó que factores como la personalidad contribuían a la inteligencia. Rechazó el concepto de una edad mental *ideal* con respecto a la cual puede medirse el rendimiento individual y definió la *inteligencia normal* como el resultado promedio del examen obtenido por todos los miembros de un mismo grupo etario; el promedio podía entonces ser representado por 100 en una escala estándar.

La Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (WISC) fue publicada en 1949. El WISC fue una adaptación para niños de varios de los subtests que formaban la Escala de Inteligencia Wechsler-Bellevue, junto con otros subtests diseñados específicamente para el WISC. Los subtests se organizaron en las escalas *verbal* y *manual*, y proporcionaban puntuaciones para un CI verbal (CIV), un CI manual (CIM) y un CI total (CIT), destacando que las habilidades no son necesariamente homogéneas. Es decir, algunos niños pueden tener altas habilidades verbales pero bajas habilidades manuales, como por ejemplo en tareas visuoespaciales. El WISC, que desde entonces ha sido actualizado regularmente y estandarizado en diferentes países y culturas, se ha convertido en la prueba de inteligencia más utilizada en niños.

Si bien la medición del rendimiento escolar ya se había realizado anteriormente, la publicación de la Prueba de Desempeño de Stanford por parte de Terman y sus colegas en 1923, hizo posible la realización de pruebas escolares a gran escala. En la actualidad, las pruebas de rendimiento se utilizan ampliamente en el contexto clínico, para detectar áreas de necesidad educativa y para la financiación escolar.

## Cuestionarios

G Stanley Hall (ver abajo) fue el motor principal detrás del desarrollo de los cuestionarios. Sus cuestionarios cubrieron temas tan diversos como los miedos y los sueños. Poco después, William Healy (uno de los iniciadores del movimiento de orientación del niño) y Grace Fernand publicaron en 1911 una serie de pruebas para evaluar a los niños infractores de ley. Posteriormente, se desarrollaron muchos otros cuestionarios para medir síntomas específicos (p. ej., depresión, hiperactividad); y a partir de la década de 1960, una amplia gama de comportamientos problemáticos. El último tipo de estos cuestionarios, impulsado por Achenbach, se ha convertido en un sistema empírico de diagnóstico clínico: el sistema ASEBA (Achenbach, 2009; ver también el Capítulo A. 3). Más recientemente, ha habido un creciente interés en los cuestionarios breves, que pueden ser utilizados con fines de cribado, como por ejemplo, el *Cuestionario de Capacidades y Dificultades* (SDQ, por sus siglas en inglés) de Goodman (1997). Achenbach (1987) también destacó que para lograr una representación más válida en psiquiatría infantil, es necesario obtener información de una variedad de fuentes—padre, niño, educador—que a menudo no están de acuerdo. Es ampliamente reconocido que esto es algo necesario, si bien aún se debate cómo debe ser integrada esa información. Los cuestionarios se han convertido en una parte integral de las buenas prácticas clínicas, principalmente para evaluar la gravedad de los síntomas y realizar un seguimiento de la respuesta al tratamiento.



Primera fila, de izquierda a derecha: Sigmund Freud, G Stanley Hall, CG Jung; Segunda fila: Abraham A Brill, Ernest Jones, Sándor Ferenczi. Clark University, 1909.

## Entrevistas diagnósticas

La necesidad de mejorar la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico, que se hizo evidente en las décadas de 1960 y 1970, no sólo impulsó la creación de mejores taxonomías, sino también el desarrollo de entrevistas diagnósticas estructuradas y semiestructuradas, facilitadas por la disponibilidad de criterios diagnósticos operacionalizados (p.ej., en el DSM-III). Un ejemplo de entrevista estructurada es la diseñada por David Shaffer y sus colegas (1996) siguiendo un modelo utilizado en adultos. En las entrevistas estructuradas se utilizan un conjunto de preguntas con respuestas afirmativas o negativas, que recogen los síntomas específicos necesarios para hacer un diagnóstico, por lo que pueden ser administradas por personas sin formación en salud mental. Estas entrevistas se han utilizado principalmente en estudios epidemiológicos y su administración se ha simplificado en gran medida con la introducción de la informática móvil.

Las entrevistas semiestructuradas consisten en una variedad de síntomas específicos (que coinciden con los criterios diagnósticos para un trastorno en particular), que necesitan ser calificados mediante reglas estrictas de puntuación, pero el entrevistador tiene libertad para hacer otras preguntas y aclaraciones. Inicialmente estas entrevistas eran administradas por profesionales de salud, lo cual era prohibitivamente caro. Un ejemplo de entrevista semiestructurada es el *Kiddie-SADS*, desarrollado por Joaquim Puig-Antich y sus colegas.

## PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

La psicología del desarrollo busca explicar cómo los niños cambian con el tiempo. Entender el desarrollo es importante para el estudio de la psicopatología. El interés en este campo creció con el reconocimiento de la infancia como área de estudio importante durante el siglo XIX (ver Capítulo J.9). Un tema recurrente ha sido la tensión entre los defensores del papel de la naturaleza versus el ambiente, y su interacción en el desarrollo.

La aparición de la psicología del desarrollo como disciplina es imprecisa, pero se remonta a 1882, cuando Wilhelm Preyer, un fisiólogo alemán, publicó *La Mente del Niño*. En este libro, Preyer presentó sus observaciones sobre el desarrollo de su propio hijo desde el nacimiento hasta los tres años de edad; su trabajo fue admirado más por su metodología que por la originalidad de su pensamiento. La disciplina se estableció aún más después del trabajo de Alfred Binet sobre la medición de inteligencia y de James Mark Baldwin (1861-1934), un psicólogo estadounidense conocido por el “Efecto Baldwin”, que plantea que los factores epigenéticos influyen la dotación congénita tanto como, o más que, la selección natural.

### G Stanley Hall

G Stanley Hall (1844-1924) es considerado el fundador de la psicología como disciplina organizada en los Estados Unidos. Creó la primera revista americana de psicología infantil en 1891 (*Seminario Pedagógico*) y la primera sociedad de estudio del niño en 1894. Fue influenciado grandemente por científicos en Alemania, donde pasó sus primeros años profesionales. La invitación que hizo en 1909 a Sigmund Freud para hablar en la Universidad de Clark llevó el psicoanálisis



Haga clic en la imagen para ver una breve biografía de **James Mark Baldwin** (1861-1934), un psicólogo estadounidense que hizo importantes contribuciones a la psicología del desarrollo (en español; 7:31)



**Jean Piaget** (1896-1980) con **Bärbel Inhelder**, su más conocida colaboradora.

Haga clic en la imagen para ver “Piaget en Piaget”, un documental sobre la epistemología genética de Jean Piaget. Muestra algunos de los experimentos clásicos sobre seriación, conservación de volumen y dibujos. Rodado en Suiza en 1977 (en francés con subtítulos en inglés; 41:34)

a norteamérica. También logró el reconocimiento de la psicología como una profesión. Unas de las publicaciones más importantes de Hall fueron sus dos volúmenes dedicados a la adolescencia, que conceptualizó como la etapa evolutiva entre los 14 y 24 años de edad (Hall, 1904). Además de describir la adolescencia como un tiempo de “tormenta y estrés”—un concepto muy criticado en los años subsiguientes—señaló que la adolescencia se caracterizaba por un aumento de la prevalencia del estado de ánimo deprimido, las tasas de criminalidad, la búsqueda de sensaciones y la susceptibilidad a las influencias de los medios de comunicación. También destacó la importancia de las relaciones entre pares. Del mismo modo, Hall definió lo que hoy en día a menudo se denomina “agresión relacional”—tan común en esta era de los medios sociales, particularmente entre las niñas—es decir, la agresión expresada a través del chisme, el rumor y el ostracismo. Apoyó una visión evolutiva del desarrollo, que entre otras consecuencias le llevó a creer que los niños no deberían ser enseñados a leer hasta la edad de ocho años, porque la alfabetización había ocurrido muy tarde en la historia evolutiva humana (Arnett, 2006).

## Psicoanálisis

Uno de los personajes que dominó el pensamiento psiquiátrico durante la mayor parte del siglo XX fue el neurólogo y psiquiatra austriaco Sigmund Freud (1856-1939). La comprensión de Freud del desarrollo surgió de su enfoque de la personalidad humana y la psicopatología basado en sus recuerdos y los de sus pacientes. Freud desarrolló un modelo en el cual la *libido* (impulso sexual) del niño se localiza en diferentes partes del cuerpo a medida que el niño crece (etapa oral, anal, fálica, de latencia y genital). Su modelo es dinámico e interactivo; él creía que aunque la secuencia y el tiempo de estas etapas está determinada biológicamente, el desarrollo exitoso de la personalidad depende de las experiencias que los niños tengan durante cada etapa. Freud argumentó que la neurosis podía ser explicada en términos de una fijación o regresión en estas fases, debido a traumas u otras experiencias, y podría ser revertida usando técnicas psicoanalíticas. Aunque muchos detalles de la teoría del desarrollo de Freud han sido ampliamente desacreditados, su énfasis en la importancia de las experiencias de la primera infancia ha tenido un impacto duradero.



[Haga clic en la imagen para ver un resumen crítico de las teorías sobre la privación materna \(La obra de René Spitz, John Bowlby y Michael Rutter\) \(6:51\).](#)

Anna Freud (1895-1982), la hija menor de Sigmund, y Melanie Klein (1882-1960) han sido dos de las figuras más influyentes en el psicoanálisis infantil (Anthony, 1986). Ambas nacieron en Austria y trabajaron profesionalmente en Inglaterra, donde desarrollaron su propio enfoque, bastante diferente, del análisis infantil. Su influencia en la psiquiatría infantil, particularmente a través del movimiento de orientación del niño, ha sido enorme. Cabe destacar que la revista *Estudio Psicoanalítico del Niño*, un proyecto angloamericano, se ha publicado continuamente desde 1945.

### **Piaget, Vygotsky y Bowlby**

El florecimiento de la psicología del desarrollo ocurrió después de la Primera Guerra Mundial con Jean Piaget (Suiza), Lev Vygotsky (Rusia) y John Bowlby (Reino Unido). Piaget (1896-1980) planteó que los niños piensan de manera diferente a los adultos, y que pasan por cuatro etapas de desarrollo cognitivo (sensorial, preoperacional, operacional concreto y operacional formal). Para Piaget, el desarrollo es biológico y cambia a medida que el niño madura. Las ideas y la metodología de Piaget revolucionaron la psicología del desarrollo y tuvieron una enorme influencia en la educación y en futuros investigadores. Esto no significa que no haya habido críticas. Por ejemplo, no todo el mundo aceptó que el desarrollo se produce en etapas, prefiriendo verlo como un continuo. Además, la metodología de Piaget era bastante subjetiva, involucrando a un pequeño grupo de niños y por lo tanto estaba sujeto a sesgos, y subestimaba la importancia de las influencias sociales y culturales.

Vygotsky (que murió de tuberculosis en 1934 a la edad de 37 años) creía en el papel fundamental de la interacción social en el desarrollo cognitivo. A diferencia de la idea de Piaget de que el desarrollo de los niños debe preceder al aprendizaje, Vygotsky argumentó que el aprendizaje social es *anterior* al desarrollo. Sugirió que el aprendizaje ocurre a través de las interacciones que los niños tienen con sus compañeros, educadores y otras personas, y que el lenguaje juega un papel clave en este proceso. Sus teorías tuvieron una gran influencia en la Unión Soviética, pero

no fueron conocidas en los países occidentales hasta la década de 1960; y dieron impulso a una considerable investigación sobre la importancia de las interacciones sociales en el aprendizaje.

John Bowlby (1907-1990) era un psiquiatra con formación en psicoanálisis que se convirtió en el director de la influyente Clínica Tavistock en Londres. Bowlby nació en el seno de una familia de clase media alta, que creía que un exceso de afecto paternal estropea a un niño y, como resultado, lo enviaron a un internado a la edad de siete años, lo que más tarde describió como traumático. Fue influenciado por de las teorías etológicas populares de la época, particularmente los estudios de Lorenz (1935) sobre la impronta. Lorenz demostró que el apego en los patos es innato y por lo tanto tiene un valor de supervivencia. También fue influenciado por el pensamiento de psicoanalistas como Melanie Klein. Sin embargo, no estuvo de acuerdo con la creencia psicoanalítica de que las respuestas de los bebés se relacionaban más con sus fantasías internas que con los eventos de la vida real. Su monografía de 1951 sobre la privación materna, *Cuidado Materno y Salud Mental*, fue sumamente influyente; en particular sus argumentos sobre la importancia de las relaciones tempranas de apego y el daño infligido cuando la relación entre padres e hijos se ve afectada, como es en el caso del cuidado institucional o la separación. Algunos de estos temas ya habían sido destacados por René Spitz mediante lo que él llamó la “depresión anaclítica”, refiriéndose a la privación emocional parcial, y el “hospitalismo” (privación total). Bowlby creía que la conducta de apego es instintiva y se activa cuando el niño se separa de la madre, se siente inseguro o temeroso. Él sugirió que un niño inicialmente forma sólo *una* relación de apego y que esta figura de apego actúa como una base segura para explorar el mundo, convirtiéndose en un prototipo para todas las relaciones futuras; de modo que interrumpir este vínculo puede tener graves consecuencias a largo plazo. Investigaciones posteriores mostraron que la creencia de Bowlby de un período sensible—entre los seis meses y los tres años de edad—durante el cual se pueden formar los vínculos es demasiado estrecho. En la actualidad se acepta ampliamente que, si bien existe un período sensible durante el cual, si es posible, se forman los apegos, el plazo parece ser más amplio y las consecuencias menos fijas e irreversibles. La teoría del apego se convirtió en un modelo importante para la psicoterapia y, en gran medida, es la cara aceptable del psicoanálisis actual. Así mismo, influyó la política de cuidado infantil en todo el mundo.

## Naturaleza *vs* ambiente

La afirmación “denme a un niño hasta que tenga 7 años y yo les daré al hombre” resume la posición de aquellos que creen en la preeminencia del ambiente. Este punto de vista fue adoptado en la segunda mitad del siglo XX por los conductistas, como el psicólogo estadounidense BF Skinner. Él pensaba que el comportamiento humano era aprendido, por ejemplo, como resultado de recompensas, lo que él llamó “condicionamiento operante”. Sin embargo, el debate sobre naturaleza y el ambiente se remonta a la antigüedad. Por ejemplo, Aristóteles pensaba que la mente era una pizarra en blanco (*tabula rasa*), haciendo de la educación y el ambiente los factores clave del desarrollo, mientras que Platón creía en un conocimiento innato, que es despertado por el aprendizaje y la experiencia. Las ideas de Aristóteles fueron posteriormente elaboradas por Avicena y, más recientemente, por pensadores como John Locke y Jean Jacques Rousseau.



[Haga clic en la imagen para ver una entrevista con Michael Rutter en la que se analiza la privación materna y las interacciones entre los genes y el medio ambiente \(8:21\)](#)



El punto de vista de que el comportamiento es predominantemente el resultado de la dotación genética fue la creencia más ampliamente aceptada en los círculos médicos en el siglo XIX y principios del XX, representada en la popularidad del movimiento eugenista. Actualmente se considera que la dicotomía entre naturaleza y crianza, genética y ambiente, es simplista, inexacta o incluso engañosa y que debe ser abandonada.

Durante las últimas cuatro décadas se ha producido un notable aumento en la comprensión de la naturaleza (genética), el cuidado (ambiente), los procesos de desarrollo y su interacción, lo que pone de relieve que todos ellos son importantes, se influyen entre sí y todos contribuyen al desarrollo. Por ejemplo, se sabe que durante las primeras etapas del desarrollo se produce una gran proliferación de neuronas y sinapsis. Esto es seguido por una poda selectiva—que continúa hasta alrededor de los veinticinco años—moldeada por las contingencias ambientales que afinan el desarrollo del cerebro de cada individuo para aprovechar al máximo el ambiente en el que se encuentran. Algunos—probablemente muchos—aspectos del desarrollo cerebral dependen de que los niños estén expuestos a experiencias particulares en momentos particulares (p.ej., la corteza visual no se desarrolla en individuos que son ciegos o criados en la oscuridad durante un período sensible). Es decir, la genética moldea el

Del ejército de 300.000 personas débiles mentales en los Estados Unidos provienen los reclutas que llenan las filas de borrachos, criminales, indigentes y otros marginados sociales. El 25% de las niñas y los niños en nuestros reformatorios carecen de fibra mental y son incapaces de discernir la diferencia entre el bien y el mal, o tienen un carácter demasiado débil para hacer el bien cuando existe un incentivo para hacerlo. El 65% de los niños tienen una madre o un padre, o ambos, que son débiles mentales. Este país no ha tomado hasta ahora ninguna medida para segregar a estas personas irresponsables, por lo que el número de ellas está en constante aumento [...]

Este ejército alimenta los rangos de los criminales, indigentes, mendigos, borrachos, y dispone quienes son inadaptados sociales. Su incapacidad sería una causa a priori de creer que eventualmente se convertirían en cargas públicas de una forma u otra, y la investigación, de hecho, demuestra que los grupos de delincuentes, mendigos, etc., en realidad contienen grandes porcentajes de personas mentalmente irresponsables.

**The New York Times, 10 de marzo de 1912**

## Los huérfanos rumanos

A principios de los años noventa, tras la caída de la Unión Soviética, surgió en Rumania una situación con consecuencias similares a las del niño salvaje de Aveyron. Miles de niños y niñas que sufrían de privación emocional extrema fueron encontrados en orfanatos muy pobres. Muchos no eran huérfanos, sino que habían sido colocados allí ya que sus padres eran incapaces de mantenerlos debido a la pobreza. Los padres no habían podido controlar el tamaño de sus familias debido a la prohibición de la anticoncepción y el aborto por parte del estado comunista, obligando legalmente a las mujeres menores de 45 años a tener al menos cinco hijos.

Los niños encontrados en estos orfanatos mostraban una variedad de alteraciones del comportamiento. Presentaban una limitada capacidad para hablar y moverse, conductas de balanceo, dificultad para dar y recibir afecto, conductas similares a la sintomatología autista y un acercamiento indiscriminado a los extraños. “En el orfanato, los niños eran aseados colocados a la fuerza bajo un grifo de agua fría, por lo que habían desarrollado una fobia al agua. Cuando llegaron, su piel estaba gris, pero no se trataba de arrojarlos en el baño. Teníamos que empezar por lavar las pequeñas zonas que tenían al descubierto con un paño facial. A la más pequeña, la llevé al baño cuando me estaba bañando, y cuando vi que ya no estaba petrificada, le pregunté si quería entrar ella también” (Taylor, 2002).

Varios de estos huérfanos fueron adoptados por familias británicas y estadounidenses y algunos de ellos fueron objeto de seguimiento a través del Proyecto de Adopción Inglés y Rumano. El estudio ha demostrado que los niños que sufren privaciones institucionales extremas suelen mostrar una enorme mejora en el funcionamiento psicológico tras una adopción exitosa. Sin embargo, una minoría considerable de los niños adoptados después de la edad de seis meses sigue presentando problemas importantes.

comportamiento de los niños al hacerles buscar experiencias específicas, pero en realidad estas experiencias también modifican la estructura y función del cerebro e influyen en el comportamiento posterior. Estos temas están bien resumidos por Rutter (2002), uno de los expertos en este campo.

## Psicopatología del desarrollo

La psicopatología del desarrollo es el estudio integrativo del desarrollo de los trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia, la depresión y el trastorno de conducta. Es decir, busca determinar las interacciones entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del desarrollo normal y anormal a lo largo de la vida. Los primeros estudios se remontan a los años setenta, como resultado de estudios longitudinales prospectivos de niños con riesgo de esquizofrenia. Dante Cicchetti, psicólogo estadounidense, desempeñó un papel importante en la definición y configuración de este campo en desarrollo (Toth & Cicchetti, 2010).

Algunos psiquiatras infantiles participaron activamente en programas eugenistas en la Alemania nazi y en otros lugares.

## DISCAPACIDAD INTELECTUAL

A lo largo de la historia de la humanidad, las sociedades no han sido amables con las personas con discapacidad, tanto así que algunas civilizaciones antiguas como Roma y Esparta practicaron el infanticidio de los que se consideraban como discapacitados o menos aptos. Estas personas tenían pocos o ningún derecho (p.ej., en el siglo XIII se crearon las tutelas inglesas para hacerse cargo de los asuntos financieros de las personas con discapacidad intelectual, consideradas incapaces de tomar decisiones). Thomas Willis (1621-1675), médico británico, fue el primero

en describir la discapacidad intelectual como una enfermedad del cerebro. En los siglos XVIII y XIX, impulsados por los cambios sociales introducidos por la revolución industrial, la vivienda y el cuidado de estas personas se alejaron de la familia y se trasladaron hacia asilos en gran medida autosuficientes, instituciones que en el mejor de los casos cubrían las necesidades básicas—alimentos, ropa y abrigo—de los internos.

La implementación de la educación obligatoria universal, introducida en Prusia en 1763 y poco a poco imitada por otros países, reveló que un gran número de niños y niñas eran incapaces de hacer frente a la escolarización. Progresivamente se desarrollaron sistemas para abordar este problema, principalmente a través de la atención y formación institucional. El primer programa documentado de intervención para personas con discapacidad intelectual fue desarrollado en Francia en 1799. Jean-Marc Itard (1775-1838) estableció un programa basado en el desarrollo de habilidades para un “niño salvaje” encontrado en los bosques cerca de París, a quien llamó Víctor. Esto fue de gran relevancia, ya que era la primera vez que se trataba a un niño con un retraso grave del desarrollo, en lugar de enviarlo a un asilo (ver también el cuadro de los huérfanos rumanos en la página 14). Eduoard Seguin llevó más allá los métodos de Itard y creó un programa para educar a los llamados “débiles mentales” en *La Salpêtrière* en París. Así, los alienistas (psiquiatras) franceses como Edward Seguin y Félix Voisin sentaron las bases para la educación de las personas con discapacidad intelectual. Seguin emigró posteriormente a los Estados Unidos, donde publicó un influyente libro sobre el tema en 1866 (Harbour & Maulik, 2010). Es de notar que en Francia el término “idiotez” era sinónimo en ese momento de enfermedad mental y no sólo de discapacidad del desarrollo.

La creciente urbanización y la revolución industrial pusieron de relieve la importancia de la capacidad intelectual para sobrevivir en un mundo que cambia rápidamente. A menudo se culpaba a los “débiles mentales” de la pobreza, la

**William Healy** (1869-1963) sentado, tercero desde la izquierda, junto a colegas y simpatizantes en el 25° aniversario del Instituto de Investigación Juvenil. Junto a él (segunda desde la izquierda) está sentada Augusta Fox Bronner, una de sus colaboradoras más cercanas. Ella fue codirectora de la Fundación Judge Baker, Boston, de 1930 a 1946.



enfermedad y el crimen que acompañaban a la urbanización, y a los guetos de desventaja que se producían, lo que llevó al desarrollo de una actitud temerosa y alarmista en los medios de comunicación hacia las personas con discapacidad intelectual (ver el Cuadro de la página 13). Se consideraba que el comportamiento delictivo y la discapacidad intelectual eran hereditarios.

Francis Galton (1822-1911) estableció en el Reino Unido una base teórica para la heredabilidad de la discapacidad intelectual y proporcionó una base para el movimiento eugenista—la reproducción debe ser manejada para prevenir la degeneración de la especie humana. Esto impulsó la segregación de las personas con discapacidades del desarrollo para proteger a la sociedad y, lo que es más importante, para controlar su reproducción. Posteriormente, varios estados de los Estados Unidos promulgaron leyes de esterilización (30 estados tenían estas leyes en 1944). Entre 1907 y 1944, más de 42.000 personas discapacitadas fueron esterilizadas en los Estados Unidos. En Gran Bretaña, la Ley de Deficiencia Mental de 1913 enfatizó la segregación de hombres y mujeres en vez de la esterilización. En Alemania, la adopción de la eugenesia por parte del gobierno nazi condujo a la ley de esterilización obligatoria de 1933, según la cual las personas con “debilidad de espíritu congénita” podían ser esterilizadas por la fuerza, y miles fueron posteriormente exterminadas (Harbour & Maulik, 2010). Lamentablemente, algunos psiquiatras y psiquiatras infantiles participaron activamente en programas eugenistas en la Alemania nazi y en otros lugares.

Estas actitudes comenzaron a cambiar al final de la Primera Guerra Mundial y el cambio cobró impulso después de la Segunda Guerra Mundial. Varios factores contribuyeron a ello:

- Los avances de la investigación comenzaron a evidenciar que la discapacidad intelectual no era necesariamente hereditaria; las alteraciones metabólicas (p.ej., la fenilcetonuria) y los factores ambientales, como las infecciones y la deficiencia de yodo, eran causas comunes, prevenibles o tratables
- El Holocausto ayudó a desacreditar las prácticas eugenistas
- Las familias de niños con discapacidad intelectual empezaron a defender sus derechos y exigieron mejores servicios de educación y rehabilitación.

Paulatinamente, este cambio de actitud resultó en políticas más informadas—por ejemplo, el presidente Kennedy estableció el Panel Presidencial sobre el Retraso Mental, estableciendo una agenda en los Estados Unidos para la política, la investigación, la prevención, la educación y los servicios (Harbour & Maulik, 2010)—y un énfasis creciente en la desinstitucionalización en todo el mundo, con la excepción de los países soviéticos, donde el cuidado institucional de los trastornos mentales infantiles era un elemento principal. Este cambio radical cristalizó en la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, un tratado de las Naciones Unidas que busca proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. El texto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. En septiembre de 2014, había 159 signatarios, incluida la Unión Europea. Los Estados Unidos todavía no son signatarios.

## EL MOVIMIENTO DE ORIENTACIÓN DEL NIÑO

Si bien no se estableció formalmente hasta la década de 1920, el movimiento de orientación del niño comenzó en Chicago en 1906, liderado por el neurólogo



Personal del Estudio de Salud y Desarrollo de Christchurch en 2014. Desde la izquierda, primera fila: Geri McLeod, Morwenna Malcolm. Segunda fila: Joseph Boden, David Fergusson, John Horwood.

William Healy, en el contexto del movimiento internacional de higiene mental y como resultado del trabajo de un grupo de abogados, médicos, trabajadores sociales y filántropos que se preocupaban por tratar y prevenir la delincuencia juvenil (Levy, 1968b). El movimiento de orientación del niño trató de mover el foco del sistema de justicia de menores a la familia, la escuela y el vecindario. Una de sus ideas principales era que incluso el niño aparentemente “normal” podía, en el curso de su desarrollo emocional y psicológico, experimentar un “desajuste”. Esto significaba que la orientación de los niños abordaba esencialmente a toda la población infantil, o al menos a aquella parte de la población infantil que no presentaba conductas delictivas graves o, en el lenguaje de la época, era “mentalmente defectuosa”—en otras palabras, la abrumadora mayoría de los niños (Stewart, 2012). Los centros de orientación del niño tenían un fuerte espíritu multidisciplinario y psicoanalítico. Su enfoque representó un cambio de los modelos de tratamiento anteriores, que eran en gran medida individuales, hacia intervenciones más innovadoras. Por primera vez, la salud mental de los niños fue considerada un foco importante de tratamiento por sí misma. También “la orientación del niño buscaba ser una forma de medicina preventiva que promoviera el bienestar mental de los niños” (Stewart, 2012). En esto el movimiento se adelantó a su tiempo.

El modelo de orientación del niño fue adoptado pronto en otros países (la Clínica de Orientación del Niño del Este de Londres, establecida en 1927, fue la primera en Gran Bretaña) con adaptaciones locales (p.ej., en Escocia y Australia tenían un sesgo educativo). Los países escandinavos también comenzaron a establecer servicios siguiendo el modelo de orientación infantil. En India, la primera clínica de orientación del niño se estableció en 1937. En 2003, existían 164 clínicas de orientación infantil en la India—un número minúsculo dado el tamaño y las necesidades de una población de más de 400 millones de personas menores de 18 años. En Irlanda, a mediados de la década de 1950, las clínicas de orientación del niño financiadas por el Estado se establecieron bastante tarde.

En el Reino Unido, el movimiento de orientación del niño recibió un ímpetu considerable en la década de 1950, debido a la preocupación por los niños que habían sido separados de sus familias como resultado de las evacuaciones que tuvieron lugar durante la Segunda Guerra Mundial. Existen muy pocas investigaciones a largo plazo disponibles en esta área para guiar las políticas; según uno de los pocos estudios realizados a largo plazo, los niños finlandeses evacuados a Suecia durante la Segunda Guerra Mundial no tuvieron peores resultados una vez adultos que los que permanecieron en Finlandia (Santavirta et al, 2015). La Ley de Educación del Reino Unido de 1944 colocó por primera vez en la misma categoría

a los niños “desadaptados” y los niños con discapacidades físicas, convirtiéndolos así en parte del servicio médico escolar. Las autoridades educativas locales podían establecer clínicas de orientación del niño y, en su mayor parte, fueron estas entidades las que se convirtieron en los proveedores. A finales de la década de 1920 había dos clínicas de orientación del niño en Inglaterra y Gales, para 1955 había unas 300 (Stewart, 2012).

Inicialmente, las clínicas de orientación del niño representaron un avance significativo en la prestación de servicios—un paso de la atención institucional a la atención comunitaria multidisciplinaria y a la prevención—sin embargo, su promesa fracasó:

- Las clínicas de orientación del niño a menudo eran financiadas por organizaciones no médicas, como organizaciones benéficas o consejos locales, por lo que a menudo quedaban aisladas de las principales instituciones médicas, académicas y de investigación
- El tratamiento—principalmente de orientación psicoanalítica—era de duración abierta y prolongada
- En lugar de la cooperación entre psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, a menudo había tensión
- No había interés en un diagnóstico o tratamiento específico—los niños que presentaban diversos problemas eran agrupados en la categoría de “desajustados” y se les ofrecía un tratamiento inespecífico; y
- Había una tendencia a culpar a los padres, lo que causaba una considerable angustia y distanciaba a los clientes. Particularmente en la década de 1950, los términos “madre esquizofrénica” y “madre nevera” se utilizaron ampliamente para describir el papel hipotético de las madres en la etiología de la esquizofrenia y el autismo, respectivamente.

La Clínica de Orientación del Niño de Los Angeles celebró 100 años de funcionamiento continuo en 2014. En los últimos años, el modelo de orientación del niño ha evolucionado y se ha actualizado mediante la aplicación creciente de intervenciones basadas en datos empíricos y centradas en la prevención (p.ej., el entrenamiento de padres) y la intervención temprana, a menudo como un componente importante de los “centros de salud comunitarios”.

## EPIDEMIOLOGÍA

La investigación epidemiológica psiquiátrica infantil es un esfuerzo muy reciente. Lapouse y Monk (1958) realizaron el primer estudio epidemiológico en psiquiatría infantil: la prevalencia de los problemas reportados por los padres en una muestra representativa de 482 niños de 6 a 12 años. La investigación epidemiológica se hizo más sofisticada con los estudios de la Isla de Wight en los que no sólo se entrevistó a los padres sino también a los propios niños (Rutter et al., 1970). En gran medida, estos estudios marcaron el comienzo de una psiquiatría infantil verdaderamente científica. La introducción de nuevos sistemas de clasificación (p.ej., el DSM-III), que aplicaban criterios de diagnóstico, facilitó y alentó aún más la investigación epidemiológica.

A finales del siglo XX se habían llevado a cabo investigaciones epidemiológicas en muchos países, con resultados ampliamente consistentes. Estos estudios han

revelado una gran cantidad de necesidades no cubiertas: un número considerable de niños y adolescentes que padecen enfermedades psiquiátricas, que están significativamente afectados por ellas, pero que no reciben tratamiento.

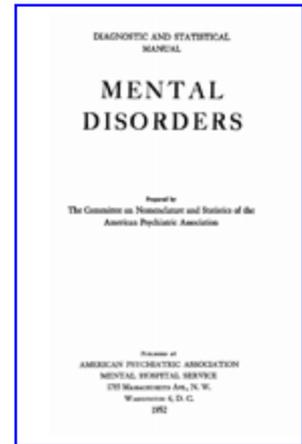
## Estudios prospectivos

Una pionera en este campo fue la socióloga estadounidense Lee Robins (1922-2009), con su trabajo sobre los resultados una vez adultos de los adolescentes delincuentes (con alteraciones de la conducta) (Robins, 1966). Los estudios longitudinales a largo plazo de cohortes de la población general o de muestras clínicas seleccionadas permiten realizar pruebas de hipótesis y han proporcionado mucho conocimiento sobre los problemas clínicos—por ejemplo, evidenciando que la mayoría de los trastornos psiquiátricos tienen su origen durante la infancia o la adolescencia—y han subrayado el potencial que esto ofrece para la prevención. Un obstáculo metodológico significativo en la medición de los problemas psicológicos es el sesgo de la memoria, que se reduce en los estudios prospectivos.

Un ejemplo de este tipo de investigación es el Estudio de Salud y Desarrollo de Christchurch, que ha seguido la evolución de la salud, la educación y la vida a través de la infancia, la infancia, la adolescencia y la vida adulta de un grupo de 1.265 niños nacidos en Christchurch (Nueva Zelanda) en 1977 (Fergusson & Horwood, 2001). Los estudios prospectivos generalmente recopilan información de múltiples fuentes a intervalos regulares (p.ej., cada dos años). Gracias a este tipo de estudios se tiene una mejor comprensión de las continuidades y discontinuidades de las afecciones en niños y adultos, así como de los factores que aumentan o disminuyen el riesgo, entregando información útil para el diseño de intervenciones preventivas. Los hallazgos de las investigaciones prospectivas han tenido una poderosa influencia en los cambios de las políticas públicas y la financiación de los servicios para la infancia en todo el mundo.

## TAXONOMÍA

La taxonomía es esencial para el progreso científico. En la psiquiatría, las tareas taxonómicas se hacen más difíciles debido a que la taxonomía varía con el propósito y contexto en el que se va a utilizar la clasificación (p.ej., clínica terapéutica, forense, de investigación, estadística). Las taxonomías iniciales—por ejemplo, las de Philippe Pinel (1745-1826)—tenían un enfoque clínico, se referían sólo a los adultos y generalmente clasificaban las enfermedades mentales en *locura* (incluyendo la melancolía y la manía), *demencia e idiotez (idiotisme)*. Esquirol (1772-1840) añadió a las anteriores la *monomanía*. El concepto de *locura moral*, acuñado por James Prichard en 1835 para describir las emociones y comportamientos anormales en individuos sin discapacidad intelectual, delirios o alucinaciones, también se popularizó en la segunda mitad del siglo XIX. La taxonomía de Emil Kraepelin, publicada a finales del siglo XIX, pasó de centrarse en los síntomas a los síndromes, pero ignoró por completo los trastornos infantiles. Sin embargo, su enfoque categórico se sigue utilizando hoy en día en los principales sistemas de clasificación. Los grupos diagnósticos iniciales se basaron en el reconocimiento de patrones, en la medida en que un paciente individual era similar a la descripción clínica de un caso presentado por un experto o autoridad.



Haga clic en la imagen para acceder al DSM-I

La primera taxonomía moderna de los trastornos mentales infantiles fue probablemente la descrita por Maudsley (1895) en el capítulo sobre La Locura de la Vida Temprana (pág. 259-293). Describió siete condiciones diferentes:

- Monomanía o locura ideacional parcial (niños poseídos por impulsos incontrolables, por ejemplo, para hacerse daño a sí mismos, a otros o robar)
- Delirio coreico o locura ideacional coreica (caracterizada por violencia convulsiva e incoherencia)
- Locura cataleptoide (p.ej., acostarse durante horas o días en una especie de contemplación mística, con miembros más o menos rígidos o fijos en posturas extrañas)
- Locura epiléptica (locura que ocurre asociada a la epilepsia)
- Maníaa (locura)
- Melancolía (que puede conducir al suicidio)
- Locura afectiva o locura moral (una extraña perversión de un instinto fundamental o una perversión moral que parece ser maldad deliberada).

En la primera mitad del siglo XX, antes de la publicación del DSM-III, las principales clasificaciones utilizadas eran *ideográficas* (Werry, 1985). Esto es, las taxonomías estaban ancladas en una teoría particular (p.ej., el psicoanálisis) que buscaba enfatizar el contexto total de la persona individual y no sólo los síntomas. Por ejemplo, el movimiento de orientación del niño conceptualizó en gran medida la psicopatología infantil en términos de *desadaptación*—los síntomas y conductas eran vistos como la manifestación de problemas profundamente arraigados, en gran medida dentro del entorno de las relaciones familiares, en lugar de representar diferentes entidades de la enfermedad. Los enfoques ideográficos todavía se utilizan ampliamente en la práctica clínica, por ejemplo, en la terapia familiar.

## La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

Durante el siglo XIX se hizo cada vez más evidente la necesidad de contar con una clasificación de las enfermedades que proporcionara información sobre las causas de muerte. En 1853, varios países encargaron y adoptaron una clasificación uniforme de las causas de muerte que pudiera utilizarse a nivel internacional. Posteriormente, esta clasificación fue revisada y actualizada periódicamente. Poco después también se reconoció la necesidad de una clasificación de la morbilidad; una lista de enfermedades para cumplir con los requisitos de una variedad de organizaciones, como las aseguradoras medicas, administradores y profesionales de salud. En palabras de William Farr (1807-1883), el primer médico estadístico de Inglaterra y Gales, un “sistema de nomenclatura para las enfermedades que, aunque no son mortales, causan discapacidad en la población” (Registrar General de Inglaterra y Gales, 1856). En 1910, la *Clasificación Internacional de Causas de Enfermedad y Muerte* fue publicada en los Estados Unidos. Sin embargo, no había uniformidad internacional: varios países utilizaban su propia clasificación. La sexta revisión de la ahora llamada *Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte* (CIE-6) fue publicada en 1949 e incluía por primera vez una sección sobre los trastornos mentales. La CIE-7 y la CIE-8 enumeraron algunos de los trastornos psiquiátricos infantiles (p.ej., deficiencia mental). La CIE-9, publicada en 1977, añadió los “trastornos de la conducta en la infancia”.



Aaron Beck (izquierda) y Albert Ellis en la Convención de la Asociación Americana de Psicología en Washington DC en el 2000

(Fotografía: Fenichel)

Sin embargo, la clasificación de los trastornos infantiles en la CIE-9 fue claramente inadecuada. Se produjo una mejora significativa con la publicación de la CIE-10 (aprobada en mayo de 1990), en la que se introdujo un enfoque multiaxial, similar pero no idéntico al del DSM-III. La CIE-10 también incluyó una descripción de las principales categorías y criterios diagnósticos para la investigación. Actualmente se está desarrollando la CIE-11.

Según Rutter (2011) los sistemas multiaxiales de clasificación tienen muchas ventajas en la psiquiatría infantil debido a que:

- Evitan falsas dicotomías resultantes de tener que elegir entre dos diagnósticos que no constituyen alternativas en un sentido significativo
- Requieren una codificación en todos y cada uno de los ejes
- Evitan la falta de fiabilidad resultante de diferentes hipótesis teóricas
- Proporcionan un medio no sólo para registrar el cuadro clínico principal, sino que también permiten incluir características dimensionales (p.ej., nivel intelectual y grado de deterioro funcional)
- Representan un estilo de pensamiento más cercano al estilo de trabajo preferido por la mayoría de los profesionales de salud que los sistemas categóricos tradicionales.

### **El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)**

“El Comité de Nomenclatura y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría desarrolló una variante de la CIE-6 que fue publicada en 1952 como la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

(DSM-I). El DSM-I contenía un glosario de descripciones de las categorías diagnósticas y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales que se centró en la utilidad clínica. El uso del término “reacción” a lo largo del DSM-I reflejó la influencia de la opinión psicobiológica de Adolf Meyer, de que los trastornos mentales representaban reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos (APA). Sin embargo, el DSM-I no mencionó específicamente los trastornos infantiles, aparte de la “deficiencia mental”. El DSM-II (publicado en 1968) incluyó una sección sobre los trastornos conductuales de la infancia y la adolescencia, enumerando una variedad de “reacciones” tales como el retraimiento, la ansiedad excesiva, la fuga, la agresividad no socializada, la delincuencia grupal y la hiperkinesia.

El DSM-III (publicado en 1980) revolucionó el enfoque del diagnóstico de los trastornos de la infancia (y de los adultos) porque (Rutter & Shaffer, 1980):

- Utilizó un enfoque fenomenológico
- Reconoció que debían clasificarse los trastornos y no los individuos
- Introdujo un marco multiaxial
- Proporcionó una lista más completa de los trastornos psiquiátricos infantiles
- Mejoró los criterios diagnósticos
- Añadió codificaciones para los estresores psicosociales, y
- Reconoció que los trastornos podían persistir en la vida adulta.

El DSM-IV, una versión actualizada del DSM-III, fue publicado en 1994, y el DSM-5 en el 2013. El DSM-5 ha abandonado el modelo multiaxial (para más detalles sobre los cambios introducidos en el DSM-5, ver el Capítulo A.9).

## Otras clasificaciones

No todos los países utilizan la CIE-10 o el DSM-5; este último es la clasificación más utilizada en los estudios de investigación. Algunos países usan su propia clasificación o versiones modificadas. Por ejemplo, debido a la percepción de que las principales clasificaciones no tenían suficientemente en cuenta las diferencias individuales, eran reduccionistas y se centraban excesivamente en criterios diagnósticos operativos, los psiquiatras infantiles franceses optaron por desarrollar su propia clasificación, la *Clasificación Francesa de Trastornos Mentales Infantiles y del Adolescente* (CFTMEA), publicada inicialmente en 1983. La CFTMEA es biaxial: un eje enumera las categorías clínicas básicas, mientras que el otro incluye los factores asociados y posiblemente etiológicos (Mises et al, 2002).

## Enfoques dimensionales

Las clasificaciones dimensionales asumen que los síntomas y enfermedades psiquiátricas no pueden ser simplemente definidos por una dicotomía “presencia/ausencia” ya que varían en su gravedad, como la presión arterial. Por lo tanto, la depresión puede ser grave, moderada, leve, subclínica etc., representando diferentes grados en la dimensión de depresión y esta variación tiene implicaciones para el tratamiento y el pronóstico. En los últimos 50 años se han discutido mucho los méritos de los enfoques categóricos *vs* los enfoques dimensionales: los psicólogos e investigadores a menudo prefieren una visión dimensional debido a su mayor poder



### Jane Addams (1860–

1935) fue fundadora del movimiento de la Casa de Asentamientos de los Estados Unidos y es considerada una de las primeras influencias del trabajo social profesional.

El movimiento de asentamientos se centró en las causas de la pobreza a través de las “tres erres” (investigación, reforma y residencia; por las palabras originales en inglés). Proporcionaron una variedad de servicios incluyendo educación, asistencia legal y de salud a las familias necesitadas. Estos programas también abogaron por cambios en la política social. Los trabajadores del movimiento de asentamientos se sumergían en la cultura de aquellos a los que estaban ayudando.

estadístico, mientras que las compañías de seguros y los médicos favorecen el enfoque categórico porque establece umbrales para el tratamiento con mayor claridad. En la práctica, tanto los enfoques categóricos como los dimensionales tienen ventajas y desventajas, y se han tomado medidas para incorporar características dimensionales en las clasificaciones categóricas (p.ej., en DSM-5) y viceversa. Un ejemplo es el sistema empírico de diagnóstico **ASEBA** (Achenbach, 2009); tiene la ventaja de que incorpora información de múltiples informantes, toma en cuenta aspectos culturales y puede generar diagnósticos consistentes con DSM-5 (ver Capítulo A. 3). Las clasificaciones dimensionales son más problemáticas cuando se trata de trastornos poco frecuentes.

## TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

El origen de la TCC se remonta a los famosos experimentos del fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1849-1936) del *condicionamiento clásico* (reflejos condicionados). Un ejemplo de la utilidad terapéutica de los hallazgos de Pavlov es la alarma para la enuresis (campana y almohadilla), aunque parece ser que su descubrimiento por el pediatra alemán von Pfaunder en 1904 fue accidental y no el resultado de su aplicación de las teorías de Pavlov. La alarma de campana y almohadilla sigue siendo el tratamiento más eficaz para la enuresis nocturna.

Una variedad de enfoques terapéuticos basados en los principios conductuales (no sólo el condicionamiento clásico sino también el condicionamiento operante) se hicieron cada vez más populares, particularmente en los Estados Unidos, principalmente por parte de psicólogos. El condicionamiento operante fue popularizado por el psicólogo estadounidense BF Skinner (1904-1990) quien demostró que el comportamiento puede ser modificado por sus antecedentes y consecuencias, llamados reforzadores.

El siguiente gran descubrimiento ocurrió en la década de 1960, la denominada *segunda ola* de TCC; el hallazgo de que los pensamientos (cogniciones)

Conferencia de  
Psicofarmacología Pediátrica  
Rivendell, 1999, Sidney,  
Australia. Última fila, de  
izq. a der.: Robert Redwin,  
Stanley Rapoport, John  
Werry, Susan MK Tan.  
Primera fila: Garry Walter,  
Felicity Waters, Jean  
Starling, Judith Rapoport,  
Joseph M Rey.



pueden influir en el comportamiento y los sentimientos y viceversa. Por ejemplo, Aaron Beck, un psiquiatra estadounidense, mostró que los pacientes deprimidos experimentaban pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo o el futuro, que parecían surgir espontáneamente (pensamientos automáticos). Cuando estos pensamientos negativos eran identificados y desafiados racionalmente, el pensamiento de los pacientes se volvía más realista y se sentían mejor. A esto se le denominó *terapia cognitiva*.

Hoy en día, lo que se conoce como TCC consiste en un conjunto heterogéneo de técnicas tanto conductuales como cognitivas, estructuradas, a corto plazo y orientadas al presente, basadas en las teorías anteriores. Las técnicas de TCC se utilizan en el tratamiento y la prevención de la mayoría de los trastornos mentales en la infancia y su eficacia está respaldada por un cuerpo de investigación en rápido crecimiento. Los profesionales de la TCC han hecho hincapié en la importancia de la medición y de las pruebas empíricas de su eficacia.

Actualmente existe una tendencia a centrarse no sólo *en lo que* la gente piensa, sino también en *cómo* piensa (*tercera ola*). Estos nuevos enfoques incluyen la terapia conductual dialéctica de Marsha Linehan, las terapias cognitivas basadas en la atención plena (*mindfulness*) y la terapia de esquemas, entre otras (Kahl et al, 2012).

## TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar es un término general que abarca una variedad de enfoques clínicos, que buscan tratar los trastornos psiquiátricos infantiles dentro del sistema familiar, en lugar de centrarse en el paciente individual. Asumen que las interacciones familiares juegan un papel clave en la causalidad y mantenimiento de la desadaptación de los niños, por lo que las intervenciones están diseñadas para efectuar cambios en las relaciones familiares, con la expectativa de que esto disminuirá los síntomas en el niño.

La terapia familiar tiene sus raíces a finales del siglo XIX: la revolución industrial, la rápida migración de los campesinos del campo a las ciudades, y el estrés que estos cambios provocaron en las familias y comunidades. La visión *modernista* y la de los llamados *progresistas* de la sociedad estadounidense era que, como resultado de estas vicisitudes, muchas familias se habían convertido en víctimas del rápido cambio social y necesitaban ayuda sostenida. El trabajo social profesional surgió en este contexto, sobre todo en el Reino Unido y en los EE. UU., especialmente para abordar la pobreza y la falta de vivienda. Otro precursor de la terapia familiar fue el movimiento de asesoramiento matrimonial en la década de 1920, que trató de proporcionar información, apoyo, asesoramiento y orientación a las parejas con problemas, a través de una variedad de *consejeros matrimoniales*—clérigos, abogados, ginecólogos, trabajadores sociales—que no habían recibido formación específica para ello.

El desarrollo formal de la terapia familiar, que no tuvo lugar hasta finales de la década de 1940, se vio facilitado por el surgimiento de la teoría de sistemas y la psiquiatría social. La primera cambió el enfoque del individuo al sistema (la familia) mientras que la segunda enfatizó la importancia de las diferencias culturales y los entornos sociales en la causalidad del trastorno psiquiátrico. La terapia familiar

también fue favorecida por la insatisfacción con la práctica tradicional de la psicoterapia individual infantil.

A mediados de la década de 1960 ya habían surgido varias escuelas de terapia familiar, como la terapia familiar estructural de Salvador Minuchin, el modelo de sistemas de Milán, los enfoques experienciales de Virginia Satir y las terapias intergeneracionales, sólo por nombrar algunas. La *terapia familiar estructural* se desarrolló inicialmente para trabajar con niños que presentaban problemas de conducta significativos o trastornos alimentarios. Su concepto clave es el de *límite*: las familias “funcionales” se caracterizan por tener límites claros y flexibles, las familias “aglutinadas” son aquellas cuyos miembros son excesivamente intrusivos, las familias “desligadas” son aquellas cuyos miembros no están disponibles entre sí. Las intervenciones familiares estructurales buscan, entre otras metas, restablecer límites claros y flexibles.

Las *terapias sistémicas*, de las cuales existen muchas variantes, tienen su origen en la Escuela Milán de Mara Selvini Palazzoli, psiquiatra italiana, pero también derivan del trabajo de Minuchin. “La terapia sistémica no busca un tratamiento de las causas ni de los síntomas, sino que más bien da a los sistemas vivientes impulsos que les ayudan a desarrollar juntos nuevos patrones, asumiendo una nueva estructura organizativa que permite el crecimiento”(von Schlippe & Schweitzer, 1998).

### **Programas de entrenamiento para padres**

Podría decirse que el avance terapéutico más significativo en este ámbito ha sido el desarrollo de intervenciones familiares basadas en la TCC, conocidas colectivamente como “programas de entrenamiento para padres”, basadas en la teoría del aprendizaje social y derivadas en gran medida del trabajo realizado en los años cincuenta y sesenta de Gerald Patterson, un psicólogo estadounidense. Patterson (1982) propuso un modelo de cómo la conducta paternal puede exacerbar el comportamiento negativo de los niños y resultar en lo que él denominó “procesos familiares coercitivos”. Su trabajo demostró que los padres de niños disruptivos son más propensos a ser inconsistentes en la forma en que aplican las reglas, y dan órdenes que son poco claras o el resultado de su propio estado emocional actual en lugar de depender del comportamiento del niño (Quy & Stringaris, 2012).

Los programas de entrenamiento para padres se centran en los padres como principales agentes de cambio, porque ellos son los mejores educadores y cuidadores de sus hijos, y son los responsables de manejar muchos de los ambientes sociales. El objetivo de los programas de entrenamiento para padres es enseñar habilidades positivas de crianza de los hijos y desalentar las tácticas coercitivas. Se ha demostrado que los programas de entrenamiento para padres—existen muchos disponibles—son efectivos para reducir el comportamiento problemático del niño y prevenir el desarrollo, o reducir una variedad de trastornos emocionales y disruptivos en los niños (Sanders et al, 2014) (véase Capítulo A.12).

“La última estimación del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (*National Centre for Health Statistics*) informó que el 7,5% de los niños estadounidenses entre 6 y 17 años de edad tomaban medicamentos para “dificultades emocionales o conductuales” entre 2011 y 2012. Los CDC [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades] reportan un aumento en 5 veces del número de niños menores de 18 años que reciben psicoestimulantes, de 1988-1994 a 2007-2010, donde la tasa más reciente es de un 4.2%. El mismo informe estima que un 1,3% de los niños reciben antidepresivos. La tasa de prescripción de fármacos antipsicóticos en niños ha aumentado en 6 veces durante este mismo período, según un estudio de consultas ambulatorias dentro de la Encuesta Nacional de Atención Médica Ambulatoria. En los niños menores de 5 años, las tasas de prescripción psicotrópica alcanzaron un máximo del 1,45% en 2002-2005 y disminuyeron al 1,00% de 2006 a 2009”. (NIMH)

## TERAPIA FARMACOLÓGICA Y TRATAMIENTOS SOMÁTICOS

Ningún avance ha revolucionado tanto la práctica psiquiátrica clínica infantil como la introducción de los fármacos psicotrópicos. Los opiáceos, los bromuros y el hidrato de cloral fueron ampliamente utilizados en el siglo XIX para tratar la agitación y la epilepsia. El barbitol fue el primer barbitúrico disponible comercialmente. Se utilizó como hipnótico desde 1903 hasta mediados de la década de 1950, llegando a ser popular en psiquiatría para el tratamiento de la esquizofrenia a través de la “terapia prolongada del sueño” en la década de 1920; este tratamiento fue posteriormente abandonado porque era ineficaz y peligroso para los pacientes. Hubo pocos informes sobre el uso de estos tratamientos en niños, excepto para los barbitúricos en la epilepsia.

Georges Heuyer fue el primero en utilizar la terapia electroconvulsiva (TEC), un tratamiento somático, en los jóvenes a principios de la década de 1940. Consiguó una mejora dramática en algunos casos, en un momento en que los tratamientos efectivos eran prácticamente inexistentes. Lauretta Bender se convirtió en una firme defensora de la ECT en los Estados Unidos. Posteriormente, a pesar de su eficacia y seguridad en los trastornos del estado de ánimo, la TEC se ha convertido en un tratamiento controvertido—de último recurso para los niños—y su uso en niños está prohibido en algunos países (Rey & Walter, 1997).

Charles Bradley informó en 1937 que un grupo de niños con problemas de comportamiento mejoraba su sintomatología cuando recibían tratamiento con benzedrina (dl-anfetamina), un fármaco psicoestimulante. Sin embargo, este hallazgo pasó desapercibido. La aprobación del metilfenidato (Ritalin®) por la FDA en 1955 y la creciente conciencia de los niños que sufren de trastorno hiperactivo—diagnóstico introducido en DSM-II en 1968 como “trastorno de impulso hiperactivo”—catalizaron el creciente uso de los estimulantes para el TDAH, que alcanzó su punto máximo a finales del siglo XX (ver Cuadro en

### Encefalitis letárgica

Entre 1916 y 1927, entre medio millón y un millón de personas resultaron afectadas, de las cuales un tercio murió. Desde entonces sólo se han descrito casos esporádicos. Los pacientes que sobrevivieron a la encefalitis letárgica desarrollaron con frecuencia secuelas neuropsiquiátricas incapacitantes (p.ej., enfermedad de Parkinson posencefálica, catatonía, trastorno obsesivo compulsivo, mutismo y problemas graves de conducta en niños). “Los niños más pequeños, entre los 5 y 10 años de edad, podían simplemente irritar con su aferramiento, su concentración deficiente, su incesante inquietud y necesidad de ruido y su falta de consideración por los demás, no muy diferentes a los trastornos actuales de déficit de atención. Pero a medida que crecían en fuerza, su impulsividad incorregible se intensificaba en violencia y representaban un peligro para ellos mismos y para los demás. Las alteraciones del comportamiento incluían crueldad a cualquiera que los cruzara; destructividad; mentira; y automutilación, incluyendo, en un caso, la extracción de sus propios ojos. Cuando llegaban a la adolescencia, estos pacientes manifestaban una sexualidad inapropiada y excesiva, incluyendo la agresión sexual sin tener en cuenta la edad o el género. Extrañamente, estos niños eran impulsados por la impulsividad, no por el interés propio. Los robos, por ejemplo, no se cometían en beneficio personal, y los bienes robados se olvidaban o regalaban inmediatamente” (Foley, 2011).

No se ha establecido la causa. Algunos especulan que puede haber sido un síndrome postviral relacionado con la pandemia de influenza de 1918, aunque esto parece poco probable. Un trabajo más reciente sugiere que es un trastorno inmunológico provocado por una infección estreptocócica. Lo que en los últimos años se ha denominado PANDAS (Trastornos Neuropsiquiátricos Autoinmunes Pediátricos Asociados con Infecciones Estreptocócicas, por sus siglas en inglés) puede ser una manifestación de la misma enfermedad.

la página 25). Los fármacos estimulantes son los más estudiados en psiquiatría infantil.

## La revolución farmacológica de 1950

El psiquiatra australiano John Cade descubrió en 1949 la eficacia de las sales de litio en el tratamiento de la manía. Sin embargo, el mundo psiquiátrico adoptó lentamente este tratamiento, en gran parte debido a las muertes por sobredosis relativamente menores. Las investigaciones subsecuentes de Mogens Schou y Paul Baastrup en Dinamarca y de Samuel Gershon y Baron Shopsin en los Estados Unidos ayudaron a superar la resistencia al uso del litio y su prescripción fue aprobada por la FDA en 1970.

El papel potencial de la clorpromazina en la psiquiatría fue reconocido por primera vez por Henri Laborit, cirujano y fisiólogo del ejército francés. Pierre Deniker y Jean Delay realizaron en 1952 los primeros estudios sistemáticos de este fármaco, demostrando su eficacia en pacientes psicóticos. El descubrimiento de la clorpromazina dio paso a avances reales en el tratamiento de la esquizofrenia y la síntesis posterior de varios otros antagonistas de la dopamina. En la década de 1980 surgió una nueva generación de antipsicóticos (*segunda generación*). Los antipsicóticos de segunda generación mostraron una efectividad similar pero menos efectos extrapiramidales, si bien tienen efectos metabólicos secundarios significativos, que causan aumento de peso y diabetes. El primer antipsicótico de segunda generación, la clozapina, se introdujo en Europa en 1971. Fue retirada por el fabricante en 1975 porque podía causar agranulocitosis. Su uso con el control adecuado fue aprobado nuevamente en 1989, después de haber demostrado su eficacia en la esquizofrenia resistente al tratamiento.

Dos psiquiatras estadounidenses, George Crane y Frank Ayd, presentaron en 1957 pruebas de la actividad antidepresiva de la iproniazida, un inhibidor de la monoamino oxidasa y un fármaco utilizado para la tuberculosis. El informe inicial de la efectividad de la imipramina (Tofranil®) para la depresión también ocurrió en 1957, siendo éste el primero de los antidepresivos tricíclicos. Una nueva clase de antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs), liderados por fluoxetina (Prozac®), se hicieron disponibles en 1987. Posteriormente se descubrió que los ISRS eran efectivos no sólo para la depresión sino también para los trastornos de ansiedad en niños, y tenían menos efectos secundarios que los tricíclicos.

El clordiazepóxido (Librium®) fue el primero de una nueva clase de medicamentos, las benzodiazepinas, introducidas en la atención clínica en 1960. Muchos otros siguieron y su prescripción para una variedad de trastornos se disparó, tanto que a mediados o finales de la década de 1970, las benzodiazepinas encabezaron las listas de los fármacos recetados más frecuentemente. En los años ochenta comenzó a surgir una mayor comprensión de su real eficacia, junto con una creciente preocupación por el riesgo de abuso y dependencia. Afortunadamente, la prescripción de benzodiazepinas para niños ha sido mucho más restringida que para los adultos, en gran medida debido a la falta de pruebas de su eficacia en los trastornos mentales infantiles.

Todas estas nuevas clases de fármacos, si bien habían sido probadas en adultos, se utilizaron ampliamente en niños sin haber evaluado su seguridad y efectividad en este grupo de edad, un problema continuo que ha afectado a la psicofarmacología pediátrica. Por ejemplo, los antidepresivos tricíclicos no son, o son sólo marginalmente más efectivos que el placebo en los niños y tienen efectos secundarios graves, particularmente la sobredosis.

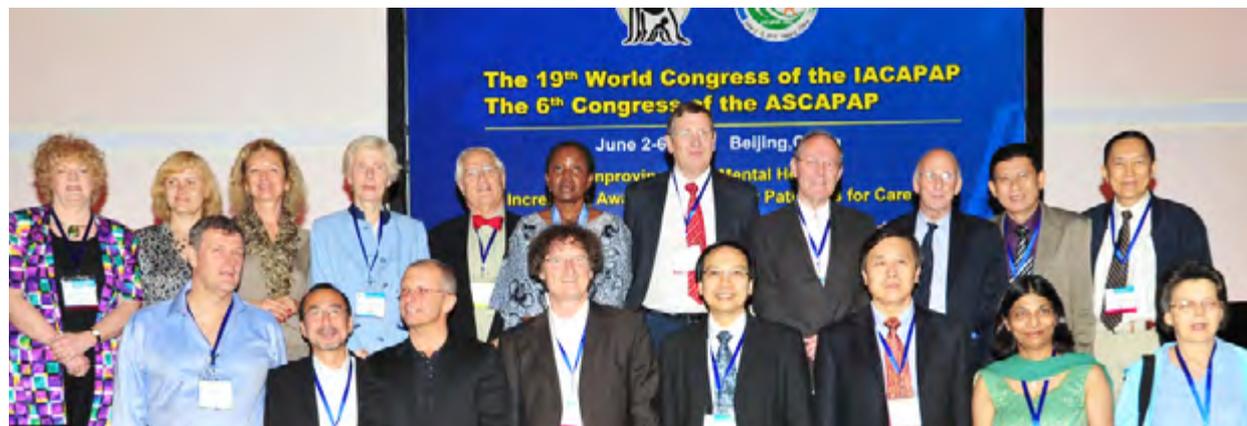
Los datos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud reportados en el cuadro en la página 25 destacan el impacto de la medicación en la práctica clínica, que ha sido inmenso. La prescripción de medicamentos se ha convertido en el componente más importante del trabajo de muchos psiquiatras infantiles. La disponibilidad de medicamentos psicotrópicos ha facilitado el establecimiento de la pediatría conductual como subespecialidad (ver más adelante), lo que ha provocado un descenso en el uso de las terapias de diálogo—cada vez más ofrecidas por profesionales no médicos—y, según algunos, una reducción de las competencias de la profesión.

El crecimiento en la prescripción de medicamentos—a menudo sin una evaluación apropiada del paciente por parte de profesionales capacitados en psiquiatría infantil—y de la polifarmacia, incluso en niños de edad preescolar, ha suscitado preocupación en la comunidad respecto a la prescripción innecesaria y la dependencia excesiva en los medicamentos, en detrimento de otras formas de terapia. También existe preocupación por los efectos a largo plazo de los fármacos psicotrópicos en el cerebro en desarrollo, aunque no se dispone de datos fiables que sugieran que esto podría ser un problema.

## LA PSIQUIATRÍA INFANTIL COMO UNA RAMA DE LA MEDICINA

El término “psiquiatría infantil” fue acuñado recientemente, a finales del siglo XIX. Hermann Emminghaus fue un pionero de la psiquiatría infantil y adolescente, con la publicación en 1887 de su libro *Die Psychischen Störungen des Kindesalters* (Trastornos Mentales de la Infancia), el primer libro de texto en alemán que abordó los problemas emocionales en los niños, y considerado por algunos como el nacimiento de la psiquiatría infantil. El psiquiatra suizo Moritz Tramer (1882-1963) fue probablemente el primero en definir los parámetros de la disciplina en términos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico; también

Comité Ejecutivo de la  
IACAPAP, Pekín, 2010



describió por primera vez el síndrome del mutismo selectivo. En 1934, Tramer fundó la Revista de Psiquiatría Infantil (*Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*), que más tarde se convirtió en Acta Pediátrica (*Acta Paedopsychiatrica*), la revista oficial del IACAPAP entre los años 60 y 90, cuando dejó de publicarse por problemas financieros (Schleimer, 2012).

La epidemia de *encefalitis letárgica* que se propagó por todo el mundo después de la Primera Guerra Mundial—la causa exacta de esta enfermedad aún se desconoce—provocó que muchos niños desarrollaran posteriormente problemas de comportamiento y aumentara la necesidad de servicios para ellos. Como resultado, se crearon algunas unidades especializadas como la unidad infantil en el Hospital Bellevue de la ciudad de Nueva York en 1920 (Chess & Hassibi, 1978).

La primera cátedra de psiquiatría infantil fue creada en 1923 en Rosario, Argentina, realizada por un neuropsicólogo y psicoanalista italiano, Lanfranco Ciampi. Esto ocurrió antes del primer departamento académico de psiquiatría infantil en los Estados Unidos, establecido por Leo Kanner en 1930 en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore. Kanner es considerado el primer médico reconocido como psiquiatra infantil en los Estados Unidos; a su libro de texto Psiquiatría Infantil (*Child Psychiatry*) (1935) se le atribuye la introducción de la especialidad y el término al mundo angloparlante. Lauretta Bender (1897-1987) fue también una figura influyente, no sólo por su trabajo en los trastornos del lenguaje, la esquizofrenia infantil y por el desarrollo de la Prueba Gestáltica Visomotora de Bender, sino sobre todo porque fue directora de la unidad infantil del Hospital Bellevue de la ciudad de Nueva York en 1934. Ahí comenzó a entrenar a psiquiatras infantiles, entre ellos Stella Chess.

En algunos países (p.ej., Alemania y Estados Unidos) la psiquiatría infantil ha evolucionado como una disciplina independiente, mientras que en otros, como una subespecialidad dentro de la psiquiatría (p.ej., Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido). Sin embargo, en algunos países, particularmente en países de ingresos bajos y medios, todavía no se reconoce como una especialidad separada de la psiquiatría o la pediatría.

## **Psiquiatría infantil y pediatría**

La relación entre la pediatría y psiquiatría infantil ha sido difícil y ha variado considerablemente según la institución, el país y el tiempo. Por ejemplo, en el Reino Unido, Aubrey Lewis (1900-1975) creía que “la psiquiatría infantil tiene la misma relación con la psiquiatría que la pediatría con la medicina” (Graham et al 1999, p. 19). Aubrey Lewis fue el primer catedrático de psiquiatría en el recientemente creado Instituto de Psiquiatría de Londres; se convirtió en un catalizador del florecimiento de la psiquiatría en el Reino Unido después de la Segunda Guerra Mundial y fue instrumental en la decisión de Michael Rutter de formarse en psiquiatra infantil. Lewis era partidario de la independencia de la psiquiatría infantil y de la necesidad de una formación especializada. Winnicott, por el contrario, creía que los pediatras deberían ser entrenados como psiquiatras infantiles, principalmente realizando psicoanálisis infantil (Graham et al 1999, p. 20). Donald Winnicott (1896-1971) fue un pediatra británico que se formó en psicoanálisis y llegó a ser una figura muy influyente en la Sociedad Psicoanalítica Británica y en la psiquiatría infantil en los años cincuenta y sesenta, con sus conceptos de sostenimiento, la madre

suficientemente buena, los objetos transicionales y el yo verdadero y falso.

La dificultad de esta relación se pone de manifiesto en la experiencia observada en Estados Unidos—que tiene su paralelo en otros países—donde la mayor parte de la psiquiatría infantil en los años veinte y treinta del siglo pasado se practicaba en los centros de orientación del niño y de justicia juvenil basados en la comunidad, lejos de los centros médicos convencionales. Los pediatras rara vez trabajaban en clínicas de orientación del niño, no hablaban el mismo lenguaje (psicoanalítico) de los psiquiatras y tenían prioridades diferentes. Los pediatras estaban más preocupados por el cuidado agudo y a corto plazo, mientras que los psiquiatras y psicólogos infantiles se centraban más en la terapia a largo plazo y en los problemas crónicos. Es decir, la atención psiquiátrica infantil se consideraba irrelevante para las necesidades de los niños que eran atendidos por los pediatras. Algunos pediatras influyentes argumentaron que ellos debían ser quienes estuvieran en control del tratamiento, con la colaboración de los psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos en caso de problemas crónicos y complejos. Como resultado, por ejemplo, no se asignó ningún psiquiatra infantil al *Boston Children's Hospital* hasta después de la Segunda Guerra Mundial. A partir de los años sesenta, comenzaron a surgir los servicios de interconsulta y enlace, con resultados dispares. Sin embargo, el modelo de pediatras que reciben formación en psiquiatría infantil sigue siendo inaceptable para muchos pediatras, que prefieren ser enseñados por sus propios colegas (Haggerty & Friedman, 2003).

En 1984, diversas instituciones estadounidenses trataron de integrar la psiquiatría y la pediatría, mediante el establecimiento de un programa de formación de cinco años en pediatría, psiquiatría general y psiquiatría infantil y adolescente (“certificación triple”), que continúa hasta hoy y ha tenido un éxito modesto: el número de personas que han completado esta formación ha sido relativamente pequeño. Los médicos que completan el programa triple pueden desempeñarse en cualquiera de las tres especialidades por sí solas, o en combinación. Australia tiene un programa similar con resultados comparables.



## Pediatría conductual

Los pediatras del desarrollo y la conducta buscan evaluar y tratar a los bebés, niños y adolescentes con una amplia gama de problemas del desarrollo y el comportamiento (*Sociedad de Pediatría del Desarrollo y la Conducta*). La pediatría conductual como subespecialidad pediátrica comenzó a desarrollarse en los EE.UU. en la década de 1970, en el contexto de una variedad de circunstancias, algunas de las cuales ya se mencionaron, entre ellas la escasez y la limitada disponibilidad de psiquiatras infantiles; la introducción de fármacos psicotrópicos, que hizo que las terapias de diálogo, que consumían mucho tiempo, fueran menos relevantes para algunos trastornos; el aumento percibido de los problemas conductuales y psicosociales en niños y adolescentes, junto con una disminución de la incidencia de las enfermedades médicas tradicionales; y el aumento de las expectativas de tratamiento de los padres y las escuelas. También se argumentó que los pediatras, que tenían contacto continuo con los niños desde la infancia hasta la edad adulta, estaban en la mejor posición para prevenir, detectar y tratar muchos de estos problemas (Haggerty & Friedman, 2003). La Sociedad de Pediatría del Desarrollo y la Conducta (inicialmente denominada la Sociedad de Pediatría Conductual) se formó en 1982. Stanford B Friedman y Robert J. Heggarty desempeñaron un papel clave en su desarrollo. La Sociedad comenzó a patrocinar la Revista de Pediatría del Desarrollo y la Conducta (*Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*) en 1985.

## HISTORIA DE LA IACAPAP

La historia de la psiquiatría infantil y adolescente se entiende mejor en términos del desarrollo y progreso de las organizaciones internacionales que trabajan para el establecimiento y la expansión de las actividades de salud mental infantil en todo el mundo, tanto en países desarrollados como en los menos desarrollados. La Asociación de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesionales Afines (IACAPAP) es la organización profesional general para las asociaciones de salud mental de niños y adolescentes y sus miembros individuales. La IACAPAP aboga por las necesidades de los niños con problemas y sus familias a nivel nacional e internacional, a través de sus asociaciones miembros y a través de vínculos con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica Mundial (AMP), entre otras.

En 1935, un grupo de psiquiatras europeos comenzó a trabajar para establecer y ampliar contactos entre psiquiatras que trabajaban en el nuevo campo de la psiquiatría infantil. Estos pioneros fueron Georges Heuyer (Francia), Moritz Tramer (Suiza), Paul Schröder (Alemania), Carlos de Sanctis (Italia), Nic Waal (Noruega) y Emanuel Miller (Reino Unido). Lo que hoy llamamos la IACAPAP comenzó en 1937 como el Comité Internacional de Psiquiatría Infantil. Este comité tenía por objeto organizar un congreso científico y promover y apoyar un enfoque científico para el niño mentalmente enfermo. Georges Heuyer, director de la Clínica Anexa de Neuropsiquiatría Infantil (*Clinique Annexe de Neuropsychiatrie Infantile*) de París, sería el organizador y presidente del primer congreso en París en 1937, oficialmente denominado la Primera Conferencia Internacional de



### **Mahfoud Boucebci**

(1937-1993) fue uno de los fundadores de la psiquiatría argelina. Es autor de numerosos libros y artículos y se preocupa especialmente por ayudar a las personas con discapacidad intelectual. Fue presidente de la Sociedad Argelina de Psiquiatría y vicepresidente de la IACAPAP. Hizo campaña por una democracia laica y en 1985 fue miembro fundador de la primera liga de derechos humanos de Argelia. Durante la guerra civil argelina—un conflicto armado entre el gobierno argelino y varios grupos islamistas que comenzó en 1991 y durante el cual muchos intelectuales fueron asesinados—Boucebci fue apuñalado hasta la muerte a los 56 años de edad en las afueras de *L'Hopital Drid-Hocine*, Argel, donde era el director. En 1994 se formó una fundación en su nombre para continuar su trabajo.

Psiquiatría Infantil. Moritz Tramer también participó en la organización de este congreso, en el que participaron delegados de 26 países, en su mayoría europeos.

Debido a la Segunda Guerra Mundial, el segundo congreso internacional se pospuso hasta 1948 y tuvo lugar en Londres. Durante esta reunión, el Comité Internacional fue rebautizado como la Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil (IACP, por sus siglas en inglés). Alrededor de 30 sociedades nacionales eran miembros en ese momento. Todos los países debían tener acceso a la IACP, pero se creó un comité de credenciales para verificar las calificaciones de cada solicitante. El nombre de la asociación se cambió una vez más en 1958 a la Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Profesiones Aliadas (IACP&AP, por sus siglas en inglés), y otra vez en 1978 al nombre que tiene hoy en día— IACAPAP — incorporando finalmente a los adolescentes en el nombre oficial. Sin embargo, años más tarde se crearon organizaciones internacionales separadas para la psiquiatría de adolescentes (ISAP en 1984 e ISAPP en la actualidad) y para la psiquiatría infantil (WAIMH en 1992).

Así, el movimiento hacia la salud mental infantil internacional comenzó en Europa entre los especialistas médicos en psiquiatría infantil. Acelerado por la migración de profesionales de salud mental infantil a los Estados Unidos antes y durante la Segunda Guerra Mundial, los profesionales norteamericanos se involucraron en esta asociación internacional en una etapa temprana. Así mismo, a partir de la década de 1970, profesionales de otras partes del mundo comenzaron a ser elegidos como miembros del Comité Ejecutivo de la IACAPAP, procedentes de América del Sur, África, Asia, Medio Oriente y Oceanía. La constitución de la IACAPAP establece que los funcionarios del Comité Ejecutivo deben ser elegidos en función del género, la formación profesional y la edad, así como teniendo en cuenta las principales regiones culturales y geográficas del mundo. Hoy en día, todas las regiones del mundo están representadas a través de las sociedades nacionales como miembros de pleno derecho: 58 en 2014.

En 1954, la IACAPAP se constituyó oficialmente en Massachusetts, Estados Unidos de América, como una organización exenta de impuestos. Actualmente está registrada en Ginebra, Suiza, como una organización no gubernamental, estructurada como sociedad anónima y dotada de personalidad jurídica.

Si el trabajo en red con profesionales de ideas afines fue la fuerza impulsora inicial del IACAPAP, el énfasis pronto evolucionó a “abogar por la promoción de la salud mental y el desarrollo de niños y adolescentes a través de políticas, prácticas e investigación. Promover el estudio, tratamiento, atención y prevención de los trastornos mentales y emocionales y las discapacidades que afectan a niños, adolescentes y sus familias mediante la colaboración entre las profesiones de psiquiatría infantil y adolescente, psicología, trabajo social, pediatría, salud pública, enfermería, educación, ciencias sociales y otras disciplinas pertinentes”.

Para lograr estos propósitos, una de las principales actividades de la IACAPAP ha sido la organización de congresos internacionales—para reunirse con colegas, aprender unos de otros y promover prácticas y servicios éticos de salud mental para niños y adolescentes. En un comienzo, la constitución estipulaba que los congresos debían celebrarse cada cuatro años. En 2008, se decidió que los congresos mundiales deberían organizarse cada dos a cuatro años. Además de los congresos, se han organizado regularmente conferencias regionales dedicadas a



**Lanfranco Ciampi**  
(1885-1962), realizó la primera cátedra de psiquiatría infantil del mundo, en 1922 en Rosario, Argentina.



**Melanie Klein** fue muy influyente en la psiquiatría infantil sudamericana.

temas específicos. Además, los llamados grupos de estudio (o seminarios) se han llevado a cabo desde 1954; en los últimos años, especialmente en los países de bajos ingresos, para estimular el reconocimiento y el desarrollo de la disciplina en estos países. Desde 1998 se han celebrado seminarios de investigación para jóvenes científicos (seminarios Helmut Remschmidt) y desde 2004, el Programa de Becas Donald J. Cohen ha sido un evento regular para ayudar a los profesionales de salud mental infantil más jóvenes, especialmente de países menos desarrollados, a promover su desarrollo profesional. Las diversas publicaciones, como el Boletín desde 1994, la Serie de Libros de la IACAPAP desde 1970, el Manual Electrónico de Salud Mental Infantil y Adolescente desde 2012, y las Declaraciones de la IACAPAP, en su mayoría publicadas en relación a los congresos, han ampliado los servicios que se ofrecen a los profesionales de salud mental. La Revista de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Salud Mental (*Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, CAPMH, en inglés*), una revista en línea de acceso abierto, se convirtió en la revista científica oficial de la IACAPAP en 2013. El [sitio web de la](#)

IACAPAP es el portal para acceder a la mayor parte de este material. Más detalles de la historia y actividades de la IACAPAP se pueden encontrar [aquí](#).

## HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL EN DIFERENTES PAÍSES Y REGIONES

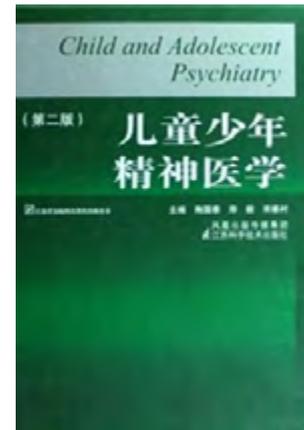
### ÁFRICA

Históricamente, en África los trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes tardaban en ser identificados y los de los bebés eran los últimos en serlo. Por regla general, la psiquiatría infantil y adolescente se desarrolló en África sólo en la segunda mitad del siglo XX. Invariablemente, los profesionales médicos establecieron el tipo de servicios psiquiátricos que conocían en los países de habla inglesa del hemisferio norte o de Francia, Portugal y España. Aparte de los países francófonos del norte de África, esta breve historia abarca sólo los países anglófonos. Este informe se basa en gran medida en el documento de Robertson et al (2010).

En África del Norte, hasta el año 2000, la mayoría de los servicios psiquiátricos para niños y adolescentes eran prestados por psiquiatras generales interesados en la psiquiatría infantil. En los países anteriormente colonizados por Francia, predominaba el modelo psicodinámico francés, por ejemplo, en los programas de hospital de día para la psicosis o el autismo. Egipto desarrolló un enfoque más ecléctico. En el último decenio, la situación ha cambiado rápidamente, y se ha avanzado hacia la formación y los servicios oficiales de psiquiatría para niños y adolescentes. Túnez ha desarrollado la psiquiatría infantil y adolescente como una especialidad independiente de la psiquiatría general, formando tres o cuatro nuevos especialistas por año. Marruecos también ha seguido esta opción.

Para el 2015, en el África subsahariana anglófona, fuera de Nigeria y Sudáfrica, posiblemente entre veinte y treinta psiquiatras habrán recibido algún tipo de formación en psiquiatría infantil y adolescente, pero sólo unos pocos habrán recibido más de un año de formación supervisada en un programa de formación reconocido. En los últimos veinte años, el interés por la psiquiatría infantil y adolescente en Nigeria ha crecido significativamente, gracias a las actualizaciones periódicas organizadas por el Colegio de Médicos del África Occidental. Desde 1999, se han abierto muchos servicios psiquiátricos para niños y adolescentes en todo el país, incluyendo algunos con servicios para pacientes hospitalizados. La graduación en 2014 de la primera promoción del recién creado programa de maestría en salud mental infantil y adolescente de la Universidad de Ibadán, duplicará con creces el número de psiquiatras nigerianos con certificación en niños y adolescentes, y aumentará el número de profesionales en salud mental infantil y adolescente en otras partes de la región.

Sudáfrica ha proporcionado una formación completa de postgrado de dos años en psiquiatría infantil y adolescente para psiquiatras generales desde 1983. Actualmente hay más de 30 psiquiatras infantiles y del adolescente en el país. Los servicios psiquiátricos para niños y adolescentes suelen ser centros ambulatorios de nivel terciario, y algunos centros ofrecen servicios de día y hospitalarios. Los programas de psiquiatría infantil están basados en uno o dos de estos centros. La Asociación Sudafricana de Psiquiatría Infantil y Adolescente estableció la Revista



Libro de Texto de **Tao Guo Tai**, el primer psiquiatra infantil chino



de Salud Mental Infantil y Adolescente (*Journal of Child and Adolescent Mental Health*) en 1989.

Los logros mencionados en África representan sólo una pequeña incursión en los desafíos que plantean las necesidades de la salud mental de los niños y adolescentes en el continente, en gran medida no satisfechas. Los trastornos neuropsiquiátricos constituyen una proporción significativa de éstas, e incluyen el impacto de los grandes peligros ambientales actuales, como el VIH/SIDA y otras epidemias, así como la guerra, entre las muchas circunstancias difíciles en las que los niños crecen en el continente africano. El desarrollo óptimo de los servicios psiquiátricos para niños y adolescentes se ve dificultado por una migración constante y debilitante de profesionales, una relativa falta de buenos programas de investigación y la insuficiencia de recursos de los gobiernos. En ausencia de servicios psiquiátricos oficiales, los niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos reciben intervenciones de profesionales de otros sectores, o de curanderos tradicionales u organizaciones no gubernamentales. Los servicios psiquiátricos para niños y adolescentes no podrán desarrollarse adecuadamente hasta que se adopten políticas y planes nacionales de salud mental para niños y adolescentes con financiación específica y personal debidamente calificado para aplicarlos.

El Consejo Ejecutivo de la Asociación de Bangladesh de Salud Mental Infantil y Adolescente (BACAMH) en la Asamblea General Anual del 2012

## ARGENTINA

A principios del siglo XX, Argentina era una potencia intelectual en psiquiatría infantil. Eran tiempos de afluencia y de una próspera vida cultural en el país. La primera cátedra de psiquiatría infantil del mundo (Cátedra de Neuropsiquiatría Infantil) fue creada en 1923 en Rosario por Lanfranco Ciampi, un psiquiatra italiano que se había formado en Roma con Sante De Sanctis. Actualmente es la única cátedra de psiquiatría infantil en Argentina. Ciampi también creó en Rosario una escuela con un enfoque multidisciplinario para personas con discapacidad intelectual.

Para responder a las necesidades de los niños, en particular de aquellos con discapacidad intelectual, se crearon varios Institutos Médicos Pedagógicos bajo la dirección de Carlos Bernad Morales. Estos eran instituciones con personal multidisciplinario que trataban de abordar las necesidades específicas de cada niño. Este modelo todavía se sigue utilizando en otros países sudamericanos y en España.

**Tabla J.10.1 Panorama general de la situación de la psiquiatría infantil en varias regiones y países de Asia\***

| PAÍS              | POBLACIÓN (millones)<br>% ENTRE 0-15 AÑOS | ORGANIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA INFANTIL<br>(AÑO DE INICIO)   | AÑO DE INICIO DE SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA INFANTIL | NÚMERO DE PSIQUIATRAS INFANTILES (Nº TOTAL DE PSIQUIATRAS) | PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PSIQUIATRÍA INFANTIL   |
|-------------------|---|---|--|--|---|
| Bangladesh        | 166<br>30%                                | Asociación de Salud Mental Infantil y Adolescente de Bangladesh (2008)  |  | 2<br>(814)*  |   |
| Brunei Darussalam | 0.4<br>25%                                |   | 2005   | 1<br>(4)   |   |
| Camboya           | 15<br>31%                                 |   | 1996   | 0<br>(41)  |   |
| China             | 1,400<br>18%                              | Comité Profesional de Salud Mental Infantil (1986)  | 1930   | 500<br>(20.500)  | 3 años  |
| Hong Kong         | 7<br>12%                                  | Colegio de Psiquiatras de Hong Kong (1948)  | 1960s  | 30<br>(300)  | Programa de 6 años de formación en psiquiatría general. No se dispone de un programa específico de formación en psiquiatría infantil. |
| India             | 1,300<br>28%                              | Asociación India de Salud Mental Infantil y Adolescente (1990)  | 1937   | 100<br>(4.000)   | Programa de formación de 3 años   |
| Indonesia         | 253<br>29%                                | Asociación de Salud Mental Infantil y Adolescente de Indonesia  | 1978   | 40<br>(600)  | 2 años adicionales a la formación de 3 años en psiquiatría general  |
| Japón             | 127<br>13%                                | Sociedad Japonesa de Psiquiatría Infantil (1960). Posteriormente la Sociedad Japonesa de Psiquiatría Infantil y Adolescente | 1920s  | 1,677<br>(13.534)  | 3 años de un programa de formación de 5 años para psiquiatras   |
| Lao PDR           | 7<br>35%                                  |   |  | 2<br>(2)   |   |
| Malasia           | 31<br>26%                                 | Asociación de Psiquiatría Infantil y Adolescente de Malasia (MYCAPS) (2014)   | 1968   | 25<br>(289)  | 4 años de formación de psiquiatría seguidos de 3 años de psiquiatría infantil   |
| Mongolia          | 3<br>27%                                  | Subespecialidad reconocida en 1978  |  | 2<br>(135)   | 1 año de formación en psiquiatría general   |
| Myanmar           | 56<br>25%                                 |   |  | 0<br>(80)  | 2 años de formación en psiquiatría general  |

\*Algunos de los datos no se encuentran disponibles. Estas son las mejores estimaciones obtenidas a partir de una variedad de fuentes.

**Tabla J.10.1 Panorama general de la situación de la psiquiatría infantil en varias regiones y países de Asia (continuación)\***

| PAÍS          | POBLACIÓN<br>(millones)<br>% ENTRE 0-15<br>AÑOS | ORGANIZACIÓN DE<br>PSIQUIATRÍA INFANTIL<br>(AÑO DE INICIO)  | AÑO DE<br>INICIO DE<br>SERVICIOS<br>DE<br>PSIQUIATRÍA<br>INFANTIL | NÚMERO DE<br>PSIQUIATRAS<br>INFANTILES<br>(Nº TOTAL DE<br>PSIQUIATRAS) | PROGRAMA DE<br>FORMACIÓN DE<br>PSIQUIATRÍA<br>INFANTIL                                    |
|---------------|---|---|---|--|---|
| Pakistán      | 188<br>34%                                      |   |   | 2<br>(342)   |   |
| Filipinas     | 100<br>34%                                      | Asociación Filipina de Salud Mental (PMHA) (1950)<br>Psiquiatras Infantiles y del Adolescente de Filipinas (CAPPI) (1993)<br>Sociedad Filipina de Psiquiatría Infantil y Adolescente (1996) | 1950s   | 20<br>(400)  | 3 a 4 años de formación en psiquiatría general y 2 años de psiquiatría infantil           |
| Singapur      | 5<br>16%  | Sección de Psiquiatría Infantil, Colegio de Psiquiatras, Academia de Medicina de Singapur (2014)  | 1970  | 25<br>(208)  | 4 años de residencia en psiquiatría general y 1 año de psiquiatría infantil               |
| Corea del Sur | 51<br>14%                                       | Academia Coreana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (1983)   | 1958  | 400  | 4 años de formación en psiquiatría general y 2 años de psiquiatría infantil               |
| Sri Lanka     | 20<br>25%                                       |   |   |  |   |
| Taiwán        | 23<br>14%                                       | Sociedad Taiwanesa de Psiquiatría Infantil y Adolescente (TSCAP) (1998)   | 1953  | 195<br>(1.480)   | 3.5 años de formación en psiquiatría general. 1 año de formación en psiquiatría infantil. |
| Tailandia     | 68<br>18%                                       | Colegio Real de Psiquiatras de Tailandia<br>Asociación Psiquiátrica de Tailandia (1950s)  | 1960s   | 120<br>(520)   | 3 años de formación en psiquiatría general. 4 años de formación en psiquiatría infantil.  |
| Vietnam       | 93<br>23%                                       |   |   | 10<br>(700)  | 2 años de formación en psiquiatría general  |

\*Algunos de los datos no se encuentran disponibles. Estas son las mejores estimaciones obtenidas a partir de una variedad de fuentes.

También se desarrollaron relaciones de trabajo entre profesionales de la salud y las escuelas, para tratar los trastornos de aprendizaje específicos de los niños, como la dislexia.

Telma Reca, que regresó a la Argentina en 1934 después de un período de especialización en los Estados Unidos, tuvo gran influencia en la introducción del modelo de orientación del niño, que era popular en los Estados Unidos en ese momento. Comenzó a trabajar en el antiguo Hospital de Clínicas de Buenos Aires, tratando niños con discapacidades de desarrollo, dificultades motoras y problemas de conducta. El Hospital Carolina Tobar García, que se inauguró en 1968, fue el primer hospital de Argentina dedicado específicamente a la atención psiquiátrica de niños y adolescentes.

La introducción de conceptos como el de “disfunción cerebral mínima” en la década de 1960 condujo a una interacción entre psiquiatras, neurólogos, educadores y terapeutas del lenguaje. Los problemas de desarrollo con síntomas afectivos o de conducta se trataron como síndromes cercanos a la neurosis o de adaptación. Los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad no fueron un foco de atención clínica tanto como lo son hoy en día. También hubo un gran interés en los niños autistas de alto funcionamiento, lo que condujo a la creación de aulas especiales para ellos, con sólo unos pocos alumnos y atendidos por educadores, psicólogos y terapeutas del lenguaje.

El psicoanálisis tuvo un gran impacto en la evolución de la psiquiatría infantil en Argentina. Si bien las ideas psicoanalíticas habían llegado a América del Sur mucho antes, las obras de Freud fueron traducidas al español en la década de 1930. La guerra civil española, el auge del nazismo y la Segunda Guerra Mundial dieron lugar a que varios psicoanalistas emigraran o buscaran refugio en Argentina, como Ángel Garma. La creación de la *Asociación Psicoanalítica Argentina* en 1942 fue un hito importante. La subsiguiente popularidad del psicoanálisis llevó a muchos profesionales, en particular psicólogos, a formarse en la disciplina y en consecuencia, a un campo superpoblado. Las influencias dominantes en los años setenta y ochenta fueron las europeas continentales—ejemplificadas por el libro de texto *Tratado de Psiquiatría Infantil* publicado en 1973 por Ajuriaguerra—y el psicoanálisis freudiano o kleiniano.

La publicación del DSM-III en 1980 y sus ediciones posteriores, el nuevo enfoque ecléctico de la psiquiatría norteamericana, el movimiento del tratamiento basado en la evidencia y la globalización han tenido un impacto creciente en la práctica clínica en los últimos 30 años, y ha habido un aumento dramático en el uso de medicamentos psicotrópicos. Esto se agravó en Argentina debido a los problemas económicos y luchas sociales, que crearon un ambiente difícil para la práctica de la especialidad. Sin embargo, los servicios para niños y adolescentes están aumentando. El paradigma de la psiquiatría infantil—y el nombre de los servicios—ha ido cambiando a lo largo de los años, para reflejar las ideas predominantes en ese momento: de la higiene mental, a la psicología del desarrollo, a la psicopatología y, por último, a la salud mental, aunque el término psiquiatría infantil sigue utilizándose.

La Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesionales Afines (AAPI), creada en 1969, es la principal asociación de salud mental infantil y adolescente del país y es miembro de la IACAPAP. Uruguay, Chile y otros

países de América del Sur también tienen sus propias asociaciones. Todos ellos forman parte de la Federación Latinoamericana de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (FLAPIA), la organización sudamericana general de salud mental infantil y adolescente. Tanto la AAPI como la FLAPIA llevan a cabo congresos, cursos de capacitación y abogan por una mejor educación de los profesionales y mejores servicios.

## ASIA

Asia es un conglomerado de países, regiones y culturas muy diversos, únicos en el sentido de que la salud mental no era un ámbito de salud hasta hace muy poco tiempo. Las preocupaciones emocionales eran vistas como parte del dominio de las familias y las comunidades. Esto no significa que las necesidades de salud mental no hubieran sido satisfechas antes del desarrollo formal de los servicios de salud mental infantil; a menudo eran provistas por los recursos sociales y comunitarios existentes. Esto podía incluir a los ancianos de las aldeas, los médicos que atendían a los niños y los servicios sociales. En China, el primer indicio de la literatura relacionada con la salud mental no estuvo en los registros de los médicos, sino más bien en un volumen sobre los sueños en el último período de la Dinastía Ming (alrededor de 1636) (Vance, 2014). La combinación de los enfoques biológicos y psicológicos se enfatizó ya en el siglo XVIII (Chen, 2014). En los países que formaban parte del antiguo Imperio Británico, como la India y Singapur, los servicios de estilo británico adquirieron un fuerte protagonismo a partir de los años sesenta y setenta. Existían pequeñas clínicas de orientación del niño, con poco personal. No se disponía de formación psiquiátrica específica para la atención de los niños, y la mayoría de los profesionales recibieron formación en Gran Bretaña. La mayor parte del trabajo psiquiátrico infantil fue realizado por psiquiatras generales, lo que a menudo resultó en que los niños fueran tratados como pequeños adultos. Indonesia, Japón, Filipinas, Corea del Sur y Tailandia recibieron la influencia de profesionales estadounidenses, quienes promovieron el desarrollo de programas locales de formación. La mayoría de estos servicios procedían de personas influyentes que patrocinaban ese desarrollo, por ejemplo Kusumanto Setyonegoro (1924-2008) en Indonesia. Su influencia llevó a la psiquiatría infantil del sudeste asiático a la vanguardia en la región. La mayoría de los países asiáticos contaban con servicios de psiquiatría infantil concentrados en centros urbanos como Yakarta, Tokio, Seúl, Manila, Bangkok y Bangalore.

Los servicios formales en los países asiáticos comenzaron de varias maneras. Una de ellas consistió en la formación de asociaciones profesionales con personas prominentes, que abrogaban por el establecimiento de servicios o influían en la formulación de políticas nacionales. Por ejemplo, en 1930 en China, Tao Guo Tai creó por sus propios medios y sin colaboración los servicios psiquiátricos infantiles de Nanjing. A través de su influencia y patrocinio, todo el país fue impulsado a desarrollar este tipo de servicios (Hong et al, 2004). Otra forma fue a través del desarrollo de políticas de salud mental.

En Singapur, el gobierno comenzó a prestar servicios de salud mental infantil en 1970; en el nuevo país se consideraba que los niños eran importantes y había que abordar su salud física y emocional. En 2005, el gobierno se movilizó para mejorar los servicios existentes en respuesta al trágico suicidio de un niño de



**Salvador Célia** (1940-2009) fue un destacado psiquiatra infantil brasileño. Fue secretario y vicepresidente de la IACAPAP.

11 años. Esto dio lugar a la formación de un Comité Nacional sobre el desarrollo de servicios psiquiátricos para niños y planes subsiguientes (Fung et al, 2012).

## **Análisis por regiones**

Debido a la naturaleza diversa del continente asiático, en la Tabla J.10.1 se presenta una muestra de varias regiones y países, incorporando datos de diversas fuentes (p.ej., Guerrero et al, 2013; Hirota et al, 2014, Hong et al, 2004; Tan et al, 2008). La mayoría de los servicios de psiquiatría infantil comenzaron entre los años 60 y 80, siguiendo modelos occidentales (McClure & Shirataki 1989; Woon, 1981; Fung et al, 2012). La formación de asociaciones nacionales y, con el tiempo, regionales, dio lugar a un crecimiento rápido de los servicios. La IACAPAP llevó a cabo su congreso internacional en Kyoto, Japón en 1990 y ahí surgió la idea de una asociación asiática. La Asociación Asiática de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesionales Afines (ASCAPAP, por sus siglas en inglés) se formó en 1996 y el número de sus miembros ha crecido constantemente desde entonces. Debido a que Asia es una mezcla de regiones y países con ingresos altos, medios y bajos, el desarrollo ha sido desigual. Incluso si se dispone de recursos, el desarrollo de los servicios puede depender de lo bien que los profesionales (por ejemplo, psiquiatras y pediatras) colaboran en la definición de las bases para la práctica psiquiátrica infantil. Por ejemplo, en 1974 en Japón se establecieron clínicas de orientación del niño, pero fueron dirigidas por pediatras, donde los psiquiatras desempeñaban sólo funciones esporádicas (McClure & Shirataki, 1989).

## **Colaboración internacional**

La preocupación por la salud mental de los niños en Asia no comenzó sino hasta la década de 1970. La OMS creó en 1976 un comité de expertos para los países del tercer mundo, que elaboró un informe técnico al año siguiente. Los resultados fueron consistentes pero basados vagamente en una encuesta realizada en sólo cuatro países: India, Tailandia, Sri Lanka e Indonesia (Bartlett, 1980). La conclusión fue que los cuatro países no tenían servicios significativos pero los estaban desarrollando siguiendo las líneas occidentales, de modo que en Indonesia y Tailandia las influencias americanas eran prominentes. Un punto interesante en la India y Sri Lanka fue que, aunque se consideraba que la salud mental de los adultos era del ámbito de las clínicas y los hospitales, la salud mental infantil se consideraba un asunto familiar. Los textos pediátricos influyentes no incluían temas de salud mental infantil. El informe de 1977 concluyó sugiriendo que:

- Los servicios debían ser planificados y coordinados, ya que la salud mental necesitaba un trabajo multidisciplinario. En efecto, sobre la base del informe de la OMS, se hizo hincapié en la necesidad de planes nacionales intersectoriales
- Era necesario desarrollar centros de salud mental infantil, tomando como ejemplos modelos como los de Yakarta y Bangalore
- Existía una necesidad de formación de psiquiatras infantiles, los que se dividieron en dos grupos: los psiquiatras generales que realizaban un trabajo restringido con niños y familias, y los psiquiatras infantiles especializados que trabajaban sólo con niños. Se hizo hincapié en la necesidad de formación



Niños en un orfanato rumano a principios de los años 90 (Fotografía: Mike Carroll)

intercultural en centros occidentales influyentes para profesionales de países sin programas de formación local. Este era el caso de muchos países asiáticos, en los que los psiquiatras infantiles eran raros o inexistentes

- La psiquiatría y la pediatría infantil eran vistas como complementarias, y se hizo hincapié en la necesidad de una formación cruzada. Muchos pediatras tenían poca formación en el manejo de los problemas de salud mental y no trabajaban en estrecha colaboración con los servicios de salud mental infantil
- Los maestros debían recibir formación en áreas tales como abuso infantil, la discapacidad intelectual, las dificultades de aprendizaje y la epilepsia. Esto fue similar a sugerir el uso de los entornos educativos como posibles puntos de atención primaria de salud mental
- Debía utilizarse una educación sanitaria culturalmente apropiada, con una evaluación adecuada antes de ser adoptada
- Debía aumentarse el número de psicólogos educacionales, ya que podían ser el vínculo entre la atención de la salud mental y la educación.

Estas ideas han sido consistentes entre los diversos informes que han surgido en las últimas tres décadas (Belfer 2008; Hong KM 1982; McClure & Shirataki 1989; Woon, 1981). Algunas de estas ideas pueden promoverse mejor a través de las organizaciones regionales. Desde su creación en 1996, la ASCAPAP es un ejemplo de colaboración entre los diferentes países de la región, compartiendo conocimientos y experiencias, desarrollando programas de formación, desarrollo profesional y colaboración en investigación.

### **Asia en comparación al resto del mundo**

El Atlas de Salud Mental de la OMS ofrece un buen resumen del alcance de los servicios de salud mental en todo el mundo (OMS, 2005; 2011). Se evaluaron

diez países de la región de la OMS del sudeste asiático (Bangladesh, Bhután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Tailandia, y Timor Oriental). El atlas proporciona información sobre seis ámbitos: gobernanza, financiación, servicios, recursos humanos, medicamentos y sistemas de información. La conclusión clave fue que los recursos para la salud mental eran insuficientes, estaban mal distribuidos y de forma ineficiente, con una tendencia general a la reducción de la atención institucional. En cuanto a la región de Asia Sudoriental, los puntos pertinentes fueron los siguientes:

- Si bien en las políticas generales de salud se consideraba a la salud mental en el 80% de los países y en el 70% de ellos existían políticas dedicadas a la salud mental (esto último sólo en la región europea), la cobertura de la población era de sólo el 30%. Los planes de salud mental estaban presentes en el 80% de los países de Asia, en comparación al promedio mundial del 70%.
- Asia asignaba a la salud mental la cantidad más baja de fondos, en términos de porcentaje del presupuesto de salud. Incluso con una asignación tan baja, la mayoría de los presupuestos de salud mental en Asia se gastaban en la atención hospitalaria.
- Asia presentaba la mayor disponibilidad de manuales de recursos de salud mental en atención primaria, con un 50%. La cantidad de centros de salud mental (ambulatorios, diurnos y hospitalarios) era la más baja del mundo.
- La fuerza de trabajo en salud mental es una de las más pequeñas del mundo—en segundo lugar después de África—con un promedio de 0,23 psiquiatras por cada 100.000 habitantes (el promedio mundial fue más de cinco veces superior, con 1,27/100.000). Existe un patrón similar para el resto del personal de salud mental.

En 2005, la OMS también elaboró un atlas de salud mental para niños y adolescentes (Belfer 2008; OMS 2005), pero sólo tres países del sudeste asiático completaron la encuesta (India, Sri Lanka y Tailandia). En comparación con las políticas generales de salud mental, las políticas específicas para niños y adolescentes eran menos frecuentes (50%). Al igual que en sus contrapartes adultas, el personal de salud mental era significativamente más pequeño que en Europa y América.

## BRASIL

Hasta mediados del siglo XIX, la medicina brasileña dependía completamente de la medicina portuguesa, ya que a Brasil no se le permitía tener sus propias universidades. Los interesados en ser médicos se vieron obligados a estudiar en Europa (p.ej., Lisboa o París). En 1808, con la llegada de la corte portuguesa a Brasil (la familia real de Braganza y su corte de casi 15.000 personas) que huía de la invasión napoleónica en Portugal, se establecieron dos escuelas pioneras de medicina en Río de Janeiro y Salvador (Bahía). Aun así, no existía enseñanza sobre el cuidado de las enfermedades mentales, que sólo se estableció en 1822. En 1824 los enfermos mentales fueron privados de sus derechos políticos y las “Santas Casas de la Misericordia” (instituciones religiosas de origen portugués dispersas por todo el país que dirigían los hospitales de caridad) asumieron su cuidado. Fueron desarrollándose tres núcleos psiquiátricos, en Río de Janeiro (liderado por Juliano Moreira), São Paulo (coordinado por Francisco Franco da Rocha) y Recife (Pernambuco, representado por Ulysses Pernambucano). En relación con la



Haga clic en la imagen para acceder a “Salud Mental Infantil y del Adolescente en Europa: Infraestructura, Políticas y Programas. Luxemburgo: Comunidades Europeas.”

psiquiatría infantil y adolescente, el primer núcleo desarrolló una escuela especial vinculada al Hospital Juliano Moreira. El segundo núcleo originó una sección de “niños anormales” en el Hospital do Juquery en 1929, dirigido por Vicente Batista. El tercero llevó a cabo una serie de estudios sobre la discapacidad intelectual y las pruebas de evaluación. En 1932, la psicóloga y pedagoga rusa Helena Antipoff fundó la Sociedad Pestalozzi de Bello Horizonte (*Sociedade Pestalozzi Belo Horizonte Minas Gerais*), centrada en el cuidado multidisciplinario de niños discapacitados o con trastornos mentales.

A mediados de la década de 1950, se establecieron algunos centros psiquiátricos para niños, asociados a hospitales generales. Uno de ellos tuvo su sede en la Universidad de Brasil (Río de Janeiro) en 1953, y en 1955 en la Universidad de São Paulo. Este último estuvo encabezado por Stanislaw Krynski, posiblemente el psiquiatra infantil más influyente en Brasil hasta mediados de la década de 1980. A mediados de los años sesenta, Krynski se vinculó a la Asociación de Padres y Amigos de Niños Excepcionales (*Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, APAE*), una asociación que, además de los padres y amigos de los niños “especiales”, buscaba prevenir y tratar las discapacidades y promover el bienestar y el desarrollo de las personas con discapacidad intelectual. Krynski formó a varios discípulos y realizó muchos estudios sobre la discapacidad intelectual.

A mediados de la década de 1970, la psiquiatría infantil en Brasil experimentó cambios significativos bajo la influencia de psicoanalistas argentinos, que emigraron a Brasil durante la dictadura militar argentina, lo que provocó que Brasil perdiera la mayor parte de sus tradiciones clínicas distintivas. Esta situación se mantuvo hasta mediados de los años noventa, cuando una nueva generación de psiquiatras infantiles brasileños, influenciados por la psiquiatría norteamericana, cambió el perfil de la especialidad, perdiendo el sabor europeo continental para adoptar un enfoque angloamericano empírico-pragmático (Assumpção, 1995).

Incluso después de este cambio, la psiquiatría infantil en Brasil se encuentra actualmente en dificultades. No está claro si esto se debe al bajo número de profesionales capacitados (actualmente menos de 300 y mal distribuidos geográficamente), a la escasez de programas de formación, o a la ausencia de enseñanza de salud mental infantil en los currículos de la mayoría de las escuelas de medicina brasileñas. Además, esta crisis se ve exacerbada por la falta de políticas de salud mental infantil y de servicios de salud especializados para este grupo etario, lo que crea un círculo vicioso de falta de servicios e interés profesional. Así pues, la psiquiatría infantil en Brasil está entrando inestablemente en el siglo XXI.

## PAÍSES DE EUROPA CENTRAL Y DEL ESTE

La situación en el ámbito de la salud mental infantil y adolescente en Europa Central y del Este merece especial atención. Es una enorme región que abarca 30 nuevas democracias, que surgieron tras la caída de la Unión Soviética y sus satélites, con una población de unos 400 millones de habitantes. Estos países tienen antecedentes culturales muy diferentes. Geográficamente, ni siquiera todos se encuentran en Europa Central y del Este—los países de la región balcánica se encuentran en Europa Sudoriental. Sin embargo, todos tienen en común un contexto similar porque, después de haber estado bajo el comunismo durante 50 a 70 años, se han enfrentado a una transición de regímenes totalitarios a

regímenes democráticos. El período desde 1990—cuando se iniciaron los cambios sociopolíticos—ha estado marcado por una impresionante combinación de éxitos, desafíos y fracasos en muchas áreas, incluyendo la salud mental de niños y adolescentes.

Bajo el dominio soviético, los países de Europa Central y del Este desarrollaron un sistema único de atención de la salud mental para niños y adultos, distinto al de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Contrariamente a lo que ocurrió en la mayor parte del resto del mundo, este sistema fue impulsado por la ideología soviética, que apoyaba la política sanitaria y la seguridad social con cantidades relativamente grandes de recursos financieros y humanos. Sin embargo, en comparación con los países occidentales, los recursos se invertían predominantemente en instituciones residenciales. La política estatal se basaba en un modelo de exclusión social de grupos vulnerables. La solución habitual era institucionalizar a los niños en los casos en que las familias estuvieran en crisis o los niños presentaran problemas. El indicador oficial del buen desempeño del sistema era un alto porcentaje de “niños organizados” (que significaba niños *institucionalizados*) que presentaran cualquier tipo de problema de desarrollo o psicosocial. Los servicios basados en la comunidad se vieron impedidos de desarrollarse por el hecho mismo de que la ideología soviética sostenía que los problemas psicosociales habían sido resueltos con éxito por el sistema político, lo que dio lugar a una falta de desarrollo de los componentes psicosociales de la atención, y a que el ámbito de la salud mental de los niños y adolescentes estuviera dominado por conceptos como “defectología” y “psico-neurología infantil”.



Con el nombramiento de Bourneville en 1890, y más tarde, en 1957, de Roger Misès, la Fundación Vallée ha estado en el centro de la innovación y el cuidado de los niños y adolescentes en Francia.

La psiquiatría infantil fue inicialmente parte de la psico-neurología infantil y evolucionó sobre la base de un modelo biomédico estrecho, representado por la neurología clínica de mediados del siglo XX. En la década de 1970, la psiquiatría infantil y adolescente fue reconocida como una especialidad, independizándose de la neurología infantil en toda la Unión Soviética. Desde entonces, la especialidad ha estado luchando por independizarse de la psiquiatría para adultos con diversos grados de éxito en diferentes países. Mientras que la psiquiatría para adultos en la Unión Soviética era conocida por sus criterios extremadamente amplios para la esquizofrenia—resultando en abusos políticos justificados psiquiátricamente—la salud mental de niños y adolescentes estaba buscando otras maneras de interpretar las posibles causas de los trastornos emocionales y conductuales. Como resultado, se utilizaron con frecuencia diagnósticos diferentes de las clasificaciones ampliamente aceptadas (CIE, DSM), que reflejaban los vínculos anteriores con la neurología infantil (como el síndrome cerebral orgánico o las consecuencias de tipo orgánico de hipotéticos daños cerebrales leves durante el embarazo, el parto o la primera infancia). Es importante recordar que estas tendencias fueron el resultado de declaraciones ideológicas de un estado totalitario, según las cuales se habían eliminado las causas psicosociales de los trastornos. Por lo tanto, el tratamiento farmacológico se utilizó extensamente tanto en los servicios de psiquiatría infantil ambulatoria como en los de hospitalización. Los grupos profesionales de psicólogos clínicos comenzaron a crecer lentamente sólo a partir de la década de 1980. El trabajo social como especialidad no existía hasta 1990, cuando se iniciaron los cambios sociopolíticos en la región.

Los servicios para niños con discapacidades del desarrollo crecieron bajo el concepto de “defectología”, que era un equivalente soviético de la educación especial. Se evaluaba el nivel de *defecto* de cada niño discapacitado para decidir si era rentable invertir en su educación como futura mano de obra barata. Como resultado, los niños con discapacidades intelectuales leves generalmente eran derivados a escuelas especiales, mientras que los niños con discapacidad intelectual moderada y grave eran denominados como *no educables*. Los profesionales daban a los padres el firme consejo de abandonar a estos niños, colocándolos en instituciones estatales por el resto de sus vidas. Trágicamente, un gran número de niños y niñas que sufrían privación social y emocional también fueron internados en instituciones especiales, catalogándolos como personas con discapacidad intelectual leve. De esta manera, el sistema soviético ocultaba los problemas sociales y los presentaba como problemas que emergían en el cerebro del niño. Los orfanatos rumanos son un ejemplo extremo y desgarrador. Bajo el régimen de Nicolae Ceaușescu, se prohibió el aborto y la anticoncepción en Rumania. Esto dio lugar a que muchos niños fueran abandonados y puestos en orfanatos de niños discapacitados y enfermos mentales. Estos niños vulnerables eran objeto de abandono y maltrato institucional, incluido el abuso físico y sexual, y se les administraban drogas para controlar su comportamiento.

### **La psiquiatría infantil en Lituania después de la caída de la Unión Soviética**

Tras la caída de la Unión Soviética en 1991, en los países de Europa Central y del Este se produjeron cambios políticos drásticos y oportunidades para desarrollar enfoques modernos de la salud mental de los niños y adolescentes. La psiquiatría



**Roger Misès (1924-2013)** tuvo un gran impacto en el desarrollo de los servicios de salud mental infantil en Francia.

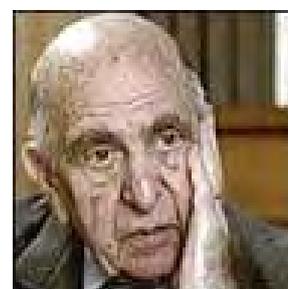
infantil en estos países surgió en este contexto. A modo de ejemplo se describen los éxitos, desafíos y fracasos del modelo lituano de desarrollo infantil. Sin embargo, la situación y la evolución de otros países de Europa Central y del Este pueden ser muy diferentes.

En 1991, se estableció en Vilnius un Centro de Desarrollo Infantil como clínica de demostración para la aplicación de las políticas y prácticas contemporáneas de salud mental para niños y adolescentes. El centro estaba afiliado a la Universidad de Vilnius. Desde entonces, se ha avanzado considerablemente en la restauración del equilibrio dentro del paradigma biopsicosocial. Sin embargo, después de 25 años de intentar cambiar la prestación de servicios, hay un aleccionador reconocimiento de que la influencia de la ideología previa sigue siendo enorme y los enfoques contemporáneos de tratamiento a menudo pierden la batalla por la financiación frente a los servicios tradicionales, que todavía se basan en el concepto de exclusión social, estigmatización e institucionalización.

Con la ayuda de la comunidad internacional, en Lituania se han introducido más de 50 métodos diagnósticos y terapéuticos en la práctica clínica. La actitud ha sido aceptar todos los enfoques basados en la evidencia y no depender de una u otra escuela de pensamiento o práctica clínica. Dado que ya no existe un control ideológico, los medios de comunicación han empezado a poner de relieve los problemas que se habían ocultado al público durante la era soviética y el Centro de Desarrollo Infantil aprovechó esto para instar a los políticos a iniciar cambios dentro del sistema.

El primer problema objeto de atención fue la difícil situación de los niños con discapacidades del desarrollo, incluyendo la discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo. Una fuerte coalición de profesionales, organizaciones de padres y políticos reformistas logró convencer a las autoridades nacionales de que desarrollaran una red de servicios comunitarios para estos niños, como alternativa al sistema tradicional de grandes instituciones residenciales. El Centro de Desarrollo Infantil ha estado conduciendo este proceso con educación y habilidades profesionales, enfatizando la intervención temprana para bebés y niños preescolares con problemas de desarrollo y discapacidades. Este campo ha crecido como pediatría evolutiva (social), con una red de equipos comunitarios en todo el país. Así pues, se ha creado una buena base para la reintegración de los niños discapacitados en el sistema educativo y la sociedad en general.

En Lituania se ha establecido la especialidad de psiquiatría infantil y adolescente con un programa de formación de cuatro años de postgrado (residencia). El 2015 habían 80 especialistas en psiquiatría infantil que trabajaban en servicios ambulatorios y hospitalarios. Tras largos debates con el fondo de seguro obligatorio de salud, se han logrado acuerdos relativamente buenos para que la financiación de los servicios de hospitalización y guardería permita contar con equipos de profesionales que trabajen con los niños que necesitan atención. Se ha abierto un servicio piloto para un programa intensivo de intervención en crisis de una semana, también cubierto por el seguro médico, a pesar de que los casos referidos no necesariamente tienen un diagnóstico médico. Fue una victoria importante convencer a las autoridades nacionales de que los fondos del seguro de salud debían utilizarse para la gestión eficaz y flexible de los casos urgentes de problemas psicosociales (p.ej., intentos de suicidio, abusos físicos o sexuales).



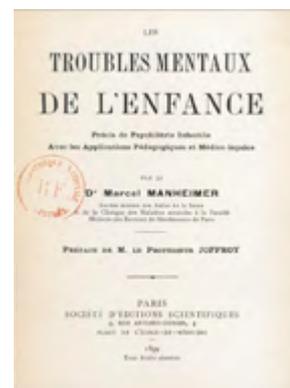
**Serge Lebovici** (1915-2000) fue un influyente psiquiatra y psicoanalista francés que fue presidente y presidente honorario de la IACAPAP. En 1958, fundó el *Centro Alfred Binet*, un servicio ambulatorio en el distrito 13 de París. En 1978, fue nombrado profesor de la *Universidad de París Norte* en Bobigny.

Los servicios ambulatorios son atendidos por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales infantiles, empleados por los centros municipales de salud mental, y financiados por el seguro de salud sobre una base de capitación. Sin embargo, estos centros de salud mental de atención primaria son demasiado débiles para cumplir la misión que se espera de ellos, ya que cuentan con un número extremadamente pequeño de personal no médico (p.ej., un profesional por cada 30.000 habitantes). En la actualidad, se están llevando a cabo negociaciones con el gobierno para desarrollar centros regionales de salud mental para niños y adolescentes con zonas de captación más amplias, que contarían con un mayor número de psicólogos y trabajadores sociales en el equipo y podrían llenar mejor este vacío.

El debate en curso indica que hay muchos desafíos y obstáculos para el desarrollo de los servicios de salud mental para niños y adolescentes en Lituania, que parecen seguir el camino de lo que ocurrió en Europa Occidental hace 50 años. Quienes se oponen al cambio argumentan que la mayoría de la población (y especialmente las familias en riesgo) no están motivadas para recibir intervenciones psicosociales, que no hay una fuerza de trabajo lo suficientemente grande (los profesionales de la salud no están dispuestos a desplazarse a trabajar en las provincias; a menudo optan por migrar a otros países debido a los mejores salarios). Además, la mayoría de los psiquiatras infantiles que trabajan en los servicios existentes se muestran reacios a apoyar el desarrollo de nuevos servicios y existe la opinión popular entre las autoridades sanitarias de que el fondo de seguro de salud obligatorio (la única forma de financiar los servicios sanitarios en Lituania) no debería utilizarse para pagar las intervenciones de los profesionales que no son médicos. En el futuro se sabrá si es posible lograr un gran avance en el desarrollo de los servicios de salud mental para niños y adolescentes en Lituania. El resultado de este debate podría ser importante en un contexto europeo y mundial, ya que plantea cuestiones importantes sobre las prioridades a la hora de desarrollar los sistemas sanitarios.

A pesar de los logros alcanzados, 25 años de cambios no han logrado eliminar por completo el legado soviético en materia de salud mental y política social. El estado del campo de la salud mental infantil y adolescente es un buen reflejo del nivel de democracia y sociedad civil en un país. Si bien la salud física de los niños (como la prevención de la mortalidad y la morbilidad infantil, la vacunación y la prevención de las enfermedades infecciosas) se abordaron adecuadamente durante la era soviética y se desarrollaron como prioridad durante el período de *transición*, sigue habiendo una falta de voluntad política para hacer frente a muchos problemas de salud mental de niños y adolescentes.

Entre 2007 y 2009, un proyecto financiado por la Comisión Europea y liderado por Lituania (Puras et al, 2010), examinó los retos y oportunidades para el desarrollo de políticas eficaces y basadas en la evidencia de salud mental infantil en el contexto de la ampliación de la Unión Europea (UE). El gran número de países (16) y organizaciones (35) de antiguos y nuevos Estados miembros de la UE que participaron permitió realizar comparaciones entre países y regiones. Hubo una clara diferencia en la calidad, cantidad y dirección de los servicios de salud mental para niños y adolescentes. Mientras que los países del norte, oeste y sur de Europa (*antiguos* Estados miembros de la UE) contaban con servicios bien establecidos, con un gran número de profesionales aliados de la salud mental que apoyaban a los psiquiatras infantiles en los equipos, en muchos de los nuevos



[Haga clic en la imagen para ver la monografía de Marcel Manheimer Les Troubles Mentaux de l'Enfance \(Los Trastornos Mentales de la Infancia\).](#)

países de la UE (Bulgaria, Rumania y los países bálticos) una gran proporción de los recursos humanos y financieros seguía empleándose en entornos residenciales ineficaces (como hogares infantiles y grandes instituciones residenciales para niños mayores con y sin discapacidad). La situación en los países bálticos era significativamente mejor que en los países del Este no pertenecientes a la UE (como la Federación Rusa o Ucrania). En el ámbito de la salud mental infantil y adolescente, los países de Europa Central (como la República Checa y Polonia) y los antiguos estados yugoslavos ha desarrollado servicios comunitarios más eficaces que los países que habían formado parte de la Unión Soviética. Esta diferencia podría significar que los países de Europa Oriental tuvieran un legado más fuerte de mentalidad totalitaria que los países de Europa Central, y los países bálticos un legado moderado. Por ejemplo, el proyecto estudió la situación de los niños nacidos de padres con discapacidad intelectual. Mientras que países como Finlandia han desarrollado servicios para estas familias, Lituania, Bulgaria y Rumania siguen institucionalizando, como norma y no como excepción, tanto a la madre como al niño.

Uno de los vacíos sistémicos de muchos países de Europa Central y del Este es la falta de una cultura de evaluación y seguimiento de las políticas y los servicios. La tradición soviética era centrarse en las estadísticas que reflejaban los procesos y no los resultados. Hasta la fecha no se ha llenado esta laguna; los gobiernos no han financiado las actividades de investigación y evaluación sobre la salud mental de los niños y adolescentes.

## FRANCIA

Después de un largo período durante el cual se había ignorado la naturaleza específica de los trastornos mentales infantiles, los psiquiatras franceses se interesaron por el concepto de “idiotéz” de las obras de Itard sobre el *Sauvage de l’Aveyron* (*El Salvaje de Aveyron*), un niño salvaje. Jean Marc Gaspard Gaspard Itard, un estudiante de Pinel—el padre de la psiquiatría de asilo—es conocido por su trabajo en el acceso al lenguaje. Hasta entonces, sólo los educadores habían estudiado a los niños y sólo desde el punto de vista pedagógico. Incluso cuando fueron creados los hospitales generales en todas las grandes ciudades francesas por el Edicto Real de 1662, los niños no recibieron una atención especial. Abandonados con mendigos y convictos, los niños tenían sólo una característica específica: el abandono, una práctica generalizada durante la Edad Media.

### “Idiotéz”

En 1800, Itard desarrolló la primera terapia médico-educativa. El resultado, además de una extensa observación sobre lo que parecía un autismo infantil, fue un debate sobre si los trastornos mentales eran innatos o adquiridos, de naturaleza psicológica u orgánica; un debate que perseguiría el siglo XIX y obstaculizaría la atención psiquiátrica en la primera mitad del siglo XX.

La *idiotéz* en francés era sinónimo de enfermedad mental o locura, y la única aplicación de la medicina de asilo concerniente a los niños. Edouard Seguin —quien trabajaba como profesor en un asilo—desarrolló un tipo de cuidado para los *idiotas*. Consideraba que los *idiotas* tenían “una enfermedad del sistema nervioso”



**Hermann Emminghaus** (1845-1904) fue Director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Freiburg de 1886 a 1902 y autor del primer libro de texto de psiquiatría infantil y adolescente.

y necesitaban tratamientos educativos y sensoriales basados en actividades físicas. Seguin pensaba que los *idiotas* tenían una inteligencia preservada detrás de su enfermedad. El trabajo de Seguin no fue bien recibido por los alienistas (médicos que trabajaban en asilos); debió pasar medio siglo y el trabajo de Bourneville para que se produjeran verdaderos avances en el tratamiento de la *idiotéz*. Désiré-Magloire Bourneville, un alienista, recomendó los métodos de Seguin y dirigió la *Fondation Vallée (Fundación Vallée)*. Luchó por un tratamiento temprano y por la consistencia en el castigo en su enseñanza. Es conocido por su activismo contra las deplorables condiciones de los asilos para enfermos mentales. Se centró sobre todo en el desarrollo de la educación.

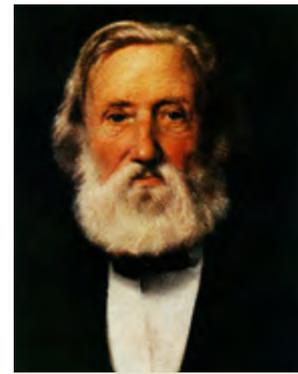
Estos enfoques tuvieron la ventaja de pensar en el tratamiento a pesar del debate en curso sobre la etiología, que se complicó aún más con la teoría de la degeneración propuesta por Benedict Morel. Según Morel, la *idiotéz* y la *imbecilidad* (discapacidad intelectual) fueron el legado de la locura durante varias generaciones. Esto reflejaba la interpretación eugenésica del hombre y su destino, popular de la época, y se reflejaba en obras literarias como la de Zola. La *idiotéz* comenzó a ser considerada una condición incurable y no una enfermedad progresiva.

### **La organización de la atención: De la infancia desadaptada a la división en sectores psiquiátricos**

A principios del siglo XX, Bourneville vio su trabajo y su deseo de crear verdaderas escuelas de asilo algo obstaculizados por el trabajo de Binet y Simon, los creadores de la psicometría. Alfred Binet, director del laboratorio de psicología de la *Sorbona*, definió al *idiotá* como un niño incapaz de comunicarse por medio del lenguaje. En 1908, escribió en conjunto con el psiquiatra Théodore Simon, el libro *Niños Anormales*. El advenimiento de las pruebas psicométricas permitió el desarrollo de clases especializadas en Francia, donde la escuela había pasado a ser obligatoria por la Ley de Ferry de 1884. La clasificación condujo, por un lado, a una gran mejora en el apoyo prestado por las escuelas financiadas por el Estado a los niños considerados “curables”, pero mantenía la segregación de los niños considerados “incurables”, que eran llevados a los asilos sin ningún tratamiento real.

El siglo XX comenzó así con una división entre el apoyo ofrecido a algunos niños por las escuelas y el confinamiento de otros en asilos, que se convirtieron en hospitales psiquiátricos en 1938. Las condiciones en los asilos se hicieron cada vez más precarias, a medida que la teoría de la degeneración alcanzaba su cenit. El debate se centró entonces en la infancia anormal—con una distinción entre “el niño anormal en los asilos” y “el niño anormal en las escuelas”.

Además de esto, la psiquiatría infantil francesa se interesó cada vez más en una variedad de otros temas como la delincuencia juvenil, el psicoanálisis, el trabajo de los teóricos del desarrollo como Piaget y Wallon, sin mencionar el surgimiento de la fenomenología—el estudio de la psicopatología, ampliamente definida, incluyendo signos, síntomas y sus pensamientos y emociones subyacentes. Los servicios de atención ambulatoria comenzaron a aparecer en la década de 1920. La disciplina comenzó a cambiar su preocupación desde la dicotomía educable/no educable, para abrir una perspectiva diferente sobre los trastornos del desarrollo y el comportamiento en los niños. El término “psiquiatría infantil” (*pédopsychiatrie*



**Heinrich Hofmann** (1809-1894) fue director del “Hospital para Pacientes Epilépticos y Enfermos Mentales” e inició uno de los primeros departamentos de psiquiatría infantil. También se hizo famoso como escritor de libros infantiles, especialmente *Der Struwwelpeter* (Peter Cabeza Hueca), considerado la primera descripción de un niño con TDAH.

en francés) apareció por primera vez en 1912.

Tras la llegada del Frente Popular (una alianza de grupos de izquierda) al poder en 1936, se emprendió una importante labor de coordinación de los servicios clínicos. En 1937 Henri Wallon, psicólogo y político, comenzó a desarrollar una red nacional de protección y atención psicológica para los niños. Se mejoraron algunos servicios hospitalarios, como el de Georges Heuyer en *la Salpêtrière*, en colaboración con la primera psicoanalista francesa, Eugenie Sokolnicka, y más tarde con Sophie Morgenstern. Mientras tanto, las universidades apoyaron la progresiva institucionalización de la psiquiatría infantil francesa. La creación de la primera clínica ambulatoria de psiquiatría infantil de Collin en 1912, la celebración del primer congreso internacional de psiquiatría infantil en París en 1937, la creación de la primera cátedra francesa de psiquiatría infantil en 1948 (de George Heuyer en París) y la celebración de los “Días del Libro Blanco de la Psiquiatría”, organizados por *L' Evolution Psychiatrique* (una revista de fenomenología y psicoanálisis) en 1965, 1966 y 1967, fueron hitos importantes.

El sistema de atención clínica dependía de las instituciones para los niños “desadaptados”. Este término apareció por primera vez durante el régimen de Vichy, pero siguió a los trabajos iniciados antes de la capitulación de Francia a la Alemania nazi. La definición de niños desadaptados apareció por primera vez en 1944 en el *Informe Lagache* (Daniel Lagache fue psiquiatra y profesor de psicología en la *Sorbona*): “Un niño desadaptado tiene capacidades insuficientes o defectos en su carácter que lo ponen en un conflicto prolongado con la realidad y las exigencias de su ambiente, según su edad y entorno social”. La provisión de un tratamiento más o menos intensivo dependía de la gravedad del trastorno: “En general, podemos distinguir entre recuperable, semi-recuperable e irrecuperable”. Los no recuperables eran colocados en instituciones. Estas opiniones, en la cúspide de la “solución final” alemana, reflejaban la ideología del régimen de Vichy. Sigue siendo el tema de la investigación histórica si los médicos y administradores sabían realmente el destino reservado para los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos. La realidad es que unos 40.000 enfermos mentales murieron de inanición o abandono en los hospitales psiquiátricos franceses durante la ocupación nazi.

Después de la liberación, la conciencia de esta masacre estimuló una actitud más humana, a pensar de forma diferente respecto a la provisión de atención psiquiátrica. Influenciados en gran medida por las ideas anglosajonas e italianas antipsiquiátricas (impulsadas en Francia por Michel Foucault) y, sobre todo, por la psicoterapia institucional (creada por François Tosquelles) se crearon en los años sesenta “sectores psiquiátricos”, cada uno de los cuales atendía a una población designada, con el objetivo de garantizar la igualdad de acceso a la atención en cualquier lugar de residencia. Su proceso fue, por un lado, parte de una organización regional democrática de atención de la salud mental y, por el otro, la base para una mejor comprensión de los trastornos mentales. Los sectores psiquiátricos se establecieron en 1960, incluyendo inicialmente tanto a adultos como a niños. En 1972, se crearon sectores específicos de psiquiatría infantil. La Circular del Gobierno de 1972 (*Circulaire Misès*) apoyaba una nueva organización de los servicios clínicos, más democrática y menos negativa a las formas graves de enfermedad. Roger Misès puede considerarse el padre de la sectorización psiquiátrica infantil. Se enfrentó a un sistema de asilo que, en su opinión, empeoró la situación de los pacientes. Así, desarrolló la “nueva clínica psiquiátrica” basada



**Hermann Stutte**  
(1909-1982) fue nombrado el primer presidente independiente de psiquiatría infantil y adolescente en Alemania Occidental en 1954. Fue el pionero de la psiquiatría infantil en Alemania después de la Segunda Guerra Mundial y presidente de la Unión Europea de Psiquiatras Infantiles.

en el trabajo en equipo multidisciplinario con educadores, psicólogos, pedagogos, psiquiatras y enfermeras psiquiátricas trabajando codo a codo utilizando las contribuciones teóricas del psicoanálisis y otras escuelas. Se enfrentó a un sistema de asilo que, en su opinión, empeoraba la situación de los pacientes. Así, desarrolló la “nueva clínica psiquiátrica”, basada en el trabajo en equipo multidisciplinario con educadores, psicólogos, pedagogos, psiquiatras y enfermeras psiquiátricas trabajando codo a codo, utilizando las contribuciones teóricas del psicoanálisis y otras escuelas. Redactó la Circular del 14 de marzo de 1972, que creó los sectores de psiquiatría infantil y adolescente. Este movimiento se produjo después de los sucesos de mayo de 1968 en Francia—un período de gran agitación civil marcado por manifestaciones, huelgas generales y la ocupación de universidades y fábricas. El mismo año, la psiquiatría se separó de la neurología, volviéndose una disciplina empoderada y emancipada. Los hospitales de día se convirtieron en la estructura institucional alternativa para la atención hospitalaria, a fin de evitar la segregación. Los CMP (*centres médico-psychologiques* o centros de salud mental) se convirtieron en la puerta de entrada para la prestación de atención. El pensamiento psicoanalítico y la psicoterapia institucional desempeñaron un papel importante en esta reorganización.

Con el tiempo, este sistema se ha convertido en víctima de su propio éxito. Según algunos, este éxito ha cristalizado, en algunos lugares, el tratamiento en torno a la ideología psicoanalítica más que en un modelo médico. Recientemente, los servicios de psiquiatría infantil han experimentado cambios significativos en su organización y métodos terapéuticos. Desde los años noventa, y especialmente desde principios del siglo XXI, la contribución de las neurociencias y la ciencia cognitiva ha mejorado la práctica clínica.

La organización territorial dio un verdadero impulso a la formación. Hasta la década de 1970 no existía una educación formal en psiquiatría infantil. El primer programa de formación fue iniciado por los “cuatro coroneles” (Lebovici, Diatkine, Soulé y Misès) en París, que se difundió progresivamente por todo el país. En las dos últimas décadas del siglo XX, casi todas las universidades ofrecían doctorados en psiquiatría infantil, tanto para docencia como para investigación. El censo del 2014 informó que había 743 psiquiatras infantiles, más de 14.000 psiquiatras adultos y más de 100.000 médicos de familia (para una población de unos 70 millones de habitantes). El número de psiquiatras infantiles no incluye a los psiquiatras sin un diploma específico que tratan a niños. De hecho, no hay grandes diferencias entre los psiquiatras adultos e infantiles. A diferencia de algunos otros países europeos, la formación francesa no separa la psiquiatría infantil de la psiquiatría adulta; los psiquiatras infantiles deben ser primero psiquiatras adultos.

### **El desarrollo de la comprensión psicopatológica**

En la primera mitad del siglo XX, el problema de la psicosis infantil contribuyó a contrarrestar la influencia de la psicometría, que se había convertido en omnipresente. Además de los conceptos psicoanalíticos, otras contribuciones enriquecieron la comprensión de los trastornos mentales en los niños: la psicología del desarrollo de Jean Piaget y Henri Wallon y la fenomenología.

Después de los años cincuenta, las descripciones clínicas se hicieron más refinadas: “Existen dos tipos de niños desadaptados: los que tienen deficiencias de inteligencia y los que están desequilibrados por el carácter o el comportamiento”,



escribió Heuyer. Cada vez más niños recibían una evaluación ambulatoria con pruebas psicológicas, rehabilitación y psicoterapia. Estaban emergiendo los tratamientos con fármacos, como el uso de fenobarbital para los trastornos del comportamiento con violencia. No obstante, persistía la tradición de institucionalizar a los niños y niñas con problemas de adaptación en los internados.

En el Congreso Internacional de París en 1937, los clínicos europeos continentales se enteraron de la literatura estadounidense sobre la esquizofrenia infantil a través de una comunicación de Despert. Posteriormente, la psicosis infantil comenzó a ocupar un lugar especial en la psiquiatría infantil francesa, cuyos médicos rechazaron las dicotomías entre la psicogénesis y la organogénesis, la curabilidad y la incurabilidad. La noción de discapacidad también fue considerada por los psiquiatras infantiles como alienante, al percibir el término como sinónimo de pérdida de esperanza.

“La *Clasificación Francesa de Trastornos Mentales Infantiles y del Adolescente* (CFTMEA, por sus siglas en francés) fue creada en 1983 por un grupo de trabajo dirigido por el profesor Roger Misès con un objetivo principal: ofrecer a los psiquiatras franceses una alternativa al DSM-III. A los psiquiatras infantiles franceses les preocupaba que el DSM-III fuera muy diferente del proceso clínico que la mayoría de ellos utilizaban para la toma de decisiones diagnósticas. También les preocupaba que el DSM-III pudiera cambiar drásticamente las prácticas clínicas al enfocar toda la atención clínica y terapéutica en los síntomas aislados en lugar de tener en cuenta las configuraciones psicopatológicas estructurales “ (Mises et al, 2002).

Las publicaciones en francés sobre psiquiatría infantil han tenido un impacto significativo en otros países europeos, países africanos francófonos y en España y

De izq. a der.: Kosuke Yamazaki, Shigeta Saito, Reimer Jensen, Koichiro Shirahashi y Kiyoshi Ogura en el Congreso de la IACAPAP de 1990 realizado en Kyoto.

América Latina, principalmente a través de las traducciones al español de libros de texto influyentes (p.ej., de Serge Leovovici y De Ajuriaguerra). Esta influencia ha ido disminuyendo gradualmente (Maldonado-Duran & Helmig, 2001).

## ALEMANIA

El campo de la psiquiatría y psicoterapia infantil y adolescente en Alemania es definido por la Asociación Médica Alemana como “el diagnóstico, tratamiento no quirúrgico, prevención y rehabilitación de enfermedades o trastornos psiquiátricos, psicósomáticos, del desarrollo y neurológicos, así como los trastornos psicológicos y de comportamiento social durante la infancia y la adolescencia”. Esta definición ha sido modificada varias veces y se utilizó por primera vez en 1968, cuando la psiquiatría infantil y del adolescente se convirtió en una especialidad independiente. En ese momento, la especialidad se llamaba “psiquiatría infantil y adolescente”. La psicoterapia se añadió al título en 1993, teniendo en cuenta la importancia de los métodos de tratamiento psicoterapéutico. Esta sección es una versión revisada de un capítulo sobre *Psiquiatría Infantil y Adolescente en Europa*, editado por Helmut Remschmidt y Herman van Engeland (Heidelberg: Springer, 1999).

El programa de formación de postgrado para convertirse en psiquiatra y psicoterapeuta de niños y adolescentes requiere cinco años, de los cuales un año puede completarse en pediatría o en psiquiatría general. La formación se puede llevar a cabo en los 16 estados de la República Federal de Alemania y termina con un examen oral en la oficina de la asociación médica (*Landesärztekammer*) de cada estado.

### Desarrollo histórico

La psiquiatría infantil alemana está estrechamente relacionada con la evolución europea e internacional. Sus raíces se remontan a varias otras disciplinas, especialmente la pediatría y la psiquiatría, pero también a la psicología clínica, la pedagogía (educación terapéutica) y también, con respecto a muchas normas, a las ciencias sociales y al derecho. Estas influencias, sin embargo, no hicieron que la psiquiatría infantil se convirtiera en una mezcla de disciplinas heterogéneas, sino en una especialidad independiente que integra todas estas influencias con el fin de brindar a los niños con problemas y enfermedades psiquiátricas y a sus familias el mejor apoyo posible.

Un hito importante en la historia de la psiquiatría infantil alemana fue el libro de texto de Hermann Emminghaus (1887), titulado *Alteraciones Psíquicas en la Infancia*, que ha sido llamado la “cuna” de la psiquiatría infantil (Harms, 1960). En 1899, el término “psiquiatría infantil” fue utilizado por primera vez por el psiquiatra francés M Manheimer, que subtítulo su libro *Les Troubles Mentaux de l'Enfance* as *Précis de Psychiatrie Infantile* (Stutte, 1974). Los libros *Psicopatología de la Infancia* de Wilhelm Strohmayer (1910), *Trastornos Mentales de la Infancia* de Theodor Ziehen (1915), *Lecturas de Psicopatología Infantil* de August Homburger (1926) y el *Libro de Texto de Psiquiatría Infantil General* de Moritz Tramer (1942) también contribuyeron al desarrollo de la disciplina. Después de la Segunda Guerra Mundial, el artículo del manual de Hermann Stutte (1960), el libro de texto de Jakob Lutz (1961), y el *Libro de Texto de Psiquiatría del Niño y el Adolescente Especial*

de Harbauer y colaboradores (1971) también tuvieron gran influencia. Estos libros de texto fueron seguidos por varios otros, y por los tres volúmenes de *Psiquiatría Infantil en la Clínica y la Práctica*, editado por Helmut Remschmidt y Martin Schmidt (1985, 1988).

En cuanto a las revistas en alemán, tres desarrollos fueron importantes:

- En 1898 se fundó la revista *Deficiencias Infantiles (Die Kinderfehler)*. Más tarde se convirtió en la *Revista de Investigación en Infancia (Kinderforschung)*, que dejó de publicarse en 1944, durante la Segunda Guerra Mundial, después del volumen n° 50. Después de la guerra, esta revista continuó como el *Anuario de Psiquiatría Infantil y Adolescente* (fundado en 1956) y ha estado funcionando desde 1973 bajo el nombre de *Revista de Psiquiatría Infantil y Adolescente (Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie)*. Tras el cambio del nombre de la especialidad, el título se cambió a *Revista de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil y del Adolescente* en 1996.
- En 1934, Moritz Tramer fundó la *Revista de Psiquiatría Infantil (Zeitschrift für Kinderpsychiatrie)* que continuó hasta 1984 como *Acta Pediátrica* y dejó de publicarse en 1994.
- En 1951, Annemarie Dührssen y Werner Schwidder fundaron una tercera revista—inicialmente con una orientación más psicoanalítica y, más tarde, más interdisciplinaria—la *Práctica de Psicología Infantil y Psiquiatría*. Continúa publicándose hasta hoy y cuenta con un gran número de lectores.

El establecimiento de una nueva disciplina, sin embargo, sólo es posible si tiene una base científica y cuenta con el apoyo de organizaciones profesionales que la impulsan. La fundación oficial de una asociación alemana de psiquiatría infantil y adolescente tuvo lugar el 5 de septiembre de 1940, en Viena, como la Sociedad Alemana de Psiquiatría Infantil y Educación Terapéutica. Su primer presidente fue Paul Schröder, jefe del departamento de psiquiatría de la Universidad de Leipzig. Durante la Segunda Guerra Mundial, bajo el régimen nazi, algunos psiquiatras infantiles alemanes participaron en el programa de eutanasia a través del cual miles de niños discapacitados mentales y enfermos psiquiátricos fueron asesinados con su cooperación.

En 1950, la Asociación Alemana de Psiquiatría Juvenil fue reestablecida como una asociación médica, con estrechos vínculos con otras disciplinas como la educación terapéutica, el derecho, la psicología clínica, la psiquiatría y la pediatría.

La psiquiatría infantil alemana ha evolucionado a partir de cuatro tradiciones:

1. La tradición neuropsiquiátrica, que se remonta a sus raíces en la neurología y la psiquiatría, de las que la psiquiatría infantil ha evolucionado en varios lugares. Esta tradición fue prominente en la antigua República Democrática Alemana, donde la especialidad se llamaba “neuropsiquiatría infantil y adolescente”. Permanece hasta hoy en los enfoques neuropsicológicos dominantes en varios campos de la psiquiatría infantil.
2. Una tradición en la educación terapéutica, que se desarrolló principalmente en contextos pediátricos y puede considerarse precursora de los departamentos de psicopatología de los hospitales pediátricos.
3. La tradición psicodinámica-psicoanalítica, que se remonta al inicio



“La relación del pensamiento con la palabra no es una cosa sino un proceso, un continuo movimiento de ida y vuelta del pensamiento a la palabra y de la palabra al pensamiento. En ese proceso, la relación del pensamiento con la palabra experimenta cambios que a su vez pueden ser considerados como evolutivos. . . El pensamiento no sólo se expresa en palabras, sino que a través de ellas se hace realidad.”  
Lev Vygotsky

**Lev Vygotsky**  
(1896-1934) destacó la importancia del ambiente social en el desarrollo de las funciones cognitivas superiores. Su investigación fue preservada (y a veces distorsionada) por un grupo de sus estudiantes y colegas, el Círculo Vygotsky.



GE Suchareva con un paciente y un grupo de sus estudiantes en 1968.

**Grunya Efimovna Suchareva** (Груня Ефимовна Сухарева; 1891-1981) se graduó de la Universidad de Medicina para Mujeres de Kiev. En 1919, fue nombrada jefa del Departamento de Niños Deficientes y profesora del Instituto Médico Pedagógico de Kiev. Posteriormente combinó el trabajo clínico en diversas clínicas psiquiátricas en Moscú y en Kharkov, Ucrania. Publicó una variedad de artículos sobre la “psicopatía esquizoide”, pero su interés principal era la esquizofrenia. En 1937 apareció el primer volumen de su influyente monografía *Клиника шизофрении у детей и подростков (течение, прогноз, систематика) [La Imagen Clínica de la Esquizofrenia en Niños y Adolescentes (Evolución, Pronóstico y Clasificación)]*. Las actividades clínicas y de investigación de Suchareva se resumieron en los tres volúmenes de las “Conferencias Clínicas sobre la Psiquiatría de la Infancia” (publicadas en 1940, 1959, y 1965). En 1996, uno de sus artículos publicado originalmente en alemán, fue traducido al inglés por Sula Wolff con el título “¿El primer relato del síndrome que describió Asperger?” Parece ser que Suchareva fue la primera en describir el Síndrome de Asperger, unos 10 años antes que Hans Asperger (Wolff, 1996).

del psicoanálisis. Esta tradición fue responsable de la inclusión de la psicoterapia psicodinámica en el plan de estudios de los psiquiatras infantiles, así como del establecimiento de “psicogogos” (que más tarde cambiaron su nombre por el de “psiquiatras psicoanalíticos infantiles y del adolescente”).

4. La tradición empírico-epidemiológica. Esta orientación se estableció en los años sesenta y setenta y fue influenciada en gran medida por la investigación empírica del Reino Unido y los Estados Unidos.

Tras la reunificación alemana, en febrero de 1990 se fundó una Sociedad de Neuropsiquiatría de la Infancia y la Adolescencia en la antigua Alemania Oriental, que posteriormente se integró a la Sociedad Alemana de Psiquiatría Infantil y Adolescente, y que luego en 1994 se convirtió en la Sociedad de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil y Adolescente. Esta sociedad celebra una reunión oficial cada dos años en diferentes ciudades de Alemania.

Existen otras dos organizaciones de psiquiatría infantil y adolescente en Alemania: una “organización profesional” (*Berufsverband*), fundada en 1978 y que representa a los psiquiatras y psicoterapeutas infantiles y del adolescente de la práctica privada (con 907 miembros en 2013), y la Conferencia de Directores de

Hospitales Psiquiátricos Infantiles y del Adolescente, fundada en 1990 (en 2014 contaba con 142 miembros).

Estas organizaciones han establecido una estrecha cooperación y cuentan con grupos de trabajo conjuntos para asegurar la calidad, formación e investigación. Han publicado directrices para la práctica óptima de la psiquiatría infantil y del adolescente y un memorando sobre la situación actual de la psiquiatría infantil y del adolescente en Alemania (editado por Andreas Warnke y Gerd Lehmkuhl en 2011).

### Acontecimientos recientes

El tratamiento de los niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos en Alemania se financia mediante: a) el seguro de salud para los trastornos agudos, b) la organización de bienestar infantil y del adolescente y c) después de la fase aguda de la enfermedad, el sistema de seguridad social para la rehabilitación y reintegración. El sistema de seguridad social sólo es responsable de los niños y adolescentes con discapacidad física y discapacidad intelectual grave, mientras que la organización de bienestar infantil y del adolescente es responsable de los niños con un trastorno psiquiátrico hasta los 18 años de edad.

En lo que respecta al progreso de la psiquiatría infantil y adolescente en Alemania en general, cuatro acontecimientos de los últimos cuarenta años han sido críticos:

- La *Enquête de Psiquiatría* del Gobierno Federal (informe de 1975)
- El programa modelo *Psiquiatría* del Gobierno Federal (1980-1985)
- La *Ley de Equipamiento del Personal de Psiquiatría* (introducida gradualmente entre 1991 y 1995), y
- La inclusión en 1992 de la psicoterapia en el currículo de formación y en el nombre de la especialidad.

Estos cuatro acontecimientos han influido de manera notable la psiquiatría y psicoterapia actual de niños y adolescentes. La *Enquête de Psiquiatría*, iniciada



**Atalay Yörükoğlu** fue uno de los pioneros de la psiquiatría infantil y la salud mental (conocido en Turquía como el "Dr. Spock de la salud mental"). Después de recibir su título de médico de la Universidad de Estambul en 1953, se formó en los Estados Unidos y volvió a Turquía en 1964 para asumir un cargo de profesor a tiempo completo en la Universidad de Hacettepe en Ankara. Fue un ardiente defensor de los derechos del niño y el primer presidente de la Asociación Turca de Psiquiatría Infantil y del Adolescente.

por dos miembros del parlamento, abrió la puerta a una amplia investigación sobre la situación de la psiquiatría y la psiquiatría infantil y adolescente en toda Alemania Occidental. Después del informe de la comisión (1975), se creó un programa modelo, denominado *Psiquiatría*, que se implementó en 14 regiones de la República Federal, donde se evaluaron diferentes tipos de servicios y se crearon otros nuevos. Una de las regiones (Marburgo) se dedicó exclusivamente a la evaluación y el establecimiento de servicios psiquiátricos para niños y adolescentes. La *Ley de Equipamiento del Personal de Psiquiatría* fue responsable de dotar de personal más preparado a los hospitales y servicios psiquiátricos, lo que condujo a una notable mejora en el trabajo del día a día. La inclusión de la psicoterapia en el plan de estudios para psiquiatras infantiles y psiquiatras generales no sólo fue importante para la formación de cada psiquiatra infantil y del adolescente, sino que también mejoró la situación de la psiquiatría infantil y adolescente.

### **Situación actual**

En 2014 la población de Alemania era de unos 80 millones de habitantes, de los cuales 13 millones eran niños menores de 19 años—alrededor del 16% de la población. En 2014, la psiquiatría y psicoterapia infantil y adolescente estuvo representada en 142 hospitales y departamentos psiquiátricos infantiles, entre ellos 25 departamentos universitarios. De los 1.965 especialistas en psiquiatría y psicoterapia infantil y adolescente (más de la mitad son mujeres), 907 trabajan en la práctica privada, es decir, con financiamiento de un seguro de salud. Existe un psiquiatra infantil y adolescente por cada 40.979 habitantes, o por cada 6.644 niños menores de 19 años. En el caso de la práctica privada, existe un psiquiatra infantil y adolescente por cada 88.780 habitantes, y por cada 14.394 niños menores de 19 años. En 2014, la Sociedad Alemana de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil y Adolescente contaba con 1.164 miembros; en 1975 sólo había 200, entre ellos 34 mujeres. Este crecimiento es un logro notable.

Sin embargo, siguen existiendo desafíos. Si bien el Gobierno Federal de Alemania ha aceptado la propuesta de la Comisión de Expertos para el *Programa Modelo de Psiquiatría*, que busca establecer un departamento de psiquiatría infantil y adolescente en todas las universidades, 9 de las 36 universidades aún carecen de esto. No existen suficientes psiquiatras infantiles y del adolescente en la práctica privada y existe una enorme necesidad de investigación en muchas áreas.

## **JAPÓN**

Los esfuerzos para concienciar a la opinión pública sobre los trastornos mentales y la delincuencia infantil comenzaron a visualizarse en Japón a principios del siglo XX, junto con la rápida modernización social. Los psiquiatras y psicólogos interesados en la infancia habían participado en la investigación y el tratamiento de niños y adolescentes con problemas de conducta y retraso en el desarrollo en algunos institutos públicos y privados de estudios infantiles (existían 33 institutos en 1922). Bajo la influencia de los movimientos de higiene mental y orientación del niño en los Estados Unidos, se establecieron clínicas de orientación del niño en Nagoya y Tokio en 1936, donde alrededor del 80% de los niños referidos tenían discapacidad intelectual. Tras la interrupción causada por la Segunda Guerra Mundial, varios hospitales universitarios reanudaron los servicios ambulatorios y se

establecieron pabellones psiquiátricos infantiles en el Hospital Nacional Kohnodai y el Hospital Metropolitano Umegaoaka de Tokio a finales de la década de 1940.

Tras el primer informe sobre el autismo infantil presentado en la 49ª reunión anual de la Sociedad Japonesa de Psiquiatría y Neurología en 1952, los psiquiatras interesados en los trastornos mentales infantiles organizaron un grupo de estudio, a partir del cual se creó la Sociedad Japonesa de Psiquiatría Infantil en 1960 (luego denominada la Sociedad Japonesa de Psiquiatría Infantil y del Adolescente [JSCAP, por sus siglas en inglés] en 1983). La JSCAP es una organización multidisciplinaria, que en 2014 contaba con 3.592 miembros—de los cuales 1.677 eran psiquiatras y 322 eran pediatras—lo que la convierte en una de las más grandes del mundo. La JSCAP ha sido miembro de la IACAPAP desde 1962 y fue el anfitrión del 12vo congreso internacional de la IACAPAP realizado en Kyoto en julio de 1990—el primer congreso de la IACAPAP realizado en Asia. Además, la JSCAP contribuyó decisivamente a la creación de la Sociedad Asiática de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesionales Afines (ASCAPAP, por sus siglas en inglés), que celebró su primer congreso en Tokio en abril de 1996.

Desde el comienzo de la JSCAP, la investigación y la práctica se centraron en los trastornos del espectro autista—Hans Asperger dio el discurso principal en la 6ª reunión de la sociedad en 1966. En la década de 1970, el rechazo escolar se convirtió en otro enfoque clínico importante, que condujo al desarrollo de servicios de salud mental basados en la escuela. Hoy en día, la mayoría de las escuelas públicas disponen de psicólogos educacionales. La experiencia adquirida en la atención de la salud mental de los niños afectados por desastres masivos como el terremoto de Hanshin-Awaji de 1997 y el terremoto y tsunami de 2011 en Japón Oriental hizo necesario el desarrollo de un sistema más sistemático de apoyo de salud mental para las víctimas del desastre. Además, con el aumento de las denuncias de abuso y abandono infantil en la década de 1990, el trauma infantil se ha convertido en un foco de atención de la psiquiatría y la salud mental infantil en Japón.

A pesar de las necesidades de salud mental de los niños y adolescentes,

Participantes en un “Seminario de Testigos” organizado por el Centro de Historia de la Medicina de la Universidad de Glasgow en mayo del 2009. Los “testigos” fueron seleccionados en base a sus contribuciones a diferentes esferas de la psiquiatría infantil en el Reino Unido, particularmente entre 1960 y 1990. Primera fila, de izq. a der.: Ian Berg, Dora Black, Lionel Hersov, Bryan Lask, Philip Graham. Segunda fila: Arnon Bentovim, William Yule, Sebastian Kraemer. Última fila: Bob Jezzard, Michael Rutter, Malcolm Nicolson, Hugh Morton (Fotografía: Universidad de Glasgow).





departamentos y clínicas para niños con necesidades especiales y trastornos mentales, así como escuelas especiales para atender a los huérfanos, niños sin hogar y enfermos mentales. En 1919 se inauguró la Institución Educacional-Clínica (Воспитательно-Клинический институт), con un internado para 100 niños, salas de psicoterapia y fisioterapia, un laboratorio de psicología y talleres, para examinar enfermedades del sistema nervioso en la infancia y psiconeurosis. La Institución para Niños Anormales, que consistía en varias escuelas y sanatorios, fue desarrollada para explorar intervenciones educativas y terapéuticas para niños con comportamiento anormal. En 1921 se inauguraron los Institutos Pedagógicos dirigidos por P. Kaschenko, para formar especialistas en la educación de niños “defectuosos”. En 1919 se creó un departamento “no para niños defectuosos y neuróticos, sino para niños con enfermedades mentales” en el Instituto Psiquiátrico de San Petersburgo (actualmente llamado así por V Behterev) bajo la dirección de R. Golant y Mnuchina. En Moscú en 1920 había tres servicios para niños adscritos a hospitales psiquiátricos. En la década de 1920 se creó un sistema de centros psico-neurológicos (dispensarios) para la detección de casos, tratamiento ambulatorio, evaluación para la hospitalización, consultas en las escuelas, educación sanitaria para padres, educadores y pediatras, y para recopilar estadísticas sobre enfermedades mentales infantiles. Este sistema se aplicó hasta los años noventa. En algunas áreas se están haciendo esfuerzos para que esta estructura vuelva a la vida.

El comienzo del siglo XX fue la edad de oro de la psicología, neurología y psiquiatría rusa, con importantes contribuciones, entre ellas, la de VM Behterev (1857-1927) en neurología y psicología objetiva (que afirma que el comportamiento puede ser estudiado a través de rasgos observables), LS Vygotsky (1896-1934) que desarrolló una influyente teoría del desarrollo cultural y biosocial y sobre las conexiones entre la mente y el habla, GI Chelpanov (1862-1936), quien desarrolló la psicología social, y AF Lazurskij (1874-1917) quien desarrolló una clasificación de personalidad. Al mismo tiempo, se crearon tres escuelas de psiquiatría infantil, en Moscú (con VA **Gilyarovsky**, MO Gurevich, TP Simson, y GE Suchareva), Leningrado (NI Ozeretskii y SS Mnuchin) y Ucrania (TI Udín y GE Suchareva).

T P Simpson y sus colaboradores se enfocaron en los trastornos de inicio en la infancia y la primera infancia. En su monografía *La Esquizofrenia de la Infancia Temprana* (1948) describió en detalle 73 casos de esquizofrenia infantil temprana con catatonía y síntomas similares a los de la oligofrenia. En Moscú y Leningrado se exploró el cuadro clínico y la evolución de los trastornos orgánicos relacionados con infecciones, traumatismos e intoxicaciones.

Después de la Segunda Guerra Mundial aumentó el interés por los trastornos de conducta, las neurosis y el desarrollo de los trastornos de personalidad en la URSS, y continuó el interés por la esquizofrenia y los trastornos autistas. Desafortunadamente, debido a la situación política, la ideología comenzó a interferir con la ciencia. Se desalentó el contacto con especialistas internacionales en psicología y psiquiatría desde finales de la década de 1930 y, como resultado, los intercambios internacionales disminuyeron significativamente o se interrumpieron. En 1950 se organizó la Sesión Pavloviana (Павловская сессия) (sesión conjunta de la Academia de Ciencias y la Academia de Ciencias Médicas de la URSS) para contrarrestar las ideas occidentales, dando un monopolio a la escuela Pavloviana sobre la psiquiatría y la psicología. Como resultado de esto, la psiquiatría infantil soviética repudió durante mucho tiempo los logros de la ciencia



El Departamento de Atención Infantil Ambulatoria del Hospital Maudsley, 1938. Fotografía: Archivos Metropolitanos de Londres

fuera de la URSS y quedó aislada. Funcionó como un sistema de búsqueda activa de casos, tratamiento médico e institucionalización. Los niños con discapacidad intelectual o trastornos mentales eran colocados en escuelas especiales; los niños con condiciones más graves, considerados como no educables, eran colocados en asilos especiales. Esta situación comenzó a cambiar en los años noventa, cuando el trato se hizo más humano, con mayor respeto a los derechos humanos, comenzó la desinstitucionalización y se reanudaron los contactos internacionales.

Actualmente existen algunas instituciones estatales y muchas otras privadas donde psiquiatras, psicólogos y especialistas en educación trabajan juntos. El derecho de los niños a vivir en una familia y a la educación y a la interacción social se ha convertido en política nacional.

A la fecha de publicación de este capítulo no existe una especialidad de psiquiatría infantil reconocida oficialmente (aunque existía hasta 1995). Una vez que los estudiantes completan su grado de medicina de 6 años, pueden elegir entrenarse en psiquiatría (por 1 ó 2 años) en unidades de adultos o pediátricas; no se requieren calificaciones adicionales para trabajar como psiquiatra infantil. Existe una Asociación Rusa de Psiquiatras y Psicólogos Infantiles (ACPP) creada en 1992. En 2007 se estimó que había 1.400 psiquiatras infantiles para una población de unos 32 millones de niños y adolescentes (Grebchenko & Koren, 2007).

## TURQUÍA

La psiquiatría infantil y del adolescente en Turquía comenzó como una división de la pediatría y, a finales de los años cincuenta, de la psiquiatría general. Antes de aquello sólo había dependencias de bienestar del niño en el Ministerio de Apoyo Social, que trabajaban en la esfera del desarrollo infantil. Los primeros psiquiatras infantiles comenzaron a trabajar con las unidades de bienestar infantil para incorporar la salud mental en estos servicios. Los pioneros de la psiquiatría infantil en Turquía fueron personas que trabajaban voluntariamente con los niños y adolescentes en las clínicas de psiquiatría general. Posteriormente, tras el regreso a Turquía de un grupo muy reducido de profesionales formados en los Estados Unidos, Alemania y el Reino Unido, los dos grupos trabajaron juntos para establecer unidades de psiquiatría infantil y adolescente dentro de los departamentos de pediatría y psiquiatría y finalmente se incluyeron formalmente en la psiquiatría. También atrajeron a sus unidades a psicólogos y trabajadores sociales interesados en trabajar con niños. Sin embargo, hasta finales de los años ochenta sólo había unidades y clínicas psiquiátricas para niños y adolescentes en las tres ciudades más grandes (Estambul, Ankara e Izmir), como parte de los hospitales universitarios.

La formación en psiquiatría infantil fue aceptada como una subespecialidad (tras cuatro años de formación en psiquiatría general) a finales de la década de 1970. Debido a la falta de conciencia sobre la importancia de la salud mental infantil, no había políticas sobre el tema y, por lo tanto, había una gran renuencia a financiar puestos de formación en salud mental infantil. Gracias a los esfuerzos de un grupo de pioneros (como Atalay Yörükoğlu, Mualla Öztürk, Ridvan Cebiroğlu) el número de psiquiatras infantiles formados formalmente aumentó a 25 en 1990.

La Asociación Turca de Psiquiatría Infantil y Adolescente (TACAP, por sus siglas en inglés) fue establecida por este pequeño grupo en 1991. Su primer presidente fue Atalay Yörükoğlu. El establecimiento de la TACAP tuvo enormes



[Haga clic en la imagen para acceder a varios videoclips que reflejan una entrevista con Michael Rutter, su carrera y sus contribuciones.](#)

repercusiones en el desarrollo de la psiquiatría infantil, en las políticas de salud mental de los niños y adolescentes y en el aumento de la concientización de la población turca sobre las cuestiones relacionadas con la salud mental de los niños y adolescentes. Junto con su enfoque en el desarrollo profesional, la TACAP trabajó con el Ministerio de Salud para desarrollar una política de salud mental infantil en relación con el programa nacional de políticas de salud mental. La Asociación siempre ha sido el órgano central que ha abogado por la salud mental de los niños y adolescentes y por el desarrollo de la psiquiatría infantil como una rama médica separada (reconocida oficialmente en 1996). Como resultado de estos esfuerzos, la psiquiatría infantil y adolescente también ha sido incluida en los currículos de las facultades de medicina a nivel preclínico y clínico.

La junta directiva de la TACAP tiene siete miembros: presidente, vicepresidente, secretario general, tesorero y otros tres miembros. Dentro de la asociación, existen 16 comités que trabajan en diversos temas: salud mental infantil y adolescente, enlace para consultas, TDAH y trastornos del aprendizaje, trastorno del espectro del autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del estado de ánimo, psiquiatría hospitalaria, discapacidad, ética, trauma, psicofarmacología, psicoterapia, derechos del niño, asuntos internacionales, educación pública y psiquiatría forense. Algunas de las actividades que realizan estos comités incluyen el desarrollo de proyectos de investigación, la sensibilización del público en general y la defensa de la salud mental infantil y adolescente, la edición de libros y folletos para profesionales y público en general, la organización de reuniones y cursos de capacitación y el establecimiento de un código ético, entre otras.

La Junta de Formación en Psiquiatría Infantil y Adolescente, establecida dentro de la asociación, coordina los programas de formación, establece estándares—en conjunto con la Unión Europea de Especialidades Médicas—lleva a cabo los exámenes de la junta para la calificación, y establece programas de educación médica continua. El programa de formación en psiquiatría infantil consiste en un plan de estudios separado de cuatro años después de terminar la escuela de medicina. Los graduados de medicina ingresan al programa a través de un examen centralizado. La psiquiatría infantil es actualmente una de las especialidades más valoradas en Turquía. El programa de formación tiene componentes teóricos, clínicos y de investigación, que funcionan de forma integrada. El plan de estudios aborda los aspectos biológicos y psicodinámicos de la psiquiatría infantil y también se imparten cursos básicos de psicoterapia. Dado que algunos de los departamentos de psiquiatría infantil tienen un personal académico limitado, la TACAP imparte cursos complementarios tres veces al año.

La TACAP organiza cada año un congreso nacional de psiquiatría infantil y adolescente desde 1990, un simposio de psiquiatría para adolescentes desde 1996 y un taller sobre políticas de salud mental para niños y adolescentes desde 2004. *La Revista Turca de Salud Mental Infantil y Adolescente*, publicada trimestralmente, es el periódico oficial de la asociación. En los últimos años se han publicado ocho libros, uno de ellos de psiquiatría infantil, junto con otros manuales y folletos.

Los psiquiatras de niños y adolescentes desempeñaron un papel activo presionando al gobierno para que incluyera una sección separada de salud mental para niños y adolescentes en el Programa Nacional de Políticas de Salud Mental

2003. Esto dio lugar a la creación de la División de Salud Mental del Niño y el Adolescente (en el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud) y el Consejo Asesor de esa División, órgano principal para el desarrollo de políticas de salud mental del niño y el adolescente, integrado por profesionales de la salud mental que trabajan con niños y adolescentes.

Si bien los profesionales de la salud mental de niños y adolescentes están trabajando muy duro para implementar los objetivos de la profesión, inevitablemente existen obstáculos que deben ser superados. Una de las cuestiones importantes en Turquía es el escaso número de psiquiatras infantiles (alrededor de 600, si bien el número se ha duplicado en los últimos seis años) para el número de personas menores de 18 años (aproximadamente 20 millones). También existen dificultades en la implementación de programas, resultado no sólo de cuestiones políticas sino también de la falta de recursos. Se necesitan más psicólogos, trabajadores sociales, consejeros y otros profesionales de la salud mental que trabajen en terreno, así como psiquiatras infantiles y del adolescente. Actualmente, los pediatras, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros y enfermeros psiquiátricos tienen sus propias organizaciones profesionales. La TACAP se encuentra trabajando en colaboración con estas organizaciones para aumentar el número de profesionales que trabajan en este campo. En el lado positivo, actualmente las fuentes de financiación para la ejecución de proyectos pueden obtenerse más fácilmente de organismos internacionales u organizaciones no gubernamentales, como la Unión Europea, la UNICEF y el Instituto Turco de Ciencia y Tecnología, pero la sostenibilidad de los programas continúa siendo un problema.

En 2014, había 40 clínicas universitarias y 35 hospitales estatales de psiquiatría infantil y adolescente en el país. Sin embargo, sólo seis de estas clínicas cotaban con una unidad para pacientes hospitalizados y la mayoría de las veces los pacientes jóvenes tenían que ser admitidos tanto en pabellones psiquiátricos pediátricos como de adultos. Los trastornos psiquiátricos tratados con más frecuencia son la ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de desarrollo. Los trastornos de la conducta y el consumo de sustancias todavía son relativamente poco frecuentes.

Los psiquiatras infantiles y adolescentes en Turquía, aunque son un grupo pequeño, están muy comprometidos. La TACAP es entusiasta respecto a las colaboraciones internacionales, es miembro de la Unión Europea de Especialistas Médicos, de la ESCAP y de la IACAPAP y fue el organizador local del 18º Congreso Mundial de IACAPAP en Estambul en 2008, y del Congreso Regional de la Sociedad Internacional de Psiquiatría y Psicología Adolescente en 2013.

## REINO UNIDO

La historia de la investigación y el tratamiento de los niños con problemas de salud mental en el Reino Unido se ha caracterizado por tres olas históricas que han tenido gran influencia y ramificaciones a nivel internacional. En primer lugar, el trabajo en psicología infantil y orientación del niño en las décadas de 1920 y 1930 estableció el principio de la intervención temprana en la salud mental infantil y la colaboración con las escuelas y otros servicios de salud. En segundo lugar, el trabajo de investigadores de orientación psicoanalítica en la Clínica Tavistock en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, alentó una mayor colaboración



con las familias, así como la propagación de enfoques teóricos influyentes a nivel internacional, como la teoría del apego de John Bowlby. Por último, el trabajo de los investigadores y clínicos del Hospital Maudsley desde los años 60 ha influido en la observación y el estudio de los síndromes clínicos, fomentando la investigación epidemiológica, estadística y genética y el tratamiento multimodal.

### **Psicología infantil, orientación del niño y el período entre guerras**

En 1913, Cyril Burt fue nombrado el primer psicólogo oficial en el mundo, cuando trabajaba para el Consejo del Condado de Londres en la supervisión de las pruebas y el tratamiento de todos los niños en esa ciudad (Sutherland, 1984). La educación se hizo obligatoria en el Reino Unido en 1880 y el nombramiento de Burt alentó la implementación práctica de las ciencias psicológicas en Gran Bretaña a través del sistema educativo. Su trabajo fue apoyado por los enfoques experimentales de Susan Isaacs, quien más tarde se convirtió en directora del Departamento de Desarrollo Infantil del Instituto de Educación. Burt, Isaacs y otros psicólogos educacionales sentaron las bases para el desarrollo de la psicología y la psiquiatría infantil en Gran Bretaña. Después de la muerte de Burt (1971) se afirmó que había falsificado los resultados de sus estudios sobre la heredabilidad de la inteligencia, pero esto no ha sido demostrado de manera concluyente.

Los primeros tratamientos para la enfermedad mental infantil y la psicopatología experimentaron un importante período de crecimiento en Gran Bretaña a finales de la década de 1920, tras una generosa donación del Commonwealth Fund, una empresa benéfica nacida en los Estados Unidos, para establecer clínicas de orientación del niño en todo el Reino Unido. Estos fondos fomentaron el crecimiento de las disciplinas psicológicas y promovieron el trabajo interdisciplinario, al vincular a los médicos con los psicólogos y trabajadores

Los ex-presidentes de la IACAPAP en el Congreso de la IACAPAP realizado en San Francisco en 1994.

Primera fila: Al Solnit.

Segunda fila, de izq. a der.: Mary Philips (viuda del difunto Irving Philips), Colette Chiland, E. James Antony. Última fila: Lionel Hersov, Reimer Jensen, Donald J. Cohen.

sociales (Evans et al, 2008). Las clínicas de orientación del niño dieron autoridad médica a las ciencias psicológicas y también alentaron el desarrollo de la psiquiatría infantil como disciplina de nicho.

En 1927, Emmanuel Miller, una figura formidable en el campo, estableció la primera clínica de orientación del niño en el este de Londres. En 1928, William Moodie estableció una clínica demostrativa de orientación infantil en el norte de Londres, donde se enseñaban técnicas de orientación infantil, y Margaret Lowenfeld fundó una clínica para el tratamiento y estudio de niños nerviosos y difíciles en el centro de Londres. Estas clínicas fueron pioneras en nuevas técnicas como la “Técnica del Mundo” de Lowenfeld, que alentaba a los niños a utilizar figuras de juguete en la arena para representar su mundo interior, y así permitir a los terapeutas involucrarse con ellos para pensar en sus dificultades (Lowenfeld et al., 1988). Isaacs también trabajó sobre el significado del juego de los niños para entender sus motivaciones, pensamientos y sueños. Su trabajo fue muy influyente para el desarrollo de técnicas de psicoterapia infantil en Gran Bretaña y en el extranjero. Sin embargo, durante el período entre guerras, las clínicas de orientación del niño no trataron a los niños catalogados con “deficiencia mental”, ya que este sector de la población seguía estando bajo cuidado institucional en virtud de la Ley de Deficiencia Mental de 1913 (Stewart, 2013). Esto significaba que las técnicas desarrolladas en las clínicas de orientación del niño no estaban diseñadas para incluir el tratamiento de los niños que obtenían una calificación deficiente en las pruebas de inteligencia y, por lo tanto, su aplicabilidad a toda la población era limitada.

A pesar del crecimiento del movimiento de orientación infantil, a finales de la década de 1920 se produjo un aumento del número de pacientes infantiles que eran derivados a los grandes centros para el tratamiento de las enfermedades mentales de adultos y niños, en particular la Clínica Tavistock, establecida en 1921, y el Hospital Maudsley, establecido en 1923. Mientras que el primero trabajó principalmente en el desarrollo de la teoría y las técnicas psicoanalíticas infantiles, el segundo comenzó a trabajar en el manejo de la conducta y la colaboración con otras agencias sociales, como los comités de cuidado infantil. El Hospital Maudsley llegó a ser reconocido como una institución donde se podían referir casos muy graves de enfermedades mentales infantiles. El hospital instaló grandes unidades ambulatorias y de hospitalización para la observación detallada y el tratamiento de la psicopatología infantil a finales de los años treinta, aunque éstas resultaron redundantes durante la guerra debido a la amenaza de los bombardeos.

### **La era posterior a la Segunda Guerra Mundial y el crecimiento de los enfoques psicoterapéuticos**

La Segunda Guerra Mundial estimuló el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas infantiles, al proporcionar un terreno de prueba lamentable para la teoría psicológica, ya que muchos niños fueron separados de sus familias o experimentaron otros traumas debido a los ataques aéreos. Isaacs, Anna Freud, Dorothy Burlingham y John Bowlby se encontraban entre el grupo de psicólogos y psicoanalistas que estudiaron las respuestas de los niños a estas difíciles circunstancias y el impacto que esto tuvo en su salud mental, culminando en la Encuesta de Evacuación de Cambridge—paradójicamente, la encuesta enfatizó la angustia experimentada por los adultos y minimizó la que sufrieron los niños. Más tarde,



**Leon Eisenberg** (1922-2009) fue el presidente del Departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital Johns Hopkins después de Leo Kanner. Posteriormente fue nombrado profesor de psiquiatría en la Facultad de Medicina de Harvard. Llevó a cabo algunos de los primeros estudios rigurosos del autismo, el trastorno por déficit de atención, ensayos controlados aleatorios y retrasos en el aprendizaje y se convirtió en un destacado defensor de los niños con discapacidad. Ha sido descrito como una figura fundamental en la psiquiatría infantil estadounidense del siglo XX.

en un informe de 1951 para la Organización Mundial de la Salud John Bolwby desarrolló su teoría de la “deprivación materna”, que tuvo impacto internacional, haciendo que su “teoría del apego” fuera reconocida en todo el mundo.

A finales de la década de 1940 y principios de la década de 1950 se observó un creciente interés en tratar a familias enteras en lugar de a los niños individuales. Las encuestas de evacuación habían alentado la promulgación de la Ley de la Infancia de 1948 en Gran Bretaña, que establecía una estructura centralizada para el cuidado de los niños. Las autoridades locales encargadas de la infancia supervisaban el desarrollo psicológico de los niños e intervenían cuando lo consideraban necesario. En la Clínica Tavistock, el Departamento de Niños fue rebautizado en 1953 con el nombre de Departamento de Niños y Padres, y los psicoterapeutas se enfocaron en integrar a las familias completas en el proceso de tratamiento. Las teorías de Melanie Klein sobre la fantasía infantil y el trabajo de Donald Winnicott sobre los objetos transicionales ayudaron a establecer la “teoría de las relaciones objetales” británica como un discurso dominante dentro de los círculos psicológicos y políticos, y ayudaron a establecer el *modelo Tavi* [Tavistock] de psicoterapia infantil, en el que los clínicos empleaban modelos de terapia de juego y transferencia para elicitación y eliminación de memorias patológicas (Rose, 1999).

A lo largo de los años sesenta y setenta, los modelos psicoanalíticos inspirados en la Clínica Tavistock del desarrollo infantil y el manejo del trauma continuaron prosperando gracias al trabajo de la Asociación de Psicoterapeutas Infantiles y la *Revista de Psicoterapia Infantil*. Esther Bick estableció el modelo Tavistock de observación infantil a principios de la década de 1960, que más tarde fue desarrollado por Martha Harris y Margaret Rustin como un componente esencial en la formación en psicoterapia infantil. Estos métodos fueron propagados por Harris y otros que realizaron giras de conferencias internacionales, así como una amplia edición de libros (Williams et al., 2012).

En lugar de centrarse en el tratamiento familiar y la observación de bebés “normales”, en otras instituciones, como el Hospital Maudsley, los profesionales hicieron mayor hincapié en observar la psicopatología individual con gran detalle, lo que provocó algunas fisuras entre los enfoques *Tavi* y Maudsley. En 1953 Kenneth Cameron y Elwyn James Anthony establecieron una clínica en el Hospital Maudsley para la observación rigurosa de los niños diagnosticados con esquizofrenia y psicosis. También alentaron una visión integral del trabajo de los psiquiatras infantiles para incluir la discapacidad intelectual, desafiando así la exclusividad del enfoque. Su trabajo también cuestionó las suposiciones psicoanalíticas sobre los patrones de pensamiento en la infancia temprana (Evans, 2014).

En el célebre hospital infantil Great Ormond Street Children’s Hospital de Londres, Mildred Creak intentó anclar la psiquiatría infantil en el campo de la pediatría y, por lo tanto, evitar las divisiones teóricas generalizadas. El método de Creak era muy práctico y su objetivo era tratar los problemas de los niños con el juego, la terapia del lenguaje, la conversación y la colaboración con los servicios sociales y educativos. En particular, tanto Creak como Emanuel Miller consideraban la psiquiatría infantil como una disciplina que podía inspirarse en múltiples modelos teóricos, pero cuyo objetivo principal era ser testigo de mejoras en la salud infantil. Estaban orientados a la práctica, más que a la investigación,



### Centro de Estudios del Niño de Yale

**Arnold Gesell** (1880-1961), psicólogo y pediatra, fundó el Centro de Estudios del Niño de Yale en 1911 y fue el primer director. Posteriormente, el Centro se convirtió en un centro de investigación líder para los trastornos mentales infantiles, como el trastorno del espectro del autismo y el trastorno obsesivo compulsivo, y el desarrollo infantil.

Se formó un vínculo temprano con la IACAPAP que ha resultado ser muy productivo. Al Solnit, el tercer director del centro, fue el décimo presidente de la IACAPAP (1974-1978).

Durante su mandato, Solnit supervisó el 9º congreso de la IACAPAP en 1978, el primero de dos que se llevaron a cabo en Melbourne, Australia. Un año más tarde, Solnit organizó un grupo de estudio en Senegal, en estrecha colaboración con E James Anthony, Collette Chiland, Gerald Kaplan y Serge Lebovici. También asistió a la reunión Donald J. Cohen, quien posteriormente se sumergió profundamente en las actividades de la IACAPAP y fue Presidente de 1992 a 1998.

y su trabajo proporcionaba un modelo para el compromiso práctico como objeto principal de la profesión. Emmanuel Miller fundó la Asociación de Psicología y Psiquiatría Infantil en 1966 (rebautizada en 2005 como la Asociación para la Salud Mental de Niños y Adolescentes), una organización británica líder que posteriormente se encargó de publicar la revista *Psicología y Psiquiatría Infantil y Adolescente*. Más tarde, Miller editó el primer libro de texto británico clave sobre psiquiatría infantil, que abordó el desarrollo del lenguaje, las experiencias tempranas, las relaciones entre padres e hijos, los factores sociales, la psicoterapia, los métodos conductuales, la terapia farmacológica, los servicios comunitarios y la intervención en crisis (Miller, 1968). Su trabajo proporcionó un anteproyecto de enfoques no dogmáticos y abiertos que se basaban en las mejores prácticas de todos los trabajadores.

Los psiquiatras infantiles pueden ser vistos cada vez más como proveedores de medicamentos.

### **La Unidad de Investigación de Psiquiatría Social y los métodos estadísticos**

En la década de 1960 se produjo un aluvión de métodos y enfoques innovadores para la discapacidad intelectual y las enfermedades mentales de los niños del Hospital Maudsley. Estos fueron estimulados en gran medida por la eliminación de la Ley de Deficiencia Mental en 1959. La Unidad de Investigación de Psiquiatría Social de Maudsley, financiada por el Consejo Británico de Investigación Médica (British Medical Research Council), produjo importantes estudios, como el trabajo de Jack Tizard sobre la importancia de la calidad de la atención para el desarrollo cognitivo de los niños con discapacidades de aprendizaje. Esto puso de relieve la importancia de la estimulación cognitiva y de un ambiente de apoyo para los niños, independientemente de su nivel intelectual. Michael Rutter es una de las figuras más influyentes que han surgido de este momento histórico y ha ido reescribiendo sistemáticamente las reglas de la investigación en psiquiatría infantil.

En 1970, Michael Rutter, Jack Tizard y Kingsley Whitmore publicaron un estudio epidemiológico de toda la población infantil que residía en la Isla de Wight, una pequeña isla del Canal de la Mancha. Este informe—*Educación, Salud y Comportamiento*—resaltó los múltiples factores ambientales que podían afectar el desarrollo mental de los niños, incluyendo las desigualdades sociales, y abogó por nuevos enfoques de tratamiento basados en los hallazgos de estudios epidemiológicos y ensayos de investigación clínica. En 1975, Rutter y sus colegas publicaron un informe para la Organización Mundial de la Salud que fue pionero en el modelo multiaxial de diagnóstico infantil, que tuvo en cuenta el nivel intelectual y los factores etiológicos ambientales asociados, así como la presentación clínica del niño. Este modelo multiaxial fue introducido más tarde en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de los Estados Unidos. Desde entonces, Rutter, el primer profesor de psiquiatría infantil en Gran Bretaña, ha desarrollado nuevos enfoques de tratamiento, por ejemplo, apoyando un tratamiento multimodal diseñado para tratar los diferentes aspectos del síndrome clínico específico de cada niño. Este tratamiento se basa en la evidencia empírica, es decir, que se ha demostrado que es efectivo en esa población clínica en particular (Rutter et al, 2008).

El crecimiento de los métodos estadísticos de Maudsley se combinó con un aumento de los enfoques conductistas y cognitivos de tratamiento. Las terapias de condicionamiento operante, en las que se recompensaba sistemáticamente a los

niños por un comportamiento socialmente deseable, comenzaron a influir en el tratamiento de la discapacidad intelectual en los años sesenta y setenta. Esto ocurrió en paralelo a un énfasis creciente en los tratamientos cognitivos, que inspiró una nueva comprensión de la inteligencia y las habilidades mentales a través del trabajo de Beate Hermelin, Neil O' Connor y Uta Frith. Los investigadores de Maudsley llevaron a cabo investigaciones detalladas de los déficits cognitivos específicos experimentados por los niños que mostraban síntomas clínicos manifiestos de psicopatología, y ayudaron a forjar un espacio para el campo en desarrollo de la neurociencia cognitiva. Hermelin, O' Connor, y Frith alentaron nuevos métodos para permitir que los niños con dificultades psicológicas aprendieran un comportamiento más adaptativo a través de la terapia del lenguaje, así como a través de técnicas conductuales. Alentados por Hans Eysenck (1964), realizaron ensayos junto con otros investigadores de Maudsley, que probaron la efectividad de los métodos conductuales estructurados para generar resultados clínicos.

Los investigadores de Maudsley jugaron un papel particularmente influyente en la investigación del autismo desde la década de 1970. En 1977, Rutter publicó el primer estudio genético del autismo y su definición formó la base para la descripción empleada en el DSM III. Lorna Wing definió el síndrome de Asperger, a partir del trabajo del pediatra austriaco Hans Asperger, reconocido posteriormente en todo el mundo como una variante del autismo, que ahora se considera parte del espectro autista. Otros investigadores influyentes en el autismo incluyen a Frith y Simon Baron-Cohen, quienes originaron los conceptos de funciones ejecutivas y teoría de la mente para explicar el trastorno del espectro del autismo (Evans, 2013).

## La Facultad de Psiquiatría Infantil y Adolescente

La Facultad de Psiquiatría Infantil y Adolescente del Colegio Real de Psiquiatras (RCP, por sus siglas en inglés) tuvo sus inicios en 1942 cuando la Real Asociación Médico-Psicológica (la precursora del RCP) estableció un Subcomité de Orientación Infantil. En marzo de 1943 pasó a llamarse Subcomité de Psiquiatría Infantil y se convirtió en Sección en 1946. Se denominó Sección de Psiquiatría Infantil y Adolescente desde principios de la década de 1980 hasta 1997, cuando fue rebautizada como la Facultad de Psiquiatría Infantil y Adolescente (Bewley, 2008).

Cualquier miembro del RCP puede solicitar ser miembro de la Facultad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. En efecto, la mayoría de los psiquiatras infantiles y adolescentes en ejercicio activo en el Reino Unido son miembros; pero también existen personas con un interés especial en la especialidad que están afiliados al RCP. El hecho de que un miembro pertenezca a la facultad no significa necesariamente que esté trabajando en psiquiatría infantil. La mayoría de los psiquiatras infantiles y adolescentes en ejercicio activo en el Reino Unido son consultores o "pasantes superiores" y la facultad tiene un papel importante en el apoyo a la formación de especialistas. La psiquiatría infantil y adolescente es una especialidad reconocida en el Reino Unido, y la formación en un programa acreditado conduce a un certificado de finalización de la formación del Consejo Médico General y al acceso a puestos de consultores en la especialidad. La facultad tiene un programa académico sólido con un día específico en la reunión general anual del Colegio, un día de enseñanza en invierno y una conferencia residencial de tres días cada otoño.

Si bien las sociedades son cada vez más sanas y prósperas, los problemas psicosociales de los niños y adolescentes parecen ir en aumento.

El impacto de los cambios sociales en los niños (tasas elevadas de divorcio, número creciente de familias monoparentales y ensambladas, matrimonios entre personas del mismo género, etc.) sigue sin comprenderse totalmente.

## Conclusión

La investigación británica sobre psiquiatría infantil y salud mental ha producido una gran cantidad de teorías, métodos y enfoques innovadores que han tenido influencia en todo el mundo. Desde la “técnica del mundo” de Lowenfeld y la teoría del apego de Bowlby hasta el modelo multiaxial de diagnóstico de Rutter y el trabajo de Frith y Baron-Cohen sobre el autismo y la teoría de la mente, la investigación británica ha tenido un gran impacto en la comprensión global del desarrollo anormal y la enfermedad mental y el uso de psicoterapias como tratamiento. Tal vez debido a los choques dinámicos entre los modelos *Tavi* y Maudsley en Gran Bretaña, los investigadores han sido productivos en generar evidencia para apoyar sus teorías y pensar en nuevas formas de ponerlas en práctica. Desde la década de 1980, los médicos se han centrado en el tratamiento de trastornos particulares basados en las categorías DSM y CIE. Esto es un testimonio del trabajo de psiquiatras infantiles como Rutter y Wing, que buscaron basar los métodos de tratamiento directamente en estudios epidemiológicos y estadísticos.

La psiquiatría infantil sigue buscando su lugar en muchas partes del mundo

## ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (EEUU)

La Psiquiatría Infantil en los Estados Unidos, como en otros países, representa una variedad de servicios, un cuerpo de conocimiento y una profesión. El creciente campo de trabajo ha tenido que equilibrar los desafíos encontrados en otros lugares, ya sea para evolucionar como una subespecialidad médica o como un campo multidisciplinario; ya sea para enfocarse en los niños con mayor discapacidad o en los niños con diferentes grados de discapacidad; ya sea para tratar a aquellos cuyos padres buscan y pueden pagar servicios psiquiátricos o para atender a toda la población. Esta sección revisará específicamente la historia del campo en los Estados Unidos, tanto para entender el lugar de la psiquiatría infantil en los Estados Unidos como para anticipar su evolución futura.

Los servicios que más tarde fueron denominados psiquiátricos infantiles comenzaron cuando los trabajadores sociales y otros defensores, llamando la atención sobre los niños en el sistema judicial penal, abogaron por tribunales especiales. Bajo la dirección de William Healy, neurólogo, estos dieron origen al Instituto Psicopático Juvenil (luego el Instituto de Investigación Juvenil) en 1899, y después al Centro de Orientación del Niño de Judge Baker en Boston. Healy, que hablaba de obtener la “propia historia del niño”, se convirtió en uno de los primeros psiquiatras infantiles estadounidenses (Richmond & Harper, 1996). Años más tarde, a los médicos clínicos infantiles, incluidos los psicoanalistas, se les atribuyó el mérito de enseñar a todos los médicos a “escuchar al paciente” (Eisenberg, 2001). Las clínicas de orientación infantil resultantes dieron lugar a dos asociaciones multidisciplinarias: la Asociación Americana de Ortopsiquiatría, formada en 1924, y la Asociación Americana de Clínicas Psiquiátricas para Niños, establecida en 1948 (Schowalter, 2003). Éstas precedieron a la Academia Americana de Psiquiatría Infantil, fundada en 1953.

Si bien las clínicas de orientación infantil trataban a niños con problemas individuales, su trabajo también abordaba factores de la familia y la comunidad. El estudio de estos factores, junto con las adversidades tales como la pobreza, el racismo, la falta de vivienda y el estatus de refugiado (Eisenberg & Belfer, 2009),

fue avanzado en tres campos influyentes en la psiquiatría infantil estadounidense: la antropología cultural, el tratamiento familiar y la epidemiología.

Margaret Mead, Ruth Benedict y sus colegas estudiaron el impacto de la cultura en el desarrollo infantil y la salud mental. Erik Erikson (1902-1994) intentó realizar una síntesis del psicoanálisis, la historia y la cultura en su libro *Infancia y Sociedad* de 1950. Las hipótesis relevantes fueron probadas empíricamente por Whiting y Child (1953). La “psiquiatría transcultural” se desarrolló como un campo de estudio con la participación posterior de psiquiatras infantiles (Minde, 2005; Joshi & Pumariega, 2010).

Las familias fueron abordadas de varias maneras. La culpabilización temprana de los padres—usando términos peyorativos como “madre nevera” y “parentectomía” (Eisenberg, 2001)—dio paso a formas creativas de vincularse con las familias. La terapia familiar fue desarrollada, entre otros, por Salvador Minuchin y Jay Haley, médicos y no médicos (Minuchin, 1974). La psicoeducación de los padres y el entrenamiento en habilidades familiares buscaron enseñar habilidades para la crianza de los hijos y empoderar a los padres, incluyendo el uso del programa Triple P creado en Australia (Sanders et al, 2014). Más recientemente, se han desarrollado servicios diseñados para proporcionar *atención centrada en la familia* y para apoyar a los padres con compañeros que han vivido experiencias similares (“duplas de padres”; ver abajo).

Un tercer enfoque para evaluar al niño en su contexto ha sido a través de la epidemiología psiquiátrica infantil. Al ampliar el trabajo de Rutter y sus colegas en el Reino Unido, los estudios comunitarios de Felton Earls y otros cuantificaron los efectos de la cohesión del vecindario en el desarrollo infantil y la salud mental. De esta forma, desarrollaron y midieron el papel de la eficacia individual y colectiva para mitigar el riesgo y promover la resiliencia (Carlson et al, 2014).

En los Estados Unidos, hasta la década de 1980 los servicios clínicos para niños con problemas estaban predominantemente basados en la comunidad. Además, los niños estadounidenses podían acceder a consultas hospitalarias, en la que los psiquiatras infantiles podían identificar oportunidades para ayudar a los niños más allá de la enfermedad que presentaban (Prugh, 1983) y servicios residenciales que ofrecían tratamiento a niños y adolescentes con problemas. Los servicios residenciales eran a menudo a largo plazo, provistos lejos de casa y con poca participación familiar (Whittaker & Trieschman, 1972; Redl & Wineman, 1957). En estos servicios, el psiquiatra infantil trabajaba como parte de un equipo, a veces como consultor, otras veces recetando medicamentos, pero con menos frecuencia como líder del equipo, en contraste con los servicios psiquiátricos para adultos. Los servicios eran también predominantemente de orientación psicodinámica. Si bien el primer departamento académico fue fundado por Kanner en Johns Hopkins en la década de 1930, la mayoría de los centros médicos no tenían tales departamentos hasta la última parte del siglo.

En las últimas tres décadas del siglo XX, la psiquiatría infantil estadounidense se unió a otros países en la aplicación de enfoques de valoración, tratamiento y evaluación ya establecidos en la psiquiatría general. El estudio de Eisenberg sobre el uso de estimulantes en niños con déficit de atención fue pionero en el uso del ensayo clínico controlado aleatorio (Eisenberg, 2007). Con el apoyo de los gobiernos, fundaciones y la industria farmacéutica, tales investigaciones

prosperaron, introduciendo nuevos medicamentos para la psiquiatría y enfoques más rigurosos para la evaluación. Muchos aprobaban un nuevo estándar de atención —los tratamientos basados en la evidencia— con hallazgos basados en los resultados de ensayos controlados aleatorios, aunque a menudo estos resultados eran a corto plazo, cuando en cambio, la mayoría de las afecciones psiquiátricas son crónicas o recurrentes.

El papel cada vez más preponderante de la farmacoterapia reflejaba un cambio importante en la sociedad: una buena disposición entre los padres y otros profesionales, poco vista anteriormente, para definir las necesidades de los niños en términos biológicos (el llamado *desequilibrio químico*), y para buscar medicamentos de ayuda. Muchos no sólo estaban dispuestos, sino también deseosos de utilizar la farmacoterapia. Para los psiquiatras infantiles, esa definición de las necesidades de los niños ofrecía una ventaja frente a otros profesionales de la salud mental, pero también un riesgo. El riesgo era que el papel del psiquiatra infantil se limitara a la evaluación y prescripción de medicamentos psicoactivos, convirtiéndose en el “médico que receta fármacos”.

La psiquiatría infantil estadounidense se convirtió en una subespecialidad de psiquiatría general con su establecimiento en 1959 como una subespecialidad de la Junta Americana de Psiquiatría y Neurología. Como resultado de esto, la base de la psiquiatría infantil estadounidense se trasladó de la comunidad (clínicas ambulatorias, tribunales, centros comunitarios y tratamiento residencial) a los departamentos de los centros médicos académicos.

Una parte de este movimiento fue el establecimiento de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil (ACAP) en 1953. Fundado por psicoanalistas infantiles y unos pocos pediatras interesados en la psiquiatría, la ACAP, inicialmente un club restringido a los miembros invitados, se amplió posteriormente para incluir a una nueva generación de psiquiatras infantiles. La membresía completa continúa limitada a los médicos, excluyendo a los profesionales aliados de la salud. En 1986 la ACAP cambió su nombre al de Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP), al menos en parte debido a la amenaza clínica y económica percibida de los psiquiatras adolescentes cuya formación no incluía la psiquiatría infantil. Actualmente, la AACAP cuenta con aproximadamente 8.000 miembros y 58 organizaciones regionales afiliadas. Reflejando el papel influyente de la psiquiatría infantil estadounidense en todo el mundo, la AACAP ha establecido una categoría de membresía para los médicos no estadounidenses, quienes han recurrido cada vez más a la *Revista de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)* y a las reuniones anuales de educación continua de la AACAP.

El apoyo del gobierno estadounidense a la psiquiatría infantil creció, aunque lentamente, en el mismo período. Reconociendo el alcance de la discapacidad debida a problemas de salud mental en los soldados de la Segunda Guerra Mundial, en 1946 se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental, lo que llevó a la creación de los Institutos Nacionales de Salud Mental (NIMH) en 1949. Los NIMH siguen siendo el principal agente de financiamiento de la investigación en salud mental, aunque su apoyo a la investigación en niños se volvió importante sólo en la década de 1970. El gobierno federal de los Estados Unidos también ha apoyado la formación de pediatras en psiquiatría infantil.

Desde la década de 1970 ha aumentado el interés por la descripción *objetiva* de los trastornos y la ciencia empírica en la psiquiatría infantil. En 1983, el documento de la AACAP *Psiquiatría Infantil: Un Plan para las Décadas que Vienen*, desarrollado con la participación de muchas disciplinas y el NIMH, concluyó que la psiquiatría infantil estaba 10 años por detrás de la psiquiatría de adultos en la investigación biológica y epidemiológica. El documento apoyaba iniciativas en estos campos y en la genética de los trastornos infantiles. Esto tuvo varias consecuencias para los psiquiatras infantiles. Por un lado, aquellos en ambientes académicos debían basar su trabajo en la literatura revisada por pares, y no sólo en la experiencia clínica, un énfasis que creó una división entre los psiquiatras académicos con una orientación biológica y aquellos que proporcionaban servicios clínicos en la comunidad. Al mismo tiempo, en los programas de psiquiatría y salud mental infantil basados en la comunidad, las funciones de los psiquiatras infantiles se diversificaron, y el psiquiatra infantil se desempeñaba como asesor escolar, consultor de programas o administrador. Por otra parte, el creciente énfasis en la psicofarmacología—respaldado por la industria farmacéutica—influyó en la formación y la práctica de los psiquiatras infantiles. Sin embargo, la farmacoterapia incuestionable está siendo sustituida por el discernimiento y los límites a la promoción de las empresas farmacéuticas.

Como ya se ha mencionado, el apoyo político a la investigación y la formación de psiquiatras infantiles aumentó con el reconocimiento de la discapacidad mental en los reclutas militares y de las disparidades entre el apoyo a la investigación en psiquiatría infantil y otras especialidades médicas. El gobierno, reconociendo que la mayoría de los niños con trastornos mentales clínicamente significativos no reciben servicios de salud mental (Knitzer, 1982), ha creado una red de *sistemas de atención* para proporcionar servicios más cercanos al hogar, con un papel positivo para los padres (apoyados por sus *dúplas de padres*—compañeros de la comunidad que han vivido experiencias similares a las de los padres del niño o adolescente), y una mejor coordinación de la salud mental, la educación y los servicios sociales. El papel del psiquiatra infantil en estos servicios innovadores está evolucionando (Pumariega & Winters, 2003).

En la actualidad, en los EE.UU. los psiquiatras infantiles siguen siendo los encargados del diagnóstico, pero con la expectativa de una explicación biológica. La psicoterapia infantil, que antes era su área de trabajo principal, a menudo es llevada a cabo por otros profesionales. El psiquiatra infantil puede ser visto cada vez más como el proveedor de medicamentos y el alcance de su práctica ha ido cambiando a medida que muchos han ido abandonando el sector público por la práctica privada. El psiquiatra infantil académico actual puede carecer de la comprensión integral que tenían los líderes de una era anterior, un cambio particularmente sorprendente, en vista de la voz dada por los psiquiatras infantiles en décadas anteriores a la “propia historia del niño”.

Después de esta gran innovación en el campo, los psiquiatras infantiles estadounidenses se enfrentan a los desafíos de:

- Ver los problemas del niño en términos de desarrollo o en términos de *diagnósticos categoriales* (relativamente fijos)
- Ver los problemas de los niños en términos de procesos localizados únicamente dentro del niño o en términos también del *contexto/ecología* y

las *relaciones* en las que el niño vive y crece

- Ver a los niños como *objeto* de intervención o como *agentes*, en el sentido de que pueden dar forma a sus vidas
- Promover o ignorar las narrativas de *validación y construcción de significados* que apoyan el crecimiento y la recuperación
- Adoptar una *amplia gama* de formas para ayudar a los niños y las familias en lugar de limitar sus intervenciones a la farmacología.

## CONCLUSIONES

Como se muestra en esta breve reseña histórica, aunque su inicio fue lento, el progreso a nivel de servicios clínicos—particularmente en los países desarrollados—la investigación y las políticas de la psiquiatría infantil ampliamente definida han sido sobresalientes, desde su inicio hace unos 100 años. Más que en cualquier otra etapa del desarrollo, la alteración psiquiátrica en los niños se produce en el entorno de cambios biológicos, cognitivos y emocionales dramáticos y tiene un impacto en los individuos, sus familias, escuelas, vecindarios, sistemas judiciales y educativos. Es decir, el tratamiento óptimo generalmente requiere que profesionales médicos y aliados con experiencia en todos estos campos trabajen juntos, una tarea difícil que explica algunas de las tensiones y desafíos que la psiquiatría infantil ha experimentado a lo largo de los años, y que aún enfrenta.

También hay páginas oscuras en la corta historia de la psiquiatría infantil, que no deben pasarse por alto porque pueden tener la clave para evitar cometer los mismos errores en el futuro. La más oscura ha sido la participación de algunos psiquiatras infantiles en prácticas eugenésicas durante la primera mitad del siglo XX, particularmente—pero no exclusivamente—en la Alemania nazi. La culpabilización innecesaria a los padres (p.ej., la “madre esquizofrenógena”), las actitudes punitivas hacia los pacientes bajo la apariencia de terapia y la falta de protección de los niños, en particular los que vivían en instituciones, han sido o siguen siendo motivo de preocupación. Más recientemente, la prescripción de medicamentos y polifarmacia innecesaria, en particular para niños muy pequeños, y la administración de tratamientos que se sabe que son ineficaces o basados en la ideología y no en pruebas empíricas o razonamientos clínicos sólidos, sugieren que muchas cuestiones éticas están aún lejos de resolverse.

La investigación en salud mental infantil realizada por parte de los psiquiatras, psicólogos, pediatras, trabajadores sociales, enfermeras de salud mental y otros profesionales aliados ha florecido, particularmente después del final de la Segunda Guerra Mundial; tanto así que la infancia y la adolescencia se ha convertido en el área más vibrante de la investigación en salud mental, debido en gran parte al reconocimiento de que la mayoría de los trastornos mentales tienen su inicio durante este período de desarrollo. Los avances han llevado a una mejor comprensión del desarrollo normal, sus trastornos, la naturaleza de las enfermedades psiquiátricas en los niños y su tratamiento. Es probable que el progreso continúe a un ritmo creciente debido a las innovaciones tecnológicas, por ejemplo en imagenología y genética. Sin embargo, a medida que las sociedades se han vuelto más sanas (en términos de esperanza de vida) y más ricas, los problemas psicosociales en niños y adolescentes parecen haber aumentado en los últimos 50 años: depresión,

autolesiones, trastornos del espectro del autismo, TDAH, trastornos alimentarios, etc. Tal vez el reto más importante que enfrentamos es entender el por qué (Rutter, 2002). El impacto en los niños de cambios sociales (tales como las altas tasas de divorcio, el creciente número de familias monoparentales y ensambladas, los matrimonios entre personas del mismo sexo, los niños dejados a tras en la búsqueda de desarrollo en China, etc.) todavía no se entienden.

A pesar de los éxitos, la psiquiatría infantil como subespecialidad médica está experimentando cambios dramáticos, enfrentándose a nuevas oportunidades y desafíos como resultado de la globalización, el movimiento basado en la evidencia, el advenimiento de Internet y el clima político y económico mundial. La globalización está reduciendo las diferencias en el conocimiento y la práctica clínica entre los países occidentales y no occidentales, desarrollados y en vías de desarrollo, lo que dificulta el arraigo de las prácticas ideológicas o idiosincrásicas. Sin embargo, algunos lamentan que la globalización pueda conducir a una homogeneización injustificada, a la pérdida de importantes matices culturales o a abandonar las diferencias étnicas o de otro tipo que podrían utilizarse para mejorar el diagnóstico y el tratamiento.

La Internet facilita la difusión de información clínica actualizada y la formación (este libro electrónico es un ejemplo de esto). Si bien el énfasis en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia está mejorando la calidad de esa información, de la formación y de la práctica clínica, los críticos argumentan que la falta de evidencia no es necesariamente lo mismo que la falta de efectividad — la utilidad de muchas intervenciones aún no ha sido estudiada— y que la mayoría de los estudios controlados aleatorios examinan la eficacia a corto plazo, cuando muchos trastornos mentales infantiles son crónicos o recurrentes. Por otro lado, Internet puede propagar rápidamente prácticas erróneas o incluso nocivas (p.ej., el caso de la vacuna MMR y el autismo), y el fácil acceso de los jóvenes a medios sociales y su dependencia de ellos está creando sus propios nuevos desafíos (ver el Capítulo H.6).

El cielo es claro, pero algunas nubes aparecen en el horizonte. A pesar del hecho de que los problemas de salud mental en niños y adolescentes parecen ir en aumento y de la existencia de una gran cantidad de necesidades que aún no son cubiertas —más aún en los países de bajos ingresos— existe una competencia creciente entre las especialidades y los grupos profesionales. Mundialmente, la demanda de psiquiatras infantiles supera con creces la oferta. Esto se ve agravado por una mala distribución de profesionales, especialmente en zonas rurales y en países de bajos ingresos, donde viven la mayoría de los niños del mundo.

La proliferación de asociaciones—nacionales, especializadas, basadas en una orientación teórica y basadas en una enfermedad—cada una con su propia agenda e intereses, está haciendo cada vez más difícil que los profesionales de salud mental infantil presenten un frente unificado y tengan una voz lo más fuerte posible en defensa de la política de salud mental infantil en los foros mundiales como la OMS, o a nivel nacional.

La rápida expansión del uso de fármacos conlleva el riesgo de que los psiquiatras infantiles se conviertan en glorificados dispensadores de píldoras con habilidades cada vez más limitadas en otras áreas clave (p.ej., la psicoterapia, la TCC) que son cada vez más administradas por otros profesionales. Esto puede dar

lugar también a que varios expertos se ocupen de los problemas de un solo niño: un psiquiatra que prescribe medicamentos, un psicólogo que administra la TCC, un trabajador social que hace terapia familiar, etc. Si bien esto podría considerarse como una atención óptima en algunos contextos, el consecuente aumento de los costos, el riesgo de que las familias reciban consejos contradictorios, el aumento de la demanda de tiempo para los pacientes y el impacto en la relación terapéutica pueden ser más perjudiciales que el beneficio obtenido.

Los problemas políticos y económicos están provocando un estancamiento, si no una disminución, del gasto público en atención sanitaria en muchas partes del mundo—los servicios psiquiátricos infantiles son a menudo un blanco fácil—y amenazan con socavar los cimientos mismos del estado de bienestar, que ha servido bien a los niños. Si bien se reconoce casi universalmente la necesidad de más servicios, los administradores de salud y los responsables de la formulación de políticas de salud suelen dar poca prioridad a la atención de la salud mental infantil. La falta de fondos y la escasez mundial de profesionales con una formación adecuada dificultan la puesta en marcha de nuevos servicios. Estos problemas se agravan aún más por los conflictos militares y el terrorismo en curso en muchas regiones —con los niños como principales víctimas—y por el desenfrenado cambio climático, cuyas consecuencias difícilmente podemos comprender.

La psiquiatría infantil sigue buscando su lugar en muchas partes del mundo, ya sea porque el número de profesionales es muy pequeño o por su incapacidad para persuadir a las autoridades del valor de la formación y la calidad de la atención de su reconocimiento como especialidad. Por ejemplo, tras muchos años de debate, la psiquiatría infantil fue reconocida como una subespecialidad en España en el 2014. Por el contrario, la Federación Rusa dejó de reconocer la subespecialidad de psiquiatría infantil en 1995 (la especialidad había sido reconocida anteriormente en Rusia a partir de los años setenta).

Los psiquiatras infantiles del siglo XXI tendrán que tomar un papel proactivo en la redefinición de su papel y mostrar su valía en un ambiente muy competitivo y cambiante. ¿Deberían los psiquiatras infantiles seguir evolucionando predominantemente como una especialidad médica centrándose exclusivamente en los tratamientos biológicos? ¿Como terapeutas? ¿Como coordinadores o gestores de los distintos profesionales que intervienen en la atención, integrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del tratamiento...?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACAP, American Academy of Child Psychiatry (1983). *Child Psychiatry: A Plan for the Coming Decades*. Washington, DC: American Academy of Child Psychiatry.
- Achenbach TM (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101:213-232.
- Anthony EJ (1986). A brief history of child psychoanalysis: Introduction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25:8–11.
- APA. <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual>
- Arnett JJ (2006). G Stanley Hall's adolescence: Brilliance and nonsense. *History of Psychology*, 9:186–197.
- Assumpção Jr FB (1995). *Psiquiatria Infantil Brasileira: Um Esboço Histórico*. São Paulo:Lemos.
- Bartlett L (1980) Child mental health services in S.E. Asia. *Infance*, 33(4-5):268-272.
- Belfer ML (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:3:226-236.
- Bewley T (2008). *Madness to Mental Illness. A History of the Royal College of Psychiatrists*. Online archive 25b (v).
- Bowlby J (1951). *Maternal Care and Mental Health*. Geneva: World Health Organisation.
- Carlson M, Brennan RT, Earls F (2012). Enhancing adolescent self-efficacy and collective efficacy through public engagement around HIV/AIDS competence: a multilevel, cluster randomized-controlled trial. *Social Science & Medicine*, 75:1078-1087.
- Chen HF (2014). Emotional therapy and talking cures in late imperial China. In H Chiang (ed) *Psychiatry and Chinese History*. London: Pickering and Chatto.
- Chess S, Hassibi M (1978) *Principles and Practice of Child Psychiatry*. Berlin: Springer p9.
- Durand-Fardel M (1855). *Le suicide chez les enfants. Annales Medico-Psychologiques* 1:61-79.
- Emminghaus H (1887). *Die psychischen Störungen des Kindesalters*. Tübingen: Laupp.
- Eisenberg L (2001). The past 50 years of child and adolescent psychiatry: A personal memoir. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40:743-748.
- Eisenberg L (2007). Commentary with a historical perspective by a child psychiatrist: when "ADHD" was the "brain-damaged child." *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 17:279-283.
- Eisenberg L, Belfer M (2009). Prerequisites for global child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:26-35.
- Erikson E (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Eysenck HJ (ed) (1964). *Experiments in Behaviour Therapy. Readings in Modern Methods of Treatment of Mental Disorders Derived from Learning Theory*. Oxford: Pergamon Press.
- Evans B (2013). How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. *History of the Human Sciences*, 26:3-31.
- Evans B (2014). The Foundations of autism: The law concerning psychotic, schizophrenic, and autistic children in 1950s and 1960s Britain. *Bulletin of the History of Medicine*, 88:253-285.
- Evans B, Rahman S, Jones E (2008). Managing the 'unmanageable': interwar child psychiatry at the Maudsley Hospital, London. *History of Psychiatry* 19:454-475.
- Fergusson DM, Horwood JL (2001). The Christchurch Health and Development Study: Review of Findings on Child and Adolescent Mental Health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 3: 287-296.
- Foley P (2011). A viral infection of the mind? The curious case of encephalitis lethargica. *The Conversation*, 13 October.
- Fung D, Ong LP, Tay SL et al (eds) (2012). *REACH Chronicles. A Community Mental Health Model for Children and Adolescents in Singapore*. Singapore: World Scientific Publishers.
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Graham P, Minnis H, Nicolson M (eds) 2009. *The development of Child and Adolescent Psychiatry from 1960 until 1990. Witness seminar*. Centre for the History of Medicine, University Of Glasgow, 12 May 2009.
- Grebchenko Y, Koren E (2007). Pediatric bipolar disorder: From the perspective of Russia. In R S Diller (ed) *Pediatric Bipolar Disorder: A Global Perspective*. New York, NY: Nova Biomedical Books, pp179-192.
- Griesinger W (1867). *Mental Pathology and Therapeutics*. London: New Sydenham Society.
- Guerrero APS, Fung DSS, Suaalii-Sauni S et al (2013). Care for the seafarers: a review of mental health in Austronesia. *Asia Pacific Psychiatry*, 5:119-140.
- Haggerty RT, Friedman SB (2003). History of developmental-behavioral pediatrics. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 24:S1-S18.
- Hall GS. (1904). *Adolescence: its Psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education* (Vols. I & II). New York: D Appleton & Co.

- Harbour CK, Maulik PK (2010). History of Intellectual disability. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*.
- Harbauer H, Lempp R, Nissen G et al (1971). *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Berlin: Springer.
- Harms E (1960). At the cradle of child psychiatry. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30:186-190.
- Hirota T, Guerrero A, Sartorius N et al (2014). Child and adolescent psychiatry in the Far East. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 24 October 2014:1323-1316.
- Homburger A (1926). *Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters*. Berlin: Springer.
- Hong KM, Yamazaki K, Banaag CG et al (2004). Systems of care in Asia. In H Remschmidt, ML Belfer, I Goodyer (eds) *Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*. Berlin: Springer. pp 65-77.
- Hong KM (1982). Developing Child Psychiatry in Korea. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 21:183-191
- Joshi SV, Pumariega AJ (2010). *Cultural Issues in Pediatric Mental Health*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Kahl KG, Winter L, Schweiger U (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: What is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25:522-528.
- Knitzer J (1982). *Unclaimed Children. The Failure of Public Responsibility to Children and Adolescents in Need of Mental Health Services*. Washington, DC: Children's Defense Fund.
- Lapouse R, Monk MA (1958) An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health*, 48:1134-1144.
- Levy DM (1968a). History of child psychiatry. In *International Encyclopedia of the Social Sciences*. Thomson Gale.
- Levy DM (1968b). Beginnings of the Child Guidance Movement. *American Journal of Orthopsychiatry* 38:799-804.
- Lowenfeld M, Urwin C, Hood-Williams J (1988). *Child Psychotherapy, War and the Normal Child*. London: Free Association Books.
- Lutz J (1961). *Kinderpsychiatrie*. Zürich: Rotapfel Verlag.
- Maldonado-Duran JM, Helmig L (2001). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en France, vue des U.S.A. Psychiatrie française*, 32:16-29.
- Maudsley H (1895). *The Pathology of Mind. A Study of its Distempers, Deformities and Disorder*. London: Macmillan.
- McClure M, Shirataki S (1989). Child psychiatry in Japan. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28:488-492.
- Miller E (ed) (1968). *Foundations of Child Psychiatry*. Oxford: Pergamon Press.
- Minde K (2005). Transcultural child psychiatry: Its history, present status and future challenges. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14:81-84.
- Minuchin S (1974). *Families & Family Therapy*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Mises R, Quemada N, Borbol M et al (2002) French classification for child and adolescent mental disorders. *Psychopathology* 35:176-180.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2005). *Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources: Global Concerns, Implications for the Future*. Geneva: WHO.
- Parry-Jones WL (1989). Annotation. The history of child and adolescent psychiatry: its present day relevance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30:3-11.
- Patterson GR (1982). *Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia.
- Preyer W (1882) *Die Seele des Kindes: Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren*. Grieben, Leipzig, 1882.
- Prugh DG (1983). *The Psychosocial Aspects of Pediatrics*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Pumariega AJ, Winters NC (eds) (2003). *The Handbook of Child and Adolescent Systems of Care: The New Community Psychiatry*. San Francisco: Wiley.
- Puras D, Kolaitis G, Tsiantis J (2010). Child and adolescent mental health in the enlarged European Union: Overview of the CAMHEE Project. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12:3-9.
- Quy K, Stringaris A (2012) Oppositional defiant disorder. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Redl F, Wineman D (1957). *The Aggressive Child*. Glencoe, Ill: Free Press.
- Registrar General of England and Wales (1856). *Sixteenth Annual Report*. London, p73.
- Remschmidt H, Schmidt MH (eds) (1985, 1988). *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*. Stuttgart-New York: Thieme.
- Remschmidt H, van Engeland H (eds) (1999). *Child and Adolescent Psychiatry in Europe, Historical Development, Current Situation, Future Perspectives*. Heidelberg: Springer.
- Rey JM, Walter G (1997). Half a century of ECT use in young people. *American Journal of Psychiatry* 154:595-602.
- Richmond JB, Harper G (1996). Child and adolescent psychiatry: Toward the twenty-first century. *Harvard Review of Psychiatry*, 4:61-66.
- Robertson B, Omigbodun O, Gaddour N (2010). Child and adolescent psychiatry in Africa: luxury or necessity? *African Journal of Psychiatry*, 13:329-331.
- Robins L (1966). *Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rose NS (1999). *Governing the Soul*, 2nd ed. London: Free Association Press.
- Rush B (1812) *Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*. 4th ed. Philadelphia: Grigg.
- Rutter M (2002). Nature, nurture, and development: from evangelism through science toward policy and practice. *Child Development*, 73:1-21.
- Rutter M (2011). Research Review: Child psychiatric diagnosis

- and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:647–660.
- Rutter M, Bishop DVM, Pine DS et al (eds) (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* 5th ed. Oxford: Blackwell.
- Rutter M, Shaffer D (1980) DSM-III: A step forward or back in terms of the classification of child psychiatric disorders? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 19:371–394.
- Rutter M, Tizard J, Whitmore K (1970). *Education, Health and Behaviour*. London: Longmans, 1970.
- Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL et al (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34:337-57.
- Santavirta T, Santavirta N, Betancourt TS et al (2015). Long term mental health outcomes of Finnish children evacuated to Swedish families during the second world war and their non-evacuated siblings: cohort study. *British Medical Journal*, 350
- Schleimer K (2012). *The History of IACAPAP*.
- Schowalter JE (2003). A history of child and adolescent psychiatry in the United States. *Psychiatric Times*, September 1.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK et al (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 35:865-877.
- Stewart J (2012). *The dangerous age of childhood: child guidance in Britain c.1918-1955*.
- Stewart J (2013). *Child Guidance in Britain, 1918-1955 : The Dangerous Age of Childhood*. London: Pickering & Chatto.
- Strohmayer W (1910). *Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters*. Tübingen: Laupp.
- Stutte H (1960) *Kinderpsychiatrie und Jugendpsychiatrie*. In: Gruhle HW, Jung R, Müller M et al (eds): *Psychiatrie der Gegenwart*. Heidelberg: Springer, Bd. 2, pp955-1087
- Sutherland G, Sharp S (1984). *Ability, Merit and Measurement: Mental Testing and English Education 1880-1940*. Oxford: Clarendon, 1984.
- Tan S, Fung DSS, Hung SF et al (2008). Growing wealth and growing pains: Child and adolescent psychiatry in Hong Kong, Malaysia and Singapore. *Australasian Psychiatry*, 16:204-209.
- Taylor D (2002). The lost children. *The Guardian*, 1 August.
- TEC Jr (1981) *L'hôpital des enfants-malades*, the world's first children's hospital, founded in Paris in 1802. *Pediatrics* 1981; 67:5 670.
- Toth SL, Cicchetti D (2010). The historical origins and developmental pathways of the discipline of developmental psychopathology. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47:95-104.
- Tramer M (1942). *Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie, einschließlich der allgemeinen Psychiatrie der Pubertät und Adoleszenz*. 3. Aufl. Basel: Schwabe.
- Tuke DH (1892). *A Dictionary of Psychological Medicine: Giving the Definition, Etymology and Synonyms of the Terms Used in Medical Psychology with the Symptoms, Treatment, and Pathology of Insanity and the Law of Lunacy in Great Britain and Ireland*, Vol 1. London: J & A Churchill.
- Vance BE (2014). Exorcising dreams and nightmares in Late Ming Dynasty. In H Chiang (ed) *Psychiatry and Chinese History*. London: Pickering and Chatto.
- von Schlippe A, Schweitzer J (1998) *Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, p93.
- Werry JS (1985). ICD-9 and DSM-III classification for the clinician. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26:1-6.
- Whiting JWM, Child IL (1953). *Child Training and Personality*. New Haven: Yale University Press.
- Whittaker JK, Trieschman E (eds) (1972). *Children Away from Home: A Sourcebook of Residential Treatment*. Chicago: Aldine Atherton.
- Williams MH, Rhode M, Rustin M et al (2012). *Enabling and Inspiring: A Tribute to Martha Harris*. London: Karnac, 2012.
- Williams AN, Sharma RM (2014). Children in hospitals before there were children's hospitals. *Pediatrics*, 134: 425-427.
- Wolff S (1996). The first account of the syndrome Asperger described? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5:119-132.
- Woon TH (1981). Child and adolescent psychiatry in Peninsula Malaysia. *Medical Journal of Malaysia* 36:126-128.
- Ziehen T (1915). *Die Geisteskrankheiten einschließlich des Schwachsinn und die psychopathischen Konstitutionen im Kindesalter*. Berlin: Reuther und Reichard.

# Apéndice J.10.1

## Historia de la Psiquiatría Infantil y del Adolescente en Chile

**Carlos Almonte, Ricardo García, Matías Irrázaval**

El desarrollo de la psiquiatría infantil en Chile, ha estado estrechamente relacionado con el desarrollo de políticas sociales y de salud. En el siglo XIX, la salud estaba a cargo de la beneficencia, entidades privadas y sociedades de socorros mutuos. A comienzos del siglo XX surge el concepto del estado de bienestar, y en relación a la infancia se realizan los primeros análisis de protección de la infancia y educación, estableciéndose también la ley de instrucción primaria obligatoria. En esa época se construyeron los primeros hospitales pediátricos, que también eran centros docentes de esta especialidad, empleando médicos formados en Chile y en el extranjero, como el Hospital Roberto de Río, Hospital Manuel Arriarán y Hospital Luis Calvo Mackenna. Estos hospitales estaban en estrecha relación docente con la Universidad de Chile y es en esta primera mitad del siglo XX en que los departamentos de pediatría envían a pediatras a especializarse a Europa y Estados Unidos.

Antes de la segunda guerra mundial, el Dr. Ricardo Olea fue enviado a Alemania mediante una beca Humboldt a especializarse en neuropsiquiatría. Al regreso a Chile, en 1938, fundó con un grupo de pediatras el primer consultorio externo de psiquiatría infantil en el Hospital Roberto del Río, atendiendo las enfermedades más prevalentes de la época, como la deficiencia mental, secuelas de poliomielitis, epilepsia, esquizofrenia, y trastornos del aprendizaje, entre otras. Dadas sus habilidades idiomáticas, en 1944 tradujo el libro de psiquiatría infantil de Leo Kanner, que tuvo una amplia difusión en Chile y Argentina. El Dr. Olea es considerado el primer maestro de neuropsiquiatría infantil en Chile, influyendo posteriormente en la formación de neuropediatras y psiquiatras infantiles. Impulsó el desarrollo de la psiquiatría y neurología infantil en Chile y sus escalas de psicodiagnósticos para trastornos de aprendizaje se usan hasta el día de hoy; también fundó la primera escuela adosada al Hospital Roberto del Río, comienzo de la educación especial en Chile. Inició la Agrupación Hospitalaria de Neuropsiquiatría en 1966, que se dedicó a las especialidades psiquiátricas y neurológicas, la que se transformó en 1972 en la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia. El rigor científico, su espíritu docente y la pasión por la neuropsiquiatría se recuerdan en el actual premio que lleva su nombre y que otorga la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia a sus miembros más destacados que conservan este legado.

Otro grupo de pediatría del Hospital Manuel Arriarán envió al Dr. Juan Garafulic a especializarse con George Heuyers. El profesor Heuyer visitó Chile incentivando políticas de salud mental infantil y el desarrollo de la especialidad.

El Dr. Garafulic creó el actual servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Manuel Arriarán y posteriormente fue Ministro de Salud, favoreciendo el desarrollo de la salud mental infantil. El trabajo de este grupo se destacó por su aporte en la atención primaria e incorporación de los padres en actividades psicoeducativas.

En 1937 se fundó el primer Servicio de Neuropsiquiatría Infantil en Quinta Bella para “niños alienados crónicos”, y en la década de 1950, se creó el Servicio Nacional de Salud cubriendo gran parte de la población, iniciándose los programas nacionales de alimentación complementaria y la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mejorando los índices de salud de la población en general. En esa misma década, el Ministro de Salubridad establece que la Psiquiatría es una rama de la Medicina y que todo hospital general debe contar con un servicio de psiquiatría.

En 1953, surgió un nuevo grupo de psiquiatría infantil: la Clínica Psiquiátrica Infantil, cuyo primer director fue el Dr. Carlos Nassar. Inicialmente de orientación psicoanalítica, se dedicó principalmente a patologías orgánicas y psiquiátricas severas, haciendo énfasis en la rehabilitación global del niño, incluyendo educación especializada dentro del mismo establecimiento y talleres laborales, incorporando posteriormente una visión más amplia de salud mental.

En el Hospital pediátrico Luis Calvo Mackenna, el Dr. Guillermo Altamirano inició el primer servicio de psiquiatría independiente de la neurología. El Dr. Altamirano completó su formación como psiquiatra infantil en la Universidad de Columbia en Estados Unidos a fines de la década de 1950. Este servicio formó destacados profesionales en la línea psicoanalítica, constituyendo un centro de formación latinoamericano, llegando a ser uno de los servicios más numerosos de la época. El Dr. Altamirano inició a fines de 1970 la introducción en Chile de la terapia familiar y creando un grupo que comenzó en el Hospital Sotero del Río y que más tarde se constituyó en el Instituto Chileno de Terapia Familiar, que ha liderado la formación e investigación de esta línea en Chile.

Otro grupo que ha aportado al desarrollo de la psiquiatría Infantil ha sido el grupo del Dr. Mario Sepúlveda, que formó el servicio de neuropsiquiatría infantil en el Hospital San Juan de Dios en 1960, agrupando a destacados pediatras. Sucedió posteriormente al Dr. Ricardo Olea en el Hospital Roberto del Río, trasladándose con su grupo a este servicio, llegando a reunir a 25 profesionales. Posteriormente participó en el Centro de Investigaciones del Desarrollo Integral del Niño del Hospital Clínico de la Universidad de Chile e inició la docencia y fue jefe de servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Félix Bulnes.

Este florecimiento de la psiquiatría Infantil, con la participación de diversos grupos de orientaciones distintas, pero complementarias, con profesores muy destacados, con gran influencia y formación en grupos prestigiosos del extranjero, sirvieron de modelo y estímulo para el desarrollo activo de grupos de trabajo y docencia.

La situación política en Chile en 1973 (golpe de estado que resultó en una dictadura militar hasta 1990) paralizó el desarrollo de muchos de estos proyectos, disminuyendo la influencia de estos profesores, especialmente los que se orientaban hacia la salud mental en la población y el estado de bienestar.

Hernán Montenegro fue enviado a especializarse con Leon Eisenberg al hospital Johns Hopkins, Baltimore, cuya línea de trabajo se centraba en los sectores más desposeídos y minorías étnicas, desarrollando programas de estimulación psicosocial. El Dr. Montenegro introdujo en Chile la aproximación conductista al análisis de los problemas psiquiátricos en los niños. También llevó a cabo el primer estudio epidemiológico en la población escolar en 1985. Junto al Dr. Juan Marconi, psiquiatra de adultos, establecieron un programa en el área sur de Santiago, creando un servicio de salud mental infantil en el Hospital Exequiel González Cortés y creando múltiples programas comunitarios.

El servicio de psiquiatría del Hospital Roberto del Río se reorganizó junto con profesionales de la antigua Clínica Psiquiátrica Infantil para formar el nuevo Servicio de Psiquiatría Infantil de este hospital, bajo la dirección del Dr. Carlos Almonte. Durante mucho tiempo este servicio era el único que contaba con camas de hospitalización en Chile. El Dr. Almonte continuó siendo jefe de servicio y también fue jefe del programa de formación de becados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, constituyéndose en el primer centro de formación en la especialidad junto con el grupo del Hospital Exequiel González Cortés, con quienes se elaboró el primer programa universitario de formación en la especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia. El Dr. Almonte consolidó los programas de formación de la especialidad en Chile, con una fuerte impronta en la clínica y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y presidió desde sus inicios El Comité de Certificación de Especialistas en Psiquiatra de Niños y Adolescentes (CONÓCENOS) en Chile. Su libro de Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia, ha tenido dos ediciones y cuenta con una gran divulgación en Chile y Latinoamérica.

La especialidad de psiquiatría infantil en Chile es de tipo primario, es decir, no es una subespecialidad. Tiene un programa de formación de 3 años para médicos que han tenido una formación de pregrado de 7 años y otorga el título de Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia. Inicialmente la formación se realizaba exclusivamente en la Universidad de Chile, luego comienza a llevarse a cabo en la Universidad de Santiago. Estos programas eran acreditados por organismos evaluadores. En la última década, dado el interés en la salud mental en general e infantil en particular y las brechas de atención, otras universidades han implementado programas de formación en la especialidad: Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad de Valparaíso y la Universidad de Concepción. Otros programas de formación están en proceso de acreditación.

El 1998 había 186 psiquiatras infanto-juveniles; en 2018 hay 362 psiquiatras infantiles, de los cuales alrededor del 70% están inscritos en los servicios de salud, que abarcan el 75% de la población; estos psiquiatras atienden una población de 5,2 millones de habitantes menores de 19 años—una proporción de 6,9 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, es decir, menos de la mitad de la necesidad estimada (14,3 por cada 100.000 habitantes)—concentrándose la mayoría de ellos en la capital (Santiago) y las grandes ciudades. En 2013, se realizó el mayor estudio epidemiológico infanto-juvenil, que estableció una prevalencia de 22.5% de trastornos psiquiátricos con discapacidad en la población general de 4 a 18 años y un tercio en el subgrupo entre los 10 y 19 años. Dadas estas cifras y la creciente conciencia de la importancia de la salud mental, si como la formación de nuevos programas de especialistas en nuevas universidades, ha habido una explosión en la formación de psiquiatras infanto-juveniles: aproximadamente 128 especialistas

en formación—un tercio del número de profesionales con los que el país cuenta actualmente.

A pesar del aumento de especialistas, sólo un 6,4% de los niños están en tratamiento, la mayoría en la atención primaria de salud (4,9%), donde se hace hincapié en la prevención y promoción de la salud mental, así como la detección temprana.

Una respuesta a las dificultades de representatividad, financiamiento, y acceso a la salud mental de la población infanto-adolescente, ha sido la implementación del subsistema Chile Crece Contigo que, mediante acciones promocionales y preventivas trata de proteger y potenciar el desarrollo infantil desde la gestación hasta los 9 años de edad. El programa ha demostrado su eficacia en la mejora de las habilidades psicomotrices y sociales de los niños, y ha respaldado una reducción de las desigualdades y la promoción de los derechos de los niños. Recientemente, los programas de atención primaria en salud mental infantil se han fortalecido al incorporar una extensión de Chile Crece Contigo, que brinda actividades de salud mental para niños de entre 5 y 9 años.

Durante la última década, las iniciativas en el sector de la salud se han alineado con un esfuerzo creciente para generar un nuevo marco legal para la infancia, con la promoción de la Legislación General sobre los Derechos del Niño y el Adolescente, una nueva subsecretaría de la infancia dentro del Ministerio de Desarrollo Social, y el establecimiento de un Ombudsman de los Derechos del Niño, como entidad independiente de protección de los derechos humanos. En términos de política, aunque Chile no tiene una ley de salud mental—como Argentina y Brasil—tiene un cuerpo legal que incluye disposiciones, procedimientos y regulaciones. Del mismo modo, a pesar de que no existe un plan específico de salud mental para niños y adolescentes, Chile cuenta con una oferta programática importante dirigida directa o indirectamente a la salud mental de este grupo.

En cuanto a la salud mental escolar, son atractivos los avances que se han realizado con programas como Habilidades para la Vida, que se enfocan en actividades de pesquisa e intervención temprana para problemas de salud mental en niños hasta octavo básico, se ha relacionado con una mejoría en el rendimiento académico y en la derivación de casos que requieren tratamiento. El programa beneficia al 18% de los estudiantes de las escuelas públicas y al 3,3% de las escuelas privadas, esperándose un aumento en su cobertura. Sin embargo, otras iniciativas, como los programas de prevención en uso de sustancias en las escuelas han sido insuficientes y con cobertura limitada (menor al 10% de los escolares), lo que se ve reflejado en un aumento en el consumo problemático de sustancias en adolescentes.

## **Conclusiones**

La psiquiatría de la infancia y adolescencia en Chile se inició en forma coetánea con los centros que estaba iniciando la especialidad en Europa y Estados Unidos, producto de la visión de los servicios de pediatría de la época y de psiquiatras de adultos que también visualizaron la necesidad de comprender y prestar servicios a niños y adolescentes con psicopatología y sus familias. Se formaron servicios neuropsiquiátricos y posteriormente psiquiátricos para este grupo etario en estrecha relación con la Universidad de Chile, comenzando a formar especialistas. Teniendo diversas líneas conceptuales, lograron reunirse en una agrupación, y luego sociedad

científica, que se ha desarrollado en forma continua fomentando el desarrollo de la especialidad, de sus socios en forma paralela a la neuropsiquiatría, y teniendo un espacio en la sociedad científica y en la población chilena.

La psiquiatría de la infancia y adolescencia, a pesar de haber tenido un período de dificultades dados las circunstancias históricas del país, mantuvo los gérmenes que han rebrotado junto a los cambios de la sociedad en general y de la medicina en particular, teniendo un espacio como especialización primaria, teniendo directrices claras de acreditación de sus programas de formación, una producción de investigación razonable para un país en desarrollo y contribuyendo a políticas de desarrollo en la salud mental de niños y adolescentes.

Actualmente, la especialidad está en un pie de perfeccionamiento y ampliación de su quehacer incorporando en los últimos años investigaciones clínico psicopatológicas que se han publicado en la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, además de un aumento creciente en la formación de especialistas en Psiquiatría Infantil, se han realizado diferentes programas de postgrado (magísteres, diplomados y cursos) y congresos anuales, en colaboración con otras asociaciones y sociedades internacionales, como la IACAPAP y AACAP.

