

Capítulo 3.

Psicología evolutiva y salud: características de etapa y salud

3.1. Introducción

La vida de una persona está protagonizada por un constante cambio, desde que nace hasta que muere. Sin dejar de ser nosotros mismos, nuestras vidas atraviesan diferentes momentos psicológicos (infancia, niñez, adolescencia, juventud, madurez y vejez), denominados *etapas* o *estadios*, cuyas características definitorias muestran la constante transformación y lo que somos en cada una de ellas. A lo largo de su desarrollo cada individuo se va conformando como un miembro más de su especie (filogenia) en una particular e irrepetible combinación (ontogenia) de experiencias de vida en interacción con su potencialidad genética. Aunque podamos reconocernos a nosotros mismos en cada momento (siempre soy yo) sin romper el continuo, cambiamos más de lo que quizás seamos conscientes.

Y este proceso de cambio es el *Ciclo Evolutivo*, en el que se da una compleja interacción de naturaleza y crianza, o, dicho de otra manera, de herencia y aprendizaje. Somos lo que somos en virtud de nuestra herencia genética, lo que nos viene dado, y, por tanto, evolucionamos en la medida que maduramos. Pero también somos lo que somos en virtud de nuestras experiencias de vida, de lo que aprendemos a través de los procesos de socialización y culturización del entorno en el que nos ha tocado vivir y criarnos.

El protagonista del Ciclo Evolutivo es el proceso de desarrollo. Un *proceso* de carácter *continuo* que expresa el conjunto de transformaciones que sufre un individuo desde su fecundación hasta la muerte. A nivel biofísico fundamentalmente consiste en un proceso de maduración y diferenciación en el que las nuevas células se van ocupando de funciones especializadas diferentes, convirtiéndose en los diversos órganos y sistemas del cuerpo. Análogamente, a nivel psicológico, consiste en un proceso de construcción, de diferenciación y ampliación de las capacidades conductuales, relacionales y mentales del ser humano, que constituyen los distintos sistemas de respuesta al medio. Y, conforme avanzamos en nuestro

Ciclo Evolutivo, conforme maduramos y aprendemos, nuestra capacidad de comprensión de nuestro mundo y nuestro conocimiento de él van a su vez cambiando, plasmándose en diferentes representaciones del mismo. Representaciones que median nuestras reacciones y adaptación.

Hasta aquí hemos manejado dos conceptos aparentemente contradictorios. Los conceptos de *etapa/estadio* por un lado y de *continuum* por otro. Digamos que, siendo el proceso evolutivo realmente continuo, a efectos descriptivos y de estudio, utilizamos rasgos preeminentes de determinados momentos del desarrollo para definir un sistema de clasificación que nos permite visualizarlo didácticamente como una sucesión de etapas.

Vamos a enfocar este tema desde la perspectiva de las características de etapa que pudieran constituirse en necesidades o en factores significativos a la hora de abordar los cuidados de salud. La salud, la enfermedad y todo lo que las rodea, es una experiencia más de vida que irá tomando diferentes formas, progresando a través de una secuencia acorde a los distintos estadios del desarrollo del Ciclo Vital. No vamos a desarrollar las teorías exhaustivamente y a exponer autor por autor. Llevaremos a cabo una somera introducción a las mismas y seleccionaremos de cada autor o teoría aquello que nos parece más relevante desde la perspectiva que acabamos de anunciar.

3.2. Breve introducción a las aportaciones de Erikson, Freud y Piaget

3.2.1. Erikson y la perspectiva psicosocial

Erikson estaba interesado en cómo los niños se socializan y cómo esto afecta a su sentido de identidad personal. En cada etapa la persona encara un reto proveniente de su entorno que pone a prueba su capacidad adaptativa, surge entonces un conflicto entre nuevas necesidades y demanda sociales, que provocan una crisis. La crisis es un momento decisivo (coyuntura crítica) que deja residuos tanto positivos como negativos, e influyen en el desarrollo futuro. Si lo positivo supera lo negativo, el ego, en construcción, resulta fortalecido y el individuo se dota de actitudes favorables hacia el mundo y sí mismo. Las interacciones acertadas con los demás serán el motor de superación. Según la teoría, la terminación exitosa de cada etapa contribuye a la construcción de una personalidad sana (desarrollo de virtudes). El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos (desarrollo de malignidades). Son 8 las etapas descritas por Erikson: 1) Lactancia; 2) Niñez temprana; 3) Edad del juego; 4) Edad escolar; 5) Adolescencia; 6) Primera juventud; 7) Juventud y primera madurez; y 8) Final de la madurez.

La teoría se expone resumidamente en el cuadro 1.

Cuadro 1. *Resumen de la Teoría Psicosocial del Desarrollo de Erik Erikson (1/2)*

Etapa/Edad	Relaciones	Éxito	Fracaso	Virtud	Malignidad
1) 12 primeros meses (lactancia). Coger y dar en respuesta.	Madre	<i>Confianza</i> : el niño, si se siente protegido y seguro, desarrolla el sentimiento básico de confianza ante la vida.	<i>Desconfianza</i> : reñido, desprotegido o abandonado, teme y aprende a desconfiar del mundo.	<i>Esperanza y fe</i>	Distorsión sensorial (incauto) y desvanecimiento (dejar de ser)
2) 1-3 años (niñez temprana). Mantener y dejar ir.	Padres	<i>Autonomía</i> : el niño se ve como independiente, se atreve a hacer cosas y desarrollar sus capacidades.	<i>Vergüenza y duda</i> : demasiado controlado por los padres, no se atreve, duda, aprende tarde todo.	<i>Voluntad, determinación</i>	Impulsividad (temerario) y compulsión (perfeccionista)
3) 4-5 años (edad del juego). Ir más allá, jugar.	Familia	<i>Iniciativa</i> : asume riesgos y responsabilidades. imaginación, viveza, actividad. Orgullo por las propias capacidades.	<i>Culpabilidad</i> : falta de espontaneidad. Inhibición. Sentirse culpable (malo).	<i>Propósito, coraje</i>	Crueldad (excesiva iniciativa sin culpa) e inhibición (no tomar ningún riesgo)
4) 6-11 años (edad escolar). Completar, hacer cosas juntos.	Vecindario, escuela	<i>Laboriosidad</i> : trabajador. Emprendedor. Le gusta hacer cosas y jugar. Competitivo.	<i>Inferioridad</i> : pereza, falta de iniciativa, evitación de la competición. Se cree inferior y mediocre.	<i>Competencia</i>	Unilateralidad e inercia
5) 12-18 años (adolescencia). Ser uno mismo, compartir ser uno mismo.	Grupo, modelos de roles	<i>Identidad del Yo</i> : sabe quién es y quiere en la vida. Seguridad e independencia. Se es capaz de aprender mucho. Sexualidad integrada.	<i>Confusión de roles</i> : inseguridad. No ese sabe lo que se quiere. Uno no sabe situarse frente al trabajo, la sociedad y la sexualidad.	<i>Fidelidad, lealtad</i>	Fanatismo y repudio

Cuadro 1. Resumen de la Teoría Psicosocial del Desarrollo de Erik Erikson (/22)

Etapa/Edad	Relaciones	Éxito	Fracaso	Virtud	Malignidad
6) 18-24 años (primera juventud) Hallarse uno mismo en otro.	Amigos, colegas	<i>Intimidad</i> : capacidad de amor y entrega. Sexualidad enriquecedora y vínculos sociales estables y abiertos.	<i>Aislamiento</i> : dificultades para relacionarse. Problemas de carácter. Relaciones no auténticas.	<i>Amor</i>	Promiscuidad y exclusividad
7) 25-64 años (juventud adulta y primera madurez). Logar ser, cuidar.	Hogar, compañeros de trabajo	<i>Generatividad</i> : se es creativo en muchas áreas de la vida. Colaboración con nuevas generaciones.	<i>Estancamiento</i> : empobrecimiento temprano. Egocentrismo. Improductividad.	<i>Cuidado</i>	Sobe extensión y rechazo
8) ≥ 64 (final de la madurez). Ser, a través de haber sido. Enfrentarse al no ser.	La humanidad	<i>Integridad del Yo</i> : se acepta la propia vida como algo valioso. Satisfacción de haber vivido.	<i>Desesperación</i> : se considera que se ha perdido el tiempo y que la vida se termina. Temor a la muerte.	<i>Sabiduría</i>	Presunción y desesperanza

3.2.2. Freud y la perspectiva psicosexual

Desde el enfoque psicoanalítico se concede una extraordinaria ponderación a los primeros estadios del desarrollo, ya que entiende que la personalidad de un individuo quedaría casi formada antes de los cinco años de vida, y refrendada en la adolescencia. Y ello porque el Yo está constituido por la sedimentación de las primeras relaciones objetales. Cuando hablamos de objeto, en la teoría de las relaciones objetales, nos estamos refiriendo siempre a una persona (objeto humano) o imagen, o aspecto parcial de la misma, más o menos distorsionado, y del tipo de relación establecida con ella. Es un objeto de amor/odio, que el Yo busca para encontrar respuesta a su necesidad de relación. La teoría de las relaciones objetales habla de las necesidades personales de relación del Yo (ser visto, reconocido o comprendido, o el de compartir la propia experiencia subjetiva con otro ser humano), que simplemente encuentran respuesta en el objeto, o no la encuentran. Cuando éstas no encuentran respuesta, la reacción emocional del sujeto es de vacío y desesperanza. Cuando sí la encuentran, surge la armonía y plenitud.

Se trata de que el desarrollo de las estructuras psíquicas perdurables se origina en la internalización de las experiencias de relación con los objetos. Posteriormente (edad adulta) se produce la actualización de las estructuras relacionales internalizadas (efecto determinante del objeto interno –representación- sobre la vida posterior del sujeto), encarnándose en nuevas relaciones. De forma que aquellas determinan las nuevas relaciones interpersonales que se establecen posteriormente y que a su vez serán internalizadas (efecto estructurante que la relación real con el objeto y con el entorno cultural tiene sobre el psiquismo). En consecuencia, la vida de relación toma la forma de un proceso circular, con base en los primeros estadios de la vida. En otras palabras, en los primeros 5 años de nuestra vida se originan formas estables de relacionarse con los demás que serán el molde de las futuras relaciones, con los demás y con nosotros mismos.

Freud consideró que el comportamiento humano estaba motivado por las *pulsiones* (representaciones de las necesidades físicas) que, entre otras cosas, le empujan a la consecución del placer. A la energía motivacional de estas pulsiones de vida la llamó Libido. Freud observó que, en distintas etapas de nuestra vida, diferentes partes del cuerpo eran la fuente de mayor placer o *zonas erógenas*. Basándose en estas observaciones, se postuló su teoría de los estadios psicosexuales. Es muy importante resaltar que, en la teoría psicoanalítica, la sexualidad se distingue de la genitalidad. La sexualidad en el sentido psicoanalítico se refiere al placer en un sentido amplio, a sus fuentes y a cómo las personas lo anhelan (principio del placer). La sexualidad genital adulta es sólo una expresión de algo mucho más complejo. La sexualidad se constituye desde la infancia como la búsqueda de un placer que se apuntala en las necesidades fisiológicas pero que las sobrepasa. Según la definición propuesta por Laplanche y Pontalis en su Diccionario de Psicoanálisis (página 401):

“En la experiencia y en la teoría psicoanalíticas, la palabra sexualidad no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (respiración, hambre, función excretora, etc.) y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual”.

En la vida del niño son esenciales las sensaciones y emociones. Y estas se generan, de manera significativa, asociadas a las ya mencionadas zonas erógenas, cuyo desarrollo y prevalencia en el curso de la evolución están condicionadas biológicamente, conformándose así los estadios del desarrollo de la libido: 1) oral, 2) anal, 3) fálico, 4) latente, y 5) genital. El

crecimiento mental y emocional del niño depende de las interacciones sociales, pero también de las ansiedades y gratificaciones ocurridas con relación a dichas zonas erógenas (el carácter quedará definido por las satisfacciones y frustraciones durante cada etapa). Lo acontecido en estas etapas tiene, sobre todo, un *valor simbólico*. El tipo de relaciones que el niño mantiene con los objetos, personas o cosas (relaciones objetales) en la búsqueda de la satisfacción de sus pulsiones, para descargar su tensión y la confrontación con la realidad, darán lugar a patrones de comportamiento que se generalizarán a ámbitos más globales. En el cuadro 2 se resume la Teoría Psicosexual del Desarrollo de Freud.

Cuadro 2. *Teoría Psicosexual del Desarrollo de Freud*

Etapa Psicosexual	Edad	Descripción
Oral	Primer año	La Libido se expresa en la boca. Los bebés obtienen placer por medio de actividades orales como chupar, masticar y morder. Las actividades de alimentación y lo que las rodea son fundamentales en las relaciones objetales y satisfacción de las pulsiones. Por ejemplo, un destete abrupto puede ser la base de una futura relación de excesiva dependencia con la pareja.
Anal	1-3 años	La micción y la defecación se convierten en métodos esenciales para la satisfacción de las pulsiones. El aprendizaje del control y las actitudes de los padres (y profesores) pueden dar lugar a conflictos. Se aprende el binomio dar y retener.
Fálica	3-6 años	En esta etapa el niño obtiene placer con la exploración/estimulación genital. Descubren las diferencias sexuales y se sienten interesados por el sexo opuesto. Se establece el triángulo Edípico y se vive la primera exclusión afectiva. Además de vivir a favor o en contra de un objeto, se aprende a vivir sin el objeto.
Latencia	6-11 años	Las pulsiones libinidasas quedan suspendidas (reprimidas) o sublimadas por el interés social, el trabajo escolar y el juego vigoroso. El Yo y el Super-Yo continúan desarrollándose a medida que el niño obtiene más recursos de afrontamiento y resolución de problemas en la escuela, internalizando valores sociales.
Genital	12 años a adulto	La pubertad provoca un nuevo despertar de las pulsiones, ahora también específicamente genitales. Se debe aprender a cómo expresar estos impulsos en formas socialmente aceptables.

3.2.3. Piaget y la Teoría Cognoscitiva

A través de sus estudios Piaget se dio cuenta de que la mente del niño no es un modelo en miniatura de la mente adulta, sino una *estructura mental* distinta (y evolutivamente cambiante) con la que los niños elaboraban el conocimiento del mundo de manera completamente diferente al adulto. El desarrollo cognitivo del niño avanza a través de una serie de etapas, desde los sencillos reflejos del recién nacido hasta la capacidad de razonamiento abstracto del adulto. El comportamiento inteligente es la capacidad para adaptarse a situaciones nuevas de forma eficaz. A su vez la adaptación es un doble proceso compuesto por *asimilación* y *acomodación*. La *asimilación* es la incorporación de lo nuevo (objeto, experiencia ó concepto) al conjunto de esquemas existentes (el biberón se asimila al esquema “mamar pezón”), la *acomodación* consiste en el cambio de las propias acciones para manejar nuevos objetos, situaciones, etc., (la tetina del biberón cambia sus movimientos bucales). Para Piaget todo el proceso de desarrollo de la inteligencia está en el juego entre los dos aspectos de la adaptación: la asimilación y la acomodación.

En el párrafo anterior se ha empleado el término *esquema*, que es uno de los conceptos cruciales del enfoque piagetiano. El *esquema* es la unidad de conocimiento, compuesta de una conceptualización de una situación específica, y de una conducta observable referida a tal situación. Es una estructura mental que representa algún aspecto del mundo conocido y que puede ser transferida y generalizada (por lo que puede enfrentarse a situaciones iguales o parecidas en la realidad) o, también, un patrón organizado de pensamiento o comportamiento. Los esquemas son maneras de ver el mundo que organizan nuestras experiencias anteriores y proporcionan un marco para integrar las experiencias futuras. Los esquemas se modifican por el doble proceso de adaptación asimilación/acomodación. Cada etapa del desarrollo se caracteriza por una estructura organizada de esquemas.

Gran parte del desarrollo cognoscitivo es automotivado. Los niños son buscadores de

conocimiento, desarrollan sus propias teorías acerca del mundo que les rodea y las someten a prueba. Ejecutan experimentos por ensayo y error o de pensamiento, cuestionan sus propias suposiciones básicas, proporcionan contraejemplos y razonan en base a cualquier conocimiento que tengan. Los niños actúan como un pequeño científico.

Por último, comentar que la comprensión o idea que el niño se formula de la enfermedad y la muerte, está ligada a su edad, nivel cognitivo, así como al tipo de experiencias que haya tenido en relación con la misma. Estos conceptos presentan en el niño una secuencia sistemática y predecible de acuerdo a los estadios del desarrollo planteados por Jean Piaget; es decir parte de conceptos globales y fenomenológicos propios del pensamiento *preoperacional* (pensamientos concretos) hasta conceptos psicofisiológicos más sofisticados característicos del estadio *operacional formal* (conceptos más abstractos).

Piaget describe cuatro fases en el desarrollo: 1) periodo sensoriomotriz; 2) periodo preoperatorio; 3) periodo de las operaciones concretas; y 3) periodo de las operaciones formales. En el cuadro 3 se resume la Teoría Cognoscitiva de Piaget.

Cuadro 3. Teoría Cognoscitiva de Piaget

Estadio	Edad (años)	Características de etapa
Sensoriomotor	0-2	La inteligencia es acción. No hay representación interna de los acontecimientos externos, ni piensa mediante conceptos. Mecanismos reflejos congénitos. Reacciones circulares primarias (1-4 meses): reitera acciones casuales, sobre su propio cuerpo, que le han provocado placer. Reacciones circulares secundarias (5-10 m.): orienta su comportamiento hacia el ambiente externo, mueve objetos y observa los resultados de sus acciones, e intenta reproducirlas y obtener nuevamente la gratificación obtenida. (12-18) Reacciones circulares terciarias: explora efectos novedosos en el mundo que le rodea (golpear objeto de formas distintas). Nuevos descubrimientos por exploración y combinación de esquemas. Al final del período descubre que los objetos no dejan de existir cuando están ocultos (esquema del objeto permanente).
Preoperacional	2-7	La inteligencia ya es simbólica, pero sus operaciones aún carecen de estructura lógica. El lenguaje gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, usa imágenes mentales, imita, dibuja y realiza juegos simbólicos. Tiene dificultades para considerar el punto de vista de otra persona (egocentrismo). Carecen de la capacidad operaciones lógicas (animismo, centralismo, yuxtaposición). Monólogo colectivo.
Operaciones concretas	7-12	El pensamiento infantil es ya lógico, a condición de que se aplique a situaciones de experimentación y manipulación concretas. Es capaz de resolver problemas tangibles en forma lógica. Comprende las leyes de la conservación. Aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad. Entiende la reversibilidad y establece series.
Operaciones formales	12-14	Aparece la lógica formal y la capacidad para trascender la realidad manejando y verificando hipótesis de manera sistemática. Logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Es capaz de resolver problemas abstractos en forma lógica. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales.

3.3. Infancia y niñez

3.3.1. Infancia

La infancia es la etapa comprendida entre el nacimiento y los seis o siete años.

3.3.1.1. Primer año de vida

Para Erikson lo primero que se forma en el niño es la confianza básica (frente a la desconfianza). En el primer año el niño es dependiente y vulnerable. Se produce un conflicto entre la inmediatez de sus necesidades, con su incapacidad para satisfacerlas, y su absoluta dependencia de los adultos. Es el momento crítico para que se forme o no el sentido de la confianza. Éste depende en gran medida de las posibilidades que tenga el bebé para experimentar un máximo de confort físico con un mínimo de incertidumbre, temor e inseguridad (como el de su ámbito de procedencia, el útero, un ambiente de regularidad rítmica, cálido y protector). Las experiencias corporales proporcionan la base: respiración, ingestión, digestión, etc. La *regularidad* y el ritmo, en el sueño, la comida, etc., le otorgan un sentido de lo *esperable*, las caricias que le alivian la tensión, todo esto le otorga seguridad y confianza. Si se le asegura esto, extenderá su confianza a nuevas experiencias, que aceptará de buena gana. Todo lo que se desvíe de lo normal y que no tenga un resultado positivo inclina la balanza hacia el polo de la desconfianza.

Para Freud la boca es la primera zona importante de excitación, sensibilidad y energía. Durante el primer año de vida el placer está ligado a la excitación de la cavidad bucal y de los labios. Es el estadio en el que la alimentación se acompaña de la relación casi exclusiva de la madre con el hijo, el cual se preocupa ante todo de comer. Durante la etapa oral pueden darse varios tipos distintos de funcionamiento (chupar, retener, mordisquear, escupir y devolver), los cuales sirven de prototipo para muchas de las futuras relaciones con situaciones, personas y objetos. Dicho de otro modo, el bebé dentro de la esfera oral y a través de las reacciones de la madre (cuidadora/dor) a sus propias acciones (y viceversa) comienza a establecer patrones

de conducta relacional y afectiva.

Otra cuestión fundamental es el *apego* (o vínculo afectivo), una relación especial que el niño establece con un número reducido de personas, un lazo que le impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellas a lo largo del tiempo. Bowlby (1985) define la conducta de apego como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. El bebé (según ésta teoría) nace con un repertorio de conductas las cuales tienen como finalidad producir respuestas en los padres: la succión, las sonrisas reflejas, el balbuceo y el llanto, no son más que estrategias, por decirlo de alguna manera, del bebé para vincularse con sus padres (y cuidadores). Con este repertorio los bebés buscan mantener la proximidad con la figura de apego, resistirse a la separación, protestar si se lleva a cabo (*ansiedad de separación*), y utilizar la figura de apego como base de seguridad desde la que explora el mundo. La respuesta de temor suscitada ante la inaccesibilidad de la madre, puede considerarse una respuesta adaptativa básica, una respuesta que, en el curso de la evolución se ha convertido en parte intrínseca del repertorio de conductas del hombre en virtud de su contribución a la supervivencia de la especie. Es un mecanismo innato de seguridad y se hace más relevante en situaciones que el niño percibe como amenazantes (enfermedades, caídas, separaciones, peleas con otros niños). A partir de los primeros meses de vida y durante toda la existencia del ser humano, la presencia o ausencia (física) de una figura de afecto es una variable clave que determina el que una persona se sienta o no alarmada por una situación potencialmente estresante. A partir de esa misma edad y durante toda su vida, una segunda variable de importancia es la confianza o falta de confianza que experimenta la persona con respecto a la disponibilidad de la figura de apego (este o no presente físicamente) de responder a sus requerimientos cuando por alguna razón lo desee.

Se han definido diferentes tipos de apego a partir de la denominada *Situación del*

Extraño, en la que se observa la conducta del niño en tres momentos: a) la madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una desconocida; b) mientras la desconocida juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña; c) La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo; d) finalmente regresan la madre y la extraña. Tal y como esperaba, se encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir, de estos datos, quedaba claro que el niño utilizaba a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias. Este tipo de experimentación permitió diferenciar entre distintos tipos de apego:

- *Apego seguro*: es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque en la situación experimental los niños lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre. Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. En las observaciones llevadas a cabo en el hogar de estas familias se constató que las madres se habían comportado en la casa como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban.

- *Apego inseguro-avoidante*: es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque los niños se mostraban bastante independientes en la *Situación del Extraño*. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes,

aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, por el contrario, la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. En la observación en el hogar las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y/o rechazantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, lloraban incluso en sus brazos. Como habían sufrido muchos rechazos en el pasado, en la *Situación del Extraño* intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella.

- *Apego inseguro-ambivalente*: se muestran muy preocupados por el paradero de sus madres y apenas exploran en la *Situación del Extraño*. La pasan mal cuando ésta sale de la habitación, y ante su regreso se muestran ambivalentes. Vacilan entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitase

La relación más importante en la vida de un niño es el apego a su madre o cuidador primario, esto es así, ya que esta primera relación determina el *molde* biológico y emocional para todas sus relaciones futuras. Un apego saludable a la madre, construido de experiencias de vínculo repetitivas durante la infancia, provee una base sólida para futuras relaciones

saludables. En la actualidad está tomando importancia la relación o vínculo de apego del niño con el padre, figura ésta de gran importancia para el normal desarrollo evolutivo de todo ser. Generalmente el apego tiene lugar en los primeros 8 a 36 meses de edad. La teoría defiende tres postulados básicos:

- Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no albergue tal grado de confianza.
- La confianza se va adquiriendo gradualmente durante los años de inmadurez y tiende a subsistir por el resto de la vida.
- Las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

Cuando el trato es afectuoso y los padres se muestran atentos y disponibles, el menor desarrolla un modelo de apego caracterizado por la seguridad y confianza en sí mismo y en los demás (apego seguro). Estos niños serán afectuosos y seguros en sus relaciones, tanto con los amigos como en sus futuras relaciones de pareja e incluso parento-filiales. Si el trato recibido de los padres no es consistente, pues en bastantes ocasiones no están disponibles y atentos -una de cal y otra de arena-, aprenderán a desconfiar de los demás e igualmente se mostrarán inseguros con respecto a su propia valía personal. La desconfianza y los celos serán los rasgos más singulares de estos sujetos a la hora de establecer relaciones interpersonales (apego inseguro ambivalente). Por último, cuando la disponibilidad parental es escasa y los padres ignoran e incluso rechazan al menor, éste construirá un modelo basado en la autosuficiencia y la incapacidad para establecer relaciones afectivas. Serán hombres y mujeres

que se mostrarán fríos y evitarán el compromiso emocional, pues se bastan a sí mismos (apego inseguro evitativo).

Desde los siete meses de edad, los niños son muy sensibles a las separaciones y vulnerables a percibir separaciones inesperadas como amenazas a la relación de afecto con su madre o padre. Antes de esta edad no son tan sensibles porque los lazos afectivos se están formando, y después de los 4 años tampoco lo son, puesto que han adquirido las habilidades cognitivas que mantienen la relación con sus figuras de apego cuando están ausentes. En este proceso muchos niños utilizan muñecos u otros objetos que les inspiran confianza y les ayudan a controlar la ansiedad de separación.

Cuadro 4. *Aportaciones al cuidado infantil en el primer año de vida*

Primer año	Acciones de cuidado
Formación de la confianza	Se deben dar cuidados que le proporcionen comodidad y confort (que no pase frío o calor), satisfacer sus necesidades en todo momento respetando la regularidad necesaria del sueño, la comida, etc. Es crucial el contacto con el bebé, la caricia, mecerle, hablarle dulcemente y con distintas inflexiones, abrazarlo y acercarlo al corazón para que escuche el latido. Maximizaremos que el mundo del bebé sea predecible, confortable y regular (parecido al seno materno). Mantener una rutina constante es importante para el niño y las personas que están a su cargo. Debido a que los bebés no pueden comunicar sus necesidades verbalmente, frecuentemente expresan el miedo a través del llanto. Esto no implica que en el mundo del niño no existan algunas molestias o insatisfacciones (como cuando por razones ajenas a mi voluntad me retraso en darle de comer), pero la balanza debe pesar más por el lado de la satisfacción que el de la frustración. De esta manera el niño alcanzará la confianza básica y experimentará la esperanza, sentimientos ambos necesarios para la siguiente etapa.
Oralidad	El adulto ante todo debe recordar, y esto es válido para todas las etapas, que el infante, a través de la satisfacción/insatisfacción de la libido establece relaciones con él/ella, y que es la cualidad de esta relación lo que realmente determina en aquél la formación de patrones de conducta y las vivencias emocionales asociadas. El adulto (normalmente la madre) debe procurar ser una figura estable de vinculación y ofrecer un marco tranquilo para desarrollar una relación en la que lo psíquicamente importante no es comer sino sentirse satisfecho, y encontrar un modelo adecuado para cada modo de funcionamiento (chupar, retener, mordisquear, escupir y devolver). Recordemos que la balanza satisfacción/insatisfacción debe ser siempre favorable a la primera, independientemente de que una ligera cantidad de frustración es necesaria para el desarrollo del Yo y la adaptación a la realidad.
Apego	Es muy importante ser sensible y responder a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando los niños nos necesitan. El acto de coger el bebé al hombro, mecerlo, cantarle, alimentarlo, mirarlo detenidamente, besarlo y otras conductas nutritivas asociadas al cuidado de infantes y niños pequeños, son experiencias de vinculación. Algunos factores cruciales de estas experiencias de vinculación incluyen la calidad y la cantidad. Los científicos consideran que el factor más importante en la creación del apego, es el contacto físico positivo (ej: abrazar, besar, mecer, etc.), ya que estas actividades causan respuestas neuroquímicas específicas en el cerebro que llevan a la organización normal de los sistemas cerebrales responsables del apego. Las experiencias de vinculación conducen a un apego y capacidades de apego saludables cuando ocurren en los primeros años. Tener en cuenta a su mantita o al muñeco que les sirve para aliviar su separación.

Entre 0 a 2 años y en relación a sus capacidades cognitivas y la percepción de la enfermedad y la muerte, no hay una comprensión cognoscitiva de la muerte, desconoce la enfermedad y/o da respuestas irrelevantes. Por el contrario, si siente desesperación por la interrupción en el cuidado que se recibe de la persona fallecida, pero la percibe como una

separación o abandono. También pueden percibir la ansiedad de las emociones de quienes los rodean. Cuando los padres o los seres queridos de un niño están tristes, deprimidos, asustados o enojados, los niños intuyen estas emociones y manifiestan preocupación o miedo. Los términos *muerte*, *para siempre* o *permanente* pueden no tener un valor real para los niños de este grupo de edad. Aun contando con experiencias previas con la muerte, el niño puede no comprender la relación entre la vida y la muerte. No existe constancia, además, hasta los 3-4 años de que sepan lo que es la enfermedad.

3.3.1.2. Segundo y tercer año

A nivel psicomotor ha madurado mucho. De acuerdo a Erikson, no actúa por actuar, su conducta es ya propositiva, se expande y actúa de acuerdo con la propia voluntad (padre: “no te quites los zapatos”; hijo: “es que me pican los pies”). Explora su mundo y realiza nuevas proezas. Quiere hacerlo todo sólo: alimentarse, vestirse, etc. Con la confianza ganada en la etapa anterior afirma un sentido de *autonomía* para realizar su voluntad (precisamente la voluntad es el gran logro de esta etapa). Pero al mismo tiempo surge un conflicto con el estado de total dependencia del que gozaba en la etapa anterior (por otra parte, agradable y cómodo) y el peligro de verse atrapado en situaciones que excedan su capacidad de resolución, lo que provoca temor a sobrepasar sus propios límites, lo que a su vez configura el sentido de la duda y la vergüenza.

Para Freud, desde los dos a los cuatro años existe un placer ligado a la función de defecación, a la expulsión o a la retención de los excrementos (también aplicable a la micción y el orinar). En este estadio se produce el conflicto entre el placer instintivo de eliminar y los intentos de control por parte del Yo, entre el placer de la evacuación y las exigencias de demora impuestas por el mundo externo (probablemente el primer enfrentamiento Ello-Yo). Se trata del primer gran conflicto entre el individuo y la sociedad. El medio exige al niño la

violación del principio del placer o, de lo contrario, le castiga. Dada la gran importancia que los adultos conceden a las defecaciones, es lógico que el niño considere esos productos como valiosos y decida guardarlos antes que darlos, o utilizarlos como regalo, o retenerlo como actitud hostil. Todo objeto de su deseo es cualquier cosa respecto a la cual ejerce derechos, y todo objeto es asimilable a su posesión más primitiva, es decir, a sus materias fecales. Así la actitud contradictoria de cara a las materias fecales sirve de modelo a las relaciones con los demás. Así se habla posteriormente del carácter anal para referirse al grupo de rasgos de carácter tales como la avaricia, la manía del orden o la terquedad. Esos rasgos se desarrollan como defensa permanente (sublimación, formación reactiva) contra un erotismo anal particularmente fuerte. Naturalmente, a medida que el área de preocupación se cargue intensamente de sentimiento, el niño transferirá el significado de esta lucha a otras áreas de su vida.

Siguiendo a Piaget, de los 2 hasta los 6 años el razonamiento del niño se caracteriza por ser egocéntrico (todo gira a su alrededor), la relación causa-efecto es inmediata (conecta cosas que no tienen relación causal sólo porque pasan al mismo tiempo) y carece de la noción de reversibilidad. Como dijimos en el apartado anterior, hasta los 3/4 años no hay constancia de que el niño sepa que es enfermedad. En relación a ello se refiere sólo a anécdotas vividas y normalmente asociadas a los síntomas más relevantes (“sopla fuerte para que se te quite la tos y no te pongas malito”), siendo la enfermedad y el tratamiento una forma de castigo (“si andas descalzo te pones malito”) o amenaza (“si no como todo no me hago grande y tengo que ir al médico”).

Cuadro 5. *Aportaciones al cuidado infantil en el segundo año de vida*

Segundo año	Acciones de cuidado
Autonomía frente a vergüenza y duda	<p>La etapa se resuelve aprendiendo el niño a querer lo que puede ser. Necesita guía comprensiva y apoyo graduado, para evitar que se sienta desorientado, con vergüenza y dudas sobre sí mismo. Los progenitores (y lo sanitarios) deben manejar al pequeño de manera que acentúe su dignidad, independencia y confianza. Para ello establecerán límites sensatos de manera que la autonomía promovida no se frustre. El adulto otorga libertad en ciertas áreas y mantiene una negativa firme en otras. El niño que conoce sus límites y lo que se espera de él, gana seguridad en sí mismo y su crecimiento será sano (sin vergüenza). Ello será casi imposible si se encuentre implicado en actividades que cree entiende y pero que en realidad no puede manejar adecuadamente. Es también crucial que el adulto (profesional sanitario) <i>aplauda (refuerzo positivo)</i> las conductas autónomas del niño (coger la cuchara, abrocharse). Estar atento para: a) que el niño haga lo que pueda hacer por sí solo, aunque lo haga más despacio; b) ayudarlo lo mínimo en lo que no pueda hacer solo, para que casi lo haga sin ayuda; c) limitarle en las actividades que están muy fuera de su alcance (o pueden ser peligrosas), pero ayudarlo en los pasos que le conducen hacia su ejecución. De esta manera, al tiempo que le evitamos la vergüenza (por el fracaso) y la duda, afianzamos su autonomía. Cuando el niño se vea frustrado y avergonzado, podremos ayudarlo mediante el juego <i>reparador</i>. A través de personajes reproducimos la circunstancia en que resultó avergonzado y le damos un nuevo final a través de mostrarle las nuevas habilidades que necesitaba para resolverla. El juego ofrece un refugio seguro que permite desarrollar autonomía dentro de su propio conjunto de límites, tal que puede dominar la duda y la vergüenza. El pequeño mundo de los juguetes es un mundo seguro creado por el niño y en el que puede reorganizar su yo. El niño debe incorporar la experiencia de la frustración como una realidad de su vida, concebida como algo natural de hechos concretos, no como una amenaza total a su propia existencia. Es importante que el niño comprenda, que un ataque a su autonomía (p.e. la frustración) en un área no lo reduce a la impotencia en todas las demás. Y por último no olvidar que el niño necesita oponerse para manifestar su propia autonomía. Es importante no caer en descalificaciones globales (en vez de “no te quiero”, decir “no me gusta que hagas eso”).</p>
Analidad	<p>El adulto debe permanecer atento al valor de <i>cambio</i> de las heces, tratándolo con generosidad y flexibilidad, sin atosigarlo buscando un control de esfínteres demasiado prematuro. Dada la gran importancia en la cultura occidental que se da al control de esfínteres, esta zona se asocia con la lucha por la autonomía. Dichas experiencias proporcionan un tema y una prueba de la idea general del niño acerca de la autorregulación frente a la regulación por otros. La educación de esfínteres conduce a una mayor autonomía del niño, así como a su subordinación a la dirección de los adultos en un área de conducta que hasta ese momento se ha desarrollado sin ninguna inhibición. Deben valorarse sus logros, pero no más que otros, sin presionar y sin hacer un mundo de los <i>accidentes</i> y <i>regresiones</i>.</p>
Cognición (inicio etapa pre-operacional)	<p>Comprender la falta de capacidad del niño para entender la relación entre las causas, la enfermedad y el tratamiento, y por ello su negativa a colaborar. Si la medicina sabe mal y no hay conexión inmediata con su bienestar (finalización de los síntomas), es normal que no quiera tomarla. Deberemos construir relaciones entre los hechos que puedan ser inteligibles por él.</p>

Los niños en edad pre-escolar pueden comenzar a comprender que la muerte es algo que atemoriza o entristece a los adultos, pero no comprenden que es realmente la muerte y que es algo permanente, que cada persona y cada ser vivo finalmente muere, ni que los seres muertos no comen, no duermen ni respiran.

3.3.1.3. Cuarto y quinto años de vida

De acuerdo a Erikson, entre los 4 y 5 años el tema fundamental es la polaridad de la *iniciativa* en oposición a la *culpabilidad* por haber ido demasiado lejos, siendo la *determinación* el gran logro de esta etapa. Desde el punto de vista psicomotriz el niño camina perfectamente, corre, brinca, etc. cada vez con mayor coordinación, desplazándose con más libertad, conocimiento y energía en un medio cada vez más amplio, y ha mejorado mucho su lenguaje y habilidades de comunicación. Esta extensión del lenguaje y la locomoción hace que el niño ensanche su campo de actividad e imaginación. Es la época de explorar el mundo, especialmente a través del juego. Después de haber aprendido a ejercer cierto grado de autocontrol consciente y control sobre el medio, el niño puede avanzar rápidamente hacia nuevas conquistas sociales y espaciales, y es inevitable que algunas de las posibilidades lo atemoricen, o que el adulto le recrimine. Inicia conductas que trascienden los límites de su persona, introduciéndose en las esferas de otros, implicándolos en su propia conducta. Y esto implica la aparición de sentimientos de incomodidad y culpa, porque la confiada autonomía que alcanzó es inevitablemente frustrada en alguna medida por la conducta autónoma separada de los otros, que no siempre concuerda con la suya propia y que, sobre todo, niega hasta cierto punto las formas anteriores de confiada dependencia que había creado con los adultos que lo cuidan. El niño a menudo teme haber excedido sus derechos, y, en efecto, suele ser ese el caso. Así, esta fase aporta momentos en los que experimenta un sentido de realizaciones auténticas y momentos en los que se originan el temor al peligro y un sentimiento de culpa.

Por su parte, para Freud, el niño y la niña se interesan cada vez más por lo genitales y reconocen las diferencias sexuales (la ausencia de pene en la mujer), marcando el inicio de la identidad sexual. Es decir, toman conciencia de si son hombre o mujer. Sería en este estadio cuando el Complejo de Edipo (y Electra), también denominado conflicto edípico (por los sentimientos encontrados), alcanzaría su punto culminante y comenzaría a declinar. El complejo describe la apertura a lo social (de la relación dual pasamos al trío), el primer

enamoramiento, la primera mujer u hombre de su vida, y sobre todo la primera exclusión (papá y mamá les quieren, pero no con exclusividad y de manera diferente que a su pareja). En su afán de atraer al progenitor deseado (no genítalmente, sino afectivamente), se produce también la identificación con el progenitor del mismo sexo, se apropia de las cualidades de la otra persona y las integra dentro de su funcionamiento. Superar este complejo significa, ante todo, para el niño, despegarse de su madre; para la niña, de su padre, y para ambos, abandonar los vínculos parentales y ser capaces de fijar las relaciones objetales libremente elegidas en un nuevo ámbito, el social (construir relaciones en el mundo de afuera). Se aprende a vivir, más allá de estar a favor o en contra del otro, sin el otro.

Con respecto a la enfermedad hay dos momentos consecutivos: a) fenomenismo, y b) contagio. En el caso del *fenomenismo* los fenómenos externos son irrelevantes y se justifica su relación con la enfermedad por la simple contingencia espacial y/o temporal. El niño no se siente implicado en la responsabilidad de la causa ni en la curación de la enfermedad, ni percibe los diferentes grados de enfermedad. Sería ejemplos de esta forma de pensar: “me acataré por salir de excursión”, “el médico me curó la tos con un palito de polo que me metió en la garganta”. Posteriormente, en el “contagio”, los niños ya localizan las condiciones externas como causa de enfermedad por proximidad física (se contagia la enfermedad, pero no los agentes causantes de ésta) o por alguna acción negligente que cometan. Atribuye por tanto el contagio a elementos cercanos, pero sin contacto directo. Por ejemplo: “me acataré por jugar con los niños que tosían”, “tengo mocos por no abrigarme”. Todavía se puede pensar en la enfermedad como castigo.

Con respecto a la muerte, la siguen percibiendo como algo temporal o reversible, como en las historietas o los dibujos animados. Por ello, al decirle que alguien conocido murió lo escuchará sin grandes demostraciones afectivas y a los pocos días volverá a preguntar por la misma persona. La experiencia de la muerte con la que cuentan está influenciada por aquéllos que los rodean. Con frecuencia, la explicación sobre la muerte que recibe este grupo es "se fue al cielo". Pueden preguntar "¿por qué?" y "¿cómo?" se produce la muerte. El niño en edad pre-escolar puede sentir que sus pensamientos o acciones han provocado la muerte y, o la tristeza de quienes lo rodean, y puede experimentar sentimientos de culpa o vergüenza y se puede percibir la muerte como un castigo.

Cuadro 6. *Aportaciones al cuidado infantil del tercer al cuarto año de vida*

4-5 años	Acciones de cuidado
Iniciativa versus culpabilidad	<p>Los adultos (padres, educadores, sanitarios) deben respetar su necesidad de intromisión y exploración, pero canalizándola. Expondremos la idea con un par de ejemplos. El niño o la niña pretenden elegir la ropa que se van a poner. Su iniciativa es irrefrenable, pero los criterios con los que cuentan para hacer su elección son escasos, simplemente que les gusta, pero no tienen la capacidad para establecer relaciones de su elección con el tiempo que hace, la actividad que van a realizar, etc. El adulto debe evitar dejarle plena libertad para elegir, sea por comodidad, sea bajo la idea errónea de que “así aprenderá”, ya que no tiene la capacidad para aprender todavía de ese tipo de errores, y consiguiendo con ello solamente su frustración (pérdida de iniciativa). Para no frustrar su iniciativa y para evitar que su iniciativa sea frustrante, el adulto hará una preselección adecuada de ropa, dentro de la que el niño/a haga su elección sin posibilidad de error: “Esta es la ropa de playa. ¿Cuál te pones?”. Veamos otro ejemplo. El niño/a se encuentra manipulando sus genitales cuando es sorprendido por un adulto. Téngase en cuenta que el pequeño está explorando su mundo, en este caso su propio cuerpo, para conocerlo, y por supuesto puede experimentar sensaciones agradables, pero sin intencionalidad sexual desde el punto de vista del adulto. El adulto debe evitar el <i>escándalo</i> (seguro que no lo haría si esta explorando la caja de los puzzles) y dejarlo actuar. ¿Y no tiene que canalizarlo? Si, siempre y cuando exista por parte del menor una fijación excesiva en dicha actividad exploratoria o la realice en situaciones socialmente incorrectas, y al igual que le hemos enseñado a orinar en unos sitios específicos, también le explicaremos dónde y cuándo puede explorar su cuerpo.</p>
Fálico	<p>El adulto no debe <i>jugar</i> a enamorar también (al hijo/a) y destronar al otro progenitor al ser objeto de las preferencias de su hijo/a. El adulto debe <i>colocar en su sitio</i> (en la relación) al infante, con tacto y cariño, tal que entienda que no es rechazado, que es amado, pero de una manera diferente al otro miembro de la pareja.</p>
Preoperacional	<p>Elaborar explicaciones de acuerdo a su estadio explicativo (fenomenismo o contagio), aunándolo con explicaciones relevantes para su salud (“para no resfriarte en la excursión hay que ponerse el jersey”, “tómame la medicina para quitarte la tos, es como el palito del médico”). Hay que responder a sus dudas sobre la muerte, pero evitar cualquier posible desarrollo de un trastorno del sueño, nunca debe utilizarse el concepto de <i>dormir</i> al brindarle a estos niños una explicación sobre la muerte. La muerte es: “irse a un sitio muy lejano para no volver nunca más y aunque estemos tristes, la persona que se fue, aunque no quería irse tuvo que hacerlo y estará bien y nos sigue queriendo mucho” (posible explicación).</p>

3.3.2. Niñez

La niñez se sitúa entre los 6 y 12 años. En esta etapa de los primeros años escolares, Erikson describe la dualidad emocional primaria que se produce entre la *laboriosidad* (el sentido de la propia competencia) y la *inferioridad*. El término *laboriosidad* implica estar ocupado con algo, aprender a hacer algo y hacerlo bien, ser competente en el aprendizaje. En todas las culturas, de manera más o menos formal, los niños reciben alguna forma de instrucción sistemática en esta etapa con la finalidad de enseñarles habilidades que serán necesarias en su sociedad y les ayudarán a alcanzar un sentido de dominio, y que a su vez se les demandará. Si los niños salen de las etapas anteriores con éxito, con sentido básico de la confianza, con autonomía e iniciativa, están listos para el trabajo laborioso que supone la escuela. El riesgo durante esta etapa es que se desarrollen sentimientos de inadecuación e inferioridad. El niño comienza a hacer comparaciones entre sí mismo y los demás y a percibirse con una actitud que puede ser menos o más favorable. Los niños de esta edad están listos para aprender a trabajar y necesitan desarrollar un *sentido de competencia* (dominar con habilidad), fuerza del yo o virtud asociada con esta etapa. La competencia (en el sentido de ser competente, no de competir con alguien) implica la capacidad de usar su inteligencia y habilidad para completar tareas que son de valor en la sociedad.

Para Freud entre el sexto año de vida y la pubertad, la apertura del niño a los intereses sociales y culturales que se le presentan en el período escolar, va acompañada de una debilitación de la curiosidad y actividad sexuales, que entran en fase muda (latencia). El impulso sexual está muy atenuado y se olvidan las pulsiones anteriores. La libido se canaliza en una serie de actividades derivadas, en gran parte, de las nuevas condiciones de socialización en que el niño está inmerso, y durante las cuales el niño se vuelca al descubrimiento del mundo exterior. El placer no se asocia ya a una zona erógena (boca, ano o genital), sino a la actividad social e intelectual, como sublimación de la libido.

De acuerdo a Piaget entramos en la etapa de las operaciones concretas. La acción es ahora interna, representacional, aunque referida a la realidad concreta misma (operaciones de primer grado). Se llama operación a tres tipos de acciones mentales: las operaciones lógicas propiamente dichas (clases, relaciones lógicas y lógica de conjuntos); las denominadas operaciones infralógicas (operaciones matemáticas y temporoespaciales: tiempo, espacio y velocidad); y las operaciones cognoscitivas relativas a cosas como valores (moral) y relaciones interpersonales. Estas operaciones consisten en clasificar esa realidad, ordenarla en series, enumerarla, etc. Toman conciencia de la *reversibilidad*, y son capaces de seguir las transformaciones y reconstruir la sucesión inversa (inversión y reciprocidad) (si “tengo un

hermano” se coordina con “mi hermano tiene un hermano” y la suma es dos y no tres, entonces “yo soy el hermano de mi hermano”) y la *conservación* (los atributos permanecen constantes, aunque se produzcan ciertos cambios), y van incorporando paulatinamente reglas lógicas y matemáticas. Lo esencial es que el niño es capaz de reflexión. A través de los intercambios repetidos y a menudo frustrantes con sus pares, el niño debe llegar a abarcar cognoscitivamente la presencia de otros puntos de vista y perspectivas que difieren de la suya. A partir de estos enfrentamientos pasa gradualmente de un egocentrismo estático a la reversibilidad de perspectivas múltiples que es característica peculiar de las estructuras lógicas. La reflexión supera a la impulsividad (discusión interiorizada). Es capaz de cooperar, pues ya no confunde su propio punto de vista con el de los demás, dejando atrás su anterior egocentrismo.

En este momento empieza la comprensión del proceso de enfermar. En esta etapa la primera explicación que surge es la que atribuye la enfermedad a la *contaminación*. Se enferma cuando la superficie corporal entra en contacto con un agente contaminante (no se distinguen agente causal y vía de transmisión) o cuando se lleva a cabo una conducta reprobable o moralmente mala (“el cáncer viene de fumar”). La curación se produce cuando se deja de hacer la actividad mala o se separa del contaminante. Se diferencia entre distintos niveles de gravedad (dolor, duración, restricciones). Posteriormente surge la explicación de la *internalización*, en el que el agente externo contamina afecta al interior del cuerpo por que se traga, inhala, etc, y la curación por que un objeto externo beneficioso que entra en el cuerpo y genera resultados positivos. La enfermedad tiene una duración temporal.

Los niños en edad escolar desarrollan un entendimiento más realista de la muerte. Aunque la muerte puede ser personificada como un ángel, un esqueleto o un fantasma, ya comienzan a comprender la muerte como permanente, universal e inevitable. Pueden manifestar mucha curiosidad sobre el proceso físico de la muerte y qué ocurre después de que una persona muere. Es posible que debido a esta incertidumbre los niños de estas edades, teman su propia muerte. El miedo a lo desconocido, la pérdida de control y la separación de su familia y amigos pueden ser las principales fuentes de ansiedad y miedo relacionadas con la muerte en un niño en edad escolar.

Cuadro 7. *Aportaciones al cuidado infantil entre 6 y 12 años*

6-12 años	Acciones de cuidado
Laboriosidad versus Inferioridad	La evitación de las clasificaciones grupales que diferencian los desempeños de los niños pueden minimizar, pero de ninguna manera borrar la conciencia de un niño acerca de su trabajo superior o inferior. Es crucial que padres, educadores y sanitarios refuercen ese interés de forma positiva permitiendo al niño ser creativo, y enfocándolo hacia sus propios logros (el niño como medida de sí mismo) minimizando así el impacto de comparaciones con resultado negativo, y así mismo hay que evitar ridiculizar sus iniciativas sistemáticamente, o de lo contrario probablemente el niño desarrollará sentimientos de inferioridad. El adulto debe ser capaz de descubrir en cada niño sus excelencias y valores y hacérselos notar valorándolos de manera que refuerce su sentido de competencia.
Latencia	El niño se está abriendo a un mundo social y de intereses más amplio cada vez. El adulto debe ser el guía del mundo exterior, el facilitador de las experiencias de aprendizaje y quien le oriente cuando se encuentre perdido o desmotivado. La sexualidad se vive como un tema más intelectual, y es buen momento para sentar las bases de un conocimiento sobre el mismo que le dote de recursos para el futuro inmediato de la adolescencia mediante la adecuada educación sexual.
Operaciones concretas	Adaptar nuestras explicaciones a su etapa mental (<i>contaminación o internalización</i>). Utilizar su capacidad de reflexión y lógica (clasificar, ordenar, enumerar) para aportarle información que pueda manejar y estructurar sobre su enfermedad. Considerar que ya es capaz de vislumbrar otras perspectivas distintas a las suyas y que maneja los principios de <i>reversibilidad</i> y <i>conservación</i> a la hora de plantear nuestras argumentaciones, siempre basadas en hechos concretos, no en abstracciones.

Resumidamente, en relación a la muerte, podemos decir que:

- Se da una comprensión gradual del carácter irreversible y definitivo de la muerte.
- Se demuestra razonamiento concreto con capacidad de comprender la relación causa y efecto.
- Aproximadamente a los 6 años comienza a tomar conciencia que sus padres se pueden morir y ello le genera mucha angustia.
- Aproximadamente entre los 7 y los 8 años el niño toma conciencia de que todos podemos morir, sin detenerse demasiado a cuestionarse si eso le va a suceder a él.
- Aproximadamente a los 9 años el niño toma conciencia de que él también es mortal y abandona definitivamente la idea de inmortalidad.

3.3.3. El niño ante la enfermedad y su abordaje

Como hemos visto el niño posee una capacidad de comprensión de la enfermedad y la muerte proporcional al grado de madurez alcanzado. Tiende a trasladar cualquier acontecimiento a su mundo interior y fantástico. Antes de los 3/4 años, la enfermedad difícilmente se percibe como tal. El niño es ahora solo sensible a la separación, hospitalización, que vive como "agresiones" y a los síntomas de la enfermedad. Entre los 4/10 el niño construye una interpretación de su enfermedad que le dé un sentido a esta situación y generalmente la elabora en términos de culpa y castigo, a veces provocada ("Llamaré al médico", "te darán un pinchazo", etc.), a veces por algún oscuro deseo ("ojala mi hermanito no hubiera nacido").

La enfermedad puede ser una ruptura que frena el curso evolutivo, una agresión a la vez interna (síntomas) y externa (cuidados/tratamientos). El niño, que ha ido consiguiendo cada vez mayores cotas de autonomía física y psíquica, tendrá que cederla. Su cuerpo se ha convertido en objeto de vigilancia y otros tienen derecho y poder sobre él. Percibe su cuerpo como algo vulnerable y defectuoso que le produce una angustia de precariedad y de impotencia.

Se favorece entonces una regresión a un estado de dependencia y de pasividad. El niño retrocede, requiere más atención y protección, y desea contar con la presencia continua de la madre para que le tranquilice ante una realidad que se le presenta hostil y amenazadora. Esta sumisión constituye una modificación global de las exigencias que habitualmente los adultos próximos al niño le hacen. Dependiendo de la gravedad, duración y naturaleza de la enfermedad (noción de imperfección, debilidad, defecto), se afectará la autoestima. Existe un sufrimiento psicológico ligado por una parte a los cambios producidos por la enfermedad y, por otra, a las fantasías angustiantes centradas sobre su cuerpo.

La reacción del niño será distinta en función de:

- Características de la enfermedad, su naturaleza, su gravedad, su duración y la especificidad de la sintomatología
- Exploraciones a realizar, tipo de vigilancia, los cuidados generales y concretos a que debe estar sometido.
- Edad del niño, las características de su vida afectiva y relacional, su personalidad y sensibilidad individual.
- Dinámica relacional en la constelación familiar y en particular el lugar del niño en el seno de la familia, tanto a nivel consciente como en el inconsciente.

La enfermedad de un niño actúa como un revelador fotográfico de la problemática relacional entre este niño y su familia, como de la de los progenitores entre sí y de cada uno de ellos en particular. Padres, médicos y personal de enfermería suelen juzgar los casos con objetividad y realismo, y hay escasa comprensión hacia la angustia de los niños, ya que las expresiones infantiles se refieren a cosas que parecen anodinas a los ojos de la razón. Sólo se establece esta comprensión en el momento en que coinciden los peligros vividos internamente y los riesgos externos para la vida y la salud del niño.

Ante la enfermedad/hospitalización el niño pondrá en marcha sistemas compensatorios con finalidad adaptativa:

- Regresión: comportamiento pasivo con solicitud de cuidados y atención poco habituales.
- Retraimiento: tendencia al aislamiento e inactividad, pérdida de interés y enojo. Como si se concentrara en sí mismo y sobre su propio cuerpo.
- Rechazo hacia la enfermedad o de negación de los sentimientos penosos que entraña, por sí misma, o bien por la hospitalización, o por las exploraciones, o por las terapéuticas dolorosas.
- Focalización agresiva hacia un adulto (madre, enfermera, médico, etc.), como si fuesen responsables de su mal.
- Sublimación: colaboración con el sistema gracias a un proceso facilitado por el sistema de identificación con el agresor (madre, enfermera, médico, etc.). Este tipo de reacción beneficiosa se facilita si se da la posibilidad de dar al niño una mayor autonomía, responsabilizándole de su propio tratamiento.

3.3.3.1. Intervenciones de los profesionales de la salud (PS) con padres y madres.

Los PS deben dar apoyo informacional a los padres y ser accesible en el trato. Es conveniente que los progenitores sean adecuadamente informados, de forma que puedan responder a las preguntas del pequeño y tengan conocimiento del comportamiento que deben seguir para evitar que el niño termine cargando también con la ansiedad/impotencia de los padres. De esta manera será más fácil involucrar a los progenitores en su cuidado (adaptado a sus posibilidades), lo que sería también tarea de los PS.

Hay que facilitar la intimidad padre/hijo, pero también ser sensibles a que los padres/madres teman el contacto con su hijo debido al aparataje, miedo a transmitirles alguna

infección o provocarles dolor (por no saber manipularles). Hay que considerar esta posibilidad para evitar malas interpretaciones y que no se genere rechazo en los profesionales.

Hay que ser sensibles a la preocupación de los progenitores a que su hijo sienta soledad, dolor, secuelas. Estos sentimientos pueden provocar ira que no debe ser malinterpretada. Por ello hay que ofertar también apoyo psicológico a padres y madres. Facilitar la expresión de sentimientos y la descarga de emociones en los progenitores. Que los padres no se hagan los duros, pero cuidado, los estudios demuestran que un alto porcentaje de madres que no han podido desahogarse. Hay que ayudar a los padres/madres a hacer visible el cariño mostrado a sus hijos.

Por último, es conveniente hacer un seguimiento posterior. Los padres/madres, tras el alta de su hijo en la unidad, sufren sentimientos muy dispares, que van de la alegría y tranquilidad al miedo y la desprotección que puedan vivir de nuevo en sus hogares.

3.3.3.2. Intervención de los PS con los niños.

Se requiere la preparación psicológica del niño para enfrentarse a esta experiencia con menos ansiedad y activar mecanismos de defensa adecuados (sublimación) que le ayudarán a sentir que participa de forma activa en su curación. Entre otras acciones estarían:

- Aconsejar a los padres que preparen la maleta con el niño y también pasar unos días antes por el hospital (servirá para que el niño se sienta activo y participe).
- Es conveniente que el niño conozca la razón de su internamiento en el hospital. Hay que hablar mucho con él y explicarle de vez en cuando qué le van a hacer para curarle.
- Se debe permitir al niño que se lleve al hospital algún objeto de casa y algún juguete. Le dará seguridad en el nuevo ambiente.
- Responder siempre con palabras sencillas a sus preguntas. Los padres deben estar en la misma honda. Cada mentira queda pronto desmentida y hará que el niño pierda la confianza en ellos.
- Si el niño siente dolor, todos deben respetarlo y no infravalorar su sufrimiento.
- Facilitar visitas de amigos o compañeros de escuela (los niños se distraen más con sus coetáneos que con los mayores) y algún capricho (alguna comida que le guste especialmente).
- Tratar de no cansar con demasiadas visitas.
- Debe poder hablar de su miedo, poder expresar las fantasías ligadas a sus experiencias corporales y conocer el camino que le queda por recorrer (permitirán al niño recuperarse

más rápidamente).

- La vuelta a casa se le debe plantear solo cuando exista la total seguridad de que ello va a suceder.
- Es conveniente hablarle de la vida en casa, dándole a entender que se le hecha mucho de menos y que cuando vuelva encontrara todo como antes, pero también se debe positivar la experiencia hospitalaria.
- Normalizar al máximo su vida en el hospital (educación).

3.4. Adolescencia

3.4.1. Características de la etapa

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su aparición está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es solamente el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto en el plano somático como en el psíquico, y que prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto. Aparte del aspecto biológico de este fenómeno, las transformaciones psíquicas están profundamente influenciadas por el ambiente social y cultural (existen culturas prácticamente sin adolescencia). En esta etapa generalmente se alcanza el máximo crecimiento en cuanto a altura, y se llega a la plena constitución de las características físicas secundarias masculinas y femeninas.

Para Erikson la Adolescencia es la etapa caracterizada por el conflicto entre la *Identidad* frente a la *Confusión del Rol*. Con la llegada de la adolescencia hay que abandonar la vida infantil que se había llevado, adaptarse al *nuevo* cuerpo y desarrollar una nueva posición en el mundo social. Se está empezando a configurar lo que posteriormente será el rol social adulto. Las pandillas y los líderes ejercen influencias profundas y suscitan fidelidades a modelos que afectan a la consolidación de la propia identidad personal. Se buscan ídolos a los cuales imitar, y como consecuencia de esta imitación, se producen en el adolescente sentimientos de integración o de marginación. Se espera que el individuo alcance cotas elevadas de independencia y se oriente hacia roles y metas de acuerdo con sus habilidades y posibilidades ambientales. El adolescente estructura las actitudes y pautas de comportamiento adecuadas para ocupar un lugar en el mundo de los adultos. Se produce la maduración social, puesto que el individuo logra incorporar las relaciones sociales y sus esquemas, comprendiendo de esta manera la importancia del orden, la autoridad y la ley.

La relación con los otros es más sincera, y no se busca sólo como un medio de referencia para conocerse a sí mismo, sino con un verdadero interés por su valor personal, incluyendo la ayuda y sacrificio si lo necesita. El adolescente se motiva a la acción solidaria, posibilitado por los nuevos sentimientos de altruismo, empatía y comprensión, lo que le provoca una gran satisfacción, y logra el anhelo de ser importante. Estos afanes solidarios comúnmente se desarrollan en conjunto con otros jóvenes de ideas comunes, que son los movimientos juveniles.

Las amistades cumplen en esta etapa variadas funciones, como el desarrollo de las habilidades sociales, la ayuda para enfrentar las crisis y los sentimientos comunes, ayuda a la definición de la autoestima y el status (por la posición del grupo al que pertenecen). En la adolescencia disminuye el número de amigos, en comparación con la pubertad, buscando características afines. Se hacen más estables en el tiempo e íntimas y también aparecen las amistades con el sexo opuesto.

En algún punto de su vida la mayoría de los adolescentes incurren en alguna conducta cuasi delictiva o peligrosa (aunque sólo la minoría participa en conductas de riesgo elevado con propósitos destructivos). No se puede atribuir sólo a la pertenencia de un estrato social, sino que más bien a que no están dispuestos a adaptarse a la sociedad y desarrollar un adecuado control de los impulsos o a encontrar salidas a la ira y a la frustración. Las conductas de riesgo de los adolescentes (alcoholismo, drogadicción y delincuencia) estarían relacionadas con un sentimiento de omnipotencia, necesidad de probar su capacidad asegurando su autoestima.

Hacia el final de la etapa, la capacidad racional desarrollada junto con la objetividad lograda, permite que las tensas relaciones con los padres y profesores se relajen, admitiendo sus influencias, dependiendo del valor objetivo de su opinión, dándose incluso la relación de amistad con los progenitores, o alguno de ellos.

Para Freud la adolescencia es la *Etapa Genital*. La Libido reanuda su actividad abierta, plasmada ya en intereses decididamente genitales (modulados y presionados por las pautas que la sociedad prescribe como normales). En la pubertad se forma la sexualidad adulta. El impulso sexual deja de ser autoerótico y las relaciones sexuales producen la satisfacción de la Libido. La obtención de placer se hace adulta, es decir, diferenciada. En esta etapa se logra el primer amor real, pues se busca el bienestar del otro. Es cuando se une el deseo sexual al amor, comprendiéndose el acto sexual como una expresión de éste. Es el momento de la definición de la identidad sexual como parte fundamental de la identidad del yo, asumiendo el adolescente los roles, actitudes, conducta verbal y gestual y motivaciones propias de su

género; es necesario que esta identidad sea confirmada por otros y por ellos mismos para asegurar su propia aceptación y adaptación sexual. Algunos sostienen que las diferencias de carácter entre hombres y mujeres son producto de factores biológicos innatos, pero no se debe olvidar que el proceso de socialización es responsable de la adquisición, formación y desarrollo de la mayoría de los roles sociales, incluyendo los sexuales. Los principales agentes de socialización que influyen en la identidad sexual alcanzada son la familia, los medios de comunicación, el grupo de pares y el sistema educacional. Pero hoy en día hay que tener muy en cuenta las nuevas tecnologías y las redes sociales, con la presión ejercida por los “like”, entre otras cosas.

Desde el punto de vista de Piaget el período adolescente se conoce como *Periodo de las Operaciones Formales*. Este último periodo en el desarrollo intelectual del niño abarca de los once o doce años a los dieciseis años aproximadamente. Son las operaciones formales operaciones de segundo grado, cuyo contenido no es la realidad externa en bruto, sino las mismas operaciones de primer grado mencionadas en la etapa de las operaciones concretas. Se razona no ya sobre los objetos, sino sobre el plano del lenguaje y los enunciados verbales. Al operar con el plano representacional (y no con realidades concretas) es posible la libre manipulación conceptual, y así el pensamiento se convierte en hipotético-deductivo.

En este periodo los adolescentes llegan a dominar las relaciones de proporcionalidad, conservación y construyen sistemas (ideologías). Mientras el niño piensa concretamente, problema a problema, el adolescente relaciona las soluciones mediante teorías generales. Al revés que el niño resalta su facilidad para tratar de todo tipo de problemas sobre los que carece de experiencia, ya que puede *teorizar*. Todos tienen teorías o sistemas que transforman el mundo de una u otra forma.

Se inaugura una nueva forma de egocentrismo. Se cree en el infinito poder de la reflexión, como si el mundo debiera someterse a los sistemas, y no estos a la realidad. El equilibrio final se producirá con la reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad. El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que su función no es contradecir, sino preceder e interpretar a la experiencia.

Las capacidades cognitivas del adolescente posibilitan que cobre una mayor conciencia de los valores morales y una mayor sutileza en la manera de tratarlos. La capacidad de abstracción permite al adolescente abstraer e interiorizar los valores universales. En esta etapa el adolescente puede alcanzar el nivel de moralidad en donde el sujeto presenta principios morales autónomos y universales que no están basados en las normas sociales, sino más bien en normas morales congruentes e interiorizadas.

El pensamiento lógico-formal hace que el adolescente pueda comparar la realidad con una *posible y mejorada realidad*, que lo puede llevar a un inconformismo, depresión o rebeldía. Esto también le permite buscar una imagen integrada del mundo. El desarrollo de la conciencia unido al dominio de la voluntad, junto a los valores e ideales definidos, concluye en la formación del carácter definitivo.

Mentalmente el adolescente tiene la capacidad de un adulto para analizar la realidad circundante y teorizar sobre ella. Pero vitalmente carece de la experiencia (datos) para ello. Es capaz de grandes teorías, pero son eso, teorías. En ese sentido, su agudizado idealismo (se está estrenando en el mundo puro de las ideas) le separa en muchas ocasiones de la realidad. Los adultos “no tienen ni idea” por que sus opiniones parecen excesivamente pragmáticas y se niegan a aceptar sus maravillosas propuestas para arreglar el mundo, cuando ni siquiera se dan cuenta de que apenas si arreglan su habitación, ya que no confrontan sus ideas con los distintos factores imponderables que las hacen inviables.

Cuadro 8. *Aportaciones al cuidado de los adolescentes*

Adolescencia	Acciones de cuidado
Identidad	El adulto debe respetar los indicios de identidad del adolescente (aunque sean endebles y quizás inconsistentes) ya que se encuentran definiéndose. Debajo de lo superficial (una ropa, unos ídolos) se está construyendo una estructura de valores y creencias que debe ayudarse a construir mediante escucha activa y refuerzo positivo.
Genital	La energía sexual y afectiva está desbordada y es motor de la conducta del adolescente de manera central. Debemos ayudar a canalizarla y que llegue a <i>buen puerto</i> con orientación hábil y discreta (no es aconsejable el enfrentamiento o la oposición directa).
Operaciones formales	Tiene las herramientas para pensar (lógica, abstracción), pero no toda la información necesaria. Es importante ayudarlo a completar visiones más ricas y plurales de la vida, no a confrontarlo con la nuestra propia.

Con el pensamiento lógico-formal se generan explicaciones más completas y realistas de la enfermedad. Ya se entiende la enfermedad como un estado transitorio, y se integran las nociones de organismo (mecanismos fisiológicos y más adelante psicofisiológicos) y agentes causales externos e internos, definiéndose la enfermedad en términos de síntomas y alteraciones en las actividades de la vida diaria y diferenciándola de sus causas.

Al igual que con las personas de todas las edades, las experiencias previas y el desarrollo emocional influyen en gran medida en el concepto de la muerte de un adolescente. Independientemente de haber o no tenido experiencias previas con la muerte de un familiar, un amigo o una mascota, la mayoría de los adolescentes comprende el concepto de que la muerte es permanente, universal e inevitable. Al igual que los adultos, necesitan que se respeten sus rituales religiosos o culturales. Un tema predominante de este período es el sentimiento de inmortalidad o de estar exento de la muerte. El reconocimiento de su propia muerte amenaza todos estos objetivos. Las actitudes negativas y desafiantes pueden cambiar de repente la personalidad de un adolescente que se enfrenta a la muerte. Puede sentir no sólo que ya no pertenece o no encaja con sus pares, sino que tampoco puede comunicarse con sus padres. Otro concepto importante entre los adolescentes es la imagen que ellos tienen de sí mismos. Una enfermedad terminal y, o los efectos del tratamiento pueden provocar muchos cambios físicos que enfrentar. El adolescente puede sentirse solo en su lucha, temeroso y enojado.

3.4.2. El adolescente ante la enfermedad y su abordaje

Para el adolescente la enfermedad puede ser como un ataque a su imagen corporal y autoestima y supone un sentimiento de pérdida en relación a dos vivencias muy de la etapa como son la omnipotencia y la invulnerabilidad. Por otra parte, las típicas oscilaciones del estado de ánimo de la adolescencia, se pueden ver magnificadas.

La hospitalización es también para el adolescente una situación de pérdida de libertad e independencia. Sensación de aislamiento y soledad. Pudor y vergüenza. Relación ambivalente con los padres. Separación del grupo de iguales. Conflictos con su entorno. Alteraciones psicopatológicas.

Para mantener una adecuada relación con el paciente adolescente, resumidamente, debemos:

- Dirigirnos a ellos, no a sus padres.
- Preservar su intimidad.
- Facilitar el contacto con el exterior.
- Proporcionar medios de distracción.
- Explicar claramente las normas.
- Respetar sus sentimientos y temores.
- Apoyar y asesorar a la familia.

3.5. Referencias

- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Delgado, B. (2009). *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*. Madrid: McGrawHill.
- Flavell, J.H. (1991). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*. México: Paidós.
- Maier, H. (1984). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos Aires: Amorrurtu Editores.
- Mayers, D.G. (1994). *Psicología*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Rodríguez-Marín, J., Van-der Hofstadt, C.J., Quiles, Y., y Quiles, M.J. (2003). Concepto de salud y enfermedad en la infancia. En J.M. Ortigosa, M.J. Quiles y F.X. Méndez (Coordinadores), *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.