

El proceso de descubrimiento de la enfermedad

Empecemos por algo básico y comprensible para todos: gracias a numerosos estudios, los psicólogos encontraron que no es necesario complicarse tanto con todos esos diagnósticos que les hacen a los niños (y a los adultos), tales como déficit atencional con o sin hiperactividad, trastorno bipolar, trastorno de conducta, o el ya famoso trastorno oposicionista desafiante. La propuesta es muy simple y la propuso un señor llamado Dr. Thomas Achenbach, junto a su esposa Leslie Rescorla, en 1960. Su intención era elaborar una forma científicamente validada para comprender los trastornos en la infancia y la adultez que pudiera ser utilizada para la investigación, la salud pública, la detección preventiva y las políticas públicas. Actualmente, cuarenta y ocho años después y con más de 75 mil artículos científicos publicados utilizando su método de evaluación, su modelo es considerado la norma científica para la investigación de la salud mental infantil —(¡y adulta!).

¿En qué consiste este sistema llamado “Modelo Dimensional”?

Ellos propusieron que las dificultades de salud mental no se comprendían bien si uno las categorizaba, sino que era mejor entenderlas como un continuo entre la “dimensión externalizante” en un extremo y la “dimensión internalizante” en el otro. Ahora, imaginemos una regla (como las del colegio) donde podamos ver un continuo de personas que suelen expresar su estrés hacia afuera (externalizante), por un lado y por el otro, aquellas personas que no pueden

expresar externamente su estrés y entonces se lo guardan (internalizante). De esta forma ya no necesitamos encerrarnos en categorías que patologizan a las personas, ya que todos, desde el primer año hasta la tercera edad, nos encontramos y podemos ir variando en algún punto de toda la dimensión, desde lo externalizante hacia lo internalizante. De hecho, podemos estar en diferentes puntos del continuo en diversos momentos de la vida.

Para efectos de las investigaciones y para aclarar el concepto, las dificultades externalizantes son generalmente lo que llaman “déficit atencional con hiperactividad” y toda la gama de conductas agresivas, mientras que las conductas internalizantes son aquellas donde la persona (el niño, en este caso) no puede expresar sus dificultades hacia lo externo y, por ende, se las guarda en su interior, no pudiendo expresarlas a los otros (aunque eso no evita que las sienta, sino que todo lo contrario, las puede sentir de modo más intenso). Ejemplos de estas conductas son la ansiedad, la depresión, los problemas psicosomáticos, la evitación social y las dificultades del sueño. Aquí cabe hacer una aclaración fundamental, especialmente para todo lo que viene: a pesar de que el primer tipo de dificultades (externalizantes) son las que más se suelen observar, detectar, diagnosticar, medicar y tratar, la evidencia ha mostrado que son las segundas (internalizantes) las que suelen presentar más riesgo y sufrimiento para el niño (Achenbach & Rescorla, 2006). Imagino que estarán de acuerdo conmigo en que las conductas que más sacan de quicio a los padres y los profesores son aquellas en las que el niño patalea, se enoja, llora, pega, no hace caso y/o se vuelve molesto. De hecho, más del 70% de los pacientes llegan a mi consulta debido a este tipo de conductas. Para qué decir la gran cantidad de docentes que no soportan a los

niños inquietos, maleducados y/o agresivos. Entonces, las que reciben la peor parte son las dificultades externalizantes: diferentes diagnósticos, medicamentos, malas palabras, castigos, retos y un sinnúmero de tratos no siempre muy adecuados por parte de los adultos.

Sin embargo, ¡aquí los dejaré sorprendidos! Cientos de resultados han demostrado que en verdad son las personas internalizantes quienes encuentran más dificultades en el día a día. Sin necesidad de caer en tecnicismos, la razón de lo anterior es que “cuando la procesión se vive por dentro...” se sufre el doble. Y lo más triste de todo es que, dado que los niños no expresan hacia afuera todo el estrés que sienten, desde el mundo de los adultos parecen bien comportados, tranquilos, tímidos, solitarios, es decir, “niños educados”. Entonces, ¡no nos engañemos con que ese es el tipo de niño que muchas familias y colegios quieren! Como mostraremos, la realidad oculta de la internalización encierra una caja de Pandora que en este libro vamos a abrir para mostrar no solo el dolor silencioso de muchos niños, sino el hecho de que en Chile se cría y se educa para la ley de que la procesión se vive por dentro.

Por lo tanto, olvidemos por un momento –¡y ojalá que para siempre!– todas esas categorías que patologizan al niño (clasificaciones psiquiátricas y psicológicas negativas) y vamos a imaginar que cada niño que conocemos se encuentra en algún punto de un continuo entre lo externalizante y lo internalizante. Desafortunadamente, muchos niños a veces se van a los extremos de la regla y ahí es cuando debemos preocuparnos. Asimismo, es importante tener claro que muchos niños que han sufrido traumas suelen expresar ambas dimensiones.

Los más desconfiados podrán preguntarse si es válida o no científicamente esta propuesta, si seguimos con las modas de que los niños "son" así o asá, ¡y que todo es culpa de la familia! Sin ánimo de ponernos densos y técnicos, puedo decir que el modelo, aparte de los más de 75 mil artículos publicados, tiene una validez multicultural. ¿Qué significa eso? Bueno, en primer lugar, debo decir que tuve el honor de participar como investigador para verificar su validez científica y multicultural, para lo cual seleccionamos a 19.106 niños entre 1 y 5 años provenientes de 23 países (incluyendo a Chile) y quisimos corroborar si este modelo de externalización-internalización se da en todos los países evaluados. Resultó que, de un modo muy confiable y válido, el modelo aparece en todos los países (Ivanova et al., 2010; Lecanepelner et al., 2014). En todas las sociedades estudiadas pudimos observar el continuo dimensional del Dr. Achenbach. Pero no cuento este resultado solo para vanagloriarme de lo científica que es esta propuesta, sino porque fue en este preciso estudio en donde, sin esperarlo, nuestro paciente —y protagonista de la historia— presentó los primeros síntomas de su enfermedad.

1. El descubrimiento de la enfermedad: el primer estudio

En el estudio que acabo de mencionar, se decidió hacer algo más relevante y aprovechar la instancia de evaluación de miles de niños de diversos países para comparar cómo se encontraban a nivel de salud mental. Se agregó un país y la muestra total quedó en 19.850 niños y niñas entre 1 y 5 años. Es importante mencionar que **el contexto de evaluación fue el reporte de los padres**. Para comprender mejor los resultados, el orden de los países de **menor a mayor**

frecuencia en cuanto a dificultades de salud mental fue el siguiente (Rescorla et al., 2011): Dinamarca, Islandia, España, Corea, Alemania, Kosovo, Bélgica, Australia, Finlandia, Holanda, Francia, Unidad Emiratos Árabes, Estados Unidos, Italia, China, Perú, Portugal, Rumania, Singapur, Irán, Turquía, Taiwán, Lituania y **Chile**. Como se observa, Chile presentó la prevalencia de problemas de salud mental más alta de todos los países evaluados. Asimismo, nuestro país presentó las puntuaciones más altas en la mayoría de las dificultades específicas, tales como depresión/ansiedad, quejas somáticas, conductas agresivas y trastorno generalizado del desarrollo. Además, los niños puntuaban más alto en todas las dificultades, en comparación con las niñas.

¿Pueden sentir el alcance de lo que muestra esta investigación que, por lo demás, es de las más grandes realizadas?

¡Yo no lo podía creer cuando miré los resultados! Se me vinieron tantas cosas a la cabeza, tantos temas que nos obligan a hacernos más preguntas y más análisis porque, finalmente, lo que este estudio nos está diciendo es que Chile tiene una enfermedad de salud mental grave en niños(as) que están recién empezando sus vidas, ¡y por sobre el resto de los países!

Hay algunos puntos que me gustaría analizar de modo simple. Primero, un aspecto que resalta es que nuestro país es uno de los más avanzados en Latinoamérica en lo que a políticas públicas se refiere —¡aunque usted no lo crea! Más aún, ha sido un modelo a seguir hasta el punto de que nuestro sistema nacional de protección de los niños entre 1 y 6 años, que se llama “Chile Crece Contigo”, fue copiado por Uruguay utilizando exactamente el mismo nombre (“Uruguay Crece Contigo”). Bueno, uno de los grandes problemas de las políticas públicas es justamente eso, que son demasiado

“políticas” y no llegan realmente a la gente del modo en que deberían. Mientras escribía este capítulo, me topé con un reciente informe de la UNICEF sobre el bienestar infantil y Chile aparece en el último lugar (peor bienestar) debajo de países como México, Bulgaria, Israel y Lituania (2020). Este reporte, bastante grande y bien realizado, me llevó a pensar en que nuestros datos no estarían equivocados. Algo está pasando en la infancia temprana en Chile y seguir indagando es una tarea fundamental. La verdad, en ese momento me sentí como un médico que descubre una enfermedad sin nombre, que no calza para nada con lo que sabíamos de nuestros niños, pero al ver este informe de la UNICEF, pensé que algo no estábamos viendo. Por lo demás, ya en esa época no era novedad que la infancia no fuera un tema muy relevante en las ciencias sociales y menos los niños pequeños, ¡y qué decir de empezar a pensar que infantes a esa edad podrían tener problemas de salud mental! ¡Eso sí que era impensable!

Pero si llegaba realmente a ocurrir que niños de 1 a 5 años se estaban enfermando a nivel de su salud mental, de su bienestar, entonces esto podría tener repercusiones impensables para la población. Podría pensarse que estoy exagerando, pero la evidencia es irrefutable sobre la enorme influencia que tienen los primeros años de vida para el desarrollo humano¹. Como dice el viejo refrán: “el árbol que crece torcido, jamás su tronco se enderezará”. Los estudios no han mostrado que esa aseveración sea tan radical y extrema, pero para una vida humana que empieza enferma y con dificultades en su adaptación, la probabilidad de enderezar el árbol se vuelve cada vez más difícil. Pero ojo, que con

1. Para una revisión exhaustiva, ver Lecannelier, 2006, 2009.

esto no solo me refiero al bienestar de niños pequeños, sino a las consecuencias a nivel económico y social de un país. El año 2003, la OMS afirmó que para el 2030, las enfermedades mentales como la depresión (realmente se estaban refiriendo a los problemas internalizantes en su totalidad) iban a generar una carga muy alta no solo a nivel personal, sino que a nivel país en los ámbitos de la economía y la productividad (OMS, 2003). Aunque el reporte no ahonda más en esta preocupante aseveración, podemos imaginar la razón: personas deprimidas no trabajan, trabajan menos o trabajan peor, cuidan menos a los otros y se cuidan menos a sí mismos, se enferman más seguido y piden más licencias y, por ende, la productividad empieza a decaer. Como tema aparte, esa ni siquiera era la peor preocupación de tener un país con gente deprimida. La depresión iba a ser una de las principales causas de muerte en 20-30 años más. Por ende, si la infancia temprana se estaba enfermando a nivel de su salud mental, entonces el panorama podría ser serio, tanto para el presente como para el futuro de las personas.

Tratando de entender mejor estos datos que nos situaban como el país más enfermo entre 24 países, en niños tan pequeños y sin tener más datos que corroborar, hice lo que haría cualquier médico o investigador: analizar en profundidad la muestra chilena en sí misma. Quizás eso podría darme luces sobre lo que estaba pasando con esa parte de la población que la gente suele llamar “el futuro del país”.

Lo primero fue comparar el nivel de salud mental entre los niños de nivel socioeconómico bajo, medio y alto. La sorpresa fue grande: los extremos casi se igualaban en porcentajes de problemas internalizantes y externalizantes. Es decir, el 30,2% de los niños de NSE bajo presentaba problemas a nivel clínico (es decir, a nivel alto y demandante de

una intervención urgente debido a su gravedad). En relación con el NSE alto, el porcentaje fue de 23,1% y no encontramos diferencias estadísticas entre ambos extremos. De forma muy interesante, en los niveles medios la frecuencia fue solo de 7,5%, casi cuatro veces menor que en los extremos. Si consideramos los cientos de estudios que se han realizado sobre los efectos de la pobreza a nivel de salud mental, la verdad es que los resultados también impactan. Los estudios actuales muestran una y otra vez que la pobreza es un mal sistémico que termina afectando hasta el cerebro y el sistema inmunitario. ¿Estarán erróneos nuestros datos? Es una posibilidad que siempre se debe considerar a la hora de recolectarlos. Pero, ¿y si esa no es la razón, qué podrían estar diciéndonos estas cifras? Me atrevo a decir que una posibilidad —y este es un tema del que se habla poco en el mundo de las investigaciones de las ciencias sociales— es que generalmente no tenemos muchos datos sobre lo que ocurre en los niveles acomodados, tanto en problemas de salud mental como adicciones, abuso sexual, maltrato, o toda la amplia gama de dificultades psicológicas y psiquiátricas que nos aquejan en este mundo moderno. Solo los que tenemos la experiencia clínica de haber atendido a sectores ABC1, hemos experimentado esta alta frecuencia de problemas de todo tipo, desde adicciones hasta violencia intrafamiliar. Personalmente, he visto un sinnúmero de traumas extremos en esos niveles. La dificultad radica en que, así como es fácil obtener datos de la gente de NSE bajo a través de la atención primaria, todo lo contrario ocurre cuando pedimos datos en las clínicas privadas. Si tuviésemos la posibilidad de contar con esos datos, tal vez elaboraríamos un panorama diferente de la realidad socioeconómica chilena en materias de salud mental. De hecho, una pregunta que siempre me

hago es: ¿Se imaginan un país donde los niveles socioeconómicos más extremos estén teniendo los mismos problemas de salud mental?

En fin, si asumimos arriesgadamente que estos datos tienen un cierto nivel de confiabilidad, me atrevo a aventurar una hipótesis muy simple: ¿Qué pasa si los niños de los extremos, en el fondo, viven similares niveles de estrés, despreocupación, abandono, malos tratos o ambientes familiares tóxicos donde impera el grito y el castigo? ¿Puede un niño de 4 años que vive en una casa grande, con muchas habitaciones, con piscina, que viaja fuera de Chile para las vacaciones, sentirse igual de solo, estresado y desprotegido, a pesar de todos los recursos materiales que posee? Quizás el estrés que experimenta el niño que vive en la pobreza se debe a la carencia de recursos económicos, afectivos, educacionales y a lo que llaman “violencia comunitaria” y todo eso genera que el cuidado que recibe esté lleno de malos tratos y/o negligencias. Pero también puede ser por el estrés que vive un padre o una madre que trabaja todo el día, con la presión de mantener altos niveles materiales y económicos y que quizás carga también con pasados con trauma, historias familiares con antecedentes de problemas de salud mental y un sinnúmero de aspectos estresantes que solemos o solo podemos ver aquellos psicoterapeutas que hacemos consulta privada. No olvidemos que cuando hablamos del estrés de los niños, no lo estamos haciendo desde los criterios de los adultos (tener todos los juegos que quieren, tener una piscina, etc.), sino que desde la experiencia de cuidado afectivo directo de los infantes. Por ende, el contexto y los recursos materiales pueden cambiar, pero la experiencia de cuidado puede ser igual de estresante.

Solo un dato para la causa: hace un par de años, José Andrés Murillo, el creador de la Fundación para la Confianza (sobre el abuso sexual en el contexto de la comunidad religiosa), hizo un estudio retrospectivo. Preguntó a alrededor de 600 adultos sobre experiencias tempranas de abuso sexual² y dentro de los muchos datos interesantes que recopiló, encontró que no había distinción de NSE en la prevalencia de abuso sexual. Finalmente y como una persona a quien le preocupa y ha dedicado mucho de su tiempo al trauma temprano, me parece que, si llegamos a obtener más datos de lo que ocurre en las familias acomodadas, abriremos una caja de Pandora que nos dejará a todos sorprendidos. En fin, el punto no es hacer una acusación hacia las clases sociales altas, sino que el dolor, la angustia, los malos tratos, el abuso sexual, las adicciones y la negligencia parecen ser fenómenos del mundo moderno (posteriormente explicaré por qué digo “mundo moderno” y no “de nuestros antepasados”).

En conclusión, ¡hay que tener mucho cuidado con el prejuicio de la patologización de la pobreza!³.

Pero déjenme proseguir en mi aventura investigativa para comprender por qué aparecemos como el país con la peor salud mental entre otros 24. Los datos recién expresados, si bien son interesantes, no me ayudan a encontrar el “virus” que ataca la salud mental de los infantes. Es necesaria más información, algo que nos dé indicadores más claros sobre por qué nuestros niños tienen tantos problemas conductuales, sociales y afectivos.

2. Extraído de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/tres-10-personas-dicen-haber-victimas-abuso-sexual-infantil-rm/430824/> y conversación personal.

3. Recordemos que los datos de la clase media eran casi 4 veces menores que los extremos. Un dato interesante para tener en cuenta.

Al continuar con el análisis de datos, de repente dimos con el *jackpot*, o por lo menos con un dato que nos permitía comprender mejor lo que estaba ocurriendo. En términos muy simples, lo que encontramos fue que el porcentaje de la dimensión internalizante en la muestra chilena fue de un 16-20%. Podría pensarse que es un porcentaje bajo, sin embargo, en la mayoría de los estudios internacionales la prevalencia de problemas internalizantes no supera el 3-5%. Así es, ¡teníamos 4 veces más problemas internalizantes en nuestra muestra! Además, ya que los problemas internalizantes —como su nombre lo indica— no son expresados hacia fuera, siempre son subestimados (es decir, el porcentaje puede ser mucho más alto).

Este síndrome de la internalización parece ser una dificultad a la que volveremos muchas veces porque, como verán, es mucho más que un simple conjunto de dificultades.

Este resultado me dejó helado y me llevó a pensar que por ahí podría estar el camino para comprender lo que estaba ocurriendo con nuestros niños. Pero había un solo problema y no menor: solo teníamos un estudio, un estudio grande, con una muestra de 19 mil niños de 24 países, publicado además en una revista internacional muy prestigiosa, pero en el mundo de la investigación, si no puedes replicar tus datos, entonces es mejor guardar silencio... o seguir haciendo estudios. Y eso fue lo que hicimos.

En la medida en que vayamos avanzando, entenderemos muchas cosas sobre lo que les está pasando a nuestros niños y cuáles son las causas de esta enfermedad. Tal vez ustedes también estén pensando en los otros dos mundos de los niños: la educación y la escuela.

2. Los datos nos siguen dando la razón

Junto al tremendo equipo que se conformó para los estudios anteriores, decidimos hacer otro. El objetivo era tomar nuevamente una muestra de niños de 1,5 a 5 años, pero esta vez evaluarlos en el contexto de las salas cuna y los jardines infantiles y fueron las propias educadoras de párvulo quienes los evaluaron. Pudimos evaluar a 10.521 niños(as) provenientes de Islandia, Dinamarca, Austria, Holanda, China, EEUU, Portugal, Serbia, Italia, Alemania, Chile, Rumania, Irán, Lituania y Kosovo (Ivanova et al., 2010).

Voy a ser breve y directo sobre los resultados. Al igual que en los estudios anteriores, se evaluaron las dimensiones externalizantes e internalizantes y los trastornos específicos (problemas atencionales y conductas agresivas) e internalizante (emocionalmente reactivo, depresivo/ansioso, quejas somáticas y evitación). Los resultados arrojaron una secuencia de menores a mayores problemas totales de salud mental (suma de los seis síndromes) bajo el siguiente orden: Islandia, Dinamarca, Austria, Holanda, China, EEUU, Portugal, Serbia, Italia, Alemania, **Chile**, Rumania, Irán, Lituania y Kosovo.

¿Qué decir al respecto? No salimos en primer lugar esta vez, pero nos antecedieron países con altos niveles de pobreza (a excepción de Lituania) y condiciones socioeconómicas muchas veces inhumanas para la vida de los niños. Los chilenos no aparecemos junto a países que pensamos deberíamos estar, tales como Holanda, Portugal, Austria, Italia... NO, aparecemos en el grupo de países de guerra, hambruna y un abandono total de la infancia (Lituania tiene un 75% de *bullying* en sus colegios). Asimismo, volvimos a aparecer

por encima de la línea de países que a nivel clínico necesitan ayuda urgente.

Estos resultados nos golpearon casi más duro que los del estudio anterior, llegando a tener pensamientos tan preocupantes y extremos como que quizás, desde la experiencia de los niños chilenos, vivir en nuestro país puede tener características similares a vivir en Kosovo o Rumania. En este estudio, si bien la prevalencia de externalización fue alta, la de internalización también mostró niveles por sobre lo esperado y muy altos, evidenciando una vez más la presencia de un síndrome de internalización entre los niños evaluados.

Pero hay un aspecto que nos dejó atónitos: en estudios realizados anteriormente sobre la salud mental en la educación parvularia, debido a que los niños internalizantes aparecen como “bien comportados”, se ha evidenciado que los y las profesionales parvularios no suelen identificar el 60-80% de estos niños, y aun así, el nivel de internalización fue muy alto en comparación con el resto de los países (Denham & Burton, 2012).

Entonces ya tenemos dos estudios que muestran que los niños de 1 a 5 años están enfermos de salud mental y que el síndrome que los aqueja se llama “internalización”. ¿Qué podíamos hacer con estos resultados? ¿Difundirlos? ¿A quién? ¿A la prensa? ¿A los políticos? ¿Quién iba a hacerle caso a un grupo de investigadores sobre los niños(as)?

Lo que ocurrió fue que efectivamente tratamos de mostrarlos a las autoridades, quienes no prestaron ninguna atención. Se los enviamos a la prensa y ni siquiera obtuvimos respuesta. Pese a ello, cuando me invitaban a dar charlas en colegios, ahí sí podía mostrar estos descubrimientos, aunque no estoy muy seguro de haber tenido el efecto deseado ni

en los padres ni en los profesores (en general, entre el 5 y el 30% de los padres acuden a las charlas de sus hijos).

3. Invitaciones casuales y la continuación de la historia

Tuve la suerte de hacer una parte de mis estudios de doctorado con el profesor Peter Fonagy (quien actualmente es considerado uno de los psicólogos más importantes e influyentes en esta disciplina), en el University College London. Yo quería estudiar el tema del apego con él y mientras preparábamos (bueno, más bien él hablaba y yo escuchaba) mi tesis doctoral, él me dijo: "Felipe, tienes que incluir la evaluación del temperamento en tu estudio". En esa época, decirle a un investigador del apego que incluya el temperamento era como pedirle a un político de extrema izquierda que presente un proyecto de ley con uno de extrema derecha. El apego y el temperamento eran considerados opuestos y muchos conflictos académicos ocurrieron debido a esta dicotomía en la década de los 70-80. Un proceso tenía que ver con las características hereditarias y el otro con el cuidado y el vínculo del bebé. Empecé a sumergirme en el estudio del temperamento y descubrí un mundo y un modo de comprender el desarrollo y bienestar emocional, serio, científico y muy acertado.

¿Por qué cuento esta anécdota? Porque cuando ya estaba de regreso en Chile, en diversos estudios evalué el temperamento en niños de 0 a 5 años (tanto a través de cuestionarios como de metodologías experimentales). Entonces —y aquí viene otra casualidad—, por situaciones completamente azarosas conocí a un investigador llamado Samuel Putnam del Bowdoin College, quien estaba organizando un estudio para analizar las diferencias multiculturales en diversos

procesos temperamentales y emocionales de los niños. Así que me uní a su grupo, que se terminó llamando JETTC (Joint Effort Toddler Temperament Consortium, o Consorcio Conjunto de Temperamento del Niño Pequeño).

Pero, ¿qué era lo que evaluábamos con el Dr. Putnam?

El temperamento no es precisamente un tipo de personalidad, ni tiene que ver con los humores sanguíneos y mucho menos es algo 100% determinado genéticamente. El temperamento es un proceso dinámico entre los niveles de reactividad sensorial y emocional y las capacidades del niño para regular estos niveles. De esta forma, se plantea que cada persona nace con un determinado nivel de sensibilidad o reactividad (capacidad de reaccionar a los estímulos internos y externos), la cual se expresa en el hecho de que cada niño nace en algún punto de un umbral de respuesta en las dimensiones de los cinco sentidos, la actividad, la afectividad y la atención. Algunos niños se encuentran en un punto bajo del umbral de alguna de estas dimensiones, y por ende, tienden a ser altamente sensibles. Otros se encuentran en un punto medio y otros en un punto alto del umbral, mostrando una hiposensibilidad. Lo interesante de esta perspectiva, además de su amplio sustento empírico a nivel biológico, psicológico y cultural, es que se plantea que el temperamento es altamente maleable por la cultura y los patrones de crianza. Por ende, es la perspectiva más completa e integrada para comprender el funcionamiento temperamental-emocional de los niños (Rothbart, 2012). Para simplificar, quedémonos solo con la idea de que cuando evaluamos el temperamento del niño lo que hacemos es nada más ni nada menos que evaluar su forma de sentir sensorial y emocionalmente a los otros y el mundo y asimismo, la forma en que enfrenta (regula) todo eso que siente. El

temperamento evalúa el bienestar y desarrollo socioemocional del infante de un modo confiable y válido.

Y así fue como nos embarcamos en este estudio con el Dr. Putnam, su colega María Gartstein e investigadores provenientes de Corea del Sur, Polonia, Estados Unidos y por supuesto, Chile. En el primer estudio que hicimos recolectamos datos de 1.155 infantes de entre 16 y 35 meses y a pesar de que la muestra no era muy grande —aunque bastante significativa—, lo bueno fue que pudimos evaluar muchos aspectos de su vida emocional.

En particular, lo evaluado se puede dividir en tres grandes dimensiones.

Las primeras dos se relacionan con la afectividad del niño. ¿Qué evaluamos aquí? En primer lugar, lo que los norteamericanos llaman **surgencia** (*surgency*), lo que acá podríamos entender como felicidad, o el gusto y búsqueda por sentirse bien, por estar con los otros o por ser lo que llaman extrovertido. Específicamente, dentro de esta variable, evaluamos el nivel de actividad, la alta intensidad de placer, impulsividad, anticipación positiva y sociabilidad. La segunda dimensión relacionada a la afectividad fue la afectividad negativa. En específico, se evaluó el miedo, la tristeza, el malestar (*discomfort*), la frustración, la activación motora, la dificultad para consolar al niño, la timidez y la sensibilidad perceptual. La tercera dimensión que medimos fue la autorregulación, concepto muy de moda en Chile no solo entre los profesionales, sino también en la población

en general y que se refiere a la capacidad de saber manejar nuestros propios estados emocionales⁴.

¿Qué mostraron los resultados? ¿En qué lugar quedamos? Desafortunadamente, Chile mostró los peores puntajes (es decir, los puntajes más altos) en cuanto a actividad, tristeza, miedo, *discomfort*/malestar, frustración, activación motora, timidez y sensibilidad perceptual, con relación al resto de los países. Por si eso no fuera lo suficientemente preocupante, en variables como el miedo y la tristeza nuestro país mostró hasta uno o dos tercios de puntajes en relación a los otros países.

Los autores concluyeron que:

“Los niños chilenos se caracterizaron por altos niveles de afectividad negativa, demostrando niveles pronunciados en el miedo social y no social. Los infantes chilenos también puntuaron significativamente alto en relación con las otras culturas, en las dimensiones de frustración, *discomfort* y tristeza, lo cual puede derivar del tipo de interacción de los padres sudamericanos con sus hijos, así como de las expectativas de su forma de juego” (Krassner, et al., 2016, p. 8).

Asimismo, se concluye que: “los niños de EEUU son muy similares a los chilenos en muchos aspectos” (p. 8), tema que se analizará más adelante.

4. Es interesante que en Chile ya exista gran cantidad de talleres, cursos y manuales para enseñar a los niños a autorregularse –lo que me suena como que en realidad lo que quieren los adultos es que los niños aprendan a controlarse, cuando eso no es lo mismo que autorregulación. Pero en el fondo, ¿qué es este concepto del que la gente habla tanto? Los investigadores le llaman *control esforzado* y se refiere específicamente a ese mecanismo y proceso cerebral de “hacer eso que uno no quiere, pero debe hacer”. Entonces, ahora podemos entender por qué es tan importante y por qué todos los padres y docentes quieren que los niños aprendan a autorregularse. En el fondo es lo que nuestros padres nos decían cuando niños: “entiendo que no quieras, pero debes hacerlo, ¡aunque no te guste!”. Específicamente, el control esforzado incluye las capacidades de cambio atencional, focalización atencional, control inhibitorio y baja intensidad de placer.

Tristemente, estos datos no solo confirman que existe una enfermedad en los niños evaluados, sino que esta ya no solo tiene que ver con su salud mental, sino que peor, se relaciona con sus vivencias emocionales en el mundo en que se desenvuelven. Los estados emocionales definen nuestro “estar en el mundo”, y por ende, no puedo dejar de sentir pena y preocupación por lo que está ocurriendo con nuestros niños. Tal como uno de los colegas del estudio me dijo: “Pero, ¿qué les hacen ustedes a los niños en tu país? ¿Por qué pareciera ser tan estresante para un niño vivir en su país?”. Ya van tres grandes estudios y la tendencia “epidémica” es evidente y difícil de refutar.

Meses después de haber publicado estos resultados desalentadores, un equipo proveniente de Rusia sumó sus resultados al estudio recién mencionado y la tendencia de Chile mostró diferencias incluso más altas esta vez, sobre todo en el caso del miedo, donde Chile puntuó casi 6 veces más alto que Corea, que es un país conocido por su tendencia sobreexitista, exigente y autoritaria para cuidar a los niños.

En este cuarto estudio, los autores remarcan la semejanza entre los puntajes chilenos y los de EEUU, “reflejando una similitud en los valores occidentales... donde exhibir o expresar rasgos de personalidad puede no ser muy relevante⁵”. Es decir, nuestros colegas nos estaban diciendo de un modo muy políticamente correcto que la infancia chilena no solo es triste y miedosa, sino que somos un país que tiende a buscar que los niños internalicen su estrés, sin dejar espacio para la expresión abierta de conductas que son propias de la

5. Desmarais et al., (2016). *Temperament and the “developmental niche”*: Contributions of bedtime, routine across 14 countries. Paper presentado en el encuentro de la Society of Research in Child Development.

infancia (llorar, moverse, gritar, pelear, no hacer caso, hacer pataletas, etc.).

El panorama se veía sombrío y la tarea fue, entonces, en primer lugar, conocer más sobre este llamado Síndrome Internalizante, de qué se trata, cómo se expresa en nuestro país, por qué hace tanto daño, cómo se desarrolla en las familias y la educación chilena y quizás cuál es la función adaptativa que cumple en nuestra sociedad, sus valores y metas socioeconómicas y culturales. La segunda tarea era más difícil y se trataba de identificar, tal como en la medicina, el “virus” que estaba afectando de esa manera a nuestros niños. Quizás también otra pregunta inevitable era que, si niños tan pequeños, en sus primeros años de vida ya presentaban esta enfermedad de salud mental y bienestar emocional, entonces, ¿qué pasará o estará pasando en la adolescencia? Muchos de los niños evaluados en los primeros estudios ya son adolescentes, por lo que quizás puedan existir datos de cómo es la adolescencia nacional (y desafortunadamente, los tenemos).

La dupla Putnam-Gartstein, investigadores incansables, no se quisieron quedar con datos de solo 5 países, sino que potenciaron el JETTC y armaron un tremendo estudio con 14 países. La muestra consistió en la evaluación de 856 familias con hijos de 18 a 36 meses, con un total de 2.929 infantes evaluados. Asimismo —y aquí está lo fundamental para nuestros propósitos de comprender a nuestro paciente enfermo—, se decidió incluir otras variables más allá del temperamento y el desarrollo socioemocional. Se evaluó nuevamente la salud mental (con el mismo modelo de los primeros estudios), pero se adicionó la recolección de información sobre las percepciones y prácticas de crianza de cada país, la socialización de los padres y finalmente se obtuvo

información muy relevante sobre temas como el juego, el dormir y las expectativas de los padres sobre diversos temas de sus hijos. El estudio fue todo un desafío, pero tuvo tanto éxito que se publicó en formato de libro, titulado "*Toddlers, parents, and culture. Findings from the Joint Effort Toddler Temperament Consortium*" (Niños pequeños, padres y cultura. Evidencias desde el Consorcio Conjunto de Temperamento del niño pequeño) (Putnam & Garstein, 2018).

La realidad es que este estudio mostró una serie de datos tan interesantes que, además de confirmar la enfermedad que padecen nuestros niños, se pudo obtener más información de por qué ocurre, así como evidencias específicas del modo en que los padres van desarrollando progresivamente un modo internalizante de criar a sus hijos.

Con fines de síntesis, la tabla siguiente resume las evidencias más importantes. Posteriormente reflexionaré de un modo detallado las consecuencias y causas que todos estos resultados nos muestran.

Tabla 1: Evidencias del estudio de 14 países del JETTC

VARIABLES A EVALUAR	RESULTADOS PRINCIPALES
Desarrollo emocional y temperamento	» Chile mostró los índices más altos de afectividad negativa⁶. » Los niveles de surgencia (felicidad) fueron un poco más altos que en el estudio anterior.
Salud mental	» Nuevamente se evidenciaron los niveles más altos de todos los países (junto a Brasil, China y Rusia). » Los niveles internalizantes siguieron altos, pero también subió la dimensión externalizante (en relación con los estudios previos).
Patrones socioculturales de crianza y socialización	» Consistente con el Síndrome Internalizante, Chile mostró los índices más altos de un tipo de crianza basada en la búsqueda de la autonomía temprana del infante. » Se observó que los padres chilenos tienden a promover desde temprana edad el juego solitario, el acatamiento rígido de las reglas, el control de las emociones (no expresión de estas) y la promoción de un "buen comportamiento".
Patrón de juegos y actividades diarias	» Los padres/madres chilenas no suelen jugar mucho con sus hijos. » Se encontró que los padres/madres no tienen un propósito o meta definida para jugar (por ejemplo, enseñarles algo o estructurar un juego ordenado). » De todos modos, cabe aclarar que Chile se encuentra en una posición media entre los demás países.

6. La afectividad negativa se refiere al grado e intensidad con que el niño expresa emociones negativas (rabia, tristeza, miedo, etc.) de una forma más estable, casi como un rasgo de personalidad.

Uso de medios electrónicos

- » Si bien el uso de la TV es alto, los datos más elevados (de los primeros en relación con los otros países) fueron el uso de computadores, celulares y *tablets*.

Patrones culturales sobre el dormir

- » Desafortunadamente, Chile fue el país que más utiliza el conocido método Estivill (famoso por su libro *Duérmete niño*) que consiste en ir dejando llorar al niño paulatinamente hasta que aprende a dormir solo.
- » Los autores concluyen que los padres tienen un método muy activo para hacerlos dormir (es decir, una tendencia a controlar para que el bebé se duerma rápidamente).

Uso de la disciplina

- » Chile aparece como el país que más grita y castiga a los niños, pero no usa la disciplina física.
- » Asimismo, el uso del *time-out* ("tiempo fuera") y el quitar privilegios se encontró dentro de los rangos más altos en comparación con las otras sociedades.

Uso de la conversación y la reflexión para lidiar con los conflictos

- » Chile presentó los niveles más bajos en esta variable.

No es que hubiera esperanza de que los resultados mostraran una baja en los índices de la enfermedad, pero además encontrar esos datos respecto al modo de crianza de los chilenos, fue sorprenderte. Justamente por ahí estaba la respuesta de la etiología de la enfermedad, a saber, el modo en que criamos a nuestros niños. Pero el tema es más complejo que solo decir que nuestros infantes están enfermos de salud mental y bienestar porque los padres no aplican una forma gentil de hacer dormir a los niños, o porque juegan con ellos sin un propósito determinado.

Sin embargo, creo necesario profundizar en algunos temas extra que no aparecen en la tabla y que nos pueden seguir alumbrando el camino hacia la cura de la enfermedad.

El primero es un dato que nos llamó la atención y es que encontramos una relación muy significativa entre aquellos niños que son internalizantes por una parte y que suelen sentirse con una alta afectividad negativa por otra. Esto quiere decir que, aunque pareciera que estos niños están tranquilos, bien comportados, no lloran ni hacen pataletas, en realidad sí se sienten tristes, enojados, frustrados y ansiosos, con la salvedad de que no lo pueden mostrar hacia afuera.

En segundo lugar, en cuanto a la crianza, encontramos una contradicción en los padres evaluados: aunque la gran mayoría sabe lo importante que es el contacto físico para el niño, en las acciones promueven la importancia de ser independientes, aprender a jugar solos y hacer caso a las reglas de la casa —y no será ni la primera ni la última paradoja que encontremos! La realidad es así de directa y dolorosa: muchos niños parecen tranquilos, callados, obedientes, no hacen pataletas, no lloran, pero pueden estar sintiendo rabia, pena, frustración, miedo, ansiedad y muchas emociones más.

El uso del celular y las *tablets* lo abordaremos más adelante ya que son parte de una forma de criar que necesita ser comprendida en mayor profundidad para explicar esto que hemos llamado el Síndrome Internalizante. Finalmente, creo importante aclarar que el alto uso del castigo, el grito y el “tiempo fuera” se relacionaron de forma muy estrecha con la presencia de conductas externalizantes. Es decir, el famoso dicho de que “el fuego no se apaga con bencina” se aplica de sobremanera en el cuidado infantil.

Quizás a todos nos pasa que mientras más nos obligan a realizar determinadas acciones, menos las queremos hacer y

además nos genera rabia y frustración —en esto, los adultos no somos diferentes de los niños. Es interesante lo que mostraron estos datos, porque es tan propio en nuestra cultura retar a los niños: “¡Anda a acostarte! ¡No molestes a tu hermano! ¡Quédate tranquilo un rato! ¡Haz tus tareas! ¡Pórtate bien!”, cuando a corto y largo plazo, el niño solo está acumulando frustración, rabia y desconfianza hacia el adulto.

Recuerdo haber leído y conocido alguna vez a un investigador que había pasado años recorriendo países, investigando el efecto que tiene en los adolescentes el haber tenido padres autoritarios, castigadores, buenos para gritar y castigar. Lo que más me llamó la atención fue que, casi independientemente del país, un 90% o más de estos padres tenía hijos adolescentes que se portaran pésimo (agresivos, opositoristas, buscadores de riesgos, uso de alcohol y/o drogas, etc.). Claramente, para los padres eso debe ser una vida estresante.

Sin embargo, ¿qué pasa si nos situamos en el punto de vista de un niño? Si lo pasan retando, gritando o castigando, llegará un momento en que el niño estallará. Este investigador, recuerdo, remarcaba el hecho de que, más allá de las conductas extremas, estos niños ya no confiaban en sus padres, y menos cuando estaban pasando por un mal momento. Atendiendo adolescentes, me tocó ver eso muchas veces. Si les pasa algo malo o están tristes y tú les preguntas por qué no les cuentan a sus padres, ellos te dicen: “¿Estás loco? ¡A las últimas personas que les diría es a ellos! ¡No confío en ellos!”.

Cientos de estudios a diferentes niveles (biológico, cerebral, emocional y social) durante las tres últimas décadas han demostrado que los primeros años de vida son la base,⁰

el fundamento, de la vida posterior. ¡Lo anterior no implica en absoluto que muchas cosas pueden –y suelen– cambiar a través de la vida!

Pero la realidad es que no podemos negar, normalizar o invisibilizar, todo lo que acabo de mostrar. Hay veces en que yo mismo pienso: “no debe ser tan grave” y que nuestros próximos estudios mostrarán mejores resultados. Lo claro es que ese cambio no va a ocurrir por arte de magia. ¡La solución sí que va a ser tarea de todos!

Pero, ¿qué es este Síndrome Internalizante? Quizás en el proceso de revisar y analizar los datos, pueda también ocurrir que vayamos conociendo mejor a nuestros niños...

Por eso, en el siguiente capítulo quiero explicar, no solo con datos, sino con casos reales, con historias de niños, qué es “ser como” un niño internalizante y cómo es que incluso desde el nacimiento vamos efectuando acción tras acción para que el niño vaya aprendiendo a guardarse su estrés. Obviamente, no es que el 100% de los niños chilenos sea así, pero sí un porcentaje que puede ser de un tercio o más. Sin embargo, como este síndrome se comporta como un continuo (y no como una clasificación psiquiátrica), cada niño, de una u otra forma, ha aprendido a internalizar sus afectos, sus reacciones y sus pensamientos.

Repito: esto no se trata de clasificar a los niños en internalizantes o externalizantes. Esa nunca ha sido la intención de esta forma de comprender la salud mental de los niños. No, esto implica comprender que hay niños con tendencia externalizante muy leve, otros media y otros intensa. Y lo mismo en el caso de los niños internalizantes.

Les mostraré más adelante que ninguna de estas formas es una patología mental, o quiere decir que el niño tiene

problemas psicológicos o sociales o que presenta problemas graves de adaptación. El tema es que es una enfermedad de la tristeza y la soledad.

Dicho lo dicho, podría pensarse: "pero, cómo, si estás hablando de una enfermedad, ¡y ahora sales con que esto no es una patología o enfermedad mental!". Es un cuestionamiento legítimo, pero me pone en un aprieto. Voy a responder con un ejemplo: tengo dos niños de 5 años; uno tiene diabetes mellitus y el otro fue diagnosticado con déficit atencional con hiperactividad. El segundo fue expulsado de su colegio y al otro se lo cuida de un modo adecuado y precavido. ¿Por qué no expulsaron al niño con diabetes mellitus? ¿Cuál es la diferencia? La diferencia es que el primero no altera la sala de clases, no desespera al docente y no molesta a los otros niños. El segundo, al parecer, sí hace todas esas cosas. Es decir, las enfermedades físicas no conllevan un estigma social y las que llamamos mentales o psicológicas –o psiquiátricas–, sí la tienen y por eso en Chile las solemos esconder.

Pero, ¿por qué? Ambas son enfermedades, ambas pueden tener una causa psicobiológica, ambas provocan complicaciones en los niños. Lo que voy a tratar de mostrar y fundamentar es que estar en una dimensión internalizante/externalizante no es una psicopatología, pero sí es una enfermedad por una gran y simple razón: ¡EL PACIENTE ESTÁ SUFRIENDO!

Entonces, sigamos con esta historia y conozcamos un poco más el mundo de la internalización, tanto desde una mirada científica –que no podemos perder de vista–, como desde el niño, su familia y su educación. Esto nos permitirá conocernos mejor como sociedad, pero lo más importante es aprender a conocer a nuestros niños, tener en mente quienes

son, qué les preocupa y les ocupa y qué los hace sufrir, tarea que ha sido mi norte en los últimos 20 años, y seguramente lo será en los siguientes 20.