

REFLEXIONES ACERCA DE LA TEORIA Y PRACTICA EN SALUD MENTAL INFANTIL

J. L. PEDREIRA MASSA
PSIQUIATRIA INFANTIL
HOSPITAL NIÑO JESUS

"El niño pone entre la espada y la pared a los adultos, recordándolos su cobardía, su inconsecuencia y su mentira".

R. Scherer
O. Hocquenghem¹.

INTRODUCCION

En los momentos actuales hablar de salud mental infantil me parece claramente restrictivo, pues parto de un principio fundamental: el niño es una unidad integral como ser bio-psico-socio-afectivo, lo cual comporta algo más, que la mera unión semántica de fonemas, para situarse en un plano de lo real. Hay que aceptar, además, que este *ser único, bio-psico-socio-afectivo* se inserta en un medio socio-económico-culturo-familiar determinado y con un proceso histórico preciso. Por este mismo concepto aquí expuesto, es por lo que me parecía muy restrictivo plantear algo que se llame salud mental infantil, sin

enmarcar el verdadero alcance estructural y semántico que conforma la infancia, intentando huir de reduccionismos trivializadores que nos separen del núcleo plurifactorial y complejo que teje la red de la persona infantil.

Por otro lado, quisiera que se me aceptara la paradoja, aparente, es fundamental introducir en el actual discurso sanitario la importancia de la salud mental en la infancia. Digo fundamental el cambio del discurso sanitario, en el sentido de primar a lo meramente orgánico, conductual, manifiesto y preventivo el marco conceptual del campo de acción sanitario; cuando, en realidad, es mucho más amplio y complejo. Cuando el transcurso infantil se ve martilleado por la

reproducción, en vez de la exposición dialéctica en continua y permanente evolución.

Los campos del saber se diversifican y una sola persona no puede acceder al conocimiento único y total de todo, es por ello que quisiera abundar en que, cada uno desde su campo de acción debiera tender a aportar su parcela para que se integre en un todo unitario como las piezas de un rompecabezas o de un puzzle que nos diera una visión de conjunto. Por ello abordaré la parcela de mi experiencia en salud mental infantil, pero sin perder la visión integradora del norte de la unidad infantil. Para realizarlo ha concebido mi exposición en tres partes:

- 1 - Exposición conceptual y teórica.
- 2 - Realizaciones prácticas.
- 3 - Situación actual y vías de solución.

EXPOSICION CONCEPTUAL Y TEORICA

Con anterioridad citaba que el niño es un unidad bio-psico-socio-afectiva, inmersa en un medio socio-económico-culturo-familiar determinado, inserto en un proceso histórico preciso, a lo que se debe añadir en continua y permanente evolución en todos los niveles. Con este enunciado base ¿como poder abordar la infancia simplemente por sus conductas, o por sus acciones y contenidos manifiestos, o desde un reduccionismo organicista?. El realizarlo de esta suerte sería la expresión clara y palpable de analizar, mejor diría: exponer, significados, olvidando la cadena significativa que debemos desentrañar. En la dialéctica significante/significado, prefiero sumergirme en la búsqueda de los significantes infantiles, enlazados, encadenados, que se tejen como

un entramado en el mundo inconsciente infantil. Lo otro, lo manifiesto, es ver el emergente del iceberg, pero bajo la superficie hay una inmensa base que lo sustenta y que puede ser hasta diez o veinte veces superior en volumen.

A - NORMALIDAD Y PATOLOGIA EN EL PSIQUISMO INFANTIL

Antes de continuar con la exposición conceptual quisiera determinar qué se puede considerar como normal y qué se debe considerar como patológico dentro de la estructura y funcionamiento psíquico infantil. Esta dialéctica normalidad/patología es un debate abierto ante el que nos exponemos aquellos que nos dedicamos a la salud mental de la infancia. Gacia Calvo² exponía, en el último congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que no había niños locos hasta llegado lo que antiguamente se denominaba "uso de razón" y que después de él es difícil discernir la locura en el niño. Bien, es un punto de vista, pero la demanda social está ahí, *Hemos de ver al niño como un objeto de deseo de los adultos y este deseo es estructurante para el niño*. El deseo del otro y la Ley del Otro, como expresa Lacan³, estructura el plano de los significantes infantiles, mediante la construcción de lo imaginario primero y el acceso a lo simbólico después. Sin la Ley del Otro no hay vida.

Richard Crompton creó un personaje literario lleno de sutilezas: Guillermo. Guillermo era un niño que transgredía continuamente las normas, hacía travesuras, era inquieto, nervioso, desobediente, sucio, etc. La Ley del Otro parecía no tener su aplicación en él. En cierta ocasión Guillermo acude a una fiesta de cumpleaños a casa de su tía, señora

de la alta sociedad, la cual le dice: "Guillermo ésta es Lady Thompson, salúdala como un niño debe hacerlo", el pequeño se acerca a la tía y a Lady Thompson y dice ingenuamente (?): "tía ¿ésta es la señora señoras es indescriptible y la tía, entre rubor y rubor, suspiro y suspiro le dice: "Pero niño, cómo se te ocurren estas cosas, no se debe decir ... Estos chicos, disculpele Lady Thompson", de nuevo Guillermo apostilla con toda su inocencia: "tía ¿no me decis siempre que tengo que decir la verdad?".

Me gustaría que vieramos cuál es lo normal y qué es lo patológico de esta situación: si Guillermo cumple el deseo del otro (decir la verdad), transgrede una norma (el respeto) y el secreto de lo dicho en casa sobre alguien que está ausente. Cuando esa ausencia tiene nombre, entonces la opinión adquiere corporeidad, por ello se resignifica. Ahora bien "nombrarlo" conlleva una situación de angustia para el otro, para el que anteriormente puso la norma de la verdad. Por el contrario, si no cumple la norma (decir la verdad), transgrede un deseo y la ley de una convivencia. Es castigada y penalizada su osadía.

Guillermo se encuentra con este doble mensaje contradictorio, sin saber qué hacer, pues haga lo que haga, transgrede una ley familiar y/o social y el correctivo termina por imponerse. En ambos casos, de haber existido paidopsiquiatras, está claro que Guillermo hubiera terminado en la consulta de uno de ellos.

Quando algo se separa del discurso social establecido se le encarga juzgar a la psiquiatría si esta conducta es "normal" o es "patología", pero la noción muy ambigua de "infancia anadaptada" es característica de las dificultades actuales de la acción psiquiátrica en el seno de la comunidad.

Esto quiere decir que tratar o concebir algo como mórbido o pre-mórbido solo se puede entender en base a la teoría que lo sostiene. Por ello, en Psiquiatría Infantil, el riesgo de la práctica de las reeducaciones arriesga tanto el hecho de comportar el deseo, como todas las preformas del niño a normas medidas aisladamente por una escala de desarrollo.

La necesidad de consultar está, cada vez más, determinada por factores socio-culturales: información del entorno y del sujeto, y por ellos las indicaciones terapéuticas se supeditan a criterios de eficacia.

Además la conducta "patológica" nos es ofrecida por el adulto, lo cual entraña una dificultad para constituir la historia natural de las entidades mórbidas y una relativa imposibilidad de definir al niño normal como sujeto indemne de enfermedad mental autotificada por una descripción reconocida como científicamente valorable.

Por otro lado, en la infancia hay que tener en cuenta el hecho de que la reacción de los padres, inhibiendo o, por el contrario, avivando la expresión de un síntoma interviene masivamente en la apariencia de su intensidad, por lo que apenas se puede utilizar la noción de cantidad para cualificar la patología.

En resumen, se puede decir que el concepto de normalidad y patología en la conducta del niño se va a ver mediatizado: de una parte a su desarrollo madurativo y evolución purisocial y, por otro lado, por la actitud del medio ambiente que catalogará ese comportamiento, dando una carga de culpa o de alabanza. En buena medida hay que considerar en la infancia el deseo del otro como estructurante y en este discurso integrar la actitud y la conducta infantil.

Lo que debe ser apreciado, no es

solamente el grado de sufrimiento, que puede estar enmascarado por los beneficios secundarios que el niño obtiene al repetir su actividad, ni sobre la inadaptación al medio, sino esencialmente el carácter reversible o no de la estructura que se va organizando.

Hay que tener en cuenta la dinámica y economía interna del sujeto y las posibilidades de recuperación o contrariamente el peligro de entrar en ciclos irreversibles que provengan del entorno del niño.

Como resumen decir, siguiendo a Diatkine:

1. Abandonar la idea que sostiene la hipótesis, según la cual, existiría al principio una estructura que se puede llamar normal, pues simplifica la tarea, así como definir los límites de nuestros tratamientos.
2. Es de destacar que nuestros conocimientos concernientes al pronóstico de las estructuras del niño serán mejorados por las investigaciones longitudinales.
3. Dos elementos de mal pronóstico:
 - a) La restricción de actividad o inversión o ausencia de aparición de una operación nueva.
 - b) La organización de situaciones irreversibles.
4. El sufrimiento del niño, su angustia y sus tendencias depresivas son siempre motivos imperiosos de intervención por parte del Equipo Paidopsiquiátrico.

B – SINTOMA, ORGANIZACIONES Y ESTRUCTURA EN LA INFANCIA

Creo pretencioso realizar un análisis que satisfaga, de algo tan amplio como son estos tres conceptos de síntoma, organización, y estructura, a la hora de intentar realizar una catalogación psicopatológica y teórica del

síntoma infantil. No obstante, he de aclarar que, el síntoma, no representa más que un emergente, en otras palabras: la sobredeterminación y sustitución del impulso instintivo obstruido por la represión, como dice Freud⁵. O bien, lo que para Lecan³ viene a ser como la palabra sustituida por un significante enigmático, lo no dicho específicamente.

A nadie se le ocurre ante una abdominalgia dar un espasmolítico, o ante una fiebre un antitérmico, o ante una tos un antitusígeno, y quedarse tan tranquilos en espera de la desaparición del síntoma. Por el contrario se interpreta como la expresión de algo anormal que precisa una búsqueda etiológica, para, de esta suerte, realizar el tratamiento oportuno. ¿Porqué el síntoma psíquico debe tener un status diferente?

En este sentido pensamos, con Menendez⁶, que el síntoma nos remite a algo muy determinado y que debemos buscar ese más allá, puesto que lo que tapamos al "cazar" sintomáticamente una expresión del niño es, muy probablemente, una de las pocas formas de manifestarse una situación vivencial traumatizante, ansiosa o desestructurante de un mundo psíquico o de relación.

Es más, Foucault⁷ establece tres características del síntoma:

- ① El síntoma es el resultado de un proceso de elaboración mental inconsciente que tiene una significación y corresponde a un complejo mecanismo para expresar esa anomalía.
- ② El síntoma es la expresión externa de un conflicto intrapsíquico, que busca su vía de salida utilizando un órgano, un gesto o una reacción.
- ③ El síntoma nos refleja una forma de reaccionar, responder y vivir un mundo y unas relaciones traumati-

zantes y desestructurantes.

Por todo ello, se ve la necesidad de insertar el síntoma en la historia del sujeto, poniendo el acento sobre el sujeto más que en su parte enferma, tal y como lo expresa Manson⁸. Ya que, retomando de nuevo a Lacan, los síntomas actúan en tanto metáforas, siendo formaciones del inconsciente, que simbolizan, a nivel de un órgano o función, un significante inconsciente, siendo las relaciones del síntoma con los pensamientos repremidos siempre de orden verbal: un significante se coloca en el lugar y remite a otro nuevo significante. (D-5)

De esta suerte, se conciben los dos mecanismos fundamentales que Freud⁹ describió para la elaboración del síntoma: la condensación y el desplazamiento. Lo cual se completa con las propiedades propias que tiene el síntoma psíquico del niño⁶:

① Individualidad, particularidad y relatividad en tanto que cada síntoma presenta una significación propia y concreta en cada caso, en cada etapa de desarrollo, con respecto al medio socio-familiar del niño, de forma tal, que un mismo síntoma ha de verse en el momento concreto y en el contexto socio-familiar del niño teniendo en cuenta su nivel de integración y madurez, el desarrollo libidinal y afectivo, etc.

② Mutabilidad, en tanto que un mismo proceso puede expresarse por síntomas diversos, que se modifican y transforman en base a la función simbólica del órgano en cuestión.

③ Plasticidad, en tanto permeabilidad y flexibilidad, ésta plasticidad es característica de la vida misma del niño.

Hemos hablado mucho de la expresión corporal y la representación simbólica del síntoma psíquico infantil, pero siguiendo a Castilla del Pino¹⁰, lo que se detecta en Psiquiatría Clínica son síntomas corporales, en tanto unidad total del cuerpo infantil.

También ha quedado planteado la elaboración inconsciente de los conflictos y su detección externa vía el síntoma, no obstante hay quien niega la existencia del síntoma como estructura del aparato psíquico, pero estas resistencias a la aceptación del inconsciente habría que contestarlas con la aceptación expresa que de él realizan, por ejemplo, Althouser¹¹ y Marta Hanecker¹².

Para resumir, diré:

1. La importancia que tiene evaluar dialécticamente y de forma dinámica el enfermar del niño, sin caer en mecanismos rígidos y estáticos que representan un falso mimetismo médico.
2. El síntoma es el signo que nos remite a algo más allá, es decir, a la etiopatogenia del proceso y no al síntoma mismo.

En este sentido se podría expresar el caso del niño J. A. L.¹³ de nueve años y medio, que nos es remitido por dificultades escolares y encopresis. Es el octavo de nueve hijos, de padres ya mayores naciendo los últimos después de un largo periodo, con una diferencia entre ellos de tres años. A los 2 años y medio comienza con crisis catalogadas de asmáticas, siendo diagnosticado de asma e inhalantes. Es un niño tímido, retraído, introvertido, "normalmente muy bueno". Muy sobreprotegido por la madre. Presenta inapetencia alimenticia. Ante la repetición de las crisis que precisaban ingresos continuos con las consiguientes pérdidas escolares, se

Evolución ← Logopédica lingüística
← Emocional, afectiva y social

le recomienda a la madre, por parte del servicio que entonces lo trataba, que lo traslade a un internado en la sierra, lo cual hacen los padres cuando el niño tiene 7 años y medio. Al poco tiempo de estancia le desaparecen las crisis y comienza a manchar la ropa interior, primero de manera escasa y luego manifiesta y diaria, a la vez se evidencian sus dificultades escolares. Cuando llegaban las vacaciones y retornaba a su casa, la encopresis desaparecía reapareciendo las crisis asmáticas que precisaban nuevos ingresos. Inteligencia normal (CI de 102 según el WISC), zurdo contrariado. ¿Que tratamos en este niño: la encopresis, el asma, el retraso escolar?

Pero el hecho de que un síntoma remita a la estructura que lo susenta, no implica que estas estructuras de la personalidad sean rígidas en un sistema vertical y monolítico, por ello solamente podremos valorarla de acuerdo a la fase evolutiva y de desarrollo pulsional en la cual se encuentra en un momento dado dicho niño. Sobre las estructuras básicas de la personalidad, tal y como las concibe Bergeret¹⁴, en la infancia tienen su aplicación siempre y cuando las veamos bajo el prisma de una horizontalidad deslizante, en el sentido que serán los propios procesos de desarrollo intrapsíquico y social los que harán, en un momento dado, se coagule una determinada organización mental, lo cual no significa que sea la única y definitiva.

C – EL NIÑO UN SER EN EVOLUCION

Si algo caracteriza al niño es su continua y permanente evolución a lo que se une una plasticidad de adaptación y readaptación, tanto a sus conflictos internos como a la repercu-

sión que puedan tener las situaciones externas. Evolución y plasticidad que se complementa en una situación tridimensional: En un eje situaremos la evolución libidinal y pulsional¹⁵, como fundamento para la comprensión del mundo inconsciente infantil, sus fantasías y su capacidad de simbolización a lo que se une las relaciones objetales y el investimento que de ellas realizan. En el segundo eje esta el aspecto cognitivo, expuesto claramente por los estadios evolutivos descritos en la psicología genética de Piaget¹⁶. El tercer aspecto lo debemos situar en la evolución emotiva, afectiva y social, tanto en el plano familiar como en el resto de las estructuras del sistema social, esta evolución puede seguir los pasos que en su día fueran expuestos por las fases del desarrollo de Wallon¹⁷. Los dogmatismos que comportan una única adscripción no son más que la expresión de intentar reducir a la infancia a una única parcela, cuando es más cierto que los tres aspectos son perfectamente complementarios, es más Zazzo¹⁸ exponía que Wallon no es en absoluto contrapuesto al psicoanálisis, y por su parte Piaget¹⁹ admitía como perfectamente complementaria a su teoría evolucionista tanto los aspectos psicodinámicos, como las aportaciones wallonianas.

Esta evolución, hace que nos tengamos que replantear la significación de un hecho concreto o aparentemente concreto, de tal suerte que en un momento determinado un síntoma tiene o puede tener una significación dada, pero en otro momento adquiere o puede adquirir una carga significativa diferente, sin que ambas se contrapongan, sino que simplemente se yuxtaponen en aras al momento evolutivo y a la vivencia y carga afectiva de las fantasías infantiles en cada momento dado, con todas las múltiples variables que lo conforman.

corporales y su función Evolución: proceso afectivo y de sociabilización

De tal suerte, que la resultante no es un vector unidireccional, sino plurifactorial y cuyo fin último está por determinar en el propio discurso histórico del niño.

De esta suerte al proceso evolutivo se le añade la maduración. Ambos conceptos hay que enmarcarlos en la dialéctica progresión/regresión del proceso infantil. Maduración, en tanto concienciación de sus propias estructuras corporales y su función, y evolución en tanto progreso afectivo y de sociabilización. Ambos conceptos complementarios dan la base estructural para que el niño vaya adquiriendo su ser y su estar en el mundo, en el propio individual de las fantasías y símbolos y en el que lo circunda y conforma como objetivo ofreciéndole la realidad, lo posible, lo alcanzable y la frustración.

Con esta maduración y evolución el niño va percibiendo sus órganos y sus funciones, descubre cada paso y lo carga de energía pulsional dependiendo de la fase evolutiva y otorga así un símbolo, en el seno de su fantasía, a ese órgano "nuevo" percibido y concienciado.

Pero esta evolución no se establece de una forma continua, sino que lo realiza de forma progresiva pero con regresiones a aquellos puntos de fijación que más carga pulsional positiva le dejaron. Estas regresiones, consideradas como fisiológicas, pueden ocurrir, según A. Freud²⁰, en cualquiera de los tres elementos de la estructura psíquica y originar regresiones temporales, topográficas y formales. Pueden ser transitorias en el desarrollo del yo normal, pues, muchas veces, una nueva adquisición por parte del niño puede dar lugar a conductas de otras etapas anteriores ya superadas. Siguiendo a Spitz²¹, las regresiones, siempre y cuando sean temporales y reversibles espontáneamente son be-

néficas, pues no se deben más que a la inmadurez propia de un yo en formación y gracias a esta flexibilidad de avance y retroceso, se puede adaptar a situaciones que, de otra forma, podrían resultar intolerables.

Dentro de los periodos evolutivos infantiles hay que tener en cuenta, de manera prioritaria, para la acción externa de la conducta, las fases del desarrollo pulsional y la elaboración inconsciente de todos los conflictos intrapsíquicos.

Además hay que tener en cuenta que la organización de una actividad determinada un nuevo modo funcional que no se debe asimilar a los elementos que han contribuido a su instauración.

La observación cotidiana muestra que la evolución del psiquismo infantil, si bien es cierto que precisa un nivel madurativo de partida, no es menos cierto que se encuentra directamente estructurada por sus intercambios con el exterior.

La actitud en salud mental infantil, en este sentido, debe contar además con las actitudes mentales enraizadas más profundamente en los padres, las formas de satisfacción más primitivas, sus defensas más imperiosas, etc.

En este contexto evolutivo hay que señalar que en el psiquismo infantil:

1. Desde los primeros años de la vida, las tendencias y los conflictos inconscientes participan en la formación de estructuras diferenciadas. Las cuales no están destinadas a perpetuarse idénticas a ellas mismas, pero constituyen elementos determinantes, con nuevos factores exógenos, para la organización de las estructuras sucesivas, a través de las cuales se manifiesta el automatismo de repetición.
2. Los síntomas no son el producto

regresiones → Temporales y reversibles; Benéficas; por inmadurez del yo y así se adapta a situaciones.
→ Topográficas
→ Formales

de algún funcionamiento aberrante, ni incluso la reproducción desordenada de un modo arcaico, sino que tienen un sentido preciso con relación a las pulsiones rechazadas: son un compromiso entre la realización del deseo y su represión, lo cual origina una significación a los comportamientos infantiles.

3. Los conflictos internos de los niños forman parte de la evolución sexual infantil, con las contradicciones inevitables de las identificaciones e investimentos en la resolución de la fase edípica.

Además se sabe que la actitud intuitiva de los padres, fuertemente dominada por su inconsciente, importa mucho más que la técnica pedagógica.

La observación demuestra que el papel estructurante de los padres no se limita a los primeros meses de vida.

* La evolución hacia estructuras regresivas puede ser posible, cuando el niño no ha sido lanzado por el adulto a posiciones irreversibles, y las regresiones, determinadas por la repetición de fijaciones pre-genitales, pueden estimular al yo en un sentido productivo y permitir al sujeto recuperar el placer de la función que previamente tenía en déficit.

Por último, señalar cuales son los mecanismos que utilizan el yo infantil para favorecer esta sociabilización:

- (a) La imitación de las actitudes de los padres, logrando colocarse en el rol de estas poderosas y admiradas figuras.
- (b) La identificación, a través de la obtención del ideal del yo.
- (c) La introyección de la autoridad externa y la creación del super-yo, primero externo y luego interno, como norma moral y de control de los actos.

Un niño de doce meses de edad padece una reacción espástica bronquial con clínica asmática importante como consecuencia de un foco infeccioso cualquiera. Su "hambre" de oxígeno es evidente, con gran disnea y sensación de ahogo. La madre se angustia ante la aparatosa de la clínica, "Mi hijo se muere", "se ahoga", "no respira", es lógico: llora, corre y hace de desorientación mayor para el niño, ya de por sí bastante asustado. Acuden a un servicio de urgencias infantil: las prisas, la carga angustiada de la espera y el tratamiento aportado introducen una nueva variable. Además se plantea un posible ingreso y se estructura con la separación abandono de la madre. El niño llora, con lo que su disnea aumenta, se irrita y es considerado como un niño incordiador en la sala. La madre acude a las visitas y le ve tras unos cristales y el niño llora más y se disnea más de forma progresiva, de esta manera se eleva el monto de angustia de ambos. Es la hora del estudio alérgico y surgen las hipersensibilidades diversas: normas estrictas de limpieza y/o alimentación, nueva tasa de angustia que persiste ante una acción superyóica del médico y que se desplaza hacia el cumplimiento de las normas con una aparente tranquilidad de "ya está estudiado y sabemos lo que es". Pero, a pesar de los cuidados, las crisis siguen, se repiten y los ingresos posibles también. ¿Qué ha ocurrido?. En una fase importante, salida de la fase oral, e inicio de otra, la fase anal, la carga pulsional del dar-recibir-ofrecer-conseguir obtiene un máximo de catexias, de energía psíquica. "Hambre de oxígeno" decían los clínicos clásicos, pero ¿hambre de qué, en el plano simbólico de la fantasía infantil? Llega la ruptura efectiva en otro momento evolutivo importante: la angustia de separación

como segundo organizador del yo, según Spitz, con la consiguiente extrañeza al extraño. Por fin el deseo manifiesto de la madre: "que no le de una nueva crisis" y el deseo latente: "le dará una nueva crisis", como estructurantes captados inconscientemente por el niño a través de los miedos a los nuevos catarrros así como los tratamientos y cuidados. Con ello la respiración se carga de las catexias suficientes en el plano de lo simbólico, y percibirse el sentido de vida de la respiración y recidivar las crisis ante cualquier conflicto real o fantaseado, actuando como punto de fijación externo por el ambiente (médico y familiar) e interno, por las catexias de la percepción de la función y su alteración en una fase evolutiva concreta.

Esto obtiene su significación real, porque el niño normal tiene unas necesidades expresivas (D-6) y que vehicula por tres vías²²: el cuerpo, el comportamiento y la organización mental. Cuanto menor o más inmaduro sea un niño, más recurrirá al cuerpo (vómitos, anorexia, abdominalgia, etc.) o al comportamiento (inquietaud, insomnio, etc.) y cuanto más maduro y evolucionado irá desplazándose más a la organización mental (miedos, fobias, etc.), sin querer decir que no pueda volver, en determinadas fases, a una regresión. Es más, en determinados momentos, una somatización, incluso en los denominados sanos, posee un valor más equilibrante para su economía que una mentalización, aún cuando cualitativamente sea ésta una respuesta superior en la línea del desarrollo de la personalidad.

D - EL AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL

Hay tres razones fundamentales,

entre otras, para ver la trascendencia del análisis del medio familiar para el niño:

- 1ª.- El hombre es el animal que más tiempo precisa de dependencia de su ambiente microsocia antes de, por sí mismo, conseguir su manutención; este ambiente microsocia es la familia, con la cual crea sus primeros vínculos y realiza su contacto con el exterior, como expresa Grinberg²³.
- 2ª.- Por ser la familia una constante histórica: al menos en nuestra cultura cristiano-occidental, la institución familiar siempre se ha encontrado presente. Como dice Ruth Benedicté la familia se ha conservado en todas las sociedades humanas, y subsistirá también en la nuestra, aún cuando se altere su estructura y cambien sus funciones.
- 3ª.- Porque, sea cual sea su evolución, debemos pensar, que el elemento primario es la persona humana y su comunicación con el entorno que le rodea, y como expresa Marx²⁴, existe una relación dialéctica entre la naturaleza y el hombre, de tal modo, que el ser humano transforma la naturaleza, pero esta naturaleza transformada condiciona lo que puede hacer el ser humano que, desde su nueva situación, vuelve a transformar la naturaleza, y así en una relación permanente.

Según Charlotte Bühler²⁵, la familia es una asociación doméstica con las siguientes características:

- a) Se compone de personas vinculadas entre sí por matrimonio, con sanguinidad o adopción, a lo que habría que añadir hoy, o cualquier

vínculo de unión de manera más o menos estable.

- b) Viven bajo un mismo techo, o si viven separados, consideran tal o cual casa como su hogar.
- c) Constituyen una unidad de personas vinculadas entre sí por una relación mútua.
- d) Representa una unidad cultural resultante de la fusión de las estructuras culturales aportadas por ambos cónyuges y por la pertenencia de la familia a la cultura y la sociedad en que vive.

Pero hay que considerar lo expresado por Charlotte Bühler, no como un grupo institucional fagocitado en un sistema sino, por el contrario, como un grupo de individuos que se sienten unidos a una "asociación para la vida".

Como prueba de ello está que *la familia no es una célula aséptica a la hora de su influencia sobre los niños, influyendo una serie de factores*²⁶:

1. La historia del matrimonio por grupos pasando por el sindiásmico, se llegó al monogámico, con dos componentes hasta entonces desconocidos: el adulterio y la prostitución. Engels²⁷ añade una característica histórica a la monogamia, que no es más que la institucionalización de unas relaciones, la aparición de dos constantes y características figuras sociales: el amante y el cornudo; en palabras de Engels: "los hombres habían logrado la victoria sobre las mujeres, pero las vencidas se encargaron generosamente de coronar a los vencedores".
2. Iglesia: a ella se debe la institucionalización de la familia monogámica y su preponderante papel social, de tal suerte que, siguiendo a Fromm²⁸, las sanciones que la religión da al matrimonio y a la monogamia, han constituido y

constituyen un freno muy importante para los cambios en estas instituciones, de tal suerte que, sin género de dudas, las destrucción de la pauta familiar debilita la estructura dinámica de la religión.

3. La sociedad: pienso, con Castilla del Pino²⁹, que la sociedad no solo es represora sino que origina específicas formas de represión según la función social adscrita a cada miembro, y que *esta represión es tan eficaz porque cada uno aparece, a su vez, como reprimido y como represor*. Si ésto se aplica a la constitución de la familia, hemos de admitir que, si bien es cierto que la elección de conyuge es libre, normalmente se lleva a cabo en el interior del propio grupo social y sobre bases afectivas. Solo a veces la mujer puede jugar el papel de tranpolín para el hombre, entonces ya no basta con mantener el status, hay que superarlo. De esta suerte lo único que muchas veces ata a la pareja es la necesidad de conservar el rol de cada uno en la interioridad del sistema.
4. La economía: ella ha determinado la creación y la perpetuación de la familia monogámica y Engels²⁷ lo explica diciendo: "en un principio los bienes personales eran imprecisos, pero a medida que éstos se hacen tangibles y concretos, el padre necesitaba saber quiénes eran sus hijos para dejarles sus bienes en herencia, y este ansia de personalización, de perpetuarse, lo consiguió en la actual composición de la familia".
5. La educación: es ella la encargada de la transmisión y perpetuación de los roles culturales, pero solamente puede realizarlo con una dosis adecuada de represión e imposición. En palabras de Neill³⁰: "la bondad que depende del miedo al infierno, o del miedo al policía, o del miedo al castigo, no es bondad,

es simplemente cobardía. La bondad que depende de la esperanza del premio, o de la esperanza de ser alabado, o de la esperanza del cielo, depende del soborno. *La moral actual hace a los niños cobardes porque les hace temer la vida*". Por éso la educación no puede permitir ser liberadora para el niño, puesto que el adulto teme dar libertad al joven porque, en realidad, teme que el joven pueda hacer la verdad todas las cosas que él, el adulto, quiso hacer.

6. El estado: se erige como defensor de la familia dictando leyes, pero no es más que la expresión de su temor a que existan otro tipo de relaciones diferentes. Por éso le interesa discriminar a la mujer para que, no logrando su total emancipación laboral y económica, se adscriba al rol social que le es asignado y no cuestione la unidad y el concepto actual de familia.
7. La justicia: se encarga de llevar a la práctica las leyes del estado y que, una vez más, defienden instituciones y no personas.

En este contexto el nacimiento de un niño señala un cambio radical en la organización familiar. Las funciones de los conyuges deben diferenciarse para enfrentarse a los requerimientos del niño, de atención y alimento, así como la distribución y restricción del tiempo de los padres. Pero, si estos aspectos generales son importantes, hay que resaltar la dinámica, estructura y funcionamiento familiar y ello porque la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, sino que se abastece por el establecimiento de una relación dialéctica entre él y su medio circundante. Pero además, este individuo, que vive en el seno familiar, es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse, de esta forma se establece una nueva dialéctica entre

las acciones del individuo y la familia con la sociedad, que incluyen además los procesos históricos. De esta suerte, el individuo responde a los stress que se producen en otros lugares del sistema, a los que se adapta; y él puede contribuir, en forma significativa, al stress de otros miembros del sistema³¹.

De lo dicho hasta el momento se puede comprender que los patrones de normalidad y anormalidad son creados en el seno familiar, de tal suerte que la demanda de *la consulta Paidopsiquiátrica se va a establecer de forma que conforman los deseos de los adultos*, de igual manera la ausencia a la intervención Paidopsiquiátrica es realizada por esos propios deseos de los adultos. Se perpetúa así el mito de Caín y Abel, con la coincidencia de que es Caín quien acude a la consulta Paidopsiquiátrica. Ello es tanto más así, porque, en palabras de Eikson³²: "la existencia de esferas de poder, de esferas de influencia, jurisdicción y posesión y, sobre todo, de esferas de explotación, son cuestiones que corresponden al proceso social y que no pueden explicarse por sus orígenes en la ansiedad infantil: constituyen la expresión de la realidad histórica y geográfica en la que existimos".

E – PERSPECTIVAS ACTUALES EN SALUD MENTAL INFANTIL

Mucho es lo que se pudiera decir de este apartado, pero vamos a intentar esquematizarlo siguiendo las líneas expuestas por Cobo Medina³³ en el último Symposium de Pediatría Social, aunque con algunas variaciones introducidas por nosotros.

Primera tendencia: la vocación preventiva:

Esto supone, por una parte, la visión precoz del niño con una pres-

tancia cronológica y una expectación activa y en segundo lugar una evaluación y seguimiento constante. Ello no comporta la psiquiatrización, sino la evaluación del riesgo evolutivo con una dimensión comprensiva y una imaginación pronóstica, intentando desligar lo que es patológico de lo que nos es ofrecido como anormal.

Ello comporta, plantearnos los niveles de la prevención y que Stork y Foucher distinguen en dos tipos:

- a) La prevención primaria: consistente en la mejora objetiva de las condiciones de vida del niño y que pasa por una correcta actuación de todos los profesionales que tienen contacto con la infancia, para lo cual deben tener una formación adecuada, como más adelante veremos.
- b) La presión secundaria: consiste en asegurar un diagnóstico precoz y la instauración del tratamiento oportuno de manera adecuada, sin menoscabo de diferencias económicas, sociales o ideológicas.
- c) No debemos olvidarnos de la prevención terciaria, en el sentido de que una vez establecido el handicap e instaurado su tratamiento, no se debe perder la perspectiva de la reintegración, rehabilitación y reinserción sociales.

En este sentido, es fundamental el papel determinante de dos figuras fundamentales: el Pediatra, como primer receptor del sufrimiento infantil, y el maestro por su papel de identificación alternativa a los modelos parentales.

Segunda tendencia: necesidad del Equipo en Paidopsiquiatría:

Si en cualquier campo del sector salud el trabajo en equipo es funda-

mental, en el campo de la salud mental infantil es estrictamente necesario, puesto que el trabajo aislado de una sola profesión dará una visión unidimensional, que en nada tiene que ver con la realidad infantil. Este equipo significa:

- a) El reconocimiento de una insuficiencia o limitación individual.
- b) El objetivo es constituir una supradependencia que, de forma secundaria, otorga identidad a todos y cada uno de sus miembros. Esto solamente puede adquirirse en el marco de una sanidad pública y participativa, puesto que la institución privada, por sus propios intereses gananciales, supondría unos costos muy gravosos.
- c) La realización del equipo debe plantearse más en función de las capacidades obtenidas que de los títulos acreditativos.
- d) Permite una serie de puntos diferentes en la acción puesto que, por un lado, evita la posibilidad de una contratransferencia negativa al existir otros miembros que puedan dar la atención. En segundo lugar, permite la movilización del equipo allí donde es requerido. En tercer lugar, la crítica permanente de los propios errores le harán superar determinadas problemáticas que puedan surgir.

e) Personal mínimo del equipo: *el psiquiatra infantil* como coordinador de dicho equipo, dicho papel podría ser visto con tres dimensiones: el psiquiatra tradicional encorsetado en posturas orgánico-mecanicistas, que desinsertan al niño de su realidad; el "adaptado" que simplemente acepta al equipo pero con papel predominante e impositivo, y por fin el "dinámico" que aceptaría perder parte de sus privilegios para transferirlos al equipo, obteniendo así una visión polimorfa del pequeño pa-

ciente. *El psicólogo*: clásicamente ha sido considerado como un textólogo, nada más lejos de la realidad; pero tampoco su pugna por un apresuramiento psicoterapéutico es adecuada; su línea debe aportarnos la dimensión investigadora y la comprensión psicológica del niño real; por ello su formación clínica y dinámica debe realizarse en base a la integración asistencial, alejándose de premuras y ansiedades, eliminado susceptibilidades y limando competencias. *Los asistentes sociales*: estos trabajadores, se presupone, que deben estar en contacto con la realidad social y, por ello, ejercen una acción positiva, tanto en el aporte de datos como de acción concreta, deben constituir el puente de unión entre el equipo de salud mental infantil y el resto de las instituciones de la comunidad. *La ATS Paidopsiquiátrica*: no debe ser considerada como una mera administradora o ejecutante de órdenes, sino al contrario, una cuidadora/observadora de la conducta infantil de excepción; su papel en las tareas de maternaje, de cuidado y observación de los niños en la consulta, su participación en terapias de relajación, su situación de observadora en determinados grupos, su conexión con el personal de otras especialidades de similar titulación, etc. son fundamentales. Pero además debe existir otro tipo de personal como son *las Auxiliares*, con su importante papel de ordenación de los ficheros, recepción de enfermos, cuidado de material, etc; *el personal administrativo* al cuidado de los ficheros, etc. Tampoco se debe olvidar la conexión con aquellos *otros profesionales* que les son *complementarios*: logopedas, terapeutas ocupacionales, rehabilitadores, etc., etc.

Tercera tendencia: la autonomía del Equipo Paidopsiquiático:

El niño como unidad diferenciada e

integradora nos debe asegurar que aquellas personas que se dedican a él, sea cual sea su dedicación, lo hagan con una adecuada autonomía asistencial, administrativa y formativa. Es la única forma de evitar conflictos relacionales con otras especialidades vecinas que niegan el acceso a la Psiquiatría y Psicología Infantil

Cuarta tendencia: la formación programada del Equipo Paidopsiquiático:

Si la formación, en cualquier campo del sector salud debe ser continuada, en el área de la salud mental es estrictamente insustituible, máxime cuando en nuestro país las instituciones oficiales marginan, casi sistemáticamente, una visión global y real de todas y cada una de las múltiples escuelas psiquiátricas, y psicológicas con el fin de que pueda haber una adscripción. Es más, la marginación sistemática de determinadas tendencias no sería más que la expresión de la duda de su propia identidad. Es curioso que todavía no se haya reconocido la especialización en psiquiatría infantil de manera oficial, aunque exista un proyecto, a todas luces insuficiente, aunque podría ser válido como punto de partida.

La formación en Paidopsiquiatría debe ser progresiva, coordinada, integrada y supervisada. Cubriendo campos que abarquen: Psicología Infantil con la importancia de los métodos psicodiagnósticos, Neurología Infantil, conocimientos básicos de Puericultura y Pediatría, actividades en consultas externas, asistencia a Unidades de Hospitalización, así como formación en Psiquiatría de la Comunidad. Todo ello precisa de: reuniones periódicas de equipo donde se debata la marcha general y funcionamiento de los servicios, sesiones clínicas donde se discu-

tan aquellos casos que tengan una duda o un interés especiales, seminarios formativos concretos sobre teoría y práctica de la Psiquiatría y Psicología Infantiles de todas las escuelas y dadas por personal perteneciente a esa misma escuela, supervisión de psicoterapias tanto de las individuales como de las grupales, establecidas a dos niveles: el interno del propio servicio y el del conjunto del equipo.

Quinta Tendencia: generalización de la dimensión "psi".

Esta dimensión comporta, cada vez más, la aceptación de un clima psicoterápico institucional. Por ello el camino actual debe cubrir los aspectos psicológicos, psicopedagógico y psicosocial, de tal suerte que se pueda acudir a procedimientos psicoterapéuticos, reeducativos y de acción social. Ello comporta una limitación de la psicofarmacología el campo infantil por ser mal conocida y con muchos efectos paradójicos.

Sexta tendencia: hacia una psiquiatría infantil de tipo estructural.

Hemos abordado con anterioridad la integración de la estructura en vez de la prelación por el síntoma. No es el fenómeno el que determina la acción en salud mental infantil, sino la estructuración en niveles de integración real de todo el complejo entramado que rodea al niño.

Séptima tendencia: necesidad de estudios epidemiológicos.

No existe una perspectiva epidemiológica para los trastornos psicopatológicos de la infancia, es por ello que debe establecerse una acción coordinada para determinar los gra-

dos de tolerancia o de intolerancia con respecto al comportamiento infantil dentro de su medio. Quizá el mayor problema sea de tipo nosográfico, pues cada escuela plantea su propia clasificación. La clasificación de la OMS³⁴, ha quedado relativamente relegada. Las clasificaciones D.S.M. I, D.S.M. II y el más moderno D.S.M. III³⁵ son puramente fenomenológicas y realizadas en otro contexto social. En conjunto con la Sección de Paidopsiquiatría de la Clínica Infantil La Paz, nuestra Unidad de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital del Niño Jesús, ambos de Madrid, hemos elaborado una ficha de recogida de datos multiaxial y no determinante de un diagnóstico estricto, elaborada con un criterio psicodinámico y evolutivo y creemos que aplicable a cualquier tendencia psiquiátrica y que posteriormente expondremos.

Octava tendencia: tratamiento del niño en su medio ambiente.

Ya en el año 1942 Winnicott³⁶ expresaba: "resulta inútil que nos pidan que estudiemos un caso si la dirección cae en un barrio sumamente alejado, a no ser, claro está, que el viaje resulte fácil o el niño pueda asistir sin necesidad de que lo acompañen. Y, además, por supuesto, raramente hay plazas". En nuestro país, cuarenta años después, estamos, todavía, peor que la situación descrita por Winnicott. La OMS ha insistido en reiteradas ocasiones que, *en cualquier actuación de la salud, debe realizarse en el seno mismo de la comunidad*. Todo esto es tanto más necesario, cuanto que el desarraigo social del niño es mayor al separarle de su propio medio ambiente y solamente podrá actuarse sobre el propio niño en la medida que exista un compromiso formal por parte de la

comunidad y sus instituciones en superar este problema infantil.

Novena tendencia: la consideración de la familia:

Ya hemos supuesto con anterioridad la importancia de la familia, por ello no debe perderse esta perspectiva e integrar de manera adecuada tanto la observación como la *actuación en el medio familiar, con el fin de paliar una contraactitud en el medio familiar por las angustias paranoides y de culpabilizaciones que pueden surgir en el curso de la terapia.*

Décima tendencia: aplicación de las medidas terapéuticas adecuadas.

No tiene ningún sentido, el realizar un diagnóstico, más o menos brillante, sin poder aplicar las medidas terapéuticas adecuadas. A nadie se le ocurre diagnosticar una neumonía o una infección urinaria o una apendicitis y mandar al paciente para casa. Eso comporta crear unas falsas expectativas a las demandas establecidas. Por ello, es estrictamente necesario que la actividad psicoterapéutica sea reconocida como parte integrante de la atención integral a la personalidad infantil. Este reconocimiento por los poderes públicos, debe ser realizado de forma urgente y prioritaria, pues, de lo contrario, seguirán siendo las clases populares las que no podrán acceder a este tipo de tratamientos, expresando, una vez más, la dominación, explotación y marginación de la que son objeto por la clase dominante.

REALIZACIONES PRACTICAS

Una vez expuestas las bases teóricas actuales podré aproximarme a la

exposición de un modelo de acción práctica en salud mental infantil, bien entendido que es simplemente una acción puntual, debido a la entrega de un equipo de trabajo y no a una situación que pueda ser generalizable. Sé que tiene muchos defectos pero, en la medida que exponiéndolos se verbalizan y critican, ya es un intento de corregirlos.

A – RECEPCION DE LOS PACIENTES

Por la no existencia de una coordinación adecuadas en los niveles primarios de asistencia pública nos vemos obligados a aceptar, ya que es el único recurso, las demandas que surgen desde la comunidad y los profesionales. Por nuestra dependencia de la Seguridad Social obliga a que sea el Pediatra el que nos remita las peticiones de consulta, sin embargo nosotros recogemos de dónde ha surgido la primitiva demanda: de los padres, de la escuela, del pediatra de zona, del pediatra hospitalario o del pediatra especialista; de igual manera hemos de tener presente el origen de la consulta si es por consulta ambulatoria o bien de la hospitalización.

Por el exceso de demanda hay una situación evidente de demora, que, después de un año cerrada la peticiones de las consultas extrahospitalarias, se sitúa entre siete u ocho meses. Por ello, al momento de la recepción y darles la citación es imprescindible tomar todos los datos de filiación, de domicilio y teléfono por si hubiera algún cambio en la fecha de citación. Se les entrega a los padres dos cartas, la primera dirigida a ellos con el fin de exponerles la importancia de que acudan ambos miembros de la pareja parental, así como que expliquen al niño porqué es llevado a la consulta y

que en ella no se le va a realizar ninguna exploración traumática. La segunda va dirigida al colegio del niño, para que la maestra exponga su criterio en cuanto a inteligencia global, rendimiento escolar, sociabilización, áreas con dificultades, relaciones con los profesores y los otros niños y aquellas otras observaciones que se estimen oportunas; de igual manera nos ofrecemos para colaborar con ella en lo que crea conveniente.

B - LA LLEGADA DEL NIÑO A LA CONSULTA

El niño es el centro de nuestra consulta, por ello a él va dirigida toda la atención y todos nuestros esfuerzos. *Es recibido por la ATS psiquiátrica*, con la cual recorre la Unidad para que la conozca y vea que no se le va a hacer nada. *Con ella comienza la exploración realizando 6 dibujos temáticos*: una familia, el miedo, una persona que no es normal, un sueño, la enfermedad y un inventado. Se le dice que puede dibujar lo que quiera y con los elementos que desee, que una vez concluya de realizar cada dibujo, por detrás escribiera una historia relativa al tema, luego la ATS asocia con el niño según el discurso que él plantea. De esta suerte, se obtienen aspectos formales y aspectos de contenido. *Se valoran las identificaciones, proyecciones, negaciones o desplazamientos que el niño realiza.*

A la par la Auxiliar recoge todos los datos de dirección de la familia y del niño para que sean adosados tanto a la historia como a la ficha de recogida y resumen de datos.

De esta suerte comienza ya el proceso diagnóstico, digo proceso puesto que entraña una visión dinámica y no de un mero etiquetado diagnóstico. *No es realizar una historia*

más, sino que comporta la realización de todas las entrevistas y pruebas psicodiagnósticas oportunas tanto con los niños como con los padres.

Posteriormente situamos la entrevista con el niño a solas, interesándonos por sus deseos, su grado de información a la hora de llegar a nuestra consulta, sus conflictos familiares, escolares y personales, sus fantasías, sus frustraciones, etc. El tiempo de duración es variable, de acuerdo con la edad y el grado de colaboración del niño.

El paso siguiente lo representa la entrevista con los padres, en ella obtenemos la versión familiar así como su vivencia, los datos de la historia evolutiva del niño y los rasgos psicológicos de los padres y de sus respectivas familias.

Una vez finalizado este proceso se revisan y supervisan las historias por el equipo, de los datos obtenidos se evalúa la continuidad de la exploración hacia un juego diagnóstico, estudio dinámico de la personalidad, inteligencia y/o instrumentalización. Una vez recogidos todos los datos se plantea la síntesis y acción a seguir, sin perder el principio de realidad ni la demanda que nos ha sido formulada de tipo manifiesto, una vez que ha sido contrastada con los contenidos latentes.

C - LA RECOGIDA DE DATOS, LA FICHA DIAGNOSTICA

Como hemos expresado anteriormente esta ficha diagnóstica ha sido elaborada bajo los auspicios del Dr. Cobo Medina³³ y se lleva a cabo tanto en nuestro Hospital como en la Clínica Infantil La Paz, somos conscientes de sus limitaciones y de que se encuentra en fase de experimentación y sondeo. *Consta de las siguientes*

partes:

1. *Diagnóstico Fenomenológico o Psicopatológico*: Se encuadrarán aquellos datos que sean recogidos en la anamnesis, como síntoma actual o antecedente, y aquellos otros obtenidos en la exploración. Cada niño podrá presentar uno o más datos, haciendo constar la edad de aparición, su intensidad, su frecuencia, su duración, el posible factor desencadenante, etc.:
- a) *Retrasos madurativos*: Comprende los retrasos en el primer desarrollo del niño (marcha, lenguaje, etc.).
 - b) *Reacciones comportamentales*: son manifestaciones como rabietas, inquietud, nerviosismo, caprichos, desobediencias, egoísmo, cóleras, fugas, timidez, lentitud, pasividad, masturbación, amañamiento, tics, tartamudez, somnambulismo, etc.
 - c) *Reacciones de ansiedad*: incluimos los miedos, fobias, obsesiones, compulsiones, ritos que se realicen con angustia, temores hipochondríacos, insomnio con ansiedad, terrores nocturnos, pesadillas, angustias de separación en cualquier ambiente, etc.
 - d) *Disforia*: correspondería a aquellos niños habitualmente incómodos, irritables, con mal humor, de los cuales se podría decir: "no están a gusto con nada, como encontrándose mal dentro de su cuerpo".
 - e) *Reacciones depresivas*: se caracterizarían por tristeza motivada o inmotivada, que frecuentemente coinciden con una baja autoestima y que se pueden exteriorizar como aburrimiento, sensación de que no se vale para nada, etc.
 - f) *Reacciones conversivas y/o histéricas*: serían somatizaciones sin base orgánica y con significación simbólica o claramente conflictual. Las reacciones histéricas son las disociativas o muy teatrales con gran espectacularidad.
 - g) *Crisis psicógenas o funcionales*: como lipotimias, pérdidas de conciencia no orgánicas ni histéricas, crisis hipotónicas, etc.
 - h) *Somatizaciones*: incluyen todo síntoma del niño sin base orgánica o presumiblemente funcional (cefaleas, abdominalgias, otalgias, artralgias, etc.).
 - i) *Reacciones psicóticas*: el niño vive un mundo no controlado o desbordante de fantasías, angustias... sin barrera entre la realidad externa y la ficción (ideas delirantes, estados alucinatorios, etc.).
 - j) *Síndrome Autístico*: se considerará primario si es desde el principio de la vida del niño, o secundario si acontece tras un cierto periodo de desarrollo aparentemente normal; incluso se anotarán los rasgos autísticos concomitantes con la deficiencia mental.
 - k) *Situaciones especiales en la vida del niño*: serían aquellas con una entidad propia como son: duelo (situación que se origina en el niño y/o en el medio familiar cuando se produce la pérdida de un familiar o amigo; se incluirá en este apartado tanto la situación de reacción explícita como la de negación de duelo), intento de suicidio, accidentes (tanto de circulación como los de durante el juego, intoxicaciones involuntarias y la traumatofilia), malos tratos (principalmente de los padres o personas adultas cercanas, en forma reiterada y alarmante), violación o traumas sexuales, hospitalizaciones (especificando número, duración y causa de las mismas, así

como si hubo o no afectación psicológica), intervenciones quirúrgicas (desde el punto de vista cuantitativo, puesto que el cualitativo va en el apartado siguiente).

Hemos de aclarar que la utilización que hacemos del término reacción no es como una respuesta condicionada por el ambiente, sino que la usamos de una forma móvil y movilizable propia del sujeto y, por supuesto, resultado de su dialéctica con el entorno, pero que no tiene porque ser fija, sino que, más bien, haga pensar en un enfoque dinámico, evolutivo, coyuntural sin abandonar el aspecto estructural.

2. *Diagnóstico Psicosomático*: se incluirán todas aquellas situaciones, presente o pasadas, donde exista un determinismo psíquico con el proceso de enfermar y/o las repercusiones psíquicas del enfermar orgánico. En realidad, suponemos que toda enfermedad, por muy orgánica que sea, ha de producir un impacto en el proceso evolutivo y de maduración del niño. Por éso recogemos todas las incidencias de enfermedad de cierta importancia, así como las intervenciones quirúrgicas o exploraciones incisivas. Se recoge por aparatos y sistemas de la economía del organismo.

3. *Diagnóstico Clínico de Personalidad y Conflictos Básicos*:

- a) *Infantil*: se entiende que hay una anacronía madurativa para su edad cronológica con intereses, fijaciones, razonamientos, más inmaduros que los esperados para su edad real.
- b) *Inmadura*: tiene rasgos de diversas estructuras sin consolidarse en ninguna de ellas. Es, paradójicamente, la "estructura por falta

de estructurar"; se da como una especie de mezcla coincidiendo con frecuencia también una cierta inmadurez del desarrollo biológico y funcional.

- c) *Neurótica*: está determinada por rasgos de culpabilidad, un *super-yo rígido interiorizado*, conflictos internos con entidad y coherencia, ambivalencia, sentimientos de inferioridad, etc. Se debe especificar la tendencia de la organización hacia la personalidad histérica, disociativa, fóbica, obsesiva, etc. y sus ligazones mistas.
- d) *Caracterial*: cuando *domina el mecanismo proyectivo* en la relación. El sujeto tiende a achacar la culpa de sus problemas a los demás sin ponerse en cuestión él mismo. Como mención aparte, situamos la *caracterial-psicopática*, en la que los conflictos son importantes con el medio ambiente, comprendiendo problemas delictivos o predelictivos. Estos niños suelen tener *gran dificultad para tolerar la frustración*. En todo caso, existe un gran rechazo social, tanto del sujeto a los demás, como de éstos hacia el sujeto.
- e) *Psicótica*: no diferencia entre el mundo externo (real) y el mundo interno (subjetivo) empleando *mecanismos de defensa poco estructurados y primarios*. Todo lo cual ocurre de forma máxima y habitual en el yo del niño, de tal suerte que éste queda invalidado en su funcionamiento y adaptación. Se exterioriza en conductas de inquietud y de ansiedad masiva, alucinaciones, aislamientos extremos con referencialismo, paranoicismo, etc. Cabe advertir que no todo síntoma alucinatorio o referencial pertenece obligadamente a una personalidad psicótica.
- f) *Disarmonia evolutiva*: corres-

ponde a una organización discrónica del sujeto, con fallas y lagunas evolutivas, compensadas o no. Se suelen imbricar los mecanismos prepsicóticos y los deficitarios (instrumentales o cognoscitivos).

- g) *Afectada por el déficit*: se considerará así cuando el déficit es tan masivo, por daño orgánico o por desaferentación afectiva, que sólo se puede ver precisamente el daño físico o relacional, es decir, la personalidad está anegada por la lesión, es deficitaria.

El hecho de poner la estructura de la personalidad no comporta, en modo alguno, un juicio diagnóstico, sino simplemente la estructuración en ese momento dado de la evolución. De igual manera, puede hablarse de la dimensión "pre", que significa la existencia de algunas características de la personalidad del niño que corresponden a la estructura que se perfija, pero en ningún caso prejuzga que vaya a evolucionar de forma inexorable hacia esa estructura supuesta, a ello hay que complementarlo con el aspecto cronológico.

En cuanto a los conflictos y situaciones básicas de las personalidad señalamos los siguientes:

I.- La posición instintual, libina/agresiva del niño, con sus movimientos de fijación/regresión: oral, oral-sádica (agresiva), anal, anal sádica, fálica, situación pre-edíptica, situación edíptica, situación de edipificación (cuando la posición del sujeto aparentemente edípica, aparece muy infiltrada de pre-genitalidad).

II.- *Relación objetal*: en la an-objetal, el sujeto no vive para nada la identidad del Otro como diferenciado, al contrario de la objetal,

en que el niño vive al Otro como un ser perceptual, conceptual y afectivamente global. En la relación pre-objetal el sujeto vive al Otro en forma fragmentaria, parcial, discodidad; la persona, para él, es un trozo o un conjunto de pedazos inconexos.

- III.- Las angustias básicas definen aquellos aspectos que, normalmente, toda persona debe abordar y elaborar en su vida. Estudiaremos en el niño su intensidad y su grado de elaboración. *Consideramos tres angustias básicas de separación, de castración y de muerte.*

En general este apartado se realiza con la anamnesis, juego diagnóstico, dibujos temáticos y test proyectivos.

4. Diagnóstico de Inteligencia, sus instrumentos y rendimientos:

- a) *Apreciación clínica*: normal o disminuida, calificación que eno prejuzga sea etiquetada como deficiencia mental.
- b) *Apreciación psicométrica*: de la cifra del CI se expresa en la clasificación de la OMS, con lo cual eliminamos el "cifrar" o "tasar" al niño. Consideramos que es disarmónica cuando existen más de 10 puntos de desfase entre las escalas verbal y manipulativa.
- c) *Instrumentalización de la inteligencia*: se refiere no ya al potencial intelectual, sino a los últimos, a los instrumentos, a las herramientas de que dicha inteligencia dispone y que pueden estar afectadas (dislexia, zurdera, problemas espacio-temporales y de lateralidad, disgrafias, discálculas, etc.).
- d) *Rendimiento escolar*: nos guiamos para ello del informe remitido por los maestros y que anteriormente

hemos hecho referencia.

5. *Diagnóstico Psico-socio-familiar: Es el cuadro familiar desde una perspectiva psico-socio-económico-cultural, tal como aparece y la deducimos de los datos aportados por los padres, el medio externo y en su caso la descripción de la asistencia social.*

- a) *Fratría y localización del niño entre sus hermanos, sexo de ellos y número de abortos.*
- b) *Características centradas en el niño: rechazado o deseado por los padres, celos con alguno de los hermanos, envidias, diferencias de conducta en casa o en el colegio, etc.*
- c) *Padre: descripción de personalidad, relación con el niño, datos de salud, psicopatología, condicionantes y antecedentes familiares, etc.*
- d) *Iguales datos para la madre.*
- e) *Convivencia de la pareja parental, grado de conflictividad, o de satisfacción interpersonal de la misma.*

SITUACION ACTUAL Y VIAS DE SOLUCION

A – ESTADO ACTUAL:

El hablar de la asistencia paidopsiquiátrica en España es hablar de una ausencia, una falta. Prácticamente se limita a una actividad de mala asistencia para los deficientes mentales.

1. Dependencia y localización: en los hospitales clínicos y patronatos suelen depender de servicios de psiquiatría general, en tanto en los hospitales de la Seguridad Social se encuadran en los departamentos de pediatría. Para los aproximadamente diez o doce millones

de niños que hay en España hasta los 15 años, existen muy contados servicios de asistencia psicológica infantil, muchos de ellos únicamente dedicados a informes de deficiencia mental, para obtener la ayuda de 3.000 ptas. al mes que aporta la Seguridad Social.

2. El personal asistencial así como los locales y medios materiales son totalmente insuficientes. (D-28, 29 y 30)
3. La formación del personal no está estipulada de manera oficial.
4. La localización geográfica, como es norma habitual en la Sanidad Española, en las grandes urbes, quedando grandes zonas del Estado totalmente desatendidas, lo cual obliga a desplazamientos y expectativas que no pueden ser satisfechas.

B – VIAS DE SOLUCION:

1. Creación de un nivel asistencial adecuado como es el sector Paidopsiquiátrico³⁹: se debe considerar un territorio bien delimitado en el que un equipo médico-social, o varios equipos bien coordinados, que dispone de una serie de instituciones y medios terapéuticos, toma a su cargo, todas las tareas de profilaxis, tratamiento y readaptación de los trastornos psíquicos de esa población dada. En general su finalidad principal es terminar con la segregación, rechazo y marginación de los niños afectos psíquicamente. Para ello, es preciso aportar la terapéutica y apoyo social en el propio medio, estudiando las correlaciones entre enfermedad psíquica y estructuras sociales, aumentando la tolerancia de éstas a aquéllas. De igual manera, ofrece información a la

sociedad contribuyendo a la prevención e higiene mental colaborando de forma activa con instituciones sanitarias, políticas y sociales.

2. Adecuación en material y métodos a las necesidades de la población, dotándolos del personal adecuado para llevarlos a cabo.
3. En cuanto a la formación debe ser única y total para todos aquellos miembros del equipo que trabajen en conjunto, siendo su capacidad laboral enfocada de acuerdo a la valía y formación, más que a la titulación concreta. Somos partidarios del análisis personal de aquellos miembros que se dediquen a la salud mental infantil, para evitar proyecciones o contratransferencias que dificulten la labor. De igual forma la coordinación y su-

pervisión clínica de la labor realizada por el equipo debe tener su cabida. Todo ello junto con la bibliografía, somos defensores de que debe ser cubierto por la propia institución pública en la que se presta el desarrollo laboral.

4. La existencia de una coordinación con los médicos de la comunidad, de los hospitales y con la institución pedagógica es estrictamente necesario para que no existan responsabilidades delegadas.
5. Somos conscientes de que estos aspectos solamente podrán ser cubiertos con la creación de un Servicio Nacional de Salud, único, gratuito para toda la población, financiado por los presupuestos generales del estado y gestionado por todos los sectores implicados.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHERRER, R; HOCQUENGHEM, O: "Album sistemático de la infancia". Ed. Anagrama, Barcelona, 1980.
2. GARCIA CALVO, A: "Intervención en la inauguración del XV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría", Madrid, 1980.
3. LACAN, J: "Escritos". Ed. S. XXI, México, 1980.
4. DIATKINE, R: "Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale" Psychiat. Enfant, X, 1967, 1, 1 - 142.
5. FREUD, S.: "Inhibición, síntoma y angustia", Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1, 97 pág. 2833.
6. MENENDEZ OSORIO, F.: "El síntoma psíquico y psicosomático en la infancia: análisis psicodinámico y estructuralista". As. Esp. de Pediatría. 13, 1091, 1980.
7. FOUCAULT, M: "El nacimiento de la clínica". Ed Siglo XXI, México, 1978, 129.
8. MANNONI, M: "El niño, su enfermedad y los otros". Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1976. 9. FREUD, S.: "Más allá del principio del placer". opp. cit. vol. 3, 1507.
10. CASTILLA DEL PINO, C.: "Introducción a la Psiquiatría". vol. 1; Ed. Alianza Universidad. Madrid, 1980. 314.
11. ALTHOUSE, L.: "Cuna de Filosofía para científicos". Ed. Laia, Barcelona, 1975.
12. HANECKER, M.: "Los conceptos elementales del materialismo histórico". Ed. Siglo XXI, México, 1977.
13. PEDREIRA MASSA, J.L.: MENENDEZ OSORIO, F.: "El síntoma psicosomático en el niño". Revista de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría, 0, 1981, 8 l.
14. BERGERET, L.: "La personalidad normal y patológica" Ed. Gedisa, Barcelona, 1980.
15. FREUD, A.: "Normalidad y patología en la infancia". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1975.
16. PIAGET, J.: "La Psicología del niño" Ed. Morata; Madrid, 1975.
17. WALLON, H.: "La evolución psicológica del niño". Ed. Piqué. Buenos Aires 1976.
18. ZAZZO, R.: "Psicología y Marxismo". Ed. Aprendizaje; Madrid, 1976.
19. PIAGET, J.: "El papel de la imitación en la formación de la representación". Epílogo de Psicología y Marxismo. Ed. Aprendizaje, Madrid, 1976, 135.
20. FREUD, A.: "El yo y los mecanismos de defensa". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1971.
21. SPITZ, R.: "El primer año en la vida del niño". Ed. Aguilar; Madrid, 1978.
22. COBO MEDINA, C.: "Psicosomática evolutiva en la infancia". Boletín del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia médica, II 1978, 29.
23. GRIMBERG, L.: "Psicoterapia del grupo". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1977.
24. MARX, K.: "La sagrada familia" en Antología de Marsé, E. Tierno Galván. Ed. Cuadernos para el diálogo. Madrid, 1973.

25. BUHLER, Ch.: "Psicología Práctica". Ed. Miracle, Barcelona, 1975.
26. PEDREIRA MASSA, J.L.: "Contexto familiar". Ponencia en la II Jornada de Psiquiatría de Madrid, 1979.
27. ENGELS, F.: "El origen de la familia". Ed. Fundamentos, Madrid, 1970.
28. FROMM, E.: "La familia". Ed. Península. Barcelona, 1970.
29. CASTILLA DEL PINO, C.: "Cuatro ensayos sobre la mujer". Ed. Alianza, Madrid, 1975.
30. NELL, A.S.: Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1963.
31. MINUCHIN, S.: "Familias y terapia familiar". Ed. Gedisa. Barcelona, 1979.
32. ERIKSON, E.: "Infancia y sociedad". Ed. Marsé. Buenos Aires, 1980.
33. COBO MEDINA, C.: "Paidopsiquiatría e higiene mental infantil en nuestra sociedad española actual". Ed. Sección Pediatría Social de la A.E.P. Puerto de la Cruz, 1981.
34. O.M.S.: "Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación". Ginebra, 1976.
35. D.S.M.- III: "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" Ed. Masson. Barcelona, 1983.
36. WINNICOTT, D.W.: "Escritos de Pediatría y Psicoanálisis". Ed. Laia. Barcelona, 1978.
37. MENENDEZ OSORIO, F.: "La Psiquiatría infantil en España y la historia de una marginación en la transformación de la asistencia psiquiátrica". Ed. Mayoría. Madrid, 1980.
38. PEDREIRA MASSA, J.L.: "Aproximación a la situación actual de la Paidopsiquiatría en España.
39. PEDREIRA MASSA, J.L.: CABALEIRO, F.: "Reflexiones de dos paidopsiquiátricas a la colaboración de la asistencia paidopsiquiátrica en su distrito de Madrid. Jornadas de Medicina Comunitaria, 1981.