

MAREMAGNUM

publicación galega sobre os trastornos do espectro do autismo



nº 16 - 2012

*NENOS SALVAXES E
PSIQUIATRÍA INFANTIL*



NENOS SALVAXES E PSIQUIATRÍA INFANTIL

AUTISMO GALICIA

MAREMAGNUM

 AUTISMO GALICIA

Nº 16. Ano 2012

Número Ordinario

galego/castelán

Director

Cipriano Luís Jiménez Casas

ciprianoluis@menela.org

Consello de Redacción

Ana Martínez Díez

Enma Cuesta Fernández

Susana Rodríguez Blanco

Estrela Vázquez Allegue

Cipriano Luís Jiménez Casas

Corrección Lingüística

Secretaría Xeral de Política Lingüística e

Felicia Estévez Salazar

Ilustración portada

Berta Caccamo

Edita

AUTISMO GALICIA

Rúa Home Santo de Bonaval, 74 baixo

15703 Santiago de Compostela

Tfno. 34 981 589365

Fax 34 981 589344

E-mail: info@autismogalicia.org

www.autismogalicia.org

I.S.S.N. 1698-5966

Dep. Legal: 378-1997

Impresión

Difux, S.L.

Sumario

– GALEGO –

7

Editorial

NENOS SALVAXES E PSIQUIATRÍA INFANTIL

9

DE QUE FALAMOS CANDO FALAMOS DA INFANCIA
EN PSICOPATOLOXÍA. O NENO COMO SUXEITO

Federico Fernández Osorio

27

O NENO SALVAXE

Jean Garrabé

41

A PROBLEMÁTICA EDUCATIVA DOS NENOS SELVÁTICOS:
O CASO DE “MARCOS”

Gabriel Janer Manila

51

O CASO VÍCTOR DE AVEYRON E OS NENOS SALVAXES

Jaume Martínez Mas / Leticia Gómez Conde

67

ENTRE A PEDAGOXÍA E A PSICOPATOLOXÍA: O NENO
SALVAXE NO NACEMENTO DE A PSIQUIATRÍA INFANTIL

María Belén Martínez Alonso / Leticia Gómez Conde

81
NACEMENTO DA PSIQUIATRÍA INFANTIL
Cipriano Luis Jiménez Casas

93
O CEO DESDE A TERRA NA OBRA DE ROSALÍA DE CASTRO
María Pilar García Negro

109
MULLERES, LOUCURA, ESCRITA
Marilar Aleixandre

— CASTELLANO —

117
Editorial
NIÑOS SALVAJES Y PSIQUIATRIA INFANTIL

119
DE QUE HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE LA INFANCIA
EN PSICOPATOLOGÍA. EL NIÑO COMO SUJETO
Federico Menéndez Osorio

137
EL NIÑO SALVAJE
Jean Garrabé

151
LA PROBLEMÁTICA EDUCATIVA DE LOS NIÑOS SELVÁTICOS:
EL CASO DE “MARCOS”
Gabriel Janer Manila

161

EL CASO VICTOR DE AVEYRON Y LOS NIÑOS SALVAJES

Jaume Martínez Mas / Leticia Gómez Conde

177

ENTRE LA PEDAGOGÍA Y LA PSICOPATOLOGIA: EL NIÑO SALVAJE
EN EL NACIMIENTO DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL

María Belén Martínez Alonso / Leticia Gómez Conde

191

NACIMIENTO DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL

Cipriano Luis Jiménez Casas

203

EL CIELO DESDE LA TIERRA EN LA OBRA
DE ROSALIA DE CASTRO

María Pilar García Negro

221

MUJERES, LOCURA, ESCRITURA

Marilar Aleixandre

DE QUE FALAMOS CANDO FALAMOS DA INFANCIA EN PSICOPATOLOXÍA. O NENO COMO SUXEITO*

Federico Fernández Osorio¹

Psiquiatra Infantil

RESUMO

Abordar a clínica infantil en saúde mental, presupón como en toda práctica psicopatolóxica, que o clínico ten unha teoría e unha idea do que é o neno e do que é o psíquico. Saber da infancia, é dar conta da súa historia, do seu estatuto, do lugar do neno como suxeito, do seu ser, da súa condición psíquica e biolóxica etc. Todo iso son fundamentos esenciais para entender o quefacer psicopatolóxico, que en moitos casos se obvia e se dá como un saber presuposto, que non precisa de recoñecemento; e así locen certas prácticas. Así mesmo, é preciso dar conta do rexistro da linguaxe e da subxectividade, como o específico e diferencial do psíquico. Ao igual que determinar que é o que epistemologicamente nos dá entidade como especialidade.

De todo iso, derivarase o tipo de traballo que se vai realizar na prevención e na clínica infantil, fronte ao cientificismo e as derivas simplistas, reduccionistas e de patoloxizar as condutas, nas que se está empantanando certa práctica actual.

¹ O autor é Médico Psiquiatra da Unidade Mental Infantil do Hospital Materno Infantil, C. S. de A Coruña. Psiquiatra Infantil dos Hospitais de París; Longueil-Annel, 1971-1972 (Dr. Tosquelles); Necker-Enfants Malades (Prof. Mande y Dr. Amado); Alfred Binet (Profs. Levobici e Diatkine) e Vallé (Prof. R. Misés), en 1975-1976. Psicólogo Clínico; Especialista en Medicina Interna e Endocrinoloxía e Titor Clínico na USC e UDA.

* Ponencia presentada nas VII Xornadas “Clásicos en psiquiatría”, organizadas polo Servizo de Saúde Mental do CHUVI. Vigo, 25 de Xaneiro de 2012.

Introdución

Despois de máis de 30 anos de percorrido na práctica da psiquiatría infantil, dende aqueles comezos en París polos anos 70 con Tosquelles, Diatkine, Misés, Dolto etc. Preguntábame hoxe de que podía falarvos?, de psicopatoloxía?, dalgún caso clínico?, de tratamentos?... Pensei mellor, que algo tiña que devolverlles aos nenos do que deles aprendín e o moito que me ensinaron. E concluí, que a mellor homenaxe e pagamento a esa débeda, era expoñervos a base da clínica psicopatolóxica infantil: falarvos do que é o neno, é dicir, do suxeito/obxecto do coñecemento en saúde mental infantil... do ser do neno, que parece vén dado como un saber que non precisa de recoñecemento (e así locen certas prácticas no noso campo).

Toda práctica psicopatolóxica presupón e sostén unha teoría e unha concepción previa do que é o home, (ou o neno no noso caso). Aínda que hai algúns que nin consideran este presuposto e ao non saber que están manexados por unha teoría non teñen control sobre a teoría que os manexa e isto leva serios problemas na práctica (1). Por isto é importante ter claros os conceptos.

Se ao falar da clínica do adulto se comeza por entender que é o ser humano: a súa condición psíquica, biolóxica, social, antropolóxica, cultural etc.; parecíame importante comezar pola base, o primeiro ou básico do obxecto de estudo, que é o neno?, é dicir, dar conta do seu estatuto, a súa historia, o seu lugar, a súa entidade, o seu ser etc., fundamentos para entender a clínica psicopatolóxica.

Intentarei plasmar o que a miña experiencia de máis de 30 anos me mostrou e transmitirvos as reflexións e problemáticas que a clínica cos nenos me formulou e que aínda sigo formulándome e preguntándome.

Vou dividir a miña exposición en 3 temas. Cada un deles dálle sentido e fai comprender o seguinte.

Traballou nos Hospitais Psiquiátricos de Conxo; Ciempozuelos (Madrid) e foi Director Médico Psiquiatra no C. S. M. de Avilés. Cofundador e Psiquiatra Psicoterapeuta do Instituto de Psicoterapia del Niño y del Adolescente de Madrid (1977-1980). Participou en comisións de planificación; institucionais; clínicas; epidemiolóxicas; investigación, etc. para a Reforma Psiquiátrica do Ministerio de Sanidad (1983) e Asesor da Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia) en materia de Saúde Mental (1996). Como experto participou en comisións e grupos de traballo relacionados coa Psiquiatría Infantil (CCAA e a nivel de Estado). Membro dos Premios Luis Martín Santos e L. M. Sacristán da A. E. de Neuropsiquiatría e conselleiro das revistas da A. E. de Neuropsiquiatría e Psiquiatría Pública.

Publicou máis dunha trintena de traballos en diferentes revistas científicas como: JANO; GRIAL; Tribuna Médica; Siglo Cero; Asoc. Española Neuropsiquiatría e Siso Saúde, entre outras. Con outros autores publicou unha quincena de libros a redor da problemática da Psiquiatría Infantil; Saúde Mental; Practica Psicanalítica; Trastornos de conduta nos adolescentes e Protocolos de Saúde Mental, entre outros.

TEMA I:
¿QUE É A INFANCIA?

Aínda que utilizo o termo de infancia como etapa cronolóxica, debo sinalar que máis que me referir á infancia como o xenérico, quixese resaltar, que cada neno (ao igual que todo ser humano) é diferente e ten diferentes reaccións ante os mesmos estímulos. Como di Spinke Jonze: “*O problema é que se estendeu a idea de que os nenos son só dun determinado xeito...*” (2)

O concepto de infancia aparece, segundo Ph. Aries (3), no século XV ao XVII, como un constructo da historia moderna. A infancia estaba ata entón subsumida e diluída como un todo do adulto.

Para algúns, falar da infancia é apelar a un sentimento de tenrura, a unha visión rosa, cándida, inocente e anxelical do neno.

Fronte a esta idealización, hai unha moi outra realidade do neno. A historia da infancia móstranos a función tan distinta que o neno tivo ao longo dos séculos. Así, por exemplo, etapas como a adolescencia é algo recente, que non existiu, como tal, anteriormente. O neno en tanto ser social, non queda fóra das leis do mercado, da economía e da produción.

Seguindo a Lloyd de Mause (4), se nunha época foi o infanticidio ou o abandono nas amas de cría, a forma de responder ao que socialmente supoñía o valor e o papel do neno; noutros tempos, foi a explotación laboral, nos albores da sociedade industrial; e hoxe éo, como consumidor na nosa sociedade, aínda que se dean aínda formas e desenvolvementos moi desiguais (manténdose en non poucos sitios, a explotación, o maltrato e o abandono).

A sociedade de consumo actual, móstranos o auxe que alcanzou o emporio económico montado sobre e arredor do neno: moda infantil, xoguetería, turismo-lecer, educación, saúde etc. Especialismos de todo tipo de consumo e de atención para os nenos... miles de millóns móvense arredor de e para o consumo infantil. De tal maneira que se o neno deixase de consumir ou se anulase o gasto consumista infantil, teríamos unha quebra da economía mundial, (que vale a actual crise).

Como botón de mostra vou darvos algunhas cifras ilustrativas do **gasto consumista infantil**,

*En USA (1985) (5)

Adolescentes /ano = 5,7 billóns de pesetas en roupa-videoxogos-discos-lambetadas

1,56 billóns de pesetas en xoguetes

*En INGLATERRA (5)

De 7 a 15 anos/ por ano

66.560 millóns de pesetas en roupa

22.800 millóns de pesetas en patacas fritas

44.184 millóns de pesetas en doces

Actual custo adolescente/ano (6): 9.000 libras anuais

*En ESPAÑA (Revista publicista n.º 36, decembro 2000)

Investimento en publicidade para nenos: 38.372 millóns pesetas

Quería expoñervos estas cifras mareantes, para mostrar que ademais de receptor e dador de amor, cariño e dozura, así como continuador da especie, o neno actual ten tamén unha realidade moi material e necesaria no proceso produtivo da nosa sociedade e que isto vai xogar un papel moi a ter en conta, para os que queiran analizar “as causas do neno “.

Pero é preciso engadir, que todo o anterior fala do neno occidental e da nosa sociedade, porque a realidade doutros nenos e zonas ou países é moi diferente e dramática (uns 115 millóns de nenos fan traballos que a OIT considera perigosos). (7)

Visión da Infancia

Hai un enfoque habitual de ver o neno dende un punto de vista paternalista e adultomórfico, como reservorio de ideais e ilusións, paraíso de tenrura e época dourada onde a natureza humana se reflicte como bondade, inocencia e candor.

Todo o cal contrasta coa outra realidade que se nos presenta máis recentemente, do neno agresivo, despótico, delincuente, tiránico, asasino... (noticias xornalísticas e dos medios de difusión foron pródigas en mostrar casos e sucesos deste tipo realizados por nenos).

O neno non é malo, nin bo por “natureza”. É o un e o outro. Ten a capacidade de facer o ben e o mal, ambos os dous inscritos en todo ser humano dotado de razón.

Como refire Winnicott “no neno hai amor e odio, ben e mal... e estes sentimentos non son experimentados con maior violencia polo adulto que polo neno pequeno”(8).

Pero dada a idea da inocencia e do estado de natureza no que está o neno, tendemos a crer que non discirne o ben e o mal e que está no limbo ou non se decata de todo aquilo que lle circunda ou atinxe. Xa Margarida Yourcenar sinalaba: “que a nosa época ignora ou nega o talento da infancia “(9.)

Ao seu nivel, dada a súa particularidade e singularidade, o neno capta, comprende, rexeita, fai, desfai, imita-integra-asimila e se identifica. Vou facer unha

digresión clínica: **imitación e identificación** son termos que se confunden e erroneamente se manexan conceptualmente ao abordar o saber sobre o neno, coas consecuencias prácticas que iso leva consigo e a lixeireza de conceptos que supón.

Imita o mono, o ser humano identifícase. Percibir, sentir, a conciencia etc; non é un acto de simple rexistro imitativo ou especular (propio do animal); senón que é intelectual e simbólico, creativo, singular e particular (propio do humano).

O mesmo sucede ao confundir **empatía**, atribuído ás neuronas espello, coa **simpatía** que tanto a nivel dos circuitos cerebrais como da elaboración mental ten diferentes rexistros e fenómenos explicativos.

E todo isto vai ter repercusións na clínica e na observación e valoración do acto do neno.

Neno como Suxeito

Retorno ao que viña tratando, hai unha resistencia a recoñecer no neno ser suxeito da súa propia historia. Non entender que o neno é suxeito da súa historia é relegalo a obxecto ahistórico sen capacidade de desexo, volver á visión organicista de pura necesidade biolóxica, ou ás visións doces-humanistas prestas a salvar o neno sen uso de razón e lanzalo ao limbo dos xustos.

Este descoñecemento ou negación da realidade do mundo infantil, atopámolo tamén en relación co campo do psíquico. Ata non hai moito pensábase que o neno non tiña problemas mentais, (aínda non está recoñecida a especialidade de psiquiatría infantil), que en tal caso, os malestares ou trastornos que puidese presentar serán unha falta da natureza, sexa esta biolóxica, ou do medio, educativa etc.

O neno exclúese así e ignórase que sexa capaz de sufrir e gozar, sentir e padecer, deprimirse e exaltarse, delirar e razoar..., é dicir, ter un psiquismo que ao igual que os demais mortais –e ao seu propio nivel– pregúntase sobre os temas de todo o humano: o amor, o sexo e a morte. Así mesmo, o de poder padecer todo canto atinxe ao existir, entre iso, ao desvarío.

Certo que agora e por razóns similares ás expostas, está a deslizarse un fenómeno oposto: se antes había un descoñecemento e ignorancia sobre os problemas mentais do neno, agora hai unha psicopatoloxización e medicalización da vida cotiá, do sufrimento, dos malestares, dos problemas e das relacións co saber, ou cos outros... Toda conduta do neno pode ser diagnosticada patolóxica polos manuais ao uso... e o que escape xa entrará nos códigos Z.

Antes por ignorancia, agora por patoloxizar toda conduta, en definitiva, o neno segue excluído da súa capacidade de ser e da expresión do seu sufrimento psíquico.

Óbviose con todo iso a pregunta e interrogantes acerca da conduta do neno, de como se confronta en tanto suxeito, á vida, (como todo humano), ao seu desexo e ao seu gozo, é dicir, non o excluír da ética.

Estas formas particulares de arranxarllas co seu desexo e o seu gozo, vanse manifestar nas formacións sintomáticas, na angustia, na repetición, na sublimación, na queixa, no sacrificio, na inhibición, en definitiva, na clínica.

A cuestión que se nos formula é, como cada neno dá conta destas formas particulares e singulares da expresión da súa demanda, do seu desexo e da inscrición do seu gozo. Isto é un dos retos da psicopatoloxía.

Pero en lugar de darlle unha resposta a isto, o que atopamos é que ante todo desaxuste do neno, se lle pon un diagnóstico, ou mellor, búscase unha lesión (cerebral, xenética, neurotransmisores etc.), e aplícaselle un tratamento *ad hoc*.

A responsabilidade do neno

Isto lévanos da man a outra reflexión nesta liña: a da anulación do valor do acto do neno, da súa responsabilidade. Si, da responsabilidade do neno.

A confusión entre responsabilidade e culpa fai máis difícil comprender o problema. A responsabilidade non se esgota na culpa, é fundamento dela. Como diría Gunter Grass “hai que pasar do sentimento de culpa ao sentido da responsabilidade” (10)

Responsabilidade é valor do acto, que o meu acto ten un valor, pertenceme, depara consecuencias. Podo ser responsable pero non culpable. Son rexistros distintos (xurídico, ético, moral).

A anulación da responsabilidade no neno supón o seu borramento como suxeito e o do valor do seu acto, da súa pertenza. Para un neno ser responsable (= responder), é saber que o seu acto en tanto **expresión** do ser (conduta, palabra, xesto, acción); **confírelle** un valor (positivo ou negativo); **leva consigo** unha atribución (pertencelle, é del, fíxoo); **depara** unhas consecuencias (válidas ou lesivas).

Quitarlle a responsabilidade, é dicir, o valor do acto, supón abolilo de pertenza subxectiva e reducilo a ser mero ente da especie, e facer equivalente o seu acto, ao do animal, a planta ou a pedra... como di Ricoeur: “Somos verdadeiramente libres cando somos responsables” (11).

Non sería bo quitarlle ao neno a capacidade do compromiso cos outros, de soste a liberdade e de facer propias as decisións, aprender a ter autonomía e capacidade crítica, máxime cando na casa, colexio, rúa etc., non fan máis que

bombardealo e mandarlle que teña responsabilidade. Nada se lle repite máis que, sé responsable! O neno sabe ben destas cousas e pide que lle dean un lugar e un recoñecemento.

De todos os xeitos, é difícil facer ver este valor do acto do neno cando os propios termos de infantil, pueril, menor, adulto pequeno, futuro home, supón o distinto como negado e o outro á parte.

Así mesmo, dicirlle a alguén pueril, infantil etc., supón termos desvalorizados e usados despectivamente para descualificar o dito ou os comportamentos de alguén, como así o testemuñan os feitos cotiáns.

Por iso ten unha maior significación e valor, e é moi de agradecer, que estas xornadas lle deran ao neno un lugar entre os clásicos.

Vou deixar, por falta de tempo, a outra pata sobre a que se apoia e pivota a responsabilidade do neno. Esta outra pata é a dos pais, en tanto responsables legais e para todos os efectos do neno.

Da **responsabilidade dos pais** e sobre todo das funcións parenterais, **sería moi** importante e necesaria unha reflexión en profundidade, porque na clínica infantil con todo alegría e crendo dar ciencia e dentro do tratamento, danse pautas, normas, indicacións aos pais de como actuar, é dicir, de como exercer a autoridade, a educación, dar valores, condutas etc., como unha técnica terapéutica máis. Case nada, saber e abordar todo isto que atinxe á educación, os valores etc. Non sei de que saber e onde se forman os clínicos nestes coñecementos, salvo que cada un despregue a súa intuición ou a proxección dos seus propios ideais ou realidades e o seu bo parecer. Non hai patente de curso nestes saberes.

E si que sería importante, aínda que teñamos que deixalo para mellor ocasión, abordar fenómenos como o declive da figura paterna; ou a deriva do pai xestor, management, colega do seu propio fillo, e as consecuencias derivadas diso como as agresións por parte dos pais a profesores, ou a quen lle chame á atención, ao non poder aceptar lle cuestionen o comportamento ou a capacidade do seu fillo, porque é vivido como fallo na súa xestión e non como apoios comunitarios na educación de todo neno (a escola, os maiores etc.).

Así mesmo, sería importante cuestionar o papel dos expertos e técnicos, que veñen usurpar o saber intrínseco de todo pai e nai –construído ao longo de séculos e xeracións– e pretenden que van ensinar e pautar como hai que amar, sufrir, gozar, sentir... como se isto se puidese pautar e receitar.

Por último, conviría reler algún autores doutro tempo, acerca das relacións pais/fillos ou do comportamento dos mozos, que non está moi lonxe do que vemos agora, e isto pódenos facer reflexionar sobre a realidade que nos atopamos como presente, e cito, por exemplo, dous autores españois:

- José do Campillo e Cossio, ilustrado asturiano que no ano 1741 describía as relacións pais / fillos e os comportamentos caprichosos dos fillos (Hércules-Astur edicións-grandes autores asturianos).
- Ortega e Gasset, ao referirse ao home masa, ao neno mimado ou ao señorito satisfeito (*La rebelión de las masas*).

TEMA II:

REXISTRO DA LINGUAXE E SUBXECTIVIDADE

Unha vez dada conta do estatuto do neno, vou referirme a dous rexistros sobre os que vai pivotar a clínica infantil e que nos permitan entender algúns aspectos da nosa práctica.

A. Rexistro da linguaxe

O neno habita, mora, vive polo menos en dous espazos ou lugares (se podemos falar así). Un é a súa casa, a súa vila, o seu medio sociofamiliar, aquilo que constitúe o seu hábitat, o seu ámbito físico. O que o inscribe como realidade xurídica.

Pero hai outro espazo, onde vive plenamente e é o que nos vai interesar – en canto ao ser– no noso traballo específico psicopatolóxico. É aquel que en belas e precisas palabras nos sinala Heidegger; “A linguaxe é a casa do ser. Na súa morada habita o home” (12.)

En tanto ser falante, o neno está bañado en palabras, vén inmerso na linguaxe. O poeta galego Bernardino Graña ao preguntárselle se relatara nas súas historias o que aprendera da súa avoa e da súa madriña, respondeu: “antes de nacer xa escoitaba o ambiente da taberna do meu padriño... O nacemento non é realmente o momento do parto... Ao ventre da miña nai chegábanme ás conversas, os faladoiros da taberna do meu padriño...” (12).

Para Habermas: “*Na intuición inmediata o espírito é aínda animal, só coa linguaxe e nel sepáranse o ser da conciencia e o ser da natureza para a conciencia... a linguaxe rompe o ditado da intuición inmediata e ordena o caos da diversidade de sensacións en cousas identificables, dálles nome*”... (13)

O neno unha vez que pasa de ser *infans* (o que non fala) e entra na linguaxe –que xa lle precede e o inscribe como humano na orde simbólica– transcende esta orde da natureza para entrar no que Levi-Strauss refire como a orde da cultura, propia e específica do humano, non reducida a un mero organismo.

Non hai pensamento sen linguaxe. “A linguaxe –en palabras de M. Foucault– representa o pensamento”...”non é un efecto exterior do pensamento senón pensamento en si mesmo “(14) (e isto trae repercusións clínicas, por exemplo, acerca da semioloxía dos delirios, ou ben, se haberá diferenzas entre trastornos da linguaxe e do pensamento).

Continúa Foucault...” *o que erixe á palabra como tal e a sostén por enriba do ouveo, os berros, ou os ruídos, é a proposición oculta nela. O neno salvaxe do Aveyron, por exemplo, non chegou a falar porque para el, as palabras seguían sendo marcas sonoras das cousas e das impresións que producen no seu espírito; non recibiron o valor da proposición. Podía pronunciar moi ben a palabra “leite” ante a cunca que lle era ofrecida, pero esta non era senón a expresión confusa do líquido alimenticio, do recipiente que o contiña, e do que ansiaba en pura necesidade. A palabra nunca se converteu en signo representativo da cousa”... (15) (Podía dicir leite como o loro fala, pero pola lingüística sabemos que non hai que confundir fala e linguaxe).*

E máis claramente nolo expresa Aristóteles: “*A voz é signo de dor e pracer e por iso a teñen tamén os animais... pero a palabra é para manifestar o conveniente e o danoso, o xusto e o inxusto e é exclusivo do home fronte aos demais animais ter, el só, o sentido do ben e do mal, do xusto e o inxusto*” (16).

No neno psicótico hai unha falla simbólica, en tanto a palabra non remite ao que metaforiza ou simboliza no rexistro da linguaxe, é dicir, ao que constitúe a representación. A palabra queda cosificada, petrificada, queda na súa literalidade, como sucedía no caso do neno salvaxe do Aveyron.

Queda o dito en puro dicir, sen relación significado/significante como signo lingüístico, nin fai cadea significante que remita á orde simbólica propia do humano e que o diferencia do sinal ou da simple comunicación animal.

O que significa a diferenza entre **fala e linguaxe** pode sernos moi útil para comprender e non confundir algunhas cousas na psicose, o autismo, o deficiente etc. Estes conceptos recollidos da lingüística e aplicados á clínica son importantes para entender que facemos na nosa práctica.

Así mesmo, da importancia da palabra e os seus efectos dan conta hoxe as neurociencias. Así, E. Kandel (Premio Nobel de Medicina, do ano 2000) afirma: “*na medida en que as nosas palabras producen cambios na mente dos nosos pacientes, as intervencións psicoterapéuticas producen cambios no cerebro... imaxes cerebrais realizadas en pacientes antes e despois de someterse a psicoterapia ou psicanálise demostran que o cerebro reorganiza plasticamente tras o tratamento... e conclúen, que xa non poden existir dúbidas de que a psicoterapia pode propiciar cambios detectables no cerebro...*” (17).

Xa na antigüidade para Platón a palabra era **Pharmakon** veneno ou medicamento-segundo a intención como se empregue, posto que a palabra modifica

a phisis de quen a oe. (18). (Observación que todos experimentamos de como unha palabra nos pode afundir ou nos pode animar ou estimular).

Aristóteles atribuía á palabra un triplo poder: “*cando é razoamento dialéctico convence; cando é discurso retórico, persuade; e cando é poema trágico purga e purifica*”. (19)

Se fago fincapé e me estendo no valor e importancia da linguaxe é porque é o instrumento específico e diferencial do humano. E é disto do que imos dispoñer para o noso traballo psicopatolóxico: un saber escoitar como clínicos. O neno fala, hai que escoitalo, e non unha escoita co embeleso da sedución.

Habemos de darlle ao neno un lugar propio, abrílo a unha demanda, unha escoita, un espazo, onde poder recoller e elaborar o seu dicir, a súa historia, a súa patoloxía. É algo seu –aínda que veña por vía de encargo ou traído por outro– hai que escoitalo, porque para el o seu sufrimento é o máis importante nese momento; ás veces, o único do que dispón e ten no mercado dos valores e dos intercambios afectivos. E cabe quizais que note que é a primeira vez que alguén está interesado polo seu sufrimento psíquico.

B. A Subxectividade

Se me referín ao rexistro da linguaxe voume referir a outro rexistro complementario e necesario para comprender a clínica psicopatolóxica: **A subxectividade**.

O neno no proceso do seu existir e de seu ser, **rompe coa orde da natureza e do instinto**, deixa de ser mero organismo, mero corpo biolóxico (órganos, vísceras, hormonas etc.) para inscribirse todo iso na **orde da cultura e do simbólico** onde rexen leis propias, obxecto dun saber diferenciado, particular e específico do subxectivo que non se esgota nas ciencias físico-matemáticas nin nas leis da natureza.

O neno en tanto humano non responde a unhas leis naturais nin instintivas xa dadas, inscritas e determinadas, que lle deseñan e marcan un lugar e o seu papel no mundo.

A esta indeterminación da especie humana non rexida polas leis da natureza, chamémola polo seu nome –**a liberdade**– é o que fai necesario a existencia de normas que non son puramente naturais, senón lingüísticas. (20)

Como describe Dostoiewski: “*a mosca, a planta, o raio de sol etc. saben cal é o seu lugar e participan do coro común e seguen unhas leis marcadas, mentres que só o home é un proscrito...*” (21).

Para Ortega e Gasset, “*esa vida que nos é dada non nos é dada feita, senón que cada un de nós ten que facela, cada cal a súa. Isto non acontece coa pedra, a planta ou o animal, a eles, éelles dado o seu ser prefixado e resolto... Por iso*

vida, no sentido de vida humana, no sentido radical da palabra vida, enténdese como biografía e non como bioloxía“. (22)

O que o home non se reduce ao instinto pode facer comprender porque pode atentar contra os seus máis primarios e básicos instintos: a fame, a vida, o pracer etc. E como o home non queda reducido á mera necesidade, senón que o atravesa o desexo.

Para E. From “*o home-o neno é o animal máis desamparado e desvalido pero esta debilidade biolóxica –non limitada, nin fixada ao instinto, nin á natureza– constitúe a base da súa forza, a causa primeira das súas calidades humanas...”* (23) (importante entender isto para non confundir a vulnerabilidade como anomalía).

Estar carente, descarreirado, e desvalido faino abrirse ao desexo e ao coñecer, forxarse unha existencia singular, consubstancial coa súa realidade... “*a capacidade e desacougo de sentirse perdidos, é o seu trágico destino e o seu ilustre privilexio...”* diranos Ortega (24).

Cada etapa que de neno a adulto percorre o home déixao inconforme e perplexo e esta perplexidade faille atopar solucións novas. A súa **vulnerabilidade** constitutiva faino capaz de buscar e resolver. Non hai unha forma única, dada, fixa e estruturada ou prefixada de resolver este desvalemto e extravío, este estrañamento e esta incerteza propias do ser humano. A resposta –como no sistema inmune– é de cada un, subxectiva, singular, particular, personalizada, do caso por caso.

A infinita diversidade de cada un é unha característica da existencia en tanto suxeito. A subxectividade non pode ter unha medida, unha homologación ou uns parámetros xerais e universais. Non hai escalas, cuestionarios, test, ítems que reflectan un saber do singular, subxectivo, do particular, do caso concreto.

TEMA III:

PREVENCIÓN EN SAÚDE MENTAL INFANTIL

Todo o dito anteriormente me dá pé para entrar no 3.º e último tema: a aplicación dos conceptos sinalados na clínica.

Vou comezar pola prevención en saúde mental infantil que vai enlazar directamente co último sinalado acerca da linguaxe e da subxectividade, e vouno facer cuestionando certa idea da vulnerabilidade como concepto equívoco e **confuso**.

Farei dúas precisións ao respecto:

- 1 Como se pode falar de prevención e como se fará esta en que remita a vulnerabilidade, se como explicamos, esta é constitutiva e consubstancial a todo ser humano—ao neno. A vulnerabilidade confírelle a capacidade de confrontarse e forxar a construción do seu ser e da súa identidade, “*a base da súa forza e a causa primaria das súas calidades humanas*” di E. From (23). Polo tanto, haberá que rescatar o concepto de **Resiliencia** que cadra máis para entender a prevención, que o de vulnerabilidade tomado como algo anómalo.
- 2 A demanda, saber, o sufrimento, o mundo inconsciente, o síntoma como expresión do ser, o subxectivo... non entran no rexistro do medible, cuantificable e obxectivo; nin do homoxéneo e homologable pola bioestatística.

En definitiva, non entra nos modelos preventivos e profilácticos dos programas de saúde mental infantil, coma se dunha víscera, un órgano, unha función fisiolóxica ou un obxecto se tratasen.

Un **falso mimetismo do modelo médico-biolóxico de prevención** non ten en conta o específico e diferenciado en saúde mental infantil, como é o subxectivo, o singular, o caso por caso... e aquí si que hai traballo preventivo para valorar e realizar. E claro que hai, por outro lado, necesidade de protección e coidados: do maltrato, do abandono, da explotación, dos dereitos do neno, da súa saúde e do seu benestar etc.

Non estará de máis alertar e preguntarse o porqué desta deriva galopante actual **de potenciar toda fragilidade e vulnerabilidade**—ignorando e obviando a resiliencia—.

Esta necesidade de exercer o *furor sanandi* e protector a toda a sociedade, para facela cada vez máis vulnerable, incapacitada, infantilizada, fráxil e dependente, necesitada de expertos, técnicos, guías, salvadores etc., ante calquera evento ou feito supostamente traumático, para reforzar así, a falta de decisión e iniciativa, de creatividade e de autonomía ou solidariedade, e favorecer pola contra a pasividade, a dependencia e a submisión.

Faise actual o lema kantiano da ilustración: *Sapere aude!*, atrévete a saber!, ten a coraxe de servirte da túa propia razón.

A Clínica en Saúde Mental Infantil

Paso a abordar algúns puntos referentes á práctica clínica infantil.

1. A necesidade de **reconsideración das patoloxías do desenvolvemento madurativo** tal como veñen entendéndose.

O criterio de **maduración** é de uso habitual no mundo animal e vexetal e en certa orde biolóxica ou orgánica dos organismos de cada especie. Como re-

fire F. Pereña: “*Conceptualmente a maduración implica que hai un obxecto que ten en si mesmo o seu propio código de desenvolvemento ou de normalización*”... “*na medida en que a subxectividade é unha alteración da vida corporal e da vida instintiva, a categoría da maduración non é aplicable á psicopatoloxía*”... (25)

Como sinala o biólogo molecular e neurocientífico S. Rose... “*Faise difícil analizar o desenvolvemento, en función dunhas respostas típicas de especie*” (26).

A subxectividade é unha dimensión inconmensurable e seguindo o dito por F. Pereña, a subxectividade impide ter unha concepción definida da normalidade. Ao carecer dunha categoría da normalidade queda un pouco indefinido o patolóxico.

A clínica do suxeito é unha clínica de historias, do caso por caso, do continxente, das biografías, das diferenzas específicas.

Xa nos alerta H. Arendt de que: “*a conduta uniforme que se presta á determinación estatística, polo tanto á predicación cientificamente correcta, non é en modo ningún inofensiva*”... “*as ciencias do comportamento –anulando a subxectividade– apuntan a reducir ao home –ao neno– a un animal de conduta condicionada*”... (27)

2. Que nos confire especificidade como campo do coñecemento propio do psíquico en saúde mental infantil? Epistemoloxicamente que nos dá entidade propia como especialidade?

De que suxeito nos ocupamos e que saberes nos son propios? Os nosos saberes esgótanse nas ciencias da natureza?, ou ben, hai tamén outros saberes non reducidos ao científico –ás ciencias– (non caer no erro do cientificismo crendo que a ciencia é o único saber). Debemos diferenciar **coñecemento-saber-ciencia**. A ciencia é unha parte do saber, e o saber é unha parte do coñecemento.

Este **cegamento cientificista** levou a que perdamos a riqueza e o rigor, a sutileza e a finura da semiloxía dos casos clínicos da psiquiatría e a psicoloxía clásicas; da observación e a anamnese; da escoita e a mirada clínicas; da creatividade como modo de coñecemento, para quedar reducido á mirada escópica, dos aparatos e as probas, ou ás escalas, cuestionarios, ítems etc.

Non pode haber unha ciencia dos valores, da beleza, os sentimentos, do amor, do xusto ou o inxusto, do ben e do mal etc. A todo isto non lle é aplicable o científico, son outros saberes os que están en xogo.

Como diría M.^a Zambrano “*saber é experiencia ancestral ou experiencia sedimentada no curso da vida, experiencias vitais, non repetibles por vontade como as que se efectúan nos laboratorios*”... “*saberes que aparecen tras un*

acontecemento extremo, enfermidade, morte dun ser querido, un desengano amoroso, ou a alegría e a felicidade“(28).

O físico, premio Príncipe de Asturias, Etxenique sinala: *“podemos saber que lei física goberna a vida, pero iso quere dicir que entendemos a vida, a beleza dun cadro, o amor ou o pánico nun estadio? As propiedades da vida como a beleza, a conciencia, etc, poden non ter sentido a escala celular“... (29).*

Ou ben como di S. Rose: *“crer que a bioquímica é dalgún modo máis fiable que os sentimentos que comunica unha persoa será un exemplo de lóxica-exjuvantibus” (30). “A bioquímica e a bioloxía molecular non son lugares para buscar a sede da alma“(31).*

3. Na consulta **de saúde mental infantil**, polo xeral, o neno tráese; **a demanda** vén a través do que o síntoma representa para os que se ocupan do neno (pais, escola, medio social, etc.).

Pero esta demanda, como toda demanda, haberá que avaliala, elaborala, e non tomala ao pé da letra. Haberá que ter en conta o sufrimento do neno e o que para el representa, que no intento de salvalo, non o botemos coa auga sucia.

Hai que escoitar a trama de historias que entretecen o lugar do neno, as historias dos seus pais e familia, o medio etc. Pero hai que darlle a el tamén o seu lugar, para que constrúa o seu relato, o seu dicir, a súa biografía, o seu malestar.

O neno fala e hai que escoitalo –ademais e tamén a quen o trae–. Non substituír o seu relato pola deriva actual de que antes de oír a súa historia, se lle apliquen escalas, cuestionarios, probas etc., en busca dunha etiqueta ou un diagnóstico previo.

Hai que construír primeiro unha historia, unha anamnese. Unha historia que non é do lado do amanuense, do historiador, do sociólogo, do antropólogo ou do literato. Ten que ver con algo de todos eles, pero é outra cousa, outra escoita. É unha historia clínica, que dá conta do seu sufrimento e a súa dor, do seu desexo e do seu gozo. Como refire Gadamer: *“a anamnese, o recordo, é unha forma do pensamento, do logos, é dicir, da busca” (32).*

4. A rampante **patoloxización dos malestares da vida cotiá e do sufrimento**, fai que calquera reacción vivencial, calquera evento ou malestar propio de existir sexa tomado como patolóxico.

O simplismo e reduccionismo ao que a vai abocada a clínica actual, leva a **confundir** e facer pasar:

- O síntoma pola enfermidade.
- A parte polo todo.
- As causas polos seus efectos.

E así nos atopamos, como a clínica se reduce a un prontuario de ítems, que protocolizados e envasados como guías clínicas, definen un trastorno ou enfermidade, ao cal se lle asigna un tratamento preestablecido (cúmprese así o sono do receitario, ou de dispoñer dun manual de instrucións).

Na clínica psicopatolóxica infantil, os trastornos ou enfermidades dos manuais diagnósticos, son en xeral meros síntomas, que no empobrecemento e o simplismo ao que se está a reducir a clínica, erixiunos en estruturas ou cadros clínicos. Nunca a medicina –a clínica– estivo tan lonxe das súas credenciais: non confundir síntoma con enfermidade (non ser un cazasíntomas).

En última instancia, este recorte da clínica en ítems e síntomas, segue sen abordar a realidade das estruturas clínicas e a expresión do sufrimento psíquico do neno.

Na liña do dito, vou poñer simplemente dous exemplos sacados dos manuais diagnósticos: o **TXD** (trastorno xeneralizado do desenvolvemento), esa etérea entidade nosolóxica caixón de xastre de confusión, e o **TDAH** (trastorno hiper-cinético e déficit de atención) erixido este en categoría diagnóstica eminente e unidade de destino no universal da psiquiatría infantil, que chega nalgúns servizos ou unidades de saúde mental infantil, a ser o 70% ou 80% da casuística, e convertese así na única entidade clínica da psicopatoloxía infantil. A hiper-cinesia e o déficit de atención (que claro está existen, senón non existiría a motricidade, nin a atención), en tanto síntomas ou signos –que remiten a unha multiplicidade de expresións, estruturas ou cadros clínicos– se se toman como entidade clínica diagnóstica única, óbvias e ignórase o saber da súa expresión e da súa etiopatoxenia, é dicir, de que entidade ou cadro clínico se trata en realidade.

Exporei outro exemplo, de como se desvirtúa e condiciona a clínica infantil, tan só mostrando como se presentan ou nomean hoxe en día nas consultas, os problemas que pode presentar o neno e como isto vai determinar a clínica: “Hai que chamar outra vez ás cousas polo seu nome” (R. Argullol).

- Rabechas-perrenchas Axitación**
- Non aguantarse-facer o que lle prace Impulsividade**
- Caprichoso-traste-rebelde Disruptivo**
- Negativismo-faltón-provocador Negativismo desafiante**
- Voluble-incontinente-prontos Explosivo intermitente**
- Desasosego-nervioso-malestar Ansiedade**
- Inquedo-non para- como unha moto Hiper-cinético**
- Distraído-non se centra-nas nubes Déficit de atención**

Vir á consulta cunha ou outra forma de presentar o problema xa vai predispoñer toda unha práctica clínica.

E isto non é unha banalidade ou unha anécdota enxeñosa. **Nomear as cousas patoloxizándoas, patoloxizar as condutas e comportamentos**, supón que facer as cousas ben ou mal, portarse axeitadamente, non será efecto da probidade moral, do esforzo, da temperanza, do dominio ou da libre elección, senón dos neurotransmisores, ou da xenética etc.

Confundir as condutas patoloxizándoas (claro está que hai condutas patolóxicas), supón que os esquemas ordenadores das boas ou malas accións, se substitúen por trastornos cerebrais ou mentais. “A retórica de enfermidade e terapias substitúen a liberdade do suxeito para decidir sobre a súa vida, para responder dos seus actos” (33).

Impera así a inocencia e **a impunidad como horizonte moral. A desresponsabilización** xeneralizada. A exoneración da persoa do compromiso da súa propia vida.

Conclúo, retomando o proverbio de A. Machado: “é o mellor dos bos quen sabe que nesta vida, todo é cuestión de medida, un pouco máis algo menos”.

Engado eu pola miña conta:

– **Un pouco máis** de rigor científico, de semioloxía, de escoita biográfica e de clínica psicopatolóxica.

– **Un pouco menos** de preguiza intelectual, de cazasíntomas e de patoloxizar as condutas.

E aquí remato no que poida parecer unha acritude, un baroxiano, ou un vello rabudo. Sei que o reto da clínica nos leva ao cuestionamento, á incerteza, ao rigor e a saber escoitar e aliviar o sufrimento do paciente-neno. Intentei reflexionar sobre a miña práctica de máis de 30 anos. Quería alertar –quizais parcializando– o que hai e o que non hai na clínica infantil. Perdoar a miña ousadía. Non dicilo sería traizoarme.

Bibliografía

- (1) BERRIOS, G. “Vieja y nueva psiquiatría”, *Maristan*, 1994, III, 6-7; p. 36
- (2) SPINKE, JONZE. *El mundo 10-XII-2009*
- (3) ARIÉS, P. H. *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus 1987
- (4) LLOYD DE MAUSE. *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza 1982
- (5) CLARK, E. *La publicidad y su poder*. Barcelona: Planeta 1988; p. 246
- (6) BAUMAN, Z. *44 Cartas desde el mundo líquido*. Barcelona: Paidós 2011; p.51
- (7) “Niños explotados”, *El País* 24-I-12
- (8) WINNICOTT, D. N. *El niño y el mundo exterior*. B. Aires: Paidós 1980; p 172
- (9) YOURCENAR, M. *Con los ojos abiertos*, Barcelona: Plataforma Ed. 2008, p. 40
- (10) GRASS, G. *El País* 26-X-1997
- (11) RICOEUR, P. *El País* 28-4-1991
- (12) HEIDEGGER, M. *Carta sobre el humanismo*. Madrid: Alianza 2009; p. 11
- (12) GRAÑA, B. *El País* 5-X-07
- (13) HABERMAS, J. *Ciencia y Técnica como ideología*. Madrid: Tecmos 1992; p. 27
- (14) FOUCAULT, M. *Las palabras y las cosas*. Madrid: Siglo XXI, 1978, p.83
- (15) FOUCAULT, M. *Ibid*; p. 97-98
- (16) ARISTÓTELES. *La política* 1253^a; 11-12
- (17) ETKIN, POLAN e KANDEL, E. *Journal neuropsychiatric and clinical neurosciences* 17, 2005; 145-148
- (18) LAIN ENTRALGO, P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. 1.^a Ed. Barcelona; Anthropos 1987; p.106
- (19) LAIN ENTRALGO, *Ibid*; p.261
- (20) KLAPPENBACH, A. *Claves de la razón práctica* 2010, n.º 207, p.81
- (21) DOSTOIEWSKI, F. *El idiota*. 3.^a Edición .Barcelona: Bruguera 1979, p.506
- (22) ORTEGA Y GASSET, J. *El hombre y la gente*. Madrid: Alianza 2010; p.50
- (23) FROM, E. *Ética y Psicoanálisis*. 12.^a reimpresión. Madrid: F.C.E. 1980; p. 53-54
- (24) ORTEGA Y GASSET, J. *op.cit*; p. 45
- (25) PEREÑA, F. “Apuntes para una psicopatología infantil”. *Rev. Asoc. Neuropsiquiatría* 2011; 31 (110); p.255-269

- (26) ROSE, S. *Tu cerebro mañana*. Barcelona: Paidós 2008, p. 147
- (27) ARENDT, H. *La condición humana*. 3.^a reimpresión. Barcelona: Paidós 1998; p.54-55
- (28) ZAMBRANO, M.^a. *Notas de un método*. Madrid: Tecnos 2011; p. 147-148
- (29) ETXENIQUE. *El Mundo* 9-XII-2009
- (30) ROSE, S. Op.cit; p.248
- (31) ROSE, S. Ibid; p. 172
- (32) GADAMER, H. G. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa 2011; p. 127-128
- (33) RENDUELES, G. *Las drogas como metáfora tóxica*. Goze, 2000, III, 9; 21

DE QUE HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE LA INFANCIA EN PSICOPATOLOGÍA. EL NIÑO COMO SUJETO*

Federico Menéndez Osorio¹

Psiquiatra Infantil

RESUMEN

Abordar la clínica infantil en salud mental, presupone como en toda práctica psicopatológica, que el clínico tiene una teoría y una idea de lo que es el niño y de lo que es lo psíquico. Saber de la infancia, es dar cuenta de su historia, de su estatuto, del lugar del niño como sujeto, de su ser, de su condición psíquica y biológica, etc.

Todo ello son fundamentos esenciales para entender el quehacer psicopatológico, que en muchos casos se obvia y se da como un saber presupuesto, que no precisa de reconocimiento; y así lucen ciertas prácticas. Asimismo, es preciso dar cuenta del registro del lenguaje y de la subjetividad, como lo específico y diferencial de lo psíquico. Al igual, que determinar, que es lo que epistemológicamente nos da entidad como especialidad. De todo ello, se derivará el tipo de trabajo a realizar en la prevención y en la clínica infantil, frente al cientificismo y las derivas simplistas, reduccionistas y de pato logizar las conductas, en las que se está empantanando una cierta práctica actual.

1 El autor es Médico Psiquiatra de la Unidad Mental Infantil del Hospital Materno Infantil, C. S. de A Coruña. Psiquiatra Infantil de los Hospitales de Paris; Longueil-Annel, 1971-1972 (Dr. Tosquelles); Necker-Enfants Malades (Prof. Mande y Dr. Amado); Alfred Binet (Profs. Levobici y Diatkine) y Vallé (Prof. R. Misés), en 1975-1976. Psicólogo Clínico; Especialista en Medicina Interna y Endocrinología y Tutor Clínico en la USC y UDA.

* Ponencia presentada en las VII Jornadas "Clásicos en psiquiatría", organizadas por el Servicio de Saúde Mental del CHUVI. Vigo, 25 de Enero de 2012.

Introducción

Después de más de 30 años de recorrido en la práctica de la psiquiatría infantil, desde mis comienzos en París en los años 70 con Tosquelles, Diatkine, Misés, Dolto, etc, me planteo ¿de qué puedo hablar?, ¿de psicopatología?, ¿de algún caso clínico?, ¿de tratamientos?... pienso, que algo tenía que devolver a los niños de lo que de ellos he aprendido y lo mucho que me enseñaron. El mejor homenaje y pago a esa deuda, es exponer la base de la clínica psicopatológica infantil: hablar de lo que es el niño, es decir, del sujeto/objeto del conocimiento en Salud Mental Infantil... del ser del niño, que parece viene dado como un saber que no precisa de reconocimiento (y así lucen ciertas prácticas en nuestro campo).

Toda práctica psicopatológica presupone y sostiene una teoría y una concepción previa de lo que es el hombre, (o el niño en nuestro caso). Aunque hay algunos, que ni se plantean este presupuesto y al no saber que están manejados por una teoría no tienen control sobre la teoría que los maneja y esto lleva a serios problemas en la práctica (1). Por esto es importante tener claros los conceptos.

Si al hablar de la clínica del adulto se comienza por entender que es el ser humano: su condición psíquica, biológica, social, antropológica, cultural, etc.; me parecía importante comenzar por la base, lo primero o básico del objeto de estudio, ¿qué es el niño?, es decir, dar cuenta de su estatuto, su historia, su lugar, su entidad, su ser, etc., fundamentos para entender la clínica psicopatológica.

Intentaré plasmar lo que mi experiencia de más de 30 años me ha mostrado y transmitir las reflexiones y problemáticas que la clínica con los niños me ha planteado y que aún sigo planteándome y preguntándome.

Voy a dividir mi exposición en 3 temas. Cada uno de ellos da sentido y hace comprender el siguiente.

Trabajo en los Hospitales Psiquiátricos de Conxo; Ciempozuelos (Madrid) y fue Director Médico Psiquiatra en el C. S. M. de Avilés. Cofundador y Psiquiatra Psicoterapeuta del Instituto de Psicoterapia del Niño y del Adolescente de Madrid (1977-1980). Ha participado en comisiones de planificación; institucionales; clínicas; epidemiológicas; investigación, etc. para la Reforma Psiquiátrica del Ministerio de Sanidad (1983) y Asesor de la Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia) en materia de Saúde Mental (1996). Ha participado como experto en comisiones y grupos de trabajo relacionados con la Psiquiatría Infantil (CCAA y a nivel de Estado). Miembro de los Premios Luis Martín Santos y L. M. Sacristán de la A. E. de Neuropsiquiatría y consejero de las revistas de la A. E. Neuropsiquiatría y Psiquiatría Pública.

Publico más de una treintena de trabajos en diferentes revistas científicas como: JANO; GRIAL; Tribuna Médica; Siglo Cero; Asoc. Española Neuropsiquiatría y Siso Saúde, entre otras. Ha publicado con otros autores una quincena de libros en torno a la problemática de la Psiquiatría Infantil; Salud Mental; Práctica Psicoanalítica; Trastornos de conducta en los adolescentes y Protocolos de Salud Mental, entre otros.

PRIMER TEMA: ¿QUÉ ES LA INFANCIA?

Aunque utilizo el término de infancia como etapa cronológica, debo señalar que más que referirme a la infancia como lo genérico, quisiera resaltar, que cada niño (al igual que todo ser humano) es diferente y tiene diferentes reacciones ante los mismos estímulos. Como dice Spinke Jonze: *“El problema es que se ha extendido la idea de que los niños son sólo de una determinada manera...”* (2).

El concepto de infancia aparece, según Ph. Aries (3), en el siglo XV al XVII, como un constructo de la historia moderna. La infancia estaba hasta entonces subsumida y diluida como un todo del adulto.

Para algunos, hablar de la infancia es apelar a un sentimiento de ternura, a una visión rosa, cándida, inocente y angelical del niño.

Frente a esta idealización, hay una muy otra realidad del niño. La historia de la infancia nos muestra la función tan distinta que el niño ha tenido a lo largo de los siglos. Así, por ejemplo, etapas como la adolescencia es algo reciente, que no existió, como tal, anteriormente. El niño en tanto ser social, no queda fuera de las leyes del mercado, de la economía y de la producción.

Siguiendo a Lloyd de Mause (4), si en una época fue el infanticidio o el abandono en las amas de cría, la forma de responder a lo que socialmente suponía el valor y el papel del niño; en otros tiempos, fue la explotación laboral, en los albores de la sociedad industrial; y hoy lo es, como consumidor en nuestra sociedad, aunque se den todavía formas y desarrollos muy desiguales (manteniéndose en no pocos sitios, la explotación, el maltrato y el abandono).

La sociedad de consumo actual, nos muestra el auge que ha alcanzado el emporio económico montado sobre y en torno al niño: moda infantil, juguetería, turismo-ocio, educación, salud, etc. Especialismos de todo tipo de consumo y de atención para los niños... miles de millones se mueven en torno y para el consumo infantil. De tal manera que si el niño dejase de consumir o se anulase el gasto consumista infantil, tendríamos una quiebra de la economía mundial, (que vale la actual crisis). Como botón de muestra voy a daros algunas cifras ilustrativas del gasto consumista infantil,

*En USA (1985) (5): Adolescentes /año = 5.7 billones de pesetas en ropa-videojuegos-discos golosinas. 1.56 billones de pesetas en juguetes

*En INGLATERRA (5): De 7 a 15 años/ por año: 66.560 millones de pesetas en ropa; 22.800 millones de pesetas en patatas fritas; 44.184 millones de pesetas en dulces. Actual coste adolescente/año (6): 9.000 libras anuales

*En ESPAÑA: (Revista publicista n.º 36. Dic. 2000): Inversión en publicidad para niños: 38.372 millones Pesetas.

Quería exponeros estas cifras mareantes, para mostrar que además de receptor y dador de amor, cariño y dulzura, así como continuador de la especie, el niño actual tiene también una realidad muy material y necesaria en el proceso productivo de nuestra sociedad y que esto va a jugar un papel muy a tener en cuenta, para quienes quieran analizar “las causas del niño”.

Pero es preciso añadir, que todo lo anterior habla del niño occidental y de nuestra sociedad, porque la realidad de otros niños y zonas o países es muy diferente y dramática (unos 115 millones de niños hacen trabajos que la OIT. considera peligrosos) (7).

Visión de la Infancia

Hay un enfoque habitual de ver al niño desde un punto de vista paternalista y adultomórfico, como reservorio de ideales e ilusiones, paraíso de ternura y época dorada donde la naturaleza humana se refleja como bondad, inocencia y candor.

Todo lo cual contrasta con la otra realidad que se nos presenta más recientemente, del niño agresivo, despótico, delincuente, tiránico, asesino... (Noticias periodísticas y de los medios de difusión han sido pródigas en mostrar casos y sucesos de este tipo realizados por niños).

El niño no es malo, ni bueno por “naturaleza”. Es lo uno y lo otro. Tiene la capacidad de hacer el bien y el mal, ambos inscritos en todo ser humano dotado de razón. Como refiere Winnicott *“en el niño hay amor y odio, bien y mal...y estos sentimientos no son experimentados con mayor violencia por el adulto que por el niño pequeño”*... (8).

Pero dada la idea de la inocencia y del estado de naturaleza en el que está el niño, tendemos a creer que no discierne el bien y el mal y que está en el limbo o no se entera de todo aquello que le circunda o atañe. Ya Margarita Yourcenar señalaba: *“que nuestra época ignora o niega el talento de la infancia”*... (9).

A su nivel, dada su particularidad y singularidad, el niño capta, comprende, rechaza, hace, deshace, imita-integra-asimila y se identifica. Voy a hacer una digresión clínica: **imitación e identificación** son términos que se confunden y erróneamente se manejan conceptualmente al abordar el saber sobre el niño, con las consecuencias prácticas que ello conlleva y la ligereza de conceptos que supone.

Imita el mono, el ser humano se identifica. El percibir, sentir, la conciencia, etc; no es un acto de simple registro imitativo o especular (propio del animal);

sino que es intelectual y simbólico, creativo, singular y particular (propio de lo humano).

Lo mismo sucede al confundir **empatía**, atribuido a las neuronas espejo, con la **simpatía** que tanto a nivel de los circuitos cerebrales como de la elaboración mental tiene diferentes registros y fenómenos explicativos.

Y todo esto va a tener repercusiones en la clínica y en la observación y valoración del acto del niño.

El niño como sujeto

Retorno a lo que venía tratando, hay una resistencia a reconocer en el niño ser sujeto de su propia historia. No entender que el niño es sujeto de su historia es relegarlo a objeto ahistórico sin capacidad de deseo, volver a la visión organicista de pura necesidad biológica, o a las visiones dulzonas-humanistas prestas a salvar al niño sin uso de razón y lanzarlo al limbo de los justos.

Este desconocimiento o negación de la realidad del mundo infantil, nos lo encontramos también en relación al campo de lo psíquico. Hasta no hace mucho se pensaba que el niño no tenía problemas mentales, (todavía no está reconocida la especialidad de psiquiatría infantil), que en tal caso, los males-tares o trastornos que pudiera presentar serán una falta de la naturaleza, sea esta biológica, o del medio, educativa, etc.

Al niño se le excluye así y se ignora que sea capaz de sufrir y gozar, sentir y padecer, deprimirse y exaltarse, delirar y razonar...es decir, tener un psiquismo que al igual que los demás mortales –y a su propio nivel– se pregunta sobre los temas de todo lo humano: el amor, el sexo y la muerte. Asimismo, el de poder padecer todo cuanto atañe al existir, entre ello, al desvarío.

Cierto que ahora y por razones similares a las expuestas, está deslizándose un fenómeno opuesto: si antes había un desconocimiento e ignorancia sobre los problemas mentales del niño, ahora hay una psicopatologización y medicalización de la vida cotidiana, del sufrimiento, de los malestares, de los problemas y de las relaciones con el saber, o con los otros...Toda conducta del niño puede ser diagnosticada patológica por los manuales al uso...y lo que escape ya entrará en los Códigos Z.

Antes por ignorancia, ahora por patologizar toda conducta, en definitiva, el niño sigue excluido de su capacidad de ser y de la expresión de su sufrimiento psíquico.

Se obvia con todo ello la pregunta e interrogantes acerca de la conducta del niño, de cómo se confronta en tanto sujeto, a la vida, (como todo humano), a su deseo y a su goce, es decir, el no excluirlo de la ética.

Estas formas particulares de arreglárselas con su deseo y su goce, se van a manifestar en las formaciones sintomáticas, en la angustia, en la repetición, en la sublimación, en la queja, en el sacrificio, en la inhibición, en definitiva, en la clínica.

La cuestión que se nos plantea es, como cada niño da cuenta de estas formas particulares y singulares de la expresión de su demanda, de su deseo y de la inscripción de su goce. Esto es uno de los retos de la psicopatología.

Pero en lugar de dar una respuesta a esto, lo que nos encontramos es que ante todo desajuste del niño, se le pone un diagnóstico, o mejor, se busca una lesión (cerebral, genética, neurotransmisores, etc), y se le aplica un tratamiento ad-hoc.

La responsabilidad en el niño

Esto nos lleva de la mano a otra reflexión en esta línea: la de la anulación del valor del acto del niño, de su responsabilidad. Si, de la responsabilidad del niño.

La confusión entre responsabilidad y culpa hace más difícil comprender el problema. La responsabilidad no se agota en la culpa, es fundamento de ella. Como diría Gunter Grass: *“hay que pasar del sentimiento de culpa al sentido de la responsabilidad”* (10).

Responsabilidad es valor del acto, que mi acto tiene un valor, me pertenece, depara consecuencias. Puedo ser responsable pero no culpable. Son registros distintos (jurídico, ético, moral).

La anulación de la responsabilidad en el niño supone su borramiento como sujeto y el del valor de su acto, de su pertenencia. Para un niño ser responsable (= responder), es saber que su acto en tanto **expresión** del ser (conducta, palabra, gesto, acción); le **confiere** un valor (positivo o negativo); **conlleva** una atribución (le pertenece, es de él, lo hizo); **depara** unas consecuencias (válidas o lesivas).

Quitarle la responsabilidad, es decir, el valor del acto, supone abolirlo de pertenencia subjetiva y reducirlo a ser mero ente de la especie, haciendo equivalente su acto, al del animal, la planta o la piedra... Como dice Ricoeur: *“Somos verdaderamente libres cuando somos responsables”* (11).

No sería bueno quitarle al niño la capacidad del compromiso con los otros, de sostener la libertad y de hacer propias las decisiones, aprender a tener autonomía y capacidad crítica, máxime cuando en casa, colegio, calle, etc, no hacen más que bombardearle y mandarle que tenga responsabilidad. Nada se le repite más que, ¡sé responsable! El niño sabe bien de estas cosas y pide le den un lugar y un reconocimiento.

De todas formas, es difícil hacer ver este valor del acto del niño cuando los propios términos de infantil, pueril, menor, adulto pequeño, futuro hombre, suponen lo distinto como negado y lo otro aparte.

Asimismo, decirle a alguien pueril, infantil, niñato, etc, suponen términos devaluados y usados despectivamente para descalificar lo dicho o los comportamientos de alguien, como así nos lo atestiguan los hechos cotidianos.

Por eso tiene una mayor significación y valor, y es muy de agradecer, que estas jornadas hayan dado al niño, un lugar entre los clásicos.

Voy a dejar, por falta de tiempo, la otra pata sobre la que se apoya y pivota la responsabilidad del niño. Esta otra pata, es la de los padres, en tantos responsables legales y a todos los efectos del niño.

De la responsabilidad de los padres y sobre todo de las funciones parentales, sería muy importante y necesaria una reflexión en profundidad, porque en la clínica infantil con todo alegría y creyendo dar ciencia y dentro del tratamiento, se dan pautas, normas, indicaciones a los padres de cómo actuar, es decir, de cómo ejercer la autoridad, la educación, el dar valores, conductas, etc, como una técnica terapéutica más. Casi nada, saber y abordar todo esto que atañe a la educación, los valores, etc. No se de que saber y donde se forman los clínicos en estos conocimientos, salvo que cada uno despliegue su intuición o la proyección de sus propios ideales o realidades y su buen parecer. No hay patente de curso en estos saberes.

Y si que sería importante, aunque tengamos que dejarlo para mejor ocasión, el abordar fenómenos como el declive de la figura paterna; o la deriva del padre gestor, management, colegui... –de su propio hijo– y las consecuencias derivadas de ello como las agresiones por parte de los padres a profesores, o a quién le llame la atención, al no poder aceptar le cuestionen el comportamiento o la capacidad de su hijo, porque es vivido como fallo en su gestión y no como apoyos comunitarios en la educación de todo niño. (la escuela, los mayores, etc.)

Asimismo, sería importante plantear, el papel de los expertos y técnicos, que vienen a usurpar el saber intrínseco de todo padre y madre –construido a lo largo de siglos y generaciones– pretendiendo que van a “enseñar” y paucar como hay que amar, sufrir, gozar, sentir... como si esto se pudiese paucar y recetar.

Por último, convendría releer algunos autores de otro tiempo, acerca de las relaciones padres / hijos o del comportamiento de los jóvenes, que no está muy lejos de lo que vemos ahora, y esto nos puede hacer reflexionar sobre la realidad que nos encontramos como presente, y cito, por ejemplo, dos autores españoles:

- José del Campillo y Cossio, ilustrado asturiano que en el año 1741 describía las relaciones padres / hijos y los comportamientos caprichosos de los hijos (Hércules-Astur ediciones-grandes autores asturianos).
- Ortega y Gasset, al referirse al hombre masa, al niño mimado o al señorito satisfecho (La rebelión de las masas).

SEGUNDO TEMA:

REGISTRO DEL LENGUAJE Y SUBJETIVIDAD

Una vez dada cuenta del estatuto del niño, voy a referirme a dos registros sobre los que va a pivotar la clínica infantil y que nos permitan entender algunos aspectos de nuestra práctica.

A. Registro del lenguaje

El niño habita, mora, vive al menos en dos espacios o lugares (si podemos hablar así). Uno es su casa, su pueblo, su medio sociofamiliar, aquello que constituye su habitat, su entorno físico. Lo que le inscribe como realidad jurídica.

Pero hay otro espacio, donde vive plenamente y es el que nos va a interesar –en cuanto al ser– en nuestro trabajo específico psicopatológico. Es aquel que en bellas y precisas palabras nos señala Heidegger: *“El lenguaje es la casa del ser. En su morada habita el hombre”* (12).

En tanto hablante ser, el niño está bañado en palabras, viene inmerso en el lenguaje. El poeta gallego Bernardino Graña al preguntársele si relataba en sus historias lo que aprendiera de su abuela y de su madrina, respondió: *“antes de nacer xa escoitaba o ambiente da taberna do meu padriño... O´ nacimiento non é realmente o momento do parto... Ao ventre da miña nai chegábanme as conversas, as tertulias da taberna do meu padriño...”* (12)

Para Habermas: *“En la intuición inmediata el espíritu es todavía animal, sólo con el lenguaje y en él se separan el ser de la conciencia y el ser de la naturaleza para la conciencia...el lenguaje rompe el dictado de la intuición inmediata y ordena el caos de la diversidad de sensaciones en cosas identificables, las da nombre”...* (13)

El niño una vez que pasa de ser infans (el que no habla) y entra en el lenguaje –que ya le precede y le inscribe como humano en el orden simbólico– trasciende este orden de la naturaleza para entrar en lo que Levi-Strauss re-

fiere como el orden de la cultura, propio y específico de lo humano, no reducido a un mero organismo.

No hay pensamiento sin lenguaje. *“El lenguaje –en palabras de M. Foucault– representa el pensamiento”... “no es un efecto exterior del pensamiento sino pensamiento en si mismo”... (14)* (y esto trae repercusiones clínicas, por ejemplo, acerca de la semiología de los delirios, o bien, si habrá diferencias entre trastornos del lenguaje y del pensamiento).

Continúa Foucault... *“lo que erige a la palabra como tal y la sostiene por encima del aullido, los gritos, o los ruidos, es la proposición oculta en ella. El niño salvaje del Aveyron, por ejemplo, no llegó a hablar porque para él, las palabras seguían siendo marcas sonoras de las cosas y de las impresiones que producen en su espíritu; no recibieron el valor de la proposición. Podía pronunciar muy bien la palabra “leche” ante el tazón que le era ofrecido, pero esta no era sino la expresión confusa del líquido alimenticio, del recipiente que lo contenía, y de lo que ansiaba en pura necesidad. La palabra nunca se convirtió en signo representativo de la cosa”... (15)*

(Podía decir leche como el loro habla, pero por la lingüística sabemos que no hay que confundir habla y lenguaje).

Y más claramente nos lo expresa Aristóteles: *“La voz es signo de dolor y placer y por eso la tienen también los animales...pero la palabra es para manifestar lo conveniente y lo dañoso, lo justo y lo injusto y es exclusivo del hombre frente a los demás animales el tener, él sólo, el sentido del bien y del mal, de lo justo y lo injusto”... (16)*

En el niño psicótico hay una falla simbólica, en tanto la palabra no remite a lo que metaforiza o simboliza en el registro del lenguaje, es decir, a lo que constituye la representación. La palabra queda cosificada, petrificada, queda en su literalidad, como sucedía en el caso del niño salvaje del Aveyron.

Queda lo dicho en puro decir, sin relación significado/significante como signo lingüístico, ni hace cadena significativa que remita al orden simbólico propio de lo humano y que le diferencia de la señal o de la simple comunicación animal.

Lo que significa la diferencia entre **habla y lenguaje** puede sernos muy útil para comprender y no confundir algunas cosas en la psicosis, el autismo, lo deficitario, etc. Estos conceptos recogidos de la lingüística y aplicados a la clínica son importantes para entender que hacemos en nuestra práctica.

Asimismo, de la importancia de la palabra y sus efectos dan cuenta hoy las neurociencias. Así, E. Kandel (Premio Nobel Medicina, del año 2000) afirma: *“en la medida que nuestras palabras producen cambios en la mente de nuestros pacientes, las intervenciones psicoterapéuticas producen cambios en el*

cerebro...imágenes cerebrales realizadas en pacientes antes y después de someterse a psicoterapia o psicoanálisis demuestran que el cerebro se reorganiza plásticamente tras el tratamiento...y concluyen, que ya no pueden existir dudas de que la psicoterapia puede propiciar cambios detectables en el cerebro..." (17)

Ya en la antigüedad para Platón la palabra era *Pharmakon*- veneno o medicamento- según la intención como se emplee, puesto que la palabra modifica la phisis de quién la oye. (18). (Observación que todos hemos experimentado de cómo una palabra nos puede hundir o nos puede animar o estimular).

Aristóteles atribuía a la palabra un triple poder: *"cuando es razonamiento dialéctico convence; cuando es discurso retórico, persuade; y cuando es poema trágico purga y purifica"*. (19)

Si hago hincapié y me extiendo en el valor e importancia del lenguaje es porque es el instrumento específico y diferencial de lo humano. Y es de esto de lo que vamos a disponer para nuestro trabajo psicopatológico: un saber escuchar como clínicos. El niño habla, hay que escucharlo, y no una escucha con el embeleso de la seducción.

Hemos de darle al niño un lugar propio, abrirle a una demanda, una escucha, un espacio, donde poder recoger y elaborar su decir, su historia, su patología. Es algo suyo –aunque venga por vía de encargo o traído por otro– hay que escucharlo, porque para él su sufrimiento es lo más importante en ese momento; a veces, lo único de lo que dispone y tiene en el mercado de los valores y de los intercambios afectivos. Y cabe quizás, que note, que es la primera vez, que alguien está interesado por su sufrimiento psíquico.

B. La subjetividad

Si me he referido al registro del lenguaje voy a referirme a otro registro complementario y necesario para comprender la clínica psicopatológica: *La subjetividad*.

El niño en el proceso de su existir y de su ser, rompe con el orden de la naturaleza y del instinto, deja de ser mero organismo, mero cuerpo biológico (órganos, vísceras, hormonas, etc.) para inscribirse todo ello en el orden de la cultura y de lo simbólico donde rigen leyes propias, objeto de un saber diferenciado, particular y específico de lo subjetivo que no se agota en las ciencias físico-matemáticas ni en las leyes de la naturaleza.

El niño en tanto humano no responde a unas leyes naturales ni instintivas ya dadas, inscritas y determinadas, que le diseñan y marcan un lugar y su papel en el mundo.

A esta indeterminación de la especie humana no regida por las leyes de la naturaleza, llamémosla por su nombre –*la libertad*– es lo que hace necesario la existencia de normas que no son puramente naturales, sino lingüísticas. (20)

Como describe Dostoiewski: *“la mosca, la planta, el rayo de sol, etc, saben cual es su lugar y participan del coro común y siguen unas leyes marcadas, mientras que sólo el hombre es un proscrito... (21)*

Para Ortega y Gasset, *“esa vida que nos es dada no nos es dada hecha, sino que cada uno de nosotros tiene que hacérsela, cada cual la suya. Esto no acontece con la piedra, la planta o el animal, a ellos, les es dado su ser prefijado y resuelto...Por eso vida, en el sentido de vida humana, en el sentido radical de la palabra vida, se la entiende como biografía y no como biología”.* (22)

El que el hombre no se reduce al instinto puede hacer comprender porque puede atentar contra sus más primarios y básicos instintos: el hambre, la vida, el placer, etc. Y como el hombre no queda reducido a la mera necesidad, sino que lo atraviesa el deseo.,

Para E. From *“el hombre-el niño-es el animal más desamparado y desvalido pero esta debilidad biológica –no limitada, ni fijada al instinto, ni a la naturaleza– constituye la base de su fuerza, la causa primera de sus cualidades humanas...”* (23) (Importante entender esto para no confundir la vulnerabilidad como anomalía).

El estar carente, descarriado, y desvalido le hace abrirse al deseo y al conocer, forjarse una existencia singular, consustancial con su realidad... *“la capacidad y desazón de sentirse perdidos, es su trágico destino y su ilustre privilegio...”* nos dirá Ortega. (24)

Cada etapa que de niño a adulto recorre el hombre le deja inconforme y perplejo y esta perplejidad le hace encontrar soluciones nuevas. Su *vulnerabilidad constitutiva* le hace capaz de buscar y resolver. No hay una forma única, dada, fija y estructurada o prefijada de resolver este desvalimiento y extravío, este extrañamiento y esta incertidumbre propias del ser humano. La respuesta –como en el sistema inmune– es de cada uno, subjetiva, singular, particular, personalizada, del caso por caso.

La infinita diversidad de cada uno es una característica de la existencia en tanto sujeto. La subjetividad no puede tener una medida, una homologación o unos parámetros generales y universales. No hay escalas, cuestionario, test, ítems que reflejen un saber de lo singular, subjetivo, de lo particular, del caso concreto.

TERCER TEMA: PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTIL

Todo lo dicho anteriormente me da pie para entrar en el 3º y último tema: la aplicación de los conceptos señalados en la clínica.

Voy a comenzar por la Prevención en Salud Mental Infantil, que va a enlazar directamente con lo último señalado acerca del lenguaje y de la subjetividad, y lo voy a hacer cuestionando una cierta idea de la Prevención que se basa en la vulnerabilidad como concepto equívoco y confuso.

Hago dos precisiones al respecto:

1. Como se puede hablar de prevención y como se hará esta en lo que remita a la vulnerabilidad, si como hemos explicado, esta es constitutiva y consustancial a todo ser humano-al niño-. La vulnerabilidad le confiere la capacidad de confrontarse y forjar la construcción de su ser y de su identidad, *“la base de su fuerza y la causa primaria de sus cualidades humanas”* dice E.From (23). Por lo tanto habrá que rescatar el concepto de **Resiliencia** que cuadra más para entender la prevención, que el de vulnerabilidad tomada como algo anómalo.
2. La demanda, el saber, el sufrimiento, el mundo inconsciente, el síntoma como expresión del ser, lo subjetivo... no entran en el registro de lo medible, cuantificable y objetivable; ni de lo homogéneo y homologable por la bioestadística.

En definitiva, no entra en los modelos preventivos y profilácticos de los programas de Salud Mental Infantil, como si de una víscera, un órgano, una función fisiológica o un objeto se tratasen.

Un falso mimetismo del modelo médico-biológico de prevención no tiene en cuenta lo específico y diferenciado en salud mental infantil, como es lo subjetivo, lo singular, el caso por caso... y aquí si que hay trabajo preventivo a valorar y realizar. Y claro que hay, por otro lado, necesidad de protección y cuidados: del maltrato, del abandono, de la explotación, de los derechos del niño, de su salud y de su bienestar, etc. etc.

No estará de más alertar y preguntarse el porqué de esta deriva galopante actual de potenciar toda fragilidad y vulnerabilidad –ignorando y obviando la resiliencia–.

Esta necesidad de ejercer el *“furor sanandi”* y protector a toda la sociedad, haciéndola cada vez más vulnerable, incapacitada, infantilizada, frágil y dependiente, necesitada de expertos, técnicos, guías, salvadores, etc, ante cualquier evento o hecho supuestamente traumático, reforzando así, la falta

de decisión e iniciativa, de creatividad y de autonomía o solidaridad, favoreciendo por el contrario la pasividad, la dependencia y la sumisión.

Se hace actual el lema Kantiano de la ilustración: ¡Sapere aude!, atrevete a saber, ten el coraje de servirte de tu propia razón.

La clínica en Salud Mental Infantil

Paso a abordar algunos puntos referentes a la práctica clínica infantil.

1º La necesidad de replanteamiento de las patologías del desarrollo madurativo tal como vienen entendiéndose.

El criterio de maduración es de uso habitual en el mundo animal y vegetal y en cierto orden biológico u orgánico de los organismos de cada especie. Como refiere F. Pereña: *“Conceptualmente la maduración implica que hay un objeto que tiene en si mismo su propio código de desarrollo o de normalización”... “en la medida en que la subjetividad es una alteración de la vida corporal y de la vida instintiva, la categoría de la maduración no es aplicable a la psicopatología”... (25)*

Como señala el biólogo molecular y neurocientífico S. Rose... *“Se hace difícil analizar el desarrollo, en función de unas respuestas típicas de especie”... (26)*

La subjetividad es una dimensión inconmensurable y siguiendo lo dicho por F. Pereña, la subjetividad impide tener una concepción definida de la normalidad. Al carecer de una categoría de la normalidad queda un poco indefinido lo patológico.

La clínica del sujeto es una clínica de historias, del caso por caso, de lo contingente, de las biografías, de las diferencias específicas.

Ya nos alerta H. Arendt de que: *“la conducta uniforme que se presta a la determinación estadística, por lo tanto a la predicación científicamente correcta, no es en modo alguno inofensiva”... “las ciencias del comportamiento –anulando la subjetividad– apuntan a reducir al hombre –al niño– a un animal de conducta condicionada”... (27)*

2º ¿Qué nos confiere especificidad como campo de conocimiento propio de lo psíquico en salud mental infantil? Epistemológicamente ¿qué nos da entidad propia como especialidad? ¿De qué sujeto nos ocupamos y que saberes nos son propios? Nuestros saberes, ¿se agotan en las ciencias de la naturaleza?, o bien, hay también otros saberes no reducidos a lo científico –a las ciencias– (no caer en el error del cientificismo creyendo que la ciencia es el único saber). Debemos diferenciar *conocimiento-saber-ciencia*. La ciencia es una parte del saber, y el saber es una parte del conocimiento.

Este deslumbramiento científicista ha llevado a que perdamos la riqueza y el rigor, la sutileza y finura de la semiología de los casos clínicos de la psiquiatría y la psicología clásicas; de la observación y la anamnesis; de la escucha y la mirada clínicas; de la creatividad como modo de conocimiento, para quedarnos reducidos a la mirada escópica, de los aparatos y las pruebas, o a las escalas, cuestionarios, ítems, etc.

No puede haber una ciencia de los valores, de la belleza, los sentimientos, del amor, de lo justo o lo injusto, del bien y del mal, etc. A todo esto no le es aplicable lo científico, son otros saberes los que están en juego.

Como diría M^a Zambrano: *“el saber es experiencia ancestral o experiencia sedimentada en el curso de la vida, experiencias vitales, no repetibles a voluntad como las que se efectúan en los laboratorios”... “saberes que aparecen tras un acontecimiento extremo, enfermedad, muerte de un ser querido, un desengaño amoroso, o la alegría y la felicidad” ... (28).*

El físico, premio Príncipe de Asturias, Etxenique señala: *“podemos saber que ley física gobierna la vida, pero ¿eso quiere decir que entendemos la vida, la belleza de un cuadro, el amor o el pánico en un estadio? Las propiedades de la vida como la belleza, la conciencia, etc, pueden no tener sentido a escala celular”... (29).*

O bien como dice S. Rose: *“creer que la bioquímica es de algún modo más fiable que los sentimientos que comunica una persona será un ejemplo de lógica-exjuvantibus”... (30) “La bioquímica y la biología molecular no son lugares para buscar la sede del alma”... (31).*

3^o En la consulta de salud mental infantil por lo general el niño es traído, la demanda viene a través de lo que el síntoma representa para quienes se ocupan del niño (padres, escuela, medio social, etc.).

Pero esta demanda, como toda demanda, habrá que evaluarla, elaborarla, no tomarla al pie de la letra. Habrá que tener en cuenta el sufrimiento del niño y lo que para él representa, que en el intento de salvarlo, no lo arrojemos con el agua sucia.

Hay que escuchar la trama de historias que entretengan el lugar del niño, las historias de sus padres y familia, el medio, etc. Pero hay que darle a él, también su lugar, para que construya su relato, su decir, su biografía, su malestar.

El niño habla y hay que escucharlo —además y también de a quién lo trae—. No substituir su relato por la deriva actual de que antes de oír su historia, se le apliquen escalas, cuestionarios, pruebas, etc., en busca de una etiqueta o un diagnóstico previo.

Hay que construir primero una historia, una anamnesis. Una historia que no es del lado del amanuense, del historiador, del sociólogo, del antropólogo

o del literato. Tiene que ver con algo de todos ellos, pero es otra cosa, otra escucha. Es una historia clínica, que da cuenta de su sufrimiento y su dolor, de su deseo y de su goce. Como refiere Gadamer: *“la anamnesis, el recuerdo, es una forma del pensamiento, del logos, es decir, de la búsqueda”... (32).*

4º La rampante patologización de los malestares de la vida cotidiana y del sufrimiento, hace que cualquier reacción vivencial, cualquier evento o malestar propio del existir sea tomado como patológico.

El simplismo y reduccionismo al que se ve abocada la clínica actual, lleva a confundir y hacer pasar:

- El síntoma por la enfermedad
- La parte por el todo
- Las causas por sus efectos

Y así nos encontramos, como la clínica se reduce a un prontuario de ítems, que protocolizados y envasados como guías clínicas, definen un trastorno o enfermedad, al cual se le asigna un tratamiento preestablecido (se cumple así el sueño del recetario, o del disponer de un manual de instrucciones).

En la clínica psicopatológica infantil, los trastornos o enfermedades de los manuales diagnósticos, son en general meros síntomas, que en el empobrecimiento y el simplismo al que se está reduciendo la clínica, se los ha erigido en estructuras o cuadros clínicos. Nunca la medicina –la clínica– estuvo tan lejos de sus credenciales: no confundir síntoma con enfermedad (no ser un casosíntomas).

En última instancia, este recorte de la clínica en ítems y síntomas, sigue sin abordar la realidad de las estructuras clínicas y la expresión del sufrimiento psíquico del niño.

En la línea de lo dicho, voy a poner simplemente dos ejemplos sacados de los manuales diagnósticos: el T.G.D. (trastorno generalizado del desarrollo), esa etérea entidad nosológica cajón de sastre de confusión, y el T.D.A.H. (trastorno hiperactivo y déficit de atención) erigido éste en categoría diagnóstica eminente y unidad de destino en lo universal de la psiquiatría infantil, llegando en algunos servicios o unidades de salud mental infantil, a ser el 70% u 80% de la casuística, convirtiéndose así en la única entidad clínica de la psicopatología infantil. La hiperactividad y el déficit de atención (que claro está existen, sino no existiría la motricidad, ni la atención), en tanto síntomas o signos -que remiten a una multiplicidad de expresiones, estructuras o cuadros clínicos- si se toman como entidad clínica diagnóstica única, se obvia e ignora el saber de su expresión y de su etiopatogenia, es decir, de que entidad o cuadro clínico se trata en realidad.

Expondré otro ejemplo, de cómo se desvirtúa y condiciona la clínica infantil, tan sólo mostrando como se presentan o nombran hoy en día en las consultas, los problemas que puede presentar el niño y como esto va a determinar la clínica: *“Hay que llamar otra vez a las cosas por su nombre”* (R. Argullol).

Rabietas-pataletas-perrenchas	Agitación
No aguantarse-hacer lo que le place	Impulsividad
Caprichoso-trasto-rebelde	Disruptivo
Negativismo-faltón-provocador	Negativismo desafiante
Voluble-incontinente-prontos.....	Explosivo intermitente
Desasosiego-nervioso-malestar	Ansiedad
Inquieto-no para-como una moto	Hipercinético
Distraído-no se centra-en las nubes	Déficit de atención

El venir a consulta con una u otra forma de presentar el problema ya va a predisponer toda una práctica clínica.

Y esto no es una banalidad o una anécdota ingeniosa. El nombrar las cosas patologizándolas, patologizar las conductas y comportamientos, supone que el hacer las cosas bien o mal, el portarse adecuadamente, no será efecto de la probidad moral, del esfuerzo, de la templanza, del dominio o de la libre elección, sino de los neurotransmisores, o de la genética, etc.

El confundir las conductas patologizándolas (claro está que hay conductas patológicas), supone que los esquemas ordenadores de las buenas o malas acciones, se substituyen por trastornos cerebrales o mentales. *“La retórica de enfermedad y terapias sustituyen la libertad del sujeto para decidir sobre su vida, para responder de sus actos” ... (33).*

Impera así la inocencia y la impunidad como horizonte moral. La desresponsabilización generalizada. La exoneración de la persona del compromiso de su propia vida.

Concluyo, retomando el proverbio de A. Machado: *“es el mejor de los buenos quien sabe que en esta vida, todo es cuestión de medida, un poco más algo menos”*.

Añado yo por mi cuenta:

- Un poco más de rigor científico, de semiología, de escucha biográfica y de clínica psicopatológica.
- Un poco menos de pereza intelectual, de cazasíntomas y de patologizar las conductas.

Y aquí termino en lo que pueda parecer una acritud, un barojiano, o un viejo cascarrabias. Sé que el reto de la clínica nos lleva al cuestionamiento, la

incertidumbre, al rigor y al saber escuchar y aliviar el sufrimiento del paciente-niño. He intentado reflexionar sobre mi práctica de más de 30 años. Quería alertar –quizás parcializando– lo que hay y lo que no hay en la clínica infantil. Perdonar mi osadía. No decirlo sería traicionarme.

Bibliografía

- (1) BERRIOS. G. Vieja y nueva psiquiatría, Maristan, 1994, III, 6-7;p. 36.
- (2) SPINKE JONZE. El mundo 10-XII-2009.
- (3) ARIÉS, Ph. El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Madrid: Taurus 1987.
- (4) LLOYD DE MAUSE. Historia de la infancia. Madrid: Alianza 1982.
- (5) CLARK, E. La publicidad y su poder. Barcelona: Planeta 1988; p. 246.
- (6) BAUMAN Z. 44 Cartas desde el mundo líquido. Barcelona: Paidós 2011; p. 51.
- (7) Niños explotados, El País 24-I-12.
- (8) WINNICOTT, D.N. El niño y el mundo exterior. B.Aires: Paidós 1980; p 172
- (9) YOURCENAR, M. Con los ojos abiertos, Barcelona: Plataforma Ed. 2008, p. 40.
- (10) GRASS, G. El País 26-X-1997.
- (11) RICOEUR, P. El País 28-4-1991.
- (12) HEIDEGGER, M. Carta sobre el humanismo. Madrid: Alianza 2009; p. 11.
- (12) GRAÑA, B. El País 5-X-07.
- (13) HABERMAS, J. Ciencia y Técnica como ideología. Madrid: Tecmos 1992; p. 27.
- (14) FOUCAULT, M. Las palabras y las cosas. Madrid: Siglo XXI, 1978, p. 83.
- (15) FOUCAULT, M. Ibid; p. 97-98.
- (16) ARISTÓTELES. La política 1253^a; 11-12.
- (17) ETKIN, POLAN, KANDEL E. Journal of neuropsychiatric and clinical neurosciences 17, 2005; 145-148.
- (18) LAIN ENTRALGO, P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. 1^º Ed. Barcelona; Anthropos 1987; p. 106.
- (19) LAIN ENTRALGO, Ibid; p. 261.
- (20) KLAPPENBACH, A., Claves de la razón práctica 2010, n.º 207, p. 81.
- (21) DOSTOIEWSKI, F., El idiota. 3^a Edición. Barcelona: Bruguera 1979, p. 506.
- (22) ORTEGA Y GASSET, J. El hombre y la gente. Madrid: Alianza 2010; p. 50.

- (23) FROM, E. *Ética y Psicoanálisis*. 12^a reimpresión. Madrid: F.C.E. 1980; p. 53-54.
- (24) ORTEGA Y GASSET, J. *op.cit*; p. 45.
- (25) PEREÑA, F. *Apuntes para una psicopatología infantil*. *Rev. Asoc. Neuropsiquiatría* 2011; 31 (110); p.255-269.
- (26) ROSE, S. *Tu cerebro mañana*. Barcelona: Paidós 2008, p. 147.
- (27) ARENDT, H. *La condición humana* 3^a reimpresión. Barcelona: Paidós 1998; p. 54-55.
- (28) ZAMBRANO, M^a. *Notas de un método*. Madrid: Tecnos 2011; p. 147-148.
- (29) ETXENIQUE. *El Mundo* 9-XII-2009.
- (30) ROSE, S. *Op.cit*; p. 248.
- (31) ROSE, S. *Ibid*; p. 172.
- (32) GADAMER, H. G. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa 2011; p. 127-128.
- (33) RENDUELES, G. *Las drogas como metáfora tóxica*. *Goze*, 2000, III, 9; 21.

FEDERACIÓN AUTISMO GALICIA

XUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE: Antonio de la Iglesia Soriano

VICEPRESIDENTE: Cipriano Luis Jiménez Casas

SECRETARIO: Fernando Domínguez González

TESOUREIRO: José Antonio García Villar

MEMBROS DE AUTISMO GALICIA

APACA

Asociación de Pais de Autistas e Psicóticos da
Comarca de Arousa
✉ Rúa Moreira, nº 29
36613 Vilagarcía de Arousa (Pontevedra)
☎ 986 501 548
E-mail: a.apaca@wanadoo.es

APACAF

Asociación de Pais de Persoas con Trastorno
do Espectro Autista do Centro de Apoio
Familiar "A Braña"
✉ Rúa Pracer, nº 5-3º B
36202 Vigo (Pontevedra)
☎ 986 226 647
E-mail: info@apacaf.org
www.apacaf.org

APA MECOS

Asociación de Pais de Persoas con Autismo
"Os Mecos"
✉ Rúa Fonsín, s/n - Baión
36614 - Vilanova de Arousa
☎ 986 708 640
E-mail: apamecos@yahoo.es

A.S.P.A.N.A.E.S.

Asociación de Pais de Persoas con Trastorno
do Espectro Autista T.E.A. da Provincia
da Coruña
✉ Rúa Camiño da Igrexa, nº 40 - baixo
15009 A Coruña
☎ 981 130 044
☎ 981 130 787
E-mail: administracion@aspanaes.org
www.aspanaes.org

AUTISMO VIGO

Asociación Autismo Vigo
✉ Rúa Camelias, nº 108, oficina 2
36201 Vigo (Pontevedra)
☎ 986 437 263
☎ 986 228 528
E-mail: autismovigo@gmail.com
www.autismovigo.org

APA CASTRO NAVÁS

Asociación de Pais do Centro "Castro Navás"
✉ Rúa Navás, nº 11-Priegue
36391 Nigrán (Pontevedra)
☎ 986 365 558
E-mail: fundación@menela.org

FUNDACIÓN MENELA

✉ Avda. Marqués de Alcedo, nº 19
36203 Vigo (Pontevedra)
☎ 986 423 433/902 502 508
☎ 986 484 228
E-mail: fundacion@menela.org
www.menela.org

FUNDACIÓN AUTISMO CORUÑA

✉ Rúa Camiño da Igrexa, nº 40-baixo
15009 A Coruña
☎/☎ 981 130 553 Fax: 981 130 787
E-mail: autismocoruna@yahoo.es

APA MENELA

Asociación de Pais do Centro "Menela"
✉ Camiño da Veiguiña, nº 15 - Alcabre
36212 Vigo (Pontevedra)
☎ 986 240 703
E-mail: fundación@menela.org

RAIOLAS - LUGO

Asociación de Pais de Persoas con Trastornos
Xeneralizados do Desenvolvemento
✉ Rúa Lamas de Prado, 75 - baixo
27003 Lugo
☎ 982 214 504
E-mail: raiolaslugo@gmail.com

FUNDACIÓN TUTELAR CAMIÑO DO MIÑO

✉ Rúa Xoanelo, nº 2
36202 Vigo (Pontevedra)
☎ 986 222 023
☎ 902 502 508
E-mail: fundación@menela.org

Subvencionado pola:



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE TRABALLO E BENESTAR

