

TRIUNFO.—¿Cuál es la situación actual de la psiquiatría infantil en España?

—En España ha habido siempre una psiquiatría muy orgánica, muy germánica, muy estática. Desde ella se intentaba encontrar en el niño los mismos cuadros clínicos que existían psiquiátricamente en el adulto, se trataba la psiquiatría infantil como una miniaturización de la psiquiatría de los mayores. Esta posición no daba lugar a ninguna realidad clínica, y se decía: "La psiquiatría infantil no existe", ignorándose así la existencia del niño desde el punto de vista mental. ¿Qué quedaba entonces? Quedaba la mal llamada "subnormalidad", quedaban los deficientes mentales, que es lo que ha dado identidad durante mucho tiempo al psiquiatra infantil en España (que se ha llamado, se llama y quiere seguir llamándose "neuropsiquiatra infantil", para poder justificar su actuación sobre el deficiente mental). La situación hasta ahora ha sido ésta.

"Pero hoy existe un movimiento de gente nueva, que contempla la psiquiatría infantil desde el punto de vista de la higiene mental, que entiende al niño no ya como un enfermo, sino como el ser desajustado en que puede convertirse en el futuro de no resolverse a tiempo sus problemas. Evidentemente, existen también los problemas psiquiátricos específicamente infantiles, existen las enfermedades mentales en los niños, en proporción poco significativa, aunque sí muy dramática, como lo demuestran los niños autistas o ciertos casos de psicosis o esquizofrenia. Pero el objetivo fundamental de la higiene mental infantil sería situar —en el contexto evolutivo de la personalidad del niño— aquellos síntomas y problemas de desajuste que en principio pueden parecer banales, pero que, de no pronosticarlos clínicamente, van a determinar su desarrollo futuro.

T.—¿Y cómo se llega a ser en España psiquiatra infantil?

—Actualmente, no hay ningún cauce oficial. Uno se hace psiquiatra infantil a salto de mata, como puede, de forma autodidacta. Como tal especialidad, la paidopsiquiatría no está reconocida en España, no existe ninguna enseñanza ni ningún título que te faculte para ejercerla. En todo caso puede ser una lección perdida del programa de la asignatura Psi-

El equipo paidopsiquiátrico

UNA NUEVA ALTERNATIVA PARA LA PSIQUIATRIA INFANTIL



FERNANDO LARA

En los últimos meses se ha producido dentro de España una notable sensibilización de la opinión pública respecto a la problemática infantil. Noticias casi siempre dramáticas —en torno al número creciente de intentos de suicidio entre los niños o a malos tratos ejercidos brutalmente sobre ellos, por ejemplo— han ido creando una preocupación en torno al mundo de la infancia. ¿Cuáles son los conflictos más habituales de los niños a nivel mental? ¿Por qué se originan? ¿Cómo y dónde se tratan?, son algunas de estas preguntas hoy planteadas. Con el fin de darles una respuesta y abordar el tema de la asistencia psiquiátrica infantil, TRIUNFO ha convocado para esta mesa redonda a un grupo de cinco profesionales, que —ya formalizado como tal colectivo— propone la alternativa concreta del equipo paidopsiquiátrico frente a la neuropsiquiatría infantil tradicional. Son sus componentes los paidopsiquiatras Carlos Cobo y Enrique Lara, la psicóloga Maite Cuevas, la psicopedagoga Francisca Majó y la asistente social Adelina Suero, trabajadores en activo todos ellos. Sus contestaciones reflejan el pensamiento común del equipo:

quiatria, pero que —una vez más— pone todo el énfasis en las deficiencias mentales.

"Lo que hay hasta ahora son esfuerzos personales, iniciativas individuales, que hacen que en tal o cual centro médico aislado haya un servicio de psiquiatría infantil a cargo de un señor que es pediatra o es psiquiatra, y que se ha esforzado en hacer unos cursillos, en hacer prácticas en el extranjero, en leer... Pero sin que haya, salvo alguna mínima excepción, ningún reconocimiento oficial. Por eso estamos continuamente pidiendo que se estructure la espe-

cialidad de psiquiatría infantil, que existan unas cátedras, unos programas, unas plazas en los hospitales que pongan fin a esta situación absurda e injusta.

T.—¿Sucede lo mismo fuera de España?

—No, no, en absoluto. Aunque la situación es muy distinta según los diferentes países, no se produce ese desvalimiento que nosotros sufrimos. Y en casi todos los sitios de Europa y de Norteamérica se trabaja ya en equipo: existen los centros de higiene mental infantil, donde funcionan los equipos paidopsiquiátricos, formados fun-

damentalmente por el psiquiatra infantil, el psicólogo y la asistente social, a los que se unen los reeducadores, los psicoterapeutas y —en algún caso, como en Suiza— un sociólogo y un estadístico, que estudia epidemiológicamente la población asistida. En íntima colaboración, además, con los pedagogos y las familias, de manera que el equipo paidopsiquiátrico se constituye en una superidentidad que permite la valoración conjunta del niño. Es algo que viene impuesto por la propia realidad polivalente del niño, por su dependencia respecto a la familia, la escuela y la sociedad, que hace que nadie pueda humanamente tener unos conocimientos tan globales como para asumir al niño desde ese punto de vista tan diverso.

"De ahí la necesidad del equipo paidopsiquiátrico. Aspecto en el que en España, exceptuando algunas iniciativas concretas, estamos absolutamente en mantillas.

T.—Según la ponencia que presentasteis en la última reunión de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil, es este trabajo en equipo el que vosotros defendéis frente a la postura "tradicional" u "oficial"...

—Exactamente, nuestra alternativa es la del equipo paidopsiquiátrico. Nos oponemos así a esa práctica "oficial" que tú citas, que es la del neuropsiquiatra infantil,



Miembros del equipo paidopsiquiátrico madrileño que mantuvo una mesa redonda en la Redacción de TRIUNFO: de izquierda a derecha, Carlos Cobo (psiquiatra infantil, Hospital tál, Ciudad Sanitaria F. Franco), Maite Cuevas (psicóloga, La Concepción), Francisca Majó (psicopedagoga, Servicio de Orientación Escolar del Hogar del Empleado) y Adelina Suero (asistente social, Hospital tál, Ciudad Sanitaria F. Franco).

que trabaja muy aisladamente buscando siempre —detrás de los trastornos del tipo que sea— un electroencefalograma perturbado. Aquí no existe equipo, sino una especie de subalternos, de inferiores, a los que el jerarca (el neuropsiquiatra infantil) pide de una manera muy oficial los "tests" correspondientes. Y punto. Al psicólogo se le solicitan esos "tests" o un coeficiente intelectual como se pide a un laboratorio que haga un análisis de sangre, sin siquiera conocer la mayoría de las veces al niño, igual que si fuese una máquina; a la asistente social se le encomienda exclusivamente que busque un centro adecuado, su labor se limita a una pura gestión, a un puro trámite... Es decir, la práctica "oficial" se basa en la jerarquía, en un neuropsiquiatra todopoderoso, que ordena a los que él ve como sus inferiores.

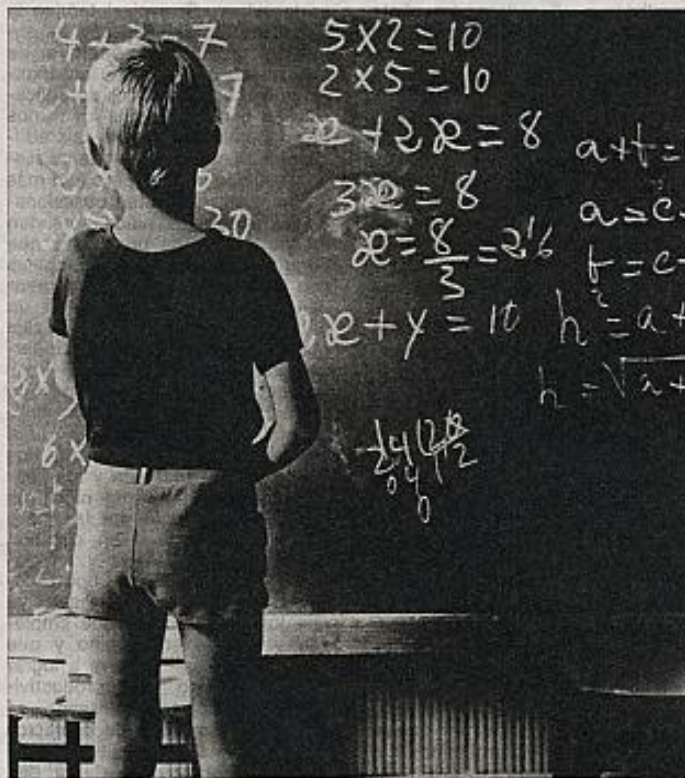
Nosotros proponemos lo contrario: un trabajo colectivo, interdisciplinario, que contemple la dimensión polivalente del niño, para llegar a una acción psiquiátrica, donde se engloban aspectos psicológicos, educativos y sociales. Teniendo como centro motor la higiene mental, y no el electroencefalograma.

T.—A nivel práctico, ¿en qué se traduciría el funcionamiento de ese equipo psiquiátrico? ¿En una psiquiatría de tipo sectorial, basada en los ambulatorios?...

—Bueno, en todos los sitios con experiencia se está haciendo la sectorización. Es decir, una delimitación de la población dentro de unas áreas geográficas determinadas y asumir el cuidado de esa población desde el punto de vista mental, para lo cual se crea una cadena de instituciones. En nuestro caso, el pivote de ellas sería el centro de higiene mental infantil, centro de tipo ambulatorio con capacidad diagnóstica y terapéutica, y con posibilidad de orientar a los niños que lo necesiten dentro de diferentes filiales: el hospital psiquiátrico infantil (si el niño precisa de un tiempo de hospitalización para poder ser observado fuera del contexto de la familia o ser tratado en los casos agudos); los llamados "hospitales de día" (donde el niño pueda estar la mayor parte de la jornada para recibir una asistencia de tipo global, que va desde una escolarización individualizada hasta unos tratamientos de tipo reeducativo, volviendo a su casa

al final del día)... Salvo en el caso de deficientes mentales profundos, de oligofrénicos graves, nosotros defendemos el mínimo posible de internamiento para el niño. Contra la tendencia a la reclusión que todavía persiste, creemos que cuanto menos tiempo esté el niño desligado de su medio ambiente, mejor. Claro, ello implica una acción del equipo psiquiátrico sobre la familia, para que el niño no recaiga al encontrar de nuevo en su casa el medio patógeno que influyó sobre él. E implica también una colaboración con la escuela mediante contactos muy directos con los enseñantes del niño.

T.—Entre la alternativa "oficial" y la que acabáis de exponer, ¿qué relación de fuerzas existe? ¿Cuál es hoy mayoritaria en España?



Muchos de los trastornos psíquicos infantiles que se producen actualmente en España tienen su origen en los ritmos acelerados de la educación.

—Por supuesto, la postura "oficial" continúa siendo la de fuerza. Pero de alguna manera, la propia realidad, la necesidad de los hechos, está consolidando nuestra posición como una alternativa a la que irreversiblemente hay que llegar. Y eso lo saben incluso los "oficialistas".

—Creemos que, dadas las características de la psiquiatría en España, la alternativa del equipo psiquiátrico resulta bastante revolucionaria. Pero hay una presión del medio a nuestro favor, lo mismo que la hay —como puede comprobarse en los programas de diversos partidos políticos— respecto a la necesidad de la planificación de la psiquiatría desde un punto de vista asistencial y real.

T.—En gran parte, la psiquiatría "oficial" de adultos se mantiene porque en base a ella se han montado suculentos negocios. ¿Sucede lo mismo en cuan-

to a la neuropsiquiatría infantil "tradicional"?

—Todavía más. Pero en vez de ser a nivel de clínicas privadas y de tratamientos costosos y de hospitalizaciones de lujo (como sucede con los adultos), en el terreno infantil lo que ha habido es un negocio a costa del débil mental. El niño débil mental no ha tenido centros donde ir ni se ha intentado con él una labor desde otro punto de vista, por lo que sus padres necesitaban un colegio donde estuviera. Entonces era el propio psiquiatra infantil el que ponía un centro de débiles...

—Así el niño débil mental ha pasado a ser una renta, mientras que en los países "civilizados" se tiende precisamente a lo contrario, a no encerrar a estos niños en centros así, sino a mantenerlos en sus casas facilitándoles el acceso

puede más o lo que sea. Pero es que un niño no puede decir eso, ni mucho menos en cinco minutos. El niño necesita de un tiempo para ser entendido (tiempo que va desde un mínimo de una hora a un óptimo de cuatro horas), de un clima adecuado, de un ambiente que favorezca la comunicación con él. Por lo que en el tiempo de que dispone un adulto en un ambulatorio neuropsiquiátrico, con un niño no se puede intentar absolutamente nada.

—Entonces, ¿qué hace sistemáticamente el neuropsiquiatra que tiene que abordar a una madre que llega a su consulta de la Seguridad Social, diciéndole que su niño va mal en la escuela o que es muy inquieto? Pues tirar de pluma inmediatamente y mandar al niño psicofármacos. Y hemos visto una y otra vez niños impregnados de psicofármacos para que se estén quietos y no den la lata a la madre y la madre no dé la lata al neuropsiquiatra... Es éste un aspecto que hay que señalar y denunciar: la utilización del psicofármaco en los niños. Que siempre, o casi siempre, es una medida de tipo represivo; cuantas menos posibilidades tiene uno de abordar a la persona en el diálogo, más se recurre al psicofármaco, que debería ser sustituido por la relación interpersonal. Se está actuando así contra la maduración del niño. Y aún diríamos más; de quince o veinte años a esta parte, un porcentaje muy alto de los niños de nuestra población tienen la experiencia de haber tomado psicofármacos desde recién nacidos. Si, por ejemplo, el niño es inquieto o sufre de insomnio, en vez de arreglárselas sus padres para —mediante la relación personal— tranquilizarle o dormirle, se recurre al Vallum y ya está. ¿Se ha acabado el problema? No, se ha tapado ese problema, creando otros al mismo tiempo. Muchas de las escaladas de adicción que hoy contemplamos en los adultos nacen de recurrir de entrada al psicofármaco para resolver situaciones ansiosas de los niños.

—Volviendo a la pregunta: o los padres de un niño con problemas aceptan este "tratamiento" por parte de la Seguridad Social, o tienen que buscarse una consulta privada. Y así vemos a esos padres que se matan a trabajar, que hacen horas extra por las noches para poder pagar las doce mil o quince mil pesetas que vale el que —durante tres horas a la semana— alguien enseñe a sus hijos a hablar mejor o les reeduca en mortricidad... Luego analizas este tipo de tratamientos y ves que la mayoría tienen muy poca seriedad.

T.—¿En ningún caso cubre la Seguridad Social estos tratamientos?

—Algunas veces, en casos aislados, especiales. Sin que se sepan muy bien los criterios que se siguen, de vez en cuando la Seguridad Social da una subvención para tratar a un niño en privado. Pero no de forma reglamentada ni coherente, ya que lo único tipificado es la "ayuda a la subnormalidad", que consiste en dar unas mil quinientas pesetas al mes a la familia que tiene un hijo con un coeficiente de inteligencia menor de cincuenta. Es una cantidad que se mantiene fija desde hace ocho



del Niño Jesús), Enrique Lara (psiquiatra infante Suero (asistente social, La Concepción).

PSIQUIATRIA INFANTIL

o diez años, y que si el niño tiene un coeficiente de cincuenta y uno, muchas veces ya no se concede...

Todo esto proviene de algo que declamos antes: la sanidad social de este país no asume la psiquiatría. Y concretamente, la psiquiatría infantil no existe para ella. Es un problema estructural, del que derivan todos los demás.

T.—¿Qué tipo de trastornos se dan hoy con más frecuencia entre los niños españoles? A través de la experiencia de vuestras consultas, ¿qué casos se os presentan en mayor número?

—No tenemos trabajos estadísticos que nos permitan trazar una epidemiología a nivel global, lo que supone un grave "handicap" a la hora de planificar cualquier sistema de asistencia. Por eso debemos reducirnos a esa experiencia contrastada que tú citabas en la segunda parte de la pregunta. Y esa experiencia nos dice que los trastornos infantiles son mayoritariamente de uno u otro tipo, según las clases sociales:

En las clases bajas, de escaso nivel adquisitivo y situación social disminuida, los síntomas que presentan casi siempre los niños están ligados fundamentalmente al cuerpo. Se trata, sobre todo, de somatizaciones: son problemas de la comida (anorexias, vómitos, muchísimos dolores de barriga), una cantidad increíble de niños que se orinan... ¿Por qué? Pues porque el niño de las clases bajas no tiene otro acceso a la comunicación que a través del lenguaje corporal, a causa —seguramente— de que los padres no entienden otro lenguaje que éste. El problema escolar, sin embargo, no se les plantea, o empieza sólo a plantearseles ahora. La causa es que —por el clasismo de la educación española y la ausencia de una verdadera igualdad de oportunidades— los padres tienen conciencia de que sus hijos no van a tener luego salidas en este sentido. Y pueden detectarse fracasos escolares importantes entre los niños de clases bajas, sin que los padres muestren esa preocupación urgente que se da en las clases medias. Son problemas corporales los que dominan, unidos a los que se derivan de la ausencia de complejo de

Edipo. ¿Qué "edipo" puede haber en estas clases sociales, donde la madre está siempre superirritada con los hijos y el padre sólo aparece para dormir o los fines de semana, agotado por el trabajo, roto físicamente y con el único deseo de dormir o descansar?

En las clases medias, lo que vemos con más frecuencia son problemas escolares: los padres vienen a quejarse con mucha angustia de que el niño no va bien en la escuela. En realidad, el diálogo con el hijo suele establecerse como un pequeño ejecutivo, a nivel de rendimientos y de eficacia. Y se están dando cada vez más frecuentemente intentos de suicidio en los niños, debido a las exigencias escolares. O con mayor exactitud, a que el niño se encuentra en un callejón sin salida al notar que las expectativas de sus padres se sienten profundamente frustradas porque él no va al ritmo escolar que ellos desearían. Ante ese callejón, la única opción que le queda muchas veces es intentar suicidarse.

En los sectores progresistas de estas clases medias se está dando un fenómeno significativo, que es el acercamiento al niño desde un punto de vista muy racionalista. Es decir, como hemos vivido en un medio represivo, de lo que se trata fundamentalmente es de no reprimir a nuestros hijos, por lo que se utiliza mucho con ellos el razonamiento, la intelectualización... Y eso está produciendo —dentro de estos sectores progresistas— cada vez más niños desfasados, que por un lado son "seudoadultos", pero por otro lado son muy infantiles. Los desfases en la maduración tienen frecuentemente este origen.

Y en las clases altas, lo habitual son niños carenciados, niños que sufren problemas a causa de la carencia de relaciones afectivas con ellos. Los padres delegan en el servicio, el profesor particular o el psicoanalista sus funciones respecto al hijo, descargan al niño en esa serie de "yos" auxiliares. Por lo que el niño se encuentra absolutamente carenciado de diálogo con los padres. Y de ahí nacen, fundamentalmente, problemas delictivos, drogadictos...

¿Qué tratamientos se hacen con estos niños de distintas clases sociales? En un esquema muy simplista, diríamos que a los de las clases bajas se les da psicofármacos, a los de las clases medias

se les da reeducaciones y a los de las clases altas se les da psicoanálisis.

T.—Hablabais hace un momento de la influencia negativa de los ritmos acelerados de la enseñanza. ¿Qué tipo de perturbaciones se están produciendo en el niño por este motivo?

—Principalmente, dos: inhibiciones del aprendizaje y una especie de fobia escolar arrastrada a lo largo del tiempo, que estalla en la adolescencia con un rechazo masivo de los valores culturales. De ahí surge muchas veces una serie de conductas psicopáticas, en función de la quiebra de unos valores que el adolescente encuentra falsos, engañosos.

Los planes de estudio actuales están haciendo posible la castración continua del niño. El niño no es feliz, nunca ha sido feliz, pero hoy día lo es menos en gran parte por los rendimientos escolares que se le exigen. Si a nivel teórico la Ley General de Educación ha supuesto un intento positivo de avanzar en una línea de enseñanza activa, en la práctica su aplicación no tiene en cuenta los ritmos de maduración del niño. Los educadores tienen buena parte de responsabilidad en ello, pero aún más las familias, que están obsesionadas con que los niños aprendan mucho y muy de prisa. Hay que librar verdaderas batallas campales con los padres para que comprendan que los niños necesitan un determinado ritmo de aprendizaje que no debe alterarse ni precipitarse. ¿Por qué esta obsesión? Pues porque el niño se ha convertido en un exponente de rendimiento de la familia, de "prestigio" ante los demás. Y mientras que los trastornos de conducta y los conflictos emocionales del niño son muy mal aceptados por las familias —porque ponen en cuestión su sistema de valores y relaciones—, los problemas de tipo escolar se asumen con facilidad, ya que los padres creen que empiezan y acaban en el niño y que —de resolverlos— éste va a lograr el "rendimiento", la "productividad", que ellos tanto desean.

Todo el montón de conflictos que surgen de esta situación se encajan ahora dentro de la dislexia... Es como la etiqueta tranquilizadora que se está poniendo —irresponsablemente— a todos los niños con problemas escolares, sin profundizar más, sin preocuparse de lo que se esconde bajo este

diagnóstico de moda. Tiene el lado positivo de que a un niño calificado como disléxico seguramente sus padres ya no le van a pegar (y estamos viendo continuamente hasta qué punto se maltrata a muchos niños), porque "oficialmente" se halla enfermo, pero ello no cubre la realidad: la dislexia se está utilizando como el cajón de sastre de todos los malos planteamientos pedagógicos institucionales y, por supuesto, de todos los conflictos afectivos del niño. Lo mismo que es una moda inaceptable la "competición" que establecen las familias en torno al coeficiente intelectual de sus hijos ("mi niño tiene un ciento cinco"; "¡ah!, pues el mío tiene un ciento doce"...), como antes lo hacían con los sobresalientes o los notables. Eso es instituir al niño dentro de un parámetro estático que no tiene en cuenta sus posibilidades de desarrollo personal. No por casualidad en varios países socialistas ha estado prohibida la difusión del coeficiente intelectual; la actual moda en España es resultado —en buena parte— de esos "gabinetes de psicología", que tantas veces se han creado para que los psicólogos, faltos de puestos de trabajo, buscasen el cocido. Los padres hablan gracias a ellos de "dislexia" y "coeficiente de inteligencia", pero su relación profunda con el niño apenas ha variado.

T.—¿No es también una etiqueta tranquilizante para la sociedad el calificar a un niño de "subnormal"?

—Completamente. La subnormalidad es un fantasma, un falso diagnóstico que la Administración se ha inventado para determinar que por debajo de un coeficiente intelectual de cincuenta se es "subnormal psíquico" (otro cajón de sastre) y se tiene derecho a una ayuda económica irrisoria que —como ya dijimos antes— no se da si el niño muestra un coeficiente de sesenta o setenta, que es lo justo cuando más falta haría. Pese a que haya impregnado tanto a la sociedad e incluso a los propios neuropsiquiatras, hay que denunciar que el concepto de subnormalidad no existe, que es falso, que no responde a ninguna entidad clínica. Dentro de lo que se llama "subnormalidad" hay un montón de problemas y conflictos diferentes, que habría que deslindar para poder cualificarlos y tratarlos específicamente. Calificar a un niño de "subnormal" sólo sirve para marginarlo de por vida, para colocar sobre él una losa inamovible.

T.—¿Y los niños autistas?

—El autista es un niño que carece de lenguaje, de capacidad simbólica, y que no tiene ningún tipo de respuesta afectiva, mientras que su inteligencia brilla en determinados momentos para en seguida apagarse. Como se produce el autismo es todavía una gran incógnita para nosotros, aunque haya casos en que parece originarse por una relación negativa con la madre o incluso por factores orgánicos. El problema de los niños autistas en España es dramático: cada vez se están detectando más, sin que los médicos sepamos cómo tratarlos más allá del diagnóstico ni los padres encuentren centros donde sean atendidos debidamente... ■ Fotos: RAMON RODRIGUEZ



Desde el punto de vista mental, el niño no existe para la Seguridad Social española. Habitualmente, lo que hace el neuropsiquiatra de la Seguridad Social es recetar psicofármacos que van impregnando al niño y dificultando su maduración.