

ESPERANZAS Y TEMORES SOBRE EL FUTURO DE LA INFANCIA:

PRESENTACIÓN DE UNA REVISTA.¹

(Editorial publicado en la Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente 2003; 2:9-17).

Jorge L. Tizón

Presentamos hoy una nueva revista cuyas características, según las declaraciones de sus promotores y directivos, deberían ser las siguientes:

- . Una revista dedicada a la psico(pato)logía, es decir, a la psicología y la psicopatología de la infancia y la adolescencia, a sus interrelaciones, y no sólo a su psiquiatría.
- . Una revista orientada hacia la *salud mental relacional*, pero integradora de lo psicológico con lo biológico y lo social –y, por tanto, no dependiente tan sólo de financiaciones, objetivos e intereses parciales.
- . Plural, pues deseáramos poder publicar en ella trabajos y reflexiones realizados desde los diversos paradigmas o programas de trabajo que fundamentan hoy en nuestras disciplinas, sin sectarismos previos ni *a priori* dogmáticos.
- . Intercultural: Una revista que pueda acoger trabajos procedentes de ámbitos idiomáticos y culturales diversos. Así, en el Consejo Directivo y el Consejo Asesor encontrarán ustedes profesionales de Catalunya, Euzkadi y Galiza, pero también de Suiza, Latinoamérica, Portugal, EE.UU., profesionales que, por otra parte, trabajan tanto en la universidad como en diversos recursos asistenciales, sin olvidarse de las relaciones culturales del tema y los trabajos interdisciplinarios.
- . Orientada a la investigación, los planteamientos profesionales, abierta a las reivindicaciones asistenciales, sí, pero sobre todo, orientada a la clínica y a la investigación sobre la clínica...

Tras recordar esos objetivos y orientación de la revista, hay una pregunta previa sumamente pertinente que nos han y nos hemos realizado: *¿Tiene sentido una nueva revista sobre la salud (mental) de la infancia?*

De entrada, parecería fácil responder, ya que no hay en Catalunya ni en España muchas revistas de este tipo. Seguramente, las que se editan regularmente pueden contarse con los dedos de una mano. Pero, un poco más allá, ¿tiene sentido dedicarse a la renovación de nuestras técnicas y sistemas asistenciales en un ámbito tan “elitista y eurocentrista” como puede pensarse que es la

¹ Texto aproximado de la participación del autor en la presentación de la “Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del Adolescente” en el Palau Robert de Barcelona, el 8 de mayo del 2003.

salud mental de la infancia y la adolescencia?. Nuestra respuesta, evidentemente, ha sido afirmativa por múltiples razones. Veamos algunas de ellas, simplemente como muestra:

1. Los niños en tratamiento psicológico, psicopedagógico o por psicosocial en nuestras sociedades son hoy cerca del 25 % del total de la infancia (Cox 1993, US Dept. of Mental Health 1999).
2. En nuestra propia Unidad de Salud Mental, la Unitat de Salut Mental de Sant Martí (Institut Català de la Salut), que incluye dos Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, nos han consultado al menos una vez 24 de cada 100 habitantes de nuestros barrios. De las casi 25.000 historias clínicas abiertas hasta el 2002, el 32 % (2002) lo ha sido a personas de menos de 19 años: ello significa que, probablemente, sólo en nuestros Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil estamos visitando al menos al 12 % de los niños y adolescentes de nuestros barrios. Unos barrios de Barcelona en los cuales, además, como en otros barrios catalanes de hoy día, existen equipos psicopedagógicos, Centros de Desarrollo y Atención Precoz (CDIAP), niños que consultan en Servicios Sociales y Equipos de Atención a la Infancia de los Departamentos de Justicia y Bienestar Social, equipos de logopedia privados y públicos, centros de psicoterapia privados, etc. En resumen: es casi seguro que en algunos barrios de Barcelona ya se está visitando ese 25 % de los niños que dicen las investigaciones internacionales. Resulta pues de fundamental importancia el que los profesionales nos cuidemos y mejoremos nuestros sistemas y técnicas de ayuda; que podamos intercomunicárnoslas, compararlas, evaluarlas, criticarlas, todo ello para lograr una mejor atención a nuestros futuros adultos. Es decir, que tendríamos que mejorar su eficacia, eficiencia, efectividad, accesibilidad....
3. Pero ¿no resulta realmente superfluo y elitista ese esfuerzo cuando, según lo que hoy sabemos, la infancia “no-europea” está sometida a situaciones tan terribles como las ejemplificadas por la infancia irakí?. En efecto, durante los 11 años del bloqueo de la ONU (¡de la ONU!), parece que han estado muriendo anualmente entre 30 y 50.000 niños irakíes por enfermedades perfectamente evitables que no se daban antes del bloqueo: momento en el cual, no lo olvidemos, Irak llegó a lograr una tasa de mortalidad infantil similar a la española y mucho menor que la de otros muchos países de su entorno (y, por supuesto, que la norteamericana). Es que la tasa se había triplicado (21 por mil) antes de la guerra contra Irak del 2003. ¡Imagínense ustedes ahora tras el arrasamiento del país, de sus gentes y sus infraestructuras para negociar con su “reconstrucción”!. Pero hay otros datos más generales acerca de la situación mundial de la infancia que querría recordarles. Creo que los que

aparecen en la tabla 1, realizada a partir de un informe de la UNICEF y la UNESCO, hablan por sí mismos y nos orienta sobre la crítica situación de la infancia del mundo en nuestro siglo.

4. Todo ello podría llevar a algunas personas a pensar que preocuparnos de la *salud mental relacional* de la población infanto-juvenil es un dislate, un elitismo más, un despilfarro... Y es que, en efecto, la consideración de los niños como seres humanos completos, sujetos también a necesidades y sufrimientos psicológicos, no es tan antigua como parece que tendemos a pensar e menudo, con el fin (¿inconsciente?) de disociar cuanto antes los dislates cometidos también en la “opulenta Europa”. No hemos de olvidar que la consideración del niño como objeto de atención necesaria, objeto de cuidados, necesitado de afecto, y la consideración de la infancia como una etapa crucial para el desarrollo individual y social no es tan antigua: Fue entronizada en nuestras sociedades a través de diversos cambios culturales ocurridos en los siglos XIX y XX. Particularmente, los cambios culturales y sociales promovidos por el psicoanálisis, pero también por las ideologías revolucionarias y renovadoras de la sociedad de esos mismos siglos. No olvidemos que el infanticidio de hijos “bastardos” fue declarado ilegal ¡por Napoleón!, a principios del XIX. Por otra parte, durante la segunda mitad del siglo XIX, todavía los niños morían de hambre y enfermedades en las calles de las grandes ciudades de la “revolución industrial”: Londres, Paris, Glasgow, Barcelona... En esa misma época, niños de entre 8 y 14 años podían ser obligados a trabajar en las minas. Y además, en algunas explotaciones mineras, con el fin de –como hoy se diría– “optimizar los costos laborales”, se les limaban los dientes... ¿Para qué?. Pues con el noble y librecambista objetivo de que comieran menos, crecieran menos y, por tanto, los túneles de las minas fueran de un tamaño de niño, y no de adulto. En definitiva, túneles más baratos y “costos sociales” menores (de Mause 1983; Marx 1867-1972).

Como nos recuerdan los historiadores de la infancia, un amplio movimiento lanzado en las últimas décadas del siglo XX por historiadores y psicoanalistas fundamentalmente anglosajones (de Mause 1983), la situación de la infancia-media, de la infancia-tipo europea, ha dado un cambio espectacular. Me refiero a la infancia-media, no a infancias afortunadamente especiales como las descritas por Ana Magdalena Bach, tan bellamente ilustradas en la novela histórica de Meynell (bajo el seudónimo de Ana Magdalena Bach) ... o por la música que J.S. Bach le dedicó. El cambio ha sido tan espectacular que muchos podrían pensar que ahora hay que preocuparse antes que nada en lograr que en los países en vías del desarrollo la infancia alcance al menos el bienestar actual de la infancia europea.

Pero es que ese bienestar no es lo mismo que la ausencia de malestar, como lo demuestran las preocupaciones de los padres por los hijos en nuestros medios: y más en estos años y en países como Galiza o Catalunya, donde son un bien tanpreciado cuanto escaso (de media, no hay ni un niño por familia). Sin embargo, algunos seguimos pensando que mejorar nuestros sistemas de atención a la infancia, incluso en países como los de los “primeros vagones” de Europa, es una necesidad urgente. Sin descuidar nuestra lucha como ciudadanos en la defensa de la “otra infancia”, de la infancia que vive “en la espalda del mundo”, claro está. Sin descuidar el presionar y votar a gobiernos realmente preocupados por la infancia, y tanto de la infancia del “primer mundo” como del “tercer” y “cuarto mundos” porque también en este ámbito, como en otros muchos, *“Un altre món es posible”*.

De ahí, de esas preocupaciones, nace esta revista. Sus objetivos coinciden claramente con las secciones o agrupamientos de los trabajos que en ella aparecerán: investigación, renovación asistencial, discusiones asistenciales, reivindicaciones profesionales... Pero sobre todo, clínica e investigación sobre la clínica (y, especialmente, desde una perspectiva *relacional*, tal y como algunos comenzamos a defender al menos desde 1982 (Tizón 1982-1996).

Porque los miembros del Consejo Directivo de la revista pensamos que no sólo ha de mejorar nuestra red de dispositivos de atención a la infancia, tanto cuantitativa como cualitativamente, sino que hemos de mejorar los profesionales, que hemos de perfeccionar, investigar y renovar nuestra técnicas y sistemas asistenciales, nuestras capacidades de empatía y contacto con el sufrimiento de la infancia y de los padres o tutores que la cuidan. Y eso incluso en los países y comunidades autónomas con redes y técnicas más avanzadas. A pesar de que, nuevamente, podríamos pensar ¿y no será “rizar el rizo” ese empeño por mejorar urgentemente nuestras técnicas?. Algunos creemos que no: Creemos que hoy se necesitan mejoras cuantitativas y cualitativas de nuestros dispositivos, pero también urgentes replanteamientos en nuestras teorías y técnicas terapéuticas. Y para intentar ilustrar esta idea, ha pensado hacerlo a través de un ejemplo sacado de mi práctica clínica reciente:

La escena ocurre entre mi despacho y la sala de espera de una de las dos secciones del equipamiento que dirijo. Precisamente, se trata de un día en el que las tres horas siguientes las tengo reservadas habitualmente para labores de dirección. Pero mientras estoy resolviendo o intentado resolver los temas variados y abigarrados que tiene hoy lidiar cualquier directivo sanitario, comienzo a oír en la sala de espera unos gritos guturales,

primitivos, una especie de jerga gutural de imposible intelección. Me empiezo a preocupar. Los gritos guturales (¡Uh, uh! ¡Ah, ah! ¡Buuffff!) van subiendo de volumen y se oyen pasos ruidosos y tambaleantes en la sala de espera. Preocupado, salgo a la puerta del despacho y veo que, aunque la sala de espera está medio llena de pacientes graves, sobre todo adultos, todos están quietecitos, sentados o inmovilizados, como asustados. Los ruidos los está provocando Samuel, un niño de dos años y medio que hace muy pocos días he visto en primera visita y que padece un cuadro grave de “trastorno multisistémico del desarrollo”. Uno de sus síntomas era su mutismo, hoy transformado en esa jerga gutural y primitiva. Otro, alteraciones y estereotipias en la motilidad que hacen que sus movimientos se semejen a los de un pequeño y tambaleante --pero decidido-- orangután.

Saludo a Samuel y a su madre desde la puerta e intento volver a mi trabajo: pienso que tendrá una cita con la enfermera, con la psicólogo para la realización de test o que tal vez está esperando algún servicio de nuestra recepción.

Pero los ruidos siguen, ahora acompañados de otros sonidos como de pequeñas carreras. Me sigo angustiando. He que salir a pedir unas fotocopias y tengo que pasar por delante de Samuel y su madre: entonces veo que, mientras Samuel está recorriendo la sala de espera de un lado para otro, gritando; mientras que el resto de los pacientes e incluso miembros del quipo parecen asustados, inmovilizados, y no saben qué decir ni qué hacer, la madre está intensamente centrada... en su teléfono móvil. Al volver hacia mi despacho, después de la breve gestión externa, vuelvo a pasar ante ellos y la madre sigue concentrada en su móvil.

Ahora ya me es difícil trabajar dentro del despacho: Me preocupa no sólo Samuel. Como ya lo conozco, sé que sus aparatosas manifestaciones son intentos de comunicación recientes y, por lo tanto, mejorías recientes, por mucho que puedan asustar y preocupar. Pero que una señora sensible y cuidadosa con él, como es su madre, esté tan concentrada no en Samuel sino en el móvil, me preocupa tanto que, al cabo de pocos minutos, salgo y le pregunto, como suelo hacer en otros casos, “si le están atendiendo ya, porque he visto que llevan un rato en la sala de espera”. Para mi sorpresa, me dice que no y que me está esperando a mí. Mi sobresalto es mayúsculo: en varias horas no tengo visitas apuntadas y no es posible que pueda ser así. Les pido pues su carné de visitas... En efecto: aparece una visita conmigo que tenía que haber comenzado hacía veinte minutos.

Rápidamente intento aclarar el tema con recepción y parece que ha habido un error de citación, que no puedo discernir. De todas maneras, precisamente la actitud extrema de

disociación y negación de la madre con respecto a lo que Samuel estaba significando en la sala de espera, es lo que me da la pista para la actitud asistencial que, a continuación, me veo obligado a tomar: He de visitar a la familia. Las labores de dirección, como en tantas otras ocasiones, han de quedar para otro momento. Por necesarias que sean.

Y menos mal: cuando hago pasar a ambos, me recuerdan que en esta segunda visita habíamos quedado en que vendría el padre. Padre y madre se separaron a los cuatro meses de vida de Samuel: un factor de riesgo para su desarrollo. Parece que entre los dos no lograron elaborar un grave duelo ocurrido en el segundo trimestre del embarazo: un grave factor de riesgo psicobiológico para Samuel. Pero es que, además, hasta ahora han estado en batalla continua (otro factor de riesgo): la madre afirmaba que el padre no se ocupaba de nada del niño (otro factor de riesgo). Describía al padre como ese tipo de padre al que yo llamo “padre-OVNI” (“objeto volante no identificado”), descripción que siempre tenemos que comprobar y no asumir de entrada, tal como se hace hincapié en varios trabajos del primer número de esta misma revista que presentamos. Pero que, ciertamente, es un tipo de padre relativamente frecuente entre nuestros casos más graves, entre los pacientes psicóticos, por ejemplo: el padre-OVNI. El otro tipo, es el padre gravemente narcisista.

Imagínense lo que estaba pasado: la madre, que está sólo en le mundo (realmente sólo, porque es inmigrante sin familia aquí), en una situación así de grave de su hijo, convencida por su pediatra, había acabado por pedirnos ayuda... Y yo la estaba plantando, abandonando, sin enterarme, ya en la segunda visita (como la han abandonado todos). Y, encima, el padre, supuestamente des-interesado por Samuel, llega justo en el momento en el cual les estoy haciendo entrar en el despacho... A pesar de las desavenencias graves con la esposa, se presenta en la primera visita en la que es citado.

En definitiva: A pesar de que me espera una difícil y probablemente tempestuosa entrevista familiar –tempestuosa como todas las entrevistas familiares que valen para algo--, a pesar de lo que me espera, respiro aliviado. ¿Imaginan ustedes que habría significado dejar plantados en la sala de espera a esa madre, a ese niño, a esa padre, a esa familia...?

La viñeta me parece útil hoy y aquí porque ilustra al menos cuatro ámbitos en los que creo que hemos de mejorar de forma importante nuestra formación y nuestras técnicas como especialistas en la salud mental de la infancia y la adolescencia, es decir, como psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos, trabajadores sociales o enfermeros dedicados a la salud mental de la infancia:

1. En primer lugar, en nuestras capacidades de empatía y en nuestras técnicas para atender a las familias que disocian a sus hijos y el sufrimiento que ellos les provocan hasta el extremo que, por un momento, me pareció que disociaba la madre de Samuel –y ella creía que hacía su padre--. Son familias muy difíciles de ayudar porque o no acuden a nuestras consultas hasta que el caso es gravísimo e irrecuperable o, si acuden, intentan “proyectar y disociar sus ansiedades y su hijo” (no sólo sus ansiedades) en nuestros dispositivos. Nosotros hemos de hacernos cargo del tratamiento... y ellos evitan por todos los medios participar en él, modificar hábitos, modificar relaciones... Se trata de una problemática de nuestro trabajo cotidiano en la que tenemos importantes dificultades y carencias, sobre las que bien vale la pena meditar, reflexionar.

2. En segundo lugar, imagínense que, imbuido de la omnipotencia asistencial, por otra parte frecuente, yo me hubiera creído que se puede ayudar en un caso así sin atender e intentar introducir en el tratamiento no sólo al profesional, sino a la triangulación originaria completa más los profesionales que haga falta. Pero eso significa contar con el padre. Un padre que había sido descrito en principio como “objeto volante no identificado”... pero al cual, con una sólo entrevista, la madre accedió a re-contactar (y él, con ninguna, a venir): No tan OVNI. O, como prefiero decir: a veces los OVNIS somos nosotros, los profesionales, cuando nos creemos que podemos cambiar de forma importante evoluciones tan graves sin el concurso del triángulo madre-padre-niño o adolescente. Otra cosa es que consigamos ese concurso. Otra cosa es que sepamos cómo introducir al padre y cómo soportar la tempestad en la entrevista familiar que significan los cambios del sistema familiar. Es otro ámbito en el que necesitamos mejorar mucho nuestras capacidades de sensibilidad, empatía, formación, contención... No es por casualidad que en el primer número de nuestra revista, sin que los autores supiéramos previamente lo que iban a hacer los demás, hayamos coincidido en presentar varios trabajos sobre el papel del padre en la terapia y en la familia europea moderna.

3. Lo cual pone de relieve un tercer ámbito en el cual habríamos de reflexionar, discutir, investigar, modificar... En el ámbito de las técnicas familiares y las ayudas familiares: tampoco es casual que varios artículos de este número traten de aspectos novedosos de esas técnicas y, en concreto, de las técnicas de ayuda familiar y psicoterapia familiar en la primera infancia.

4. Otro de los ámbitos en los cuales hemos de mejorar de forma importante nuestra sensibilidad asistencial y nuestras técnicas: en la atención a la primera infancia. Por un

lado, porque es el momento clave para la prevención y la promoción de la salud. En segundo lugar, porque, en caso de ser necesaria, una buena asistencia en ese período es la mejor prevención para el futuro. Pero, en tercer lugar, porque hoy por hoy, tanto a profesionales como a familias, y tanto por problemas culturales como técnicos, nos cuesta proponer y realizar ayudas precoces. Nos cuesta en general realizarlas y, más aún, que no resulten profesionalizadoras o heteronomizadoras de la vida familiar —aunque a menudo, por errores u omnipotencia asistenciales, así caben resultado.

Por todo lo anterior, y por muchas otras cuestiones que aquí no puedo recoger, algunos hemos participado modestamente en el proceso de creación de esta nueva revista que hoy se presenta ante ustedes. Un proceso lleno de riesgo e inseguridades. Pero no más riesgos e inseguridades que nuestra asistencia de cada día.

Porque todo lo que hagamos para que niños y adolescentes vivan en un ambiente de mayor placer, esperanza, confianza y contención, en vez de en ambientes de catástrofes, violencia, muertes, agresiones (o, a un nivel “mas europeo”, en ambientes de desesperanza, des-confianza, des-contención y odio); todo lo que hagamos por evitar este último cortejo de *emociones proyectivas*, es algo que hacemos no sólo por esos niños y sus familias, sino por la solidaridad interhumana misma. Porque, como decía el poeta hindú Rabindranath Tagore (1861-1941),

***El hombre es un niño;
poder crecer es su poder.***

Es una verdad sobre la que fundamos nuestros esfuerzos asistenciales. Porque, en caso de no hacerlo así, en caso de no basar nuestra actitud asistencial en la promoción de funciones emocionales como la solidaridad, la esperanza, la confianza y la contención, permítanme que les recuerde, siguiendo a una psicoanalista británica, Betty Joseph, que

La violencia engendra desesperación. La desesperación engendra violencia.

Una afirmación que es válida para cualquier aspecto de la vida humana. Pero mucho más para la infancia, su evolución y desarrollo. Ahí sí que vemos e investigamos cada día cómo

La violencia engendra desesperación y la desesperación engendra violencia.

Tabla 1. ALGUNOS DATOS SIGNIFICATIVOS SOBRE EL ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA.

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pobreza y discriminación | |
| Viven con menos de un euro diario | . más de 500 millones de niños |
| No van a la escuela por esas causas | . más de 100 millones |
| Muerte (menores de 5 años) | . 11 millones cada año . 30.000 por día . uno cada tres segundos |
| Guerras y ejércitos | |
| . de 1990 al 2000 han perdido a sus padres por causa de conflictos armados | . más de un millón de niños |
| . han muerto por guerras civiles | . más de dos millones |
| . mutilados, heridos o discapacitados | . más de 6 millones |
| . sin techo | . más de 12 millones |
| . expulsados de sus casas | . más de 20 millones |
| Esclavismo y tráfico de seres humanos | |
| . Víctimas de tráfico esclavista | . más de 700.000 al año (sólo en Africa Occidental y Central, 200.000) |
| . Obligados a trabajar entre los 5 y los 14 años | . más de 211 millones . en los países ricos, 2'5 millones . (más 11'5 millones de adolescentes de entre 15 y 17 años) |
| Reparto por géneros | . En cada apartado, aproximadamente 60 % niñas / 40 por ciento, niños . En el trabajo doméstico, 90 % niñas |

(Fuentes: UNICEF: El estado mundial de la Infancia. UNICEF: Ginebra 2002.
Ramonet I. Niños explotados. Le Monde diplomatique, Ed. Esp. 2002, 81: 1.).

Bibliografía:

- Bach AM – Meynell E. La pequeña crónica de Ana Magdalena Bach. Madrid: Juventud 1998 (8ª ed).
- Cox AD. Preventive aspects of child psychiatry. En: Garralda ME. Managing children with psychiatric problems. Londres: BMJ, 1993:179-207.
- De Mause LI (comp). Historia de la Infancia. Madrid: Alianza Universidad, 1982.
- Joseph B. La desesperación engendra la violencia, la violencia engendra la desesperación. Psicoanálisis ApdeBA, 1993; 14,1: 83-96.
- Marx. C (1867). El Capital. México: FCE 1972.
- Ramonet I. Niños explotados. Le Monde diplomatique, Ed. Esp. 2002, 81: 1.
- Tizón JL. Apuntes para una psicología basada en la relación. Barcelona: 1ª edición Hora 1982; 6ª edición, Biblaria 1997.
- Tizón JL. Atendiendo al sufrimiento de los padres: Cuidando el futuro. En Sasot J, Moraga FA (eds). Avances en Psicopediatría: Padres, salud, sociedad. Barcelona: Prous Science 2001. (pp. 145-167).
- Tizón JL. Una aproximación a las posibilidades de la atención primaria a la salud mental de la infancia. Cuadernos de Gestión 2001;7 (1): 9-30.
- Tizón JL. Nuevos elementos a considerar para la atención primaria a la salud mental de la infancia. En Club de Pediatría Social (ed). Los dos primeros años de vida. Barcelona: Club de Pediatría Social 2001 (pp. 85-124).
- U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville MD: National Institute of Mental Health 1999.
- UNICEF: El estado mundial de la Infancia. UNICEF: Ginebra 2002.