

Infancia y salud mental pública en España: siglo XX y actualidad.

Children and mental health in Spain: 20th century and today.

Pilar López Fraile ^a, Sergio Herrera López ^b.

^aPsicóloga en el Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Tarragona. Instituto Pere Mata, España. ^bPsiquiatra en el Hospital de Día de Adolescentes de Vilanova i la Geltrú. Hospital Sant Joan de Deu, España.

Correspondencia: Pilar López Fraile (pirlarr@yahoo.es)

Recibido: 25/05/2012; aceptado: 10/09/2012

RESUMEN: Este trabajo aborda una revisión histórica de la infancia en nuestro país en su vertiente educativa, social y sanitaria, profundizando en la historia y características particulares de la atención pública a la salud mental de nuestros menores. Como en cualquier reflexión histórica, en este trabajo subyace una concepción teórica sobre el fenómeno estudiado, considerando que una asistencia digna al menor es fundamental para la prevención en la salud mental del adulto.

Pese a los diferentes aspectos mejorables como el desigual desarrollo autonómico, la insuficiente dotación presupuestaria o la falta de implementación efectiva de los proyectos legales, se puede concluir que la situación de práctica desprotección del niño con trastorno mental a principios del siglo XX ha dado paso a una red asistencial que proporciona atención integral y gratuita a toda la población.

PALABRAS CLAVE: salud mental infantil, infancia, asistencia pública.

ABSTRACT: This work deals with a historical review of children in our country in its educational, social and sanitary side, deeper into the history and characteristics of the public attention to the mental health of our children. As in any historical reflection in this work underlies a theoretical conception on the phenomenon under study, whereas a worthy assistance to minors is essential for prevention in mental health of the adult. Despite the different areas for improvement (unequal regional development, insufficient staffing budget, lack of effective implementation of law...), one can conclude that the situation of practical vulnerability of children with mental disorder in the early 20th century has given way to a health care network that gives a comprehensive and free care to the entire population.

KEY WORDS: child mental health, childhood, public assistance.

1.- Hacia una conceptualización de la infancia.

Cualquier aproximación al concepto de infancia suele transmitir connotaciones de carácter negativo. Etimológicamente, el término alude a un periodo indeterminado de la vida en el que el hombre no habla; en consecuencia, su conceptualización no viene determinada por lo que este periodo sea o signifique, ni por las capacidades ya desarrolladas por quienes viven en ese periodo, sino por lo que todavía no se ha conseguido. La infancia sería pues, una etapa imperfecta de la vida de la que conviene salir cuanto antes para alcanzar la condición de hablante, que es el estado que corresponde al hombre adulto, el que ha conseguido la plenitud.

Históricamente, el término infancia, y por extensión el de la niñez, ha correspondido con la idea de algo imperfecto, inacabado o incompleto, y sólo muy recientemente ha sido considerado como algo valioso y fructífero en sí mismo. En Grecia, que fue el primer lugar en el que se fragua una idea aproximada de este concepto, los niños ocupaban, al igual que la mujer, un lugar inferior en la escala de consideración social, a muy poca distancia de los esclavos, y sólo se les prestaba atención en razón del adulto que habría de llegar a ser. En Roma, su consideración nunca pasó de la que correspondía a un “homunculus”, a un hombre en pequeño, imperfecto y sin ninguna otra particularidad que no estuviera mediatizada por la condición de ser un proyecto de hombre, cuya única diferencia con los adultos estribaba en que era menor su fuerza, sus necesidades de alimentación y vestido, y sus capacidades cognitivas y emocionales.

A lo largo de la Edad Media, el cristianismo añade a la infancia, la idea de su contaminación por el pecado original (1) mediante el cual se explican, y al cual se atribuyen, tanto las deficiencias físicas o psicológicas graves, como las tendencias oposicionistas que aparecen en los primeros años de la vida del niño y del adolescente, las cuales se procuran encauzar y corregir invariablemente a través del castigo. Al final de este largo periodo histórico, y como contrapartida a un panorama tan negro de hambre, suciedad y sufrimiento, en el que la infancia se encuentra, aparece el esplendoroso fresco de los pícaros de los siglos XVI y XVII, los primeros relatos en los que se describen valores positivos de la infancia y de la niñez.

El primer cambio en la consideración de la infancia no se inicia sin embargo, hasta el siglo XVIII, en el que surge por la confluencia de dos factores. En primer lugar, el espíritu de la ilustración trajo aparejado, junto al reconocimiento de la dignidad del hombre, una nueva mirada hacia la infancia, en virtud de la cual se empiezan a ver a los niños, al menos en determinadas élites europeas, como personas necesitadas de protección y, a la vez, como centro y justificación de la familia y del hogar. En segundo lugar con la aparición de la revolución industrial y las migraciones a las ciudades, los niños dejan de ser percibidos únicamente como fuente de gastos y problemas para las familias y empiezan a aparecer, en numerosas ocasiones, como solución para su subsistencia. Pero fue Rousseau (1), en su obra *El Emilio o Sobre la Educación*, el primer autor que para explicar la esencia y sentido de la infancia abandona toda referencia a causas extrínsecas y religiosas y detiene su atención en el propio niño, en su naturaleza, en su modo de ser persona.

La obra de Rousseau despierta un interés creciente por el niño, por su mundo, por su evolución y por sus necesidades, y contribuye a que, a través de los análisis y logros conseguidos por las numerosas ciencias que abordan su estudio, la idea de infancia vaya tomando forma como construcción histórica, inacabada, incompleta y carente de valor para cualquier época y lugar, pero tan fecunda que da lugar al fenómeno que se conoce con acierto como descubrimiento o invención de la infancia (2).

A partir de ese momento, los niños y los jóvenes reales, hasta entonces legión de individuos harapientos y aislados, salen de su anonimato y de la cotidianeidad, y cobran relevancia y protagonismo, ya sea integrados en el seno de una familia o lejos de ella, en instituciones, escuelas, reformatorios, centros de trabajo, etc., surgidas para su formación, protección y custodia. Podría decirse que si bien los niños seguían siendo realidades concretas y cambiantes, y su vida probablemente igual de miserable, la infancia adquiere condición de categoría social permanente que se proyecta sobre los individuos que temporalmente la integran, lo cual no significa que sea una realidad inmutable o que se mantenga invariable o ajena a los cambios que se producen en la sociedad, sino que, como realidad dinámica, la idea de la infancia evoluciona, a través de una especie de ósmosis permanente, con la sociedad a la que pertenece (3).

Ahora bien, como sucede en cualquier tipo de construcción teórica o social, ni en el ámbito familiar, ni en el del tratamiento institucionalizado, ni siquiera en el de las ciencias que se ocuparon de ella, existe acuerdo sobre lo que la infancia sea, ni sobre el modo en que habría que tratarla. Al contrario, desde la aparición de los primeros estudios, se generaron dos posturas prácticamente antitéticas, todavía presentes en nuestro escenario social y educativo; la de quienes entienden la infancia como un estadio sustantivo de la existencia humana y defienden el estudio del niño concreto, constructor de su propio aprendizaje y de su condición de ciudadano, así como la conveniencia de dar una respuesta familiar y educativa acorde con las diferencias y necesidades individuales, provocando lo que desde los oponentes se entiende como una infantilización del proceso educativo y de la sociedad. Frente a ellos, se encuentran quienes entienden la infancia como un periodo pasajero y sin otro valor que el de servir de tránsito a la vida adulta, y en el que lo importante no son las facetas ni las diferencias individuales, sino la idea global que la sociedad tenga del niño y de su papel en la vida adulta. Para los primeros, los niños alcanzan la adultez a través de un proceso de apropiación de la cultura en la que el individuo está inmerso. Para los segundos, es la cultura la que se multiplica e instala en la mente de los individuos a través de un proceso de acomodación.

De ambas interpretaciones se desprende que la infancia resulta una construcción paradójica. En primer lugar, porque si bien el concepto surge, como queda dicho, cuando las familias y la sociedad aumentan su consideración y amor hacia los niños, lo que debería hacerlos más libres y felices; opera de forma contraria hacia la integración y asimilación cultural y social de los niños, hacia su incorporación a la cultura dominante y la eliminación o negación de sus diferencias e intereses individuales (4). En segundo lugar, porque como la idea de infancia cristaliza, de hecho, en infancias diferentes, que integran individuos a su vez diferentes, ni todo lo que se hace por la infancia repercute luego a favor de todos los niños, ni las mejoras suelen trascender el ámbito de los principios o el de las expectativas (5).

Finalmente, y es lo que más interesa a nuestro propósito, porque en la idea de infancia que fragua en todas las sociedades y que debería servir de cobijo a todos los individuos, encajan muy bien los más dotados y los mejor dispuestos a integrarse, generalmente situados en la cúspide social, pero no los discapacitados, los enfermos y los desfavorecidos, que son quienes están más necesitados de reconocimiento, de apoyo, de protección y de respeto a su individualidad.

Se podría concluir, pues, que la infancia, y por extensión el otro periodo del que se ocupa este trabajo, la adolescencia, son construcciones teóricas en permanente revisión por las constantes aportaciones de las ciencias que las abordan, que abarcan los periodos más débiles e indefensos de la vida, pero que resultan básicos para el desarrollo de las capacidades y para la formación de la personalidad y a través de los cuales se alcanza el estado adulto y la plenitud humana.

2. Contexto socio-legal de la infancia en España en el siglo XX y en la actualidad

Desde finales del siglo XIX se comienza a prestar especial atención a la infancia, lo que se expresa en las distintas leyes que surgen desde ese momento. Es por lo tanto ciertamente reciente el interés y el trato especializado hacia el menor en nuestra historia; de hecho, las leyes que se van promulgando no acaban de cumplirse prácticamente hasta el último cuarto del siglo XX, cuando el desarrollo económico y el cambio político del país lo permiten. Una manera de acercarse al concepto de la infancia consiste en conocer los cambios sociales, económicos, filosóficos y legales aparecidos en los siguientes aspectos:

2.1.-Sanidad

En sanidad se han producido cambios muy relevantes, destacando la reducción progresiva de la mortandad infantil, que a principios de siglo era un fenómeno relativamente habitual en los niños; por ejemplo en 1901 morían 186 de cada mil (6), mientras que en la actualidad la tasa se ha reducido en torno al 3.5, al igual que en muchos otros países desarrollados de Europa, como Alemania o Suecia (7). Durante buena parte del siglo pasado, en especial en sus comienzos, la mortalidad infantil estaba relacionada con negligencia en el cuidado, en el vestido y en la alimentación del niño o, directamente con su abandono, y se localizaba, fundamentalmente, en provincias con elevadas tasas de analfabetismo (7). Esta situación da lugar a lo que algunos autores han denominado como la “medicalización de la infancia”, en alusión a la prolífica intervención de la medicina en muy variados y diferentes aspectos relacionados con el crecimiento y el desarrollo de la vida del

niño (8), a la proliferación de libros dedicados a su cuidado, así como a su progresivo interés por el mundo de la infancia. También aparecieron leyes laborales para el cuidado de la mujer en el embarazo y el parto, comenzó a considerarse que el conjunto de la sociedad tenía que velar por el cuidado de los niños y se empezó a extender la idea, ahora ya asumida en gran parte, de que los primeros años de la vida eran determinantes para la salud física y mental del adulto.

En el último tercio del siglo XX, se alcanza la universalización de la asistencia sanitaria y se produce una notable mejora en la salud general de la población. Persiste el fenómeno descrito de la *medicalización* de la infancia, al que se añade la *psicologización* de la misma, dado el peso que las disciplinas *psi* han adquirido en la educación familiar y escolar de los niños, y en aspectos legales y de protección. Esta preponderancia de lo psicológico se ha traducido en un mayor interés y conocimiento del desarrollo evolutivo de la infancia y de los factores que lo condicionan, pero ciertos abusos psicologizantes pueden conducirnos a la búsqueda de “trastornos” en el individuo para explicar problemas que tienen raíces fundamentalmente sociales o educativas, como el llamado fracaso escolar o la delincuencia. También desde nuestros servicios sanitarios se tiende a la culpabilización de los padres que no siguen las instrucciones médicas o psicológicas, ignorando que las condiciones socioeconómicas impiden en ocasiones su seguimiento, como sucede, por ejemplo, con la recomendación de la OMS sobre la lactancia materna hasta los dos años, la cual entra en franca contradicción con las leyes laborales que obligan a las mujeres a incorporarse a sus trabajos a las 16 semanas, generando así sentimientos de culpa o de sobre-esfuerzo constante.

2.2.-Educación:

El vínculo entre nuestras disciplinas y el sistema educativo es cada vez más estrecho, lo que sugiere la necesidad de mayor aproximación y de conocimiento mutuo. Es en la escuela donde se hacen visibles dificultades de desarrollar tanto el aprendizaje, como la socialización y adaptación a la norma, de ahí que sea el ámbito escolar el origen de gran parte de la demanda que se atiende en nuestras consultas.

Pero no siempre ha sido así, tanto la evaluación y el tratamiento especializados en salud mental en la infancia, como la asistencia regular y universal de la población infantil a la escuela, son fenómenos relativamente recientes. En 1857 aparece la primera Ley de Instrucción Pública, llamada Ley Moyano (9), que incorporaba, entre otras cuestiones, la educación universal y gratuita para los niños entre 6 y 9 años. Medio siglo después, en 1909 la obligatoriedad se amplía hasta los doce años y, en 1964, hasta los catorce. Pero los avances de carácter normativo no se acompañaron de los planteamientos políticos ni de las inversiones económicas

pertinentes, y la mayor parte de los niños continuaron accediendo al mundo laboral prematuramente y sin recibir una educación formal hasta mediados los años 60, momento en el que comenzó a creerse seriamente en la importancia de la educación para el desarrollo económico del país.

La escasa valoración de la educación ha sido particularmente frecuente en nuestro país, así, por ejemplo, en 1914 sólo un tercio de la población infantil asistía a la escuela y además lo hacía de manera irregular (8). En el medio rural, el grado de escolarización era todavía menor, a lo que había que añadir un profesorado peor pagado y con menor cualificación (10). La República, aparte del notable esfuerzo de inversión que supuso la construcción de doce mil escuelas en su corta trayectoria, planteó un cambio ideológico, apostando por la escuela laica y pública, frente a la privada y confesional que había existido hasta entonces. Tras la Guerra Civil, y con la publicación de la Ley de Enseñanza Primaria de 1.945, se vuelven a establecer las escuelas de corte privado y religioso (10), en consonancia con la filosofía nacional-católica que impregnaba todos los aspectos de la vida del país. Durante el desarrollismo económico de los años 60 y en el contexto de una cierta “desideologización” del régimen, se desarrolla un Plan de Construcciones Escolares, con el que la tasa de escolarización aumenta del cincuenta por ciento en 1951, al setenta, en 1964.

En 1.970, la Ley General de Educación mantuvo la obligatoriedad de la enseñanza hasta los catorce años, pero incorporó como avance significativo el establecimiento de la enseñanza universal y unificada, la Educación General Básica, que abarcaba el periodo comprendido entre los seis y los catorce años, y que suponía la eliminación del doble itinerario existente hasta entonces entre los diez y catorce años, la enseñanza primaria, que se cursaba en las escuelas, y el bachillerato, que se cursaba separadamente en centros de enseñanza media. A partir de esta década, la tasa de escolarización ascendió significativamente hasta el noventa y seis por ciento (7), y llegó, prácticamente, a la erradicación del analfabetismo, al final de la misma.

Los avances en la universalización de la enseñanza se limitaron, sin embargo, al periodo obligatorio y, dentro de este, al alumnado considerado “ordinario”. Fuera del periodo obligatorio, la enseñanza seguía dividida en dos itinerarios educativos, el Bachillerato Unificado y Polivalente y la Formación Profesional; en cualquiera de los cuales, se impartía pensando en un inexistente alumno medio, y todo el que tuviera dificultades para seguirla, fundamentalmente si su origen se atribuía a deficiencias de tipo cognitivo o conductual, terminaba excluido del sistema educativo o era relegado a clases o centros de educación especial en los que seguía un currículo totalmente distinto al resto del alumnado.

El Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial, pretendía superar esta situación y ordena la atención de este alumnado

sobre la base de cuatro principios: normalización de los servicios, integración escolar, sectorización de la atención educativa e individualización de la enseñanza. De hecho, sin embargo, los avances que esta disposición introdujo en el ámbito de la integración del alumnado fueron muy reducidos, porque tales principios no se establecieron con carácter prescriptivo, sino como expresión de una aspiración que requería aceptación de los centros para su implantación, con lo que se dejaba la respuesta educativa centrada no en las necesidades de los alumnos, sino en la disposición de los centros para facilitarla.

Con la pretensión de superar estos problemas, el 3 de octubre de 1990, se promulga la LOGSE (Ley Orgánica General del Sistema Educativo), que promueve (11) un modelo generalizado e inclusivo de la enseñanza y de centro escolar, que tanto ha beneficiado a los alumnos con trastornos graves.

En ella se incorpora el concepto de *necesidades educativas especiales*, a través del cual se pretende generar y extender un cambio en la percepción y tratamiento del alumnado, basado en el principio de diversidad, que obliga a planificar y desarrollar la enseñanza en función de las capacidades y diferencias individuales, en lugar de centrarla en el alumno medio, y a partir del cual la dificultad para seguir una determinada parte del currículo, o su totalidad, deja de ser un problema del alumno, para ser considerado una circunstancia que aconseja u obliga a modificar, en cuanto sea necesario, el tratamiento pedagógico ordinario (12). Igualmente, se pretendía evitar el proceso de “etiquetado” de determinados alumnos, que según hemos podido comprobar en nuestra experiencia diaria, subsiste bajo otras prácticas, como la atención en los centros de salud mental infantil de un buen número de niños sin una sintomatología que justifique su inclusión en las categorías psicopatológicas tradicionales, y cuyo denominador común es la falta de adaptación a las exigencias normativas o de aprendizaje de la escuela.

Con respecto a los pacientes con trastorno mental grave, algunos estudios (13) han señalado que, junto a una creciente conciencia y voluntad de integración por parte de todos los estamentos del sistema, desde profesores hasta alumnos, también existe la percepción de que se dan graves carencias en la formación del profesorado, en personal especializado y de soporte, en material específico, etc, que entorpecen este objetivo, por lo que la escasez de recursos específicos en el ámbito educativo y las dificultades de integración escolar de estos alumnos, redundan en un aumento de la demanda a los centros de salud mental, y han obligado a algunas comunidades autónomas a establecer dispositivos de alta especialización con personal docente y sanitario, como las unidades médico-educativas en Cataluña.

En cualquier caso, se ha de destacar que la obligatoriedad de la educación, la intención inclusiva presente en las nuevas disposiciones, y el incremento de recursos de atención a la diversidad, han representado en los últimos años un avance

para los niños con trastorno mental grave, ahora afortunadamente escolarizados y con un alto grado de adaptación escolar, mientras que hace unas décadas eran obligados a permanecer en su domicilio o en grandes instituciones, en las que todavía es posible encontrar pacientes que llevan allí desde su infancia.

2.3.-Protección:

El reconocimiento legal de los derechos del niño a nivel europeo y mundial es también un avance reciente, se produce en 1959, cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas crea un documento en el que se explicitan los derechos del niño resumidos en diez principios, y tras un largo periodo histórico en el que la pobreza estaba tan extendida que era en sí una condición criminalizada, asociada a la idea de peligrosidad (14) y en un ambiente de confusión entre niños delincuentes y víctimas de abandono y negligencia; de hecho se utilizaban (y se utilizan) los mismos centros para la protección y para la reforma (9).

Posteriormente, en 1969, se celebra el congreso Mundial de la Infancia donde se debate acerca de la protección de los menores, pero habrá que llegar a 1989, para que con motivo de la Convención de los Derechos del Niño, los derechos de la infancia quedarán vinculados a una ley de obligado cumplimiento para los países firmantes, entre los que se encuentra España, pero no Somalia ni Estados Unidos.

En la historia de la protección infantil en España, se da una gran tradición asilar del niño desamparado. A lo largo de los siglos, han proliferado los hospitales, los hospicios o las casas cuna, entre otros, para ocuparse de los niños abandonados o huérfanos, que eran atendidos por las instituciones que se ocupaban de los pobres y eran concebidos como tales (9). Estas instituciones, en su mayor parte, de carácter religioso y con las connotaciones morales y filosóficas que ello comportaba, consideran el cuidado de estos niños un acto de caridad y no de justicia. A principios del siglo XX, la situación real era que muchos niños vivían en la calle, debido a las condiciones económicas del país. Un ejemplo de ello es este extracto de la novela de Pío Baroja "La Busca" (15), excelente descripción de la vida de muchos niños a principios de siglo:

- *¿Y por qué te llaman Expósito?*
- *¡Toma!, porque soy inclusero.*
- *Y tú ¿no has tenido nunca casa?*
- *Yo no.*
- *¿Y dónde sueles dormir?*
- *Pues en el verano, en las cuevas y en los corrales, y en el invierno, en las calderas del asfalto.*
- *¿Y cuando no hay asfalto?*
- *En algún asilo*

En otro párrafo se habla de “la Engracia” que “*no sabía leer...llevaba ocho años de buscona y tenía diez y siete. Se lamentaba de haber crecido, porque decía que de niña ganaba más*”

Para combatir estas lamentables situaciones, se promulga la Ley de 1.904, de Protección a la Infancia, y el estado comienza a asumir la responsabilidad de los menores retirando poco a poco el control a la Iglesia. Se crean las Juntas de Protección a la Infancia, organismos encargados de ocuparse de controlar a los niños en estado de abandono, así como de velar por sus derechos (9). Anteriormente, la mencionada Ley Moyano también incorporaba la voluntad de protección al menor, evitando el vagabundeo, hasta entonces generalizado, mediante la escolarización. Sin embargo, la implementación efectiva de esta legislación es muy posterior; y al igual que sucedió con determinadas leyes de protección del enfermo mental (14), una insuficiente dotación presupuestaria determinó que durante muchas décadas estos avances legislativos no pasaran de hermosas declaraciones de intenciones.

A principios del siglo XX, los niños protegidos por el estado vivían en grandes residencias, de carácter confesional en su mayor parte, con centenares de internos, como microciudades al estilo manicomial. Durante la guerra civil, se ocupan de estos niños los Hogares de Auxilio Social en los que se les inculca un ideario nacional-católico. En el invierno de 1936, se crea el Auxilio de Invierno, como una copia casi exacta de las casas de la Alemania nazi (Winter-Hilfe) pasando a llamarse Obra Nacional de Auxilio Social (16). Tras la Guerra Civil, una gran parte de la población muere, está presa, enferma, o no tiene medios económicos de ningún tipo, por lo cual el número de niños desprotegidos se multiplica, alcanzando en 1943 la cifra de 12.043 niños tutelados por el estado (17) en instituciones que pretendían la redención de los hijos de los desafectos al régimen, “protegiéndolos” de la perniciosa influencia paterna, en consonancia con las ideas en torno a la pureza de la raza que preconizaban psiquiatras oficialistas (18). Algunos padres, ante la falta de medios económicos, solicitaban ellos mismos la tutela de sus hijos por parte de las instituciones, pero en la mayoría de los casos se trataba de la retirada forzosa de los hijos de la gran población reclusa femenina existente, a los que se interna en los Hogares o se entregan en adopción, sin el correspondiente permiso paterno (18). La miseria y crueldad imperantes en los Hogares de Auxilio Social han sido magistralmente recreadas por el dibujante de cómics Carlos Giménez en su serie autobiográfica “Paracuellos” (16).

La Ley de 1904 de Protección y Mendicidad está vigente con algunos cambios y reglamentos posteriores hasta que, en 1987, se promulga la Ley 21/1987, de modificación de determinados artículos del código civil y de la ley de enjuiciamiento civil en materia de adopción, en la cual se transfieren las competencias a los servicios sociales de las Comunidades Autónomas, que asumen la responsabilidad de la intervención en los casos de desprotección familiar. A partir de entonces,

cuando se constata negligencia o maltrato, la tutela se asume por la administración de forma automática, sin decisión judicial.

Algunos autores se han mostrado críticos con este procedimiento, argumentando que los padres han de demostrar su inocencia en lugar de probarse judicialmente su culpabilidad (19). Otros (20), han criticado la ausencia de programas de intervención terapéutica familiar, así como la carencia de recursos en ese ámbito, y su derivación a los servicios de Salud Mental, lo que conduce inevitablemente a la psiquiatrización del niño o de sus padres. Los programas específicos de coordinación de casos entre salud mental y servicios sociales son escasos, salvo excepciones marcadas por iniciativas particulares, como el proyecto *Interxarxes* en Barcelona, donde se preconiza una gestión compartida de los casos. También se ha denunciado la disparidad de criterios existente en cada comunidad autónoma, lo que podría comprometer la igualdad de trato a los menores y a sus familias por razones geográficas, así como la generalización de los conciertos de los recursos residenciales con fundaciones y entidades privadas, que también da lugar a que los individuos se vean sometidos a planteamientos educativos diferentes, en función de los postulados ideológicos o de los alineamientos profesionales de cada centro.

En los 80, con la Ley 21/1987, de modificación de determinados artículos del código civil y de la ley de enjuiciamiento civil en materia de adopción, se pretende que los niños estén internados en unidades reducidas, lo que ha contribuido a la desaparición progresiva de los grandes centros residenciales, o que estuvieran acogidos, en familia extensa o, preferentemente, en familia ajena. Este objetivo ha resultado mucho menos exitoso porque al final del milenio casi la mitad de los niños tutelados por la Administración están todavía en centros residenciales, y de la otra mitad, casi todos ellos están acogidos en familia extensa (21). Tan escasa tasa de acogimiento en familia ajena se explica porque en España las adopciones se producen casi todas en el ámbito internacional, mientras que resultan muy escasas las de ámbito nacional, entre 800 y 1000 casos al año (22). En los países anglosajones, sin embargo, apenas hay centros residenciales con lo que la mayoría de los niños están acogidos en familias propias o ajenas (23), mientras que en el resto de Europa hay una situación más equilibrada entre los niños internados en centros y los acogidos en familia ajena.

En los años 90, en España se produce un cambio en el perfil del menor tutelado, debido a la aparición de nuevos problemas como las denuncias de los padres a sus propios hijos por cuestiones conductuales, la llegada de inmigrantes menores sin acompañante o la dificultad del cuidado de niños con problemas en salud mental.

Actualmente, un 70% de la población institucionalizada es mayor de 13 años (23), dato que se origina, en nuestra opinión, porque al recurrir al tratamiento de los

menores en Servicios Sociales o de Salud Mental, ambos incapaces de abordar el problema en algunos casos, en lugar de proceder a su institucionalización o a su inclusión en familias ajenas, aumenta el maltrato familiar o institucional que influye en la emergencia de conductas antisociales en la adolescencia, que frecuentemente conducen al internamiento en centros de protección o directamente a su detención desde Justicia Juvenil; Cabrera (24) constata que, aunque sólo un 0.4% de niños menores de 14 años están institucionalizados, un 25% de la amplia muestra de presos de su estudio habían estado institucionalizadas en la infancia.

En tales circunstancias, es normal que incluso la institucionalización en residencias de reducido tamaño, se encuentre en revisión, debido a que un buen número de los menores acogidos en estas instituciones tienen muy difícil su retorno al hogar familiar, o a que plantean problemas emocionales, conductuales, de salud mental, o de prácticas violentas hacia su propia familia, etc. En su lugar, se intenta potenciar la adopción de los menores de seis años, facilitando los trámites, promover la creación de centros de día, generar un nuevo modelo de atención especializada en centros residenciales terapéuticos para trastornos de conducta, de toxicomanía, de personalidad, etc., todavía en sus inicios, y, por último, como meta todavía por concretar, concertar la acogida con familias que dispongan de formación suficiente para la atención de estos menores o que se comprometan a adquirirla.

3. La Salud Mental Infantil en el siglo XX y en la actualidad.

La atención psiquiátrica pública y gratuita a la infancia en nuestro país, fue prácticamente inexistente antes del siglo XX, situación por otra parte acorde con el atraso económico y social existente en el país. El pediatra Manuel Tolosa Latour, promotor de la primera Ley de Protección a la Infancia, dedica un artículo de 1893 a rebatir la creencia generalizada de que no existe la locura infantil: “Parece una paradoja que en un ser tan delicado puedan cobijarse las negruzcas sombras de la vesania” (25). En 1916 el médico Jaime Vera denuncia el abandono de la salud mental infantil: “Nada hay especialmente organizado para defender de su mal a los niños locos... las familias se las arreglan como pueden y los médicos, como Dios les da a entender”(26).

En el periodo previo a la Guerra Civil se suceden diferentes iniciativas pioneras, destacando la aparición del primer texto de psiquiatría infantil en castellano (27) obra de Augusto Vidal y Perera (1907), que impartía “psiquiatría infantil” en la escuela de magisterio. El libro era un compendio de las lecciones que impartía a sus alumnos, y alcanzó cierta difusión, llegando a la cuarta edición. Posterior-

mente aparecieron otros textos notables como “*Los niños mentalmente deficientes*” (1917) del neurólogo y psiquiatra Gonzalo Rodríguez Lafora, destacando por su preocupación por la deficiencia mental y los aspectos sociales del retraso.

A principios de siglo, comienzan a crearse los primeros centros específicos de atención a la infancia con problemas mentales, existiendo una gran mezcla con trastornos pedagógicos y problemas sociales. En el año 1907 los hermanos Francisco y Amador Pereira crean en Madrid el “Instituto Psiquiátrico Pedagógico” para niños “mentalmente retrasados” con un carácter de “Escuela-Sanatorio” (28). El educador Lluís Folch i Torres fue uno de los pioneros, fundando en 1928 el Institut Torremar de Vilassar de Mar, para niños anormales pobres, de 200 camas (14). En estos años se crea en la Universidad de Barcelona la primera cátedra de Europa sobre Psicopatología de la Infancia, dependiente de la Facultad de Pedagogía y ocupada por Emilio Mira y López (29).

La Guerra Civil tiene efectos devastadores sobre la floreciente cultura científica española, abortando el desarrollo de la incipiente psiquiatría infantil: los profesionales han de afrontar el exilio o la penuria asistencial e ideológica de la postguerra. La peripecia vital de Julián de Ajuriaguerra es un ejemplo de la “fuga de cerebros” que siguió a la contienda. Tras comenzar su formación médica y neuropsiquiátrica en París, el comienzo de las hostilidades trunca su intención de acabar Medicina en Salamanca. Decide unirse al bando republicano, siendo destinado por los servicios de Sanidad en Barcelona, posteriormente participa como médico de batallón en el frente de Aragón. En 1938 vuelve a París. Pese a su enorme prestigio, sufre trabas hasta la definitiva homologación de su título de médico en 1950. En 1959 pasa a dirigir el Hospital Psiquiátrico Bel-Air en Ginebra (donde colabora con Piaget) que bajo su dirección se convierte en uno de los centros más reputados de Europa. En 1972 publica su “*Manuel de Psychiatrie de l’Enfant*” que inmediatamente se convierte en una obra clásica (30). La obra de Ajuriaguerra en Bel-Air fue continuada por discípulos españoles como Juan Manzano y Francisco Palacio-Espasa.

Las oportunidades que encontraron los paidopsiquiatras exiliados en Europa y Latinoamérica contrastan con la lamentable situación de nuestro país en la posguerra. Hasta la década de 1950, no existe un impulso a lo asistencial, con la creación del PANAP Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, que contempla la creación de 55 *centros de orientación y diagnóstico para la infancia*, que sin ser centros infantiles dan asistencia a menores, aunque su función se limitaba en la mayoría de los casos a cuantificar niveles intelectuales en casos de retraso mental, con vistas a la prestación económica familiar. Se construyen cuatro hospitales psiquiátricos infantiles: Ciudad Real, Madrid, Teruel y Zamora; que se dedicaban a albergar casos de retraso mental de cierta severidad, o retrasos generalizados del desarrollo (31). Esta anécdota relatada por Francisco Mendiguchía, director del hospital madrileño, nos ilustra acerca del tipo de planificación de recursos sani-

tarios existente en la época: “a principios de los años cuarenta el peluquero del entonces Ministro de la Gobernación, del que dependía la Sanidad Española, le pidió a éste una recomendación para que un niño pariente suyo, que era subnormal, pudiera ingresar en un centro estatal, pues los privados no los podían costear. El ministro dijo que sí, que no faltaba más, y le pasó el encargo al Subsecretario, siendo mayúscula su sorpresa cuando éste, al cabo de unos días le informó ¡que no había ninguno!, a la vista de lo cual mandó rebañar unos presupuestos y construyó el Instituto Médico Pedagógico Fray Bernardino Álvarez, del que más tarde fui director durante veinte años.” (32)

Durante el franquismo, los hospitales generales comienzan a crear consultas externas de psiquiatría infantil asociadas a los servicios de psiquiatría general (33). Además, con la creación de las especialidades pediátricas se crean secciones de psiquiatría infantil, en las que ésta se considera una especialidad pediátrica más: Flora Prieto dirige la primera unidad paidopsiquiátrica adscrita a un hospital general Hospital La Paz, de Madrid, con una perspectiva psicopatológica y clínica de base psicoanalítica (29, 31). A partir de 1970 aparecen otras unidades paidopsiquiátricas hospitalarias en Gregorio Marañón de Madrid, y Vall d’Hebron de Barcelona (33).

Con respecto al panorama científico, en 1952 se funda la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil, embrión de la actual AEPNYA, con la participación, entre otros, de Folch i Camarasa, Mendiguchía y Prieto Huesca (29, 31, 34)

Al finalizar la dictadura el paisaje paidopsiquiátrico español se caracteriza por la escasa cobertura a los problemas psíquicos de la infancia. Se producen actuaciones puntuales y descontextualizadas de la vida y ambiente del niño (35). Persisten numerosos centros de tipo asilar o carcelario. Se identifican distintos servicios que prestaban asistencia a los problemas de salud mental infantil, sin ningún tipo de conexión ni planificación: neuropsiquiatras de la Seguridad Social, Equipos de orientación educativa, unidades de educación especial, centros base de minusválidos, servicios sociales, equipos del Tribunal Tutelar de Menores, equipos de Diputaciones y Ayuntamientos, gabinetes y consultas privadas... (35, 36).

La transformación global del país durante la transición despierta el entusiasmo por la reforma psiquiátrica. Los profesionales se encuentran en un escenario irreconocible: descenso de la natalidad, aparición del estado de las autonomías cada una con sus experiencias dispares, explosión del número de psicólogos, retorno de los profesionales españoles emigrantes que coincide con el exilio político de numerosos terapeutas latinoamericanos, interés por la psicología en los medios de comunicación, eclosión de “nuevas patologías”: T.C.A, toxicomanías, estados límite... (37). En este contexto, tiene lugar en 1981 la creación de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente (SEPPNA), de orientación fundamentalmente psicodinámica (38)

En este ambiente de cambios y zozobra, los poderes públicos parecen decididos a trazar una hoja de ruta. La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) elabora un informe en el que se reconoce el carácter “prioritario y permanente” de los programas de salud mental infantil. Se previene contra la creación de centros asistenciales monográficos; la atención a la salud mental infantil ha de ser desarrollada dentro del dispositivo sanitario global (39). La Ley General de Sanidad de 1986 también invita a “considerar de forma especial los problemas referentes a la psiquiatría infantil” (40).

Veinticinco años después de esta declaración de intenciones legislativa, conviene detenerse a reflexionar. El reciente Informe sobre la Salud Mental de Niños y Adolescentes de la AEN (33) proporciona una excelente fotografía de la situación actual de la especialidad: el desarrollo del estado de las autonomías ha determinado una evolución desigual, carente de un marco estatal de planificación. Pese a la entrada de España en la Unión Europea en 1986, se han desoído durante años las recomendaciones comunitarias acerca de la formación de psiquiatras infantiles. La asistencia se ha caracterizado por la ausencia de criterios homogéneos en el modelo de atención: disparidades en cuanto al rango de edad a atender o el lugar de los dispositivos infantiles en la red, persistencia de servicios que funcionan como prolongación de los de adultos, ausencia de planes específicos de salud mental infantil o de recursos fundamentales en algunas autonomías.

Teniendo en cuenta estas insuficiencias asistenciales históricas y la desfavorable coyuntura económica actual, sería fácil caer en el pesimismo ante el futuro inmediato de la salud mental infantil. No obstante, durante estos años en muchas autonomías se ha desarrollado una red de dispositivos específicos, unidades ambulatorias, hospitales de día o unidades de crisis de adolescentes... que ha permitido ofrecer una atención de calidad y resolver situaciones de crisis que antes dejaban a las familias y a los menores desprotegidos. Por otro lado, el reciente anuncio de la creación de la especialidad M.I.R. de psiquiatría infantil, reclamada desde hace años por plataformas de familiares y por las diferentes sociedades científicas españolas, y también deseable para la psicología clínica, debería contribuir a establecer una sólida base formativa e institucional desde la que los nuevos profesionales pudieran unirse a los ya existentes en la defensa del mantenimiento, y posterior desarrollo, de los recursos actuales.

4. Conclusión

En la actualidad, se ha producido un cambio importante en la manera de conceptualizar y, en consecuencia, de llevar a cabo la asistencia clínica: el análisis profundo de los hechos y su contextualización histórica desaparecen de los plantea-

ORIGINALES Y REVISIONES

mientos diarios, y se tiende a actos clínicos rápidos y concisos. La proliferación de nuevos recursos asistenciales en las comunidades autónomas más afortunadas, ha implicado la aparición de nuevos equipos compuestos por profesionales jóvenes, que han tenido que iniciar su actividad profesional sin el respaldo institucional de una tradición clínica e histórica en la que inscribirse, o incluso a la que combatir. Este artículo se gestó con la pretensión de realizar una “búsqueda de los orígenes” que pudiera mitigar en parte esta sensación de “orfandad” a la que los autores no somos ajenos. En nuestro ánimo, ha estado presente también la convicción de que resulta imposible comprender la psicopatología del niño, sin tener en cuenta el contexto social amplio (familia, escuela, sistemas de protección social...), frente a otras visiones centradas en el síntoma y el neurotransmisor.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Teixeira Castilho P. Perspectivas teóricas de la infancia y de la adolescencia. En: Cuaderno de trabajo nº2. Reunión de formadores de América Latina. OALA. 2006. Disponible en: <http://oala.villanova.edu/cosanuev/boletin-2005-II/formadores2-ponencia-1.htm>
- (2) Iglesias S. El desarrollo del concepto de infancia. Revista en sociedades y políticas, nº2. Buenos Aires, Argentina. Fundacion Pibes Unidos, 1996. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/concepto.pdf>
- (3) Ariès P. El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen. Madrid: Taurus, 1973.
- (4) deMause L. The evolution of childhood. Nueva York: The psychohistory press, 1974. Disponible en castellano en: http://www.psicodinamicajlc.com/articulos/evolucion_infancia.html
- (5) Porro S.- Algunas reflexiones sobre la infancia en la sociedad. FLACSO [revista electrónica]. Universidad de La Habana (Cuba). Enero-Junio 2007. Vol 2, nº 1. Disponible en: http://www.flacso.uh.cu/sitio_revista/num1/articulos/art_%20SPorro1.pdf.
- (6) Palacios, I. Otras formas de educación social: La construcción social de la función materna a comienzos del siglo XX. En Ruiz C. (coord.) Educación Social. Viejos usos y nuevos retos. Valencia: Departamento de Educación Comparada e Historia de la Educación, Universitat de Valencia, 2003
- (7) Instituto Nacional de estadística, disponible en <http://www.ine.es/>
- (8) Ruiz C. En torno a la evolución histórica de las políticas de protección del menor en España: abandono, delincuencia y trabajo infantil. En Ruiz C. (coord.) Educación Social. Viejos usos y nuevos retos. Valencia: Departamento de Educación Comparada e Historia de la Educación. Universitat de Valencia, 2003.
- (9) Sánchez-Valverde C. La junta de protección a la infancia de barcelona, 1908-1985: Aproximación histórica y guía documental de su archivo. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona, 2006. Disponible en <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=4012>
- (10) Roig O. La institución educativa española desde la postguerra hasta la transición. Iglesia y tecnología. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, 2002. Disponible en <http://www.tdx.cat/handle/10803/5424;jsessionid=58F52E39BD23A15861BEB0AFFAA6826B.tdx1>
- (11) Marchesi A. Controversias en la educación española. Madrid: Alianza Editorial, 2000.

- (12) Peydró S et al. El proyecto educativo y el proyecto curricular en los centros de educación especial. Valencia: Generalitat valenciana. Conselleria d'educació i ciencia, 1995
- (13) Mula A. et al. Incidencia de las actitudes y expectativas de los alumnos y profesores sobre el desarrollo del programa de integración. Alicante: Universidad de Alicante, 2002.
- (14) Ventura S 2008. Els bojos a Catalunya. Barcelona: Edicions 62, 2008.
- (15) Baroja P. La busca. Madrid: Caro Raggio, 1972.
- (16) Giménez C. Paracuellos 1. Barcelona: Glènat, 2001.
- (17) Navarro, V. Los niños perdidos del franquismo [en prensa] El País, 24-12-08.
- (18) González Duro E. Los psiquiatras de Franco. Barcelona: Península, 2008.
- (19) De Paül J. La Intervención psicosocial en protección infantil en España: evolución y perspectivas. Papeles del Psicólogo 2009;1:4-12.
- (20) Arruabarrena MI. Procedimiento y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. Papeles del Psicólogo 2009;1:24-32
- (21) Del Valle J et al. El acogimiento familiar en España: implantación y retos actuales. Papeles del Psicólogo 2009;1:33-41.
- (22) Palacios J. La adopción como intervención y la intervención en adopción. Papeles del Psicólogo 2009;1:53-62.
- (23) Bravo A., Del Valle J. Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. Papeles del Psicólogo 2009;1:42-52.
- (24) Cabrera PJ. Cárcel y exclusión. Revista del ministerio de trabajo e inmigración 2002;35:83-120. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=253640>
- (25) Huertas R. Sobre la psiquiatría infantil del siglo XIX: La locura en la infancia de M. Tolosa Latour. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq 1986 ; 4(016);135-42
- (26) Vera J. La locura en los niños. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq 1984; 2(010); 261-263
- (27) Domenech E, Canals J. Evolución histórica de la psiquiatría infantil. En Rodríguez Sacristán J (editor): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1998.
- (28) Sanchez Manzano E. Introducción a la educación especial. Madrid: Complutense, 1994.
- (29) Pedreira JL. Salud Mental Infantil: Quo Vadis?. En: Jornadas de Salud Mental Infanto-Juvenil: La salud mental en la red de atención a la infancia. Madrid: Hospital 12 de octubre, 1993.
- (30) Siguan M. Investidura del profesor Julián de Ajuriaguerra como doctor "honoris causa" por la Universidad de Barcelona. Presentación al claustro. Anuario de Psicología 1983; 28; 19-23.
- (31) San Sebastián J. Situación actual de la asistencia en salud mental de niños y adolescentes en la comunidad autónoma de Madrid. Defensor del menor en la comunidad de Madrid, 2002. Ver Texto completo en http://www.defensordelmenor.org/upload/documentacion/estudios/2002situacion_Actual.pdf
- (32) Mendiguchia F. Los grandes síndromes. Texto completo en <http://www.interrogantes.net/Francisco-J0-Mendiguchia-Los-grandes-sindromes-/menu-id-29.html>
- (33) Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos técnicos 2009; 14.
- (34) Alcazar JL, Ballesteros MC, Pedreira Massa JL, Tomas i Vilaltella J. Psiquiatría de la infancia y la adolescencia en Europa. I Congreso Virtual de Psiquiatría 2000; conferencia 27-CI-K. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa27/conferencia/27-ci-k.htm>.

ORIGINALES Y REVISIONES

(35) Sola J. La organización de la atención especializada en Salud Mental Infantil. En: Jornadas de Salud Mental Infanto-Juvenil: La salud mental en la red de atención a la infancia. Madrid: Hospital 12 de octubre, 1993.

(36) Altozano B, Fernández E. Asistencia en la comunidad. En: Curso de Licenciatura. Asistencia psiquiátrica. López Sánchez JM. Granada: Universidad de Granada, 1999

(37) Morandé G. Formación en psiquiatría infanto-juvenil. Una asignatura pendiente. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq 1985; 5 (015); 493-504.

(38) Gutiérrez A, García Miura R, Pernia J. Entrevista realizada al dr. Fernando Cabaleiro Fabeiro. Revista del Centro Psiconalítico de Madrid, 2003; 4. Disponible en <http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/index.php/revista/80-numero-4/219-entrevista-realizada-al-dr-fernando-cabaleiro-fabeiro>

(39) Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica 1985. Disponible en <http://www.papelesdel psicologo.es/vernumero.asp?id=278>

(40) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE-A-1986-10499. Disponible en http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499