

El lugar del niño en salud mental: clínica del sujeto vs. clínica de la enfermedad. La psico(pato)logización de la infancia

The Child's Place in Mental Health: The Subject Approach versus the Illness Approach. The Psycho(patho)logization of Childhood

FEDERICO MENÉNDEZ OSORIO

Psiquiatra infantil

Correspondencia: femeos@telefonica.net

Recibido: 10/05/2023; aceptado con modificaciones: 19/06/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Se hace una reflexión acerca del lugar del niño en la clínica. De la necesidad de darle un lugar de palabra, que le permita expresar y elaborar su demanda, su malestar y su sufrimiento; un lugar de construcción de su historia, su narrativa, los enunciados en primera persona. Se señala la importancia de la función y el valor de la palabra y el lenguaje sin reducir la escucha a una búsqueda de ítems para cuadrar en un diagnóstico. Se defiende una clínica del sujeto frente a la clínica de la enfermedad. Se indica la necesidad de entender el déficit y el trastorno como diversidad funcional y como mecanismos creativos de reconstrucción, adaptación y afrontamiento. Se cuestiona la psicopatologización y medicalización de los malestares y problemáticas del niño, que convierten

(con una concepción biomédica) los comportamientos conflictivos, problemáticos o que no encajan con la norma en síntomas en la busca *ad hoc* de un diagnóstico. Mientras, quedan sin resolver, por ignorancia y por falta de recursos, los graves problemas mentales del niño. Se hacen necesarios otros enfoques y nuevos paradigmas para concebir y entender la expresión psíquica y los malestares del niño, así como otras formas de intervención clínica y de afrontar los cuidados y la atención en salud mental infantil en el marco comunitario.

Palabras clave: salud mental infantil, narrativas, clínica del sujeto vs clínica de la enfermedad, psicopatologización, salud mental comunitaria.

Abstract: A reflection is made about the place of the child in the clinical practice. About the need to give them a place of speech which allows them to express and elaborate their demand, discomfort and suffering; a place of construction of their story, their narrative, in first-person statements. The importance of the function and value of the word and language, without reducing listening to a search for items to fit in a diagnosis, is highlighted. A subject approach versus an illness approach is defended. The need of understanding deficit and disorder as functional diversity and as creative mechanisms for reconstruction, adaptation and coping is pointed out. The psychopathologization and medicalization of the discomforts and problems of the child, which turn (with a biomedical preconception) conflictive or problematic behaviors or those that do not fit the norm into symptoms looking *ad hoc* for a diagnosis, are called into question. Meanwhile, due to ignorance and lack of resources, the child's serious mental problems remain unsolved. Other approaches and new paradigms of conceiving and understanding the child's psychic expression and discomforts, as well as other kinds of clinical intervention and other ways of dealing with child mental health care and assistance within the community framework, are needed.

Key words: child mental health, narratives, subject approach vs. illness approach, psychopathologization, community mental health.

INTRODUCCIÓN

TODA PRÁCTICA PRESUPONE Y SOSTIENE UNA TEORÍA y una concepción del objeto de su estudio, en nuestro caso, el niño. Es por ello importante tener claro los conceptos de nuestra práctica, porque cuando no se tienen claros los conceptos que la fundamentan, puede suponer serios problemas en la práctica clínica. Kant señalaba que “al no precisar los conceptos se piensa de forma contraria a sus objetivos” (1). Esto es aún más importante en el campo de la clínica infantil, ante el desconocimiento y los estereotipos que se dan sobre la infancia.

Si al referirnos a la clínica del adulto, se comienza por entender su condición biológica, psicológica, social, cultural, antropológica, etc.; al referirnos a la clínica infantil, es importante tener en cuenta cuál es el sujeto/objeto específico de estudio, ¿qué es el niño?: su estatuto como sujeto, su entidad, su historia, su ser biológico, psicológico y social, los constructos que fundamentan la psicopatología y la atención al niño, las disciplinas que dan cuenta de su estudio, etc.

El término “infancia” se utiliza como etapa cronológica de una vida humana, pero debemos entender que el término infancia es genérico, porque cada niño – al igual que todo humano– es diferente, singular y particular. Como afirma Spike Jonze: “el problema es que se ha extendido la idea de que los niños son solo de una determinada manera” (2).

Lloyd de Mause, en su *Historia de la infancia* (3), nos muestra el papel y la función tan distinta que el niño ha tenido a lo largo de los tiempos. Del infanticidio y el abandono en las amas de cría a la explotación laboral en los inicios de la sociedad industrial –aún hoy en no pocos lugares– o a lo que supone la protección y el papel de consumidores y las diversas formas actuales en nuestra sociedad occidental, hay todo un proceso de notables cambios y de concepciones del valor y el lugar del niño. El niño como ser social no queda fuera de las leyes de la producción y de la economía.

Hay una resistencia a reconocer al niño como sujeto de su historia, inscrito en su historia familiar, social y cultural. No entender que el niño es sujeto de su historia, es relegarlo a objeto atemporal y ahistórico, sin capacidad de sentir y desear, sufrir y gozar, pensar y razonar. Es volver a las visiones biologicistas y naturalistas que reducen al niño a la pura necesidad orgánica y de cuidados biológicos, o a las visiones candorosas superprotectoras, prestas a salvar al niño sin uso de razón y lanzarlo al limbo de los justos y de la inocencia.

Esta negación de la realidad infantil nos la vamos a encontrar también reflejada en relación al campo de lo psíquico. Hasta no hace mucho se pensaba que el niño no tenía problemas mentales. La especialidad de psiquiatría infantil a duras penas y con resistencias acaba de ser reconocida como especialidad en nuestro país, aunque ya fuese reivindicada desde hacía muchos años por autores sensibles de las necesidades de atención a los problemas mentales de los niños.

Por poner solo algunos ejemplos de psiquiatras que reivindicaban la atención a los problemas mentales del niño: Jaime Vera, en 1916, escribía en *El Liberal*: “En España, no hay enseñanza oficial de la patología mental en las primeras edades. No hay tampoco institución especial, pública o privada, para su tratamiento” (4). Martín-Santos reclamaba igualmente la necesidad y la importancia de la psiquiatría infantil en las jornadas de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil en 1958 (5).

Al niño se le excluía y se ignoraba su capacidad de sufrir y gozar, sentir y padecer, deprimirse y razonar, es decir, tener un psiquismo que al igual que los demás

mortales –a su propio nivel y circunstancias– se plantea los temas de todo humano: el amor, el sexo y la muerte. No filosofa sobre ello, lo vive. Asimismo, el poder padecer todo cuanto atañe al existir, incluido el desvarío.

Actualmente, por razones similares a lo expuesto, está deslizándose un fenómeno opuesto: si antes se ignoraban los problemas mentales del niño, ahora hay una tendencia a la psicopatologización, medicalización y psicologización de los males-tares y del sufrimiento, de los avatares y problemáticas de la vida cotidiana, de las expresiones de los conflictos y relaciones con el saber y con los otros.

Toda conducta del niño, conflictiva, problemática, o que no encaja con la norma, va a poder ser considerada patológica por los manuales diagnósticos al uso (DSM, CIE). Así lo denuncia el Informe del Relator de la ONU en Salud Mental en su punto 18 al señalar que “hay una tendencia a ampliar los parámetros del diagnóstico individual sin base científica sólida y a la proliferación de diagnósticos que reducen la aceptación de la diversidad funcional” (6).

Nos vamos a encontrar que, ante toda problemática del niño, se va a buscar una lesión (cerebral, genética, metabólica, neurotransmisores, etc.) o bien una problemática psicopatológica. Se le asignará un diagnóstico y se le aplicará un tratamiento *ad hoc*. Todo quedará perfectamente ordenado y cerrado.

Esta patologización de la conducta infantil nos lleva a la paradójica situación actual en la que ya no hay niños traviesos, desobedientes, caprichosos, inquietos, distraídos, rebeldes, indisciplinados, contestones... Ahora tienen TDAH, negativismo desafiante, son disociales, disruptivos, asperger, bipolares, autistas... Y con estas denominaciones ya nos vienen a consulta, lo que supone un sesgo, y, lo mas grave, un condicionante en la demanda de consulta que se erige en un autodiagnóstico.

A los comportamientos conflictivos o problemáticos del niño se los va a denominar síntomas –con una concepción biomédica– y entran a formar parte de lo clínico. Un niño tiene un comportamiento inquieto, movido o distraído, se dice que es un síntoma de hipercinesia o déficit de atención y se busca una categoría diagnóstica del síntoma, como el TDAH (7).

Antes por ignorancia de los problemas mentales en el niño, ahora por la patologización y medicalización de toda conducta conflictiva o problemática, el niño sigue excluido, en definitiva, de su capacidad de ser y de poder expresar su sufrimiento psíquico y del existir.

Estamos asistiendo a una campaña, necesaria y oportuna, de demandas y reivindicaciones reclamando una mayor atención en salud mental infanto-juvenil, ante el abandono, la precariedad y falta de servicios, dispositivos, personal y medios, así como el desconocimiento de las problemáticas y trastornos en salud mental.

El problema que pueden tener estas demandas y reivindicaciones genéricas de “más salud mental” (necesarias pero no suficientes) es que se queden en eso, dando

por obvio y sabido lo que entendemos por salud mental y por trastornos mentales en el niño y sin plantearse una seria y rigurosa reflexión y debate acerca de cuáles son las necesidades de servicios, dispositivos, personal y medios, así como las alternativas y modelos de atención en salud mental infantil (comunitaria, hospitalocentrista, etc.).

LUGAR DEL NIÑO EN LA CLÍNICA

En la clínica infantil, por lo general, al niño se le trae, la demanda viene de quien se ocupa de él (padres, familia, escuela, interconsulta pediátrica, servicios sociales, etc.). Como toda demanda habrá que evaluarla, estudiarla, elaborarla. Habrá que valorar y tener en cuenta la trama de historias y hechos que entretujan el lugar del niño: su historia familiar, biológica, cultural y social, la escuela, el medio, etc. Son importantes y necesarios la escucha, la participación y el trabajo con los padres, sus vivencias, temores, ilusiones, las frustraciones puestas en él. La inscripción del niño en la historia familiar, social y cultural.

Pero hay que darle al niño, también y además, su lugar, su espacio, que le permita construir su relato, su historia, su narración, su malestar, su sufrimiento, su deseo, su desvarío...

Como afirma Ricoeur, una vida que no es narrada, interpretada, no pasa de ser un fenómeno biológico. “El relato es la dimensión temporal de una vida, hace de la vida en el sentido biológico una vida humana” (8).

Los relatos, las historias que construimos, no son meramente descriptivos de las experiencias, sino constitutivos, son performativos. Son los constructos que hacen que la vida tenga significado. Las personas viven su vida a través y en sus historias (9).

Las historias narradas son constitutivas de hechos, acciones, acontecimientos que forman la vida, producen realidades, existencias, construyen lazo social.

El niño habla, hay que escuchar su relato, su historia, además y también la de quien lo trae. No sustituir su narración –llevados por la precipitación diagnóstica, el *furor sanandi* y la pasión normalizadora– y que antes de escucharle se le apliquen una batería de escalas, cuestionarios, test, pruebas..., en busca de una identidad diagnóstica predeterminada y fijada. Como afirma Foucault, “se le impone así una identidad canónica y administrativa, impuesta y ajena que le da un cuerpo identitario psicopatológico, con el cual debe reconocerse e identificarse” (10).

VALOR Y FUNCIÓN DE LA PALABRA Y DEL LENGUAJE: LAS NARRATIVAS

Debemos entender el valor y la función del lenguaje y de la palabra en la clínica para comprender que el niño debe tener un lugar de palabra. Debe haber

un lugar para su narración, su relato, su historia, su decir, para poder expresar su malestar.

El niño, en tanto ser hablante, está inmerso en el lenguaje. El niño vive, habita, al menos en dos espacios o lugares indisociables. Uno es su casa, su hábitat, su medio, su entorno. Pero hay otro lugar, otro espacio, donde el niño vive, habita plenamente. Es el que nos va a interesar y afectar más específicamente en nuestro trabajo clínico. Es aquel que en bellas y precisas palabras nos señala Heidegger: “el lenguaje es la casa del ser, en su morada habita el hombre” (11). O bien, como afirma Wittgenstein: “el lenguaje es una parte de nuestro organismo, los límites de mi lenguaje son los límites de mi mundo” (12).

Las palabras nos afligen, nos alteran, nos alivian o nos deprimen. Para Platón, la palabra es *pharmakon*, medicina o veneno según cómo se emplee, pues la palabra modifica la *physis* de quien la oye (13). Reiterando en el poder de la palabra, el sofista griego Gorgias dice: “la palabra es un poderoso soberano, porque con un cuerpo pequeño, evanescente y del todo invisible, ejecuta las obras más diversas. Así como ciertos fármacos eliminan del cuerpo los males, la palabra tiene el poder de quitar el miedo, de suprimir la tristeza, infundir alegría, placer o temor (14).

En la experiencia de la vida cotidiana de cada uno, podemos constatar cómo una palabra amable y cariñosa puede levantar el ánimo o consolarnos si estamos apesadumbrados, o cómo puede hundirnos si es despectiva o hiriente y malintencionada.

La palabra para Lacan “es un don del lenguaje y el lenguaje no es inmaterial. Es un cuerpo sutil, pero es cuerpo. Las palabras están atrapadas en todas las imágenes corporales que cautivan al sujeto” (15). Y para Vygotsky: “una palabra es un microcosmos de la conciencia humana” (16).

Frente al desprecio e infravaloración de la palabra y del lenguaje en la clínica de ciertos enfoques biomédicos y científicistas, el neurocientífico, Premio Nobel de Medicina, Eric Kandel nos señala, acerca del efecto de la palabra y el lenguaje, que “en la medida que nuestras palabras producen cambios en la mente de nuestros pacientes, las intervenciones psicoterapéuticas producen cambios en su cerebro. Imágenes cerebrales realizadas antes y después de realizar psicoterapia o psicoanálisis muestran que el cerebro se reorganiza plásticamente tras el tratamiento, se producen cambios en su cerebro” (17).

La palabra no es etérea, ni inmaterial, es física, es material, produce efectos neurobioquímicos. Son ondas y partículas que producen reacciones físicoquímicas y biológicas, que hacen de la palabra una materialidad y efectos como los de cualquier medicación, con sus específicas características y propiedades.

Pero las palabras y el lenguaje no se reducen a estos mecanismos y propiedades físicas. La imagen acústica no es el sonido, cosa puramente física, sino una huella

psíquica. Son también, y además, conceptos, imágenes, representaciones mentales que se inscriben en un sujeto que siente y padece, sufre y goza.

La palabra está insertada en una historia, en un relato, en una biografía. Es una palabra de amor o de odio, de admiración, de respeto, de cariño, de agresión... dirigida siempre a otro.

El lingüista Ferdinand de Saussure (18) nos abre a entender esta dimensión más amplia del lenguaje al señalar que el lenguaje tiene tres componentes: *físicos* (ondas y partículas), *fisiológicos* (fonación y audición) y *psíquicos* (S/s. El Significante=las imágenes verbales y huellas psíquicas; el significado= el concepto). Estas funciones son indisolubles y dan cuenta de la naturaleza del lenguaje y sus distintos fundamentos en nuestra aplicación clínica.

Es preciso entender la importancia de los componentes psíquicos (las huellas psíquicas, las imágenes mentales, los conceptos); así como la diferencia entre señal, signo y símbolo; el lazo entre significante y significado; la inscripción del sujeto en la cadena significante; los actos de habla; los juegos del lenguaje, etc. Componentes y características del lenguaje que nos van a afectar respecto a la comprensión de nuestro quehacer clínico para la realización de la escucha, la anamnesis, la historia clínica.

Ya nos advertía Castilla del Pino de la importancia del lenguaje en salud mental al plantear que la lingüística no puede ser ignorada por la psiquiatría, dado que los síntomas y expresiones de los cuadros psicopatológicos los detectamos porque se nos describen, es decir, se nos hablan. Resulta incomprensible que se pueda hacer psicopatología ignorando la obra de Saussure o de Karl Bühler (19).

LA ESCUCHA DEL DECIR DEL NIÑO

El arte de la escucha, del decir del niño, de lo que podemos oír en el relato, en la anamnesis, en la historia o en la observación, en el intercambio con él a través de la palabra, el juego o el dibujo, etc., en ese espacio del decir del niño, abierto y diverso, es donde se labra y elabora el quehacer clínico.

Cuando realizamos una historia clínica, oímos un relato, una biografía, una narración, si hacemos esta escucha y recogida de datos de forma mecánica, rígida, como un formulario de preguntas protocolizadas para recoger, oír y buscar únicamente lo que cuadra y encaja en los diagnósticos de los manuales (DSM, CIE), se está haciendo una mutilación, una amputación, de la escucha y del decir del niño.

Esa escucha es ajena a los enunciados en primera persona, a las vivencias y realidades del niño. Realidades y vivencias estas, necesarias para poder abrirse y comprender lo que observamos y oímos. La interpretación es de la experiencia subjetiva con el niño, no de los datos del niño sin el niño. Para esa escucha de solo ítems

diagnósticos, nos podrán sustituir con mayor precisión el Big Data, los algoritmos, la máquina o el robot, de hecho, ya se están utilizando al respecto (20).

La importancia de la escucha mas allá de los datos y diagnósticos nos lo muestra este ejemplo de una madre cuyo hijo había estado en nuestra unidad de salud mental infantil. Pasados unos años, nos informa de que ya saben lo que tiene su hijo: “tiene Asperger”. A continuación, espontáneamente, nos refiere que aprende algunas cosas y se relaciona mejor. Sin embargo, “cuando estoy hablando con él de cosas de fútbol”, dice la madre, “y le digo: «el Dépor (el equipo de futbol local) juega en casa», me contesta firmemente: «no, mamá, juega en el estadio». O: “Cuando estoy hablando con él en el salón y le hablo de «nuestro padre Dios», me responde: «no, mi padre es José»”.

Y esa otra madre que explica que su hijo “es Asperger”, “es inteligente, hace muchas cosas”, pero cuando le digo “que espere un poco que voy a la cocina a echar un ojo a la sartén que tengo al fuego”, me dice angustiado: “no mamá, no, no eches el ojo a la sartén”.

Estas madres han expresado, para quien las sepa escuchar, una de las claves psicóticas con el lenguaje, la falla simbólica, la no metaforización ni simbolización de la palabra y del lenguaje. No hay juego de palabras, no hay sentido figurado, no hay metáfora ni metonimia. La palabra queda petrificada, cosificada, es pura literalidad. No hay relación significante/significado. No hace cadena significante donde se inscriba el sujeto. No hay aquello que diferencia a la palabra, al lenguaje, de la mera señal o de la simple comunicación animal.

La relación significante/significado, la relación del sujeto con el lenguaje, su inscripción en la cadena significante, la diferencia entre habla y lengua, etc., pueden sernos muy útiles para comprender la psicosis, el autismo, la ecolalia, el delirio, los neologismos... Conceptos estos que, tomados de la lingüística, pueden sernos de utilidad para nuestra práctica. No es que con esto tengamos el “sabe-lo-todo”, pero sí nos puede ayudar frente a la complejidad y dificultades de la clínica.

Es preciso hacer una escucha que permita al niño construir una narración, un relato, una historia que dé cuenta de su sufrimiento, sus deseos, sus temores, de sus experiencias y acontecimientos, que pase por la mediación de la palabra, del lenguaje. Uno de los objetivos del Documento Marco P.A.S. de la División de Psicología Clínica de la Asociación Británica de Psicología es el de apoyar narrativas personales como alternativas a las narrativas diagnósticas psiquiátricas y a la medicalización (21).

Hay que escuchar al niño, porque para él su sufrimiento, su sentir, su deseo, su malestar, es lo más importante en ese momento y a veces es lo único que tiene y de lo que dispone en el mercado de los valores y de los intercambios afectivos. Y tal vez note, por primera vez, que alguien en esa escucha está interesado por su sufrimiento psíquico.

La cuestión clínica que se nos plantea en la práctica es: ¿qué hacemos con la escucha y cómo la hacemos? Toda escucha viene determinada por las formulaciones y marcos teóricos que cada uno sostiene (psicodinámicos, cognitivos, gestálticos, conductistas, biologicistas, sistémicos, etc.) y de ello derivará la escucha que se haga y su enfoque.

Pero mas allá de las diversas formulaciones teóricas, hay una dicotomía excluyente en lo que respecta a lo que hagamos con la escucha en la clínica: de un lado, que lo que se haga sea anular el relato, la narración, los enunciados en primera persona, el decir del niño, amputándolo o reduciéndolo a una escucha mecánica de recogida de ítems y síntomas para encajar y cuadrar en un diagnóstico preestablecido fijo e impuesto, que le confiere una identidad psicopatológica; o bien, por el contrario, plantearnos una forma de pensar y entender la clínica y la escucha basada en unos fundamentos en los que –siendo precisos y rigurosos con el saber psicopatológico y las clasificaciones diagnósticas– se priorice crear un espacio de acogida de su malestar, de su dolor y sufrimiento, de su deseo, que le permita una elaboración y una reconstrucción y reformulación del decir y del saber del niño.

CLÍNICA DEL SUJETO VS. CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD

La clínica en Salud Mental Infantil debe fundamentarse en una clínica del sujeto no limitada al reduccionismo del trastorno o de la enfermedad ni de la primacía nosológica o diagnóstica. Una clínica basada en una experiencia de subjetivación, de lo singular y particular, de cómo se siente afectado y de la elaboración de su malestar y de su existir.

La clínica del sujeto es una clínica de las biografías, de lo singular, de las diferencias específicas, de los enunciados en primera persona. Hay en la clínica del sujeto un algo más que Pereña señala en su libro *Clínica del sujeto* al referirse al extravío y la dependencia del otro, a la angustia, al desamparo y al deseo. Un sujeto del inconsciente, sujeto de la pulsión. La pulsión en tanto presencia del otro en el propio existir del sujeto, no como proceso bioquímico, sino como radical subjetividad. El cuerpo, como cuerpo libidinal (22).

Una clínica que tenga en cuenta y se fundamente en el valor y la función de los diversos significados del propio sujeto, de su inscripción en el lenguaje y en la cadena significante; de las experiencias subjetivas; de los relatos, de las narrativas y de las historias, a las que hemos aludido anteriormente como constructos de su realidad y de su vida.

Una clínica del sujeto, de un sujeto social e histórico. Una clínica que no se reduce a un ente o un individuo solipsista y aislado, como mero organismo o mero cuerpo biológico, sino que viene inscrito en una comunidad y una historia. Como

diría Valls Plana, desde una visión hegeliana: “No se trata de un individuo aislado sino una comunidad de individuos constituidos por el reconocimiento mutuo en el seno del lenguaje”. Para Valls, “la conciencia no podrá detenerse jamás en una autoconciencia solipsista, sino que se verá empujado hasta la comunidad” (23).

La clínica del sujeto no se reduce a la clínica de la enfermedad. No se limita a un proceso biológico, a una lesión cerebral, genética, metabólica, etc. Reducirlo a un proceso biológico orgánico va a suponer una *ontologización de la enfermedad*, una atribución de *ser* a la enfermedad como algo separado del enfermo, una parcelación del enfermo, en órganos, lesiones, déficits, anomalías. La *ontologización de la enfermedad* implica una entidad sin sujeto ni referencia subjetiva, lo que supone una anulación del sujeto que sufre (24).

Al eliminar la subjetividad, la desaparición del sujeto de los historiales clínicos lleva al neurólogo Oliver Sacks a una acerada crítica, en la que afirmaba: “En los historiales clínicos modernos aluden al sujeto con una frase rápida «hembra albina trisomía 21», que podría aplicarse igual a una rata que a un ser humano. Para situar de nuevo en el centro al sujeto, el ser humano que se aflige y que lucha y padece, hemos de profundizar en un historial clínico hasta hacerlo narración; solo así tendremos un «quién» además de un «qué», un individuo real...” (25).

La subjetividad nace de la experiencia del vínculo, lo que hace que cada niño haga una experiencia particular y distinta de otro en una misma situación o de un mismo acontecimiento. No hay un correlato neuronal del yo, de la subjetividad (22).

La subjetividad es una alteración de la vida corporal y de la vida instintiva. No hay un desarrollo ideal, algo que tenga su propio código, es aleatorio, incierto y contingente. Hay en todo ser humano algo impredecible e imprevisible. La subjetividad no puede tener unas medidas, unas escalas, una homologación o estandarización, ni unos patrones generales y universales.

La subjetividad impide una concepción de la normalidad. Hay una dimensión inconmensurable que hace difícil un diagnóstico de la medida patológica y del grado de patología (22).

En nuestro quehacer clínico se establece una *relación intersubjetiva*. Una relación, en el sentido hegeliano, de reconocimiento mutuo (23). No es una relación con el otro como una cosa, como un objeto, cosificándolo, sino con un sujeto. El error del enfoque reducido a lo biomédico es limitar el sujeto a un objeto de estudio como si fuese y se tratase de un órgano, una víscera, un cerebro, un cuerpo.

Por ejemplo, en la leche que se le da al bebé, la relación que se establece no se reduce exclusivamente al objeto leche, lo que está en juego como necesidad para alimentarlo, sino que también está la madre o persona que lo da, quien establece una relación afectiva, un vínculo afectivo, no un acto robótico o mecánico. Como afirma Winnicott, “el cuidado que un bebé puede apreciar, satisface necesidades psicológi-

cas y emocionales, por mucho que parezca estar relacionado con simples necesidades físicas” (26). Es tan importante para el bebé el alimento como quien se lo da. Esto lo constatamos en la clínica, en las patologías del hospitalismo, de la privación afectiva y del abandono, como nos lo muestran los trabajos, entre otros, de Spitz o de Bowlby (27, 28).

En este mismo sentido, Vygotsky nos señala y esclarece la diferencia entre herramientas y signos por la función mediadora de ambos. Por ejemplo, cuando un niño señala algo y trata de alcanzarlo con un objeto, la herramienta le sirve como medio instrumental para llegar a él. Pero cuando la madre o un otro acude en su ayuda y se da cuenta de que su movimiento está indicando algo, la situación cambia radicalmente. El hecho de señalar se convierte en gesto. El intento del niño produce una reacción, no del objeto que desea, sino de otra persona, su madre. El niño puede establecer la relación entre su intento de asir o de coger y la reacción de la madre. Introduce la demanda, un significante, ya no es simplemente la relación con el objeto como herramienta para alcanzarlo (16).

Introduce lo que, desde una visión hegeliana, en la relación intersubjetiva supone el deseo del otro: qué soy yo para el otro, que el otro me reconoce como su deseo. El sujeto que desea está esencialmente referido a otro sujeto. Para Hegel el deseo es el deseo del otro: de reconocimiento, de amor, de valor. Para ser antropógeno, el deseo debe conducir sobre otro deseo: deseo de reconocimiento (29).

El fenómeno subjetivo no se agota en una visión biológico-organicista de entender los fenómenos mentales. Como señala el neurocientífico y Premio Nobel de Medicina Eric Kandel, recogiendo las tesis de Nagel y Searle: “la ciencia carece de una teoría conveniente para explicar cómo un fenómeno objetivo como son las señales eléctricas del cerebro pueden causar una experiencia subjetiva como el dolor (o el amor, la belleza, etc.). El hecho de que la experiencia consciente sea exclusiva de cada individuo plantea la cuestión de si es posible determinar cualquier característica que pueda ser común a todos” (30).

Podemos visualizar las imágenes o áreas cerebrales afectadas por un dolor o una melodía o una sensación, pero es el sujeto, cada persona, quien sabe de la calidad y las vivencias de su dolor o de su melodía, de lo que siente y cómo lo siente (31).

Steven Rose, neurocientífico y biólogo molecular, afirma: “La bioquímica y la biología molecular no son lugares para buscar la sede del alma. No hay ningún lugar en el cerebro donde la neurofisiología se convierta en psicología” (32).

Como señala Echenique (Premio Max Planck de Física), las propiedades de la vida, como la conciencia, pueden no tener sentido a escala molecular. “Podemos saber qué ley física gobierna la vida, pero no quiere decir que entendamos el sufrimiento, el amor, el pánico en un estadio o la belleza de un cuadro” (33).

Al llorar por estar tristes, podemos medir las lágrimas que se producen por la pena e incluso saber la composición de su líquido, pero esto no nos dice cómo es nuestra pena ni podremos medir la tristeza. Así mismo, podremos medir la rojez del ruborizarse de vergüenza e incluso las alteraciones vasculares, pero esto no nos dice cómo es, ni mide, nuestra vergüenza. Para Heidegger, “en una tristeza solo es posible mostrar cómo un ser humano es interpelado y cómo se transforma su relación con el mundo y consigo mismo” (34).

Los términos mentales, los conceptos de lo mental, no solo tienen un significado diferente de los términos neurofisiológicos, sino también una lógica diferente (35).

La pretensión cientificista de ciertos llamados neurocientíficos de reducir los problemas mentales a fenómenos naturales, a lesiones de origen orgánico cerebral, parece ignorar lo que los propios científicos plantean acerca de la mente y lo subjetivo, al referirse estos a la imposibilidad, con los conocimientos científicos actuales, de poder dar cuenta de lo mental, de la conciencia, del yo. (Por solo citar algunos de estos científicos y Premios Nobel de Física: Planck, Heisenberg, Schrödinger, Pauli (36)).

PATOLOGIZACIÓN, DIAGNÓSTICO, SÍNTOMA

¿Qué nos encontramos actualmente en la clínica en Salud Mental infantil?

La clínica actual viene marcada por el dominio de los manuales diagnósticos (DSM, CIE), que guían, pautan y homologan la práctica clínica, llevando a una patologización de las conductas y de la vida cotidiana (37). Vemos cómo con cada nuevo y actualizado manual diagnóstico —ya van por el DSM-5— hay cada vez más nuevos trastornos y cuadros patológicos. Se ha pasado de 106 diagnósticos en la clasificación del DSM-I en 1952 a 357 en el DSM-IV en 1994, y son ya en torno a 500 en el último DSM.

Lo que conlleva que prácticamente toda conducta humana puede considerarse patológica, y con ello la patologización y medicalización de los malestares y el sufrimiento, convirtiendo en mórbidas, anormales y patológicas las conductas. Se hace realidad el dicho de que “para un martillo todos son clavos”. En este caso, para quienes basan la clínica en diagnósticos, en toda conducta encuentran patologías.

Esta aplicación mecánica de los manuales al uso —y abuso— en que se basa la clínica conlleva tres graves consecuencias:

1. Al recortar y trocear la clínica en ítems, en síntomas, se deja sin abordar ni plantearse la particularidad del sufrimiento clínico y las formas subjetivas y singulares que el niño tiene de arreglárselas con la vida, con los malestares, con la angustia, con el desvarío, con los problemas de relación y aprendizaje, etc.

2. Esta reducción de la clínica a buscar ítems y diagnósticos hace que se obvian y no se planteen las preguntas e interrogantes fundamentales acerca de la conducta del niño, de las funciones parentales, de cómo influyen en su problemática el medio social y familiar, la escolarización, las condiciones materiales de su existencia, el hábitat, las nuevas formas culturales y técnicas, la digitalización, etc.
3. Y, lo que es más grave, ahogado en los ítems y diagnósticos, se elude saber cómo se enfrenta el niño como sujeto activo, en su singularidad y particularidad –como todo humano–, a la vida, a su deseo, a su goce, a su incertidumbre, a su malestar y sufrimiento, es decir, en definitiva, se trata de no excluirlo de la ética y del existir.

Por otro lado, esta reducción de la clínica a las clasificaciones nosológicas de los manuales diagnósticos nos ha llevado a la prioridad del *síntoma*, de los ítems. Antes señalábamos que (con una concepción biomédica del síntoma=enfermedad) a los comportamientos problemáticos o conflictivos se les denomina “síntomas” y se les aplica y encaja en un diagnóstico.

Se toma el síntoma no como una expresión psíquica, ni lo que para Roland Barthes supone el síntoma (lo real aparente, lo fenoménico, el significante (38)), sino que se toma el síntoma como un trastorno, *de facto* como una enfermedad. Síntoma como una totalidad. Se confunde así semiológicamente síntoma con enfermedad, con trastorno, con cuadro psicopatológico. Se toma la parte por el todo, las causas por sus efectos.

El síntoma es de un sujeto, no de una estructura. No es una categoría psicopatológica o clínica. Es la expresión de la subjetividad, la expresión particular del conflicto subjetivo. Es una creación singular de un sujeto. Lo que está en juego en el síntoma es la función que cumple (como mensaje cifrado, como metáfora, como satisfacción substitutiva, como verdad y goce, etc.), no el síntoma aislado, en sí, en abstracto.

Por ejemplo: una enuresis remite a múltiples expresiones y significaciones; a funciones diversas: regresión, descontrol, impulsividad, lesión urinaria o endocrinológica, reacción ante el nacimiento de un hermano, etc.

Para Vygotsky, la más simple observación demuestra que un mismo hecho (enuresis, ansiedad, inhibición, encopresis, etc.) no solo tiene distintos grados de expresión, sino también un significado totalmente diferente según sea el contexto en cuya composición se encuentra y de los elementos que está formado. Y subraya: “el paidólogo diagnostica de otra manera: no por los síntomas aislados, sino por su conexión mutua y el condicionamiento en el mecanismo de todo el desarrollo infantil, así como las condiciones que lo determinan” (39).

El síntoma remite a diversidad de expresiones que guardan relación con muy diferentes aspectos contextuales y existenciales. El propio DSM-5 señala en su in-

roducción: “Muchos síntomas asignados a un solo trastorno se pueden producir en otros trastornos...”, y hace hincapié en que “para establecer un diagnóstico de trastorno mental no basta con comprobar la presencia de síntomas en los criterios diagnósticos” (40).

En la construcción del ser del niño hay momentos de “paso” (destete, autonomía, escolarización, adolescencia, etc.) y de situaciones de crisis o de conflictos e inestabilidad, en los que aparecen expresiones de inquietud, disruptividad, ansiedad, inhibición, despersonalización, perplejidad, malestar y otras formas reactivas que pueden llevar a tomar medidas erróneas de ingresos o de tratamientos como soluciones rápidas, resolutivas, de falsas satisfacciones inmediatas y gratificantes, lo que el psiquiatra infantil Sami Timimi llama la *Mcdonalización de la infancia* (41).

Las formas en que el niño trasmite y manifiesta su malestar vienen determinadas por toda una diversa serie de causas, circunstancias y contextos, así como por las condiciones dominantes ideológicas, económicas, sociales, culturales y políticas, que se van a reflejar en el sistema de valores y las conductas, y que se muestran por nuevas formas de comportamiento, de formaciones reactivas y de problemas emocionales.

Indudablemente, estos malestares y conductas precisan de una escucha y atención que permitan al niño un espacio de expresión, elaboración y valoración de su problemática, sin que, por principio, se les dé un significado psicopatológico asociado a nuevos diagnósticos y tratamientos.

La tendencia a la patologización de las conductas lleva a tomar como patológicas las expresiones y formas reactivas del niño que, de hecho, remiten a múltiples maneras de comportamiento y de *diversidad funcional*.

Esta tendencia a psicopatologizar y medicalizar, convirtiendo en síntomas y diagnósticos las conductas y comportamientos conflictivos o problemáticos del niño, se refleja asimismo en la forma en que psiquiatras, psicólogos infantiles y neurólogos, con sus saberes tecnocientíficos, se están erigiendo en los nuevos expertos y garantes del saber sobre el niño y son quienes van a pautar las medidas “científicas” que padres, escuela, medios, etc. escucharán y seguirán en tanto soluciones de técnicos y expertos avalados por la “ciencia médica y psicológica” como garantía de cientificidad (42).

Foucault señala que “la infancia como fase histórica del desarrollo, como forma general del comportamiento, se convirtió en el gran instrumento de la psiquiatrización, (...) vale decir que la infancia me parece una de las condiciones históricas de la generalización del saber y del poder psiquiátrico” (10). Y añade, refiriéndose a lo que los comportamientos y sus desviaciones van a suponer a partir de los años 1850-1870 en la nueva psiquiatría: “lo que toma en cuenta (la psiquiatría) en ese momento es el comportamiento, sus desviaciones, sus anomalías; hace de un desarrollo normativo sus referencias” (10).

Las “pandemias” que se nos anuncian de TDAH, bipolares, límites, Asperger, estrés postraumático, etc. muestran las falacias diagnósticas y sus abusos, pues no tienen evidencia clínica y tienen consecuencias en el porvenir del niño, causando su estigmatización y exclusión. En cambio, paradójicamente, se quedan sin abordar los graves cuadros psicopatológicos, bien por ignorancia o por falta de servicios y dispositivos de atención adecuados.

Esta patologización de las conductas no es un ideal científico inofensivo. Está favorecido por las políticas neoliberales y el individualismo que conlleva la mercantilización del sufrimiento y los malestares, así como por los beneficios para la industria farmacéutica y otros sectores y profesionales interesados en la privatización sanitaria.

Asimismo, esta patologización y medicalización de las conductas y los malestares suponen una resignificación, un querer hacer pasar los problemas sociales, laborales, económicos, escolares, etc. por problemas mentales y psicológicos de respuestas técnico-sanitarias, poniendo en manos de los supuestos técnicos y expertos las soluciones y desactivando las respuestas y acciones comunitarias (43).

Y mientras, a nivel asistencial y de atención en salud mental infantil, vemos cómo se desmantelan, se reducen, recortan y limitan los servicios públicos, la dotación de equipos, personal, dispositivos y medios, así como el tiempo de atención y de escucha, y sobre todo, el trabajo y las actuaciones comunitarias.

CONCLUSIÓN: NUEVOS PARADIGMAS

Abordar la clínica en salud mental infantil supone ser cautos y rigurosos en la observación y valoración de la expresión psíquica, la psicopatología y los diagnósticos. No dejarse llevar ni caer en el *furor sanandi*, etiquetador y normalizador, que va a marcar al niño con un diagnóstico que le excluye y limita de otras capacidades y realidades. Implica que la práctica clínica pase de centrarse en el trastorno o el déficit y lo anormal a centrarse en el potencial y la capacidad (41). Hemos de valorar y observar no solo lo que le falta, el déficit o el trastorno, sino también todo de lo que es capaz. Como afirma Vygotsky, “ver las ricas áreas de vida que subyacen en todo proceso” (39). Entender, como señala el Documento Marco P.A.S. (21), que el comportamiento y las experiencias “anormales” se dan en un *continuum* con el comportamiento y las experiencias “normales”, que están sometidas a marcos de comprensión y de interpretaciones similares. Un cambio de paradigma en salud mental en el sentido de “no presuponer patología, sino más bien mecanismos de supervivencia y afrontamiento en la adaptación a los conflictos y adversidades concretas” (21). No concebir los trastornos o déficits en términos de disminución cuantitativa de determinadas funciones, sino de una organización cualitativa diferente de ellas.

Son precisos otros enfoques, nuevos paradigmas que rompan con la estigmatización, segregación y marginación y con las ideas dominantes del trastorno y de la enfermedad que se nos ofrecen como establecidas y canónicas. Entender el trastorno, la enfermedad, no como un déficit o una carencia o una entidad negativa, sino como “otra manera de ser-en-el mundo” (44). Entenderlo como un proceso creativo de reconstrucción y defensa, de restaurar y restablecer un mundo caótico e insufrible.

Hay que entender el trastorno como un valor y un proceso vital que afecta al plano biológico, psicológico, social y existencial. Es preciso retomar lo que para Freud suponía el delirio como “una tentativa de curación y reconstrucción” (45). Así mismo, lo que para los neuropatólogos de finales del s. XIX y principios del XX (Jackson, Monakow, Goldstein) suponía la enfermedad, que la definían por tres propiedades: 1.-Un proceso biológico adaptativo y creativo; 2.- Que afecta y pone en juego la respuesta de la totalidad del organismo; 3.- La radical individualidad de cada proceso (lo singular y particular) (46).

En este sentido, de reivindicar nuevos esquemas y paradigmas van las movilizaciones actuales de los afectados de diversas problemáticas. Por ejemplo, las asociaciones de los llamados “discapacitados” que reclaman una reformulación de los constructos y los diagnósticos de discapacidad, retraso mental, deficiencia, disminuido, etc., en tanto estos diagnósticos, son un cajón de sastre de confusión e ignorancia clínica, así como de estigmatización, exclusión y psiquiatrización (47), cuestionando asimismo los fundamentos, las bases y los principios de los modelos y las prácticas, las políticas y la gestión de la llamada discapacidad (48, 49).

Otro ejemplo de cómo los propios afectados reivindican y expresan sus realidades son las asociaciones de autismo y Asperger. Es importante leer lo que escriben al respecto y lo que sus asociaciones reclaman. Textos no faltan, por solo citar algunos: *Alguien en algún lugar*, de Donna Williams (50); *Quiero dejar de ser un dentrodemi*, de Birger Sellin (51); *Mírame a los ojos*, John E. Robinson (52). Hay una larga y variada lista de libros al respecto que merecen una lectura para comprender su realidad.

Concluiremos con esta reflexión resumida, inconclusa y abierta que presupone revisiones y reformulaciones ante los nuevos enfoques, paradigmas, conceptos y realidades que nos depare y nos muestre la práctica y el trabajo en salud mental infantil. Señalamos la necesidad de:

- Abordar la clínica en salud mental infantil en el marco y referencia de la salud mental comunitaria y de la participación activa de la comunidad. Una clínica basada en la inclusión y normalización (no excluyente, marginante, ni estigmatizante) en los espacios comunitarios y de vida del niño, con un enfoque interdisciplinar de la atención.
- Entender el déficit, el trastorno, no como patología, sino como diversidad funcional y mecanismos de adaptación y afrontamiento.

- Darle al niño un lugar de palabra, de reconstrucción de su historia, su relato, su narración. Un lugar que le permita expresar su demanda, su malestar, su deseo, su sufrimiento y la elaboración de su problemática.

Una clínica, en definitiva, del sujeto frente a una clínica de la enfermedad y del déficit.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Kant I. *Crítica de la razón pura*. Madrid: Taurus, 2010.
- (2) Encuentro digital con Spike Jonze. *Diario El Mundo*, 10 diciembre de 2009.
- (3) De Mause L. *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza, 1982.
- (4) Vera J. *El Liberal*, 2 de febrero de 1916.
- (5) Martín-Santos L. *Actas de la Sociedad de Neuropsiquiatría infantil*. VI Reunión anual. San Sebastián, 3-4 Mayo 1958.
- (6) ONU. Consejo de Derechos Humanos. 2017. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 2017. [Consultado en marzo 2024] Disponible en: <https://www.consalud-mental.org/publicaciones/Informe-Relator-ONU-derecho-salud.PDF>
- (7) Pérez Álvarez M. *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*. Madrid: Alianza, 2021.
- (8) Ricoeur P. *La vida: un relato en busca de su narrador*. *Ágora* 2006; 25(2):9.
- (9) Geekie J, Read J. *El sentido de la locura*. Barcelona: Herder, 2012.
- (10) Foucault M. *Los anormales*. Madrid: Akal, 2001.
- (11) Heidegger M. *Carta sobre el humanismo*. Madrid: Alianza, 2009.
- (12) Wittgenstein L. *Tractatus lógico filosófico*. Madrid: Tecnos, 2008.
- (13) Laín Entralgo P. *La curación por la palabra en la Grecia antigua*. Barcelona: Anthropos, 2005.
- (14) Protágoras, Gorgias. *Fragmentos y testimonios*. Barcelona: Orbis, 1984.
- (15) Lacan J. *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. *Escritos I*. Madrid: Siglo XXI, 1978.
- (16) Rivière A. *La psicología de Vygotski*. Madrid: Visor, 1985.
- (17) Kandel E. *Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited*. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 505-524.
- (18) de Saussure F. *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Losada, 1971.
- (19) Castilla del Pino C. *Historia crítica de la psiquiatría del siglo XX*. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2007; 27(99):105-118.
- (20) Carr N. *Atrapados*. Madrid: Taurus, 2014.
- (21) Johnstone L, Boyle M. *Marco de Poder, Amenaza y Significado (P.A.S.)*. *Publicación abreviada*. Madrid: AEN, 2018. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>
- (22) Pereña F. *La clínica del sujeto*. Madrid: Síntesis, 2019.
- (23) Valls Plana R. *Del yo al nosotros. Lectura de la fenomenología del espíritu de Hegel*. Barcelona: Laia, 1971.

- (24) Peteiro J. El autoritarismo científico. Málaga: Miguel Gómez ediciones, 2010.
- (25) Sacks O. El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Anagrama, 2017.
- (26) Winnicott DW. El niño y el mundo externo. Buenos Aires: Hormé, 1980.
- (27) Spitz R. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child*. 1945; 1: 53-74.
- (28) Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata, 2014.
- (29) Kojève A. La dialéctica del amo y del esclavo en Hegel. Buenos Aires: La Pléyade, 1975.
- (30) Kandel E. En busca de la memoria. Buenos Aires: Katz, 2007.
- (31) Pretch RD. Amor, un sentimiento desordenado. Barcelona: Siruela, 2011.
- (32) Rose S. Tu cerebro mañana. Barcelona: Paidós, 2008.
- (33) Echenique PM. Entrevista diario El Mundo, 9 diciembre de 2009. Disponible en: <https://www.elmundo.es/suplementos/campus/2009/564/1260313209.html>
- (34) Heidegger M. Seminarios de Zollikon. Méxic: Herder, 2006; p. 141.
- (35) Moya C. El sujeto enunciado. En: Cruz M. Tiempo de subjetividad. Barcelona: Paidós, 1996; pp. 155-184-
- (36) Wilber K (ed.). Cuestiones cuánticas. Escritos místicos de los físicos más famosos del mundo. Barcelona: Kairós, 2013.
- (37) Collectif Initiative pour une Clinique du Sujet Stop DSM. Terminar con el yugo del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Disponible en: <https://stop-dsm.com/es/el-manifesto-para-terminar-con-el-yugo-del-dsm/>
- (38) Barthes R. La aventura semiológica. Barcelona: Paidós, 2009.
- (39) Vygotsky LS. Obras escogidas. Fundamentos de defectología. Madrid: Machado Libros, 2012.
- (40) DSM-5. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Ed. Panamericana, 2014; pp. 5-6.
- (41) Timimi S. La Mcdonalización de la infancia: la salud mental infantil en las culturas neoliberales. *Átopos* 2015; 16: 15-34.
- (42) Londoño D. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una mirada socio-cultural. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2017; 37(132): 477-496.
- (43) Ortiz Lobo A, de la Mata I. El colonialismo psiquiátrico de la vida. *Archipiélago* 2007; 76: 39-50.
- (44) Ricoeur P. Lo justo 2. Madrid: Trotta, 2008.
- (45) Freud S. Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia. Obras completas, vol. II. Madrid: Biblioteca Nueva, 1968.
- (46) Laín Entralgo P. La historia clínica. Madrid: Triacastela, 1998.
- (47) Menéndez F, Armas C. La discapacidad como falacia diagnóstica: constructos médicos y sociales. Identidad, cuerpo y estigma en las personas con discapacidad. *Norte de Salud Mental* 2019; 16(61): 22-34.
- (48) Romañach J, Lobato M. Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Foro de vida independiente, Mayo 2005. http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaindependiente/pdf/diversidad_funcional.pdf

- (49) Manifiesto de las personas psiquiatrizadas por una Renta Básica Universal. <https://www.sinpermiso.info/textos/manifiesto-de-las-personas-psiquiatrizadas-por-una-renta-basica-universal>
- (50) Williams D. Alguien en algún lugar. Barcelona: Ned Ediciones, 2012.
- (51) Sellin B. Quiero dejar de ser un dentrosemi. Barcelona: Galaxia Gutenberg, 2011.
- (52) Robinson JE. Mírame a los ojos. Madrid: Capitán Swing, 2017.