

**PARALELO E INFLUENCIA MUTUA
ENTRE LA PSIQUIATRÍA GENERAL Y
LA PSIQUIATRÍA INFANTIL**

Dr. Luís Martín Santos. Presidente del Comité Local

Actas de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil. VI Reunión Anual. San Sebastián (Guipúzcoa), 3-4 de Mayo de 1958. Discurso Presidencial.

Cuando hace dos años, en la ciudad de Pamplona y bajo la Presidencia de nuestro entrañable amigo el doctor Soto, recibíamos el encargo de organizar esta VI Reunión de la Sociedad en San Sebastián -encargo al que va anejo el de pronunciar este Discurso inaugural-, experimentamos una sensación de timidez y de escrúpulo que suponemos también habrán sentido nuestros predecesores en este papel en diversas ciudades españolas. En efecto, hablar en una Reunión de Psiquiatría Infantil, sin ser psiquiatra infantil, intentar enseñar algo a los especialistas de una materia sin ser especialista en ella, constituye, por lo menos, una osadía. Cuando, además, el auditorio se compone de los más eminentes representantes de la especialidad, entre los que queremos destacar ahora la figura -en muchos sentidos admirable- del doctor Moragas, de los Directores de la Sociedad y de los Ponentes oficiales de la misma, la osadía llega a ser descabellada. Es virtualmente imposible, siendo un simple psiquiatra general, conseguir decir algo que pueda interesarles o ilustrarles. Pido pues, desde ahora, perdón por las muchas deficiencias que encontrarán en mis palabras.

Consciente de mi falta de preparación, he procurado elegir un tema no directamente psiquiátrico, sino oblicuamente referente a la Psiquiatría Infantil. La ventaja del abordaje oblicuo

a una cuestión consiste, ante todo, en un cierto cambio de perspectiva. No quiero decir que la perspectiva oblicua e indirecta sea superior a la perspectiva interior y directa. No quiero afirmar que al ver las cosas desde fuera sea mejor que verlas desde dentro. Simplemente insinúo que el verlas como yo me propongo mirarlas es algo diferente y como tal -quizá- justificable.

Sin embargo, antes de entrar en materia quiero saludar a cuantos psiquiatras infantiles o pediatras han llegado a nuestra ciudad desde las provincias vecinas muchos de ellos, o desde ciudades más alejadas otros. Espero que encuentren esta tierra tan acogedora y cordial como su fama pregonada. Quiero también agradecer la elección de San Sebastián como sede de la VI Reunión a los responsables de la Sociedad que, de este modo, dieron prueba de confianza en ella. Agradezco en fin -recíprocamente- en nombre de todos los miembros de la Sociedad, a la Diputación de Guipúzcoa y al Ayuntamiento de San Sebastián el generoso patrocinio y mecenazgo que a la Reunión han dispensado a través de sus respectivos presidentes, nuestro querido colega y jefe directo el doctor Asuero y el Sr. Vega de Seoane, cuya presencia a todos nos honra y satisface.

Evidentemente las diferencias que hay entre la Psiquiatría Infantil y la Psiquiatría del adulto son debidas a la diferencia que existe entre el ser psíquico del hombre y el del niño. Mientras la situación establecida entre el médico y su paciente, en Psiquiatría General, goza de un cierto factor de homogenización que proviene de que ambos son adultos, por el contrario en Psiquiatría Infantil el médico tiene que enfrentarse con un paciente que se separa de él, tanto por su edad como por la misma constitución de su aparato psíquico: el niño sigue siendo niño

10 y no adulto también en su enfermedad. Esta diferencia explicaría, sin más, que los progresos de la Psiquiatría Infantil y la misma constitución de esta especialidad hayan sido posteriores a los de la Psiquiatría General. El psiquiatra infantil se encuentra con un campo de trabajo muy especial, cuya necesidad de estudio sólo ha surgido más tardíamente. El reconocimiento de la necesidad de una Psiquiatría Infantil es casi de nuestra generación. Ello ha sido debido a diversas causas. En primer lugar, porque el status social del niño, los derechos que al niño se han reconocido, han sido muy escasos hasta nuestros días. El niño ha soportado en la familia una situación sumamente dependiente. Era el centro del amor, pero a menudo de un amor esclavizador. No podía establecer ante la atención médica su sufrimiento neurótico del mismo modo que lo establecería el adulto. No podía pedir auxilio por una “rareza” o peculiaridad que en general se atribuía a defecto educativo o “maldad”. La actitud moralizadora en el juicio de la conducta neurótica es mucho más frecuente en la infancia que en la edad adulta. Aunque hoy en día empieza a abrirse camino una nueva actitud, todavía predomina la actitud rígidamente disciplinaria que trae consigo que el niño, en nuestras familias, muy a menudo, en lugar de exteriorizar sus problemas, los “internalice”, quedando almacenados en su espíritu de un modo menos aparente, en forma de “carácter” o de “residencia” que, tal vez más tarde, pueda llegar a tener consecuencias patógenas en su vida de adulto. Aunque esta afirmación puede parecer escandalosa, no es dudoso que durante largas eras, la actitud disciplinaria educativa impedía en muchos casos que los niños fueran abiertamente neuróticos. Una relajación de tales normas ocasiona, en todos los países en que se produce, un aumento de los niños neuró-

ticos: ¿Es esta consecuencia beneficiosa o, por el contrario, perjudicial? Aun no podemos contestar a esta pregunta.

A causa de esta actitud, en sus orígenes la Psiquiatría Infantil no tuvo como centro de interés sino los débiles, los retrasados, los oligofrénicos más aparentes. El interés por estos casos hizo posible la Psiquiatría Infantil. En consecuencia, sus raíces vinieron del campo ortopedagógico más que del campo médico. Los trabajos “princeps” de Juan Itard sobre el salvaje de Aveyron fueron el primer intento definido y consciente de rehabilitación de un deficiente mental, si bien se tratase, al menos en parte, de una deficiencia educativa y no biológica. Igualmente los primeros esfuerzos de Ferrus, de Falret, de Voisin, se encaminan a niños retrasados, así como el libro de Seguin “Educación fisiológica de los idiotas y de otros niños atrasados”, publicado ya en 1846. La Psiquiatría Infantil fue en su primera época, ante todo, ortopedia pedagógica. Ya en este primer estadio mostraba una radical diferencia respecto a la Psiquiatría General. En ésta, en efecto, ninguna de las normas de tratamiento, ni siquiera las técnicas psicoterápicas más consecuentemente racionales o suasorias, tiene el carácter definitivamente pedagógico. Si al oligofrénico se le “enseña” a conducirse, al loco no se le puede enseñar de ningún modo, únicamente puede curarse. Recíprocamente, el oligofrénico nunca tiene verdadera “cura”.

Pero no se trata de hacer una Historia de la Psiquiatría Infantil. Enfrentémonos con ella ya constituida y en el momento actual de su madurez.

El niño no es sencillamente un hombre pequeño. Hay toda una serie de diferencias cualitativas que dejan en segundo plano las evidentes diferencias cuantitativas. Por otra parte, aunque todos hemos pasado por la etapa de ser “niños”,

nuestro recuerdo no es suficientemente detallado ni totalmente objetivo. Ni siquiera ese recordar agotador que viene a ser el psicoanálisis. Cada recuerdo va acompañado de connotaciones afectivas que, antes de ser analizadas, lo deforman y, después de serlo, lo interpretan.

La diferencia cualitativa entre el niño y el individuo adulto se muestra incluso en la misma organicidad de los trastornos generales somáticos. A primera vista, el hecho de que el mismo número de neuronas tenga el hombre adulto que el feto de pocos meses, podría hacer suponer la existencia de un cierto paralelismo en sus respectivas lesiones cerebrales. Sin embargo, esta presunción no se cumple. Las lesiones del período prenatal y de la primera infancia son esencialmente distintas de las del período adulto de la vida. En tal diferencia intervienen dos hechos fundamentales: El primero es un carácter diferente de los procesos reparativos; el segundo es la posible repercusión de la lesión sobre los mecanismos organizadores del curso del desarrollo.

Los procesos reparativos son infinitamente más complejos en el sistema nervioso inmaduro. La curación histológica de la lesión transcurre con rapidez y sin complicaciones. Concluido el proceso reparativo no se percibe huella alguna de tejido cicatrizal. No aparecen células granulosas ni acumulaciones conjuntivas. Se produce un defecto anatómico de paredes lisas. En los casos precoces incluso llega a desaparecer todo rastro de lesión. En cuanto a la repercusión sobre la organización, hay que distinguir si la lesión es tan precoz que aun no se ha detenido el crecimiento neuronal, o bien si se produce en el espacio de tiempo que media entre tal época y el cese de los procesos de mielinificación. Según el momento de aparición y localización de la lesión, se producirán muy diversos trastor-

nos. Por el contrario, la naturaleza etiológica de la afección parece menos decisiva. La misma lesión en un adulto y en un niño no son causa del mismo síndrome, lo cual se aprecia en la práctica clínica de cada día. Por ejemplo, en la semiología de la hemiplejía. La escuela neurológica catalana -algunos de cuyos representantes actuales está hoy entre nosotros- ha aportado precisiones de importancia a esta semiología diferencial. Del mismo modo, la relación de la lesión con la tendencia epileptógena, con la maduración eléctrica del encéfalo, con los rendimientos intelectuales, etc., es completamente diferente en el niño y en el adulto. Hablando en general, la patocronia de la lesión es un dato mucho más fundamental en Psiquiatría y Neurología infantiles que en las del adulto.

Pero las secuelas anatómicas y clínicas de los procesos infecciosos cerebrales son precisamente el tema de la ponencia oficial de esta Reunión, que expondrán los doctores Alberca, Vázquez y Gutiérrez, y no por ello quiero detenerme aquí.

Si encaramos de un modo general el estudio comparado de ambas psiquiatrías (que se propone esta conferencia) y buscamos un orden lógico de la exposición, parece conveniente referirnos sucesivamente a lo que la Psiquiatría General ofrece a la Psiquiatría Infantil y a lo que -recíprocamente- la Psiquiatría Infantil ofrece a la Psiquiatría General. En el juego de esta dialéctica de doble sentido, la fecundidad de las corrientes de pensamiento dominantes en ambas disciplinas se hará más evidente e ilustrará el tema que hoy nos ocupa.

La Psiquiatría General como pauta de la Psiquiatría Infantil

Comenzaremos por estudiar las ideas-madres y al mismo tiempo fuentes de inspiración que la

12 Psiquiatría General del adulto ofrece a la Psiquiatría de la infancia. A pesar de los numerosos ataques que ha sufrido y de lo quebrantada que ha quedado su fortaleza, la idea fundamental de la época constitutiva de la Psiquiatría General ha sido -y es todavía- la idea taxonómica. Unas veces, a las variantes taxonómicas se les ha reconocido pálidamente la categoría de “especies nosológicas”. Otras veces, más modestamente, se ha hablado de “tipos clínicos”. En ciertas ocasiones, de “formas de reacción”. Pero, bajo estas diversas denominaciones, siempre latía la intuición dominante de la especie taxonómica, de la entidad clínica. Esta tendencia ordenadora proviene de la tentación mayor que para la Psiquiatría ha sido la Medicina Interna que, ella sí, había podido organizarse con éxito en torno a la idea directriz de especie morbosa. La historia de Kraepelin, como todos sabemos, y como tantas veces se ha comentado, no es sino la epopeya -trágica por fallida- del hombre genial que pretendió integrar, con todas sus consecuencias, la Psiquiatría en la Medicina General. Se ha proclamado su bancarrota por todos y por cada uno. Pero, casi siempre, esta proclama sólo tiene eficacia de labios a fuera. Los psiquiatras seguimos funcionando con arreglo al esquema intelectual de la ordenación taxonómica. Para todos nosotros -aunque reconozcamos que no se trata de auténticas especies nosológicas- sigue existiendo un abismo entre el paciente cuya enfermedad designamos como “esquizofrenia” y el que padece una “reacción vivencial” o una “depresión endógena”. El decidir entre tales designaciones no constituye una actitud neutra, académica, sino una actitud pronóstica, médico-legal, terapéutica e higienicoeugénica, completamente diversa para cada una de las tres etiquetas. No se trata de elegir arbitrariamente entre conceptos teóricos -lo que no tendría

mayor trascendencia- sino de aplicar conceptos prácticos, y en esta práctica se muestra la verdad de nuestra profesión. No se trata de una pura postura de principio. Ser taxonómico es tener un orden nítido y coherente en el conjunto de nuestra práctica profesional.

Pues bien, nuestra cuestión se planteará hoy así: ¿De qué manera la obsesión taxonómica, la obsesión por la especie morbosa que -queramos o no- domina la Psiquiatría General, ha llegado a iluminar el camino de la Psiquiatría Infantil? ¿Ha favorecido su desarrollo o más bien lo ha estorbado? ¿Ha suministrado una pauta de trabajo válida o más bien simples lechos de Procusto, en que era necesario introducir el infantil paciente a la fuerza, deformándolo y haciéndole perder su originalidad?

Desde el primer momento dejaremos a un lado el tema que ya hemos señalado antes como verdadera cuna del desarrollo independiente de la Psiquiatría Infantil: las minusvalías congénitas del aparato psíquico. En este terreno era obvio que la Psiquiatría General nada podía aportar. Desde el primer momento, todo investigador con preocupación paidopsiquiátrica, supo que un demente en nada se parecía a un oligofrénico. El mismo genio popular ha acuñado una palabra “tonto”, que a esa especialidad concretísima se refiere, con exclusión de cualquier anomalía psíquica del adulto, a quien designa “loco”, “enajenado”, “perturbado”, “frenético” o “demente”, según las ocasiones.

La Psiquiatría del adulto estudia tres principales modos del enfermar que -dejando aparte toda sutileza diagnóstica- son admitidos por todos los psiquiatras. A estos tres modos más generales de afección psíquica, sin pretender caracterizarlos rigurosamente como especies nosológicas, nos referiremos sucesivamente. A saber: los síndromes psicoorgánicos, los síndro-

mes psicóticos y los síndromes neuróticos.

1.- Síndromes psicoorgánicos.- Como es sabido, los síndromes psicoorgánicos, es decir, los síndromes psíquicos originados por una afección orgánica -reversible o irreversible- del cerebro, han sufrido, paralelamente a la crítica de la noción etiológica específica, un desmantelamiento que los ha ido agrupando en torno a esquemas muy generales. De la primitiva ilusión de que cada especie etiológica -cada tóxico, cada enfermedad infecciosa, cada tipo de lesión anatómica- pudiera producir un síndrome psíquico específico, se hubo de pasar con Bonhoeffer, a la visión mucho más general de los llamados “tipos de reacción exógena”. Este proceso de unificación ha alcanzado su forma más drástica con M. Bleuler. Este autor reconoce que la clínica sólo puede distinguir entre sí los síndromes orgánicos según dos pares de variantes: que la causa actúe aguda o crónicamente, o que la causa actúe global o localmente sobre el cerebro. M. Bleuler concluye taxativamente: “No existe sino un solo cuadro psíquico de las enfermedades difusas y crónicas del cerebro: el síndrome psicoorgánico o, lo que es lo mismo, el síndrome amnésico o síndrome de Korsakow”.

¿Vale esta rotunda y tajante afirmación para la Psiquiatría Infantil? Mucho tememos que no pueda aceptarse en toda su generalidad. En la Psiquiatría del adulto el síndrome psicoorgánico, esto es el síndrome demencial más o menos leve, constituye un continuo con graduales diferencias cuantitativas. Podemos distinguir en él trastornos de la memoria, de la inteligencia y de la afectividad. La memoria se hace especialmente difícil para las impresiones recientes, mientras que los recuerdos antiguos se conservan en los primeros estadios. La afectividad se hace lábil; surgen emotividad e irrita-

bilidad exaltadas. Los trastornos intelectuales son los más notables. La pérdida intelectual no es homogénea. Ciertas pruebas -como las del vocabulario- resisten mucho más al deterioro. Otras pruebas sucumben más fácilmente. Se afecta muy específicamente la capacidad para la llamada conducta abstracta. Se puede así establecer un índice numérico del deterioro. La persistencia de los conocimientos adquiridos y de las facultades instrumentales (lenguaje, psicomotórica, expresión) puede ser relativamente prolongada. **13**

Si trasladamos este cuadro al terreno de la Psiquiatría Infantil, nos encontraremos con fundamentales diferencias. Nos referimos aquí a los síndromes que se deben considerar como sus homólogos: esto es, a los debidos a una afección global y persistente del cerebro. Dejamos aparte las oligofrenias congénitas y las lesiones muy localizadas -tales como las afásicas, etc.-, aunque éstas también tengan sus propias peculiaridades en el cerebro infantil.

Al intentar interpretar los hallazgos clínicos, nos encontramos con un factor decisivo que está ausente en la patología del adulto. Se trata del factor temporal que, en Psiquiatría Infantil, alcanza una significación definitiva. En el adulto, el factor temporal sólo interviene en el sentido de que, a partir de cierta edad, hay que contar con un deterioro “normal” del paciente. Al valorar el caso individual, el observador deberá distinguir tal deterioro normal del producido por la causa patógena. Pero se tratará de diferencias meramente cuantitativas y no esenciales. Una intoxicación por el óxido de carbono puede dar el mismo cuadro korsakowideo a los veinte que a los cuarenta o sesenta años de edad. Su gravedad dependerá más de la intensidad con que ha actuado el tóxico que de la edad del paciente. Las cosas en la infancia no pasan

14 de la misma manera. No me refiero ahora a la vida intrauterina, sino a la infancia propiamente dicha, cuando todas las neuronas han extendido la complicada red de sus prolongaciones y en su caso éstas se han recubierto de mielina; cuando los signos de inmadurez biologiconeurológica del lactante han desaparecido ya completamente, tanto el reflejo de Moro, como el de prensión o la respuesta plantar en extensión.

Antes de que se alcanzara esta madurez, nos encontrábamos aun en el momento que Tramer designa “teratologischer Determinationspunkt”, punto de determinación teratológica. Una afección somática cerebral, produciría entonces, con toda probabilidad, malformaciones encefálicas gravísimas. Más tarde, durante los tres primeros años de la vida, aunque ya los procesos de maduración anatómica están más avanzados, se producirá todavía, con gran probabilidad, una interrupción del desarrollo psíquico con profunda demencia. Por el contrario, poco tiempo después, de los 4 a los 10 años de edad -como insisten Kanner, Lutz y Shouharewa, entre otros muchos paidopsiquiatras- no se observa, sino con gran rareza, una auténtica alteración de la inteligencia. Es el carácter el que en esta época se modifica profundamente. Queda una edad fronteriza, entre los 3 y los 4 años de edad en que observaciones recientes de Bosch (entre otros) confirman que puede producirse con gran facilidad el cuadro de la llamada “demencia infantil de Heller”. Este cuadro en cierto momento se interpretó erróneamente como forma infantil de la esquizofrenia. Se caracteriza por peligroso eretismo, progresiva destrucción del lenguaje, regresión del control de esfínteres y -lo que fue causa del error aludido- mantenimiento de la expresión inteligente del rostro y de la psicomotricidad. Que este cuadro o su semejante pueda, en ciertas condiciones de benignidad de

la noxa, producirse en edades aun más precoces, nos informan dos interesantes observaciones de Popella -acompañadas de necropsia- de niños diagnosticados de autismo precoz, con evidentes lesiones orgánicas cerebrales. Pero esta cuestión la trataremos más adelante.

Cuanto acabamos de decir se refiere a la importancia del factor temporal respecto del momento en que la lesión se establece. Pero hay otro aspecto del factor temporal -causa de ciertas dificultades clínicas- que consiste en la “manifestación expresiva cambiante” de una misma lesión a lo largo de la vida. También es en este aspecto clara la disparidad con el síndrome psicoorgánico del adulto. Un síndrome psicoorgánico del adulto no puede sino progresar, más o menos rápidamente, hasta la muerte del sujeto; nunca regresar. En su aspecto clínico, a lo largo del tiempo, no hay modificaciones esenciales. Gessel y Amatruda han generalizado ciertas observaciones formulando una ley general: “Cuando el niño llega a una fase cronológica en que una nueva función se hace dominante, bajo la dirección de esta nueva función pueden conseguirse nuevos rendimientos supletorios y se observa un progreso psíquico en brote”. Por ejemplo, el retraso intelectual de la época puramente motora, puede ser, hasta cierto punto, compensado cuando el lenguaje toma la dirección del desarrollo psíquico. Sin llegar a este concepto -diríamos excesivamente optimistas-, hay que anotar también su contrapartida, según la cual muchos déficits no se advierten hasta que llega la edad en que las funciones afectadas deberían haber madurado normalmente. A causa de este descubrimiento, el curso psíquico de las lesiones orgánicas infantiles tiene un diseño tortuoso y desconcertante para las familias de los niños. Este curso haría sospechar una nueva

puesta en actividad de la afección causal, sin que tal fenómeno ocurra en absoluto.

Por lo que toca al aspecto afectivo del síndrome psicoorgánico, debemos notar también la influencia del factor tiempo. Cuadros como los diferenciados por Kramer y Pollnow bajo la designación de “hiperquinéticos”, no deben oponerse a los “hipoquinéticos” como debidos a lesiones distintas o a etiologías diversas. Al contrario, podría ser que los cuadros hiperquinéticos se desarrollaran en la llamada “edad lúdica” más temprana y los hipocinéticos en la “edad escolar” propiamente dicha, más tardía.

Por último, el factor temporal influye decisivamente en un aspecto que, si bien no propiamente médico, es sin embargo base y supuesto necesario de nuestra acción práctica. Me refiero al reconocimiento social del déficit psíquico existente. El niño nunca se proclama como enfermo por sí mismo, sino que llega a la consulta cuando su familia valora y percibe su anormalidad. Tal juicio valorativo es producto, al mismo tiempo, de sus familiares y del otro gran aparato social con el que el niño entra en contacto: el sistema educativo. Una curiosa estadística de Lewis nos muestra como este criterio social varía de acuerdo con la época cronológica. En efecto, en un país de tan elevado nivel cultural como Inglaterra, ocurre lo siguiente: Hasta los 4 años de edad únicamente son reconocidos como deficientes el uno-dos por mil de los niños; de los 5 a los 9 años este reconocimiento se extiende al 15,5; de los 10 a los 14 años alcanza el 25,9; cifra que luego de los 15 a 19 años desciende otra vez al 10,8 por mil. Como es notorio tales oscilaciones son debidas al vario nivel de exigencia social y especialmente a las exigencias propias de la edad escolar.

Si aplicamos, en fin, muy someramente, el análisis fenomenológico el síndrome psicoor-

gánico del niño y del adulto, dejando aparte 15
cuantas peculiaridades diferenciales venimos señalando, o sea considerando el cuadro inmóvil en sí mismo en el momento dado, surgen nuevas diferencias. Mientras el eje sindrómico del adulto es el amnésico en sentido estricto (esto es, la falta de capacidad para los recuerdos recientes) y una cierta desagregación gestáltica, que se acompaña del déficit de las funciones abstractas, el eje sindrómico infantil es distinto. Se constituye en torno a la dificultad del aprendizaje. El déficit amnésico pasa relativamente inadvertido. El trastorno gestáltico que también existe es mucho más grosero, y no sólo el pensamiento inteligente abstracto, sino también el concreto, están profundamente alterados, a diferencia del adulto. La aplicación de los conceptos de Conrad, Goldstein, Woerkm, etc., a este estudio diferencial es sumamente interesante, pero no nos detendremos, puesto que quedan por recorrer muchos aspectos del tema que hoy nos ocupa.

2.- Psicosis.- Pasemos ahora a la posible utilización en Psiquiatría Infantil del concepto de “psicosis” elaborado por la Psiquiatría General. Una definición unívoca de “psicosis” no es fácil de formular, ni siquiera en la Psiquiatría del adulto. En la época del predominio somatológico en Psiquiatría, se suponía que psicosis era la afección psíquica ocasionada por una alteración somática del cerebro. Hoy en día tal concepto no puede sostenerse. Aplicado al terreno de las psicosis “funcionales”, que es el que aquí nos interesa, incluye una evidente petición de principio. Se postula la existencia de un trastorno orgánico nunca comprobado y luego se define la misma psicosis por la existencia de al trastorno solamente postulado. El concepto fenomenológico más satisfactorio, define a la psicosis como el padecimiento mental en el que se dan

16 trastornos estructurales de la vivencia: los llamados síntomas primarios. Finalmente, según la Psiquiatría dinámica, debe considerarse enfermedad psicótica aquella en la que las producciones autísticas llegan a alcanzar el primado sobre la realidad y en el que el paciente llega a perder toda posible relación objetal.

La cuestión es ésta: ¿Puede el niño, en general, padecer psicosis? ¿Son reconocibles clínicamente las psicosis del niño? ¿Cuándo tales psicosis existen -si es que existen- tienen el mismo formato estructural que en la mente adulta?

Comenzaremos por la esquizofrenia. Unos renglones bastarán luego para tratar de la psicosis maníacodepresiva. La primera designación de la esquizofrenia fue la de “demencia precoz”. Esta precoz la aproximaba a la infancia. Fue empleada, el primero, por Morel para etiquetar el padecimiento psíquico de un muchacho de 14 años. También Kraepelin, en sus estudios fundamentales, admitía la posibilidad del comienzo de la esquizofrenia antes de los 10 años de edad en un 3,5% de los pacientes. El mismo autor lanzó el concepto de esquizofrenia injertada, según el cual la psicosis puede aparecer en sujetos que ya “no eran normales” desde su infancia. Si bien tal anomalía se interpretaba puramente como oligofrénica. La fijación magistral de la esquizofrenia como concepto psicopatológico fue debida a Bleuler. Para este autor el comienzo de la psicosis podía ser anterior a los 15 años en un 4% de los pacientes. Como se ve la coincidencia con las cifras de *Kraepelin* es aceptable.

En realidad, para nadie ofrece duda la existencia de la esquizofrenia puberal. Todos hemos visto casos evidentes -con toda clase de síntomas primarios, con ideas delirantes, con alucinaciones auténticas, con deterioro de la personalidad defectual- alrededor de los 12 años de

edad. También hemos podido observar en estas esquizofrenias puberales el buen efecto de los tratamientos clásicos, particularmente de la insulina. El pronóstico no es tan ominoso como se ha solido afirmar. En cuatro casos, de esta edad aproximadamente, asistidos en los últimos años en el Sanatorio Psiquiátrico Provincial de San Sebastián, no hubo sino una evolución deletérea hacia grave demencia con internamiento definitivo. Recientemente, en la literatura mundial, han aparecido revisiones de casos en el mismo sentido pronóstico.

Por el contrario, la cuestión es mucho más oscura en lo que toca a la esquizofrenia no puberal, radicalmente infantil; esto es, a la que comienza antes de los 10 años de edad, antes de la aparición de ningún signo somático o psíquico de pubertad, en pleno período de latencia o antes aun. Diversos autores se han lanzado a la descripción de la esquizofrenia en estas edades, siguiendo el camino que abrió Sancte de Sanctis en 1905 con la que llamó “demencia precocísima”. Tras esta primera descripción se acostumbra a citar la “demencia infantil” de *Heller*, las “psicosis frontales” de *Stahelin*, el “síndrome hiperkinético” de *Kramer-Pollnow*, el “autismo precoz” de *Kanner* y las “psicosis simbióticas” de *Mahler*. Algunas de ellas han sido ya citadas cuando hemos hablado del síndrome orgánico en la infancia. Esto es debido a que su mayor parte se han revelado como psicosis de base orgánica. Solamente algunos casos aislados han permanecido como auténticas psicopatías esquizoides, más o menos graves, sobre las que más tarde podría establecerse un proceso esquizofrénico. Hoy no cabe duda acerca de la naturaleza orgánica de los casos de *Sanctis* y *Heller*, como se ha visto con evidencia en las investigaciones catamnésicas. Tampoco hay duda en lo que toca al síndrome de *Kramer-Pollnow*. La

cuestión queda abierta en lo que respecta a los cuadros de *Kanner y Mahler*.

La aceptación de la esquizofrenia infantil varía según la moda. Por ejemplo, hacia 1942 Bender afirmaba: “Nadie ha visto casos seguros”. Diez años más tarde, en las clínicas americanas, se acumulan los casos y la misma autora, con sus colaboradores, presenta una revisión de 350.

Al ampliar así el concepto, éste se desdibuja. Parece necesario recortarlo con rigor para que guarde un significado preciso. La pauta de Lutz me parece la más juiciosa al respecto. En 1936 este autor de Zürich hace una revisión de 60 casos de la literatura mundial. De estos 60 son eliminados 30 por tener más de 10 años. Un examen cuidadoso obliga a excluir a 16 más por tratarse de psicosis orgánicas. Solamente, pues, en 14 el diagnóstico era verosímil. El mismo Lutz aporta algunos casos propios. En sus casos el diagnóstico comenzaba a sospecharse de los 3 a los 5 años con una fase de terquedad excesivamente exagerada. Retraimiento, autismo progresivo, falta de habla a pesar de la conservación del lenguaje, algunos rasgos obsesivos y ritualistas, rigidez afectiva, etc. Especialmente significativa es la conducta autista y -para nosotros- el hecho de que tales niños, años más tarde, en la pubertad, presenten nuevas agudizaciones o cursos progresivos, en los que aparecen los síntomas primarios esquizofrénicos que faltan en la primera edad. La exploración somática debe ser completa antes de llegar al diagnóstico, incluyendo encefalografía gaseosa y electroencefalografía. No debe admitirse la menor sospecha de encefalopatía orgánica.

Los criterios de Lutz nos parecen próximos a los de Asperger con su “psicópata autista”. Estos niños presentan más dificultades con sus educadores que con sus padres, muestran relativa amplitud de conocimientos, tienen una cierta

capacidad de contacto y a veces mejoran por psicoterapia. En torno a estos casos y a los -de peor pronóstico- de Lutz creemos que se refugia la posibilidad de una esquizofrenia infantil digna de tal nombre.

Unas palabras respecto al autismo precoz de Kanner. Se trata de un síndrome que debuta muy precozmente. Ya desde los primeros meses de vida. Estos niños muestran indiferencia para las personas. Aprenden a hablar, pero no conversan. Son tan indiferentes a sus padres como al resto de los educadores. Gran memoria verbal. “Fonografismo” del lenguaje. Les interesan más las cosas que las personas. Expresión seria. Aspecto inteligente. Generalmente no se logra una auténtica medida de la inteligencia porque se niegan a los tests. Según Kanner y otros autores de estirpe psicoanalista como Stern, Schachter, etc., la causa de este síndrome sería el autismo de las madres. Los padres serían inteligentes y cultos, pero esquizoides. Contra este concepto psicodinámico se ha producido una fuerte reacción. En España se ha publicado recientemente un trabajo de van Kreveken en que se muestra su oposición a tal concepto y postula la génesis somática del cuadro. Creemos que un gran refuerzo a favor de este modo de ver son los casos con autopsia publicados por Popella a que antes he hecho alusión.

Más matizable ha de ser nuestra oposición en lo que se refiere a las llamadas *symbiotic psychosis* de Mahler y Settlage. Se trata de psicosis de aparición más tardía. El eje de su psicodinamia está en las dificultades que para el niño presenta el relajamiento del primitivo lazo objetal con la madre. Mahler distingue diversos tipos a los que denomina: parasitario, solicitante de simbiosis, simbiótico agudo y autismo secundario. A pesar de la aparente claridad teórica de la diferenciación de tales tipos, deben ser difi-

18 cilmente discernibles en la práctica. Algunos de estos casos, más graves, pueden coincidir con los criterios de la verdadera esquizofrenia infantil antes señalados.

Resumiendo, concluimos, con los siguientes puntos que establecen una posición sólida ante la cuestión:

- a) La existencia de la esquizofrenia puberal, tras los 10 años de edad es absolutamente cierta e indubitable.
- b) La mayor parte de las llamadas “esquizofrenias” de la infancia más precoz, bien examinadas se manifiestan como psicosis orgánicas.
- c) Queda un resto de casos, poco abundantes, pero indudables, de personalidades gravemente autistas, con retiro del mundo y de los lazos afectivos, que se manifiestan como auténticas esquizofrenias y que manifiestan su continuidad morbosa procesal desde la infancia hasta la edad adulta. Aun en estas psicosis la esquizofrenia de la infancia no es estructuralmente idéntica a la del adulto. Desde el punto de vista fenomenológico, no se observan claros trastornos formales de la vivencia. Desde el punto de vista dinámico, no se registran auténticos mecanismos proyectivos paranoides y la persistencia de fijaciones orales o preedípicas no tiene el mismo carácter que en el adulto.

La psicosis maníacodepresiva es aun más difícil de descubrir en la infancia. Como ocurría en el caso de la esquizofrenia, los casos evidentes suelen ser ya puberales. Por ejemplo, Gareiro habla de cuatro casos de depresión endógena de los 11 a los 13 años. Stürmp de una locura circular, con ciclos muy regulares, en una pínica de 13 años. Rice de otro caso de 14 años con ciclos muy regulares cada 50 días; etcétera.

Cuando las psicosis se manifiestan más pre-

cozmente hay grave sospecha de padecimiento orgánico. Por ejemplo, el caso de Alpert en que había fuga de ideas y excitación alegre -pero al mismo tiempo ataques convulsivos- en un niño de 5 años. El caso de Dussick, también precoz, ofrecía graves perturbaciones endocrinas. Generalizando, Shermann afirma que, por debajo de los 15 años, las psicosis afectivas suelen ser consecuencia de corea, encefalitis, delirios febriles, etcétera. En las encefalitis es relativamente frecuente la presencia de humor depresivo, incluso con intentos de suicidio.

Baruk, por el contrario, cree que las psicosis afectivas pueden darse en la infancia con caracteres semejantes a las de los adultos. Hay una tendencia precoz a las fases maníacas, y el ciclo tiene tendencia ser muy regular. Nuestra propia experiencia -muy reducida- abarca dos casos de adolescentes con fases maníacas, de sexo femenino. Kanner, que no puede considerarse sospechoso de un a priori en contra de las psicosis infantiles, sólo encontró cuatro casos probables entre 6.000 pacientes de la clínica de Boston.

Un nuevo enfoque de la cuestión es el aportado por Pieper, de Leipzig. Para este autor existe con cierta frecuencia una llamada “depresión constitucional”. Se trataría de niños asténicos, constantemente tristes, muy apegados a las personas de su familia, pero sin conexión hereditaria con el círculo timopático. Se trata, a mi modo de ver, de cierta variante de personalidad psicopática.

En consecuencia, debemos considerar a la psicosis maníacodepresiva como prácticamente inexistente en la infancia.

3.- Neurosis.- Pasemos ahora al tercer apartado de esta parte de nuestra disertación: los síndromes neuróticos. El síndrome neurótico es, en el adulto, sumamente polimorfo y variado. Dejaremos de lado tanto las perversiones como

las organoneurosis y síntomas de conversión somática, así como las neurosis del carácter. Trataremos, pues, sólo de las neurosis en sentido estricto. Freud las dividía en actualneurosis y psiconeurosis. Las actualneurosis incluyen la neurastenia, las neurosis de angustia y la hipochondría. Las psiconeurosis incluyen la histeria, las fobias y la neurosis obsesiva. Como es sabido, las neurosis actuales fueron también llamadas “neurosis vegetativas” y Freud les atribuía una base completamente fisiológica, química inclusive, a consecuencia de la retención o estancamiento, no ya de la libido, sino de los productos sexuales. La angustia en tales neurosis, de origen directamente fisiológico, sería una angustia flotante no adherida a ningún objeto, por oposición a las psiconeurosis en que la angustia acompañaría a su objeto correspondiente: trátase del objeto fóbico o de la idea obsesiva. La situación se complicaría porque, sobre este terreno primitivamente angustioso de las neurosis actuales, vendría luego a establecerse, en ciertos casos, una psiconeurosis secundaria, con la posible constitución de una seudofobia o de una seudoneurosis obsesiva.

Es de notar como a ese origen biológico de la angustia corresponde paralelamente, medio siglo más tarde y con la madurez de los conocimientos actuales, el nuevo concepto de origen biológico de la angustia según mi maestro López Ibor. También sobre la angustia vital -de origen biológico- según López Ibor, puede establecerse posteriormente una fobia o una obsesión, mediante mecanismos en los que no puedo detenerme ahora.

La caracterización de la histeria, de la fobia y de la neurosis de angustia en la edad adulta está más claramente establecida. No hemos de insistir en estos conceptos que son sobradamente conocidos. En la histeria se trataría de la rea-

lización simbólica de los impulsos instintivos inhibidos en el plano genital. En la fobia, por el contrario, se trataría de un mecanismo defensivo para vencer la angustia ligada a un deseo sexual no satisfecho -ni consciente- en el plano pregenital; es decir, en un estadio más antiguo del desarrollo instintual. En la neurosis obsesiva se expresaría la lucha de un super-yo especialmente fuerte contra los impulsos genitales -especialmente ligados con la analidad- también extraordinariamente fuertes; lucha que coagula en una estructura rígida del carácter. Como puede verse, en las tres psiconeurosis se da una secuencia progresiva, tanto en el sentido de la gravedad clínica como en el de la deficiente genitalización de la libido. Mientras en la histeria es típica la crisis, desencadenada muchas veces de modo accidental, y en la fobia lo es la fase precedida y seguida de períodos más tranquilos, en la neurosis obsesiva se da un carácter fijo, una estructura continua del aparato psíquico. Fenomenológicamente la misma secuencia se observa con una progresiva invasión de lo morboso en el campo de la conciencia lúcida. Mientras lo esencial de la histeria permanece inconsciente para el paciente, las ideas obsesivas permanecen invenciblemente en el mismo centro de la atención consciente.

Nuestra cuestión será ahora: ¿Existe en el niño una posibilidad actualneurótica, con angustia flotante elemental, semejante a la del adulto? ¿Pueden reconocerse clínicamente en el niño las estructuras perfiladas de las tres principales psiconeurosis? ¿Son, en una palabra, adecuado modelo para las neurosis del niño las neurosis del adulto?

A la primera pregunta la clínica parece contestarnos afirmativamente. En efecto, uno de los cuadros más ubicuos de la Psiquiatría Infantil es el llamado “pavor nocturno”. Aun cuando

20 -naturalmente- admite una interpretación psicogenética, un estudio atento y desprovisto de prejuicios, permite afirmar su naturaleza directamente dependiente de la fisiología cerebral. Habla en favor de este punto de vista su aparición en niños sin trastorno afectivo alguno en sus horas de vigilia, sin rastro de problemas, sin sintomatología neurótica alguna. Su presentación paroxística, casi siempre a la misma hora, poco después del adormecimiento, sugiere una relación muy probable con los fenómenos de la conciliación del sueño que, muy a menudo, tienen un correlato electroencefalográfico detectable. Por otra parte, si la génesis teórica de la angustia actual, según Freud, se basa en la retención de los propios productos químicos sexuales, mal podría aplicarse tal explicación a la angustia elemental de la infancia.

No obstante, no cabe duda de que, junto a esas angustias paroxísticas biológicamente determinadas, existen estados de angustia más crónicos en el niño. Estados ansiosos con determinación psicogenética que pueden llegar a cristalizar en fobias o no. Es aquí, en la estructura fóbica, donde más semejante se nos hace el cuadro neurótico del adulto al del niño. No en vano el primer análisis infantil realizado por el propio Freud, se referiría a un caso de fobia de animales. En el niño la fobia sería una simple traslación a un objeto simbólico del miedo a la castración que se establece en el momento culminante de la constelación edípica. A través del análisis del pequeño Juanito se advierte una estructura elemental, en la que una simple "traducción" del lenguaje simbólico explica el dinamismo del caso y consigue su curación. En los fóbicos adultos, la estructura dinámica es mucho más compleja y, sobre el simple temor de castración, aparecen establecidas prohibiciones inconscientes a la realización de instintos

parciales. Pero lo esencial es que permanece el hecho de la semejanza clínica y dinámica de la estructura fóbica en el niño y en el adulto. En ambos, por otra parte, está latente el peligro del paso a la neurosis obsesiva, si los mecanismos dinámicos se radicalizan sin solución adecuada. Pero en el niño, la auténtica neurosis obsesiva no llega a producirse. Hasta la adolescencia no suele aparecer -al menos no la hemos visto nosotros y Levobici confirma nuestra opinión- la neurosis obsesiva. No obstante, tenemos la convicción de la especial gravedad de las neurosis fóbicas de la infancia de muchos obsesivos adultos. Basta hacer con cierto cuidado la anamnesis para convencerse de esta evidencia clínica.

En cuanto a la histeria, tampoco su presencia en la infancia puede equipararse a la del adulto. En primer lugar, hay que destacar la falta de carácter en la infancia. El aparato psíquico infantil es infinitamente más plástico y fluido. No podemos encontrar, como en el adulto, un carácter anancástico, un carácter narcisista, un carácter hipocondríaco, ni tampoco un carácter histérico. Los mecanismos de conversión en la infancia toman aspecto diverso. Las quejas neuróticas por las que los niños son conducidos al psiquiatra nunca son ataques histéricos propiamente dicho, sino rabietas; nunca estados crepusculares histéricos, sino apartamiento o terquedad; nunca síntomas de conversión claramente definidos sino trastornos alimentarios (vómitos, anorexia), esfinterianos (enuresis, encopresis), genitales (masturbación) o de lenguaje (retraso, tartamudez). No estamos autorizados a interpretar estos síntomas sencillamente como histéricos. En ellos no se da la realización simbólica de un impulso sexual reprimido. Por el contrario, a su través pueden encontrar expresión ansiedades mucho más primarias, más

directamente relacionadas con los problemas dinámicos “actuales”.

Así, pues, frente a la secuencia ordenada: “histeria-fobia-neurosis obsesiva”, nos encontramos con la aparente paradoja de que la fobia, que ocupa una posición intermedia, está presente en la infancia, mientras faltan las otras dos. La explicación es la siguiente: No puede darse la histeria como neurosis en el plano genital, porque el niño no ha llegado aún a la completa genitalización de sus instintos. No puede darse la neurosis obsesiva como estructura rigidificada del aparato psíquico, porque la psique infantil conserva una excesiva fluencia para su coagulación, si bien los elementos dinámicos -instintos parciales, super-yo- están ya presentes. Como fenomenólogos añadiremos que en la psique del niño falta la posibilidad de una auténtica “actitud reflexiva” sobre el fluir de las propias vivencias, que nos parece elemento imprescindible del auténtico anancasmo.

Se observará que hemos abordado este capítulo con un aparato conceptual decididamente analítico. Pero ¿cómo podríamos haberlo hecho de otra manera? La actitud clásica antianalítica se muestra radicalmente insuficiente para su abordaje. Véase -a título de ejemplo- el modo como el muniqués Benjamín enfoca la cuestión de las neurosis del niño en el ápice y esplendor de la monarquía bumkiana. La clasificación a que llega de los síntomas neuróticos es la que sigue, sorprendente por su superficialidad y esquematismo:

- a) Reacción de rebeldía: anorexia, vómitos.
- b) Reacción de apartamiento: masturbación, mutismo.
- c) Reacción de regresión: enuresis, retraso del lenguaje.

Evidentemente resultaría difícil dar las razones de porqué el mutismo es una reacción de

apartamiento y no de rebeldía; o bien, recíprocamente, por qué el retraso del lenguaje indica regresión y no apartamiento.

En el otro polo, antípoda del ámbito psiquiátrico, encontramos la clasificación de Levobici y Diatkine, que en parte se inspiran en Glover. Para estos autores, es indiferente la expresión clínica de la neurosis: lo esencial es el tipo de organización dinámica de la personalidad del niño. Distinguen tres posibilidades:

- a) Niños que utilizan sus mecanismos neuróticos para obtener fines inmediatos sin que la evolución de su psiquismo esté globalmente perturbada.
- b) Niños en los que se moviliza una tensión psíquica mucho más importante, no sólo en relación con el conflicto actual, sino en relación con conflictos arcaicos pregenitales.
- c) Niños en los que estos problemas arcaicos son los que aparecen en primer plano, sin que los problemas actuales tengan gran influencia en su aparición. Estos niños son aquellos, de gran interés, que pueden considerarse como prepsicóticos y cuya evolución debe ser más finamente vigilada.

Un mismo síntoma, la anorexia, el mutismo, puede ser la expresión clínica de cualquiera de los tres tipos de estructura conflictual. Nos parece evidente la superioridad de esta visión en profundidad (aun a título de hipótesis de trabajo) sobre la mera descripción de las apariencias clínicas, tan monótonas de por sí, en la infancia.

Resumamos aquí lo que la Paidopsiquiatría General ha ofrecido a la Psiquiatría Infantil. Debemos reconocer que es bien poca cosa: los síndromes orgánicos son decididamente diferentes, tanto en su status praesens como en sus posibilidades evolutivas; las psicosis funcionales están ausentes o casi ausentes de la infancia

22 propiamente dicha (el empeño en reconocerlas ha conducido una y otra vez al error); finalmente las neurosis presentan igualmente peculiaridades específicas. Solamente la “fobia” nos ha parecido semejante a la del adulto.

Lo esencial de la clínica infantil no orgánica son las neurosis. Y en ellas parece poder contenerse preformado el germen de los desvíos caracterológicos o psicóticos del adulto. Como tema mayor, apenas sugerido, resta la posibilidad de que la terapia de las neurosis infantiles pueda constituir una auténtica profilaxis para el adulto. Pero a esta cuestión, a pesar de los meritorios trabajos de Burlingham, de Golfard, de Spitz y de tantos otros, no creemos que se haya dado una respuesta definitiva.

La independencia de la Psiquiatría Infantil respecto de la del adulto se echa de ver también en la falta de indicaciones de los métodos consuetudinarios de esta última. El electrochoque, el coma insulínico, apenas si se utilizan en el niño. Los sedantes y la psicoterapia son las armas que corresponden al ser infinitamente sensitivo y plástico de que el psiquiatra infantil se ocupa.

La Psiquiatría Infantil como base teórica de la Psiquiatría General

Veamos ahora, por el contrario, qué es lo que la Psiquiatría Infantil ofrece a la Psiquiatría del adulto. Mientras que esta última sólo podía ofrecer a la Paidopsiquiatría una cierta pauta normativa -ni muy adecuada ni muy fecunda- la Psiquiatría Infantil puede ofrecer a la Psiquiatría del adulto toda una teoría general. El método de elaboración de esta teoría general es el método genético-evolucionista. Este método encuentra su aplicación más fecunda en las ciencias biológicas. Al ser biológico, en efecto, le caracteriza una peculiaridad de ser al mismo tiempo, posi-

tivo y experimentable por una parte, pero por otra histórico. Los sistemas vivos -a diferencia de los físicos o químicos- son sistemas irreversibles; es decir, sus posibles transformaciones cursan en un solo sentido y no admiten el retroceso al estado anterior. No obstante esa irreversibilidad, el método genéticoevolucionista suministra dos posibles mecanismos para la comprensión de ciertas realidades patológicas del ser vivo. Estos mecanismos son respectivamente la detención del desarrollo y la regresión a un estadio anterior de la evolución. Aquí nos ocuparemos solamente de su posible aplicación a la Psiquiatría.

No ha sido el psicoanálisis la única dirección conceptual en aprovechar el método genéticoevolucionista. El primer nombre que podemos citar al respecto es el de Jackson, quien dio una visión comprensiva de la patología neurológica del sistema nervioso, a partir de su esquema basado en la liberación de los mecanismos inferiores, subordinados a los más recientes en el proceso evolutivo. La utilidad del modo de ver jacksoniano en neurología, ha movido al psiquiatra francés Ei, a aplicar la misma pauta a la patología psiquiátrica. Para Ei también habría síntomas negativos -por lesión o deterioro de las funciones psíquicas superiores- y síntomas positivos -por liberación de las funciones inferiores subordinadas-. Ahora bien, la determinación de qué funciones son inferiores es decidida por Ei no de un modo cronológicoevolutivo, sino estructural. Las funciones inferiores serían de tipo onírico, con bajo nivel de conciencia y se traducirían en alucinaciones, delirios, etc. El funcionamiento psíquico infantil no queda incrementado en el concepto.

Otra aplicación del método genéticoevolucionista, ha sido realizada por Kretschmer. La comprensión evolucionista de los fenómenos

morbosos, en Kretschmer, abarca no sólo los mecanismos neuróticos, sino también los psicóticos; no sólo la histeria, sino también la esquizofrenia. Tampoco Kretschmer, para su interpretación, parte del psiquismo infantil, sino de los modos de reacción elementales de la escala zoológica y de la conducta mental y praxica de los pueblos primitivos. Llega así al concepto de mecanismos hiponóicos e hipobólicos, a los que regresaría el hombre sano en sus enfermedades mentales.

Citaremos, por último, algunas interpretaciones gestálticas -tanto las primitivas de Goldstein como las mucho más recientes de Conrad-, en las que se recurre a una cierta desagregación de funciones superiores, hasta otras más elementales, para explicar los fenómenos morbosos. Conrad utiliza para ello el concepto de "Vorgstalt" en diversos terrenos de la patología. Pero tampoco estas funciones gestálticas degradadas son funciones reconocibles en la infancia. Ni el pensamiento jacksoniano, ni el kretschmeriano, ni el gestáltico aplican los posibles datos de la Psicología Infantil a sus construcciones genéticas. Los tres se refieren al concepto de regresión en un sentido más general, más biológico, no captable en la historia concreta del individuo.

Es, por el contrario, a Freud a quien cabe la gloria de haber dado una visión genéticomprendensiva de la patología mental a partir de la historia individual del paciente, cuyas páginas más decisivas lógicamente son las de la infancia. Se da la curiosa circunstancia de que Freud, para poder establecer coherentemente su Psiquiatría del adulto tuvo que "sacarse de la cabeza" toda una Psiquiatría Infantil. La materia prima para esta elaboración fueron los recursos de sus pacientes adultos exclusivamente y no las observaciones directas sobre los niños. Posteriormente la Psiquiatría Infantil ha ido con-

firmado en gran parte -y completando en sus lagunas- los hitos que había trazado la obra precursora de Freud.

A causa de la importancia dada por el psicoanálisis a la infancia -y recíprocamente-, la Psiquiatría Infantil ha sido impregnada de freudismo. La aplicación del método y las observaciones directas conseguidas han sido una importante contribución al estudio de los padecimientos mentales en general.

Como es sabido, el esquema freudiano consta al menos de dos principios fundamentales. El primero es el reconocimiento de una estructura del aparato psíquico humano, dividida en tres instancias: el yo, el ello y el super-yo. Entre estas tres instancias hay una constante tensión dinámica. El segundo, es el reconocimiento de la existencia de diversas formas del impulso originario o "libido", bajo la designación de "instintos parciales". Estos diversos instintos serían dominantes en los diversos estadios de la evolución del niño.

La dialéctica entre los instintos y la represión daría cuenta del desarrollo mental. La represión proviene tanto del yo, principio de la realidad, como del super-yo que se origina en las imágenes parentales introyectadas. Solamente mediante una total genitalización de la libido se lograrían las dos características funcionales de la vida adulta normal: a) La posibilidad de relaciones objetales maduras en el plano genital. b) La posibilidad de "sublimar" satisfactoriamente las cargas restantes de la libido.

A partir de este esquema -muy sucintamente expuesto y del que hemos dejado ausente la cuestión de los instintos de muerte- se explicarían los diversos cuadros patológicos mediante regresiones a estadios más primitivos del desarrollo libidinoso. Tales regresiones tendrían como consecuencia la reviviscencia de los ins-

24 tintos parciales infantiles con cargas energéticas no satisfechas y sin posible sublimación.

Si estos instintos parciales son reprimidos se producen las neurosis. Si tales instintos parciales son satisfechos, manteniendo una organización satisfactoria del yo, a expensas de super-yo débil, aparecen las perversiones. Si, en fin, tales instintos parciales son satisfechos a expensas de la dislocación del aparato del yo y del sistema de la realidad, surgen las psicosis.

El esquema es fascinante y su poder de seducción a todos nos tienta en mayor o menor grado. Late en su fundamento un optimismo fundamental. Si la patología mental es consecuencia de la historia infantil del sujeto, modifiquemos tal historia y la patología mental habrá desaparecido. La Psiquiatría Infantil, entonces, no sólo suministraría una adecuada comprensión de las psicosis, sino que podría evitarlas al actuar a tiempo. ¡Qué hermoso programa de trabajo y qué perspectivas para el investigador de temple terapéutico!

La realidad, sin embargo, parece menos rosada. En primer lugar, la aproximación psicoanalítica a la descripción de los trastornos mentales no es completamente adecuada. No logra dar cuenta de modo suficientemente satisfactorio de la realidad del existir de las psicosis. Quizás las neurosis queden menos deformadas al reducirlas a sus esquemas dinámicos instintivos. Pero las psicosis son algo más que un esquema dinámico anómalo. En ellas se manifiesta una alteración formal de la misma estructura vivencial. Ninguna carga regresiva de la libido, ningún instinto parcial no satisfecho puede dar cuenta suficiente de la “inversión del arco intencional” en la percepción delirante, ni del paso de una “representación” al mundo externo en la auténtica alucinación esquizofrénica. En las psicosis están alteradas estructuras existen-

ciarias muy complejas que tampoco se reducen al puro acontecer instintual. Las estructuras espaciales y temporales, las de ser-en-el-mundo, las del ser-con y del encontrarse con los otros, entre muchas más, escapan a la síntesis psicoanalítica. Lo que no quiere decir que su esquema dinámico sea necesariamente falso. No dudamos que las conexiones de sentido que el psicoanálisis describe son ciertamente existentes; lo que no está demostrado es que sean eficientemente dinámicas. Y esta demostración aun requerirá lustros de investigación, pues sólo un análisis estadístico digno de tal nombre y con las debidas garantías podría resolverlo. Matussek ha planteado recientemente la posibilidad de tal demostración y lo que parcialmente se ha conseguido. Estudios directos sobre el lactante y sobre el porvenir de los niños sometidos a determinadas constelaciones, han comenzado a publicarse en los últimos años y de ellos se deducirán importantes consecuencias en su día.

Otro aspecto de la cuestión que muestra la incompletud de la teoría, es la relativa escasez y monotonía de los mecanismos que han de servir para explicar causalmente todas las neurosis y psicosis. Hay que agradecer a la Psiquiatría Infantil haber intentado colmar en parte esa laguna. En el esquema clásico freudiano solamente se reconocían los dos estadios oral y anal (además del colateral y poco atendido estadio uretral) para explicar los retrocesos y fijaciones de la libido. Fijaciones anales y orales, sin embargo, se encuentran en todos los cuadros patológicos del adulto, desde la histeria o la neurosis obsesiva, hasta la esquizofrenia o la depresión. Para estas últimas psicosis se invocaba, a título complementario, un retroceso al narcisismo primario. Al super-yo se le asignaba un origen relativamente tardío, tras la aparición del complejo de Edipo.

La Psiquiatría Infantil, por medio de Melanie Klein y de su escuela, ha intentado aclarar lo que podríamos llamar la prehistoria psicoanalítica. Ha mostrado que existe un super-yo más primitivo en el niño de pocos meses y que este niño atraviesa ciertos estadios dinámicos en sus relaciones con el objeto absolutamente primario: el seno materno.

En un primer momento, el niño es consciente de la brusquedad de la retirada de su objeto. Entonces aparece éste como “malo”. Su limitado mundo ambiental resulta entonces enemigo y peligroso. Se siente absolutamente inerte ante su abandono. Vive entonces la llamada posición paranoide primaria en que se siente amenazado. Como reacción a esta amenaza su agresividad se proyecta sobre el objeto al que desea destruir.

Más tarde se ve obligado a reconocer que los dos objetos “bueno” y “malo” se unifican en un único ser: la madre. Hasta entonces los había excindido totalmente como cosas diferentes. Entonces su primitiva agresividad sufre la primera censura y se introyecta contra sí mismo. Vive entonces la posición depresiva primaria. En esta situación ya el super-yo toma su primera figura como agente mortificador y censor.

No podemos detenernos en la crítica de estos conceptos que parecen muy discutibles a los mismos analistas ortodoxos. De todos modos debe verse en ellos un intento renovador y quizás fecundo. Al ampliar la historia analítica hasta las edades más tempranas, el análisis infantil nos da la posibilidad de incluir más cómodamente en la historia de la libido las prefiguras de las auténticas psicosis que antes no se diferenciaban, con precisión topológica de las neurosis.

Aunque el psicoanálisis es la dirección conceptual que más conscientemente ha utilizado

la infancia como base de sus construcciones especulativas, no es la única que ha tenido en cuenta esta época decisiva para la historia del hombre. La psicología genética sigue siendo base fundamental de comprensiones no analíticas de muchos aspectos psicopatológicos. La misma Teoría de la Forma, aparentemente muy lejana del análisis, ha debido recurrir a la infancia para lograr una visión unitaria del desarrollo psíquico magníficamente explicada en la obra de Koffka. Piaget ha elevado sus estudios de psicología genérica hasta formar la base de una original Teoría de la Inteligencia. Las psicologías conductistas, los mecanismos del ensayo y el error, las direcciones conceptuales derivadas de Thorndicke, la topología de Lewin, las teorías reflexológicas de las neurosis, etc., tienen siempre en cuenta la especial plasticidad del cerebro infantil. Sin embargo, hay que reconocer que el método genéticoevolucionista encuentra también sus propios límites. No todo fenómeno morboso puede hacerse comprensible mediante los conceptos de regresión y fijación. Muy a menudo en lo patológico se hace indudable la presencia de “algo nuevo”, esencialmente distinto de todo lo anteriormente vivido por el sujeto. Por muchas semejanzas que encontremos entre un esquizofrénico y un lactante, aunque ciertas pautas de conducta o instintuales puedan ofrecer semejanza, las diferencias saltan también a los ojos y sería necio pretender reducir toda la Psicopatología a la pura descomposición regresiva de lo psíquico.

Conclusión

La Psiquiatría Infantil, tras examinar sus posibles relaciones con la Psiquiatría General, se nos muestra como un territorio absolutamente definido, con leyes propias y métodos específicos. Intentar reducir los cuadros clínicos de la

26 Psiquiatría Infantil a los que encontramos en la clínica adulta, las más de las veces conduce a la deformación o al error. Por el contrario, parece evidente que los cuadros morbosos del adulto en gran parte son influidos -no diremos motivados- por el desarrollo psíquico del individuo a lo largo de su infancia. Este hecho obliga a afirmar que de día en día habrá de ser más grande la importancia de la Psiquiatría Infantil. Una moderna pedagogía, sin su concurso no es imaginable. Una auténtica higiene mental tampoco tiene sentido fuera de su ámbito. La misma Teoría General de la Psicopatología toma uno de sus fundamentos más importantes en los hechos genéticos y dinámicos que tienen lugar durante los años de la infancia.

Es necesario, pues, reconocer la independencia de esta subespecialidad en la práctica y cuidado de los pequeños enfermos mentales, con escasa tutela de la Psiquiatría General. Al mismo tiempo es necesario saber integrar coherentemente, en el edificio total de la Psicopatología, los nuevos saberes que la Psiquiatría Infantil aporta.

Sólo me resta desear que la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil ocupe un lugar destacado en la realización del futuro de la especialidad. Hagamos votos porque un día el número de neuróticos y psicóticos, el conjunto inmenso de sufrimiento mental que arrastra la humanidad, haya realmente disminuido. Si esto se logra, será en gran parte debido al esfuerzo de los psiquiatras infantiles.