

EDITORIAL

La psiquiatría de niños y adolescentes, cuestión pendiente

Cuando se inició la reforma psiquiátrica, surgieron esperanzadas expectativas entre quienes trabajaban en el campo de la salud mental con niños y adolescentes. Ahora ha pasado suficiente tiempo como para intentar un balance de la situación actual. Nadie discute los logros —por supuesto mejorables— conseguidos en el terreno de la asistencia psiquiátrica para adultos, como nadie ignora, igualmente, que el crecimiento no ha sido semejante en la asistencia destinada a niños y adolescentes. Tanto los profesionales de la salud mental que trabajan con ellos, como los que conviven con los mismos en otros lugares (escuelas, servicios sociales y de protección a menores), y los expertos y/o responsables de la planificación de los recursos, todos coinciden a la hora de señalar la carencia de servicios y estructuras de tratamiento y acogida específicos.

Todavía recientemente se afirmaba la conveniencia de no *psiquiatrizar* a niños y adolescentes y de optar por *modelos más integradores*. Hoy sabemos que esta opción, junto con innegables progresos en la integración escolar de ciertos niños, también ha descargado sobre otros profesionales e instituciones (sobre todo de las llamadas de *educación especial*) nuestras propias responsabilidades terapéuticas. Que nadie resucite otra vez, y menos en lo que se refiere a niños y adolescentes, el *riesgo de excesiva psiquiatrización*. Nadie se ha ocupado más de evitar posibles abusos que los propios profesionales que, además, no están precisamente ávidos por ampliar su ya excesiva clientela. Cabe recordar, sin ánimo de irritar a nadie, que para desarrollar actividades e instituciones *psiquiatrizadoras* no hace falta ser psiquiatra. Para practicar la peor psiquiatría posible, basta con desentenderse del funcionamiento mental del sujeto. Ya no hace falta ni hablar con él ni escuchar lo que dice.

Cabe preguntarse, igualmente, si no está sucediendo, en el terreno de las psicosis y de otros trastornos psíquicos graves —que, recordémoslo, también afectan a niños y adolescentes—, algo parecido a lo que ya ocurrió con la asistencia al deficiente mental desde que la psiquiatría, condicionada por su lúgubre experiencia previa, se desentendió del problema. Y podemos decirlo sin eufemismo porque hasta la OMS nos sugería, no hace mucho, la necesidad de una reimplicación de la sanidad en una situación problemática que abandonó voluntariamente.

Las carencias asistenciales actuales, sobre todo en cuanto a estructuras intermedias, y nuestra cultura asistencial, caracterizada por el descubrimiento de un *nuevo espacio socio-sanitario*, están favoreciendo una nueva tendencia: la *derivación* de lo que siempre fueron responsabilidades terapéuticas hacia institucio-

nes de *acogida, integración escolar/social y reinserción*. Es evidente la necesidad de éstas como *complemento* de los servicios sanitarios, pero todo parece apuntar a que la actual *crisis del estado de bienestar* empuja a sacrificar el desarrollo y el *coste* de servicios específicos para niños y adolescentes en favor de otras *prioridades asistenciales*. Se cede aquí un espacio que siempre ha pertenecido a la salud mental a otras instituciones, concertadas o subvencionadas con dinero público, que pueden jugar un papel *sustitutivo* de opciones asistenciales sacrificadas antes de nacer.

Puede ocurrir que, de golpe, quienes viajaban en el furgón de cola de la reforma, el de la *psiquiatría infantil*, mientras estaban esperando pacientemente el momento de llegar al andén donde repartían las riquezas que nuestra nueva abundancia prometía, queden destinados a la resignación. La locomotora no da más de sí y el maquinista decide que el último vagón sea desenganchado y pase a vía muerta. Sin embargo, los numerosos profesionales que trabajamos en este campo no llegamos a creer que las *realidades económicas* obliguen a declarar *utópica* la necesidad de desarrollar medios asistenciales imprescindibles. Si todo el mundo acepta, hablando de la salud mental, la necesidad de prevención, es difícil entender que ello no se traduzca en la decisión de destinar recursos prioritarios para la misma en el campo de la infancia. A no ser que se piense que la infancia no es un campo prioritario de actividades preventivas o que se opine que éstas no son rentables o bien porque en la noción de prioridad y de rentabilidad se infiltren otras cuestiones.

Por ejemplo: compárese la dimensión de nuestra población de niños y adolescentes que tiene problemas de salud mental con la de los toxicómanos. Compárese, seguidamente, la cantidad de recursos destinados a unos y a otros. ¿Cómo medir su rentabilidad? ¿Por su eficacia preventiva o terapéutica? Sin ánimo de provocar: ¿no será la rentabilidad derivada de mitigar la presión social la que decide cuáles son las *opciones asistenciales a priorizar*? ¿No obtendría la psiquiatría más recursos para los niños y adolescentes si su sintomatología les llevara a asaltar bienes y viandantes más a menudo? Sabido es, también, que las leyes inmisericordes de la inercia administrativa hacen que, en toda dotación presupuestaria, la atracción que hacia sí mismas ejercen las instituciones preexistentes sea directamente proporcional a su influencia gravitatoria —constituida por su peso arquitectónico y por su masa salarial y sindical—. Lo cual dificulta grandemente el desprendimiento de nuevos satélites con influencia atractiva propia. De nuevo la vieja y sabida historia de que innovar es difícil.

Existen, por lo tanto, varias y pesadas razones para que la asistencia psiquiátrica destinada a niños y adolescentes no cuaje en nuestro país con la fuerza con que lo ha hecho en casi todos los países europeos. Su elucidación y discusión me-

recería una reflexión más amplia que la que este editorial permite. Lo que está muy claro es que aún queda mucho por hacer, en casi todos los lugares de nuestra geografía, para completar una asistencia adecuada. Como bien saben los profesionales que ejercen en este campo, y algunos suman muchas décadas de experiencia, se necesitan servicios ambulatorios específicos articulados con los destinados a adultos, sin que sean éstos los que se vean obligados a improvisar, con más o menos imaginación, cómo suplir las carencias actuales. Servicios que estén vinculados también con la red de atención primaria y con *antenas* hospitalarias que les articulen con la pediatría. Dotados, además, de las imprescindibles estructuras intermedias que les permitan relacionarse y complementarse, si es posible hasta en su financiación, con lo que oferten los servicios sociales, escolares y otros.

Carecemos todavía de suficientes lugares con programas de formación adecuada, aunque existan algunos, y falta en todos ellos la sanción de una titulación reconocida que, muy probablemente, les va a ser exigida a las autoridades sanitarias de nuestro país como consecuencia de la aplicación de los acuerdos europeos de libre circulación de profesionales, que obligarán a homologar las vías y programas de acceso a toda especialidad. Programas que exigirán como mínimo varios años de formación en centros especializados de niños y adolescentes, tras el paso obligado por el tronco común de la psiquiatría, y con vías de acceso previstas para quienes provengan de la pediatría.

Deberíamos, por último, evitar un autoengaño fácil. Me refiero al consistente en creer que podemos resolver nuestros problemas asistenciales sin crear servicios específicos. Lograríamos, con él, ocultar lo inocultable, que no se ha hecho ni se está haciendo todo lo que nuestro momento histórico, cultural y económico permitía y permite.

ALBERTO LASA