

## LOS MENORES Y LA SALUD MENTAL

Rafael VELASCO FERNÁNDEZ

Empiezo por hacer algunas declaraciones que merecerían el calificativo de exageradas, si no fuera porque se basan en hechos, en datos observables y cuantificables. No diré nada, en estas frases iniciales, que no esté respaldado por la pura realidad.

Millones de niños de todo el mundo, muchos millones, viven en condiciones especialmente difíciles: huérfanos y niños de la calle; refugiados o niños desplazados; víctimas de las guerras, de los desastres naturales y de los provocados por el ser humano, incluyendo la exposición a radiaciones o a productos químicos peligrosos; hijos de trabajadores migratorios y de otros pertenecientes a grupos sociales en situación desventajosa; niños que trabajan; niños sometidos a la prostitución, el abuso sexual y a otras formas de explotación; niños impedidos o incapacitados; delincuentes menores. Y víctimas del *apartheid* o de la ocupación extranjera. El consumo de drogas legales e ilícitas es una realidad para muchos niños y adolescentes y una amenaza tangible para millones más, sin olvidar que hay otras víctimas pasivas de las drogas adictivas, como es el caso del "síndrome del feto alcohólico", producto de la ingestión inmoderada de alcohol durante el embarazo.

Comparativamente, son muchos más los menores que sufren esas condiciones en los países en desarrollo. Sólo en el caso de la deficiencia mental, los expertos de la Organización Mundial de la Salud opinan que hay por lo menos el doble de los que viven en países desarrollados. Así, los 120 millones de oligofrénicos del mundo se reparten, como siempre, afectando más a los pobres que a los ricos, lo mismo a nivel universal

que al interior de cada país, con el agravante de que las naciones en desventaja pocas veces saben a ciencia cierta cuáles son sus estadísticas reales.

El panorama epidemiológico en México ya no es tan incierto como lo era hace diez o quince años. Los estudios realizados por el IMP, la SEP, etcétera, nos permiten hablar de estimaciones en algunos rubros. Por otra parte, gracias a los estudios transculturales y a las investigaciones sobre la etiopatogenia de los trastornos psicopatológicos infantiles, podemos suponer que algunos cuadros clínicos prevalecen en nuestro país en forma sensiblemente igual a lo que ocurre en el resto del mundo. Tal es el caso de las psicosis infantiles y del retardo mental debido a factores genéticos y metabólicos. Si esta deducción es válida, las cifras más probables para nuestra población infantil respecto a las diferentes formas de psicosis, son de dos a cuatro por mil. Pero, igualmente, hay que reconocer que en otras formas de psicopatología nuestros datos están por encima del promedio correspondiente a las naciones desarrolladas. Los trastornos ligados a los problemas del parto serían un buen ejemplo, considerando el todavía elevado número de nacimientos que ocurren sin la atención médica adecuada; e igualmente, aquellas otras patologías que son acompañantes y secuelas de la hiponutrición de los primeros años de la vida. Seguramente también ciertos trastornos emocionales infantiles cuyos orígenes están, por lo menos parcialmente, en fenómenos sociales como la inmigración urbana, la marginación y los prejuicios de clase.

Llamo la atención sobre aquellos problemas infantiles clasificados entre los que afectan la salud mental, pero que son negligentemente olvidados en los países como el nuestro, probablemente como resultado de la disputa tradicional entre profesiones que es la negación de la colaboración interdisciplinaria recomendada por los organismos internacionales. Los trastornos específicos del aprendizaje frecuentemente ligados a deficiencias sensoriales y a otros problemas médicos y psicológicos, el déficit de atención con hiperquinesia y sin ella y algunos síndromes orgánicos cerebrales estarían entre ellos,

sin que tengamos conocimiento seguro sobre su prevalencia, etiopatogenia y tratamiento médico y psicopedagógico.

La realidad es que existe una gran variabilidad en las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos infantiles en los estudios que se realizan en diferentes países, y México no escapa a esa situación. En nuestro medio, el doctor Caraveo y sus colaboradores señalaron en 1992, como resultado de una investigación epidemiológica, que la atención altamente especializada se necesitaría probablemente para 7% de la población infantil entre los 3 y los 12 años; 7% adicional, requiere algún otro tipo de ayuda y atención. Por ese mismo informe nos enteramos de que los trastornos de conducta en la infancia, incluyendo los problemas de aprendizaje, representan de 18 a 24% en los varones y 13% en las niñas, ocupando el primer lugar en la demanda de atención.

En lo relativo a la falta de una visión integral que deje de lado esa especie de sectarismo profesional improductivo al que me referí, quiero agregar que no hablo en abstracto. Tenemos ejemplos clarísimos como el de ciertas instituciones en las que se ha borrado toda actividad médica para, según se dice, "despatologizar" lo que para algunos es meramente psicopedagógico. Sin los pediatras, los neurólogos y los paidopsiquiatras, la atención de los problemas de conducta y de los trastornos del aprendizaje detectados en las escuelas por los maestros más preparados, no puede ser efectiva, resulta insuficiente por la visión reduccionista de quienes la proporcionan. Lo mismo ocurre en instituciones médicas en las que falta la complementariedad de la psicología clínica y de la pedagogía especializada para brindar a ciertos niños el tratamiento multidisciplinario que ameritan.

En los países en desarrollo se presenta otro problema: el de la falta de detección oportuna de los trastornos en el campo de la salud mental infantil. El caso de la deficiencia mental es muy demostrativo. En un estudio hecho en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, se encontró que nuestra población no busca ayuda hasta que el niño tiene ocho años en promedio, prácticamente cuando al llegar a la escuela

primaria se hace más evidente el problema. En otros casos, como los trastornos del desarrollo y los emocionales, el lapso que transcurre entre el inicio y la primera vez que se pide ayuda, osciló entre 52 y 77 semanas.

Pero, ¿cómo ha sido la atención de la salud mental del niño en nuestro país en el pasado y cómo evolucionan los servicios? En un simposio realizado en 1981 por el Colegio Nacional, y coordinado por el maestro Bernardo Sepúlveda, expresé que las características principales de esa atención eran la dispersión y la fragmentación. En las décadas recientes, decía en aquella ocasión,

algunos organismos como en IMAN primero y el DIF después, la Dirección de Salud Mental con su hospital psiquiátrico infantil, sus centros de salud mental comunitaria y otras instancias, la SEP con la extensión de los servicios de la Clínica de la Conducta y sus Clínicas de Ortolalia, los centros psicopedagógicos, etcétera, amén de las acciones aisladas de organismos descentralizados, todos han concurrido con esfuerzos meritorios aunque insuficientes a un tipo de atención del niño que es característica casi exclusiva de los países desarrollados.

También llamé la atención sobre la falta de políticas generales que obedecieran a una filosofía de trabajo. Si juzgamos por un reporte reciente (de septiembre último), hecho en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", no hemos mejorado mucho en materia de atención a los niños con problemas mentales. En esa comunicación se asienta que "existe falta de cobertura, inaccesibilidad, iniquidad e insuficiencia en los servicios de salud mental [...] Urge redefinir la prestación de servicios para niños y adolescentes con un criterio de hospitalización diferente". A pesar de esto, podemos decir que en los últimos años se han ampliado los servicios, se crearon nuevas instituciones oficiales y un buen número de organismos no gubernamentales que realizan una labor muy apreciable en favor de los niños con problemas mentales. El propio Hospital Psiquiátrico Infantil, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME), los servicios de la Secretaría de Educación,

en fin, nos dan la base para mejorar nuestras acciones coordinadamente.

No necesitamos echar mano de cifras y datos para justificar este esfuerzo coordinador que tanta falta hace. Sólo recordemos que México es un país de jóvenes en el que la población menor de 19 años asciende a 41 millones, 50.22% de la población total. Como lo expresa bien un documento de evaluación de la Cumbre Mundial de la Infancia hecho en 1994, la niñez y la adolescencia ocupan la más alta prioridad, ya que en ese lapso de vida se dan el crecimiento y el desarrollo de los niños, en años que son de gran plasticidad, pero también de la mayor vulnerabilidad.

Estamos en el inicio de nuevas acciones en el campo de la salud mental. La actual administración ha dispuesto que se refuercen las actividades y se cree un Programa Integral, dando a este componente de la salud pública la prioridad que en la pasada década pareció perder. Aquí hay lugar para un Subprograma de Salud Mental del Niño y el Adolescente, que sistematizará y reforzará las acciones que ya se realizan en el país. Una estrategia lógica será la de conjuntar esfuerzos con otros sectores, principalmente el educativo, ya que se dará preeminencia a las acciones preventivas, y en ello juega un papel muy importante la educación para la salud en general, y para la salud mental en particular. En nuestro país, la segunda causa de muerte en la población general son los accidentes, y es la primera tratándose de adolescentes; en esta etapa de la vida ocupa también un alto rango el suicidio y las lesiones autoinfligidas, pero están también los problemas causados por el consumo de alcohol y de otras drogas adictivas, en particular las inhalables y las sustancias ilegales.

Pero, ¿cuáles son los criterios aplicables en materia de educación para la salud mental del niño dentro de las acciones preventivas?

Toda la educación que podemos administrar al público en general, y a los grupos más homogéneos en particular, e incluso a los individuos aislados bajo circunstancias especiales, tiene fundamentos que es preciso tener en cuenta. La psiquia-

tría, la psicología y las otras ciencias de la conducta han adquirido un cuerpo de conocimientos basados en la observación y la experimentación. Muchos principios y hechos comprobables son ahora aceptados como verdadero conocimiento científico, aunque siempre matizados por factores empíricamente menos asequibles, como los de la ética y los valores universales. El desarrollo psicosocial del niño y del adolescente se ha estudiado mediante investigaciones longitudinales cuyos resultados conforman un conocimiento valioso, insuficiente para recomendar conductas educativas frente a los menores. Así, pues, el primer criterio que debemos aplicar es el de que la acción de informar y educar sobre los asuntos que atañen a la salud mental es positiva y sus frutos son observables a cierto plazo.

Lo que se puede llamar el fomento de la salud mental encierra la idea de influir, mediante la educación, para atenuar en lo posible las tensiones a que están expuestos los individuos, con el fin de que no desborden su capacidad de resistencia. Se reconoce desde luego que tales tensiones son de muy diversa índole; parecería que las más vulnerables a la educación, entendida en este contexto más que nada como información, son las de orden psicológico y social. No olvidemos, sin embargo, que incluso las de origen principalmente (nunca lo son exclusivamente) "somático", como la hiponutrición y las lesiones adquiridas durante el nacimiento, son susceptibles de modificación bajo la acción educativa.

Otro aspecto que es preciso considerar con relación al fomento de la salud es la importancia de dar a los menores el estímulo adecuado para garantizar su óptimo desarrollo intelectual y afectivo. Podemos pensar que la educación tiene en este asunto la posibilidad de contribuir a que los padres obtengan conocimientos de mayor trascendencia en lo que toca a sus relaciones con los hijos. Instituciones especialmente organizadas para cumplir estas funciones, como las escuelas para padres o los centros de orientación para educadores son, quizá, las más adecuadas.

Aquí surge otro criterio aplicable a nuestras acciones educativas en torno a la salud mental: no emprenderlas sin tener claramente establecidas las metas que deseamos alcanzar; aunque algunas pueden parecer utópicas, propongo las siguientes:\*

1. Mantener o incrementar la salud mental de la población general proporcionándole los conocimientos básicos de carácter médico, psicológico y de cualquier otro tipo que sea conveniente.

2. Contrarrestar las condiciones que generan y acentúan la ansiedad, la culpabilidad y la tensión emocional, proporcionando información razonablemente basada en el conocimiento científico.

3. Contribuir a la mejor comprensión y manejo de las relaciones interpersonales, mediante un mayor conocimiento de la situación humana en general y de fenómenos tales como la discriminación, el prejuicio, la agresividad y la intolerancia.

4. Proveer un clima más receptivo para el cambio de actitudes necesario frente a la enfermedad mental, y su tratamiento, de tal manera que (en el mejor de los casos), desaparezca la estigmatización del enfermo que sufre cualesquiera de los trastornos psicopatológicos conocidos.

5. Diseminar información sobre los sitios donde se administra tratamiento, se preparan los profesionales y se investiga en el campo de la salud mental.

6. Estimular la aplicación del conocimiento médico, y más específicamente del psiquiátrico, a problemas individuales y sociales concretos, como el del alcoholismo y otras farmacodependencias, la delincuencia juvenil, etcétera. Se comprende que esta acción se dirija principalmente a grupos sociales tales como la familia, las comunidades religiosas, el gobierno, la industria, las asociaciones científicas, los centros para la recreación, etcétera.

\* Estas metas son coincidentes en gran medida con las que señaló, desde 1954, el "Committee of Public Education of the Group for the Advancement of Psychiatry" (Reporte núm. 29).

Finalmente, me parece que un criterio hasta cierto punto rector de los demás, es que toda la acción educativa se inserte en las políticas generales de salud, para llevarse a cabo en las diversas instancias que ya existen, como son los centros de salud, los hospitales y las clínicas. La salud mental es sólo una parte de la salud en general, entendida en los términos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, y no puede separarse ni conceptual ni operacionalmente de las acciones que el hombre emprende para mantener y mejorar su bienestar y el de sus hijos.