

EL PROCESO EVOLUTIVO DEL SER HUMANO: DESDE LA DEPENDENCIA ADICTIVA HACIA LA AUTONOMÍA*

Juan Larbán Vera**

En las dos situaciones que describo a continuación creo que hay un ejemplo de lo que sería la anti-salud mental en la infancia.

Poema de Heberto Padilla

*A este hombrecito se le ha pedido su tiempo,
su tiempo para unirlo al tiempo de la historia.
Se le han pedido sus manos
porque en una época difícil
no hay nada mejor que un par de buenas manos.
Se le han pedido sus ojos,
ojos a veces velados por las lágrimas,
ojos para contemplar
el lado limpio de la vida
porque para el horror; un ojo extrañado basta.
Se le han pedido sus labios secos y cuarteados
para afirmar; para erigir;
con cada afirmación, un sueño.
Se le han pedido sus piernas,
sus piernas duras y nudosas
porque en tiempos difíciles,
¿hay algo mejor que un par de piernas
para el acercamiento o la huida?*

* Texto revisado y actualizado en septiembre de 2007, extraído de la conferencia pronunciada en la sala de cultura de “Sa Nostra” en Ibiza, el 29 de mayo de 1998 con motivo de la campaña de sensibilización que sobre salud mental e infancia, organizó APFEM, Asociación Pitiusa (Ibiza y Formentera), de Familiares de personas con Enfermedad Mental y de niños con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo.

** Psiquiatra y Psicoterapeuta. Correspondencia e-mail: juan.larban@gmail.com

*Se le ha pedido el bosque
 que le alimentó de niño
 con su árbol obediente.
 Se le ha pedido su seno, su corazón, sus hombros,
 y se le ha dicho,
 que todo era estrictamente necesario.
 Y se le ha explicado después
 que todos estos dones serían inútiles
 si no daba su lengua,
 porque en los tiempos difíciles
 no hay nada más útil,
 para anudar el odio o la memoria.
 Y finalmente se le ha rogado, por favor;
 que empiece a caminar
 porque en los tiempos difíciles,
 es ésta sin duda ninguna, la prueba decisiva.*

En este poema se puede ver cómo desde esa visión que tienen a veces los padres o la sociedad, visión del niño como de “ese hombrecito” o como de “ese pequeño adulto”, se le está quitando toda posibilidad evolutiva porque se le niega un tiempo y un espacio que le pertenecen para evolucionar y para desarrollarse. Creo que es un poema que expresa muy bien esto que les estoy diciendo. Es decir, cómo a ese niño se le desposee de todos sus atributos y derechos para evolucionar, para vivir, para desarrollarse, y cómo al final del poema se le pide que además sea independiente. O sea, que se le quita todo lo necesario para desarrollarse y al final, se le pide lo imposible: que evolucione y que avance.

Las declaraciones de la Coordinadora de las diferentes asociaciones científicas de psiquiatría y salud mental de la infancia y adolescencia, que están fechadas en 1990 y que actualmente siguen vigentes, constituyen también un ejemplo de cronificación. No hay movimiento evolutivo, las cosas después de ocho años siguen siendo prácticamente las mismas que en el año 90.

Y lo que es peor, diez años antes de 1990 también estaban igual o peor. Poco, muy poco se avanza en la prevención, pro-

moción y atención de la salud mental de nuestros niños y adolescentes; nuestros adultos y padres del mañana.

En diciembre de 2003 y septiembre de 2007, fechas de la revisión de este texto, la salud mental infante-juvenil sigue siendo doblemente marginada, tanto desde el sistema sanitario como de la salud mental (de adultos) en general. Las especialidades de psiquiatría infante-juvenil y psicología clínica infante-juvenil todavía no están reconocidas en España. Único país de la Unión Europea en que esto ocurre. Los recursos profesionales son escasos y la mayoría no específicamente formados. Los dispositivos asistenciales ambulatorios e intermedios (hospitales de día y centros de tarde) muy deficitarios en el primer caso y ausentes en el segundo caso en muchas comunidades autónomas de nuestro país, como ocurre en Baleares y más especialmente en Ibiza. Las hospitalizaciones siguen sin hacerse en pediatría como estipula la ley. Los mayores de catorce años son hospitalizados en las unidades de hospitalización psiquiátrica de adultos. Panorama desolador, gravemente cronificado y altamente cronificador que no parece tener expectativas de cambio.

Los profesionales debidamente formados en psiquiatría infante-juvenil, aunque no acreditados oficialmente en España, se encuentran con la paradoja y el inexplicable agravio comparativo de no poder trabajar en su especialidad en la Unión Europea, mientras que los especialistas de otros países de la misma, sí que pueden hacerlo en España. En el Real Decreto 1691/1989, de 19 de diciembre (ley española), al referirse a las condiciones de formación de los médicos especialistas en psiquiatría infante-juvenil, se exige a los médicos de la Comunidad Europea un mínimo de cuatro años de formación especializada para que dicho título de la especialidad les sea reconocido a todos los efectos en España. Lo que estipula una ley española para los ciudadanos de la Unión Europea, no lo hace ni lo ha hecho hasta ahora para los ciudadanos de su propio país. ¿En qué país vivimos?

Después de exponer estos dos ejemplos de anti-salud mental, tengo ahora en mis manos un folleto. Se titula “Infancia y salud mental”. Este folleto está editado por FEALES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales) con motivo de la celebración del pasado Día Mundial de la Salud Mental, el cual estuvo dedicado a la salud mental infantil. Pues bien, en este folleto he subrayado dos puntos que conviene aclarar porque se prestan a contradicción y a dudas. Dice así el primero de ellos:

“El niño/a potencialmente enfermo/a: es un niño/a que no recibe afecto, al que se le ignora, al que no se le deja moverse, que nunca elige, solitario, que no juega, recibe contradicciones de los mayores, no se siente protegido, al que no se le enseña nada y no siente curiosidad por nada”.

El segundo punto dice lo siguiente:

“El niño/a sano/a: es un niño/a que recibe afecto, al que se le habla, se le escucha y se le estimula, al que se le da espacio y oportunidades para moverse, al que se le ayuda a saber elegir, que tiene amigos, al que le gusta jugar y utilizar su imaginación, que no recibe contradicciones de los mayores, siente seguridad, se le ayuda a comprender el mundo que le rodea, siente la necesidad de descubrir y experimentar”.

He subrayado la palabra “afecto”. Éste es un concepto muy amplio. A mí me gustaría aproximarle a lo que yo entiendo que es la base primordial y primitiva de lo que es el amor, y lo que es el afecto en el ser humano. Diría que la base del afecto y del amor más fundamental y primitivo, que se puede extender a todas las relaciones amorosas y afectivas, sería la necesidad de ser comprendidos por el otro como si éste nos acompañase interiormente en lo que estamos viviendo, sin confundirse con nosotros. Esa necesidad de comprensión interna, de empatía, creo que estaría en la base de la relación afectiva profunda. Luego veremos que esto también tiene una gran importancia en el desarrollo y la capacidad, por parte del niño y del adulto, de poder estar a solas consigo mismo de

forma creativa y sin sentirse desamparado interiormente. Si uno se siente acompañado interiormente desde pequeño, está alimentando y creando una presencia interna que luego le sirve en los momentos en los que está solo. Esto lo considero como uno de los elementos indicadores y potenciadores de salud mental de primer orden.

La capacidad creativa de estar a solas consigo mismo, en el niño, se manifiesta sobre todo en la capacidad de jugar de forma simbólica a través de juegos donde los personajes simulan situaciones, etc. Es así como el niño aprende de la vida y crea un mundo imaginario.

Además, pasa de la inteligencia sensorial y motora a la inteligencia más simbólica y, por lo tanto, a todo aquello que tiene que ver con el lenguaje. Lo simbólico es aquello que es más importante por lo que representa que por lo que es. Por ejemplo, es la capacidad de un niño de ponerse a jugar con un lápiz haciendo como que es un avión. El objeto no es importante por lo que es, sino por lo que representa para el niño. Esta capacidad creativa de estar a solas consigo mismo difícilmente se puede conseguir cuando, desafortunadamente, los padres tienen poca receptividad y disponibilidad para hacer ese acompañamiento interior de sus hijos. El resultado es la sensación o vivencia de que muchos niños y jóvenes se sienten interiormente huérfanos a pesar de estar al lado de los padres. Éste sería también uno de los elementos sociales que no sería potenciador de salud, sino todo lo contrario. La ausencia del otro, cuando lo hemos interiorizado de forma positiva, permite desarrollar la capacidad de estar a solas consigo mismo de forma creativa.

El ser humano tiene la necesidad psicológica de un tiempo y espacio de soledad (que no es lo mismo que la soledad), en equilibrio con la necesidad de apego, de vinculación con el otro, para su sano desarrollo.

Otro de los elementos, que también está relacionado con el anterior, que puede ser potenciador de salud y que considero

que es un elemento fundamental, es la capacidad (tanto del niño como del adulto) de llevar a cabo el proceso psíquico de duelo; proceso psíquico interno que uno experimenta cada vez que sufre pérdidas, tanto internas como externas, de algo valioso psicológicamente hablando para él. Estas pérdidas dejan momentáneamente un sentimiento de vacío, de soledad interior; es como si una parte de ti se fuese con lo que pierdes. Por tanto, si no tienes esa presencia interna de la que estábamos hablando anteriormente que te permite tolerar esos momentos de pérdida, es como si tú te fueses con lo que pierdes. En estos casos es cuando el duelo se convierte a menudo en depresión y, también, en angustia de aniquilación, (dejar de ser, de sentirse existir), en los casos más graves. Sobre esa base de desamparo interior es sobre la que se desarrolla una buena parte de la psico-patología, desde la fóbica a la obsesiva por ejemplo. Cuando hablas con una persona con una actitud fóbica, más que el miedo irracional que él tiene hacia algo, lo traumático para él es la situación de desamparo que vive frente a su propio miedo y que le deja indefenso e impotente ante él. Muchas de las obsesiones que vive el sujeto obsesivo, están destinadas a llenar un vacío o una soledad interior. Es a través de las obsesiones que intenta tapar ese agujero, llenar ese vacío, como las piezas de un puzzle que finalmente no encajan ni lo llenan porque no son las apropiadas. Esa soledad interior, ese sufrimiento, ese duelo por la pérdida, ese vacío que deja lo que pierdes, no lo puedes llenar más que con cosas tuyas, personales e internas, incluso con los propios sentimientos de vacío, de soledad, de desesperanza, de rabia, etc. Eso es lo que va llenando progresivamente ese vacío, porque eso que lo llena forma parte de tu ser.

Continúo con otro elemento importante para la salud mental: la capacidad de privilegiar el bien ser sobre el bien estar. El “bien ser” iría frecuentemente asociado al “bien estar”, pero también ocurre que es muchas veces antagónico y conflictivo, pues con frecuencia estamos más tentados de elegir el “bien

estar” que el “bien ser”. Por ejemplo, los momentos de sufrimiento, de pena, de malestar, de no aceptación de aspectos de nosotros mismos que queremos evitar, rechazarlos, alejarlos, ignorarlos, negarlos, etc. Todos esos momentos nos llevan muchas veces a buscar otras cosas para sentirnos mejor, cuando en realidad estamos huyendo de nosotros mismos. Estamos facilitando un bienestar que va en contra del bien ser. Piensen en todo lo que representa la actual cultura del bienestar, incluida la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando habla del concepto de salud en términos de bienestar bio-psico-social. Piensen en toda la publicidad alrededor del bienestar y en cómo nos van encaminando en un sentido contrario al de la salud. Piensen en el consumo de medicación para cualquier tipo de dolencia o sufrimiento.

Vuelvo a este escrito sobre la salud mental y la infancia para subrayar la indicación, tanto en positivo como en negativo, de la frase, “que recibe contradicciones de los mayores” o “que no recibe contradicciones de los mayores”. Aquí, la palabra contradicciones la pondría entrecomillada y diría que se trata de más bien, de proyecciones, conscientes e inconscientes, expectativas y vivencias internas de los padres y adultos cuidadores que, a menudo, proyectadas sobre el niño obstaculizan, dificultan, e incluso paralizan y destruyen, sus posibilidades de desarrollo. Del mismo modo, también hay otras proyecciones de los padres y la familia que lo facilitan y favorecen. Aquí estaría representado el interesante tema del patrimonio psico-genético del que depende el niño al nacer, puesto que su vida y desarrollo está en manos de los padres y su entorno.

Los padres a su vez, están condicionados por sus experiencias previas con sus propios padres y familia de origen; con la imagen interior que poseen de su propia infancia; con esos padres, no solamente reales, sino también los interiorizados (que forman parte de su propio mundo interno) y que guían muchas de sus acciones, haciendo que muchas veces seamos

incapaces de cuidarnos de nosotros mismos, aunque lo deseemos, y que reproduzcamos sin querer, el modelo que hemos “mamado” y vivido, aunque lo hayamos detestado en nuestros propios padres y familia.

“El niño al que le gusta jugar y utilizar su imaginación”. Creo que tiene que ver con lo que les decía antes de la capacidad creativa de estar solo; de los juegos simbólicos de los niños y de la capacidad del adulto de estar solo de forma creativa. Aspecto que les comentaba de la necesidad de mantener un equilibrio más o menos estable o inestable ante la necesidad de cambio, tanto interno como externo del ser humano, y en el que la estabilidad vendría solamente a consolidar e integrar esos momentos de cambio, de aprendizaje y de enriquecimiento de la experiencia gracias al exterior y gracias al otro. De cómo, en esos momentos de estar consigo mismo, lo que recibimos, captamos o aprendemos del otro y del exterior, lo vamos haciendo nuestro, recibéndolo, asimilándolo, olvidándolo y haciéndolo formar parte de nosotros, del núcleo del sí mismo, del ser.

Me permitiré, a costa de parecer reiterativo, recordar las dos definiciones de salud y de salud mental para que cada uno de nosotros pueda hacer su propio balance sobre qué capital de salud tiene según estas definiciones. Qué capital de salud tiene, ha tenido y puede transmitir a los que le rodean, sean familiares o no.

El binomio salud-enfermedad, sería un proceso dinámico que requiere un espacio y un tiempo de evolución.

Pueden ser vistos como un proceso evolutivo y dinámico consciente e inconsciente, en equilibrio más o menos estable, relacionado con la forma de ser y de vivir de la persona, con su personalidad, con su biografía, y en estrecha interacción con su medio familiar, ambiental y social. Pensemos en nuestra forma de ser y de vivir, en el grado de salud que tenemos, y lo que somos capaces de conseguir o no, en este sentido indicado.

En la aproximación a la comprensión del concepto de salud y, en especial, de salud mental les decía que se podía considerar la salud mental como la capacidad de adaptación, de integración, de superación de las experiencias de crisis y, personalmente he añadido algo que considero muy importante, de duelo; de cambio, tanto interno como externo, consciente e inconsciente, que forman parte del proceso evolutivo del sujeto y de su desarrollo en estrecha interacción con el medio en el que vive. Esto también nos interpela sobre nuestro grado de cronificación en según qué aspectos de nuestra vida, de nuestra personalidad y de nuestra forma de ser.

Voy a entrar de lleno en lo que he preparado para la charla de hoy. La verdad es que no ha sido fácil porque he intentado colocarme en este caso, a diferencia de otras veces donde he hablado de enfermedad, de detección precoz y de prevención, del lado de la salud.

Ya han visto alguna de las concepciones y factores potenciadores de la salud mental que antes les he comentado. He elegido una serie de distintos ejes, algunos de los cuales les comentaré más en profundidad y otros más brevemente.

El tema que les estoy comentando lo he subtitulado así: “Desde la dependencia adictiva hacia la autonomía. El proceso evolutivo del ser humano”.

Hablo de dependencia adictiva, es decir, que partimos de entrada con lo que podríamos considerar, en términos de salud, como una adicción. ¿Qué quiere decir esto? Pues que el pequeño humano con las condiciones de vulnerabilidad y de inmadurez con las que nace necesita establecer una relación de dependencia adictiva con su madre o con la persona que hace la función de madre. De la misma manera que la madre tiene que establecer una relación adictiva similar con el hijo.

Entiendo por relación adictiva, válida para cualquier adicción (juego, sexo, televisión, drogas, etc.): una relación pasional (y, por tanto, irracional; que escapa a la voluntad y a la lógica de la razón), exclusiva (al final acabas buscando y necesitando

sólo eso), y excluyente (de todo lo demás y vendría a completar lo dicho anteriormente). Es decir, el niño necesita centrarse, sentir el vínculo de pertenencia con una persona que le cuida; ocurre lo mismo en el caso de la madre, la cual durante algún tiempo está “obsesionada” por el hijo. Cuando está con las amigas no habla ni piensa en otra cosa que en el hijo/a. Ese vínculo es necesario porque en él se juega la supervivencia y el desarrollo precoz de ese hijo o hija. Imagínense el largo recorrido que tiene que hacer ese pequeño ser humano para alcanzar una autonomía relativa. Por eso digo en el subtítulo “desde” y “hacia”, porque la autonomía considerada como autosuficiencia, aparte de ser un mito o un ideal y algo irrealizable e inalcanzable, pienso que es también una fuente de patología porque significa negar la necesidad del otro para continuar evolucionando. El ser humano, durante toda su vida, para evolucionar, tiene que intentar conciliar y, sobre todo, integrar, la necesidad de dependencia con el deseo de independencia. Observen que en un caso digo necesidad y en el otro deseo. Con la necesidad de dependencia se nace; la independencia sin embargo se conquista progresivamente pero sin negar que siempre dependeremos de algo o de alguien. El problema es cómo dependemos y si es en una sola dirección excluyente de otras o en varias, y si es una dependencia creativa o destructiva.

Ese proceso evolutivo del ser humano consistiría en pasar de la dependencia adictiva a una separación y diferenciación cada vez mayor de las personas que lo cuidan para lograr un mayor grado de individuación y autonomía. Para lograr con éxito este objetivo, es necesario desarrollar la capacidad creativa de estar a solas consigo mismo. El niño que puede interiorizar los cuidados que ha recibido en la relación, en ausencia de quien le cuida y los encuentra interiormente, puede recordar y puede recrear esa experiencia, puede aprender de otras experiencias anteriores, puede desplazar esa experiencia a otras situaciones que le pueden dar sensaciones e impresiones semejantes a las vividas cuando está cuidado y amparado por

su madre o cuidador; esa capacidad del niño de crear y recrear esa experiencia en su interior y poder desplazarla de lo que es a lo que la representa es fundamental. Es la que permitirá al adulto encontrarse solo y no desamparado.

Como comprenderán, esto permite que sea mucho más fácil ese proceso de separación-diferenciación del que estábamos hablando antes. Individualización gracias a una separación progresiva, a una diferenciación, hasta llegar a una autonomía relativa. La capacidad de duelo de la que les hablaba viene a representar lo mismo. La persona que es capaz, a través de su proceso evolutivo, de integrar o de guardar en su interior algo de lo que pierde, de aceptar que algo pierde y que algo le faltará siempre; esa persona está en condiciones de hacer ese camino evolutivo que no es sino un encadenamiento de pérdidas, de poder superarlas y de poder avanzar. Es más, muchas depresiones tienen su origen en duelos no vividos y acumulativos. Es decir, muchas personas depresivas tienen el fantasma de que cualquier sentimiento que se aproxime a la tristeza o a vivencias de tipo depresivo, les va a sumir y hundir en una grave depresión. Probablemente ellos han vivido algo así anteriormente y, luego, es como si temiesen repetir la experiencia al no haber podido superarla ni integrarla. A veces es porque no se les ha permitido vivir esa experiencia de duelo. Muchas veces la familia y los propios padres no le han permitido al niño vivirla porque ellos mismos no han podido desarrollar esa capacidad de duelo. Son esos momentos en que los niños pequeños cuando se separan las primeras veces de la madre, o mejor dicho, cuando la madre se separa de ellos, se quejan, se lamentan, no encuentran todavía un objeto externo al que agarrarse que recree y recuerde la presencia de la madre. Y algunas madres no les dejan vivir ese momento porque les cogen en seguida en brazos, les presentan un objeto que les calme y les distraiga y, así les van impidiendo inconscientemente que en ese momento del encuentro con la soledad, el niño, si la relación es suficientemente buena, pueda encontrar algo en su interior que le pueda llevar a la capacidad

de recordar y de crear, y luego desplazar esas propiedades a otros objetos y situaciones. Si no es así, el niño dependerá del cuerpo físico y de la presencia real de la madre, o de objetos que simplemente son meros sustitutos de su presencia real y de los cuales no se puede separar. Nosotros los llamamos “consoladores”. Son esos objetos que el niño necesita que le acompañen a todos los lados. El niño no puede desplazar las cualidades que le dan seguridad a otros objetos porque ese objeto, como la madre, es el que tiene las cualidades y no él, no pudiendo desarrollar su potencial creativo.

Otro eje que puede ser indicativo de la capacidad de crear un potencial de salud o de enfermedad vendría dado por lo que es la evolución de la capacidad de expresión del ser humano. En los estadios primitivos del pequeño ser humano, la única capacidad de expresión es la somática. Quiero decir que todas las situaciones de tensión, malestar, excitación y de conflicto, todas las problemáticas relacionales con el medio y con la persona que hace la función de madre, el bebé lo expresa en términos de alteraciones somáticas. Trastornos del sueño, de la alimentación (vómitos, diarreas, dolores de tripa, etc.), de la piel. Es la única forma que el bebé tiene de expresar lo que le pasa, es la expresión somática. Conforme va avanzando en su desarrollo y la motricidad adquiere un papel fundamental, desarrolla otra capacidad de expresión y de comunicación que podríamos llamar motora o conductual. Todos tenemos la experiencia de que hay momentos en los que somatizamos y en los que no se puede hacer otra cosa que somatizar (un dolor de espalda, de cabeza, de estómago). Hay otros momentos en que situaciones de tensión o de conflicto nos llevan a no estar quietos, a tener que descargar esa tensión emocional a través de la motricidad. Expresión conductual, comportamental, o motora. Un grado más avanzado de evolución se logra cuando la expresión y la comunicación, tanto consigo mismo como con el exterior, se hace a nivel psíquico. Se consigue a través de los miedos que implican en el niño el desarrollo progresivo de la capacidad de simbolización.

Con los miedos, puedes ver representado aquello que temes, en diferentes objetos internos y externos que, a veces, no tienen nada que ver con lo temido porque hay un desplazamiento simbólico. Por ejemplo: es mucho más fácil para un niño tener miedo a la oscuridad que tener miedo a lo que él está sintiendo interiormente a nivel inconsciente y que muchas veces en los niños se aproxima a lo que narran los cuentos infantiles (cuentos de hadas). Me refiero a los cuentos clásicos tradicionales y originales, no a las nuevas versiones que en muchos casos, han sido edulcoradas y maquilladas por los adultos para “proteger” a los niños.

Cuentos clásicos como los de los hermanos Grimm, los de Andersen y de Perrault. En estos cuentos está expresado lo que vive un niño, sus fantasías y miedos de abandono, de devoración, de desamparo, de venganza, etc., todo esto está expresado en ellos y es lo que permite a un niño, a través de esos cuentos y de la identificación con sus personajes principales, que también son niños o personajes que los representan, afrontar sus miedos y superarlos, como ocurre en los cuentos que se le cuentan, y además, lo hacen sin la ayuda de los adultos. El niño encuentra en ellos una representación externa de lo que vive interiormente. Contarles cuentos a los niños es ayudarles a crecer y a ganar en salud.

Decía que un miedo a la oscuridad puede ser, desde el punto de vista psíquico, algo económicamente más rentable para un niño que un miedo a lo que ocurre en su interior. La oscuridad se la encuentra ocasionalmente y, a menudo, basta con dejar la luz encendida para afrontarlo y superarlo. Luz encendida que como comprenderán y recordarán, reclaman casi todos los niños en un momento dado de evolución. De la misma forma, también puede ser económicamente muy útil (de ahí la ventaja del desarrollo del funcionamiento psíquico para un niño), el tener miedo a un animal en lugar de tener miedo de un personaje próximo, familiar, como puede ser el padre o la madre. Entonces, ¿qué pasa?

El potencial de salud estaría relacionado con la capacidad de utilizar como medio de expresión lo psíquico más que lo conductual y lo somático. Esto quiere decir que las personas que somatizan y no encuentran otra vía de expresión que no sea la del cuerpo, la somática y/o conductual, y no pueden utilizar la vía de expresión de lo psíquico, están mostrando fijaciones y obstáculos importantes en su evolución. Por lo tanto, están indicando que tienen un potencial de salud no suficientemente desarrollado.

Podría hablarles ahora de los diferentes estadios evolutivos del ser humano, desde bebé hasta la adolescencia y el joven adulto; los cambios internos y externos que debe afrontar y cómo esos cambios pueden ser generadores de salud o de enfermedad. No obstante, no voy a entrar con detalle en este tema porque podría ser muy largo ya que tendría que hablarles de lo que es el estadio oral, narcisista, anal, fálico, edípico-genital, etc. Estoy empleando ahora palabras técnicas cuando habría que explicarlo más en detalle y con palabras accesibles. Me refiero a esos primeros momentos en que el niño explora el mundo y su mundo a través de la boca y que por eso llamamos la oralidad o estadio oral del desarrollo. También nos encontramos en estos primeros estadios del desarrollo precoz del ser humano con la necesidad que tiene el niño de crear su propia imagen a través de la mirada del otro, lo que llamamos la fase especular o narcisista. En ella, el niño necesita captar su propia imagen en la mirada, la actitud y los cuidados del otro y ensimismarse a continuación para interiorizar e integrar esa imagen (0 a 3 años). Luego hay una fase más avanzada que tiene que ver con la motricidad, el dominio del cuerpo, el control de esfínteres; sería la etapa anal (2 a 4 años).

Las desviaciones patológicas que se derivan de estas dos primeras fases, oral y narcisista, como comprenderán, son las más graves porque en ellas es donde el ser humano vive inicialmente la confusión entre lo interno y lo externo, donde la imagen de sí mismo y del otro se percibe de forma parcial y

fragmentada hasta que el proceso de maduración y desarrollo del bebé le va permitiendo una separación y diferenciación progresivas entre lo interno y externo. Con la ayuda del entorno cuidador, el bebé toma conciencia progresivamente de sus límites y los del otro, tanto corporales como psíquicos. Esto permite al bebé salir de la confusión en que estaba y adquirir una visión más global del otro y de sí mismo. En esta etapa evolutiva se pueden rastrear los orígenes de las grandes depresiones, de las psicosis, de las adicciones más graves y destructivas y de las enfermedades psicósomáticas graves.

Si avanzamos más en el desarrollo nos encontramos en el estadio motor, la etapa anal, el control de esfínteres y ahí vamos a encontrar con toda una capacidad creativa del ser humano a nivel motor, capacidad de desarrollo, de experimentación y de exploración. Pero también, y según como se desarrolle, esta etapa puede dar lugar a una desviación hacia los trastornos del carácter y hacia la conducta oposicionista de los niños. La conducta oposicionista del niño en el momento del control de esfínteres puede convertirse en un rasgo de la personalidad. Serían esas personas de mal carácter, que nunca están contentas con nada, que se oponen a todo. Establecen sobre todo relaciones de poder, de dominación-sumisión con el otro. Aquí estaría incluida la patología de la conducta, del comportamiento, y estaría también lo que sería el grupo de las perversiones. En esta fase se anudan y cimientan ese grupo de patologías.

En la siguiente etapa del desarrollo, llamada fálica o fálico-erótica (4 a 6 años), el niño/a desplaza su interés como zona erógena del ano a sus genitales que son investidos de forma especial y diferente por el chico y la chica. Como resultado de los gigantescos avances conseguidos en tampoco tiempo y en etapas anteriores de su desarrollo, esta etapa está marcada por lo grande y poderoso, que puede convertirse fácilmente en grandioso y omnipotente. Los chicos muestran, por desplazamiento simbólico, gran interés por las llaves, bolígrafos, etc. de

los padres, objetos a los que atribuyen un especial significado de poder.

Las chicas se interesan especialmente por los atributos femeninos y juegos maternos. En ambos casos como vemos, esta etapa contribuye de forma importante a la diferenciación psico-sexual antes de que se produzca una diferenciación biológica propia de la pubertad. La patología propia de esta etapa fálico-edípica, como vemos, tiene que ver con los complejos de superioridad e inferioridad, con problemas y confusiones en cuanto a la sexualidad y la diferenciación psico-sexual entre chicos y chicas.

Lo que aquí estoy expresado de forma separada, en la realidad evolutiva del ser humano, cada etapa se desarrolla sobre la anterior, con la cual está mezclada e imbricada.

Si avanzamos un poco y entramos en la fase edípica-genital (5 a 7 años), que es cuando el niño ya empieza a reconocer en su padre y en su madre el hombre y la mujer que son, cuando sus fantasías tienen un carácter más sexual, más erótico, donde el amor se mezcla con el deseo, donde el niño vive esa experiencia edípica de amor y de deseo, donde luego hay un miedo a lo que sería la “castración” simbólica (es decir, miedo a la reacción del rival, con la limitación que eso supone). Miedo y angustia que provoca la necesidad de desplazar “eso” investido en la persona de los padres hacia otro territorio, otros objetos, como pueden ser los estudios o la “novieta” que se hace en el colegio. Todo esto sería, en la medida en que lo va superando el niño, lo que formaría parte de bloque evolutivo más maduro y que posteriormente organizaría la estructura neurótica de la personalidad. Fracasos amorosos repetitivos, disfunciones sexuales, dificultad de aceptar límites, sentimientos patológicos de celos y de exclusión así como problemas de integración grupal tienen que ver con perturbaciones ligadas a esta fase evolutiva.

Los trastornos que no son psicóticos, pero que tienen algo de ello, y que tampoco son neuróticos, a pesar de presentar

una pseudoneurosis en el desarrollo del ser humano, estarían en esa franja intermedia que constituyen las personalidades fronterizas o límites. Son una organización de la personalidad y no son una estructura. Tiene que ver con un estadio de la evolución en el que la persona que le cuida y el niño se ven como seres completos y separados el uno del otro, pero la necesidad que tienen del otro es de tipo adictivo. Lo que pasa con este tipo de personalidades, es que establecen relaciones adictivas con las personas y con los objetos porque el otro no es percibido como una persona autónoma e independiente y es necesario todavía para sobrevivir; es como la viga maestra de un edificio que si se resquebraja y se rompe, hace caer todo el edificio. Así viven estas personas las pérdidas, las ausencias y las rupturas con las personas en que se apoyan. Son fantasías de aniquilación y de destrucción muy importantes que hacen que muchas personas se peguen (de pegamento) al otro, sufran lo indecible en una relación frustrante, insatisfactoria e, incluso, de maltrato, pero no pueden dejarla, no pueden cortarla ni cambiarla. Son personas en las que su proceso de desarrollo ha quedado interrumpido en mayor o menor medida en las etapas anteriores a la que designábamos como edípica-genital.

En los tres primeros años de vida se constituyen los cimientos del ser humano y en los seis o siete primeros años de vida, las bases del desarrollo de su personalidad. De los seis o siete años a la pubertad, en la llamada fase de latencia, el chico/a desplaza sus investimentos de la familia al grupo de iguales y del conocimiento al saber facilitando estos movimientos psíquicos la socialización y la escolaridad. Se le llama de latencia porque todo el dinamismo pulsional del niño en las etapas anteriores se vuelve más interiorizado y simbolizado, preparándolo para asumir mejor la crisis adolescente.

En la fase de latencia, el chico/a suele distanciarse de sus deseos edípicos y desplazarlos al grupo o pandilla, apareciendo en él los primeros amores platónicos, gracias a una nueva capacidad que desarrolla en su funcionamiento psíquico, la

sublimación. Se distancia y se diferencia también del padre de distinto sexo para identificarse más y mejor con el modelo de identificación parental del mismo sexo, etc.

La sublimación es la capacidad del ser humano de desplazar sus tendencias pulsionales (instintivas) hacia objetivos valorados socialmente, tales como actividades humanitarias, artísticas, deportivas, etc. En el chico/a en fase latencial esto empieza a verse en la preocupación que pueden tener por la pobreza, la guerra, la contaminación, etc. Posteriormente en la adolescencia, parece ser que en nuestra cultura esta tendencia se aborta lamentablemente y muchos de nuestros jóvenes dejan sus actividades deportivas, solidarias, etc. para encerrarse en un mundo egocéntrico del que les cuesta salir. Reflexionar sobre cómo y porqué esto es así, sería materia de debate para otra charla.

Como ven, esta fase evolutiva aparentemente silenciosa, es de gran valor estructurante interno y una fase importante en el proceso de separación-diferenciación-individuación del ser humano. Es en esta fase que pueden presentarse o acentuarse los trastornos del comportamiento, hiperactividad, retraso escolar, dificultades de socialización, la dependencia e inhibición, etc.

Ahora podemos comprender mejor, tras lo expuesto anteriormente, cómo la llamada “fobia escolar” (miedo a ir al colegio y angustia acompañada de somatizaciones), a esta edad no es más que un desplazamiento hacia el colegio de la verdadera angustia que provoca los síntomas y que es la angustia de separación del regazo materno simbólico que sería el hogar, la familia. Para el niño que la padece sería una reactivación de la angustia del extraño que vive el niño a los siete-nueve meses cuando alguien lo intenta separar de su madre, mostrando así, no el miedo al extraño, sino a lo que le angustia y teme de verdad, que es quedarse desamparado e indefenso al separarse y “perder” a su madre. Con este ejemplo vemos cómo el ser humano, en la interacción con el medio que nece-

sita para sobrevivir y desarrollarse, tiene múltiples ocasiones para repetir o cambiar. Si nos damos cuenta de esto, veremos las repeticiones como ocasiones y oportunidades para el cambio, tanto para el ser humano como para su entorno más inmediato y cuidador.

De la pubertad y adolescencia habría mucho que decir y no bastaría probablemente con una charla como ésta. No obstante, pasaré a exponerles brevemente lo siguiente: En la crisis de la adolescencia, en el período de cambio de la pubertad y adolescencia, se puede re-escribir y reorganizar el mundo interno infantil o hacerse más patológico. Como ven, es una etapa de suma importancia para el futuro adulto.

Sin embargo, el adolescente en el plano asistencial se encuentra como le pasa a él: “en tierra de nadie”. Ya no es un niño, pero tampoco un adulto.

Hablaré ahora de unos aspectos que me parecen importantes como vectores o indicadores de salud mental en la adolescencia, los cuales también se pueden aplicar a los adultos. Pensemos si en ese sentido hemos avanzado lo suficiente o todavía seguimos siendo adolescentes.

Un momento importante para el adolescente, en su evolución, en su desarrollo y creación de salud mental es cuando el adolescente, en psicoterapia o en el seno de su familia, se hace responsable de su destino, de su vida y de su futuro, y asume su pasado. Es decir, es ese momento en que el adolescente o joven adulto ya no dice solamente “esto es lo que han hecho conmigo, soy víctima de lo que me han hecho, los culpables son los otros. Yo, pobre víctima, no tengo ninguna responsabilidad en lo que me pasa”. De este modo se desperdicia toda posibilidad de cambio, al negarse, para protegerse, su propia responsabilidad. Madurar es llegar al momento en que el adolescente se dice a sí mismo: “Bueno, esto es lo que han hecho conmigo, todo eso está dentro de mí. ¿Puedo cambiarlo con mi esfuerzo y, si es necesario, con una ayuda psicoterapéutica apropiada?”

Si el medio familiar y los padres son lo suficientemente flexibles en su personalidad, el bebé, el niño y el adolescente tienen una capacidad extraordinaria para transformar y cambiar a la familia y a los padres. Pero hace falta que haya la receptividad y la flexibilidad suficiente para que eso se produzca. El bebé no es un ser indefenso que no ejerce su influencia y su capacidad de cambio sobre los padres. Ser padres también se lo debemos a nuestro hijos porque ellos nos cambian y hacen padres. Nos cambian la vida, pero también nos cambian a nosotros mismos. Pero hace falta que estemos en condiciones de hacerlo. Vuelvo a lo que decía anteriormente el adolescente: "Este ha sido mi pasado, esta ha sido mi vida, estas son las influencias positivas y negativas que he tenido; pero, ¿qué estoy haciendo yo con todo esto?". Cuando él se puede plantear esta pregunta, está asumiendo ya la parte que le corresponde de responsabilidad en su pasado, su presente y su futuro.

El segundo aspecto es lo que llamaría responsabilidad ética en la relación con uno mismo y con el otro. Es un momento importante también en la vida del adolescente y del adulto. Es la capacidad de sentirse responsable de lo que se dice y de lo que se hace, y también de los efectos que lo que dices y haces tienen sobre el otro. Aquí es donde insisto siempre en mi trabajo con la familia de los pacientes. No se trata de culpabilidad, se trata de responsabilidad. La culpabilidad lleva a la búsqueda del castigo o auto-castigo, para expiar la culpa. La responsabilidad, por el contrario, lleva a la reparación del daño, del error.

El tercer punto sería un momento clave: la emancipación, que desde el punto de vista psicológico desarrolla el adolescente y el joven adulto. Pensemos si nosotros lo hemos logrado o no. Sería la capacidad del adolescente o joven adulto de abandonar a sus padres sin sentirse interiormente desamparado. Esto supone, a su vez, que sus padres permitan que se les abandone sin sentirse desamparados ellos también. Como

ven, se trata de un proceso interactivo en el que no es sólo cuestión del hijo, sino también de la familia y de los padres. Es introducir una dimensión positiva y creativa en lo que es la vivencia de abandono. Tenemos tendencia a identificar el abandono como algo negativo ya que lo confundimos con desamparo e indefensión. Emanciparse es abandonar progresiva y gradualmente las expectativas infantiles que tenemos hacia el otro y las que suponemos que el otro tiene hacia nosotros, para construir nuestras propias expectativas de futuro.

No puedo terminar esta exposición sin decirles algo a propósito de la prevención, tema de esta campaña divulgativa de APFEM.

En el campo de la prevención terciaria, es decir, de la lucha contra la progresión cronicante e invalidante de los trastornos psíquicos, aquí en Ibiza estamos prácticamente a cero pues faltan estructuras intermedias como el hospital de día y centros terapéutico-educativos de tarde. Tampoco hay programas terapéutico-educativos mixtos que impliquen a los profesionales, tanto del ámbito socio sanitario como educativo. Respecto a las posibles hospitalizaciones, ya les he comentado antes lo que hay.

En lo referente a la prevención secundaria, es decir, poder detectar e intervenir precozmente en el origen y desarrollo de los trastornos psíquicos, habría que desarrollar considerablemente los recursos profesionales ambulatorios de salud mental e incrementar la coordinación con la red de educación, los servicios de pediatría, atención primaria, protección de menores y servicios sociales.

Si pensamos en términos de prevención primaria, todo está por hacer. La modificación de las condiciones de vida e interacciones precoces del niño con su entorno para evitar la aparición de trastornos psíquicos y de trastornos de la personalidad, es un campo virgen aquí en Ibiza, y lamentablemente en casi todo nuestro país. Que yo sepa sólo existe, desde hace bastantes años, un programa de prevención materno-infantil

desarrollado por el ayuntamiento de Madrid de forma limitada y con insuficientes recursos.

Un programa de prevención primaria en salud mental infante-juvenil requiere la colaboración multiprofesional e interdisciplinar entre ginecólogos, obstetras, comadronas, pediatras, enfermeras puericultoras, servicios sociales, guarderías, equipos de atención temprana de Educación, los profesionales del equipo de salud mental infante-juvenil y asociaciones de familiares y usuarios con sus respectivos profesionales.

La colaboración estrecha entre APFEM y otras asociaciones de discapacitados, nos parece imprescindible en todos los ámbitos comentados de la prevención, ya que son los principales interesados en el cambio y los destinatarios del trabajo de los profesionales. Respecto a esto no piensen que les estoy hablando de un espejismo. Se hace, que yo sepa, en Madrid y en otros países de nuestro entorno europeo. Para conseguirlo se requiere un esfuerzo de inversión en medios económicos y profesionales, pero sobre todo, un trabajo de colaboración e interacción entre los distintos ámbitos profesionales implicados.

A mi juicio, en lo que se refiere a la prevención primaria en salud mental estamos bastante confundidos y parcializados. Todos los esfuerzos fragmentados, sintomáticos y centrados en la conducta que se están haciendo hasta ahora en prevención primaria, no tienen en cuenta la posibilidad de abordarlos, como hemos visto, en función de los orígenes y las bases constitutivas de la personalidad del sujeto. Los programas de prevención primaria de las personas adictivas, de las violentas, de las maltratadoras, de las que tienen embarazos no deseados en la adolescencia, de las que fracasan en sus estudios, de las que cometen delitos, etc., formarían parte, según mi modo de ver el problema, de un programa global de prevención primaria en salud mental infantil. Programa centrado en los indicadores evolutivos que actualmente nos dan pistas muy valiosas sobre las bases del desarrollo de la personalidad y sus

posibles desviaciones más o menos graves, que puede padecer el niño pequeño en su interacción con el medio familiar y posteriormente también escolar.

Como ejemplo, diré que más que hablar de prevención de conductas adictivas, hablaría de prevención de la evolución de niños que presentan una personalidad dependiente de tipo adictivo, mucho antes de hacerse adictos. Nos ahorraríamos así mucho esfuerzo, sufrimiento, dinero y fracasos.