

LA PSIQUIATRIA INFANTIL EN INGLATERRA (*)

Hace ya unos quince años que tomé posesión del cargo médico de Escuelas especiales de la ciudad de Birmingham. Estas incluían escuelas para los ciegos, sordomudos, cojos, debilitados y atrasados mentales. Además de esto, me tocó a mí fundar la primera clínica municipal de las llamadas «Child Guidance Clinic»—Clínicas de Orientación Infantil.

Es decir, que, además de las categorías reconocidas oficialmente, de niños que necesiten educación y tratamiento especial, se venía ya a reconocer un grupo de niños, afectados no física ni mentalmente, sino que muestran trastornos más bien de carácter o de comportamiento, es decir, los neuróticos y los delincuentes y abandonados.

Además de fundar esta clínica, tuve la oportunidad de hacer un viaje por Europa para darme cuenta de lo que había por ver en materia de psiquiatría de niños en varios países. Ya conocía la obra del doctor Heuyer y sus colegas en París; así que me fui directamente a Roma para comenzar mi viaje. No pasé por España, porque quedaba un poco lejos del centro y norte de Europa, que era mi objetivo.

Estaba ya enterado que desde hacía muchos años se realizaban trabajos de laboratorio psicológico en Barcelona, con resultados interesantísimos, en el campo de orientación profesional.

En Italia había un Servicio psicológico en las escuelas y los tribunales juveniles.

No es oportuno describir ahora lo que encontré en varios países en esa época; pero lo notable era la diferencia entre países latinos y germánicos. En general, me di cuenta que en los países latinos el punto de vista era más técnico. Por esto, entiendo que se usaban más los varios tests y que se trataba más al niño mismo, sin preocuparse mucho de su vida íntima ni de sus reacciones emotivas en el ambiente de su familia.

(*) Conferencia pronunciada en una de las aulas del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

En países germánicos se adoptaba un criterio más subjetivo; digamos que se veía el problema más a través de alguna teoría—sea de Freud o de Adler—y que se consideraba más la vida emotiva del niño y de la familia. Si no esto, el punto de vista sobre estos problemas en las clínicas de los hospitales era más neurológico que psicológico.

La diferencia no era tan absoluta como puede parecer por lo que he dicho, y quizá habrá cambiado bastante. Pero demuestra que en la Psicología, aunque sea como la Medicina, internacional, se encuentra, sin embargo, una selección de métodos que prescinde de características nacionales.

Cualesquiera que sean las varias tendencias nacionales, era evidente que se había producido en este siglo un gran movimiento en muchos países para el estudio, protección y tratamiento de los niños y menores en lo que se puede llamar el campo de la higiene y salud mental.

Aunque en algunas clínicas, como la del doctor Lutz, en Suiza, ya se veía la combinación de la Pediatría, la Psicología y la Sociología que forma en conjunto la Psiquiatría infantil.

El impulso de ese movimiento surge de varios orígenes. En general, se puede decir que en este siglo se reconoce más la naturaleza del niño en su propio derecho, no sólo como un pequeño adulto, y que se ha mostrado más entendimiento, más simpatía, más cariño en el trato, sobre todo de niños abandonados, delincuentes o atrasados. Tanto, que se ha llamado el siglo del niño.

El impulso científico empezó tal vez primeramente de los estudios iniciados en Francia por Binet sobre los deficientes mentales y los tests de inteligencia que siguieron.

En segundo lugar, se pueden notar los avances en las ideas y métodos educativos de Pestalozzi, Montessori, Decroly y otros.

Tercero, los descubrimientos de Freud sobre la importancia de la infancia en la producción de las neurosis dirigió la atención a la vida emotiva del niño, con sus amores, celos y conflictos, en la formación del carácter.

Con el conjunto de éstas y otras tendencias siguió la formación de tribunales especiales para menores, de escuelas reformativas, de varias otras escuelas especiales y de clínicas para niños mal adaptados. Se incluyen en esta categoría los niños difíciles o nerviosos. El niño, por ejemplo, que se ausenta de la escuela y roba; al que sufre de insomnio, de depresión o mal humor. Tal otro con tics nerviosos o tartamudeo.

En las últimas leyes recientes sobre educación en Gran Bre-

taña se reconoce oficialmente este grupo de mal adaptados, y se ordena que las autoridades locales se encarguen de ellos.

Es un grupo importante, porque de éstos salen los delinquentes, los neuróticos, psicóticos y los muchos que demuestran faltas de carácter. Si el tratamiento de éstos empieza en la infancia, hay esperanza de evitar algunas de las enfermedades mentales y sociales que causan tanta miseria.

Quiero ahora decir algo sobre las clínicas o dispensarios de orientación infantil; o, como decimos en inglés, «Child Guidance Clinics».

En éstas se estudian los pasos de manera tripartita por medio de un equipo de tres personas: psicólogo, visitadora social y psiquiatra, el que está a cargo de la clínica. En general, se hace el trabajo de la manera siguiente: la inspectora o visitadora, que llamamos «psychiatric social worker» (pues tiene un año de estudios psiquiátricos, además de estudios sociales), se entrevista con la madre o el padre, y se informa de manera detallada sobre la familia y la historia del niño. Mientras tanto, va el niño al psicólogo, quien le somete a los varios tests de inteligencia y de aptitud escolar.

Estas entrevistas se efectúan en la primera visita. En la segunda, el psiquiatra, que ya tiene toda la información, se entrevista con ambos, y así llega a alguna conclusión sobre el caso.

Hay varios puntos que se pueden notar sobre la técnica de la entrevista que pueden ser importantes, aunque pequeños.

Por ejemplo: si el niño es pequeño, lo verá junto con su madre; se le pide quizá que haga un dibujito, se le hará un examen físico, notando cómo le mira y cómo le trata la madre. Entonces lo mandará al cuarto de juego, mientras sigue la entrevista con la madre.

Si es más grande, es preferible verle solo antes de hablar a la madre. Así tendrá más confianza y se dará más importancia al niño.

Es importante que desde el primer momento tenga confianza en la clínica.

Después se juntan los miembros del personal en conferencia, y discuten los varios aspectos del caso para decidir lo que se debe hacer. Se puede también consultar con los profesores de la escuela y darles informes sobre el coeficiente de inteligencia, la aptitud y el carácter del niño. Si se decide que el caso necesita tratamiento, se arregla que el niño venga a la clínica

una hora o dos, si es posible, por semana, generalmente con la madre o el padre.

¿En qué consiste el tratamiento? La madre tiene oportunidad de charlar con la «social worker» y exponer sus dificultades, temores y angustias; poco a poco llega a una mejor comprensión del problema, se le da confianza, y, mejorando la actitud hacia sí misma, también se mejora la relación entre ella y su niño.

El niño, entre tanto, estará en el cuarto de juego solo o en un pequeño grupo de tres o cinco. Este cuarto está provisto de gran variedad de material de juego.

Por ejemplo:

- a) Material primitivo: arena, agua, greda.
- b) Material representativo: muñecas, animales, casitas, etcétera.
- c) Material destructivo: tijeras, papel, martillos.
- d) Material artístico: material de pintura y dibujo.
- e) Material constructivo: juegos, mecano, etc.

Pues bien: el niño juega, se expresa de alguna manera. El psicólogo o el psiquiatra está en el cuarto, pero algo al fondo, observando, diciendo poco, tomando parte sólo si el niño lo desea.

¿Qué se gana con todo esto?

Explicar a fondo la técnica de la terapéutica de juego sería tarea muy larga; pero se basa en las observaciones sobre el juego espontáneo de los niños.

Mucho de este juego, que varía, naturalmente, con la edad, es de tipo simbólico o dramático. Se expresan en el juego imaginativo las ideas del niño sobre la vida real. Pero estas situaciones fingidas son transmutadas por la imaginación de cada niño, y la intensidad con que vive en su ensueño varía con la situación y la personalidad de cada uno.

El niño habla poco de sus temores, aspiraciones y sentidos; no los reconoce él mismo; pero désele la oportunidad para expresar su imaginación en su juego o dibujo, y veremos desarrollarse el mundo de fantasía en que habita.

La capacidad de expresarse de esta manera varía con la inteligencia, temperamento y la situación actual de cada niño; así, los neuróticos, los sensitivos o introvertidos demuestran una conducta y una expresión artística o imaginativa en armonía con su carácter. La terapia que se efectúa por medio del juego es análoga al análisis psicológico, en el cual se explora el mate-

rial del inconsciente. Pero esto se efectúa por medio de la palabra del adulto; el niño expresa sus ideas mucho más fácil y eficazmente en el juego.

Un instrumento de juego que se encuentra en estas clínicas consiste en una bandeja con arena, donde el niño hace una escena que llamamos «un mundo», sirviéndose de una colección de modelos de animales domésticos y salvajes, soldados, ciudadanos, casitas, «autos».

Es notable cómo los niños representan, de esta manera su estado de ser, sus emociones y problemas de semana en semana. Pero, sin darse mucha cuenta de lo que está expresando, habla el lenguaje del inconsciente, o digamos representa de una manera indirecta y simbólica la realidad de su pequeña vida.

¿Será necesario interpretar al niño lo que significa su juego? Sobre esto hay variedad de opiniones.

Los análisis de la escuela de Freud se sirven constantemente de la interpretación en términos psicosexuales de una manera que me parece algo exagerada y dogmática. Los de la escuela de la doctora Lowenfeld también lo creen necesario de interpretar; pero no más de lo que es evidente que el niño está diciendo en su manera por medio de su juego. Parece que con muy poca explicación, el niño saca provecho de este método terapéutico de juego.

En todo caso, es un método interesante, pero requiere mucho tacto, sabiduría e intuición por parte del terapéutico para que haga bien y no daño.

Durante el tratamiento del niño se sigue también, naturalmente, profundizando el diagnóstico. Se hacen otros tests de temperamento o personalidad, por ejemplo:

1.º El test de Rorschach, que tiene mucho valor, aunque siendo bastante difícil de interpretar bien.

2.º El «mosaico» test de la doctora Lowenfeld.

En algunos casos se utiliza también la investigación del cerebro por medio del electroencefalograma.

Este método está todavía en estado muy experimental, sobre todo en cuanto se refiere a los niños.

En mi clínica me sirvo de este método más para confirmar mi impresión en los casos donde se sospecha una epilepsia o una gran inestabilidad del sistema nervioso.

He aquí el resultado de veinticinco casos:

Casos referidos por: delincuencia, once; rabia, cinco; ataques convulsivos, cuatro, y conducta anormal, cinco.

Diagnóstico clínico: epilepsia, once; inestabilidad, once, y encefalitis, tres.

Resultados por E. E. G.: epilepsia, nueve; curvas anormales, once, y ligeramente anormales, cinco.

Parece que el electroencefalograma es de más grande utilidad en el diagnóstico de epilepsia—manifiesta o latente—, que demuestra las curvas más típicas.

Por lo demás, dice Grey Walter, el más experto en esta materia, que el E. E. G. mide más bien la «inmadurez» que la anormalidad. Así que en los niños o jóvenes psicopáticos se verían curvas que serían normales para una edad menos avanzada. Lo que falta es un buen número de controles de niños normales; por el momento, hay mucha incertidumbre sobre esta materia: pero se puede decir que el E. E. G. es una técnica muy útil para el estudio del sistema nervioso en su desarrollo individual.

Con este método también se hace posible comprobar las observaciones de los que describen los problemas de conducta en términos de preponderancia de una u otra parte del cerebro; por ejemplo, en la obra de Heuyer, de París, que ha tratado de este punto en su libro titulado *L'enfant turbulent*.

Además del estudio y tratamiento del niño, hay que considerar la familia, porque el ambiente del niño es parte integrante del problema, y no sólo hay que aceptar los hechos, sino también aplicar la *terapia del ambiente*.

Es ésta, principalmente, la obra de la visitadora social. A ella le toca, no sólo recoger los hechos del ambiente—en algunos casos con una o más visitas al hogar—, sino también establecer relaciones con la madre del niño. Con su entrenamiento especial de un año de Psiquiatría, adquiere ella el tacto y aptitud necesarios para establecer el mejor contacto posible y ganar la confianza de las personas. Así que, en las entrevistas que siguen, se profundiza más el conocimiento del carácter de la familia con sus cualidades y sus faltas, y se establece un *rapport* que permita aliviar la carga emocional que pesa sobre la madre. Se establece, en efecto, una terapia psicológica que influye mucho en la curación del niño.

Con el tratamiento paralelo del niño y de su madre, comienza un círculo beneficioso en lugar del círculo vicioso; es decir, cuanto mejor está el niño, menos ansiedad tiene la madre, y esto en turno ayuda al niño, pues éste se siente más apreciado y sigue mejorando de conducta.

Por lo menos, es esto lo que uno espera.

Pero, señores, cuando a la estupidez humana se añade la falta de casas y todas las dificultades de la vida en nuestros días, es difícil ser demasiado optimista.

También, naturalmente, no hay que olvidarse del aspecto escolar, pues la presión de la escuela puede producir desengaño, aburrimiento o resentimiento en el niño. Especialmente si el sistema de educación o el grado de clase no es adaptado al poder del niño. De estas cuestiones se ocupa el psicólogo que visita la escuela y discute el progreso y las dificultades del niño con la profesora.

El psicólogo, quien es casi siempre del sexo femenino, ha tenido experiencia de educador antes de comenzar sus estudios especiales; así, que puede, no sólo dar consejos sobre este aspecto del problema, sino también dar lecciones en la clínica en casos especiales de niños que no aprenden a leer, aunque siendo de inteligencia normal, por razón de alguna afasia o falta de percepción.

He tratado de darles alguna idea de este sistema, que se caracteriza por un equipo de tres personas, porque máxime se viene aplicando en las clínicas para adultos. Si no tuviera otro mérito, tendría, por lo menos, el de economizar tiempo al psiquiatra.

Ahora la mayor parte de estas clínicas están organizadas bajo el Estado, formando parte del servicio médico de las escuelas.

No teniendo internado, se deben llamar consultorios más bien que clínicas. Pero también hay algunas de éstas que forman parte de las clínicas pediátricas de los hospitales, y que tienen algunas camas disponibles. Hay otros consultorios que todavía no se han entregado al Estado, y quedan voluntarios o privados.

Naturalmente, se encuentran bastantes casos, tal vez un 25 por 100, donde el ambiente es tan malo o el niño tan enfermo o difícil, que es necesario separarle del hogar.

Para éstos se encuentran instituciones que llamamos albergues, que consisten en una casa de campo para unos diez a veinte niños y niñas (o de sexo separado según la edad).

Muchos de éstos se establecieron durante la guerra, cuando se encontró que entre los niños evacuados de las ciudades había algunos que no se adaptaban en las familias en que se alojaban por razón de mala conducta, y otras dificultades, y necesitaban tratamiento especial.

Ustedes seguramente sabrán que un gran porcentaje de la

población de los niños fué evacuada al campo, especialmente los niños de Londres. Esta separación de los niños de sus padres proporcionó una lección de interés sociológico tanto como psicológico.

Primeramente, los efectos de esta separación fueron más dañosos que los del temor inspirado por los *raids*. Esto fué, en parte, porque tenían los niños que adaptarse a su nuevo ambiente, muy diferente al suyo habitual.

Sabemos que, en general, los niños se adaptan bien; pero en este caso había otro factor que considerar: que los padres de estos niños quedaban en peligro, mientras ellos quedaban seguros. Esto causó sentimientos de culpa y de angustia, con síntomas resultantes como la enuresis, la delincuencia y otras faltas de conducta.

Verdaderamente, fué extraño que, con todo el conocimiento que creíamos tener sobre la psicología de los niños, no hubiésemos previsto este resultado.

También fué una revelación para el público ver la condición de negligencia en que estaban estos niños y ver también la falta de educación elemental en higiene y en costumbres civilizadas que demostraban tantos de estos niños, los cuales salían de los barrios más pobres de las grandes ciudades. La prensa se dió cuenta de esto, y dió por resultado que se publicara un librito titulado *Nuestras ciudades*, en el cual había descripciones de las condiciones atroces en que vivían una gran parte de los ciudadanos.

Otro efecto fué el aumento de interés en el niño difícil: los tipos delincuentes, agresivos y nerviosos. Para ellos se necesitaban albergues especiales, en los cuales se aprendió mucho sobre el tratamiento a domicilio de estos niños.

Los albergues están, generalmente, a cargo de un matrimonio con ayudantes; todos viven en conjunto, como una familia grande y alegre. Atienden una escuela vecina, cuando no hacen escuelas en el albergue mismo (así se sienten más normales y menos aislados de la comunidad). El éxito de este sistema depende enormemente del carácter y entendimiento de los directores; pues el secreto estriba, como siempre, no en el sistema, sino en la bondad, el cariño y la paciencia que alumbran el entendimiento de individuos. Los niños tienen que aprender de nuevo lo que es la familia y el hogar. En estos albergues, formados por las necesidades de la guerra, se ha comprobado que el sistema mejor para tratar los niños mal adaptados (que

son niños ansiosos e infelices) es aquel que más se parece a la vida de familia.

Es claro que no todas las categorías pueden estar en albergues como éstos. Se necesitan escuelas para los débiles mentales educables, para los delincuentes y para los niños mal adaptados de carácter difícil, es decir, psicópatas o inestables. Lo importante es distinguir entre varias categorías, y no mezclarlos demasiado.

Hay que juzgar los resultados, y para mí no cabe duda que esta selección es, a la vez, más humanitaria y científica.

Aunque las varias instituciones o colegios sean grandes en número, con treinta, cincuenta o cien chicos, es siempre mejor que se dividan en grupos pequeños que se aproximen a la idea de la familia.

Este principio es de importancia especial para los niños huérfanos y abandonados. Sin embargo, todavía se encuentran en Gran Bretaña, como en otros países, institutos demasiado grandes, como barracas, muy limpios y ordenados, pero sin vida social, sin variedad ni alegría. Se ven los niños reluciendo de limpieza, pero como aplastados por un régimen severo, ordenado e inhumano. Es curioso cómo, en nombre de la caridad, se establecen estos institutos para niños que sufren de no pertenecer a una buena familia, que, en vez de aproximarse lo más posible al hogar de familia, se alejan tanto de este ideal.

Lo que le falta a esta gente no es la buena intención ni quizá el cariño, sino la falta de comprensión que surge de la imaginación.

Hace poco se ha publicado en Inglaterra una Memoria de la Comisión nombrada por el Gobierno para estudiar el asunto de los niños a cargo del Estado, que suman 26.000. Los miembros de la Comisión manifiestan que, aunque no encuentran evidencia de descuido o crueldad física, sin embargo, carecen tanto de personal adecuado e instruido en las instituciones grandes, que se encuentra una falta de interés y de cariño *personal* para los niños, que caracterizan por la palabra *shocking*. En cambio, encuentran mucho mejor y más contentos los niños alojados en familias.

Sobre la cuestión de la delincuencia juvenil, que, claro, ha aumentado bastante, no hay tiempo para decir mucho, y no puedo más que mencionar uno o dos puntos. Cuando se estudian las condiciones o factores que influyen la delincuencia,

es fácil exagerar la importancia de uno u otro de éstos, según el punto de vista.

Un sociólogo podría dar más valor a los factores sociales y económicos, mientras que el psicólogo puede considerarlos casi todos por medio de factores emocionales e intelectuales. Es evidente, sin embargo, que no todos los casos se explican por razones sociales, porque solamente una fracción de los niños expuestos a las mismas condiciones salen delincuentes. Se ha discutido últimamente el concepto de susceptibilidad o «delincuencia latente», considerada en gran parte de origen emotivo.

Un estudio muy detallado de cuarenta delincuentes comparados con un grupo de «control», demuestra la frecuencia de un factor que no había suscitado bastante atención. Este es la frecuencia con que se encuentra la *separación* del niño de su madre en los primeros años, sea por estancia en hospital o institución, o por ausencia o muerte de ella. La falta de hogar seguro y de amor maternal en los primeros años causa herida profunda emocional, y es muy difícil después para estos chicos formar relaciones de afectos con adultos. Este tipo de delincuente se ha nombrado «el sin afectividad».

El doctor Healy, de América, muy conocido en esta materia, también ha demostrado la importancia de factores emotivos, como el desprecio, celos y falta de afecto, que habrá sentido en la familia sólo el niño que deviene delincuente.

La lección que se deduce de estos estudios es que, para la prevención de la delincuencia, hay que comenzar el estudio y tratamiento de los niños difíciles lo más pronto posible, y antes de los cinco años.

Temo, señores, que les he dicho mucho sobre lo que quizá no parece ser Psiquiatría, sino Sociología o Psicología aplicada.

Pero he tratado de hablarles de lo que yo hago y conozco. Además de esta razón, el resumen de mis palabras se encuentra en el hecho que la Psiquiatría de hoy día se pone a la disposición de la comunidad entera. Ha entrado al servicio de la higiene social; lo mismo que la Medicina, se ha extendido en el campo de la prevención. Prevenir es mejor que curar.

CHARLES BURNS.