

Editorial

Salud mental infantil: particularidades de nuestro oficio

La psiquiatría de niños y adolescentes es una disciplina relativamente reciente, y la posibilidad de formarse en esta especialidad en Colombia lo es aún más. Resulta fundamental, entonces, conocer qué hacemos, como lo hacemos y por qué o con base en qué sustentamos nuestra elección al hacer el oficio. Los artículos compilados en este Suplemento de la *Revista Colombiana de Psiquiatría* son una muestra del origen plural de los modelos y de la variedad de campos epistémicos y de acción en los que nos movemos quienes de una u otra forma estamos vinculados con la salud mental infantil.

Al tratarse de un Suplemento dedicado a la psiquiatría de niños, quisimos resaltar algunas circunstancias que deben ser consideradas, pues el devenir de nuestras acciones está determinado en gran parte por lo que hagamos de ellas:

- Confusión entre *diagnosticar* y *clasificar*: al ponerle a un niño el rótulo correspondiente al lugar que ocupa en una clasificación (el uno en el todo), lo alejamos de su unicidad y, a la vez, nosotros —quienes deberíamos poder ayudarlo— nos alejamos de la *gnosis* (el conocimiento de ese individuo particular). No queremos generar un mal entendido: diagnosticar es fundamental; pero no es igual a clasificar. Lo primero se refiere a la persona, abre opciones, da oportunidades para intervenir en la clínica; lo segundo tiende a ser el objetivo de la búsqueda de un lenguaje común con fines investigativos.
- La comprensión del término síntoma: los síntomas tienen un sentido, nos cuentan que algo no anda bien. Un manejo exclusivamente sintomático ofrecido a un paciente responde, con frecuencia, a nuestras necesidades y a nuestra incapacidad de espera; oculta los síntomas, los cambia e, incluso, puede parecer que se hubieran ido, pero ninguna de estas opciones implica que el sufrimiento haya cesado; tan sólo se posterga, pero como lo que no ha sido resuelto insistirá en mostrarse y pedir ayuda de nuevo, los síntomas reaparecerán o vendrán unos nuevos. Son un lenguaje, y mirarlos así nos invita a averiguar qué subyace a ellos, para qué aparecieron, por qué en determinado momento y no antes, por qué de nuevo, por qué los mismos o por qué otros... El

cuerpo y el comportamiento se imponen con vehemencia para contarnos lo que las palabras no pueden porque se quedan cortas, porque no son entendidas, porque no han sido escuchadas, porque todavía no están o no son claras... Afortunadamente incluso desde antes del nacimiento —y para siempre— contamos con el cuerpo y el comportamiento.

- La riqueza sintomática corre el riesgo de ser erróneamente interpretada como comorbilidad, refractariedad, fuente de polidiagnóstico, etc. Esto deja de lado las ideas de evolutividad (posibilidad de cambio, apertura desde la organización, a diferencia de lo que pasa con la estructura fija de un paciente adulto) y disarmonía (coexistencia de áreas que funcionan bien con otras que no lo hacen, lo cual abre la opción de apuntalar lo sano y apoyarnos en ello para impulsar lo que va mal.
- El niño no está solo: si bien el niño es una persona completa, su vida está ligada a la de sus padres y, por lo tanto, es vital acogerlos y hacerlos partícipes del tratamiento. En algunas ocasiones los padres también requieren su propio proceso terapéutico; en otras serán ellos los que se beneficien de un tratamiento al que son remitidos por la consulta por sus hijos; también puede ser un tratamiento conjunto. En aquellos procesos en los que se recomienda ver al niño solo, la única posibilidad de hacerlo es mostrándoles a los padres las razones por las que la decisión se ha tomado y dejar claro que su papel es el pilar del tratamiento y que son irremplazables. El concepto de familia —tan ampliamente discutido— necesita ser tomado en consideración; en el contexto colombiano tenemos la fortuna de contar con otras personas cuando los padres no pueden hacerse cargo continuamente de los niños: la familia extensa y el jardín o el colegio forman parte de la vida del niño.

Independientemente de nuestra orientación, de si tenemos una inclinación más investigativa o más clínica, de la proveniencia de nuestros constructos teóricos o las figuras de identificación que sirvieron de base para la constitución de nuestra identidad profesional, tenemos un elemento común: aceptamos la gran responsabilidad de hacernos cargo de un psiquismo que se transforma, que está en proceso de cambio y tiene un enorme potencial evolutivo.

Es también un privilegio tener la opción de actuar a favor de la subjetividad, de rescatar lo que significa ser una persona; poder formar parte transitoriamente del desarrollo de alguien que sólo podrá sentir que existe como tal si nosotros contamos con un espacio psíquico que dé cabida a su cuerpo y a su comportamiento, pero también a sus afectos, sus impulsos, sus fantasías, sus ilusiones, sus pensamientos, sus ideas acerca de por qué no va bien, etc.

Por otra parte, un *psi* a la cabeza —referente para garantizar la coherencia y la cohesión en aquellos casos que requieren intervenciones múltiples— ayuda a evitar la escisión, la fragmentación, la cosificación y la des-subjetivación del paciente, así como a prevenir la desilusión del paciente y sus padres y, en consecuencia, los abandonos terapéuticos. De lo contrario, la propuesta de tratamiento puede ser parcial, reduccionista e, incluso, nociva si en el marco terapéutico se reproduce la disociación que aqueja al paciente, empobreciendo así su vida psíquica. Si el foco es el paciente —en su realidad interna y externa— se podrá beneficiar desde las distintas opciones.

El hecho de que el coeditor de este Suplemento en torno a la psiquiatría de niños sea de orientación biológica, con un estilo de trabajo que va del síntoma al síndrome y de allí al diagnóstico y al tratamiento, con una inclinación investigativa hacia la comprensión de los síndromes con sus variables, y que la coeditora sea de orientación psicoanalítica, con una mirada al síntoma como la puerta de entrada a ver qué pasa con ese individuo en una dimensión evolutiva y en un contexto particular, constituyó una experiencia interesante. Y a esto contribuyó, sobre todo, el respeto por el trabajo del otro, los aportes que recibíamos mutuamente y la capacidad de encontrar sorpresas interesantes en lo desconocido... sin invalidar lo demás.

No se trata de mezclar ni mucho menos de perder la identidad en el oficio, sino de la posibilidad de ver que hay un vasto campo de acción para que en las distintas disciplinas, perspectivas, enfoques e intereses y en las políticas, la clínica, la investigación y la docencia cada especialista encuentre su oportunidad de actuar.

Martha Isabel Jordán Quintero
Médica psiquiatra de niños y adolescentes
Profesora y coordinadora de la Especialización en
Psiquiatría de Niños y Adolescentes
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia
mijordanq@yahoo.com

Juan David Palacio Ortiz
Médico psiquiatra de niños y adolescentes
Profesor
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
tdahcartagena@gmail.com