

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

V CONGRESO NACIONAL

“LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE”. Octubre de 1991

- | | |
|--|--|
| A. LASA | Introducción al Congreso, “Los trastornos del aprendizaje”. |
| J. MANZANO | Los trastornos del aprendizaje: Modelos explicativos, clasificación y medidas correctoras. |
| A. BARTHASSAT | La integración escolar en el marco de la pedagogía especial. |
| R. MISES | Disarmonías evolutivas y trastornos del aprendizaje. |
| A. BULLINGER | Los aspectos instrumentales en los trastornos del aprendizaje; enfoque psicomotor. |
| F. PALACIO-ESPASA | Trastornos del aprendizaje y depresión. |
| M. A. ALBAMONTE,
V. BERMEJO, C. FERRANDIZ,
F. GUIJARRO, I. MONTES,
M. D. PALOP y M. SANCHEZ | La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje |
| C. ORIOL | Inhibición del aprendizaje y conflicto neurótico. |
| M. IGNACIO ROCA
y A. LOPEZ SALA | Aprendizaje significativo en los grupos de reeducación. |
| C. MAGANTO
y S. CRUZ MATEO | Aportación de las técnicas proyectivas a la comprensión de un caso con problemas de aprendizaje. |
| E. TOLEDO RUIZ
y J. MANZANO | Intervención terapéutica breve en un fracaso escolar. |
| M. HERNANZ RUIZ | Estructura psíquica y capacidad intelectual. |
| R. AGULLO GASULL | El grupo taller. Una forma de abordaje de los trastornos del aprendizaje. |
| ADELA ABELLA | Trastornos del aprendizaje en una población de adolescentes tratados en Hospital de Día durante la primera infancia. |

N.ºS 11/12 1991

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA

Presidente:

Alberto Lasa (Bilbao)

Vicepresidente:

L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Secretario:

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Tesorero:

Jaume Baró (Lleida)

Publicaciones:

Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:

Juan Manzano (Ginebra)

Fuensanta Guijarro (Valencia)

María Tubau (Barcelona)

M.^a Carmen Navarro (Salamanca)

Directora de la publicación

Marián Fernández Galindo

Comité de redacción:

L. F. Cabaleiro

L. Martín Cabré

B. Rodríguez Braum

M. L. Alfaya

Suscripciones:

Manuel Hernanz Ruiz.

Heros, 19 -6.º Dcha.

48009 Bilbao.

Edita: Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y
del Adolescente

Imprime: Berekintza, S.L.
Heros, 7 - 48009 Bilbao

D. L.: BI-1383-95

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

V CONGRESO NACIONAL

“LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE”. Octubre de 1991

A. LASA	Introducción al Congreso, “Los trastornos del aprendizaje”.	5
J. MANZANO	Los trastornos del aprendizaje: Modelos explicativos, clasificación y medidas correctoras.	17
A. BARTHASSAT	La integración escolar en el marco de la pedagogía especial.	41
R. MISES	Disarmonías evolutivas y trastornos del aprendizaje.	59
A. BULLINGER	Los aspectos instrumentales en los trastornos del aprendizaje; enfoque psicomotor.	77
F. PALACIO-ESPASA	Trastornos del aprendizaje y depresión.	87
M. A. ALBAMONTE, V. BERMEJO, C. FERRANDIZ, F. GUIJARRO, I. MONTES, M. D. PALOP y M. SANCHEZ	La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje	109
C. ORIOL	Inhibición del aprendizaje y conflicto neurótico.	137
M. IGNACIO ROCA y A. LOPEZ SALA	Aprendizaje significativo en los grupos de reeducación.	145
C. MAGANTO y S. CRUZ MATEO	Aportación de las técnicas proyectivas a la comprensión de un caso con problemas de aprendizaje.	153
E. TOLEDO RUIZ y J. MANZANO	Intervención terapéutica breve en un fracaso escolar.	171
M. HERNANZ RUIZ	Estructura psíquica y capacidad intelectual.	179
R. AGULLO GASULL	El grupo taller. Una forma de abordaje de los trastornos del aprendizaje.	187
ADELA ABELLA	Trastornos del aprendizaje en una población de adolescentes tratados en Hospital de Día durante la primera infancia.	195

N.ºS 11/12 1991

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

INTRODUCCION AL CONGRESO: LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE*

Alberto Lasa Zulueta**

Vamos a dedicarnos durante tres intensivas jornadas a debatir y compartir nuestra experiencia y nuestras ideas en torno a los problemas del aprendizaje.

Todos sabemos que se trata de una situación clínica frecuente, sobre todo durante la edad de la latencia, y también en menor grado durante la adolescencia.

Mi intención en estos breves minutos, es la de reflexionar en torno al por qué debemos considerar que es un tema que nos concierne plenamente como psiquiatras y como psicólogos con una actividad y una responsabilidad clínica y terapéutica.

Podríamos pensar que los problemas del aprendizaje, están en relación con las funciones cognitivas, y con la actividad escolar, y que ambas pueden verse afectadas por diversas situaciones del orden de la patología psíquica. O si lo prefieren que nuestra misión fundamental es ocuparnos de los aspectos psicopatológicos del aprendizaje; de los trastornos lesionales,

* Ponencia inaugural del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria del 22 al 24 de noviembre de 1991.

** Psiquiatra, Profesor Titular de Psiquiatría en la Universidad del País Vasco, Presidente de SEPYPNA, Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil de Uribe Costa Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.

funcionales, relacionales o sociales que los causan o influyen en ellos; y de su cura, superación, tratamiento o prevención.

Y ciertamente es una de nuestras misiones. Pero no la única ni la más importante. Tenemos mucho más que decir y mucho más que investigar y aprender, en lo que concierne al enigma del aprendizaje normal y de los procesos psicológicos que lo posibilitan.

Decir que no hay una frontera neta que limite y separe el aprendizaje normal de las dificultades anormales o patológicas del aprendizaje, es como saben una idea ya antigua que nos parecía consolidada.

Sin embargo por curiosos caminos ideológicos, se extiende de nuevo, en una cierta psiquiatría actual, una idea retrógrada, según la cual los niños con dificultades del aprendizaje padecen un trastorno anormal, una patología específica, que los hace diferentes, y aún peor, los designa como marcados por una incapacidad, una limitación, que justifica el que sean sometidos a diferentes técnicas para adiestrarles, a modo ortopédico, a superar su mal. Se les debe tratar como quien padece una insuficiencia, un déficit. La causa se atribuye a una carencia orgánica, que se supone de origen genético e irreversible. Esto trae como consecuencia que cunda un pesimismo que dificulta cualquier creatividad pedagógica o terapéutica. O aun peor sirve de justificación para evitar la responsabilidad de cualquier actividad con la excusa de su ineficacia demostrada.

Que nadie se confunda en una mala interpretación de mis palabras. No se trata de negar las insuficiencias o lesiones de orden neurobiológico, que sabemos que existen, y de las que la neurología nos tiene bien informados. No se trata de negar la existencia de la patología mental en el niño, que también existe. Los tiempos de la antipsiquiatría pasaron. No se trata tampoco de fomentar esperanzas infundadas para consolar situaciones sin remedio.

Se trata de que un fenómeno tan complejo como el del saber humano, el de sus capacidades de simbolización y de representación, representación mental, y representación a través del lenguaje, verbal y escrito, quede reducido a una causalidad lineal y mecánica, ignorando los múltiples factores causales en juego.

Reducido a un problema de conexión neuronal maltrecha, de engranaje sináptico alterado, de alteración de la mecánica cerebral sana en tanto que perfecta, con la que la genética, y sólo la genética, dota al ser humano.

Paradójicamente este reduccionismo que defiende que ciencia es igual a certeza, la rapidez prueba de eficacia, y la simpleza claridad de ideas, goza de buena prensa y de gran éxito, en el mundo de lo académico, y de lo profesional.

Aunque bien mirado, ni es paradójico, ni es nuevo ni tiene nada de sorprendente. “El negoci es el negoci” se decía por aquí antes de que oyéramos hablar de bussines. Desde que el hombre piensa, el interés siempre ha aguzado el ingenio. y todo lobby, necesita de ideologías que justifiquen su marketing multinacional, y que potencien sus áreas de influencia. (Juan Manzano nos dirá más sobre el tema).

Pero, decía Proudhon, que el avance científico exige una insurrección del pensamiento y, por eso, yo quiero sublevarme contra quienes pretenden importarnos estas moderneces, volviendo con obstinación de aldeano a cuestiones sensatas amenazadas de extinción en los tiempos que corren.

Ni la parte es el todo, ni quien duda es ignorante, ni quien cree que las cosas son más complicadas está en la confusión.

Digo más, si hacemos un rápido repaso de los más recientes best seller de esa psiquiatría que siendo viejísima se pretende moderna, puede afirmarse que no hay mala lateralidad, ni lesión o disfunción cerebral mínima, ni hiperkinesia con o sin trastorno de atención, que basten para explicarnos la comple-

jjidad del por qué un niño habla, o no habla, lee o no lee, y escribe o no escribe. Como tampoco son suficientes para pretender fundamentar la causalidad de una supuesta enfermedad, bautizada con el nombre de dislexia (y demás familia).

Nada de esto puede suprimir una verdad muy simple: Que todo niño es el resultado de su propia historia, de su biografía y de su relación con las personas significativas que marcan su vida ya antes, mucho antes y también durante el tiempo de su paso por la escuela.

Y hablando de historia permítanme que les recuerde algunas complejidades básicas.

La historia del hombre comienza con la posibilidad de la escritura. De esto hace aproximadamente unos cinco mil años. (Etiemble)

Antes estábamos en la prehistoria del hombre, que parece que comenzó a separarse de su hermano chimpancé hace mucho más tiempo. Los expertos cifran en cuatro millones de años, el momento en que aparecen los predecesores del hombre. Consideran probable que nuestros parientes lejanos empezaran a hablar hace como poco dos millones de años (quizá el doble). Desde entonces aquí su progreso fue trabajoso y lento. No tengo tiempo para hablarles de la prodigiosa historia de nuestros ancestros; “homo habilis, homo erectus, homo sapiens”.

Lo que es seguro que nacimos como familia hace unos cien mil años. Nuestro común tatarabuelo “homo habilis habilis” sabía ya muchas cosas. Probablemente tenía tanto lenguaje como algunos de los psicóticos deficitarios que conocemos, quizá más. En todo caso, su talento le permitió algunas maravillas. Su patrimonio genético era idéntico al nuestro.

Por eso sus progresos fueron vertiginosos. Sólo tardó unos noventa y cinco mil años en inventar la escritura.

Probablemente entendería mal por qué algunos de entre nosotros, sus tataranietos, consideran anormal al niño que tras unos años de escuela no consigue leer ni escribir.

Probablemente pensaría que es normal que le cueste aprender algo endemoniadamente difícil. A no dudar se escandalizaría de que alguien considere a ese niño, carne de su carne, como el fruto degenerado de una aberración genética.

Sin embargo esto pretenden quienes afirman que la dislexia y su sutil sucesora, esa reciente criatura llamada trastorno de la atención, son el resultado de una alteración genética.

Con todos los respetos, yo veo pocas diferencias conceptuales, entre quienes defienden esta teoría y los maestros de antaño que colocaban orejas de burro a quien no aprendía, para señalar su condición de no pertenecientes a la especie humana. Con todos los respetos, pienso que se trata de la repetición de una desmesura. La búsqueda del gen de la lectura es del orden del intento de hallar la localización del alma.

¿Por qué una tal tendencia a PATOLOGIZAR las dificultades del aprendizaje? ... ¿Y por qué además hacerlo recurriendo a una causa tan limitada, tan localizada y tan generalizable?, ¿por qué los psiquiatras vemos con tanta frecuencia que cuando algo no marcha en el aprendizaje o en el comportamiento escolar de un niño nos lo envían “para confirmar/excluir una lesión cerebral” o “por qué esto tiene que ser un problema neurológico” ¿Y por qué estamos tan habituados a la absurda creencia de que de esa manera se desresponsabiliza a todos quienes rodean al niño, e incluso también al niño?”. ¿Por qué un éxito tan sorprendente y tan universal que una simple visita a las estanterías de reeducación psicopedagógica de cualquier librería especializada nos abrumba?

Con todos los respetos, pienso que puede considerarse lógico que en muchas circunstancias un niño no lea y no escriba, porque de ninguna manera su patrimonio genético le ga-

rantiza que el aprendizaje fluirá a su mente adornando el calendario predeterminado de su desarrollo como una flor primaveral.

No hay desarrollo libre de conflicto. Nada le garantiza que su psiquismo, y por lo tanto su capacidad de representar y de simbolizar, y por lo tanto su capacidad de aprender quede inmune a los embates de la vida. (M.^a Angeles Albamonte, M.^a Dolores Palop y compañeros de Valencia han reflexionado sobre ello y nos lo contarán.)

Hasta aquí lo que no puede ser aceptado. La insurrección.

Desde aquí lo que sí. Qué es lo que sabemos que cuenta.

Los lingüistas nos dicen que apenas cien de entre las 30.000 lenguas habladas en el planeta se escriben (y por tanto se leen). Cualquier lector de estadísticas sabe que existen millones de analfabetos (1 de cada 2 mayores de 20 años), o conoce esa plaga de los tiempos modernos que es el fracaso escolar.

Todos sabemos que el destino del lenguaje de un niño se juega mucho antes de que alcance la edad de comenzar a hablar. Y también sabemos que el que aprenda la lectura, la escritura y el resto depende de la suerte que tenga mucho antes de llegar a la escuela.

Por tanto la potencialidad, la posibilidad de aprender es coyuntural y no esencial.

Entre otros muchos autores, uno muy querido por estas tierras, aunque sospecho que bastante desconocido en lo que a su obra se refiere, me refiero a Ajuriaguerra, ya insistía hace mucho, en distinguir entre “equipamiento biológico” (dotación neurológica INNATA) y “potencial biológico” (que NO ES INNATO y que incluye y por lo tanto depende de la presencia de un entorno activo, con el que el niño interactúa).

Esto quiere decir que para completar su maduración biológica, neuronal, el niño necesita después de nacer, del otro. Y existen fundadas pruebas de ello en la neurobiología actual.

Esto quiere decir que para aprender, desde que nace, el niño depende del otro. Esta es la fragilidad y la grandeza del ser humano. Es precisamente el débil determinismo de su programa genético el que ha abierto la posibilidad de que necesite crear la cultura, que no es sino el conocimiento transmitido por el otro.

Es lo que hace que el conocimiento esté sometido a la suerte, y dependa del azar de un encuentro o de un desencuentro relacional.

Es lo que hace que tengamos que resignarnos a la debilidad y a la fragilidad de nuestros conocimientos. Que hayan aparecido dependió de un milagro altamente improbable en la evolución. Que se mantengan depende de nuestro frágil deseo de supervivencia.

Seguro que esto subleva a más de uno. Que les conteste Antonio Machado: “Es propio de quienes poseen cabezas pequeñas arremeter violentamente contra lo que no les cabe en ellas”.

Esta noción de dependencia puede inducir al error de imaginar a un niño pasivo, moldeable como la plastilina. Sometido a cualquier influencia, y fácilmente adiestrable, incapaz de superar sus limitaciones o su ignorancia. No es así. El niño, si es sano adopta desde que nace una actitud activa frente al otro. (Y André Bullinger tendrá mucho que decirnos de esta puesta en marcha de la actividad corporal).

Y activo también cuando aprende. Aprender, “aprehender” quiere decir “coger”. Coger del otro, dejarse fecundar por el otro permitiendo que su saber penetre en uno mismo. Pasividad aceptada pero también apropiación del conocimiento ajeno, deseo de imitación, de poseer lo que pertenece a otro y hace su fuerza.

Ahora y siempre saber leer es un poder y una fuerza. Un saber que otorga privilegios. Algo reservado a las élites.

Sabemos que ya desde los inicios de la escritura, en el Antiguo Egipto, en la escuelas de escribas, para acceder a este oficio con el que se obtenía una privilegiada promoción social, había que superar duras pruebas, desde sanciones corporales hasta penas de encarcelamiento. También hoy en día si Vds oyen decir “para que aprendas” o “te voy a leer la cartilla” deducirán claras connotaciones (contexto semántico se dice ahora) de sanción. Ahora como entonces aprender es una tarea costosa. Si sería penoso aprender, que era privilegio de los faraones, contentos de ser dioses, la renuncia a aprender a leer, escribir y contar (cosas inseparables también desde siempre). Ellos estaban por encima de esas esclavitudes.

Ven Vds. que la incapacidad de aprender como consecuencia de no aceptar la tristeza y la depresión que representa no saber, o mejor tener que aprender de otro, no es exclusiva de los mecanismos hipomaniacos que vemos en la clínica. Pero no es igual ser hipomaniaco y analfabeto cuando se es faraón que cuando no se es.

Estas dos caras de una moneda, pasividad-actividad, tristeza y triunfo, fracaso y éxito, inhibición y deseo de saber, son muy sensibles a las peripecias relacionales. Son inseparables de la intensidad de ciertos afectos: temor al adulto que impone su fuerza, a su violencia, a su agresión; temor y deseo de depender de él, de su sabiduría, de ponerse a su merced; temor a la propia voracidad del deseo de apropiarse de lo ajeno, de conocer misterios prohibidos, del placer de mirar, oír y ver.

Querer recibir exige exponerse a la bondad o maldad del otro, aceptar la propia ignorancia, soportar la tristeza de no tener lo que se quiere. Supone la humillación de pedir y el pánico a no ser escuchado, o a ser relegado por otro preferido.

Todo esto y mucho más tiene que ver con algunos de nuestros conceptos importantes, introyección-proyección-

identificación. Es la descripción de lo que Melanie Klein sintetizó en dos palabras “posición depresiva”. Paso necesario de toda evolución psíquica y sin embargo, como toda dificultad, más costosa para los muchos niños que tienen razones para desconfiar del adulto. (Francisco Palacio-Espasa les hablará de hipomanía y depresión con más detalle).

Cuando nos acercamos a esa plaga moderna que es el fracaso escolar nos llama poderosamente la atención que, aunque ninguna clase social tiene el monopolio absoluto ni del fracaso ni del éxito, la estadística es aplastante en lo que se refiere al mayor impacto con que afecta a más niños cuanto más descendemos en la escala socio-económica.

Vds. conocen la tesis de Colette Chiland según la cual se trate de niños supuestamente sanos, (los que están en la escuela) o supuestamente patológicos (los que consultan servicios especializados) los resultados son los mismos. A los seis años los niños son muy distintos. Psicológicamente hablando unos lo tienen casi todo para poder aprender y otros casi todo para no poder hacerlo. Y éste casi es el que hace que las predicciones absolutas sean peligrosas, sobre todo si son negativas (les recuerdo la mala utilización que en este sentido se ha hecho de los test de prelectura de Inizan cuando se han aplicado a detecciones sistemáticas de “futuros malos lectores”).

Todo ello nos plantea un duro dilema. Puesto que ya al entrar en la escuela hay niños muy distintos en cuanto a los más o menos favores recibidos en su primera infancia, niños con más y menos probabilidades y facilidades para aprender ¿en qué consistiría una verdadera igualdad de oportunidades? .Sólo una respuesta parece válida: habría que favorecer a los menos capaces en detrimento de los más capaces. Sólo sería democrática una desigualdad que compensara otra desigualdad previa. ¿Conocen Vds. alguna sociedad capaz de asumir esta renuncia a seleccionar sus élites?. Yo no.

Pero ¿cómo afecta “lo social”? ¿ Es un virus? ..., ¿es a causa de cierta fragilidad genética que afecta a los más pobres, como pretenderían viejas, y no tan viejas ideologías racistas?

Respondamos sin ambigüedades: No.

Es a causa de que las condiciones de vida, sobre todo en los primeros meses y años de vida son distintas. Es durante la primera infancia, cuando cristaliza la vulnerabilidad psíquica. Y aquí está el desafío de la prevención. La escuela llega mucho más tarde. Y yo no estoy nada seguro que con que llegue antes ganaremos tiempo.

“Cuando un niño sano tiene un año sabe que vive dentro de su cuerpo y que piensa dentro de su cabeza” dicen que decía Winnicott.

Hoy sabemos que llegar a eso es muy difícil, o al menos nada sencillo. Son muchos niños los que no han vivido, ni la estabilidad, ni la tranquilidad, ni la continuidad suficientes y necesarias, para saber que pueden pensar solos y sin riesgo de que les ocurra nada grave.

Y cuando hablamos de fragilidad narcisista, de sentimiento de continuidad de existir, de self fragmentado o disociado, de incapacidad de poder interiorizar buenos objetos internos estables tratamos de describir en último término a un niño que no puede alcanzar, por estas y otras razones, el placer de fantasear indispensable para el conocimiento. (Y Roger Misès sin duda se extenderá al respecto).

Porque lo de dentro, el psiquismo, depende de lo de fuera. Y conviene recordárselo a los maestros que no creen en su misión y cuyo importante papel, basado en una relación trascendental como es la pedagógica, ha quedado muy desvalorizado, en pro de tecnificaciones muy discutibles. (André Barthassat les hablará de lo mucho que ha reflexionado sobre este tema).

Y lo de fuera, lo que el niño hace, por ejemplo, no aprender, depende de lo de dentro. Es decir de su funcionamiento mental. Y conviene recordárselo a los psiquiatras que desde siempre y también ahora, creen poder entender el comportamiento humano ignorando su psiquismo. Porque la pretensión de localizar el “mal” suele emparejarse con un absoluto desinterés por el funcionamiento mental.

Es la razón por la que aunque está muy bien integrar a un niño, con integrarle no basta. Es entonces cuando los problemas empiezan.

Es la razón por la que tampoco basta emitir un diagnóstico. No hay cura sin relación terapéutica. Y esto, también es un problema.

Se trate de relación pedagógica o terapéutica con un niño que por las razones que sean no aprende, compartimos la travesía de un largo y oscuro túnel. Pero no perdamos tiempo engañando con atajos que no existen.

Enseñar y tratar son cosas distintas pero complementarias. Por eso estamos condenados a entendernos con la escuela y con sus profesionales, por más que la inercia de nuestras pesadas administraciones y nuestros temores recíprocos lo dificulten.

De hecho el entendimiento surge en la raras ocasiones en que compartimos nuestra experiencia mutua con un mismo niño.

Si nos dedicamos a sumar esfuerzos dispersos que dividen aún en más parcelas a un niño ya despiezado, y con dificultades para sentirse, dueño de UN psiquismo propio, y a veces hasta para sentirse poseedor de UN cuerpo, es entonces cuando no sólo no nos entendemos, sino que podemos causar un perjuicio.

Pero que hablar de dificultades no nos haga perder el norte. Aprender es un placer. Aprender debe ser un placer. Todo

el placer de descubrir lo nuevo, de la osadía de compartir una aventura.

Les propongo terminar con palabras de un literato, cuyo arte consiste en mostrarnos el placer de escribir, de donarnos sus propias fantasías. Vean como el talento puede estar muy cerca de las fantasías que impiden el aprendizaje.

Escribe Roa Bastos, en “Yo, el supremo” (un tirano, explica a su escribidor lo que es escribir):

“Cuando te dicto las palabras tienen un sentido; otro cuando las escribes. De modo que hablamos dos lenguas diferentes. Eres mi secretario excretante. No sabes secretar lo que dicto. Escribir es despegar la palabra de uno mismo. Coger esa palabra que se va despegando de uno con todo lo de uno hasta ser lo de otro. Lo totalmente ajeno... Voluptuosamente el papel se deja penetrar en las menores hendiduras. Absorbe, chupa la tinta de cada rasgo que lo rasga. Proceso pasional. La mulatez de la tinta se funde con la blancura de la hoja. Macho/hembra. Forman ambos la bestia de dos espaldas... Esto es literatura... Escena primera. El óvulo del punto se marca en el lugar donde ha caído, donde se ha enterrado. Embrión repentino. Brota bajo la costra. Pequeño desborda de sí. Del agujero cero sale la sinceridad... (Como ven rozamos el proceso primario, la ecuación simbólica, la psicosis y la creatividad).

“...Te enseñaré el difícil arte de la ciencia escriptural que no es, como crees el arte de la floración de los rasgos sino de la desfloración de los signos...”.

Espero que estas palabras y también las mías les hayan estimulado a adentrarse en el enigma del aprendizaje. Espero también haberles convencido de que lo que hace apasionante este tema es que nos hace cuestionarnos sobre la naturaleza humana. Y porque nos ocupamos de lo humano este tema nos concierne, y mucho. Estoy seguro que nuestros ponentes nos ayudarán a reflexionar sobre éstas y otras cuestiones. Les deseo un buen congreso a todos.

LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE: MODELOS EXPLICATIVOS, CLASIFICACION Y MEDIDAS CORRECTORAS*

Juan Manzano **

Resumen:

En este trabajo se abordan los trastornos del aprendizaje según diferentes aproximaciones –cognitiva, neuropsicológica, psicopatológica y social– que constituyen modelos conceptuales sobre su origen –etiopatogenia– y sobre los modelos específicos de intervención correctora; estas aproximaciones se practican a menudo en forma unilateral y exclusiva. Nosotros analizamos y discutimos las características esenciales de cada uno de estos modelos y presentamos nuestra propia concepción, aplicada en nuestra práctica actual; describimos las principales formas clínicas y etiopatogénicas así como las diversas medidas terapéuticas y educativas en función de nuestras experiencias.

Los trastornos del aprendizaje pueden definirse como las dificultades importantes que presenta un niño durante la enseñanza escolar que corresponde a su edad. El estudio de estos trastornos puede abordarse desde diferentes puntos de vista que constituyen, de hecho, modelos conceptuales sobre su

* Ponencia presentada el 22 de noviembre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria.

** Psiquiatra, Psicoanalista, Jefe del Servicio de Guidance Infantil de Ginebra.

origen –etiopatogenia– y modelos específicos de intervención correctora. Podemos agrupar estos modelos en: cognitivo, neuropsicológico, psicopatológico y social. Nos proponemos analizar aquí y discutir las características esenciales de cada uno de estos modelos y a continuación presentar nuestra propia concepción, aplicada en nuestra práctica actual; describimos brevemente las principales formas clínicas y etiopatogénicas en función de nuestra experiencia así como las diversas medidas terapéuticas y educativas.

DIFERENTES MODELOS ETIOPATOGENICOS

El modelo cognitivo

El campo de lo cognitivo puede definirse como el estudio de las actividades mentales requeridas para cumplir las tareas escolares, intelectuales y sociales. Históricamente este punto de vista se basaba en una concepción del psiquismo en tanto que conjunto de “funciones” o “instrumentos” de conocimiento y de adaptación. En su origen filosófico, se trataba clásicamente de “facultades del espíritu”: memoria, juicio, percepción... Naturalmente, se considera en este modelo a los trastornos del aprendizaje como las fallas de una o de varias de estas facultades. Desde el comienzo de siglo (A. Binet, 1903) existen técnicas de evaluación de estos “instrumentos” de conocimiento –los diferentes “tests”– que han sido desarrollados para intentar discriminar selectivamente las competencias deficitarias o que fracasan. Durante los años 20 se publicaron gran número de trabajos experimentales y clínicos orientados en esta dirección siguiendo las hipótesis de teorías psicológicas (Thorndike, 1913; W. James, 1890).

La respuesta correspondiente a esta concepción consistía lógicamente en “reeducar” el instrumento cognitivo que se consideraba fracasado. De esta manera se labraron técnicas correctoras muy diversas, desde las más generales a las más especializadas: reeducación del lenguaje, de la lectura, psicomotricidad, apoyo psicopedagógico...

Como veremos más adelante, las esperanzas depositadas en las posibilidades abiertas por los tests de inteligencia no han sido siempre confirmadas y las posibilidades de intervención que debían derivarse de aquellos pronto se revelaron limitadas por el carácter excesivamente “atomizado” de las técnicas reeducativas “instrumentales”.

Después de H. Wallon (1941) son los trabajos de Piaget (1966) los que han determinado más la evolución de este modelo, sobre todo el cambio de óptica según el cual el saber ya no es considerado como una posesión que se transmite a otro a la manera de un objeto, sino como una “construcción” elaborada activamente por el sujeto en su experiencia con la realidad a lo largo de su desarrollo. El desarrollo de la inteligencia tiene lugar a través de estadios cognitivos diferentes que pueden ser descritos y que necesariamente se siguen en un orden secuencial. Estos estadios comienzan por el período sensorio-motriz, caracterizado por una comprensión del mundo percibido exclusivamente a través de actividades concretas, más tarde a través del desarrollo de representaciones simbólicas, primero esencialmente perceptivas, para desarrollar después un pensamiento concreto y, finalmente, un pensamiento conceptual.

Este punto de vista, que se puede llamar “desarrollista” (Coplin, 1988) considera que el niño que tiene trastornos del aprendizaje es generalmente “inmaduro” y no ha alcanzado el estadio de desarrollo necesario para la tarea escolar propuesta (por ejemplo, la lectura). Se trata, desde este punto de vista, de detectar por medio de técnicas de evaluación apropiadas, el nivel de desarrollo cognitivo alcanzado por el niño para poder ajustar las propuestas educativas.

Las concepciones de Luria (1973) sobre los estadios del desarrollo cognitivo se aplican también para intentar discriminar los procesos especialmente inmaduros en los niños con dificultades de aprendizaje (Golden, 1981).

Dentro de la misma óptica, existen estudios recientes que han puesto en evidencia procesos cognitivos específicos evolucionando de manera disarmónica en niños que tienen trastornos del aprendizaje pero no en un déficit general (Broun, 1986), por ejemplo al nivel de la memoria y de la atención selectiva (Torgesen, 1988) así como de la capacidad de modificación de las estrategias perceptivas y verbales (Fletcher, 1985). En Ginebra, los trabajos de Bullinger (1991) sobre el niño con trastornos sensoriales y motores precoces se inscriben en esta concepción.

Los medios de intervención característicos de esta aproximación teórica de los trastornos del aprendizaje consisten en estimular en el plano psicopedagógico los procesos específicos que permanecen inmaduros. Estas concepciones han supuesto sobre todo el desarrollo de la pedagogía especializada, permitiendo adaptar la tarea escolar a las secuencias del desarrollo cognitivo de los niños.

El modelo neuropsicológico

Esta perspectiva encuentra sus fundamentos en la existencia demostrada de una relación entre procesos de aprendizaje y funciones cerebrales (Coplin, 1988). También se apoya sobre un cierto número de datos relativos a los trastornos del aprendizaje: a menudo estos últimos conciernen a áreas altamente específicas; en muchos casos, persisten con la edad; la calidad del aprendizaje difiere de la de otros niños (Rourke, 1981); si bien no existe alteración significativa del estado neurológico, se sabe que los niños con trastornos del aprendizaje presentan signos neurológicos menores (soft signs); diversos estudios transculturales revelan grandes similitudes entre los trastornos observados en culturas diferentes (Vander der Vlugt, 1985); finalmente existen baterías de test neuropsicológicos que permiten discriminar a los niños normales de aquellos que tienen trastornos de aprendizaje y de aquellos que presentan una lesión manifiesta del sistema nervioso central.

El punto de vista neuropsicológico presupone la existencia de una entidad clínica específica llamada “trastorno del aprendizaje” (learning Disabilities). Si bien no existen datos empíricos que lo confirmen (Silver, 1987; Rutter, 1982); se presume que la etiología de este síndrome reside en un déficit o en una disfunción del sistema nervioso central (M.B.D. o disfunción cerebral mínima) y esto independientemente de los factores ambientales, familiares o psicológicos. Se considera que si existen otros trastornos de tipo psicológico, son o bien independientes (comorbilidad) o bien la consecuencia de “frustraciones y stress adaptativo” debidos a los trastornos primarios del aprendizaje (es la interpretación más frecuente) o bien también se consideran otra consecuencia de la disfunción del sistema nervioso central.

Se han emprendido un gran número de investigaciones para poner en evidencia la naturaleza de esta disfunción del sistema nervioso central: hasta el momento presente ninguna ha permitido establecer datos sólidos (Silver, 1987). Se ha examinado sobre todo la posibilidad de un déficit de los neurotransmisores y de otros procesos moleculares (Wender, 1971) así como la interacción entre los andrógenos y el proceso de lateralización cerebral en el curso del desarrollo (Geschwind, 1982; Hier 1979). Tampoco se ha obtenido ningún resultado fiable en cuanto a la eventual influencia de factores prenatales o perinatales y nutricionales (Silver, 1987).

La investigación genética forma parte del estudio de los trastornos del aprendizaje asociados a enfermedades genéticas determinadas e identificadas; se puede citar, en particular, las investigaciones sobre las anomalías de los cromosomas sexuales como el síndrome “X frágil” (Ratchcliffe, 1982). Sin embargo, en la gran mayoría de los trastornos del aprendizaje no se ha podido observar ninguna anomalía genética. Sólo en el caso de ciertos trastornos muy circunscritos del aprendizaje de la lectura (dislexia de predominancia auditiva), existen estu-

dios sobre la familia que han ofrecido datos que podían sugerir la existencia de un factor genético (Omenn, 1973).

También se han empleado teorías patogénicas basadas en el modelo cibernético y en la teoría de la información para explicar las características clínicas concretas de los trastornos del aprendizaje. Así, se considera que se trata de una incapacidad relativa, un desequilibrio para recibir (input), organizar, integrar, almacenar y exteriorizar (output) la información. Se han establecido tests neuropsicológicos capaces de evaluar y clasificar los trastornos en diversos subgrupos en los que predominan los déficits visuales, espaciales, auditivo-verbales y mixtos.

El modo de intervención propio de este punto de vista es pedagógico; frente al fracaso frecuente de la técnicas reeducativas de las funciones deficitarias se preconizan hoy técnicas compensatorias del desarrollo de las funciones no afectadas.

Los puntos débiles que generalmente se asignan a este modelo son los siguientes (Coplin, 1988): la suposición como etiología de un trastorno fisiológico que no es ni observable ni puede ser demostrado; el hecho de que los niños con trastornos característicos del aprendizaje responden normalmente a los tests neuropsicológicos; la incapacidad para explicar como niños con “déficit neuropsicológico” se recuperan espontáneamente con la edad (Coplin, 1988). Finalmente, este modelo no provee de instrumentos de intervención correctora suficientemente específicos.

El modelo psicopatológico

Este abordaje se apoya en la constatación de que la mayor parte de los trastornos del aprendizaje se acompañan de otros síntomas psíquicos (Silver, 1987) sobre todo: los trastornos depresivos y maníacos, los trastornos de la personalidad y del

comportamiento, el mutismo selectivo escolar, ciertas formas de psicosis infantil, la hiperactividad y la falta de concentración de diversos orígenes, así como los trastornos neuróticos de ansiedad o de conversión y la fobia escolar.

Mientras que, como hemos visto, el modelo neuropsicológico interpreta de entrada estos trastornos como la consecuencia "secundaria" de trastornos "primarios" del aprendizaje, el punto de vista psicopatológico mantiene la posición opuesta: los trastornos del aprendizaje son considerados como los síntomas de otros síndromes psicopatológicos.

Así, en esta perspectiva, se considera que no hay fracaso escolar en tanto que enfermedad característica y que las dificultades del aprendizaje no bastan para hablar de un trastorno "específico"; "es imposible admitir una alteración realmente específica del aprendizaje, de la lectura y de la escritura (dislexia)" (Denis, 1985); "la dislexia es el equivalente a un síntoma neurótico (o psicótico) y el porvenir del niño depende del conjunto del cuadro clínico" (C. Chiland, 1971). En consecuencia, se trata de situar el trastorno invocado con relación a la totalidad de la organización psíquica del niño, de su personalidad entera. Por tanto, el tipo de intervención necesario deberá tener en cuenta el trastorno global y tratarlo en tanto que tal.

Otros autores (Misés, 1988) adheriéndose a este mismo modelo psicopatológico, admiten la existencia de un grupo de trastornos específicos del desarrollo (trastornos de la "función instrumental") cuya relación con otra organización patológica no es evidente; sin embargo, estos autores no toman en consideración este diagnóstico más que después de haber excluido la existencia de otro trastorno más general (clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente, Misés, 1988) (1) (A título de comparación, se recordará que

(1) Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia n.º 10, 1990.

la clasificación de DSM.III.R realmente no toma posición respecto de este problema.).

En la base de esta aproximación psicopatológica de los trastornos del aprendizaje está esencialmente, si bien no exclusivamente, la concepción psicoanalítica.

En el modelo psicoanalítico, el aprendizaje se considera como formando parte del proceso global de desarrollo (Manzano, 1986). En este proceso, la personalidad del niño debe recorrer un camino evolutivo a partir de un funcionamiento primitivo, regido por el “principio del placer” en el cual, de una manera mágica y omnipotente, busca la satisfacción inmediata de sus deseos y necesidades instintivas (Freud, 1905). Sólo progresivamente es como el niño va a acceder a un funcionamiento regido por el “principio de realidad” en el cual “aprende” a tener en cuenta las frustraciones de la realidad externa y a diferir la satisfacción. Para lograr esto, debe desarrollar las funciones y competencias (percepción, inteligencia, memoria, etc.) que le permitirán conocer mejor y aprender la realidad y aumentar sus capacidades para actuar sobre ella, adaptarse, obtener satisfacciones y evitar frustraciones. También para lograr esto, debe igualmente “reprimir” algunos de sus deseos instintivos infantiles que están en contradicción con la realidad física y social y, por otra parte, transformar (“sublimar”) estos deseos para hacerlos socialmente aceptables; por ejemplo, es de esta manera cómo la curiosidad corporal y sexual infantil se transformará en pulsión epistemofílica, en interés por el conocimiento intelectual; para ello, el niño desplazará sus objetos de interés primario hacia otros, cada vez más abstractos, que se irán convirtiendo en “símbolos”.

Por tanto, cuando todo va bien, el niño va a poder aceptar ciertas actividades –entre ellas, el aprendizaje escolar– incluso si estas actividades no le procuran directamente placer ellas mismas, pero que pueden permitir más tarde una mejor satisfacción.

Todo este proceso pasa necesariamente por la relación con los adultos, los padres primero, y después, en seguida, los maestros. El niño pequeño puede aceptar actividades –y prohibiciones– frustrantes para él, en la medida en que, de una forma, obtenga la aprobación del adulto. Más tarde él internalizará, “se identificará” con estos adultos y aprenderá para él mismo los valores y las experiencias de aquellos, dando lugar a su conciencia moral (“super yo”). A partir de aquí, podrá conseguir la estima, la aprobación y la desaprobación en el interior de sí mismo y cada vez menos en el exterior, haciéndose así más autónomo y responsable de su destino.

Por tanto, se trata de un largo camino lleno de escollos y librado a muchas contingencias que corren el peligro de comprometer sus progresos, de hacerle detenerse o tomar direcciones más o menos divergentes dando lugar a “trastornos psicológicos” que van a tener repercusiones sobre el proceso de aprendizaje. En esta concepción, es necesario identificar estos problemas, estas organizaciones de la personalidad incompletas o desviantes para ayudar al niño a superarlas (Manzano, 1988). Desde el punto de vista psicoanalítico hay dos elementos clínicos que son considerados como particularmente significativos en el tema de los trastornos del aprendizaje: el estado de la autoestima (narcisismo) del niño y sus capacidades de simbolización (Segal 1984).

Los límites de este modelo psicopatológico vienen dados por el hecho de que no siempre es posible comprender el mecanismo patogénico de un trastorno del aprendizaje; incluso en el caso de que exista un síndrome clínico, puede tratarse de una co-morbilidad. Además el tratamiento del trastorno psíquico global que es responsable de los trastornos del aprendizaje es a veces demasiado prolongado para dar resultados sobre el síntoma y, por tanto no resuelven las conocidas consecuencias secundarias importantes que conllevan los fracasos escolares repetidos.

El modelo social

Este modelo encuentra sus raíces en las constataciones estadísticas concordantes de todos los países industrializados según las cuales existe una estrecha correlación entre medio sociocultural desfavorecido y las dificultades escolares. Esta correlación, altamente significativa, no depende, en estos países, de las posibilidades reales de escolarización: prácticamente no hay ningún niño que vea su escolaridad limitada por estas razones. Las variables “lengua materna” o “inmigración” no son en absoluto significativas (Hutmacher, 1987; Rodríguez, 1968). En todo caso, no solamente los niños de medios desfavorecidos no tienen proporcionalmente el mismo acceso a los estudios superiores sino que además fracasan mayoritariamente en los primeros años de escolaridad primaria (Mira Stambak, 1987).

Numerosos estudios han tratado de explicar cuáles son los mecanismos según los cuales se establece esta auténtica desigualdad de oportunidades (Girod, 1981) sin que se haya podido encontrar una respuesta unívoca.

Se han señalado características generales del sistema escolar que dan ventaja al “perfil” de niños de medios favorecidos (Perrenoud, 1985), pero no se ha podido demostrar realmente de qué modo estas características ejercen una acción negativa sobre los niños desfavorecidos (Jencks, 1972). Estudios efectuados sobre una amplia escala no han conseguido poner en evidencia la existencia de una transmisión genética (Nichols, 1981). Se han puesto en correlación estadística rasgos propios de las familias de medios desfavorecidos con las dificultades escolares: el nivel de instrucción de los padres; la importancia de la motivación para el éxito escolar; el número de hijos; la presencia de tensiones emocionales (Frazer, 1973; Carrier, 1983); la frecuencia de los contactos con los enseñantes (Douglas, 1971). Igualmente han sido evocados los problemas psicológicos que se plantean a los niños que se diferen-

cian de su medio escolar por su éxito escolar (Bourdieu, 1964). Bernstein (1975) ha ofrecido las sugerencias más interesantes estudiando las características concretas del lenguaje utilizado en los medios desfavorecidos, comparándolo con el lenguaje de los medios favorecidos; ha mostrado que este tipo de lenguaje podría explicar las dificultades para desarrollar la forma de pensamiento abstracto necesaria para acceder a la lectura y a la escritura (Gauthier, 1977).

En esta perspectiva, nosotros hemos realizado un estudio en Ginebra (Manzano, Marcelly, Rodríguez, 1983) en el cual hemos optado por estudiar las características de las familias desfavorecidas en las que los niños, contrariamente a la mayoría estadística, triunfan sin dificultad en su escolaridad. Gracias a una metodología que incluye entrevistas a domicilio con una muestra representativa del medio, mediante una tabla y un cuestionario elaborados en función de diversas hipótesis, hemos podido poner en evidencia un cierto número de factores “positivos” que diferencian a estas familias o que compensan los rasgos “negativos” demostrados en los medios desfavorecidos con relación al éxito escolar de los niños. Estos factores son los siguientes: vivo interés y gran valoración por parte de los padres, sobre todo de las madres, por las actividades culturales en general y por la lectura en particular; deseo manifiesto en los padres de aprender y gran apetencia por la información; sentimiento de identidad familiar bien establecido con raíces trasgeneracionales sólidas; buen funcionamiento psicoafectivo general; desde el punto de vista del lenguaje y de la comunicación, estas familias tienen características que las diferencian de las descritas por Bernstein (1975) y Esperet (1979) como propias de los medios desfavorecidos, y que las aproximan a las de los medios favorecidos.

Esta influencia de los factores sociales ambientales sobre las dificultades escolares tiene aplicaciones concretas en las intervenciones educativas correctoras; pueden aplicarse estrategias específicas y diferenciadas teniendo en cuenta las lagu-

nas educativas de base que padece el niño así como las de su historia.

Es sobre todo a partir de los trabajos de Vigotsky (1978) cuando la importancia del “contexto” social en el cual se desarrolla el aprendizaje ha sido tomado en consideración como un elemento esencial. Se han propuesto modificaciones del ambiente escolar y de la “situación” pedagógica. Se ha puesto en evidencia el papel preponderante de las relaciones sociales con los otros niños y con el maestro en los procesos de aprendizaje (Doize, Deschamps, Mugny, 1978). El análisis de las situaciones que se tejen entre niños y adultos permite definir las formas de interacción más constructivas para favorecer el desarrollo escolar (Barthassat, 1990). Han sido preconizadas actividades de aprendizaje en grupos cooperativos niños-maestros para obtener “interacciones simétricas” (Mira Stambak, 1987).

El abordaje social de los problemas de aprendizaje tiene, como mayor riesgo el minimizar, incluso negar, la existencia de factores propios del niño como responsable de las dificultades específicas de la interacción social y del aprendizaje.

Un modelo de síntesis

Nosotros pensamos que los trastornos del aprendizaje constituyen un grupo heterogéneo en su etiología y, en consecuencia en su tratamiento. Los diferentes puntos de vista que hemos analizado esclarecen estos trastornos desde un cierto vértice y presentan posibilidades de investigaciones ulteriores. No es menos cierto que el uso exclusivo de uno u otro de estos modelos comporta un riesgo de unilateralidad y, en consecuencia, de una “monorespuesta” educativa o terapéutica, que no tiene en cuenta necesariamente la naturaleza específica de los trastornos.

En el estado actual de nuestros conocimientos, el clínico no puede, desde nuestro punto de vista, más que dedicarse a encontrar la especificidad etiopatogénica del trastorno a fin de poner en juego las medidas mejor adaptadas para cada situación; por tanto la evaluación diagnóstica se hace determinante.

LA EVALUACION DIAGNOSTICA

Para nosotros un trastorno del aprendizaje, cualesquieran que sean los factores etiológicos implicados, está indisolublemente ligado al conjunto del desarrollo así como la constitución de la personalidad y del carácter del niño, tal como lo comprende la concepción psicoanalítica; pero nosotros también tenemos en cuenta el ambiente social y familiar, tanto en su historia individual como en la situación actual. Por este motivo el programa diagnóstico comprende necesariamente:

- La evaluación clínica de la personalidad del niño. Esta evaluación permite apreciar globalmente el funcionamiento psíquico, considerando tanto los aspectos cognitivos del lenguaje y de la psicomotricidad como los aspectos emocionales; de este modo se puede establecer un diagnóstico, sea de una personalidad normal, sea de un tipo eventual de trastornos psicopatológicos y del desarrollo.
- El análisis de los factores sociales y familiares, incluida la situación pedagógica.
- Un estudio en profundidad del lenguaje y de la psicomotricidad realizada, si se considera justificado por el equipo pluridisciplinar.
- El examen de factores orgánicos (sensoriales, neurológicos, etc.) en colaboración con el pediatra o con diversos especialistas incluyendo los exámenes complementarios necesarios.

FORMAS ETIOPATOLOGICAS DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Según nuestra experiencia y en función de la evaluación diagnóstica, las diferentes formas de los trastornos del aprendizaje pueden ser clasificadas esquemáticamente de la siguiente manera (Cuadro 1):

LAS FORMAS ETIOPATOLOGICAS DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

- I. Formas sociales.
- II. Desviaciones de la norma del desarrollo.
- III. Trastornos reactivos (crisis).
- IV. Síntoma de un trastorno psicopatológico global.
 - a) Trastornos neuróticos.
 - b) Trastornos del carácter y de la personalidad.
 - c) Fobia escolar. Mutismo electivo escolar.
 - d) Trastornos afectivos (depresión, manía).
 - e) Trastornos psicóticos.
 - f) Retraso mental.
- V. Trastornos específicos del aprendizaje: lectura, escritura, aritmética.
- VI. Factores orgánicos (sensoriales, neurológicos, otros).
- VII. Formas mixtas.

Cuadro 1

I. Las formas sociales:

Se trata de niños sin problemas psicológicos (personalidad normal), cuyos trastornos están ligados al medio socio-cultural desfavorecido en el cual viven o a otras circunstancias medio ambientales. El tratamiento será esencialmente pedagógico pero, como hemos señalado más arriba, un mejor conocimien-

to de las variables pertinentes y de los mecanismos responsables constituye un logro científico no solamente para la pedagogía sino también para la sociología y para la psicología. En efecto, es este conocimiento lo que permitirá aplicar medidas cada vez más adecuadas.

II. Desviaciones de la norma de desarrollo:

En este caso se trata también de niños sin trastornos psicológicos (personalidad normal), pero cuyo ritmo o cuyo estilo de desarrollo no se ajusta al de su grupo de edad. El tratamiento es también pedagógico.

III. Trastornos reactivos (crisis):

En el niño que tenga una personalidad globalmente normal, un trastorno del aprendizaje puede formar parte de una reacción suscitada por circunstancias particulares del momento (divorcio, separación, muerte...). El tratamiento consistirá en sostener psicológicamente al niño y, cuando ello sea posible, hacer desaparecer las causas de la crisis. A veces es precisa una intervención psicoterapéutica (Cramer, Manzano, 1981). Las intervenciones psicopedagógicas y las intervenciones sistémicas en la escuela, son también indicadas en algunos casos en la escuela (Mc Culloch, 1989).

IV. Síntoma de un trastorno psicopatológico global:

A) Trastornos neuróticos:

Como consecuencia de un conflicto inconsciente, ciertas actividades u objetos de aprendizaje simbolizan deseos prohibidos y caen bajo el dominio de una inhibición. El tratamiento en este caso es la psicoterapia individual.

B) Trastornos del carácter y la personalidad:

Este es el origen más frecuente de los trastornos graves del aprendizaje. Se trata de niños que no han podido organizar

una personalidad suficientemente madura y adaptada y que presentan fundamentalmente trastornos de la relación y de la identificación, de la socialización, del funcionamiento simbólico y de la autoestima (narcisismo).

El tratamiento depende de la gravedad del caso. Puede ser suficiente una psicoterapia pero a menudo, es necesario prescribir un centro de día o una institución con un equipo pluridisciplinal que colabore en el terreno de la terapia y de la pedagogía especializada (Burnand, Manzano, Palacio, 1989). A menudo es preciso asociar tratamiento logopédico y psicopedagógico; además, en ciertos casos de trastornos graves de ansiedad y del comportamiento, es preciso indicar un tratamiento farmacológico (neurolépticos) así como un tratamiento familiar.

C) *Fobia escolar. Mutismo selectivo.*

Se trata aquí de formas particulares de los trastornos de la personalidad, cuyas importantes repercusiones sobre el aprendizaje merecen ser tomadas en consideración. El tratamiento es similar al de los trastornos de la personalidad en general pero si bien en los casos de fobia escolar la indicación es sobre todo una psicoterapia individual y familiar, por el contrario el mutismo selectivo grave requerirá una indicación de centro de día.

D) *Trastornos afectivos (depresión y manías).*

Si bien a menudo se encuentra subdiagnosticada, la depresión del niño da lugar a una pérdida de interés por las actividades escolares, a un enlentecimiento de las funciones intelectuales y a una inhibición general a consecuencia de la cual se produce un déficit importante del rendimiento (Manzano, 1990). Por el contrario, la manía y la hipomanía provocan una falta de concentración y una hiperactividad incompatibles con el trabajo escolar (Manzano, Palacio, 1984). Según la forma clínica de que se trate, el tratamiento será psicoterapéutico (Papazian, Manzano, Palacio, 1991) y, en ciertos casos farmacológico (antidepresivos o sedantes), (Dufour, 1989).

E) Trastornos psicóticos.

Existen diferentes formas de psicosis de la infancia y de la adolescencia que pueden dar lugar, aunque no siempre, a trastornos del aprendizaje; su tratamiento será el que corresponda a la forma de psicosis.

A pesar de la gravedad de estos trastornos, nuestros estudios catamnésicos y longitudinales confirman que incluso en los trastornos psicóticos precoces –las diferentes formas de autismo– su evolución no es ineludible (Manzano, Lamunière, Peckova, 1987). Para nosotros, la evolución terapéutica y educativa es la misma que para los trastornos graves de la personalidad. De acuerdo con nuestra experiencia, lo que se revela como más indicado en estas psicosis precoces es colocar al niño pequeño en aquellas condiciones que le permitan establecer lo más rápidamente posible relaciones significativas con adultos y mantenerlas, al mismo tiempo que tiene lugar una colaboración con los padres. Donde mejor se encuentran reunidas estas condiciones es en un centro de día o en una institución que esté provista de una enseñanza especializada. La evolución de estos niños es muy diferente en lo que concierne a las posibilidades de aprendizaje, en consecuencia, se trataría de instaurar y de adaptar la pedagogía de manera específica para cada tipo de evolución (Manzano, 1988).

F) Retraso mental.

El tratamiento del retraso mental sea su etiología orgánica o psicológica (psicosis infantil), no puede ser otro que una pedagogía especializada, con la integración más adecuada posible en el plano social y escolar.

V. Trastornos específicos del aprendizaje: lectura, escritura, aritmética

Se trata de niños en los que no es posible evidenciar una organización psicopatológica. Según nuestra experiencia se trata de casos muy poco frecuentes y el diagnóstico debe ex-

cluir cuidadosamente las demás etiologías. Como en la base del problema se encuentra principalmente los trastornos del lenguaje, el tratamiento es sobre todo logopédico y psicopedagógico.

VI. Factores orgánicos (sensoriales, neurológicos, otros)

Nosotros tenemos en cuenta estos factores siempre en función del desarrollo y del papel que juegan en la personalidad del niño, teniendo en cuenta su integración con los otros factores, su significación y la manera con la cual el niño los compensa y se adapta a ellos, en el plano biológico y en el psicológico; la misma lesión o el mismo hándicap tienen repercusiones muy diferentes según la personalidad del niño.

VII. Formas mixtas

Son muy frecuentes e incluyen los trastornos correspondientes a varias etiopatogenias reunidas, siendo las más corrientes las formas sociales y psicopatológicas. Por lo tanto el tratamiento será también mixto.

LAS INTERVENCIONES PSICOPEDAGÓGICAS Y LA PEDAGOGÍA ESPECIALIZADA

En otro lugar hemos visto descrito las diferentes terapias generales que nos parecen indicadas según la etiología de los trastornos del aprendizaje (Manzano, Palacio y cols, 1989). Como acabamos de ver, estos tratamientos son muy a menudo combinados con apoyo psicopedagógico y con la pedagogía especializada. Recordemos que las intervenciones psicopedagógicas toman formas diversas, como por ejemplo tratamientos individuales (Payot, 1989) o intervenciones en instituciones y clases especializadas (Joliat, 1989); pero cualquier proposición psicopedagógica tiene como único fin sostener el proceso del desarrollo: para conseguir esto, el especialista se apoya

sobre los componentes no deficitarios del funcionamiento del sujeto, con el fin de conducirlo a una compensación “natural” de los elementos que faltan en su desarrollo. Este trabajo ha de ser enfocado como un proceso de promoción continua, promoción que favorecerá en el sujeto, una restauración narcisista y epistemofílica: la restitución al sujeto de su derecho a la curiosidad y a la estructuración personal de los modos de categorización de la realidad constituye un apoyo psicodinámico a su desarrollo y a su capacidad de autoformación (Barblan, 1991).

La pedagogía especializada desarrolla su especialidad para convertirse en cada vez más eficaz a partir del modelo de referencia que se desprende de las investigaciones del último decenio, sobre todo las que conciernen al niño muy pequeño. Se trata de un modelo interactivo: los objetos del mundo exterior, reales y simbólicos, adquieren un sentido para el niño a través del uso que de ellos hacen los adultos en sus interacciones con él. Las asimilaciones/acomodaciones del desarrollo cognitivo tienen sus raíces en las tácticas socioculturales y permiten la adquisición de competencias que van concurrendo en la construcción de la identidad. De este modo se pueden desprender las orientaciones didácticas esenciales de la enseñanza especializada (Barthassat, 1989).

PERSPECTIVAS

El problema de la prevención primaria de los trastornos del aprendizaje es el de las situaciones y las afecciones que están en su origen y que son, en una gran parte, trastornos emocionales (Manzano, 1989). Hemos señalado, en particular, el hallazgo científico que representa un mejor conocimiento de los mecanismos que están en la base de las dificultades ligadas al origen social. La prevención secundaria ganaría mucho si la evaluación etiológica etimológica pudiera hacerse más precozmente, venciendo las diversas formas de resistencia en los de-

bates teóricos estériles sobre el carácter pedagógico, psiquiátrico u orgánico de los trastornos, lo que retrasa la indicación y la adquisición de medidas específicas. Además, también contamos con la puesta a punto de nuevas formas de intervención sintomática –psicoterapias breves, psicopedagogía– como complemento de los trastornos psicoterapéuticos de más larga duración.

BIBLIOGRAFIA:

- BARBLAN, L. (1991) *Communication personnelle*.
- BARTHASSAT, A. (1989) *Objectifs de l'enseignement spécialisé*. Non publié.
- BARTHASSAT, A. (1990) *Quelle pédagogie?* Non publié.
- BATESON, G. (1977) *Vers une écologie de l'esprit*. Paris: Ed. Seuil, L.
- BERNSTEIN, B. (1975) *Langage et classes sociales*, traduction J. C. Chamboredon. Paris: Ed. de Minuit.
- BINET, A. (1903) *L'étude expérimentale de l'intelligence* (The experimental study of intelligence). Paris: Scheicher frères.
- BROWN, A. L., CAMPIONE, J. C. (1986) Psychological Theory and the Study of Learning Disabilities. *American Psychologist*, 14, 10: 1059-1068.
- BOURDIEU, P., PASSERON, J. C. (1964) *Les Héritiers*. Paris: Ed. de Minuit.
- BULLINGER, A (1991) *L'approche psychomotrice des troubles de l'apprentissage*. Conférence au Congrès Société Espagnole de Psychiatrie Infantile. Vitoria.
- BURNAND, S., MANZANO, J., PALACIO-ESPASA F. (1989) *L'action thérapeutique des Centres de Jour*. In: *Soigner l'enfant*, Manzano, J., Palacio, F. & Coll. Lyon: Ed. Césura, I.
- CARRIER, J. G. (1983) Masking the social in educational knowledge: The case of learning disability theory. *American Journal of Sociology*, 88: 948-974.
- CHILAND, C. (1971) *L'enfant de 6 ans et son avenir*. Paris: PUF.
- COPLIN, J. M., MORGAN, S. B. (1988) Learning Disabilities: a Multidimensional Perspective. *Journal of Learning Disabilities*, 21, 10: 614- 622.

- CRAMER, B., MANZANO, J. (1981) L'enfant en crise. *Psychothérapies*, 3: 149-157.
- DENIS, P. (1985) La pathologie à la période de latence In: *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. Paris: PUF, 2 771-800.
- DOIZE, W, DESCHAMPS, J. C., MUGNY, G. (1978) *Psychologie sociale expérimentale*. Paris: Ed. A. Colin.
- DOUGLAS, J. W. B. (1971) *The Home and the School*. London: Panther Books.
- DUFOUR, R. (1989) Le traitement psychopharmacologique de l'enfant et de l'adolescent. In: *Soigner l'enfant, Les Thérapies en psychiatrie infantile et en Psychopédagogie*. Manzano, J., Palacio, F. & Coll. Lyon: Ed. Césura, 2: 115-158.
- ESPERET, E. (1979) Langage et origine sociale des élèves. Coll. *Exploration Recherches en sciences de l'éducation*. Berne: Ed. Peter Lang S.A.
- FLETCHER, J. M. (1985) External validation of learning disability typologies. In: B. P. Rourke Ed., *Neuropsychology of learning disabilities: Essentials of subtype analysis*. New York: Guilford Press, 87-211.
- FREUD, S. (1905) *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Trad. franç. Reverchon, revue par Laplanche J., Pontalis J. B. Paris, Gallimard.
- FRAZER, E. D. (1973) *Home Environment and the School* (3ème édition). London: Unibooks, University of London Press Ltd.
- GAUTHIER, Y., RICHER, S. (1977) *L'activité symbolique et l'apprentissage scolaire en milieu favorisé et défavorisé*. Presses de l'Université de Montréal.
- GESCHWIND, N., BEHAN, P. (1982) Left Handedness: Association with immune Disease, Migraine and Developmental Learning Disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences (USA)*, 79: 5097/5100.
- GIROD, R. (1981) *L'illusoire et le possible*. Paris: PUF.
- GOLDEN, C. J. (1981) Luria-Nebraska children's battery. In: G. W. Hynd & J. E. Obrzut Eds, *Neuropsychological assessment and the schoolage child*, 227-302. New York, Grune & Stratton.

- HIER, D. B. (1979) Sex Differences in Hemispheric Specialization: Hypothesis for the Excess of Dyslexia in Boys. *Bulletin of the Orton Society*, 29: 74-83.
- HUTMACHER, W. (1987) Le Passeport ou la position sociale. In: *Les enfants de migrants à l'école*, Ed. CERI/OCDE. Paris, 228-256.
- JAMES, W. (1890) *Principles of psychology*. New York: Holt, L.
- JENCKS, CH. (1972) L'inégalité, Influence de la famille et de l'école en Amérique. Paris: PUF.
- JOLIAT, F. (1989) Des interventions à l'école: le courant psychopédagogique. In: *Soigner l'enfant, Les thérapies en psychiatrie infantile et en Psychopédagogie*. Manzano, J., Palacio, F. & Coll. Lyon: Ed. Césura, 2: 83-93.
- LURIA, A. R. (1973) *The working brain*. New York: Basic Books.
- MAC CULLOCH, P. (1989) A propos d'une intervention systémique à l'école. Quelques réflexions sur son objet, ses objectifs et ses modalités. In: *Soigner l'enfant, Les thérapies en psychiatrie infantile et en Psychopédagogie*. Manzano, J., Palacio, F., F. & Coll. Lyon: Ed. Césura, 2: 95-112.
- MANZANO, A., MARCELLY, I, RODRIGUEZ, S. (1983) *La Réussite scolaire en milieu défavorisé*. Genève: Institut d'Etudes Sociales.
- MANZANO, J. (1986) La théorie de la crise: un point de vue préventif en psychiatrie. In: A. Andreoli, G, Garrone, J. Lalive: *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Ed. Simep-Masson.
- MANZANO, J. (1988) Contribution à la compréhension psychanalytique des processus d'apprentissage de l'enfant psychotique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 5: 205-217.
- MANZANO, J. (1988) La Prévention: une problématique actuelle. *Cahiers psychiatriques Genevois*, 5: 127-140.
- MANZANO, J. (1991) La dépression chez l'enfant. *Ann. Médico-Psichol: à paraître*.
- MANZANO, J., LAMUNIÈRE, M. C., PECKOVA, M. (1987) L'enfant psychotique devenu adulte. Résultat d'une étude catamnastique de 20 ans sur 100 cas. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 35, 5: 429-443.
- MANZANO, J., PALACIO, F. (1984) L syndrome hypomaniaque du jeune enfant *Psychologie médicale*, 16, 4: 729-731.

- MANZANO, J., PALACIO, F. & COLL. (1989) Soigner l'enfant, Les Thérapies en psychiatrie infantile et en Psychopédagogie. Lyon: Ed. Césura, 2.
- MISES, R., FORTINEAU, J., JEAMMET, PH., LANG, J.-L., MAZET, PH., PLANTADE, A., QUÉMADA, N. (1988) Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI, 1: 67-134.
- NICHOLS, P. L., CHEN, T. C. (1981) *Minimal Brain Dysfunction: A Prospective Study*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- OMENN, G. S., WEBER, B. A. (1973) Dyslexia: Search for Phenotypic and Genetic Heterogeneity. *Journal of Learning Disabilities*, 6: 26-34.
- PAPAZIAN, B., MANZANO, J., PALACIO, F. (1991) La Dépression chez l'enfant prépubère. Une étude transversale. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adol.* A paraître.
- PAYOT, F. (1989) Le traitement psychopédagogique. In: *Soigner l'enfant, Les thérapies en psychiatrie infantile et en Psychopédagogie*, Manzano, J., Palacio, F. & Coll. Lyon: Ed. Césura, 2: 65-82.
- PERRENOUD, PH. (1985) *La fabrication de l'excellence scolaire*. Genève: Ed. Droz.
- PIAGET, J., INHELDER, B. (1966) *La Psychologie de L'Enfant*. Paris: PUF, Coll. Que Sais-je, 369.
- RATCLIFFE, S. G. (1982) Speech and Learning Disorders in Children with Sex Chromosome Abnormalities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 24: 80-84.
- RODRIGUEZ, R. (1968) Problèmes d'adaptation des enfants d'immigrants italiens et espagnols à Genève. *Genève: Médecine et Hygiène*, 26: 1284-1286.
- ROUKE, B. P. (1981) Neuropsychological assessment of children with learning disabilities. In: S. B. Filskor & T. J. Boll Eds, *Handbook of clinical neuropsychology*. New York: Wiley-Interscience.
- RUTTER, M. (1982) Syndromes Attributed to Minimal Brain Dysfunction in Childhood. *American Journal of Psychiatry*, 139: 21-33.
- SEGAL, H. (1984) Les troubles de l'apprentissage. Conférence non publiée au Service Médico- Pédagogique.
- SELVINI, M. & COLL. (1980) *Dans les coulisses de l'organisation*. Paris: E.S.F.

- SILVER, L. B., BRUNSTETHER, R. W. (1987) Learning Disabilities: Recent Advances. In: J. D. Noshpitz Eds, Basic Handbook of Child Psychiatry. New York: Basic Books, 5: 354-362.
- STAMBACK, M. (1987) Présentation des Travaux du C.R.E.S.A.S. In: On n'apprend pas tout seul. Interactions sociales et construction du Savoir. Paris: C.R.E.S.A.S., Ed. ESF, 15-17.
- THORNDIKE, E. L. (1913) Educational psychology. New York: Columbia University, Teachers College. 1, 2.
- TORGESSEN, J. L. (1988) The Cognitive and Behavioral Characteristics of Children with Learning Disabilities: An Overview. Journal of Learning Disabilities, 21, 10: 587-589.
- VAN DER VLUGT, H, SATZ, P. (1985) Subgroups and subtypes of learning-disabled and normal children: A cross-cultural replication. In: B. P. Rourke Eds. Neuropsychology of learning disabilities: Essentials of subtype analysis. New York: Guilford Press, 212-227.
- VYGOTSKY, L. S. (1978) Mind in society: The development of higher psychological processes (M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner, & E Soubberman, Eds. and Trans.) Cambridge, MA: Harvard University Press.
- WALLON, H. (1941) L'évolution psychologique de l'enfant. Paris:Colin.
- WENDER, P. H. (1971) Minimal Brain Dysfunction in Children. New York: Wiley-Interscience.

LA POLITICA DE INTEGRACION EN GINEBRA Y SUS REPERCUSIONES *

A. Barthassat **

Introducción

A lo largo de la historia, es precisamente en nombre de la integración como se han desarrollado las medidas de asistencias y de cuidados, así como las clases y las instituciones especializadas.

En Ginebra, a comienzos de siglo, bajo el nombre de la integración, la enseñanza primaria ha abierto para los niños disminuidos o retrasados clases especiales en las escuelas. Por otra parte, se instituyó una comisión médico-pedagógica permanente, que se convirtió en 1908 en el Servicio Médico Pedagógico. Esto explica, por su origen, la particularidad de la situación ginebrina en la cual se imbrican los mandatos de la escuela y del servicio médico pedagógico para la enseñanza especializada.

En la actualidad, hablar de integración es hablar de condiciones de escolaridad para niños y adolescentes afectados por una deficiencia física o mental de la que se derivan incapacidades que conllevan un hándicap más o menos severo. La corriente de integración desarrollada en estos dos últimos dece-

* Transcripción de la Ponencia presentada el 22 de noviembre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes, en Vitoria.

** Pedagogo. Director adjunto del Servicio Médico-Pedagógico de Ginebra.

nios ha suscitado numerosos debates, experiencias y realizaciones que han tenido grandes repercusiones tanto sobre la pedagogía como sobre las medidas médico-psicológicas.

Es preciso reconocer que las inversiones admitidas para la adaptación de la escuela a este tipo de población cuya deficiencia es conocida, medida y a veces, en parte, compensada no han conllevado, de facto, la misma comprensión para otros alumnos para los cuales las condiciones escolares tampoco se adaptan. Es posible esperar con optimismo que los progresos reconocidos por todos para el primer tipo de población traerán en los próximos años la misma apertura, la misma comprensión y las mismas ópticas de ajuste y de investigación para todos aquellos para los cuales las condiciones todavía son desfavorables, bien sea en la escuela ordinaria o en la enseñanza especializada. La reflexión realizada sobre los progresos reconocidos por todos para la primera categoría debería, en efecto, ser aprovechado por los de la segunda categoría.

He decidido dividir mi exposición en tres partes con el fin de que podamos debatir desde un punto de vista interdisciplinario, una serie de puntos de partida comunes:

- La Evolución de los Movimientos y de las Contradicciones.
- La Concepción de nuestra Política de Integración.
- Las Repercusiones sobre nuestro cuadro conceptual en Pedagogía, en la Enseñanza especializada.

LA EVOLUCION DE LOS MOVIMIENTOS Y DE LAS CONTRADICCIONES

El estudio histórico y evolutivo de los diferentes puntos de vista, de los modelos explicativos, de las estructuras pertinentes y de la formación del personal pone en evidencia tres períodos, tres ideas-motor, cada una de las cuales da sentido al conjunto del dispositivo educativo y terapéutico del momento.

El concepto de infancia inadaptada. Hasta los años 60 se funda sobre tres aspectos teóricos:

- La concepción organicista de las causas de los handicaps escolares y mentales.
- El modelo de comprensión psicológica centrado sobre la idea de funciones separadas.
- La óptica instrumental que conlleva la investigación de métodos pedagógicos y de técnicas de reeducación muy específicas.

Paralelamente al desarrollo de técnicas, se desarrollan las profesiones, las clases y los centros muy especializados.

Desde los años 60 la puesta en cuestión de estas bases teóricas influye sobre los modos de actuación en beneficio de un **concepto de adaptación**. Se toma en cuenta la escuela y el niño para ajustarlos la una al otro.

Del mismo modo ocurre con el cuestionamiento de las dos nociones fundamentales: El modelo que describe la personalidad y la noción de debilidad.

- En lo que concierne a la personalidad, los modelos estructurales y dinámicos de comprensión de la personalidad se apoya sobre la idea de que el todo no es reductible a la suma de elementos que lo componen. Por lo tanto, sobre lo que es preciso centrarse es sobre las relaciones entre esos elementos. La personalidad, en su evolución dinámica, integra no solamente las dimensiones de la historia personal y de la cultura, sino también las del inconsciente y el trabajo que éste efectúa en cada uno. Más que el estado actual es la historia individual lo que prima así como las capacidades evolutivas. Más que los conocimientos inculcados lo que se busca es el desarrollo personal.
- La noción de debilidad explota bajo la presión de tres movimientos:

- El de la pedagogía que toma por objetivo propio la lucha contra el fracaso escolar.
- El de la sociología, que pone en evidencia el papel de los factores económicos, culturales y sociales en la producción de los fracasos escolares.
- El de la psicopatología, que demuestra la importancia de las perturbaciones relacionales precoces en la determinación de las deficiencias mentales.

Este período corresponde a una primera modificación de las prácticas pedagógicas, al desarrollo de la ayuda individualizada y de los tratamientos ambulatorios, en un movimiento de adaptación y de ajuste al niño. Las nuevas concepciones han tenido ya como consecuencia el mantenimiento en la escuela ordinaria de alumnos que antaño eran colocados en estructuras especializadas bajo etiquetas como débiles ligeros, caracteriales o casos sociales.

Al final de los años 60 se desarrolla el **concepto de integración** bajo la ideología del derecho a la diferencia.

- El servicio médico pedagógico desarrolla su política de acción mediata intensificando su colaboración con la escuela, en una óptica de prevención. Desarrolla sus programas de apoyo, buscando para todo niño con dificultades en la situación escolar la posibilidad menos restrictiva. Inventa diferentes estructuras y programas para los niños con dificultades escolares, para los niños no francófonos y para la integración de los niños disminuidos.
- Este es también el período de instalación de la educación y del asesoramiento parental para los niños disminuidos físicos, sensoriales y mentales.

Se oponen, en consecuencia, las concepciones de integración social y el acogimiento institucional. Postulados ideológicos y slogans que conducen a debates a menudo pasionales,

oponiendo integración y marginación. Este conflicto ideológico tiene por efecto estimular la reflexión de los profesionales en el seno de las instituciones y la de los padres en el seno de las asociaciones.

De una oposición pasamos progresivamente a una complementariedad. De integraciones reivindicativas, salvajes, bienhechoras, pasamos a integraciones negociadas, evaluadas, apoyadas, supervisadas.

Las confrontaciones de los diferentes puntos de vista como, el análisis de las prácticas, los balances, la relación entre investigación fundamental e investigación en la práctica han originado, tras 20 años, las siguientes **consecuencias**:

- Un saber constituido que asegura una complementariedad interdisciplinaria.
- Una reconsideración total del marco de la enseñanza especializada.

No hemos salido todavía de este período de turbulencias y de clarificación. Las múltiples referencias utilizadas no se anulan unas a otras y continuamos influenciados por diferentes corrientes, sin que eso sea siempre explícito.

La evaluación de las prácticas pone en evidencia nuevos problemas nacidos del progreso. Las contradicciones en las que debemos reflexionar en la actualidad con espíritu crítico y ambición deberían poder ser superadas en provecho de los niños cuyo desarrollo e inserción nos preocupan así como en provecho de las ciencias humanas en general.

CONCEPCIONES DE UNA POLITICA DE INTEGRACION

Integrar es acoger, recibir, incorporar.

Integrarse es formar parte activamente de un grupo.

Asegurar las condiciones de una integración activa no es, por tanto, simplemente colocar a un niño diferente entre los

otros, sino que es también permitirle ser un verdadero miembro del grupo, desarrollando y consolidando su identidad, con sus diferencias y sus semejanzas.

Es crear todas las condiciones que permitirán al grupo acogerle y asociarle, aceptando la diferencia, así como las limitaciones y modificaciones necesarias. Es sobre todo, poner en evidencia las verdaderas semejanzas alrededor de los intereses, de las experiencias, de los descubrimientos, de las actuaciones sobre el medio, de las interacciones, de las relaciones, de los recursos, de los proyectos.

Mucho más allá de un medio generoso o tolerante lo que importa es que el niño tenga la posibilidad de participar realmente en los proyectos comunes con sus medios y que encuentre en ello satisfacciones, que tome conciencia de sus límites y de sus capacidades, siendo los unos aceptados y las otras valoradas a fin de que él se sienta un compañero válido y reconocido.

La posibilidad de integrarse en un grupo está por tanto ligada por una parte a la identidad, y por otra parte a las competencias.

Cuanto más se refuerce la identidad, más se utilizarán las competencias, mejor será la integración, es decir, el papel activo del individuo en el grupo. Esto es necesariamente interactivo y es precisamente a las capacidades de interacción del individuo y a las sollicitaciones del medio a lo que habrá de interrogar tanto para la elaboración del proyecto como para la evaluación de las prácticas.

Nuestra lectura de los efectos sobre todo estará centrada en la comprensión que el niño tenga de las situaciones y de las propuestas, así como sobre la manera en que él las trata más que sobre las posibles acciones voluntaristas y generosas de su medio. Las condiciones, las actividades, los modelos no tendrán efecto más que a partir del sentido que el mismo niño

construye. Por tanto, es preciso partir de la manera en que el niño se representa las cosas para hacer evolucionar sus conocimientos y sus capacidades.

Existen dos riesgos fundamentales:

Las condiciones escolares inapropiadas o incomprendidas que pueden marginar violentamente a un niño, frenándole en la constitución de sus competencias, desvalorizándole en su estima personal. Esto es sabido y admitido desde hace mucho tiempo y cada profesional trata de resolverlo en sus propias condiciones.

Lo que es menos sabido y menos fácilmente admitido es que, desde el punto de vista del niño, la preocupación por hacer lo mismo que los otros, por ser aceptado, por parecerse a sus camaradas, puede constituir una búsqueda de normalidad, incluso de simulación en detrimento de su identidad y de la constitución de sus competencias.

El “ambiente natural” no puede ser considerado como estimulante y benéfico más que para aquél niño que sea consciente de sus capacidades, de sus límites, de sus estrategias y que evalúe por sí mismo la eficacia y que perciba por sí mismo las especialidades, la originalidad, el desarrollo y la utilización que él mismo hace.

No hay razón para oponer ideológicamente estructura especializada a estructura ordinaria, sino que lo que hay que hacer es reforzar el trabajo habitual, en complementariedad, en responsabilidad compartida, alrededor del niño y con su familia.

Entre los medios de integración escolar nosotros distinguimos:

- LA INTEGRACION COMPLETA EN LA ESCUELA ORDINARIA: El niño disminuido puede comprender el sistema y sus objetivos; puede desarrollar sus propias estrategias.

- LA INTEGRACION ESCOLAR PARCIAL: El niño es confrontado al sistema escolar para tomar conciencia de sus diferencias, de sus semejanzas, de sus capacidades y de sus límites.
- LA INTEGRACION EN GRUPO: Los disminuidos se encuentran en una clase ordinaria, alrededor de un proyecto común, donde se puede valorar la reciprocidad de las aportaciones de cada uno.
- LA INTEGRACION DE GRUPOS INSTITUCIONALES EN LAS ESCUELAS ORDINARIAS: Los niños viven las normas de un edificio escolar, encuentra,compañeros válidos, pueden participar en ciertas actividades e integrarse con los demás de un modo más regular.

Cada integración de un niño disminuido es tratada individualmente. Es objeto de una presentación y de informaciones precisas que conducen a un contrato establecido con los enseñantes sobre la base de su adhesión al proyecto, tomando en consideración los siguientes elementos:

Se toman en consideración los siguientes elementos:

- La deficiencia, las posibilidades de recuperación y de compensación por el mobiliario, el material, por la organización del espacio.
- La historia del niño y sus diferentes contextos de vida.
- Sus posibilidades afectivas, sociales y cognitivas.
- Los deseos de integración.
- La disponibilidad de apoyos externos.
- Los apoyos al enseñante para el trabajo interdisciplinario.
- La disminución de los efectivos y las condiciones de la clase de acogida.

De este modo, gran número de alumnos afectados por una deficiencia severa han podido ser acogidos en la escuela ordinaria de su barrio. Siguen de manera cualitativa y con aprove-

chamamiento en torno a su progreso y su funcionamiento particular evita la trampa de una pedagogía compensatoria. A menudo, esto ha implicado, para las generaciones anteriores, bien una investidura próxima al heroísmo, bien una hiperadaptación en detrimento de su propia personalidad.

Los decretos de apoyo a la integración deben salvaguardar al niño de estas amenazas.

Propuestas de apoyo a la integración:

- Coordinar las diversas acciones previstas en el proyecto escolar o de formación del niño y del adolescente.
- Elaborar y ajustar el proyecto en función de cada individuo. de sus intereses, de sus capacidades, de sus límites, de sus referencias, de su historia.
- Asegurar, definiéndolas, las condiciones materiales y psicológicas necesarias.
- Ayudar al reforzamiento de la identidad, tanto mediante los comportamientos sociales e intelectuales como en la autoevaluación y la imagen de sí mismo.
- Ayudar a identificar los haberes útiles y accesibles.
- Ayudar a tomar conciencia de las competencias adquiridas y provocar su evolución.
- Reforzar el uso de los instrumentos del lenguaje, matemáticos y gráficos necesarios para el tratamiento del mundo que le rodea y para la apropiación de los conocimientos.

Un modelo tal implica para el que lo asume:

- Una actitud de coordinación entre los diferentes profesionales a los que compete el joven disminuido.
- Una evaluación de las diferentes manifestaciones prácticas, intelectuales y comunicadoras, en relación con los usos que puede hacer socialmente de ellas.

- Una voluntad de percibir las adquisiciones, interrogativas o aspiraciones del joven y hacerlas valer cerca de sus compañeros.
- Tiempos de discusión con el joven con el fin de esclarecer sus expectativas y las de su medio, haciendo que sean exigencias recíprocas
- Tiempos de discusión con los adultos comprometidos.

Los sistemas diferentes en los que se insertan los jóvenes no están previstos para una minoría o para una excepción. Por tanto, es importante evaluar lo que es accesible y estimulante (para convertirlo en exigente y ambicioso). Lo que no lo es, debe ser negociado en vistas a su derogación.

LAS REPERCUSIONES DE UNA POLITICA SOBRE EL MARCO CONCEPTUAL DE LA ENSEÑANZA ESPECIALIZADA

Las políticas de prevención, apoyo e integración han provocado numerosos cambios, nuevas funciones y nuevas estructuras y procedimientos que han modificado considerablemente los datos de base, sobre todo los de ingreso en enseñanza especializada.

En los años 70, los ingresos en estructuras especializadas han disminuido alrededor de la mitad (de 1600 a 700). Como reacción, este movimiento ha conllevado de manera dinámica una reconsideración de los objetivos y de los modos de actuación para la importante minoría de niños-alumnos afectados por una deficiencia severa o por trastornos mayores de la personalidad y para los cuales la indicación de ingreso en el sector especializado se plantea de manera positiva.

Todos estos no pueden ser admitidos o mantenidos en el sistema escolar ordinario según la definición de los grados, de los programas, de la evaluación y de las convenciones ordinarias.

Por tanto, es preciso caracterizar eso que se llama “enseñanza especializada” de una forma diferente a la que la relaciona según aquellos criterios que la ponen en desventaja. Este trabajo de búsqueda y de elaboración se hace en solidaridad con la escuela, puesto que nosotros pertenecemos al sistema. Por otra parte, las medidas de apoyo de la escuela para los alumnos con dificultades no han dado los beneficios esperados. Se trata de extraer enseñanzas de estas experiencias actuales, y es precisamente en este nivel en el que nuestras experiencias de integración de niños disminuidos pueden suponer un aporte muy rico a la escuela en general, siempre que sepamos ponerlos en evidencia (acceso a los datos, técnicas, instrumentación).

Hemos partido de algunas grandes cuestiones en torno a nuestras prácticas:

- ¿Cómo plantear de otro modo el problema del aprendizaje para no reproducir condiciones desfavorables, manteniendo al mismo tiempo el espíritu de lo que son los criterios de selección si se toma como objetivo la reinserción?
- ¿Cómo salir de las tesis habituales expresadas bajo dos formas: que se fundan o bien en la desigualdad natural de distribución de los potenciales y que engendran clasificaciones y segregación; o bien en aquellas que se fundan en el respeto a las diferencias y a los ritmos individuales y que a menudo conllevan su estimulación ambas consideran.
- Las capacidades de un sujeto y la acción pedagógica como dos fenómenos independientes y netamente separados en el tiempo.
- ¿Cómo evitar hacer del “bienestar” o de la salud mental la condición previa para las propuestas de actividades que favorecen los aprendizajes y que son precisamente una de las razones del “bienestar”?

- Más allá de los resultados y de las adquisiciones medibles o manifiestas ¿qué es lo que llega a ser realmente “competencia”: es decir, poder ir más lejos en la actividad, darle un sentido, encontrar un placer, sobre todo cuando hay obstáculo, problema, cuestionamiento, desestabilización, que son las verdaderas bases de cualquier aprendizaje?
- ¿Cómo no reforzar una separación (esperando que todo se arregle con la madurez o con el bienestar), sino estimar y saber en qué momento, en qué contexto, estos niños deberían ser confrontados a los diferentes sistemas y a sus convenciones?

¿Qué cambios? ¿Por qué?

Los diversos modelos pedagógicos centrados al hilo de la historia sobre la transmisión, la reeducación, la compensación, el descubrimiento, el control, en tanto qué marco teórico pedagógico nos han conducido a menudo a la reproducción –en pequeño grupo o individualmente– de condiciones que han mostrado su ineficacia.

Desde hace mucho tiempo se sabe que es posible provocar cambios y procesos. La cuestión que permanece es: ¿qué es lo que queda cuando terminan el apoyo o el acompañamiento?

Desde el punto de vista pedagógico ¿es posible ocupando un lugar menos “magistra” (es decir primero promover y después evaluar) obtener más modificaciones estructurales que en nuestros modelos clásicos?.

El marco que sostiene nuestras propuestas pedagógicas está fundado sobre los modelos constructivistas e interaccionistas.

El niño aprende actuando sobre aquello que le rodea: sus compañeros, su familia, los adultos que intervienen sobre él.

Es él quién trata las informaciones a las cuales da un sentido que construye él mismo a partir de sus propias actividades, reales o mentales. Las representaciones y las operaciones mentales nacen y se estructuran a partir de la acción ejercida sobre el medio.

Con este fin, el enseñante trabaja para desarrollar las situaciones que provocarán en el niño actividades del lenguaje, matemáticas y gráficas. Estas actividades son las condiciones por las cuales el niño adquiere los conocimientos intelectuales, culturales y sociales.

Leer, escribir, contar no son objetivos en sí mismos, sino medios de acceso a los conocimientos, medios de aprendizaje. Utilizándolos es como éstos se desarrollan y se refuerzan.

En esta acepción, no se puede separar del exterior la materia a aprender o los métodos de enseñanza según niveles de aprendizaje (prerequisitos, mecanismos, utilización). Por el contrario, todos los niveles de tratamiento son susceptibles de manifestarse a propósito de una tarea. Es importante, por tanto, ligar los procesos y los efectos a las condiciones de la experiencia o de la producción.

Lo que ocurre más a menudo es que sean las condiciones las que están perturbadas y no los procesos de aprendizaje mismos. Se trata, por tanto, para el enseñante especializado, de asegurar la relación y la comunicación para poder revelar en el niño aptitudes o posibilidades, incitarle a emprender la tarea que se le propone, acompañarle en el tratamiento del material o de las informaciones, explicitar aquello que se comprende de sus producciones, por qué emprende una tarea, lo que se espera de él.

El desarrollo se verá favorecido por diferentes tipos de mediación:

1. El niño, desde su más tierna edad, trata con los objetos de su entorno a partir de la utilización que hacen de ellos los

adultos que le rodean. Los juegos, las construcciones, los libros, los dibujos, el teléfono, la radio, etc., son utilizados, manejados, por el entorno en un contexto cultural. Es mediante los usos familiares, sociales y culturales como el niño construye las significaciones y atribuye sus valores.

2. En tanto la relación y la comunicación se establecen, el niño se identifica con modelos. La observación-imitación de personas experimentadas es también una mediación fundamental. El niño ve actuar a los demás a todo su alrededor. De este modo se constituyen las reglas (pasos de peatones, comidas,...), las competencias (jugar al fútbol, cortar la carne, cambiar una rueda) y los saberes (relatos, opiniones, testimonios, lecturas, juicios).
3. Hay numerosas interacciones entre las personas que comunican, aprenden y actúan, todas ellas fundadas sobre la relación. Para participar en ellas y desarrollarlas es preciso cumplir cuatro condiciones pedagógicas:
 - Una distancia reducida entre el nivel previo y el nivel previsto (cf. trabajos de Vygotski).
 - Intercambios y confrontaciones de puntos de vista, por tanto heterogeneidad de las representaciones y de los conocimientos (cf. trabajos de Doise, Mugny, Perret-Cle-mont, Shubauer).
 - Posibilidad de elección entre varias conductas posibles, es decir, observaciones mutuas y negociaciones (cf. trabajos de Bruner Piaget).
 - Respuestas o explicaciones a preguntas que se plantean.
4. Según las relaciones que establece, el niño pertenece –en diferentes momentos– a su familia, a un grupo, a varios grupos, a una clase, a una institución, a un barrio, a una ciudad, a un centro de ocio. Es el conjunto de estos grupos lo que constituye para el su espacio de desarrollo y de aprendizaje. Es él quien establece los lazos, sus propios lazos. Para facilitar sus relaciones, es preciso de todos estos lu-

gares educativos una estimación y una información recíprocas.

La multiplicidad y la frecuencia de estas mediaciones: usos sociales, intercambios interpersonales, presencia de modelos y de proposiciones, y relación entre los diferentes medios exigen de todos otra concepción de la evaluación. Las integraciones conseguidas –es decir, aquellas que han conducido al reforzamiento de la identidad y de las competencias– nos lo confirman.

Son capacidades a desarrollar las que están en la base de las propuestas. La adquisición de nuevas performances y conocimientos se basan en las experiencias y las representaciones constituidas en el curso de la historia individual. Se trata de manifestarles y hacerlas evolucionar, antes que plantearse objetivos que no están ahí. El enseñante debe saber como se constituyen las nociones para evitar inculcarlas. Son las condiciones de las mediaciones citadas antes lo que él debe crear y desarrollar.

Comparar al niño consigo mismo en su desarrollo, es trabajar sobre la modificación de sus representaciones y no sobre los altos evolutivos. Es devolverle a él –al niño– las capacidades para evaluar lo que sabe, lo que querría saber, la manera en que actúa. Los niños disminuidos físicos o sensoriales nos han mostrado particularmente esta capacidad desde su más tierna edad: la “reflexión sobre” (metacognitiva) es posible y eficaz para el desarrollo de las estrategias de aprendizaje.

Esto implica que trabajar en interdisciplinariedad es confrontar las lecturas que puede hacer cada profesional –así como la familia– de los comportamientos, producciones y representaciones y manifestaciones del niño.

Las actividades de evaluación no hay que confundirlas con las actividades de comunicación y de aprendizaje, las cuales

dependen de condiciones en las que el niño se encuentra para tratar el material y las informaciones a su disposición; lengua, matemáticas, grafismo son ante todo útiles de representación y de acceso a los conocimientos. No seguirlos considerando como disciplinas de enseñanza permitiría tener más tiempo:

- Para utilizarlos regularmente, frecuentemente.
- Planteando con más intensidad los conocimientos culturales y sociales que son la razón de ser de la instrumentación.

En resumen, los fines de la escolaridad especializada siguen siendo la constitución de medios de acción socializados como el uso de la lengua oral, el uso de la lengua escrita, el uso del cálculo y de las medidas, el desarrollo de los conocimientos sobre el medio cultura.

Estos medios de acción se adquieren en un proceso continuo cuyo nivel no depende solamente del sujeto sino sobre todo de las condiciones en las que se encontrará para tratar su medio ambiente. Un aprendizaje se define por el paso a un estado diferente. Es el hecho de “el niño que aprende” lo que construye o reconstruye el objeto de aprendizaje que le es propuesto o que él elige. Según el objetivo de aprendizaje, el niño moviliza sus estrategias –positivas o negativas– con el valor preciso que él le atribuya y con sus conocimientos previos. Los conocimientos previos y el valor atribuido dependen de toda su vida, en un medio dado sobre el cual él actúa. Esta interacción constante y total del individuo con los otros individuos y objeto del entorno excluye una concepción escindida entre lo afectivo, lo relacional, lo socio-cultural y lo intelectual.

El enseñante puede elegir sus acciones, puede observar las acciones del niño que aprende, pero no puede saber lo que se produce entre los dos. Este producto es precisamente la adquisición propia del niño.

CONCLUSION

Queremos subrayar la complementariedad entre las integraciones parciales o totales y la enseñanza en las clases e instituciones especializadas, con la necesidad de un trabajo interdisciplinario que garantice diferentes “lecturas” o interpretaciones de los comportamientos y de los aprendizajes.

Demasiado a menudo el enseñante especializado en situación de urgencia no puede controlarlo todo y programarlo todo. Sin embargo, él tiene interés en desarrollar en todas las relaciones en las que el interviene un clima interactivo entre los niños. Por otra parte, es preciso confrontar su lectura de los hechos con la de otros profesionales. La diferenciación pedagógica a la cual tiende, no consiste en una enseñanza individualizada. Es la evaluación y el proyecto lo que son individualizados y no las situaciones de aprendizaje; este es uno de los beneficios buscados en la integración.

Si el aprendizaje se define como un paso a un estado diferente, también es cierto que se implica con un sistema de valores. El papel de las interacciones es fundamental y son ellas lo que es preciso favorecer en ciertas tareas comunes. Los puntos de vista diferentes siempre que se les solicite son a la vez constructores de conocimientos y proveedores de instrumentos del lenguaje, matemáticos y gráficos. En efecto, estos códigos se aprenden mucho más que se enseñan.

El niño en desarrollo hace y deshace sus lazos. Es a él a quien hay que devolverle una parte de la evaluación, la de sus adquisiciones personales, así como la de sus comparaciones con los demás. Las integraciones de niños disminuidos muestran que esto es posible y más aún válido para todos.

Sólo se aprende a partir de problemas, de obstáculos, de preguntas, de desestabilizaciones. La motivación se inscribe sobre la noción de necesidad y no solamente sobre la de placer. El niño disminuido que lo ha comprendido precede muy a

menudo al adulto en el sistema de compensación que él mismo utiliza.

El enseñante-mediador explicita la utilidad de las tareas, pone en evidencia las informaciones y el material, da la palabra, hace explícitas las representaciones diferentes, explicita las suyas, propone situaciones nuevas. En esta óptica, la evaluación no puede ser comparativa, ya que no tiene ningún estatuto de objetividad (excepto por la selección que es también una de las funciones de la escuela).

Las actividades y tareas propuestas se definen para incitar al alumno a tratar la información, a ensayar, experimentar, reajustar sus acciones. Todo ello que él descubre conlleva nuevos interrogantes incluso en los modelos de los cuales se apropia. Todo conocimiento se elabora progresivamente con un sentido. En esta óptica las interacciones sociales juegan un papel primordial. Es en los lazos donde ellas se desarrollan más cualitativamente desde el punto de vista del niño donde podemos hablar de integración.

Las prácticas pedagógicas así aplicadas nos parecen más próximas a las concepciones terapéuticas. Las profesiones médico-psicológicas pueden participar en las modificaciones que esto exige, pensando ellas también de otro modo en las condiciones del aprendizaje.

DISARMONIAS EVOLUTIVAS, PATOLOGIAS LÍMITES Y TRASTORNOS DE LOS APRENDIZAJES*

R. Mises**

Resumen:

Las disarmonías evolutivas consisten en perturbaciones complejas que comprenden de forma intrincada tanto trastornos de la personalidad como disarmonías en el desarrollo de las grandes funciones instrumentales; recientemente, desde el punto de vista estructural se han hecho precisiones importantes gracias a los estudios sobre las patologías límites en la infancia. El tratamiento exige abordajes multidimensionales que en algunos casos, necesitan del apoyo de un centro terapéutico a tiempo parcial.

Las disarmonías evolutivas (1) del niño consisten en perturbaciones complejas, insertas en un proceso que se inicia precozmente y que conserva durante mucho tiempo potencialidades evolutivas diversificadas. Las manifestaciones clínicas se expresan a través de trastornos de la personalidad mezclados con disarmonías importantes en el desarrollo de las grandes funciones instrumentales y cognitivas; la sintomatología es

* Ponencia presentada el 22 de octubre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria. Traducción realizada por Xabier Tapia

** Profesor de Psiquiatría del niño en la Facultad de Medicina de París Bicêtre, Fondation Vallée, 7 rue Benserade - 94257 GENTILLY Cédex.

(1) R. MISES "Les dysharmonies évolutives de l'enfant", in "Cinq études de psychopathologie de l'enfant", Toulouse, Ed. Privat, coll "Domaines de la Psychiatrie", 1981, pp. 33-56.

polimorfa, varía de un niño a otro, y se modifica en un mismo sujeto a lo largo de la evolución.

Desde el punto de vista psicopatológico, el elemento esencial está representado por una conjunción de mecanismos estrechamente articulados entre si como en una especie de “mosaico” en el que no se acierta a adjudicar una función preponderante a uno u otro de los parámetros que lo constituyen. De esta manera, se descubren en un mismo niño síntomas, rasgos, posiciones que se sitúan en diferentes registros –neurótico, psicótico– a veces psicopático u otro. Si predominase alguno de estos parámetros, bastaría con calificar una estructura de neurótica, psicótica o psicopática pero en las disarmonías evolutivas los diferentes planos se nos muestran indisociables; en consecuencia, estas organizaciones, por definición, no se pueden reducir a ninguno de sus componentes que siempre hay que reaprehenderlos dentro de los lazos dialécticos complejos que los unen. A lo sumo, en algunos casos, cabe reconocer la prevalencia relativa de ciertos mecanismos, lo que ha permitido, por ejemplo, establecer un margen entre formas de vertiente psicótica en las que prevalecen la modalidades arcaicas y las formas de vertiente neurótica en las que ocupan un lugar importante las aberturas de un nivel más evolucionado; pero hay que utilizar con prudencia esta terminología que ya hoy en día me parece superada gracias al estudio de las patologías límites de la infancia cuya individualización a partir de un tercer eje ha permitido superar una dualidad simplificadora basada en la oposición neurosis-psicosis. Volveremos sobre ello.

Desde el punto de vista nosográfico, (2-3) dada su definición, se suelen discutir los límites entre las disarmonías evolutivas y las formas centrales de la neurosis, la psicosis, de las

(2) R. MISES et al “Classification Française des Troubles Mentaux de l’Enfant et de l’Adolescent”. La Psychiatrie de l’enfant, 1988, 1, 63-134. Publicado en castellano en Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil, 1990.

(3) Classification Française des Troubles Mentaux de l’Enfant et de l’Adolescent, C.T.N.E.R.H.I., diffusion PUF.

psicopatías y otros trastornos de la personalidad; pero por otro lado, también hay que precisar las fronteras con respecto a las organizaciones caracterizadas por una patología exclusiva o predominante de tipo instrumental o cognitivo. En efecto, en las disarmonías evolutivas, los trastornos del lenguaje, la psicomotricidad y la inteligencia ocupan a veces un lugar tan importante que llegan a constituirse en el motivo principal de la consulta; pero en estos casos, lejos de ser exclusivos y estar fijados, estos trastornos se suelen insertar dentro de un proceso complejo y evolutivo que nos obliga a tener en cuenta una aprehensión de los diferentes parámetros subyacentes tanto en la organización estructural como en las modalidades de intercambio e investimento que une al niño con su entorno.

Entendidas así, las disarmonías evolutivas incluyen necesariamente trastornos del aprendizaje que en el niño se expresan en primer lugar a través de los retrasos del desarrollo y después, al entrar en la escuela, a través de las dificultades en el aprendizaje escolar.

Desde el punto de vista etiopatogénico, se suele poner el acento a menudo en la precocidad y la gravedad de las carencias afectivas, sociales, y educativas y en así como aquellos acontecimientos que, muy pronto, han ocasionado rupturas y distorsiones en el establecimiento de los vínculos afectivos; todo ello correlacionado con la inscripción de fijaciones precoces que van a obstaculizar la elaboración de posiciones neuróticas evolucionadas; sin embargo, el interés por las condiciones del entorno no debería impedir el poder tomar en cuenta también y de pleno derecho los factores de tipo neurobiológico: los podemos encontrar en el origen mismo de las primeras inflexiones, por ejemplo, en los niños prematuros en los que los disfuncionamientos del sistema nervioso intervienen de forma evidente, pero sin minimizar por ello todo aquello que tiene que ver de forma paralela con las interacciones establecidas entre el niño y su entorno familiar. De lo que se deduce que resulta indispensable hacer una aproximación psi-

copatológica que impida el recurso a un modelo explicativo simple que conduciría a oponer en algunos casos la organogénesis y en otros la psicogénesis; en las disarmonías evolutivas se observa muy bien cómo pueden entrar en interrelación dialéctica las dos series de factores para mantener un proceso cuyas formas de expresión son diversas, lo que nos obliga constantemente a una aproximación multidimensional.

La forma en que acabo de situar en líneas generales el concepto de disarmonía evolutiva ha sido bien recibida por los clínicos; permite, en efecto, dar cuenta de hechos patológicos que no entran dentro de los cuadros excesivamente restrictivos de la nosografía tradicional; esta perspectiva permite así mismo proponer unas bases interesantes para una aproximación psicopatológica de orientación dinámica capaz de tener en cuenta la complejidad de ciertos trastornos evolutivos del niño; este punto de vista multidimensional permite así mismo reconocer la originalidad de los vínculos que unen al sujeto con su entorno familiar. Sin embargo, el propio éxito obtenido por este concepto de disarmonía evolutiva plantea problemas ya que a veces, se abusa tanto de él como diagnóstico que se llega a traspasar de forma indebida la frontera de las categorías limítrofes. Frente a este problema, me he dado cuenta de que la referencia psicopatológica central de las disarmonías evolutivas, es decir, la conjunción en mosaico de mecanismos psicopatológicos de diferentes niveles, ha llevado a retener sobre todo aquellas modalidades ya conocidas que pertenecen a categorías cercanas, en particular a las de la psicosis y de la neurosis; de ahí que se hayan descuidado las investigaciones centradas en la búsqueda de componentes estructurales propios de estas disarmonías evolutivas.

Recientemente me he vuelto a ocupar de este problema en unos trabajos sobre las patologías límites de la infancia (4) que

(4) R. MISES "Les pathologies limites de l'enfance", Paris Ed. PUF, coll "le fil rouge", 1990.

se sitúan entre las neurosis y las psicosis y que se inscriben dentro de unos procesos evolutivos complejos. Para su análisis me he basado en los estudios acerca de los estados límites de los adultos que seguramente se asemejan desde el punto de vista estructural a los funcionamientos límites de la infancia; pero hacía falta reconocer la movilidad de los procesos durante las edades más jóvenes, en comparación con la organizaciones más fijas de la edad adulta; me refiero a esto cuando introduzco en mi terminología la referencia, no ya a un “estado” sino a una “patología” límite cuyas virtualidades son mayores.

Desde este punto de partida y gracias al estudio de estas patologías límites de la infancia se pueden aportar nuevas ideas al estudio de las disarmonías evolutivas: voy a hacer un breve resumen.

En estos niños la discontinuidad de los procesos de los cuidados maternos así como la fragilidad anaclítica son constantes y llevan a una inscripción precoz de fallas narcisistas graves y de fracasos notables en los movimientos de individuación-separación; sin embargo, a pesar del daño ocasionado por esta vía al desarrollo de las bases de la vida mental, estos niños se diferencian de los psicóticos especialmente en que acceden –aunque solo sea de forma sectorial– a unas capacidades adaptativas bastante satisfactorias, apoyándose en las escisiones del yo siguiendo el modelo de “Falso Self” descrito por Winnicott.

A partir de ahí, el sujeto puede movilizar, por un lado, una serie de capacidades valoradas como suficientes por las normas habituales, pero por otro, persiste en él un pensamiento animista y prelógico, manteniéndose entre el niño y sus padres una serie de modalidades de control narcisista y de vínculo anaclítico, sostenidas por defensas arcaicas como la negación.

Así pues, la profunda heterogeneidad de estas estructuras explica el por qué de muchas de las lagunas que estos niños

presentan, sobre todo en las funciones de simbolización, de fantaseo y de ligazón. a pesar de una adaptación superficial. En la clínica habitual, se suelen observar sobre todo los fallos de organización del espacio potencial de WINNICOTT: estos niños suelen carecer de objetos transicionales y son incapaces de jugar solos en presencia de la madre y más tarde no disponen de la libertad fantasmática necesaria para poder jugar con los pensamientos y las representaciones en un espacio intermedio entre el mundo interior y la realidad externa, a partir del cual se consolida la autonomía psíquica y se desarrolla en el niño normal el placer experimentado en la ejercitación del funcionamiento mental. Por el contrario, el niño que evoluciona hacia una patología límite está afectado en su capacidad de pensar: en determinadas circunstancias, sus modalidades adaptativas se encuentran tan desbordadas que llega a experimentar un verdadero dispositivo de su espacio psíquico acompañado de fenómenos importantes de sideración. Insisto en estos mecanismos porque a las perturbaciones del pensamiento observadas en estos casos y que representan un motivo serio de fracaso en los aprendizajes escolares se añaden otros componentes que voy a tratar de evocar brevemente: se trata de *la vulnerabilidad ante la pérdida de objeto, la depresión, los daños narcisistas y los trastornos de las grandes funciones*.

Las amenazas de pérdida de objeto se suelen expresar clínicamente a través de las angustias de separación que a menudo ocupan un lugar privilegiado en el cuadro clínico adoptando la forma de fobias escolares graves y de ataques de pánico. Las manifestaciones más espectaculares se suelen observar sobre todo coincidiendo con las primeras separaciones de la madre, en el momento de la entrada en el preescolar; en los niños un poco mayores que se encuentran en educación primaria estos componentes siguen estando presentes pero suelen influir de una manera más insidiosa bloqueando los nuevos investimentos y reforzando los vínculos ritualizados y mágicos mantenidos con la madre, a menudo con la complici-

dad de ésta última; en clase, estos niños no dejan de pensar en su marco familiar y frecuentemente suelen desarrollar junto con su madre formas de reaseguramiento mutuo bastante sorprendentes como cuando está última por ejemplo viene a mostrarse desde lejos a su hijo en cada recreo.

En lo que respecta a la depresión, suele ser constante y tiene que ver con la falta de elaboración de la posición depresiva de M. Klein; clínicamente las manifestaciones depresivas suelen ser más o menos evidentes por lo que me voy a limitar a citar aquellos aspectos más relevantes en los que la actividad psíquica se encuentra masivamente obstaculizada debido a la ralentización ideo-afectiva, a la fijación a los aspectos fácticos y al repliegue hacia actividades estereotipadas y desvitalizadas. Sin embargo, en algunos niños y como reacción a las manifestaciones depresivas se suele producir una negación tanto del sufrimiento psíquico como de la impotencia dolorosa por medio de la movilización de las defensas maníacas, hasta tal punto que las actuaciones y los trastornos de conducta pueden llegar a encubrir la depresión y constituirse en el síntoma dominante de un rechazo escolar manifiesto.

Otro parámetro importante proviene de las fragilidades narcisistas inscritas ya muy precozmente. Estas últimas entrañan un sentimiento de incapacidad básica ligada a una representación de sí mismo especialmente desvalorizada; así mismo estas posiciones están alimentadas por los componentes depresivos y por la falta de disponibilidad de la vida psíquica; estos niños están afectados en su capacidad de sublimación y en su creatividad y no son capaces de elaborar ideales estimulantes ni mantener experiencias que les permitan asegurar su autoestima. En este contexto y debido a los fracasos experimentados en sus aprendizajes, especialmente en el ámbito escolar, se ven sometidos a una repetición de heridas narcisistas; bastante a menudo se ve cómo surgen en ellos sentimientos de injusticia y de perjuicio que vienen a reactivar la omnipotencia infantil: en ese momento el niño se niega a someterse a los

rodeos y a las temporizaciones impuestas por los procesos de aprendizaje; muy al contrario, refuerza las conductas activas de control y de reivindicación con respecto a su entorno: lejos de implicarse en investimentos a largo plazo estos sujetos exigen que se les dé todo y de forma inmediata. Hay muchos niños que nos llegan a la consulta en este contexto, en un momento en el que los enfrentamientos con el entorno hacen ya imposible la asistencia a la escuela.

El estudio de las patologías límites ha permitido así mismo comprender mejor la génesis y el lugar que ocupan los trastornos instrumentales y que encontramos bajo formas diferentes. Los retrasos y las disarmonías en la aparición del lenguaje o de la psicomotricidad se perfilan muy pronto, pero más tarde el motivo principal de consulta de estos niños suele ser el de los trastorno en el aprendizaje de la lectura y de la escritura; en estos casos los intentos de reconstrucción anamnésica revelan la enorme variabilidad, la forma de expresión de los primeros trastornos a lo largo de una evolución en la que se van sucediendo retrasos poco diferenciados, fases de regresión y recuperaciones parciales antes de que se afiance una patología manifiesta. A lo largo de esta historia, la aparición de perturbaciones del registro instrumental parece vincularse de forma significativa a los mecanismos centrales que acabo de situar: las dificultades de control del pensamiento, la ralentización depresiva, el daño en las bases narcisistas y la incapacidad para investir los objetos en un proyecto a largo plazo.

Estas fragilidades de fondo hacen que el niño sufra muy pronto dificultades para situarse en el tiempo y el espacio, controlar la representación de las acciones y organizar los soportes de la expresión a través del lenguaje. Desde esta perspectiva, B. GIBELLO (5) ha desarrollado una serie de investigaciones muy interesantes que precisan como se manifiestan

(5) B. GIBELLO, M. L. VERDIER-GIBELLO "Troubles instrumentaux et échec scolaire", *Confrontations Psychiatriques*, 1983, 23, pp. 59-80.

las alteraciones de la función semiótica en el sentido de PIAGET, en estas evoluciones disarmónicas adoptando la forma de trastornos gnósticos, práxicos y del lenguaje, trastornos que a su vez mantienen también una relación muy compleja con los retrasos y las perturbaciones del razonamiento.

Una vez más, una visión de conjunto desde esta perspectiva no prejuzga la etiología de estos trastornos instrumentales; las primeras inflexiones pueden estar inducidas por factores orgánicos o por el entorno; pero en la práctica habitual, las controversias sobre la etiología interesan menos que las orientaciones dinámicas de un abordaje clínico y psicopatológico que permita aprehender tanto los diferentes parámetros como sus interacciones dialécticas.

Al término de este inventario de los diferentes modos de expresión del proceso, debemos de subrayar también que, desde una perspectiva amplia, uno sigue sorprendiéndose por la manera en que cada uno de los componentes de estas disarmonías evolutivas se articula con los demás para acentuar la gravedad que muestra el cuadro en su conjunto. Es verdad que estos aspectos polimorfos, en mosaico, ofrecen una movilidad que supone un elemento de pronóstico favorable, pero de entrada las capacidades de reintegración son difíciles de apreciar; éstas se van perfilando principalmente a lo largo de las intervenciones curativas, pero, a condición de que estén bien adaptadas a los problemas planteados.

A partir de este nuevo esclarecimiento aportado por el estudio de las patologías límites, hoy en día estamos obligados a reconocer una especificidad propia a las formas más centrales de las disarmonías evolutivas. Además, aun siendo conveniente tener en cuenta los mecanismos psicopatológicos sobre los que acabo de insistir, no menos importante es interesarse realmente por las limitaciones funcionales y los handicaps consiguientes; en consecuencia, lejos de oponer la psicoterapia a las acciones educativas, pedagógicas y reeducativas, es fun-

damental articular estos diferentes soportes para apoyar las acciones curativas de conjunto: la principal dificultad reside en la elección de los medios a utilizar y en las formas de articulación mutua.

En la práctica habitual, cuando se procede a la confrontación de los diferentes puntos de vista aportados por los miembros de un equipo al término de un primer balance, no suele ser nada raro que algunos niños parezcan necesitar de intervenciones a todos los niveles: actuaciones en el ámbito del lenguaje y de la psicomotricidad, apoyo pedagógico, psicoterapia individual, sin olvidar el trabajo de orientación con los padres. Tal multiplicación de formas de actuación resulta inconcebible debido a que estos niños dada la heterogeneidad estructural y su persistente inmadurez en los sectores escindidos, están gravemente afectados en sus capacidades integradoras.

Frente a estas dificultades se pueden plantear brevemente dos grandes opciones que voy a presentar de forma esquemática y que van a permitir sobre todo establecer unos puntos de referencia:

- 1.º) En el momento en que se efectúa el primer balance, algunos niños se nos muestran todavía lo suficientemente adaptados en su vida escolar y familiar como para plantear una intervención a base de sesiones discontinuas que se ciñen inicialmente a un ámbito determinado: en algunos casos el eje central lo constituirá una psicoterapia, en otros una intervención logopédica o una terapia con mediación corporal: sabemos que para muchos especialistas la vertiente reeducativa no excluye el control de los aspectos transferenciales y contra-transferenciales, por lo que es posible desarrollar, a partir de unos soportes limitados, una intervención con objetivos psicoterapéuticos. Al mismo tiempo, un referente psiquiatra o psicólogo mantiene la relación con los padres y con la escuela y puede intervenir

y modular el proceso terapéutico en los momentos oportunos.

- 2.º) En el otro extremo se encuentran aquellos niños cuyo umbral de tolerancia por parte del entorno está a punto de ser superado, tanto en casa como en la escuela; a lo sumo se puede negociar todavía con los enseñantes y los padres el intento de una acción común: en estos casos me parece deseable utilizar un soporte institucional. Con este objetivo mi equipo ha creado “ *un centro de acción terapéutica a tiempo parcial*” que el niño frecuenta de dos a cuatro medias jornadas por semana pero conservando su plaza en la escuela: este dispositivo sirve de apoyo a una aproximación multidimensional de la que brevemente voy a evocar una serie de parámetros (6-7).

En el centro especializado utilizado en estas circunstancias, se procura sobre todo que el equipo trate de asegurar lo mejor posible las funciones de contención y elaboración ofreciendo reajustes adaptados a los movimientos provenientes del niño. No se trata por tanto de cumplir programas pre-establecidos y orientados fundamentalmente y de entrada hacia la realización de los aprendizajes; muy al contrario, el sujeto es acogido tal como es y se intenta sobre todo movilizar sus capacidades actuales partiendo de los intereses que él mismo va a poder expresar con el apoyo de los cuidadores. Los medios educativos utilizados son los mismos que se emplean habitualmente con niños de la misma edad o del mismo nivel y que frecuentan instituciones normales, pero estos dispositivos educativos se convierten en este caso en auténticas mediaciones psicoterapéuticas que exigen una comprensión de los investi-

(6) R. MISES “Les actions institutionnelles à temps partiel en pratique sectorielle”. *Information Psychiatrique*, 1982, 9, 1107-1114.

(7) R. MISES, G. SEMENOV, D. DINET, S. NUGUES, M. S. GIRAUD “L’action institutionnelle à temps partiel, son articulation à la pratique de secteur. Etude d’un cas, *Information Psychiatrique*, 1982, 9, 1115-1127.

mientos que se van perfilando mutuamente entre el adulto y los niños.

A través de las experiencias vividas de esta manera, el niño va accediendo poco a poco a nuevas posibilidades de expresión que le permiten reasegurarse en su capacidad de investimento y de realización: todo ello va generando una interiorización de la seguridad interna y un acceso al placer experimentado en el funcionamiento mental; sobre estas bases se puede ir sustentando una confrontación sucesiva con otras formas de relación más evolucionadas y que hasta el momento eran vividas como peligrosas y prohibidas.

El trabajo llevado a cabo en el centro especializado se articula con el reforzamiento de las relaciones entre el equipo de salud mental y la escuela con vistas a la instauración de unos encuentros regulares que funcionen simultáneamente como lugar de intercambio y como continente para la elaboración de los problemas planteados a diferentes niveles. En todo esto ciertamente el enseñante está participando en un proyecto de orientación psicoterapéutica, pero conserva su función específica en un registro que sigue estando orientado hacia la adquisición de conocimientos y la apertura a investimentos socio-culturales.

La ayuda que se le puede aportar a este enseñante le permite ajustar su distancia con respecto al niño y dar prioridad a actividades abiertas destinadas a apoyar los movimientos de investimento provenientes del sujeto, de manera que este último pueda traspasar al registro escolar el deseo de conocer las capacidades de realización que simultáneamente experimenta dentro de nuestro centro especializado.

Sobre este telón de fondo se van incorporando una serie de acciones específicas conducidas por reeducadores o psicoterapeutas; pero estos abordajes individualizados no se inician siempre desde el comienzo del tratamiento, a veces se espera a que el trabajo institucional haya permitido al niño li-

berarse de aquellas limitaciones principales tanto internas como externas que pesaban sobre él. De hecho, se suelen observar procesos bastante rápidos en forma de reajustes o reinvestimientos que relanzan el movimiento evolutivo en su conjunto; en estos casos se suele observar que el niño comienza a apoyarse en una serie de capacidades virtualmente disponibles pero que no utilizaba; en una segunda parte resulta más fácil comenzar a ajustar una intervención reeducativa desde un registro más fácil de delimitar.

Asimismo estas recuperaciones favorables que acabo de evocar facilitan el trabajo de orientación con los padres. Estos últimos se sienten revalorizados a nivel narcisista debido a los progresos realizados por un niño que les lleva a mirarlo de una manera en la que ya no sólo tienen en cuenta los progresos más evidentes, sino que les permite representarse su futuro de una forma diferente. A este nivel, nuestras intervenciones hacen hincapié en la comprensión de las formas de intercambio en el seno de la familia pero una vez más se trata sobre todo de delimitar y separar, por un lado, todo aquello que se inscribe dentro de unas fijaciones antiguas en las que tienden a perpetuarse unas relaciones fijas y, por otro, todo aquello que, a la inversa, tiene que ver con conflictos recientes más fáciles de abordar y que están en relación con las interacciones desarrolladas alrededor de las expresiones más molestas de la patología del niño: los descondicionamientos realizados a este último nivel facilitan un relanzamiento más general.

Este tipo de aproximaciones multidimensionales apoyadas en un dispositivo institucional tiene otras ventajas; de hecho movilizan de forma especial las tendencias reparadoras que imperan entre los cuidadores. En efecto, se observa que con estos niños disarmónicos que fracasan en la elaboración de la posición depresiva los miembros del equipo acceden a menudo a una creatividad original, perceptible tanto en el manejo de los medios institucionales como en sus intentos de conceptualización. Asimismo, se puede observar desde ángulos muy

diferentes la manera en que estos momentos de experiencias vividas y compartidas impulsan tanto en el niño como en los adultos, cuidadores o educadores, una mayor capacidad para apoyarse en las aperturas positivas que se van perfilando a diferentes niveles, en un movimiento en el que se van conjugando nuevas posibilidades de aporte narcisista como de aproximación e identificación mutuas, ayudando así de forma decisiva a la expresión de los recursos de cada uno. Este proceso de reintegración no es reducible a los progresos realizados en los diferentes ámbitos: más aun, lo que hay es un relanzamiento de un dinamismo evolutivo hasta entonces bloqueado; esta recuperación generalizada es similar a la que se suele observar en los momentos fecundos de una elaboración normal y favorece la ruptura con las repeticiones alienantes; ayuda a franquear etapas decisivas al tiempo que se inician nuevas adquisiciones a todos los niveles; en ese momento lo importante es saber acompañar al niño al tiempo que se le aportan todas aquellas ayudas puntuales que todavía estén justificadas.

Hay que recordar permanentemente las potencialidades originales de las disarmonías evolutivas; así cuando sean necesarias las intervenciones de tipo reeducativo, éstas no deben de utilizar modalidades de control demasiado rígidas ya que no estarían en consonancia con el desarrollo abierto de estos procesos dinámicos de reintegración.

COLOQUIO

Alberto Lasa: Quisiera adelantarme planteando una pregunta de perogrullo: R. MISES nos ha hablado, por ejemplo, de un centro de atención terapéutica a tiempo parcial. Quisiera que nos diera unas pinceladas para describirnos en qué espacio se encuentra el centro, si es un espacio terapéutico o escolar y también que nos hable de cómo articulan esta posibilidad del niño que va y viene de un espacio escolar a un espacio terapéutico. Particularmente, cómo se resuelven los problemas que esto puede plantear, por ejemplo, problemas de orden administrativo. Quizás a R. MISES le extraña que hable de problemas administrativos para resolver una cosa tan elemental, pero es nuestra realidad.

R. Mises: Yo también conozco las dificultades con los problemas administrativos y voy a responderte; pero lo importante en esto, que no es nuevo, es el hecho de que uno tiene la sensación de que el niño precisa de algo más complejo que simplemente sesiones de psicoterapia y de reeducación. Mientras estos niños, incluso aunque tengan problemas de aprendizaje, sean todavía tolerables, esto no ocurre pero ¿qué pasa cuando no pueden seguir en la escuela? Había tratado de responder al problema así planteado, en un primer momento, haciendo frecuentar a estos niños el hospital de día (hay tres hospitales de día: para pequeños, medianos y adolescentes) y en este sentido no había problemas ni administrativos ni técnicos para hacerlo así; hacíamos que vinieran uno o dos días por semana a este dispositivo.

Pero se ha visto que el proceso que se sigue en los hospitales de día es de naturaleza diferente a lo que yo les he presentado antes.

Además, para algunas familias que venían a consultarnos por problemas de lenguaje y de aprendizaje no estaban en absoluto preparadas para entrar en ese dispositivo específico ya que hay referencias evidentes a entrar en eso que se llama "hospital"; además los niños que van al hospital de día son casos graves, sobre todo psicóticos, y hay problemas al mezclar con ellos a estos niños que conservan toda su potencialidad y con los que, según acabo de decir, hay posibilidades de reintegración bastante rápida.

Por todos estos motivos, nos hemos visto abocados a organizar un dispositivo propio y original.

Lo hemos creado como un anexo del dispensario, del centro médico-psicológico, donde hay un equipo que trabaja en la ciudad y con conexiones con los servicios sociales y con las escuelas.

Por tanto hay una red de conexiones fluidas mediante la cual nosotros seguimos a los niños que atendemos, y que vienen al centro para reeducación o psicoterapia.

Es un anexo de este dispositivo: hemos habilitado 3 salas, y hemos sacado del equipo base dos o tres educadores y un ATS, que aseguran el soporte institucional.

Es decir; hay una sala de actividades, una sala de actividades más sistematizadas y otra para comer y merendar; todo esto configura un soporte institucional, semejante al que se encuentra en un hospital de día pero para niños que vienen por poco tiempo.

Para la psicoterapia y la reeducación tenemos el mismo equipo del dispensario. Y el referente es también el médico o el psicólogo del dispensario.

Esto presenta una ventaja considerable: cuando veo a unos padres que vienen con un caso de disarmonía, se presentan ya con una gran reticencia y niegan la patología del niño, niegan su sufrimiento. Vienen forzados, vienen porque hay

un fracaso percibido por los enseñantes. Vienen pero están muy susceptibles y con temor a que se les haga un planteamiento terapéutico. A lo sumo pueden aceptar una reeducación ambulatoria, por ejemplo, pero nada más.

Entonces les digo: “ Señora o señores, necesita ayuda y sería mejor que pudiera venir la jornada completa durante un tiempo. Aquí hay educadores que se ocuparán de él, va a estar con más niños y así podemos ver mejor cuáles son sus dificultades y sus posibilidades”.

La ventaja es que esto se les puede plantear a los padres de una forma anodina, no es la entrada en un circuito psiquiátrico y además, para entrar en un hospital de día es preciso que la seguridad social se haga cargo mientras que en el dispensario, no. Así, los padres pueden hacerse a la idea de que se trata de un dispositivo educativo.

En todo caso, no se les miente a los padres, se les dice que hay un problema una dimensión psicopatológica que es preciso observar y que en todo caso se trata de un proceso dirigido y controlado.

Fernando Cabaleiro: Quería hacerle una pregunta muy breve con respecto a la diferenciación entre los estados borderline y las disarmonías evolutivas. Le agradecería que pudiera precisar un poco más.

R. Mises: Efectivamente, creo que me he hecho comprender mal.

He dicho que en primer lugar se había aislado el concepto de disarmonía evolutiva, situándolo entre la neurosis y la psicosis, y caracterizado por una potencialidad variable. Pero, haciendo esto no habíamos perfilado suficientemente los aspectos estructurales de estas organizaciones en lo que tienen de específico.

Además, en la terminología que utilizaba inicialmente, yo describía disarmonías de tipo psicótico y neurótico y escamo-

teaba lo que constituye el núcleo central, no completamente pero sí de cierta manera.

Pero estudiando la patología límite he retomado la disarmonía evolutiva. Para mí, hoy los términos disarmonía evolutiva y patología límite son procesos evolutivos que se sitúan en un tercer eje, entre la neurosis y la psicosis.

La disarmonía evolutiva es un concepto esclarecido por la referencia de factores tales de los de funcionamiento límite, funcionamiento narcisista, fallos en la elaboración de la posición depresiva además de los elementos que he citado.

Es así como destaca ahora la especificidad de las disarmonías evolutivas. Es mucho más claro, es otra manera de formular el problema para el clínico porque cuando un trastorno es evolutivo y se salía del cuadro de los trastornos reactivos o de las perturbaciones neuróticas banales se decía “es una disarmonía evolutiva”; ahora los casos son más específicos.

Por eso el título de mi conferencia que para este Congreso era “Disarmonía evolutivas y trastornos del aprendizaje” se cambiará para la publicación y será “Disarmonías evolutivas, patologías límites y trastornos del aprendizaje”.

ASPECTOS INSTRUMENTALES DE LAS INTERACCIONES VISO-POSTURALES*

A. Bullinger**

“Un niño pequeño construye el mundo combinando entre sí sus sensaciones visuales, auditivas, táctiles, etc. Un objeto se termina y se devuelve al ambiente cuando se ha convertido en la cita permanente de una forma, de un color, de un ruido, de un sabor”.

M. Tournier.

Entre Piaget y Wallon, a pesar de sus divergencias epistemológicas fundamentales, existe un gran acuerdo a la hora de describir al bebé humano en términos similares y subrayar el hecho de que el bebé se ve movilizado por entero en las acciones que realiza.

Para Piaget el funcionamiento global del organismo, que crea redundancias, provee “los materiales que alimentan la actividad de los esquemas”. Gracias a ello la actividad es capaz de detectar regularidades y construir constantes y nuevos medios de regulación de la acción.

* Ponencia presentada el 22 de octubre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria. Traducción realizada por Xabier Tapia.

** Psicólogo. Profesor de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Ginebra. Sección de Psicología.

Hay que destacar que estos esquemas senso-motores (representaciones sensoriomotrices) se aplican a la interacción que mantiene el organismo con el medio y no al objeto como tal.

Para Wallon, este mismo estado de movilización global permite, mediante reclutamientos tónicos, variaciones del estado emocional que crean un conjunto de sensaciones, que sirven de material para una elaboración representativa del organismo. Wallon dirá “la representación retira a la emoción la parte de realidad representada”.

Para estos autores la perspectiva está clara: *el organismo, objeto del entorno, es un objeto a conocer.*

Desde esta perspectiva, intentaremos describir cómo el organismo se convierte en el punto de apoyo para las funciones instrumentales que, por otra parte han sido ampliamente descritas.

Se sabe que en el recién nacido todo el cuerpo participa de la acción. Esto tiene lugar a través de las modulaciones de la función tónica, no solamente mediante la variación de sus estados emocionales, sino también durante la realización de una acción especialmente orientada.

Amiel-Tison y Grenier (1980) han demostrado las posibilidades de la motricidad llamada “liberada”. En esta técnica, se trata de ofrecer al recién nacido un conjunto de puntos de apoyo posturales que le permitan realizar conjuntos de movimientos. Estos movimientos adoptan formas que están biológicamente determinadas y movilizan todo el organismo.

Cuando al bebé se le ofrecen estos apoyos y se le estimula con un objeto que destaca y se mueve en su espacio de prensión, se puede observar que hay reacciones de orientación con un reclutamiento tónico global seguidas de una configuración corporal característica, utilizando posturas del tipo A.T.N.P. (Assymmetric Tonick Neck Posture, Casaer, 1979).

Las primeras capturas manuales sin apoyo artificial, que aparecen hacia el tercer mes, utilizan esta configuración asimétrica.

Hay que señalar que estas posturas particulares no permiten un control de todo el espacio. Determinan dos espacios, izquierda y derecha, que no están coordinados. La ejecución en el momento de las capturas refleja esta heterogeneidad: a derecha e izquierda los resultados son mejores que en el plano medio en el que la boca permanece como polo dominante.

La coordinación de estos espacios izquierdo y derecho exige el paso activo y controlado de una postura a su inversa mediante un movimiento del busto que opera un desplazamiento del peso de un isquión al otro. Esta acción supone una motricidad capaz de efectuar un transporte lateral del busto. Esta conducta es particularmente visible en una actividad de seguimiento de un objeto móvil en la que, partiendo de una postura, el bebé debe movilizarse globalmente y cambiar de apoyo y de postura para poder seguir al móvil (Bullinger 1989).

Un análisis más preciso de este movimiento del busto (Millan, 1990) muestra que está estrictamente asociado y en oposición de fase a la localización del móvil. La regulación tónica juega un papel capital en la realización de esta acción. En los trastornos importantes del tono se constata, con un niño hipotónico, que el busto no participa en el movimiento. En este caso, el niño no crea ninguna de las movilizaciones sinérgicas necesarias para la elaboración representativa de su organismo.

Con el bebé hipertónico, aunque bien los primeros movimientos estén totalmente al servicio de la localización del móvil, muy rápidamente el niño se detiene en una postura asimétrica de la que ya no puede librarse. Así pues, en este caso el niño tampoco puede experimentar una movilización global y queda fijado a posturas patológicas que conllevan deformaciones ortopédicas características (Bullinger, 1990).

Estas conductas son observables en el bebé de dos meses. Preceden a la coordinación de los espacios izquierdo y derecho que permite la construcción de lo que André-Thomas y Ajuriaguerra (1948) han llamado el eje corporal. La constitución de un espacio de precisión unificado en el que las manos pueden explorar todo el espacio sin pasar por el relevo oral va a permitir la realización de actividades instrumentales mucho más eficaces debido a que las manos van a poder cooperar.

El análisis de los movimientos del busto y de la mano durante la captura de un objeto pone en evidencia (de Santa Ana, 1990) una importante evolución de las conductas entre los 4 y los 11 meses.

Esquemáticamente, a los 4 meses el bebé espera a que el objeto esté bajo su mano para cogerlo. Las capturas aparecen de manera estable hacia los 5-6 meses e implican de manera muy importante al busto. Éste toma a su cargo más del 80% del desplazamiento de la mano hacia el objeto a coger.

A los 8 meses el busto sirve de punto de apoyo y de pivote para las rotaciones. En este momento es la extensión del brazo la que asegura por sí sola, el transporte de la mano hacia el objetivo.

Hacia los 11 meses, a la participación del busto se le asocia una extensión del brazo. Se trata una coordinación nueva que está muy modulada por el interés del bebé por el objeto.

Estos ejemplos muestran la progresiva modulación y transformación, ejercidas por la actividad, de los funcionamientos biológicamente determinados.

Estos resultados muestran asimismo la posibilidad que tiene el bebé de realizar muy precozmente acciones complejas si se le ofrecen los puntos de apoyo adecuados.

Esta liberación de potencialidades mediante apoyos externos nos recuerda que el bebé es un cachorro humano. El apoyo sobre estructuras externas a su funcionamiento biológico va

a ser cada vez más general y el control instrumental va a superar rápidamente a los medios biológicos para alcanzar otros objetos del medio en el cual el niño crece.

La perspectiva instrumental que hemos esbozado permite una distinción clara entre el funcionamiento de la máquina biológica y las elaboraciones representativas.

No confundir el organismo y el sujeto permite análisis de los mecanismos de apropiación y de instrumentación del organismo y del medio por parte del bebé.

Observación clínica en niños autistas

Estas observaciones a propósito del niño autista no pretenden dar cuenta de todo el conjunto de conductas de estos niños.

Conducta de prensión

Si tomamos en cuenta las zonas del espacio en las que puede realizarse el gesto de prensión, constatamos una limitación importante: en la zona media, estas conductas están prácticamente ausentes. Esta variación en la ejecución hay que relacionarla con la configuración corporal asociada al gesto de prensión. El análisis del movimiento muestra que las conductas de captura de objeto están fundamentadas en un posicionamiento postural que se apoya mucho en una postura asimétrica del tipo ATNP.

Cuando se le acerca un objeto en un plano medio, el niño adopta una postura parecida a la de una conducta de protección: la cabeza se vuelve y los brazos se repliegan, uno delante del rostro y el otro detrás de la cabeza, sin que se efectúe ninguna captura.

Por el contrario, si la aproximación del objeto es lateral, el niño utiliza una configuración postural asimétrica y puede co-

ger el objeto que se le tiende: el brazo opuesto a la aproximación está en semiflexión alta, el brazo de este lado en extensión. Esta postura y la captura asociada a la misma constituyen una conducta que precede genéticamente a las coordinaciones viso-manuales. Se la puede considerar como un todo cuya forma casi rígida constituye el material necesario para esta coordinación que en el caso de estos niños autistas no ha podido constituirse.

La ausencia de seguimiento visual lento es otra característica de estos niños. Puesto que la cabeza está inmóvil, no pueden asociar su mirada al desplazamiento horizontal de un objeto en el campo de prensión. Por el contrario, al permanecer estables los ojos en sus órbitas, la cabeza y el busto pueden asociarse al movimiento del objeto sin que éste sea necesariamente captado por la fovea.

Debido al sometimiento global de la postura, el desplazamiento horizontal de un móvil crea un flujo visual con unas repercusiones tónicas que puede conducir a configuraciones posturales que permiten una captura lateral. La mano utilizada en la captura del objeto depende del hemiespacio solicitado. De frente, no hay captura y aparecen reacciones inestables que, en los casos extremos, pueden llegar a parecerse a una reacción defensiva.

El papel armonizador de la representación espacial del cuerpo en movimiento no puede funcionar. Las configuraciones corporales se mantienen solidarias con el propio gesto. Estos estados tónicos provocan un conjunto de sensaciones que determinan zonas del espacio en las cuales el gesto puede desarrollarse. Estas conductas suponen un investimento predominante de las funciones visuales periféricas en comparación con las funciones de análisis de la imagen. Esta sensibilidad periférica aumentada está dirigida, no hacia una elaboración espacializada del cuerpo en movimiento, sino hacia la búsqueda de un estado emocional provocado por la modulación tónica que

nace del movimiento y del flujo visual. Es un sentimiento de existencia “aquí y ahora” lo que estos niños buscarían.

Las manipulaciones manuales

Las coordinaciones viso-manuales suponen, en su desarrollo final, una fovealización del objetivo diana que permite determinar una dirección espacial, al tiempo que la gestión del movimiento del brazo está esencialmente asegurada por la periferia del sistema visual. Una vez que la mano llega a su objetivo predomina la exploración manual por vía táctil mientras que la coordinación con el sistema visual focal permite el tratamiento de las propiedades espaciales que nacen tanto a lo táctil como a lo visual. El espacio es el lenguaje común al ojo y a la mano y permite la realización de actividades instrumentales con un fin.

Las manipulaciones viso-manuales de los niños que hemos observado parecen planteadas sobre otras bases. El control de la fovea, si se utiliza, depende mucho de la postura adoptada. En el momento del lanzamiento de la mano, el objeto a coger está fovealizado; pero desde el momento en que se establece el contacto táctil, o la fovea abandona esa dirección, o la mano abandona el objeto. En ambos casos la mano se encuentra en la periferia del sistema visual.

Cuando hay una manipulación del objeto bajo control periférico, este control se ejerce sobre el movimiento. Los gestos finos, sueltos y repetitivos que se pueden observar son aptos para la existencia “aquí y ahora” de las propiedades cualitativas de la acción. El sostenimiento del objeto, que implica una coordinación espacial, se realiza sólo de forma accesoria por medio de un asimiento en el que las presiones sobre el objeto son mínimas, lo que manteniendo las estimulaciones espinotálámicas, mientras que un asimiento más firme destruye esta estimulación pero puede llevar a convertir el objeto manipulado en un útil.

La coordinación viso-manual parece estar organizada, no sobre bases espaciales, sino sobre sensaciones emocionalmente cargadas que suscitan a la simultáneamente movimientos y contactos táctiles.

Por tanto, la lectura que podemos sacar de los gestos de estos niños no puede utilizar como referencia finalidades similares a las que atribuimos a nuestra exploración manual.

El hecho de no recurrir a la representación espacial para manejar sus conductas supone una carga mental importante. En efecto, tomar en cuenta las propiedades espaciales constituye *una memoria exterior* a la que se puede recurrir para una actividad orientada. En su ausencia la repetición de la acción y su optimización desde el punto de vista de las sensaciones que suscita es la única salida para mantener presentes las representaciones, ya que los materiales de estas representaciones desaparecen desde el momento en que la acción se interrumpe. De este modo se puede comprender la avidez de estos niños para volver a encontrar situaciones que les procuran tales sensaciones.

Conductas locomotrices

Si se centra el análisis en los desplazamientos locomotores de estos niños y se busca una racionalidad espacial en los trayectos, a menudo se obtiene un cuadro cuya coherencia resulta dudosa.

Nuestro análisis nos lleva a considerar los propios desplazamientos como un *subproducto* del espacio del gesto.

Si bien la trayectoria está globalmente orientada por un objetivo visible (lo que no supone necesariamente su representación), la locomoción como tal implica y renueva sensaciones que no están manejadas sobre bases espaciales. Además, los flujos visuales creados por el desplazamiento son utilizados desde el ángulo de la movilización tónica que éste engendra.

Los lugares alcanzados por los desplazamientos se identifican como aquellos que permiten realizar un conjunto de gestos que mantienen estable una imagen constantemente evanescente al no estar capacitada.

De este modo, el espacio de acción se encuentra balizado por direcciones en las que “algo” pasa y la actividad misma de transporte suscita un conjunto de sensaciones que pueden sustituir a la consecución del objetivo.

Conclusiones

En conclusión, las representaciones espaciales tienen un carácter de estabilidad, de permanencia y de exterioridad. Recurrir a esta memoria exterior constituida por las referencias espaciales es un modo poderoso de apropiación y de dominio del medio.

Los niños observados parecen utilizar una base representativa diferente: utilizan los materiales que provienen del propio movimiento. Esta base no espacial, de naturaleza tónico-emocional dominante, sólo está presente cuando están implicados el movimiento o la movilización tónica.

Si nuestra lectura de sus conductas se hace únicamente en términos espaciales, probablemente no llegaremos a percibir la racionalidad de las conductas, ya que las bases que las promueven son diferentes.

Recordando nuestra cita de Tournier, es preciso constatar que para poder construir el mundo, hay que construir simultáneamente una representación espacial del propio organismo. Habitar el propio cuerpo permite estar presente y disponer de un medio de acción sobre el entorno.

Bibliografía

ANDRE-THOMAS, AJURIAGUERRA, DE J. L'axe corporel, musculature et innervation. Paris: Masson, 1948.

AMIEL-TISON, C.; GRENIER, A. Evaluation neurologique du nouveau né et du nourrisson. Paris, Masson 1980.

BULLINGER, A. Space, organism and objects, a Piagetian approach. In P. Ellen and C. Thinus-Blanc (Eds.) Cognitive processes and spatial orientation in animal and man, Vol. 2. Dordrechts: Martinus Nijhoff Publishers, 1987, pp. 220-232.

BULLINGER, A. Espace corporel et espace visual, leur coordination dans les débuts du développement. Annales de réadaptation et de Médecine physique, 32 (1989) 511-522.

BULLINGER, A. La formación d'actions motrices chez l'enfant, aspects sensorimoteurs. In G. Netchine-Grynberg (Ed.) Développement et fonctionnements cognitifs chez l'enfant. Des modeles généraux aux modèles locaux. Collection Croissance de l'enfant, Genèse de l'homme. Paris: Presses Universitaires de France, 1989, 155-163.

CASAER, P. Postural behaviour in newborn infant. Clinics in developmental Medicine, No 72. Spastics International Medical Publications. London: W. Heineman Medical Books, 1979.

HATWELL, Y. Toucher l'espace. Presses Universitaires de Lille, 1986.

MILLAN, R. Etude comparative de la coordination visuoposturale chez l'enfant normal et pathologique age de 2 et 4 mois. Bulletin de l'A.M.T.E.F., 9 (1990), 53-65.

PIAGET, J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Neuchatel: Delachaux et Niestlé, 1936.

DE SANTA ANA, I. La participation du buste á l'activité de prehension chez le bébé entre 4 et 11 mois. Mémoire de diplôme. Université de Geneve 1990.

WALLON, H. L'enfant turbulent Paris Felix Alcan 1925. 2.^a édition Paris, P.U.F. 1984.

WALLON, H. Kinesthésie et image visuelle du corps propre. N.º Special H. Wallon, Revue Enfance, 7ème édition, 1985, pp. 60-71.

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE Y DEPRESION *

Francisco Palacio-Espasa**

El primer problema a abordar es el problema del diagnóstico de la depresión en el niño. Como saben ustedes, en los últimos quince años ha habido una gran controversia en torno al cuadro clínico de la depresión infantil o más específicamente, en torno a los trastornos del humor. En este momento la controversia está en la tendencia a encontrar manifestaciones depresivas en un modo extraordinariamente sistemático por el uso de diversas escalas. No voy a entrar en ese debate. Sin embargo si voy a decir que la razón fundamental de ese debate está en el hecho de que las manifestaciones propiamente depresivas, las manifestaciones clínicas y sintomáticas en el niño deprimido se encuentran generalmente en un segundo plano. En las manifestaciones sintomáticas de estos niños depresivos o hipomaniacos, el primer plano lo ocupan los síntomas del orden de los trastornos del aprendizaje, el segundo los trastornos del comportamiento y en tercer lugar aparecen diversas manifestaciones de orden somático como el insomnio, la falta de apetito, etc.

El porcentaje de niños deprimidos que consultan por problemas escolares, y entre ellos de aprendizaje son alrededor

* Transcripción de la ponencia presentada el día 23 de noviembre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Vitoria.

** Psiquiatra, psicoanalista. Jefe del Servicio Universitario de Psiquiatría Infantil de Ginebra.

del 63% según WEINBERG y col., probablemente éste es el estudio que obtiene el mayor porcentaje, pero resumiendo los diferentes trabajos epidemiológicos se observa que aproximadamente más de la mitad de los niños depresivos, presentan problemas del aprendizaje. ¿Qué lazo específico hay entre la depresión y dificultad de aprendizaje?

Antes de abordar esta pregunta he de precisar tres elementos fundamentales que he esbozado ya en cuanto a los problemas intrínsecos que plantea la depresión en el niño.

El primero de ellos es que las repercusiones de un estado depresivo sobre el aprendizaje, en el sentido más laxo de la palabra, no son las mismas según la edad que tenga el niño que presenta el estado depresivo. La edad es un criterio fundamental a la hora de evaluar el tipo de dificultades de aprendizaje que va a tener.

El segundo elemento a tener en cuenta es que las manifestaciones propiamente dichas depresivas en el niño, sobre todo en el más pequeño, no van a ser evidentes, no van a estar en el primer plano, van a tener que explorarlas, y por eso, aunque nuestro tema no sea específicamente la depresión, les voy a dar muy rápidamente cuales son a nuestro juicio, los criterios esenciales que la caracterizan, para que sean objeto de exploración por el clínico y evitemos que los síntomas pasen desapercibidos. Tengamos en cuenta que el niño sobre todo si es pequeño, tiene muy poca conciencia de su tristeza, tiene tendencia a negarla, así como tiene tendencia a negar toda la sintomatología ligada al dolor moral (sentimientos de insuficiencia, inseguridad, de pérdida, etc.).

Y el tercer problema es que el cuadro clínico depresivo no reviste las mismas características de gravedad y perdurabilidad, varían en función de la edad. Cuando se presenta en el bebé, corre riesgo de ser más grave ya que éste se encuentra en una fase de desarrollo y la depresión puede afectar al mismo. Cuando se presenta en la latencia, afecta más a la esco-

laridad y si su presentación es en la adolescencia, el riesgo como todos ustedes saben, es el suicidio.

Teniendo estas tres salvedades en mente vamos a abordar en primer lugar el problema de la edad. Es cierto que las repercusiones de la depresión, varían en función de la edad.

La depresión:

Como todos ustedes saben, **la depresión en el bebé** tiene dos formas clínicas.

1. La depresión aguda cuyo prototipo paradigmático viene dado por la depresión anaclítica descrita por Spitz en el año 1945. El bebé presenta una sintomatología muy llamativa con llantos, insomnio y desesperación. Aparece en el bebé de 6 a 8 meses al ser separado de su madre. A pesar de su aparatividad el cuadro remite sin dejar secuelas si en los días o las semanas que siguen a esta separación la madre vuelve y retoma la relación con su bebé.

2. La depresión crónica del bebé. Esta ligada frecuentemente a separaciones repetidas del medio familiar o lo que es todavía más grave, a relaciones padres-niños en las cuales la madre o la relación del bebé con ella, comporta distorsiones o limitaciones importantes en las interacciones.

En este caso el bebé presenta lo que KREISLER ha denominado “depresión fría o vacía”, caracterizada por: 1. Descenso global de la actividad, 2. indiferencia y no una tristeza, 3. una disminución en general de la comunicación y 4. una ausencia de interés. Mencionaré también otra forma de depresión crónica, sin entrar en ella, descrita por Kreisler conocida como el “comportamiento vacío” en la que el bebé salda ciertas depresiones crónicas a través de manifestaciones psicomáticas. Esta caracterizada por: 1. Indistinción relacional, 2. Pobreza en la expresión de afectos, 3. Pobreza en las actividades de autoestimulación y 4. Inestabilidad psicomotriz.

Así vemos como contrariamente a la depresión anaclítica aguda, la depresión crónica está marcada por un cuadro de apatía e indiferencia. Estos cuadros crónicos cuando obedecen a circunstancias pasajeras, por ejemplo hospitalizaciones breves del niño u hospitalizaciones o separaciones de la madre, o padre remiten con pocas secuelas. Por el contrario cuando se trata de distorsiones interactivas madre-niño son difícilmente modificables a corto plazo.

Entre las causas de la depresión del bebé están las ausencias cuantitativas: carencias maternas (Spitz, Bowlby, etc.) y las carencias cualitativas propias de una inadecuación de la madre a las necesidades del niño, presentándose generalmente en las depresiones maternas donde se da una desconexión emocional con el bebé y en las madres borderlines y psicóticas ya que realizan proyecciones negativas muy conflictualizadas sobre el bebé. (Cuadro I).

DEPRESION DEL NIÑO PEQUEÑO

1. CUANTITATIVAS (Pérdidas en el entorno familiar).
 - A) MUERTE DE UN PADRE (o persona muy cercana).
 - B) SEPARACION DE UN PADRE (O DE LOS DOS) (Divorcio, separación de padres o situación familiar conflictiva).
2. CUALITATIVAS (Pérdidas en el entorno familiar).
 - A) PADRES *QUE VEN EN EL NIÑO LA IMAGEN DE SUS PROPIOS PADRES*.
 - 1) Imagen de un padre “exigente”, “colérico” “agresivo”, etc.
 - 2) Imagen de un padre “débil”, “hundido”, “enfermo”, etc. Estos padres necesitan ver a su hijo como “muy fuerte”, “muy exigente”, “que sabe lo que quiere”, etc.
 - B) PADRES *QUE NECESITAN SENTIRSE “SIEMPRE BUENOS” Y EVITAR TODO CONFLICTO CON EL NIÑO* (afirmación del niño = maldad).
 - C) PADRES *QUE VEN A SU HIJO COMO “MUY COLERICO”, “DIFÍCIL”, “UN TIRANO, ETC., Y LE TIENEN MIEDO O SE SIENTEN “SU VICTIMA”*.

En las observaciones hechas en nuestro jardín de Infancia Terapéutico sobre los trastornos del vínculo madre-niño nos damos cuenta de que la repercusión de la depresión en el bebé es mucho más severa de lo que podría imaginarse y de lo que pueden ser las repercusiones mucho más generales que va a tener en niños ya mayores. En los estudios catamnésicos hemos visto como estos bebés que presentan sintomatología depresiva de tipo crónico presentan dificultades tanto en manifestar sus propias iniciativas como en la calidad y cantidad de las incorporaciones de las experiencias con la madre y con el entorno, lo cual se traduce cuando los vemos evolucionar en un buen número de casos en un cuadro de disarmonía evolutiva, que más tarde dará lugar a trastornos graves de la personalidad de tipo Borderline. Estos cuadros disarmónicos son el resultado de una disminución tanto de las iniciativas del niño como de la incorporación y de la organización mental de las interacciones con el entorno. Todo ello se traduce por un lado en retrasos diversos en el desarrollo (lenguaje, desarrollo intelectual, simbolización, etc.) Y por otro ulteriormente cuando examinemos a los niños sobre los 6, 8 ó 10 años, trastornos graves del sentimiento de self también característico de los borderline. Ahora bien, ciertos casos más severos empiezan por manifestaciones depresivas del bebé que se transforman en actitudes de retirada de tipo autístico o en formaciones psicóticas graves. A este respecto recordaré que en muchos casos la frontera entre la depresión del bebé y los estados psicóticos es tenue.

En niños más mayores, las perturbaciones importantes del humor no tienen, en general, repercusiones tan graves en el desarrollo. **En el niño pequeño de 3 a 6 años**, los trastornos depresivos tienen tendencia a manifestarse, no directamente, sino a través de manifestaciones defensivas contra las vivencias depresivas mediante el síndrome hipomaniaco descrito por MANZANO y yo. El niño realizará una identificación más o menos grandiosa con un objeto idealizado. Resaltaré la colaboración del adulto en la defensa hipomaniaca del niño cuan-

do el chico de 3 ó 4 años dice “yo soy un niño grande” todo el mundo dice “¡sí, sí, claro! y si dice que es más fuerte que su papá también se le confirma. Todos colaboramos con su defensa y colaboramos estrechamente con ella para permitirle negar aspectos depresivos que sabemos le son conflictivos. Creo que esta tendencia del adulto a ser “cómplice” y a negar las vivencias depresivas, de carencia, y de impotencia, del niño hace que haya habido una tal controversia y de hecho lo dice Sandler, ha habido una especie de conspiración del silencio para no querer ver las manifestaciones depresivas del niño. Sólo las depresiones graves cursan con cuadros de apatía e inhibición masivas.

En los niños **en edad de latencia**, la depresión se manifiesta ya no tanto con un cuadro hipomaniaco sino con un cuadro en el cual resaltan las inhibiciones múltiples, entre las cuales destacan inhibiciones del aprendizaje.

En el adolescente ya saben ustedes que fundamentalmente los cuadros depresivos se parecen mucho más a los del adulto, la tristeza aparece en un modo mucho más ostensible aunque puede haber cuadros muy silenciosos. Y aunque podemos observar trastornos de aprendizaje, el riesgo mayor es el riesgo del suicidio.

Voy a mostrarles a continuación los **criterios esenciales que el clínico tiene que explorar para poder poner en evidencia la depresión** en el niño, ya que como hemos dicho anteriormente el niño no va a declarar fácilmente la tristeza. En su lugar observará: (Cuadro II).

- Trastornos afectivos con manifestaciones de tristeza o euforia.
- Manifestaciones y presencia de inhibiciones diversas o de excitación e hiperactividad.
- Manifestaciones negativas de la estima de sí mismo, de impotencia e incapacidad en general o exaltación de la estima del sí mismo expresando de un modo disfrazado

CRITERIOS ESENCIALES PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS TIMICOS EN EL NIÑO

1. Trastorno afectivo.

<ul style="list-style-type: none"> – Tristeza: (Raramente evidente), en su lugar aparece la dificultad de experimentar placer e interés. – Euforia: (Más fácilmente evidenciable). En las formas hipomaniacas o maniacas. 	<ul style="list-style-type: none"> – “Demasiado serio”. – Sombrio / pesimista. – Apático. – Estuporoso.
---	---

2. Presencia de inhibiciones diversas o de excitación e hiperactividad.
 - Enlentecimiento psicomotor.
 - Enlentecimiento mental.
 - Pobreza de expresión mental.
 - Pobreza de producciones (juego simbólico, dibujo, etc.).
 - Dificultad, incluso fracaso escolar, etc.
 - Hiperactividad e inestabilidad, etc.

3. Manifestaciones negativas de la autoestima o exaltación de la autoestima.
 - Ideas de incapacidad (“no voy a conseguir”, “no sé qué hacer”).
 - Ideas de impotencia (“no sé”, “no puedo”).
 - Ideas de autodesvalorización (“lo he hecho mal”, “no está bien”).
 - Ideas de autorreproche (“es culpa mía”).
 - Exageración de autoestima y sentimientos de omnipotencia.

4. Manifestaciones negativas de la relación con los objetos (vivencias de pérdida de objeto). Manifestaciones de la relación con los objetos idealizados.
 - Sentimientos de soledad.
 - Sentimientos de abandono o.
 - Sentimientos de exclusión y de rechazo.
 - Exaltación de la omnipotencia de los objetos (“el más fuerte”, “el más grande”).

do esta tristeza, de hecho más allá de su “exaltación” aparecen en juegos, asociaciones y dibujos ideas de “un ser capaz”, “de hacer mal, de no saber y no poder”.

- Manifestaciones negativas de la relación con los objetos es decir vivencias de pérdidas de objeto para tomar un término más general. Y el niño, sobre todo si es un niño mayor les declarará que se siente sólo, que se siente abandonado, pero si es un niño más chico van a tener que encontrarlo en temáticas de sus juegos, de sus dibujos llenos de sentimientos de soledad, de sentimientos de abandono, de sentimientos de rechazo, de fantasías de muerte y de pérdida y de destrucción de seres significativos, etc., etc.

Insisto: la depresión en el niño necesita una exploración activa, sobre todo en el niño más chico de este tipo de síntomas cardinales. En el Cuadro III, vean ustedes cómo se pueden describir tres formas clínicas de la depresión en función del grado de expresividad psicoafectiva:

Una, que, se ve mucho en el niño pequeño, en las formas graves en el niño chico, y en algunos niños en la latencia, son formas donde predomina fundamentalmente la inhibición, donde los afectos hay que ir a buscarlos, porque están, donde predomina una pobreza de expresión.

Otra, que se ve frecuentemente en niños latentes, se caracteriza por una mayor tendencia a expresar y a negar sus sentimientos de tristeza. Aparece una expresión mayor de la baja de la autoestima así como de las vivencias de separación y de pérdida.

La expresión abierta del cuadro como en el adulto aparece más bien en la adolescencia; no les voy a insistir sobre ella porque es harto conocida por todos ustedes.

FORMAS CUNICAS DE LA DEPRESION EN EL NIÑO

Niveles de expresión psico-afectiva

1. Predominio importante de la inhibición.	<ul style="list-style-type: none"> - Enfriamiento de los afectos (sombrio, demasiado serio, etc.), entecimiento psicomotor, muy marcado, pobreza - laconismo de la expresión verbal, pobreza de actividades (juego, dibujo, etc.), ausencia (o pérdida importante) de ganas o de interés). 	<ul style="list-style-type: none"> - Características de cuadros severos, particularmente en el niño pequeño.
2. Expresividad moderada con inhibición de intensidad media.	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión de tristeza (aumento indirecto: mímica, gestual, etc.). - Expresión indirecta de una baja autoestima (sobre todo en contextarios sobre sus actividades). - Temores o vivencias de pérdida de objetos significativos (aumentado también expresadas indirectamente). 	<ul style="list-style-type: none"> - Forma frecuente en el niño en edad de lactancia.
3. Expresión clara del cuadro depresivo y manifestaciones menores de inactividad en primer plano del cuadro clínico.	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión afectiva. - Dolor moral. - Entecimiento general y baja energía. - Autodevaluación y baja autoestima. - Autoacusación y autorreproches. - Ideas hipocondríacas. - Ideas de suicidio. - Ideas mórbidas. - Ideas de muerte y de pérdida de personas cercanas, etc. - Síntomas somáticos 	

Naturaleza de la conflictividad psíquica en la depresión

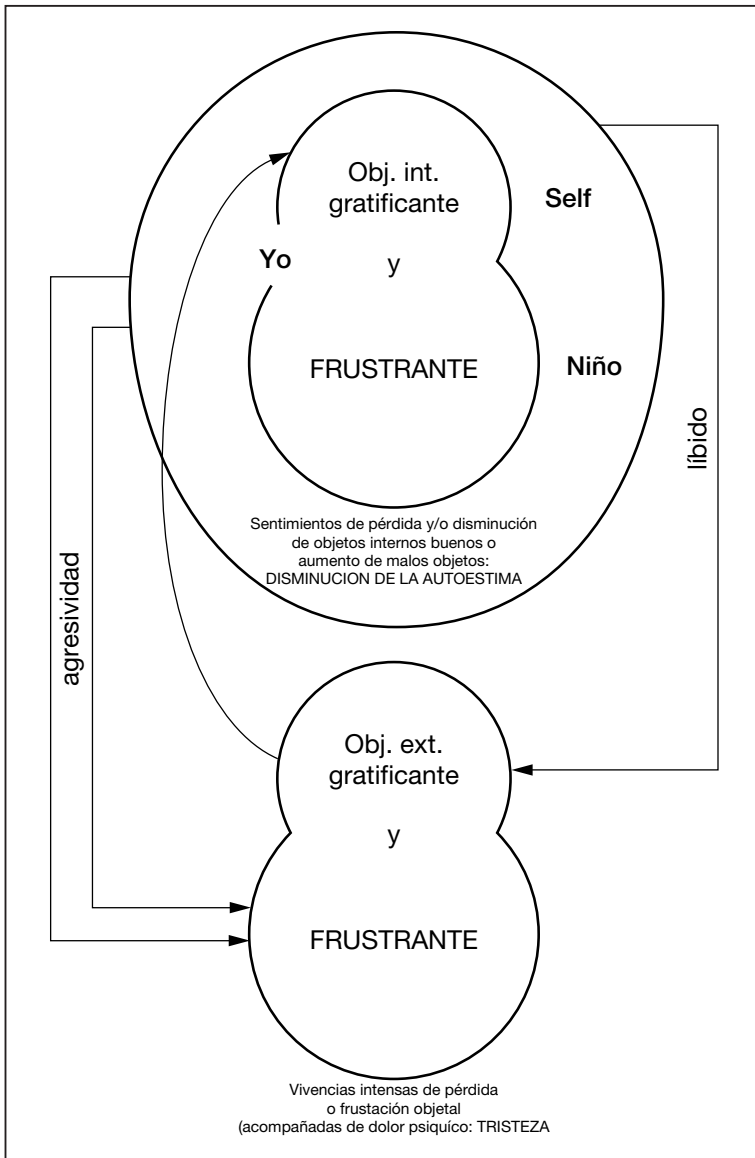
Pero veamos todavía otro elemento sobre el que les voy a insistir: la naturaleza de la conflictividad psíquica que se encuentra detrás de un cuadro depresivo clínico.

En el niño se ven más fácilmente que en el adulto **depre-siones reactivas**. Su dinámica que se puede describir así: (Cuadro IV) frente a las vivencias agudas de pérdida y/o de frustración, el niño tiene tendencia a vivir predominantemente vivencias de frustración frente a las de gratificación del objeto externo y por consiguiente va a tener tendencia a incorporar este tipo de vivencias y a sentir que en sí mismo predominan los aspectos frustrantes del objeto en detrimento de los gratificantes, lo cual se va acompañar de sentimientos de pérdida y de disminución de los buenos objetos internos dándose una disminución de la autoestima. Lo cual aumenta, como ustedes saben y como lo han visto en el cuadro de la depresión anaclítica, la protesta con respecto al entorno y al objeto externo, es decir aumenta la agresividad en detrimento de la libido.

En el Cuadro V podemos ver la comparación entre lo mencionado con lo que M. Klein llama la elaboración de la posición depresiva o lo que A. Freud y M. Mahler han llamado la constancia del objeto en la cual predominan las tendencias libidinales hacia el objeto porque predominan los aspectos gratificantes sobre los frustrantes con lo cual, al ser menor la agresividad permite que el objeto sea integrado, predominando así los aspectos gratificantes sobre los frustrantes. El proceso de incorporación está continuamente mantenido en la interacción.

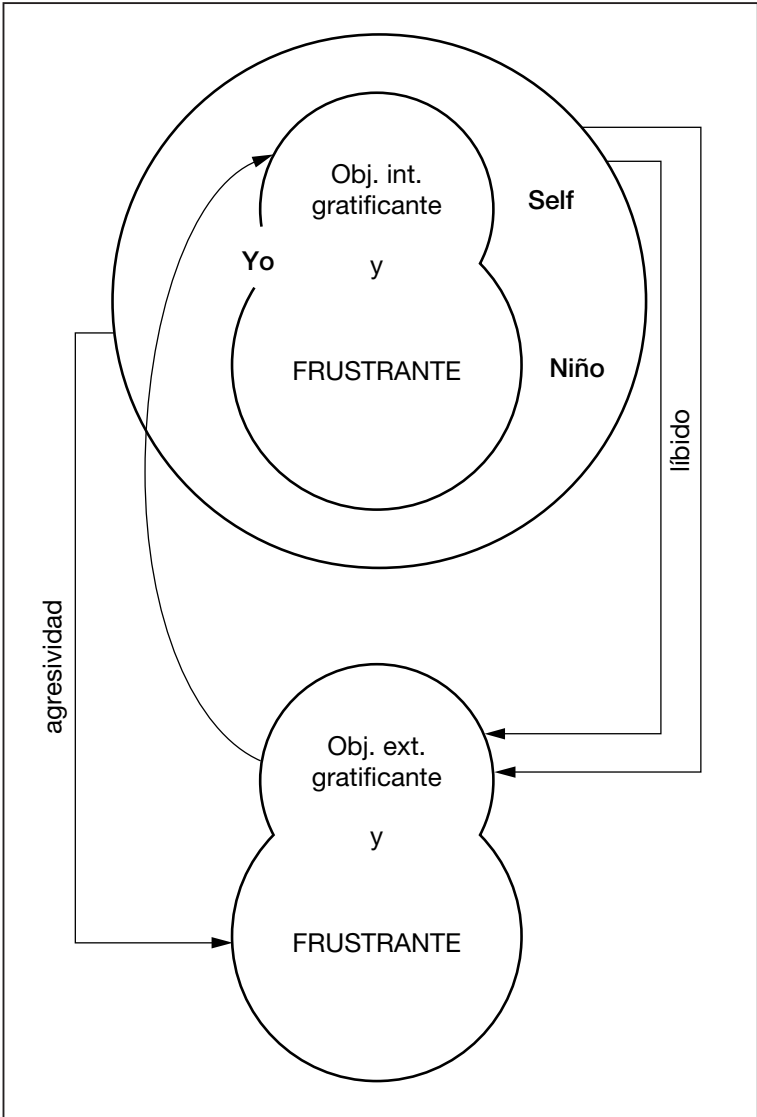
Veamos qué pasa en el niño: éste se encuentra frente a vivencias de frustración y pérdidas repetidas y sobre todo frente a situaciones de carencia o de déficit interactivo por ausencia de uno de los padres por ejemplo, o a situaciones en las cuales las proyecciones que el padre hace sobre el niño son

DEPRESION "REACCIONAL" (Y/O DUELO)



Cuadro IV

DESARROLLO DE LA CONSTANCIA DEL OBJETO EN EL NIÑO
(A. Freud, M. Mahler, M. Klein, etc.)

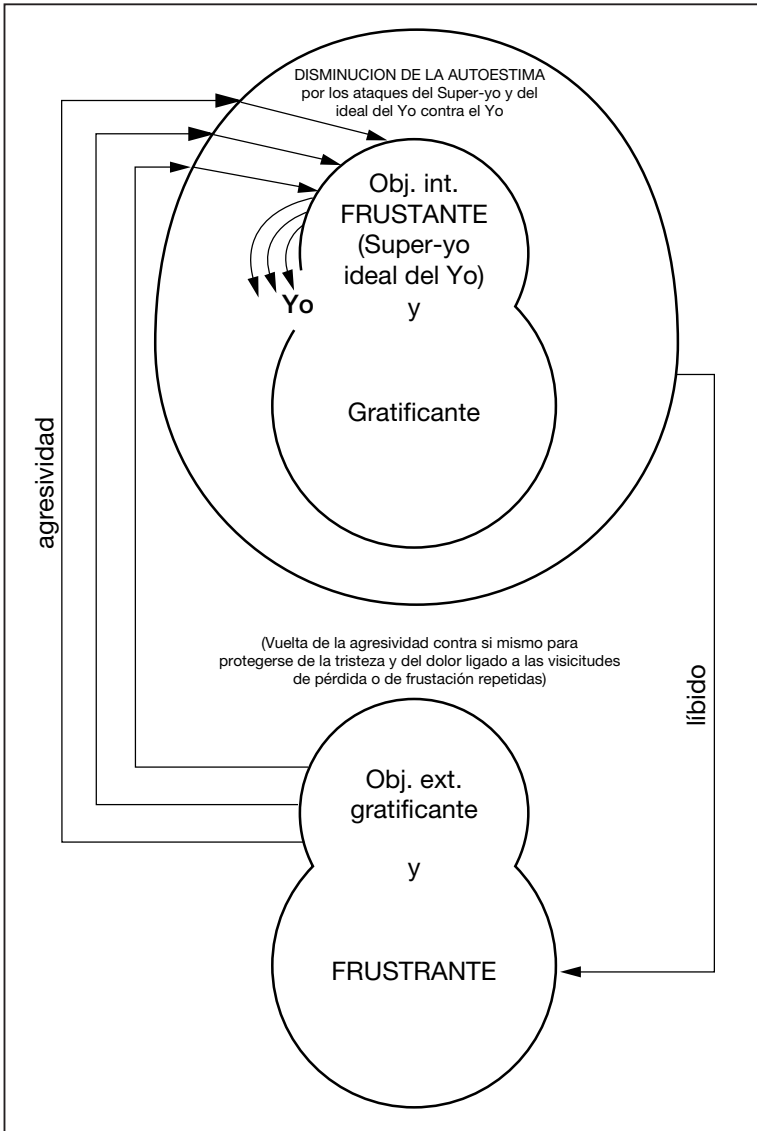


Cuadro V

de naturaleza conflictiva, agresiva o desvalorizante. En este contexto el niño vive una situación de frustración crónica porque sus iniciativas frente al entorno o no están retomadas ni gratificadas en el caso del padre ausente, o en el caso de unos padres presentes pero que realizan proyecciones negativas, el niño va a tener tendencia a retirar progresivamente sus iniciativas libidinales para tratar de protegerse del dolor que implica el sentimiento de frustración y pérdida. El por qué el ser humano se defiende tanto del dolor, de las vivencias de tristeza, de pérdida, de dolor y frustración es algo que merece una reflexión mayor y vendremos sobre ella más tarde, pero el hecho es que el niño para defenderse de los sentimientos de dolor y de pérdida que implica la frustración crónica tiene tendencia a organizarse en un modo particular que le permita tanto como pueda prescindir de los aspectos frustrantes de los objetos externos.

El proceso en este caso sería a grandes rasgos el siguiente: en situaciones crónicas por decirlo rápidamente, el niño va a tener tendencia como puede verse en el Cuadro VI, a la **depresión neurótica**. Se da una retirada narcisista como un modo de defensa frente a las vivencias de frustración y/o de pérdidas repetidas, el niño va a tener tendencia, en vez de protestar como lo hacía el niño con depresión reactiva, a retirar las protestas y la agresividad dirigida al objeto, hacia sí. Vean que esto forma parte de la teoría psicoanalítica clásica en cuanto al modelo dinámico de la depresión. Esta retirada de las protestas y de la agresión hacia sí le permite al niño denegar los aspectos frustrantes, de disminuirlos, siente menos la frustración de parte del objeto sin embargo aumenta o mejor dicho, transforma sus objetos internos en objetos predominantemente frustrantes alimentados por esta agresión. De este modo se transforman sus objetos internos, pasando de ser predominantemente gratificantes a ser predominantemente frustrantes. Aquí aumentan los objetos frustrantes, los objetos internos se transforman en objetos superyóicos o Ideales de Yo y a partir de ahí atacan al Yo con exigencias, exigencias

DEPRESION "NEUROTICA"
1.º nivel de retirada narcisista



Cuadro VI

que tienen una finalidad narcisista ya que la finalidad es "...si hubiera hecho todo aquello que debiera haber hecho no me hubiera encontrado con los aspectos frustrantes del objeto". Vean ustedes como así progresivamente por este procedimiento, se genera algo que la teoría psicoanalítica ha descrito, se genera una transformación interna de los objetos en el Yo que toman características superyóicas-ideales del yo que hacen que aumenten las exigencias sobre el niño y, sobre el Yo del niño y que se traducen por una disminución activa de la autoestima por ataques del Superyo y del Ideal del Yo.

En estudios realizados por nosotros hemos visto como el 34% de los niños de 3 a 5 años presentan una conflictiva de tipo depresivo de las características que les acabo de describir.

Ven ustedes que es una conflictiva con las siguientes características:

A) Las vivencias y fantasías fundamentales giran en torno a la pérdida del objeto libidinalmente investido, lo cual se acompaña de sentimientos de tristeza que pueden tomar la forma de sentimientos de abandono o de exclusión en los casos más ligeros o de sentimientos de muerte o de destrucción en los casos más severos. Es importante distinguir el tipo de fantasía por la que el niño expresa la pérdida porque ella va a determinar los mecanismos de defensa que utilizará.

B) Esas vivencias de pérdida se ven ligadas, como acabo de esbozarlo aquí, al sentimiento del sujeto de que es su propia ambivalencia y en particular el investimento agresivo que acompaña todo el investimento libidinal del objeto, el que pone en peligro la persistencia del objeto en el mundo interno. Que ese tipo de fantasías ambivalentes en las cuales el investimento libidinal se acompaña de fantasías o temores de muerte y destrucción del objeto o por lo menos de su pérdida y el abandono, toman como punto de expresión, como zona erógena de expresión fundamental y como modo de manifes-

tación fantasmática las fantasías orales que aparecen aumentadas en este tipo de niños.

La oralidad permite expresar el drama del niño depresivo por eso tiene tendencia a regresar a este modo de expresión fantasmático, lo que se ama se quiere incorporar pero se siente que se devora y se destruye.

C) Para controlar y para reprimir masivamente la agresividad, la tendencia del niño es la de redirigir las tendencias agresivas hacia sí mismo por la vía del Yo y del Superyo lo que hace que tengan una vulnerabilidad narcisista.

Diferencia entre la conflictiva depresiva y la conflictiva del niño psiconeurótica:

Esquemáticamente se puede decir que la conflictiva depresiva gira en torno a las vicisitudes de la agresión y del peligro que representan, como una amenaza la agresión del sujeto a la pérdida del objeto de amor, mientras que en la organización psiconeurótica, esas fantasías de pérdida siendo menores, las pulsiones libidinales también son objeto de conflicto y no solamente la agresión la que es el objeto de conflicto y represión por parte del Superyo. Por ejemplo las fantasías incestuosas en las neurosis histericofóbicas o las fantasías sádicas a través de la erotización de la agresión en las neurosis obsesivas. Así que ven ustedes como sí se piensa en este tipo de estructuras como estructuras móviles por qué un niño psiconeurótico se transforman en fantasías de exclusión cómo se transforman en una problemática triangular en el cual las fantasías incestuosas juegan un mayor rol. Digo esto muy rápidamente en cuanto a lo que significa el movimiento progresivo y regresivo de la neurosis pero creo que a partir de conflictualidades depresivas más severas en las cuales las fantasías de destrucción son más importantes el niño no puede soportar la intensidad de la culpa y ha de recurrir a mecanismos psicóti-

cos para evacuar la intensidad de la tristeza y de la culpa y creo que los funcionamientos borderline constituyen un modo de regresión de conflictivas depresivas muy intensas pudiendo ir a modos de empleo de mecanismos psicóticos tales que las fantasías depresivas catastróficas que viven los niños borderline desaparecen en el plano posterior. Vemos aquí pues que estamos no en un déficit del investimento libidinal del objeto, estamos en un conflicto con el objeto del investimento.

Trastornos del aprendizaje

Los trastornos del aprendizaje en dos tipos siguiendo el modelo psicoanalítico.

Un primer tipo, el que se basa en el modelo psicoanalítico freudiano, es aquel en el cual, el trastorno del aprendizaje, resulta de un conflicto con el investimento libidinal del objeto, que puede ser como decía Freud sexual o como señalaba ayer un colega que decía que lo que sabía el adolescente era demasiado. Es decir, hablaba de implicaciones sexuales conflictivas y debido a esa conflictividad que conlleva el interés y el investimento del entorno, el aprendizaje resultaba conflictivo. M. Klein ha añadido a ese modelo la noción de que la agresividad juega un rol muy importante también en esa conflictiva y no sólo la sexualidad.

Pero hay otro trastorno del aprendizaje que se transforma en trastorno del desarrollo mucho más fácilmente, y que es mucho más silencioso, es un trastorno del aprendizaje basado en la alteración de la esencia misma del investimento libidinal. La naturaleza misma del investimento no se hace, de manera que nos aparece toda una patología por el déficit de investimento o por la distorsión grave del investimento, que se transforma en patología del desarrollo de la vida mental. Este tipo de patología, y disculpen por ser muy esquemático, se la puede clasificar como una patología narcisística destructiva grave conside-

rando el paradigma de este tipo de funcionamiento el autístico, que es un funcionamiento narcisista a ultranza que se organiza en detrimento del investimento del mundo externo, mientras que la patología por conflicto en el interés y en el investimento por los objetos del mundo externo es más bien una patología de tipo depresivo desde nuestro punto de vista, aunque también puede ser una patología de tipo neurótico.

Esta muestra, diré una pequeña disgresión, algo que es uno de los grandes enigmas del ser humano. ¿Por qué cuando se estudia el desarrollo del bebé, cuando se miran los trabajos sobre el desarrollo del bebé, cuando se miran los trabajos sobre las competencias precoces del bebé, se tiene la impresión, generalizando, que el ser humano viene con un aparato extraordinariamente sofisticado, consagrado casi exclusivamente a ligarse a un objeto de preferencia de sexo femenino a fin de almacenar en un mínimo tiempo un máximo de conocimientos en cuanto a ese objeto y en cuanto al modo como ese objeto materno trata el entorno, a fin de desarrollarse en una autonomía que le permita englobar un máximo de conocimientos del entorno para poder adaptarse a él? Es decir los elementos cognitivos, la apetencia cognitiva, la tendencia a tratar de almacenar la cognición del modo más rápido posible para utilizarla en el ligamen afectivo, para prever por ejemplo los riesgos y las amenazas que puede tener la desaparición de la madre por ejemplo. El bebé muestra un aparato extraordinariamente sofisticado destinado al aprendizaje y al aprendizaje a través de un vínculo con un objeto externo, la madre y que este aparato sofisticado lo vemos tan a menudo perturbado porque tiene tendencia a perturbarse algo que está programado para desarrollarse y prevenir así la adaptación es el problema que plantean las psicosis arcaicas fundamentalmente y sus derivados menos graves como son las disarmonías evolutivas, las patologías límites y que necesita reflexión y reflexión a través de esta doble polaridad, la primera es la necesidad narcisista de un sentimiento de autarquía que tienen estos niños a

los cuales el entorno, por las razones que fueren biológicas, o interactivas no responde según las expectativas que le hubieran permitido desarrollar todo este aparato cognitivo extraordinariamente sofisticado es el caso de los bebés deprimidos.

Depresión y dificultades de aprendizaje

Voy a decir dos palabras sobre la naturaleza del conflicto en lo que respecta al aprendizaje. Digamos sólo que el aprendizaje está constituido por experiencias de incorporación y ven cómo en un niño deprimido la noción de incorporar, y vuelvo a las ideas de M. Klein, puede ser fácilmente conflictiva en la medida en que la incorporación puede ser problemática por la ambivalencia que conllevan las fantasías de incorporación. En el aprendizaje es necesario la experiencia adquirida y a los niños deprimidos, como hemos estado viendo les cuesta guardar especialmente los objetos buenos y gratificantes.

Les voy a dar una viñeta clínica de un niño que presenta un estado depresivo grave muy severo cuando era bebé y con una madre borderline muy esquizoide y que evolucionó hacia una disarmonía evolutiva muy severa desorganizada. Este niño a los cuatro años en vista de que no evolucionaba favorablemente con los tratamientos psicoterapéuticos fue orientado al Centro de Día para niños psicóticos, allí hizo una relación muy estrecha con la educadora y evolucionó de una manera muy favorable y este niño muy inhibido y muy desorganizado, cuando se puso a funcionar empezó progresivamente a interesarse por lo que hacía la maestra pero de un modo extraordinariamente megalomaniaco. Decía que lo que hacía la maestra estaba muy bien pero que él tenía un poder mágico y muchísima más fuerza que ella, sus tentativas de expresión de sí mismo eran muy limitadas y su expresión muy pobre. Dicho con otras palabras, sus ideas megalomaniacas narcisistas eran de un narcisismo destructivo del tipo que apuntaba antes en el cual el investimento del mundo externo no se hace de un modo

muy deficitario porque pone en peligro la estima de sí. Este niño, sin embargo en el seno de la relación con la educadora empezó a ser menos megalomaniaco, a soportar mejor el fracaso y a pedir activamente que le corrigieran cuando hacía mal porque quería saber. Sin embargo él siempre guardaba una idea megalomaniaca de él mismo porque frente al miedo a no saber se retiraba inmediatamente de la participación escolar. Los progresos que hizo fueron tales que a los 7, 8 años pudo seguir un curso normal, a pesar de estas manifestaciones narcisistas grandiosas que tenía. Pero progresivamente, cuando habló de sacarles del Centro de Día, empezó a hacer un estado depresivo clínico manifestando tristeza y preocupación sobre la salud de su educadora y de sus padres, temeroso de que pudieran morir. Por ello le aconsejamos realizar una psicoterapia analítica.

Entonces desde el punto de vista del aprendizaje, resultó que sus resultados disminuyeron en un modo particular. El que podía leer perfectamente en el seno de esta conflictiva no llegaba a decir ni a explicar claramente lo que comprendía. En matemáticas por ejemplo donde llegaba ya a hacer cálculos de adiciones, había perdido la noción de la asociación de las unidades, por ejemplo que el dos y el tres juntos se transforman en decenas formando el veintitrés,. Este tipo de aprendizajes los había perdido a pesar de haberlos adquirido. Sin embargo en ortografía no cometía ninguna falta, y eso que ustedes ya saben que el francés desde el punto de vista de la ortografía es diabólico, es decir, hacía un aprendizaje disarmónico en el seno de esta problemática depresiva que presentaba frente a la amenaza de separación después de cuatro años esta educadora.

En este caso se puede decir que este niño inicialmente presentaba, con su funcionamiento psicótico, una posición narcisista omnipotente propia del funcionamiento narcisista arcaico en la cual el no invertir el mundo externo y el no invertir la vida de representación, le permitía mantener un sentimiento

megalomaniaco que empezó a declarar y a manifestar a medida que empezó a progresar en el Centro de Día. Como ven ustedes, después ese narcisismo se transformó en un narcisismo de vida y no en un narcisismo destructivo en un Ideal del Yo en el cual para él la omnisciencia era su ideal y por consiguiente quería saber y saber más. Había alcanzado un nivel escolar normal. Frente a la idea de separación, hizo un hundimiento depresivo y empezó a presentar problemas del aprendizaje, de lectura, de comprensión de la lectura y de aritmética, consecuencia de, y eso se vio en la psicoterapia, fantasías orales canibalísticas y envidiosas. No tengo mucho tiempo para darles detalles pero los temas centrales eran la envidia de su psicoterapeuta que era una mujer y que la consideraba como la mujer “de las grandes tetas” lo digo literalmente, frente a las cuales sentía una extraordinaria avidez y fantasía, ataques ávidos, más o menos destructivos que se traducían a veces en fantasías persecutorias de estar atacado por la pierna de la terapeuta que de una patada lo traspasaría de un lado para el otro. Ven ustedes que nos encontramos frente a la fantasmática que M. Klein ha descrito como propia a un funcionamiento esquizoparanoide oscilante hacía una tentativa de integración depresiva muy severa.

Sin embargo a pesar de sus fantasías orales canibalistas era todavía capaz de incorporar y adquirir conocimientos como lo muestra sus capacidades de ortografía. A nivel de hipótesis, podríamos decir que podía realizar mejor esa adquisición formal que otras que necesitan una mayor participación emocional. Como puede ser la lectura y su comprensión en función probablemente de las fantasías agresivas que se infiltraban y la represión que se instauraba sobre esas fantasías que le hacían perder la capacidad adquirida ya de comprensión de la lectura de la aritmética

Conclusión

Concluiré diciendo que los trastornos o dificultades del aprendizaje, pueden ser vistos a través de la existencia de un cuadro depresivo en el que se ataca a la sustancia misma del aprendizaje, es decir a la capacidad de investir el mundo externo de modo a poder incorporarlo y a guardar de él una representación que pueda ser utilizada operacionalmente en cuanto al propio desarrollo y en cuanto al establecimiento del sentimiento de si mismo. Esta dificultad de aprendizaje de tipo psicótico o de tipo narcisístico destructivo es muy distinta de la dificultad de aprendizaje ligada a las vicisitudes de la vida pulsional que sea agresiva como diría M. Klein en las organizaciones depresivas, que sea también sexual como es el caso de las organizaciones psiconeuróticas. Este tipo de vicisitudes del aprendizaje son mucho más leves y que tienen que ver fundamentalmente a la limitación dentro de si, de preservar los aspectos satisfactorios de la experiencia con el mundo externo y la posibilidad de utilizarlos al fin de su propio desarrollo y autonomía.

LA IMPORTANCIA DE LA SIMBOLIZACION EN LOS PROCESOS DE APRENDIZAJE *

**M. A. Albamonte, V. Bermejo, C. Ferrándiz, F. Guijarro,
I. Montes, M. D. Palop y M. Sánchez ****

Cuando tenía 6 años vi una vez una lámina magnífica en un libro sobre El Bosque Virgen, que se llamaba "Historias vividas". Representaba una serpiente boa que se tragaba a una fiera.

El libro decía: "Las serpientes boas tragan sus presas enteras, sin masticarlas. Luego no pueden moverse y duermen durante los seis meses de la digestión".

Reflexioné mucho entonces sobre las aventuras de la selva y, a mi vez, logré trazar con un lápiz de color mi primer dibujo.

Mostré mi obra maestra a las personas grandes y les pregunté si mi dibujo les asustaba.

Me contestaron: ¿Por qué habría de asustar un sombrero?"

Mi dibujo no representaba un sombrero. Representaba una serpiente boa que digería un elefante. Dibujé entonces el interior de la serpiente boa, a fin de que las personas grandes pudiesen comprender. Siempre necesitan explicaciones.

Las personas grandes me aconsejaron que dejara a un lado los dibujos de serpientes boas abiertas o cerradas, y que me interesara un poco más en la geografía, la historia, el cálculo, y la gramática. Así fue cómo, a la edad de 6 años, abandoné una magnífica carrera de pintor. Estaba desalentado por el fracaso de mis dibujos. Las personas grandes nunca comprenden nada por sí solas y es cansado para los niños tener que darles siempre y siempre explicaciones.

"EL PRINCIPITO" "Saint-Exupery"

* Ponencia presentada el 22 de noviembre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria.

** Psicólogos clínicos. Miembros de la Asociación Psicoanalítica de Madrid.

El desaliento de un pequeño de 6 años que nos trasmite el poeta, y el abandono de su propio universo de significado al confrontarlo con la visión del mundo adulto, nos permite iniciar nuestro trabajo.

MELTZER dice: “Si pensamos en la formación de símbolos como en un tipo de unión creativa y que el área de congruencia es aquella compartida por dos objetos que están inmersos en una recíproca relación simbólica, cada vez que el símbolo es usado, terminamos por referirnos a ambos objetos. Pero si esta área de congruencia no es jamás observada desde el punto de vista de la vinculación entre dos elementos que se ven separados, podemos hacernos una idea de cómo opera el pensamiento concreto”.

El desarrollo de la capacidad de pensar y, por ente, el desarrollo del proceso simbólico, es indisociable como bien ha dicho Bion, de la experiencia emocional. Y es en el vínculo, en la experiencia emocional, en la relación con el otro, ya sea en el mundo interno o en el mundo externo, donde adquiere sentido cualquier experiencia emocional.

Este va a ser nuestro punto de partida. Entenderemos el desarrollo de la capacidad simbólica como un proceso interno que acontece desde los primeros instantes de la vida y que es el resultado de la elaboración y metabolización de la experiencia emocional, en función del vínculo madre-bebé . Expondremos diferentes modelos teóricos que privilegian, con diferencias conceptuales, la importancia de la función pensante y metabolizadora de la madre para proveer de significados y promover el crecimiento mental del bebé. Inversamente y desde estos mismos modelos, las fallas en este proceso, inevitablemente, promueven importantes fallas a su vez en la posibilidad de la elaboración de la experiencia emocional. y ocasionan la alteración de la función simbólica del niño., afectando, de diversas formas, su “aparato de pensar” y su modo de operar frente a los diferentes procesos de aprendizaje.

En el transcurso de la historia del psicoanálisis, –puesto que es desde el psicoanálisis desde donde vamos a abordar nuestro trabajo–, la teoría y la técnica psicoanalítica se han sustentado recíprocamente. Y es sobradamente conocido por todos el uso de la técnica del juego en el psicoanálisis infantil, en tanto que está plenamente consensuada como el instrumento terapéutico (equivalente al uso del lenguaje en el psicoanálisis del adulto) que permite el abordaje y la elaboración de la fantasía inconsciente.

Debemos a FREUD y a su rigor permanente como observador intuitivo y genial de la realidad circundante las primeras reflexiones sobre el juego. En 1908, en su artículo “El creador literario y el fantaseo” (.O.C. T. IX Amorrortu. págs. 127-128) dice: “¿No deberíamos buscar ya en el niño las primeras huellas del quehacer poético? La ocupación preferida y más intensa del niño es el juego. Acaso tendríamos derecho a decir: todo niño que juega se comporta como un poeta, pues se crea un mundo propio o, mejor dicho, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada... Ahora bien, el poeta hace lo mismo que el niño que juega: crea un mundo de fantasía al que toma muy en serio, vale decir, lo dota de grandes montos de afecto, al tiempo que lo separa de la realidad efectiva”.

Cuando FREUD nos aproxima a la dimensión de lo “poético” del juego del niño y observa la transformación que opera éste sobre su realidad a través de su propia recreación interna, nos está anticipado lo que van a desarrollar, posteriormente, otros autores. Unos, han tomado estos procesos de transformación como punto de partida para la comprensión de la estructuración del psiquismo temprano, con diferentes teorizaciones sobre el origen del pensamiento; otros, han partido directamente del juego del niño, considerándolo como un exponente de su funcionamiento mental, es decir, de su capacidad o no de formar símbolos y de generar pensamientos.

Si efectuamos una revisión bibliográfica desde la psicología sobre los procesos de simbolización, concluiremos que la

formación de símbolos tiene una vertiente intelectual, pero, ante todo, es un conjunto de procesos que afectan a la estructuración psíquica de la personalidad.

J. PIAGET, desde un punto de vista cognitivo y genético, nos ha descrito el aspecto conceptual y lógico matemático de la génesis del lenguaje y de la inteligencia. Define la función simbólica como “la capacidad de evocar objetos o situaciones no percibidas actualmente, sirviéndose de signos o de símbolos.. Se manifiesta, poco más o menos, simultáneamente bajo los cuatro aspectos siguientes: adquisición del lenguaje, emergencia del juego simbólico, comienzo de la imitación diferida, y primeras manifestaciones de la representación de los actos de inteligencia.”

Si bien, desde la psicología ha sido la teoría piagetiana una de las que más respuestas ha dado al proceso de simbolización y a los interrogantes creados por su estudio, nos parece que ha sido el psicoanálisis el que más ha estudiado y más se ha interrogado sobre esta cuestión.

FREUD, en el cap. VII de “La interpretación de los sueños”, formuló una serie de hipótesis para comprender cómo se estructura el psiquismo y más concretamente, cómo se originan los pensamientos en el niño. Para FREUD el pensamiento empezaría a originarse en la vivencia de satisfacción y su inscripción en el psiquismo como huella mnémica. La vivencia de satisfacción es posible gracias a los cuidados maternos. Cada vez que se incrementa la tensión de la necesidad se reactivará la imagen mnémica que contiene en sí la representación del objeto que hizo posible la satisfacción, es decir, la representación boca y pezón a la vez. El bebé buscará la repetición de la satisfacción a través de la **satisfacción alucinatoria del deseo**, que para FREUD constituye el primer acto psíquico.

Ahora bien, como la búsqueda de la experiencia placentera a través de la alucinación no comporta la satisfacción esperada, el incipiente psiquismo deberá inhibir la alucinación y

posponer los procesos de descarga, hasta que, por vía del examen de realidad, pueda encontrar un objeto idéntico al anhelado. Esto ya implica la intervención de procesos de pensamiento y de enlaces de representaciones.

Las continuas experiencias de satisfacción-insatisfacción harían entrar en juego la noción de presencia-ausencia, siendo precisamente la ausencia del objeto anhelado la que conduce al reconocimiento del otro, posibilitando enlaces de representaciones y haciendo intervenir los procesos de pensamiento, es decir, los procesos de simbolización. De esta manera se daría el paso de la identidad de percepción, propia de la alucinación, a la identidad de pensamiento.

En esta tarea la adquisición del lenguaje cumple un papel prioritario, posibilitando la representación de relaciones aún en ausencia del objeto. Recordemos cómo describe FREUD magistralmente este proceso en el juego del fort-da, al que nos referiremos más adelante.

Fue M. KLEIN, a través de su trabajo clínico con niños, la que elaboró una teoría sobre los procesos de formación de símbolos.

En 1923, siguiendo a FREUD, FERENCZI y JONES, puso el acento en torno a las inhibiciones neuróticas del talento en la represión. Sin embargo, cuando en 1929 retomó este tema no pudo dejar de lado sus descubrimientos relativos a la angustia y al sadismo y pasó de una concepción que hace de la libido el factor dinámico, a otra que atribuye ese papel a la angustia. Esto implica renunciar a la idea de un Narcisismo primario de un estadio anobjetal temprano, ya que la angustia es por definición el signo de una relación de objeto, y más precisamente de un ataque sádico.

La formación de símbolos es una actividad yóica que se lleva a cabo a través de la fantasía inconsciente y que modifica su carácter y función de acuerdo a los cambios del yo y de

la relación de objeto. Su modo de proceder con los objetos se refleja en perturbaciones, o no de la formación de símbolos. Esta actividad del yo es determinante en la capacidad de comunicarse, ya que toda comunicación es efectuada mediante símbolos siendo estos indispensables para la comunicación externa e interna.

¿Cómo surge el símbolo para M. Klein?

Sostiene la autora que en la estructuración del psiquismo hay un primer momento: posición esquizoparanoide, en la que se exagera el sadismo juntamente con el impulso epistemofílico, cuyo objeto es apoderarse y destruir el cuerpo de la madre con todas las armas que el sadismo oral, anal, uretral, tiene a su alcance; dicho cuerpo posee en la fantasía del niño: el pene del padre, los excrementos y los demás bebés. Todo ello homologado con sustancias comestibles. Estos ataques sádicos provocan en el niño una angustia intensísima, ya que el sujeto se siente amenazado por el propio sadismo y por el de los objetos atacados (retaliación).

Los mecanismos de defensa utilizados en este momento, son preferentemente la escisión y la identificación proyectiva. El bebé, a través del mecanismo de escisión, pretende dividir al objeto en uno ideal, al cual querría unirse, y en uno malo, al que querría aniquilar junto a las partes malas de sí mismo proyectadas en él.

El sentido de realidad, en estos momentos, es precario. El pensamiento tiene unas características omnipotentes, y el concepto de ausencia es casi inexistente. Con estas primeras proyecciones e introyecciones comienza el proceso de formación de símbolos. Estos símbolos que son vividos como el objeto originario, son los llamados por H. SEGAL: "ecuaciones simbólicas".

Hay que llegar al umbral de la posición depresiva para hablar de símbolos propiamente dichos, que surgen cuando los

sentimientos depresivos predominan sobre los esquizoparanoídes, cuando se puede tolerar la separación del objeto, la ambivalencia, la culpa y la pérdida. No se usan para negar ésta, sino para superarla.

Sirven los símbolos para desplazar la agresión del objeto original y disminuir la culpa y el temor a la pérdida.

Ahora bien, estos logros no son irreversibles; si la angustia es demasiado intensa podrá producirse una regresión a una etapa esquizoparanoide y los símbolos vuelven a adquirir el carácter de ecuaciones simbólicas. El yo, por identificación proyectiva, vuelve a confundirse con el objeto, y el símbolo con la cosa simbolizada.

No queremos dejar de hacer un esbozo de autores tan significativos en este tema como BION y MELTZER, ambos dedicados expresamente al estudio de los procesos de pensamiento.

BION, desde su lectura del pensamiento de FREUD y profundo conocer de la obra de M. KLEIN, elaborará su propia teoría del pensamiento y la simbolización.

Como ya expusimos en otro trabajo titulado “Fallos en la simbolización de una niña de ocho años”, BION otorga una importancia esencial a la **función materna** en la estructuración del psiquismo. Tomaremos algunos de los conceptos expuestos en dicho trabajo.

Para la estructuración del pensamiento BION propone los siguientes términos: a) preconcepción: término con el cual significa un estado de expectación; b) concepción: es aquello que resulta cuando una preconcepción se une a las impresiones sensoriales apropiadas. Por tanto, cada vez que una preconcepción se une a una realización positiva se produce una concepción. Las concepciones siempre estarán unidas a una experiencia emocional de satisfacción. Por ello el pecho otorga significado cuando produce satisfacción.

A la vez nos destaca BION que el término “pensamiento” se refiere a una conjunción de una preconcepción con una frustración. El bebé cuya expectación de un pecho entra en conjunción con la realización negativa de la no existencia de un pecho para su satisfacción, lo experimenta como tener un pecho “ausente” adentro. El próximo paso depende de la capacidad del niño para tolerar frustraciones, ya que puede tender tanto a modificar éstas como a evadirlas. Si la capacidad para tolerar la frustración es suficiente el “no pecho”• adentro deviene un pensamiento y se desarrolla un aparato para pensar.

En el modelo de BION la madre con capacidad de “*revêrie*”, comprendiendo al bebé desde su ensoñación, proveedora de significado y satisfacción; permitiendo en el vínculo con él la realización de sus preconcepciones, ayuda a desarrollar en el bebé su capacidad simbólica y a construir su “aparato para pensar los pensamientos” o “aparato preconceptual”.

BION nos aportó su concepto de función alfa, señalando con este nombre una función transformadora y esencial para el desarrollo del pensar. La madre ordena, de algún modo, el caos de pensamientos y sentimientos que le está proyectando el bebé y se lo devuelve reordenado, más tolerable para él. De este modo, la relación continente-contenido así formada, es introyectada como vínculo de desarrollo emocional.

Paralelamente, se va produciendo el imprescindible pasaje de posición esquizoparanoide a posición depresiva, es decir, la interrelación entre momentos desintegrativos y paranóides y momentos integrativos depresivos (PS—D).

La capacidad de crear símbolos para BION, requiere pues una elaboración exitosa de la posición depresiva, que implica la tolerancia a la ausencia del objeto y su recreación a través del símbolo que la representa.

MELTZER continúa y enriquece las teorías de BION. No vamos a extendernos sobre su propia elaboración, pero sí seña-

lar que para este autor la formación de símbolos implica un estado mental creativo, en la medida que extrae del mundo exterior un nexo entre dos objetos que enriquece el significado de ambos. Es decir, entre dos objetos se tendría que dar un área de superposición que daría lugar al símbolo, cuyo significado enriquecería al de los elementos separados. Cuando el área de superposición entre los dos elementos es total, tendríamos la ecuación simbólica de la que hablaba H. SEGAL.

Para ambos autores en la experiencia emocional siempre hay un encuentro, un vínculo con el otro, y este encuentro produce un conflicto entre las tendencias constructivas, creativas, y las tendencias destructivas, desintegrativas (Amor, Odio y Conocimiento, y menos Amor, menos Odio y menos Conocimiento).

Es a partir de aquí que MELTZER, con una metapsicología que incluye diversas dimensiones, postula las distintas categorías del aprender, dentro de la dimensión epistemofílica. A cada categoría corresponde un estado mental determinado, que a la vez influiría sobre el desarrollo de la personalidad.

Establece cinco categorías de aprendizaje:

- 1.^a categoría.- Aprender de la experiencia: involucra a la experiencia emocional y por tanto produce una modificación de la personalidad. La persona “deviene” en algo que no era antes. Dentro de esta categoría estarían las personas que hacen un auténtico aprendizaje, en la medida que establecen una relación creativa con el otro, capaces de enriquecerse mutuamente y con posibilidad de sentir agradecimiento.
- 2.^a categoría.- Aprender por identificación proyectiva: entraña una fantasía omnipotente de acceder a las capacidades de otra persona, apoderándose de sus cualidades. Son personas que pueden tener un buen nivel de rendimiento pero éste no está relacionado con un enriqueci-

miento de su personalidad. Estarían más pendientes de cómo sobresalen por encima del otro que de su propia gratificación por lo aprendido..

- 3.^a categoría.- Aprender por identificación adhesiva: entraña una fantasía inconsciente de quedarse sobre la superficie del objeto. Son personas que imitan y que tienen aprendizajes mecánicos, pero que difícilmente pueden aplicar lo que aprenden a nuevas situaciones. Pueden aparentar una buena adaptación social pero son muy inestables pudiéndose producir desviaciones hacia nuevos objetos a los que imitar.
- 4.^a categoría.- Aprendizaje por “scavenging” (pillaje de desperdicios): típico de la parte envidiosa de la personalidad, no pueden pedir ayuda ni aceptarla con gratitud.
- 5.^a y última categoría.- Aprender delirante: es aquél en el que se construye un mundo antinatural y es vivido como natural por el sujeto. Es un aprendizaje de un orden diferente, propio de los psicóticos.

Sólo la primera forma de aprendizaje, es decir, el aprender de la experiencia, produce cambios desde lo esquizoparanoide a lo depresivo. Depende de la asistencia de objetos benévolo (internos y externos) con los cuales pueda compartir la carga de angustia que acompaña al impacto de una “nueva idea”.

Para MELTZER la capacidad de pensar depende de la identificación con un objeto interno pensante (Madre).

Dicha capacidad pensante (sea cual fuere su origen), tiene una evolución en el tiempo, y todo lo que se refiere a los procesos de simbolización se halla reflejado en mayor o menor medida en el juego.

Aunque no podemos dejar de citar los importantes aportes de FREUD y M. KLEIN, que hicieron del juego una Teoría y Técnica terapéuticas, nos vamos a centrar en el juego como un

proceso potencialmente estructurador del psiquismo, como una actividad simbólica en sí misma, que a su vez ayuda a desarrollar la capacidad simbólica en el niño, rescatándole de los estrechos límites de lo concreto y abriéndole el amplio mundo de la fantasía y la simbolización.

WINNICOTT enfatizó el carácter terapéutico que todo juego posee, porque, al ocurrir en el espacio potencial entre el bebé y su madre, constituye el primer adentramiento creativo del niño en el mundo de los objetos reales. El jugar, dice WINNICOTT, es excitante y estimulante, no porque en él estén involucrados los instintos, (recordemos las tesis kleinianas que relacionan juego con fantasía masturbatorias), sino porque supone las primeras experiencias de dominio sobre el no-yo.

Pero no todo juego significa el desarrollo de la capacidad simbólica, o lo que es lo mismo, no todo lo que parece juego lo es.

D. LIBERMAN y cc. en “Semiótica y Psicoanálisis de niños” aporta un ejemplo esclarecedor:

Dos niños mueven enérgicamente un palito en un recipiente con agua; para uno se trata de una lavadora, para el otro se trata simplemente de mover un palito en el agua. La diferencia entre ambos niños es obvia. El primer niño desea comunicar a su analista que está dispuesto a dejarse remover por él, con la esperanza de salir “más limpio” de la experiencia. Supone también lo que WINNICOTT llamó la capacidad para estar a solas en presencia de otros como producto de un buen vínculo interno. Sin embargo, el segundo niño parece “estar sólo” como producto del rechazo activo del vínculo; aferrándose a lo concreto: “es un palo dentro del agua” muestra el rechazo activo al analista al que parece querer decir: no remuevas en mis cosas”. No parece que sea ésta una actitud que promueva el aprendizaje. El vínculo de este tipo de niños con el exterior parece teñido de omnipotencia y desprecio: ¿es que estás tonto, no ves que hago?. Como consecuencia será difícil que espere

recibir algo bueno de un mundo exterior tan hostil. Juan, de siete años, con un rotundo fracaso escolar decía, a través de un personaje de sus juegos a propósito de la comida: “te la dan, parece bueno pero es una trampa de arañas y te mata por dentro”.

Será un aspecto importante de nuestra tarea discriminar de entre las actividades lúdicas aquellas que son juego de las que no lo son, y es nuevamente LIBERMAN, en la obra anteriormente citada quien nos ayuda en nuestro propósito.

En el juego se distinguen tres niveles: el sintáctico, el semántico y el pragmático, siguiendo sus aportaciones sobre la Teoría de Comunicación y Lingüística.

1. Del primer nivel, el sintáctico, diremos que para que haya un juego simbólico debe haber una referencia constante a un tiempo y un espacio diferente al momento en que ocurre el juego. Se juega escenificando con los elementos presentes una situación ausente.

2. Para que el aspecto semántico se dé, es necesario que la categoría simbólica “presencia-ausencia” haya sido adquirida por el niño.

Más adelante volveremos a este punto, puesto que es precisamente la posibilidad de elaboración de la ausencia de la madre, la piedra angular sobre la que se asienta la capacidad simbolizadora del niño, (y éste es un punto de acuerdo en todos los autores revisados).

Para que el niño acceda a este nivel, debe poder distinguir entre “mamá no está aquí” y “mamá no existe más”.

Cuando Jaime, un adolescente tratado por uno de nosotros, con un rotundo fracaso escolar hablaba de sus primeras vivencias escolares relataba que llegaba al parvulario, sobre los tres o cuatro años, tan desesperado que sólo podía dedicarse a un único “juego”: cogía una de esas estructuras de plástico que tienen orificios para meter piezas y las intentaba

meter a puñetazos y patadas, hasta que todo quedaba destrozado o la profesora se lo impedía. Jaime expresaba de esta manera que, no pudiendo soportar la separación de su madre, intentaba meterse por la fuerza en una mamá a la que dejaba destrozada, quedando él mismo tan agujereado que no podía retener adentro suyo ningún contenido.

3. Nivel pragmático. El auténtico juego tiene la intención de comunicar algo y no es sólo una evacuación de ansiedades o angustias intolerables para el yo. También este carácter de comunicación debe mantener a nivel intrapsíquico, esto quiere decir que el niño que juega a ser supermán tiene que poder discriminar entre verdad y ficción y esto depende de la existencia de un yo fuerte, observador, que impida que el yo sea absorbido por el rol. En el pseudojuego el niño no juega a ser supermán, “es supermán”.

Sólo si estas tres áreas o niveles se dan conjuntamente, el juego ayuda a ampliar el universo simbólico de los niños.

Ilustraremos a continuación el caso de un niño atrapado en una falsa identidad con importantes fallos en el nivel pragmático.

Guillermo, un niño de seis años, se presentaba en la consulta diciendo “yo voy a un colegio muy chulo, y, cuando sea mayor lo voy a ser todo: ingeniero, abogado, economista... todo, porque como voy a colegios muy buenos, lo voy a ser todo. Yo soy el jefe del pueblo donde vamos a veranear, porque antes era mi abuelo y cuando se estaba muriendo le pregunté: abuelito: ¿ahora quién sera el jefe? y me dijo que yo. Así que ahora mando yo”. Mientras hablaba de esto, jugaba con las piezas de construcción a hacer un muro muy grande. En otro momento, decía “yo soy el primero de clase, porque intento portarme muy bien, y los demás se portan muy mal, y hacen muchas tonterías. Yo siempre lo hago todo muy bien. Yo soy el mejor y el que más sabe.

Los padres de Guillermo habían consultado porque no sabían si debían preocuparse por el comportamiento del niño,. Durante el verano el niño había matado un pájaro y, “jugando” con un perro a no dejarle salir de la piscina, éste había muerto seguramente de un ataque al corazón. Sin embargo, el niño no había mostrado ninguna preocupación, insistiendo en que él lo había sacado de la piscina, al ver que no se movía.

No recordaban datos de su primera infancia. En realidad los padres no lo veían apenas. La madre no le podía dedicar nada de tiempo. Ellos creían que era inteligentísimo, porque siempre había tenido salidas muy geniales. Sin embargo, el niño no había conseguido aprender a leer ni a escribir.

A pesar de que la realidad le muestra a Guillermo sus dificultades en el aprendizaje, que no es un héroe salvador sino ejecutor. él necesita seguir “creyéndose” el ideal de los padres, unos padres que no se pueden hacer cargo de un niño pequeño; una mamá para la que dedicarle media hora diaria a su hijo es una misión imposible; una mamá que espera un hijo superdotado, precoz, que se eduque solo.

Nos podríamos preguntar:

¿Qué es lo que les pasa a estos padres con su narcisismo infantil, sus deseos, sus identificaciones...?, ¿qué les pasa con sus ideales?, y ¿qué salida le queda a este niño, que no sea la de alucinar a un Guillermo-Ideal del yo de los padres, superdotado, genial, precoz... a costa de su propio yo?

Fue S. FREUD, como sabemos, quien inauguró una fecunda línea de investigación sobre la función de jugar, cuando describió en “Más allá del principio del placer” el juego de un niño de 18 meses que desde entonces se le conoce como el “juego del carrete” o “el fort-da”. Hoy se piensa que antes que el niño pueda acercarse al hecho de ser independiente de la madre y pueda soportar su pérdida momentánea, han pasado muchas cosas en su constitución psíquica.

FREUD, en el “juego del carrete” describe a través de la dialéctica de presencia-ausencia, el intento de control sobre el objeto que realiza un niño cuando se enfrenta con la experiencia de separación. La relación “fort-da” una vez constituida, deja de ser imagen particular de una situación, para convertirse en un esquema de representación que da forma a todas las situaciones de separación.

Decíamos anteriormente que toda actividad humana tiene un desarrollo en el tiempo, y a él nos referimos en adelante siguiendo las ideas de R. RODULFO en su libro “El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana”, quien hace una articulación personal de distintas teorías.

El niño desde el momento del nacimiento es esencialmente activo y su constitución como sujeto independiente pasa tanto por su propia actividad como por la influencia del ambiente, (mito familiar, deseo de los padres, etc.).

En los primeros tiempos de los procesos de estructuración del psiquismo, el niño dispone sólo de su cuerpo, e inicia a través de éste, el camino hacia la representación simbólica. Como SAMI-ALI señaló, espacio y cuerpo coinciden plenamente porque aún no está adquirida, la diferenciación yo-no yo. Si la evolución continúa, el primer trabajo del niño será, como numerosos autores lo han señalado (M. MAHLER), arrancarse de la simbiosis materna para construir su propia individualidad. Las adquisiciones simbólicas en esta etapa van sacando al bebé del espacio unidimensional, (boca-pezones son un continuum), para adquirir cierta noción de sujeto-objeto, y de continente-contenido.

Todos los juegos recuerdan la importancia estructurante que la omnipotencia narcisista infantil tiene para el bebé en estos momentos. WINNICOTT diría en una de sus paradojas estructuradoras del psiquismo, que para separarse-desilusionarse de un objeto hay que haber estado muy unido e ilusionado.

En efecto, el espacio del bebé es todavía predominantemente bidimensional y el volumen apenas si se empieza a apuntar; el bebé está todavía pegado a la madre, posee y es poseído por ella, y una separación prematura que le pusiera en contacto con la indefensión total, podría dejar secuelas en su estructuración psíquica indelebles. Todo ello se da durante el primer año de vida y constituye un primer entramado psíquico que, de plasmarse conscientemente, deja al niño bastante protegido de la destrucción psicótica.

El caso de Miguel, un niño de seis años, creemos que puede ser significativo de los aspectos que acabamos de señalar.

Su vida estuvo marcada por continuos cambios. Cambios de país, de casas, de colegios. Sus trastornos en el sueño comenzaron desde el nacimiento. Sólo se calmaba en el momento que la madre le daba el pecho. Durante la noche lloraba continuamente e intentaron dejarlo solo “para ver si se acostumbraba”, sintiéndose los padres incapaces de contenerlo.

Al año y medio, y coincidiendo con un traslado de país, unido a una fuerte inestabilidad familiar, el niño hace una detención en su desarrollo, evidenciándose sobre todo a nivel de lenguaje e instalándose un extraño código de laleas.

Alrededor de los cinco años, los padres se dan cuenta que tienen un hijo con problemas y empiezan a dedicarle mucha más atención, a la que Miguel responde muy positivamente. De todas formas, las dificultades persisten y hay un evidente fracaso escolar, lo que los decide a iniciar un tratamiento, interrumpido cuatro meses más tarde.

El tratamiento estuvo centrado en los siguientes temas:

1 Tema. Su preocupación por lo que había debajo del suelo. Preguntaba ¿hay algo, no hay nada?, manifestando a nivel de ecuación simbólica su preocupación por la inestabilidad del suelo que pisaba, poco firme, poco consistente, pasando a

sentir ese suelo vacío como su propio cuerpo, perdiendo sus contenidos que sólo podía retener a través de una masturbación compulsiva genital y anal, al tiempo que se refugiaba debajo de unos almohadones.

2 Tema. Amenaza continua de pérdida de objeto. Empezaba las sesiones diciendo: “muérete, que te caigas al suelo” y “ya estás viva”, donde había una fantasía de control omnipotente que representaba precisamente, su indefensión e impotencia ante los sentimientos de pérdida prematura que él había sufrido y que no podía representar simbólicamente porque eran una amenaza real. En esta misma línea también repetía: “yo me voy y tú te quedas malita. ¿Pasa algo, no pasa nada?”

En realidad no había un auténtico juego sino una repetición de situaciones traumáticas que él no había podido elaborar y que tenían que ver básicamente con una no estructuración de las categorías de yo-no yo, interno-externo, presencia-ausencia, categorías simbólicas básicas en el psiquismo infantil.

Hacia el final del primer año, se enriquece la función del jugar y toda la actividad parece encaminada al afianzamiento de la categoría simbólica básica y estructurante: la de presencia-ausencia, que otorga al individuo la primera noción de existencia independiente de la madre y otorga a los demás objetos, la categoría de lo real.

Son los juegos de las escondidas, de las pequeñas apariciones y desapariciones, que nos hacen pensar en lo que WINNICOTT llama el destete, como un “dejarse caer de la madre y de su mirada”. Antes, el niño necesitaba la presencia de la madre para existir: “soy mirado, luego existo”, dice WINNICOTT, y toda sensación de existencia dependía de que la mirada y los cuidados maternos libidinizarán al bebé. Pero cuando el niño empieza a esconderse de la madre, o juega a que ésta desaparezca –el “fort” de FREUD– inicia los primeros pasos de existencia independiente.

En los juegos de “fort-da”, es decir, en los juegos de expulsión-aparición, lo realmente novedoso es el primer movimiento, la expulsión, el alejamiento que inaugura la posibilidad de reconocer lo que está fuera del alcance. Se inicia entonces un enorme trabajo de discriminación porque hay muchas cosas que son no-yo y no-madre. Pero la existencia independiente de la madre y de los demás objetos es un golpe demasiado duro para la omnipotencia y pronto aparecerá el “da”, el reencuentro que el niño cree posible por su propia voluntad y gracias al alivio que esto le procura, seguirá avanzando en el descubrimiento maravilloso de que mamá, él, y todas las demás cosas por las que se interesa cada vez más, tienen existencia por sí mismas.

El espacio también adquiere una importante ampliación simbólica. En el acto de expulsión, el bebé va creando el espacio externo. De la bidimensionalidad de la superficie continua, pasa a la tridimensionalidad, y así parece, que de la categoría simbólica principal presencia-ausencia, se van derivando otras que ya indican una mayor conexión del bebé con su entorno: cerca-lejos, antes-después, arriba-abajo, y mucho más tarde: delante-detrás, derecha-izquierda, etc.

Todas estas categorías son condiciones “sine qua non” para que el niño esté en disposición para aprender a situarse en el espacio y pueda aprender a leer en su momento.

Una de las más frecuentes patologías psicomotoras, la que conocemos como una mala orientación espacial, es decir, niños que no pueden establecer los pares derecho-revés, derecha-izquierda, provienen de trastornos narcisistas, son niños cuya categorización de yo-no yo fue muy precaria y tienden a verse desde la perspectiva del otro; siguen estando fijados a un estadio simbólico funcional y no saben existir si no es adheridos a otros. Así, todas las operaciones superiores, que requieren una clara diferenciación yo-no yo, fracasan en mayor o menor medida.

Para que esta etapa se cumpla con éxito, es absolutamente necesario que el niño pueda simbolizar la diferencia entre separar y destruir y que, tanto el niño como su madre, puedan metabolizar los ambivalentes sentimientos que toda separación provoca.

Si la diferencia entre separar y destruir está simbolizada, el niño podrá ir fraguando su identidad, al tiempo de poder permitirse la curiosidad e interés por los objetos.

La curiosidad debe poder ser tolerada por los padres para que el niño la sienta como legítima (nuevas categorías simbólicas: permitido-prohibido, público-privado se empiezan a establecer en esta época).

Pero es frecuente encontrar en la práctica clínica, trastornos del aprendizaje relacionados con la inhibición de la curiosidad, porque ésta es vivida como una intrusión destructiva en el otro, además de ocultar el deseo de inmiscuirse en la escena primaria.

En el transcurso de la adolescencia, se debería realizar la consolidación de la capacidad de simbolización junto a la aparición del pensamiento formal hipotético-deductivo que capacita a los jóvenes para las primeras reflexiones teórico-abstractas.

Pero esta mayor capacidad para aprender está siendo bombardeada por numerosos frentes. De todo el complejo proceso adolescente, descrito por Teresa Olmos de Paz en su trabajo "De la confusión a la simbolización", entresacaremos, lo directamente relacionado con el tema. Puesto que en la adolescencia tiene lugar la resignificación de toda la problemática infantil "prefiero llamar primera adolescencia al tipo de funcionamiento mental que se caracteriza, fundamentalmente, por el estado de omnipotencia narcisista y confusional, consecuencia del impacto en el self de la metamorfosis de la pubertad; y segunda adolescencia, al modo de funcionamiento men-

tal en el cual se procesan una serie de operaciones simbólicas, básicamente el trabajo de elaboración de los duelos por las pérdidas del cuerpo infantil, de las fantasías de bisexualidad, de la identidad infantil y de los padres de la infancia". Esto supone un turbulento proceso de desidealización, tanto del propio self, como de las figuras parentales, proceso que se da en el marco de la elaboración de la conflictiva edípica.

Los procesos de aprendizaje-simbolización implican la puesta en marcha del Ideal del Yo con cierto carácter de futuro, fantasear lo que uno quiere ser, en cuyo caso se desarrollan las identificaciones secundarias. Ser como papá, o mejor que él, ser el mejor deportista, etc. son fantasías que tienen que ver con el Ideal del Yo e impulsan al niño hacia adelante. El aprendizaje debe ser un deseo que nazca del yo y se conjugue con el Ideal del Yo, de lo contrario, el Ideal se convierte en una exigencia superyóica que ahoga y arrastra al yo en lugar de impulsarlo.

Cuando surgen problemas de aprendizaje-simbolización, los proyectos de futuro, están interrumpidos, y, en lugar del Ideal del Yo, suele aparecer una hipertrofia del Yo Ideal, una fantasía narcisista omnipotente de que ya se es un genio, un ídolo. En este caso, el contacto con lo que aún no se sabe es intolerable y el camino para aprender está interrumpido.

Para terminar estas reflexiones, incluiremos el proceso terapéutico de un caso de una niña de seis años, expuesto de un modo muy sintético.

Merche se enferma con el nacimiento de su único hermano –tenía 8 meses cuando su madre se quedó embarazada–, manifestando su ansiedad de perder su lugar en la casa a través del cuerpo: hace bronquitis, anginas, diarreas...

Frente a la angustia de la niña se despierta la propia conflictiva materna, quien no puede reconocer ni tolerar los celos y la hostilidad de su hija, en la medida en que se reactiva lo

que ella debió sentir cuando nacieron sus propios hermanos: ella se quedó sin comida, sin dulce.

La dificultad materna dejó a madre e hija enganchadas en una relación sádica, sin posibilidad de elaborar el duelo y sin posibilidad de establecer un exitoso proceso de separación-individuación. Las dos se quedaron enganchadas y el padre, muy inseguro, tampoco pudo mediar en la relación entre ambas.

A partir de este momento y tras el nacimiento de su hermano, siendo la mayor funciona como la menor. Para ella, en su fantasía, son las cosas mal hechas; para el varón –para su hermano– son las buenas cosas. El hermano tiene lo necesario para crecer y desarrollarse, mientras que ella, por el contrario, no puede despegarse y crecer. Queda detenida en un permanente malentendido: cuando siente necesidad de algo, no está; cuando lo tiene, tiene tanta rabia que lo rechaza.

Internamente se siente rota y un objeto interno roto –como objeto identificador– no le sirve para crecer, ni le permite aprender. A los seis años tenía los conocimientos y el comportamiento de una niña de dos años.

Para ella, el mantenimiento de la relación simbiótica con el objeto materno era la única forma posible de evitar la desestructuración psicótica. Así, permanentemente ella se “descabezaba”, y se paralizaba para evitar los cambios y mantenerse en la simbiosis. Paralelamente, “descabezarse”, “hacerse la loquita” era, a su vez, su manera de separar a la madre del hermano y del padre.

Estaba sumida en un sentimiento de vacío intenso: no sabía luchar por lo que quería, enfermándose más y más. Su rabia y sus sentimientos de celos y de envidia actuaban transformando permanentemente para ella lo bonito en feo. Todo ello despertaba e incrementaba en ella una intensa voracidad, que era usada como una manera de atacar, no de tomar alimento: reventaba ella y reventaban los otros.

Intentaba evitar el duelo y el dolor a través de la omnipotencia, haciéndose la que no era. Simulaba saber leer, escribir, sumar... porque temía no tener lo necesario para poder aprender. Se decía a sí misma “a mí qué me importa”, negando su dolor y su necesidad. A través de ser la nena sufriendo y desprotegida, de inspirar pena y desesperanza, culpaba y paralizaba a la madre, reteniéndola. Igualmente tenía agarrada a la maestra. Ambas, madre y maestra, como representantes de un objeto interno que ella, en su fantasía, vació de bebés, y así mismo lo convertía en un objeto interno mamá-vacía-caquitas, con el que se identificaba. Ella, con una mente inservible, vacía, sin cosas valiosas, incapaz de aprender.

Inició una psicoterapia a la edad de seis años y que prosiguió durante siete años. La psicoterapia, inicialmente, la proveyó de un espacio externo e interno adonde dirigir sus proyecciones, iniciándose un lento y costoso camino para contener su ansiedad –y la de los padres y educadores–, con vías a posibilitar el establecimiento de un espacio simbólico que le permitiera reconocerse a sí misma como capaz de pensar y aprender, capaz, por tanto, de individualizarse y de elaborar el duelo patológico que la dejó paralizada y fijada simbióticamente a la madre.

Los padres, ambos muy agotados e impotentes, dañados en sus propias funciones materna y paterna, se sintieron apoyados y aliviados, recuperando lentamente su confianza en su propia función. Hasta ese momento, parecía como si ellos mismos no hubieran podido simbolizarse como padres, y siguieran actuando y reconociéndose a sí mismos simbólicamente como hijos –cada uno de ellos se mantenía muy fijado a su propia familia–.

La dificultad de poder funcionar en un plano simbólico por Merche fue notoria desde el principio. Venía llorando y en brazos de la madre y permanecía desconsolada y desmadejada durante gran parte de la sesión. Cuando empezó a salir de es-

te estado –a través de sentirse contenida por la analista en su trabajo interpretativo–, depositó en la terapeuta su propia parte bebita-mala, insoportable y llorona, convirtiéndose ella en una mamá sádica e impaciente, que castigaba, frustraba y fastidiaba a su hija. No había simbolización en esta etapa, se movía en ecuaciones simbólicas que le impedían discriminar su propia fantasía y que la mantenían, muy próxima al terror y al pánico. Poco a poco la terapeuta, como ecuación simbólica –bebita mala–, pudo ser sustituida por una muñeca, BIBI, que empezó a funcionar como objeto transicional (WINNICOTT) en un plano presimbólico, y que permitió la distancia entre Merche y la terapeuta, tranquilizando y aliviando el sufrimiento de la niña. Así, empezó a acudir a las sesiones con menos pánico y a tolerar la separación de la madre, además de tolerar la escolarización –cosa imposible hasta ese momento–.

Poco a poco empezó a establecerse un mundo interno propio, poblado de personajes que podían ya ser simbolizados: TONTOLINA, CONEJITO..., como representantes de su propia fantasía, la niña tonta, incapaz de aprender; su parte envidiosa, rival, cagona, –además de sus aspectos omnipotentes y omniscientes– MAESTRA que todo lo sabe: leer, escribir, pintar, recortar.

La terapeuta tuvo que funcionar haciéndose cargo de sus aspectos de necesidad, frustración y sufrimiento, negados y escindidos, para poder acceder al espacio vincular que permitiera la confianza y la posibilidad de sentirse comprendida.

Cuando pudo instaurarse esta incipiente función simbólica –sobre el año de iniciarse la psicoterapia–, comenzó a aprender, paralelamente con la interiorización y su mejor tolerancia frente a aspectos negados y escindidos de sí misma y de la realidad externa. Sus personajes, en sus juegos, empezaron a mostrar características menos despóticas y crueles –ahora eran, mamá, hijita, o vendedora de alimentos...–, con lo que empezó a instaurarse una mejor relación con una madre inter-

na-externa confiable y capaz de satisfacer. Paralelamente, mostraba mayor conciencia de sus propias dificultades y de su necesidad de “ser arreglada”: el juego de la “peluquera” y el salón de peluquería pasaron a ser exponentes de su necesidad de que su cabecita, antes “descabezada”, fuera arreglada.

Junto al sufrimiento que le producía el ir enfrentándose a su realidad psíquica, iban disminuyendo su omnipotencia y sus negaciones. Mejoró la percepción de su propia realidad y de la realidad externa, poniendo a prueba su tolerancia frente a la realidad de su retraso escolar y afectivo. La fragilidad de su autoestima hacía muy difícil, en muchos momentos el abordaje de su conflictiva.

Su aprendizaje fue progresando, aunque lenta y dificultosamente. Llegó a tener unos conocimientos escolares de 4.º de E.G.B. aproximadamente, con algunas lagunas. Podía trabajar sola y ser más responsable con su trabajo, aunque la inseguridad en su propio rendimiento, la mantenía necesitada de la confirmación externa. Era amistosa y no tenía problemas de ser aceptada, ni por parte de los chicos/as de su edad, ni por parte de los adultos, aunque la conciencia de sus dificultades hacía que buscara vínculos de protección, en grandes y pequeños.

El final de la terapia fue un período en que ella buscaba encontrar medios de enfrentar el duelo y poder mantener “vivos” a los ausentes. Encontró las cartas y el teléfono; además de buscar ir “simbolizándose” como mayor, con posibilidades de estar sola. Fue reconstruyendo internamente su necesidad de encontrar contención para sus propios aspectos intolerantes, ávidos, a través de recuperar a la madre-maestra-terapeuta interna capaz de tolerar sus propias ansiedades infantiles sin venirse abajo. El peligro de la madre interna-externa, frustrante, aparecía mitigado por los aspectos positivos de una madre interna-externa capaz de contener y satisfacer.

Como puede verse, junto a los cambios que se fueron produciendo, también seguían existiendo dificultades. A pesar de

ello, la terapeuta y los padres, de mutuo acuerdo con ella, decidieron interrumpir temporalmente la terapia –como separación necesaria para poder ella ser “mayor”–, dejando abierta la posibilidad de retomarla más adelante, en caso de que ella tuviera necesidad de resolver otras situaciones de sufrimiento. Lo que fue muy bien aceptado por ella.

Para concluir y a modo de síntesis, pensamos que la posibilidad de “aprender” –y ello es generalizable a cualquier tipo de aprendizaje– requiere el normal desarrollo de la función simbólica, que se va estableciendo desde los primeros instantes de la vida en el espacio vincular madre-bebé. Este espacio vincular, en un primer momento funcional e indiferenciado, va permitiéndole al bebé desarrollar su propia capacidad de representación de sí mismo y del otro, gracias a la capacidad materna de contener y de modificar la ansiedad.

La representación simbólica de la que hemos hablado largamente, la categoría PRESENCIA-AUSENCIA, establece el requisito fundamental que permite la diferenciación yo-no yo, y el establecimiento consecuente del sentimiento de identidad.

La posibilidad de aprender requiere que el mundo externo y el mundo interno propio, aparezcan y sean vislumbrados por el niño como no excesivamente dolorosos, de modo que le permitan mantener y satisfacer su deseo de conocer, descubrir y explorar, además de permitirle confiar en encontrar la presencia de lo vital adentro y fuera de sí mismo, de este modo, establecer vínculos creativos. Sólo entonces la mente del niño se vuelve permeable y promueve el desarrollo de su propia capacidad de integración que le posibilita pensar, elaborar y recrear su propia experiencia.

Aprender es un proceso, pues, que requiere la incorporación, interiorización e integración. La imitación, la mera repetición o la falsificación, nunca pueden generar pensamientos propiamente dichos y, por lo tanto, no pueden posibilitar el crecimiento mental conduciendo inevitablemente el empobre-

cimiento, el bloqueo y la detención del pensar, o a la falsedad, tal y como señalan: BION Y MELTZER.

Es por esto que el niño –o el adulto– que no aprende, o aquel que pseudo-aprende, o el que se apropia del aprendizaje del otro, cada uno de ellos presentan fallas en la propia representación de sí mismos –a nivel de sus procesos de identificación–, que alteran y dificultan su captación de la realidad, interna y externa, afectando sus procesos simbólicos frente a los cambios socio-culturales y personales.

BIBLIOGRAFIA

- ALBAMONTE M. A; MONTES, I; OLMOS DE PAZ, T; SANCHEZ, M: “Fallos en la simbolización en una niña de 8 años. ¿Un fracaso terapéutico? Trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica de Madrid en 1990.
- BION, W:”Volviendo a pensar”. 1977, 2.ª edición. Editorial Paidós.
- BION, W:”Atención e interpretación” 1974. 1.ª edición. Editorial Paidós.
- Bion, W:”Aprendiendo de la experiencia” 1980. Editorial Paidós.
- FREUD, S: “La interpretación de los sueños” 1900. Cap VII, Tomo V. Amorrortu, Editores.
- FREUD, S: “El creador literario y el fantaseo” 1908. Tomo IX, Amorrortu Editores.
- FREUD, S: “Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico” 1911. Tomo XII, Amorrortu Editores.
- FREUD, S: “Pulsiones y destinos del pulsión” 1915. Tomo XIV, Amorrortu Editores.
- FREUD, S: “Más allá del principio del placer” 1920. Tomo XVIII, Amorrortu Editores.
- FREUD, S: “El yo y el ello” 1923. Tomo XIX, Amorrortu Editores.FREUD, S: “La negación” 1925. Tomo XIX, Amorrortu Editores.
- KLEIN, M: “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides” Obras Completas Vol. III Editorial Paidós.

- KLEIN, M: "Importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo". Obras Completas. Vol. II 1930, Editorial Paidós.
- KLEIN, M: "Análisis Infantil" 1923. Obras Completas Vol. II Editorial Paidós.
- KLEIN, M: "Una contribución a la teoría de la inhibición intelectual" 1931. Obras Completas. Vol. II Editorial Paidós.
- LIBERMAN, D y Cibs: "Semiótica y Psicoanálisis de Niños" Amorrortu Editores.
- MELTZER, D: "El significado clínico en la obra de BION" parte 3 del "Desarrollo Kleiniano". 1990. Buenos Aires. Editorial Spatia.
- MELTZER, D: "Vida Onírica" Madrid. 1987. Tecnipublicaciones S.A.
- MELTZER, D: "Sobre el Símbolo". Símbolo y formación del símbolo. Quadernos di Psicoterapia infantile n° 5. Diretti da Carlo Brutti e Francesco Scotti. Edit, Borla Roma.
- MELTZER, D y HARRIS, M: "Familia y Comunidad". Buenos Aires. 1990. Spatia Editorial.
- NICOLINE, E: "El Psiquismo temprano. Su constitución en el marco de la teoría freudiana" Seminario de Grupo: Referencia. Buenos Aires, 1988.
- OLMOS, T: "De la confusión a la simbolización. Adolescencia y Proceso Psicoanalítico". Trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica de Madrid 1990.
- PELENTO, M.^a. L: Conferencias sobre Winnicott. En el Instituto de Psicósomática de Valencia 1984.
- PETOT, J. M: "M. Klein. Primeros Descubrimientos y Primer Sistema. (1919-1932)". Editorial Paidós 1982.
- PIAGET, J.: "La formación del símbolo en el niño". Fondo de Cultura Económica. México.
- RODULFO, R.: "El niño y el Significante" Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana . Biblioteca de psicología profunda. Editorial Paidós.
- SEGAL, H.: "Notas sobre la Formación de Símbolos" La obra de H. Segal, 1989, Editorial Paidós.
- VALLE, ELSA DEL: "La obra de Melanie Klein", Lugar Editorial.
- WINNICOTT, D. W.: "Realidad y Juego". Editorial Gedisa.

INHIBICION DEL APRENDIZAJE Y CONFLICTO NEUROTICO *

Carmen Oriol **

De entre los miles de interrogantes que suscita el tema de los trastornos del aprendizaje hay uno que a mí me llama particularmente la atención. No sólo hay niños que no aprenden, también hay niños que aprenden, que saben, pero por alguna razón y a su pesar, no utilizan, no expresan lo que saben.

En mi experiencia clínica esta dificultad está más vinculada al sexo masculino y no tanto al sexo femenino. Son niños entre 7 y 10 años, inteligentes, es decir que realizan otras tareas con placer y eficacia. Sus padres y profesores dicen de ellos que no saben o no pueden concentrarse, pero que "si quieren" a veces en el último momento lo hacen todo y lo más sorprendente es que lo hacen bien.

De todos son conocidos los diversos factores involucrados en el tema de los trastornos escolares. Voy a centrarme en este trabajo en uno de ellos que, en el caso de estos niños, me parece ser el más significativo, sin que ello implique que los demás factores no actúen también, correlacionando entre sí. Me refiero a la personalidad del niño, en concreto a la ineficacia de sus mecanismos mentales neuróticos.

* Comunicación presentada el 23 de noviembre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria.

** Psicólogo.

Son niños que no han conseguido dar una salida satisfactoria a su complejo y quedan atrapados en un bloqueo libidinal que dificulta, cuando no impide, la sublimación de sus instintos necesarios para todo proceso de aprendizaje. Me refiero exclusivamente al sexo masculino por las razones ya expresadas.

A mi juicio dos aspectos del conflicto edípico: el deseo de rivalidad con el padre y por otro lado de identificarse con él son los más marcados a la hora de entender por qué para ciertos niños el aprender queda enganchado en la conflictiva edípica, convirtiéndose entonces en una dificultad importante para ellos. Es como si se preguntaran ¿puedo yo aprender tanto o más que mi padre? y ¿qué pasará si lo hago?

Soy consciente de la simplificación y sesgo que implica ver tales aspectos por separado, cuando en realidad actúan interrelacionándose junto con todo el conjunto de mecanismos mentales de que dispone un niño. Pero aceptando tal limitación, impuesta por el tiempo con el que cuento, veamos el primer aspecto.

Deseo de rivalidad con el padre

El niño que accede después de complejas vicisitudes a la fase edípica, deberá ser capaz, entre otras cosas, de realizar investimentos objetales diferenciados. Lo que le permite establecer una relación triangularizada, compleja donde ya no solo deberá tener en cuenta al otro con relación a sí mismo, sino al otro con relación a un tercero. Es decir, porque la madre ama al padre el niño querrá parecerse a él, ocupar su lugar, para obtener así el amor de la madre.

Todo esto sin olvidar que este proceso lo realiza inconscientemente y es vivido en el marco de su fantasía. Así cuando hablamos de identificarse, rivalizar o desear al padre o a la madre, no son tanto los padres reales, sino imagos internas

configuradas inconscientemente o de aspectos objetivos, por ejemplo los profesores, que hayan ejercitado junto al niño roles parentales. Esto explica por qué ciertos profesores para ciertos niños pueden representar también un rival edípico.

El proceso edípico no sólo es complejo sino también conflictivo porque implica aspectos contradictorios. Como decía, el niño debe rivalizar con su padre. Sentirse capaz de situarse, en su fantasía, en el lugar de su padre, de desbancarle para que su madre le ame a él, como ama a su padre. Pero a su vez, él también ama a ese padre rival, depende de él, de su reconocimiento, de su valoración. ¿Cómo luchar así contra alguien a quien desde otra perspectiva no se desea vencer? ¿Como excluir a quien también se ama? Estas contradicciones producen ambivalencias y sentimientos de culpa normales en todo niño. Por ello sólo podrá rivalizar con un padre que por otro lado viva como suficientemente "invencible". Igual que sólo podrá desear con tranquilidad a una madre que se mantenga a una distancia adecuada del niño.

Sin embargo, los niños con las dificultades de aprendizaje a que me refiero en este trabajo parece que concentran en el hecho de aprender, su deseo de rivalizar con el padre. No se permiten por más que lo deseen, expresar sus conocimientos, ya que éstos parece que son investidos de un poder que reactiva la rivalidad. Su omnipotencia les hace vivir su fantasía como posible, es decir, vivir al padre como "vencible".

Naturalmente esto acentúa el temor de ser rechazado o castigado, suscitando angustias de pérdida de objeto y de castración. Entonces utilizan la inhibición de su deseo de aprender como recurso defensivo contra esas angustias.

Pero, ¿por qué aprender o más bien demostrar que saben, puede llegar a convertirse en un conflicto de rivalidades? Esta es una pregunta que me parece imposible de contestar en general. Cada niño tendrá su propia respuesta de acuerdo a su propia historia. Sin embargo quisiera sugerir algunas pistas.

Por un lado está la **omnipotencia del niño**. A veces ésta puede ser potenciada tal vez por una falta real de conocimiento en el padre. Sobre todo cuando el padre vive tal desconocimiento como una castración, una debilidad que afecta a su narcisismo y que busca completar en el hijo. De ahí a veces el carácter perentorio de algunas exigencias impuestas al niño, como luego veremos.

Quizás esto es lo que hace que veamos más frecuentemente esta dinámica en el caso del niño y no tanto en la niña. No quiero dejar de hacer referencia en este punto al hecho cultural. A la conquista social que ha supuesto la más extendida incorporación de la mujer al mundo profesional y por lo tanto la mayor valoración de su formación intelectual. Dejo abierta la reflexión sobre lo que este hecho pueda suponer para la niña.

Traigo aquí, como ejemplo, el caso de un niño que estudiaba en euskera. Vino a consulta porque se negaba a hacer cualquier tipo de trabajo en clase. Tampoco hacía los deberes en casa. Después de hablar sobre sus cosas, le pregunté que por qué pensaba él que le habían traído a mi consulta. Contestó: “no me concentro”, se quedó callado y al rato añadió, “mi padre no sabe euskera”. En la entrevista de demanda con los padres, la madre con un tono entre la queja y la crítica, me dijo: “como éste no sabe euskera no puede ayudar a Jon como hacen otros padres”. El padre de Jon me miró y no dijo nada. Era evidente que para los tres era un conflicto que el padre no supiera euskera.

Pues no depende sólo de que los padres tengan o no tal conocimiento o tal habilidad, sino de cómo y por qué llegan a vivir esta ausencia como una castración. Esto es lo definitivo, ya que ningún padre o madre saben todo de todo y no por eso dejan de aprender sus hijos. Incluso a la hora de elaborar el edipo y, entre otras cosas, de renunciar a la omnipotencia idealizadora, es muy tranquilizador para el hijo poder tomar conciencia de las limitaciones de los padres.

Por otro lado está el **tipo y la cuantía de angustia** que pueda arrastrar el niño de fases anteriores de su evolución. Lo que nos llevaría a conflictos de fases pregenitales tampoco suficientemente elaborados y que serían quizás una de las claves de sus dificultades posteriores. Por ejemplo conflictos narcisistas que acentúen su necesidad de identificar al padre. Esto puede hacer aún más conflictivo y culpabilizante ese deseo de rivalizar.

Esto nos lleva al segundo aspecto a que me referí antes. La identificación como mecanismo principal en la elaboración del conflicto edípico.

Deseo de identificación con el padre

El niño que evoluciona normalmente elabora su conflicto entre otros aspectos renunciando a su omnipotencia, asumiendo su realidad de niño que “aún no puede” y sobre todo queriendo parecerse lo más posible, es decir identificándose con el padre.

Lo que le permitirá renunciar a su deseo de la madre y elaborar la fantasía de que un día él también tendrá una mujer como ahora tiene su padre.

Querer ser como un modelo supone tener asumido, internalizado, un modelo ideal y a su vez una capacidad de evaluar si uno se asemeja o no a ese modelo. Estos son los dos aspectos que conforman el Súper Yo. En ambos intervienen el mecanismo de identificación. Por un lado el Súper Yo, como es sabido, supone un conjunto de normas de conducta que el niño primero cumple y más adelante asume como suyas, identificándose con las actitudes críticas explícitas e implícitas de los padres y personas de su entorno de las que el niño depende de alguna manera. Así la crítica se convierte en autocrítica y se consolida la capacidad de autoevaluación. Por otro lado incluye ese modelo ideal como Ideal del Yo con el que identificarse.

De aquí la importancia que tienen para la estructuración de la personalidad del niño, más en concreto de su Súper Yo, los modelos que se le presenten, el tipo de críticas que se le hagan, el valor de las expectativas que se le propongan, etc.

Pensemos ahora en esas expectativas y en esas críticas, cuánto hay en ellas de lo que podríamos llamar modelos inalcanzables. Es decir la pregunta sería, ¿cuánto hoy debe saber un niño en cada etapa de su aprendizaje? Independientemente de los criterios que establecen los contenidos de los planes de estudio oficiales, es innegable la presión social, generadora de tantas ansiedades en padres y profesores, que hoy ha hecho norma del “cuanto más sepa, mejor” o del “este niño no da de sí todo lo que podría dar”. Lo que da pie a un sin fin de clases particulares para que aprenda ese cuánto de sí o ese todo; que quizás tenga más que ver con las exigencias narcisistas, como decía antes, que los mayores, padres, profesores y en su caso terapeutas, ponemos en los niños.

Estas exigencias no definidas, sin límites cercanos, hacen surgir en los niños ansiedades bloqueadoras. Si antes veíamos que poderse identificar con un modelo de padre era requisito necesario para continuar una evolución natural, al proponerle esos modelos inalcanzables, no concretos surge un nuevo obstáculo que se une a las idealizaciones que ya de por sí hace el niño, dificultando sus posibilidades de identificación.

Por otro lado el fracaso escolar pone a estos niños en una situación de rechazo por parte de padres y profesores que agrava la inoperancia libidinal de la que ya padecen.

Todo ello confluye en la intensificación del conflicto edípico dando lugar a una cantidad de angustia y sufrimiento provenientes de sentimientos de pérdida y de castración que, el niño no puede elaborar dada su magnitud. Quedando así atrapado en este conflicto, concentrando una gran parte de su líbido en la lucha contra esa angustia, básicamente mediante el mecanismo de la inhibición. Quizás no consigue del todo neu-

tralizar la angustia y de ahí esa intranquilidad que lleva a padres y profesores a decir “no se concentra”.

Si todo fue bien, en cambio, el niño ha podido renunciar al placer que obtenía de la satisfacción de su edipo y encontrar en el hecho de aprender una nueva fuente de satisfacción. Ha podido desplazar su interés centrado hasta ese momento, en lo ocurrido con sus padres al interés por lo que ocurre en la escuela. Y entonces el juego de la racionalidad se convierte en un placer para el niño y es en ese juego donde se insertan los aprendizajes escolares. Sin embargo el acceso a ese juego sólo es posible, como decía antes, si el niño ha conseguido distanciarse suficientemente de sus deseos edípicos porque éstos ya no son ni intensos, ni conflictivos, y entran en el período de latencia.

Para terminar recojo las palabras de C. Chiland que refiriéndose al déficit intelectual en su libro “L’Enfant de Six ans et son avenir” dice: “Un mal nivel intelectual es frecuentemente una cicatriz de sufrimientos infantiles, una forma de estabilidad después de fases de desequilibrio. La calma de la tormenta de la vida afectiva al precio de una restricción de los investimentos e intereses intelectuales”.

Me cuestiono si quizás no hace déficit, como para que un conflicto neurótico se salde con malos resultados escolares.

APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO EN LOS GRUPOS DE REEDUCACION *

María Ignacio Roca y Adria López Sala **

En nuestra experiencia clínica en el departamento de reeducación de la Fundación Eulalia Torras de Beá, Institut de Psiquiatria i Psicologia del Nen i de l'Adolescent, nos encontramos con un porcentaje importante de chicos que presentan dificultades de aprendizaje, de manera que inicialmente parecen aprender, pero rápidamente olvidan sin poder realizar el proceso de adaptación cognitiva.

Esta dificultad va acompañada de una falta de interés no sólo escolares sino también en el ámbito de su vida cotidiana y de relación, aspectos depresivos y regresivos importantes relacionados básicamente con el fracaso escolar, entendidos no como una cuestión puntual fruto de una crisis de adolescencia, sino como resultado de una elaboración lacunar parcializadora de la continuidad necesaria en los aprendizajes.

Pensamos que la insuficiencia en la adquisición de los aprendizajes es debida a la falta de significatividad que los chicos puedan establecer con los nuevos contenidos, porque és-

* Comunicación presentada el 23 de noviembre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria

** Fundació Eulalia Torras de Béa. Institut de Psiquiatria i Psicologia del Men i de l'adolescent. Hospital de Creu Roja. Carrer Dos de Maig, 301. 08025 BARCELONA

tos dejan de tener sentido para ellos perdiendo la posibilidad de vincularlos con sus aprendizajes previos.

Las características más importantes de los aprendizajes significativos son:

- Que siempre implican una memorización comprensiva del material que se ha aprendido.
- Que suponen una reflexión crítica por parte del que aprende, (ha de relacionar el nuevo contenido con la información que ya posee).
- Que comportan funcionalidad. Lo que el chico ha aprendido le sirve para efectuar aprendizajes nuevos y enfrentarse a nuevas situaciones.

El aprendizaje significativo supone un eslabón en la cadena constructivista de las adquisiciones.

Partiendo de estos supuestos, en el grupo reeducativo tratamos de ofrecer a los chicos la posibilidad de vincular lo que les interesa saber y aprender con lo que ya saben, para que el conflicto que siempre se crea en la adquisición de nuevos aprendizajes sea suficientemente asumible desde la óptica de su motivación, sin caer en el círculo vicioso del no poder integrar lo que se intenta aprender.

La experiencia grupal facilita la interacción de intereses y opiniones en torno a los nuevos contenidos, hecho que asegura una mejor consistencia de las nuevas adquisiciones.

El terapeuta, a través de la relación reeducativa y del conocimiento que va adquiriendo del grupo, favorece esta vía distinta de aproximación a los nuevos contenidos.

Presentaremos ahora la primera sesión de un grupo reeducativo.

El grupo está formado por 3 chicos de 13 y 14 años, repetidores (uno de ellos por segunda vez) y con un nivel intelectual que permitiría seguir la escolaridad sin problemas; sin em-

bargo, los tres presentan dificultades de aprendizaje importantes de las características anteriormente descritas.

Entran en la sala de trabajo. Los 3 chicos no se conocían, están callados mirándose unos a otros, Isaac empieza a reír, yo miro a los tres y comento:

–R. “Con Isaac ya nos conocíamos, el curso pasado había asistido conmigo a otro grupo, Salvi había venido con sus padres a una visita previa donde les expliqué el trabajo que realizaríamos en el grupo, de César sólo conocía su nombre, ya que a la entrevista vino su madre sola”.

Me dirijo especialmente a C. y le digo cómo me llamo.

–R. “Pero a lo mejor tu madre ya te lo habrá dicho, y también explicado lo que comentamos en la visita”.

–C. “Mi madre no me ha explicado nada”.

Este fragmento nos muestra cómo los grupos pueden empezar de distintas formas.

Espero un momento, Isaac va riéndose bajito de forma incontrolada, Salvi está serio y nervioso.

Les pregunto si saben porqué vienen aquí y en qué va a consistir el trabajo en el grupo. (Todos ellos están atendidos en nuestro Servicio por el profesional que se ha ocupado del diagnóstico y ha indicado el trabajo en grupo, encargándose del seguimiento. De esta oferta se ha hablado con los chicos y también explicitados los motivos).

Siguen callados, a Salvi le veo muy tenso, se le ponen los ojos rojos como si estuviesen a punto de llorar.

–C. “Lo que me ocurre a mí es que confundo mucho las letras y escribo tal como hablo”.

–I. “A mí también me ocurre lo mismo”.

Miro a Salvi.

-S. "Yo me porto mal en casa".

-R. "¿Qué te pasa?".

-S. "Me peleo con mis hermanos".

-I. "Yo también, tengo una hermana de 18 años y nos peleamos mucho".

-R. "¿Qué edad tienen tus hermanos Salvi?".

-S. "Un hermano de 15 y una hermana de 7, nos peleamos mucho".

-R. ¿Y tú, tienes hermanos César?".

-C. "Un hermano de 18 años pero no nos peleamos, bueno alguna vez".

Hay un silencio y pregunto.

-R. "¿Qué curso hacéis?".

-I. "Yo este curso repito, voy a hacer sexto, pero ya repetí en primero".

-C. "Yo también repetí, este año voy a hacer sexto".

-S. "Yo también este año voy a repetir sexto" (lo dice con los ojos muy enrojecidos).

Hay un silencio y pregunto de nuevo:

-R. "¿Qué pensáis de la escuela?".

-Isaac y César dicen casi al mismo tiempo que a veces es un rollo y que hay cosas que son difíciles y no las entienden. Salvi explica que él está bien en la escuela, que tiene muchos amigos.

De nuevo hay un silencio.

-I. "Yo he tenido que salir un poco antes de la hora de terminarse las clases para poder llegar al Hospital".

Me intereso por si tiene la escuela muy lejos de casa, todos parece que la tienen cerca, pero que viven bastante lejos del Hospital.

–R. “¿En qué barrio vivís?”.

Se miran unos a otros con cara de extrañados, y en un primer momento dicen no saber el nombre de su barrio.

–C. “Yo vivo en el Carmelo; sí, sí seguro que vivo en el Carmelo”

–I. “Me parece que mi barrio se llama Poble Nou”.

–S. “Yo no sé como se llama mi barrio”.

–R. “Seguramente tendréis alguna cosa importante cerca de vuestra casa que pueda servir para orientarnos”.

–S. “Una parada de metro, Selva de Mar”.

–R. ¿Alguna cosa más?”.

Hay un silencio, y me pregunto en voz alta:

–R. “¿Por dónde deben caer vuestros barrios, lo sabéis?, ¿al Norte quizás?”

Todos responden que no lo saben, que no conocen bien Barcelona.

–R. “¿Cómo podríamos hacerlo para orientarnos y conocer un poco más?”.

–I. (Habla muy flojo) “Un plano”.

–R. ¿Qué os parece lo que propone Isaac?

Todos están de acuerdo, salgo a buscar una pequeña guía de Barcelona y dejo que vayan consultándola, se les ve muy perdidos pero interesados; al cabo de cierto tiempo durante el cual puedo observar cómo no encuentran una manera adecuada para informarse pregunto:

–R. “¿Qué buscamos?”

–I., C. “¿Cómo podríamos hacerlo para saber si están en la guía?”

–S. “Mirando en el prólogo”; los demás asienten.

–R. “Sí que puede estar en un lugar concreto, pero no sé si se llama así exactamente”.

–I. “En el índice”.

Todos responden “sí sí, se llama índice”. Buscan el índice de la guía y no vienen especificados los barrios. Isaac coge la guía y la va hojeando con mucho interés; al final de la guía misma encuentra unos pequeños planos de Barcelona. Dice que allí están los barrios; los intentan buscar. Me acuerdo que en estos momentos Barcelona está dividida en grandes distritos y no constan los barrios anteriores; trato de explicárselo pero no atienden. Isaac sigue buscando en este apartado de planos.

–I. “Mirad, un plano de Metros”.

A partir de aquí se interesan dónde están las paradas más próximas a su casa, y también la del Hospital; poco a poco se están orientando y es una actividad que parece interesarles.

–R. “Veo que os interesa esto de saber donde vivís, y quizás podríamos saber más cosas si lo trabajamos un poco”.

Los tres están de acuerdo.

–R. “¿Por dónde podríamos empezar?, ¿qué os gustaría saber?”.

–I. (Coge un papel y dice:) “Venga, decirlo que yo apuntaré”.

–C. “A mí los monumentos y cosas así”.

–I. “Lo grande que es, la historia”.

–S. “Los barrios de Barcelona”.

–I. “¿Y tú, que te gustaría buscar?”.

–R. “Vosotros habéis dicho cosas que a mí también me interesan: también me gustaría enterarme más dónde están las obras olímpicas”.

–I. “Vale!, a mí también me gustaría”. (los demás asienten).

Quedamos que durante la semana buscaremos material para poder informarnos mejor, es la hora y nos despedimos.

Aunque la situación inicial es de tensión, risitas, ojos enrojecidos... la posibilidad de establecer un diálogo grupal favorece que la tensión inicial se convierta en un interés de unos hacia otros por medio de una tarea común. Isaac no sabe sus dificultades pero en cuanto César y Salvi citan las suyas él las puede reconocer también como algo propio.

El terapeuta no va al grupo con un trabajo preparado, pero sí con la idea de que intentará aprovechar el interés y la motivación que el grupo muestre para ayudar a convertirlo en trabajo reeducativo lo más significativo posible.

El desconocimiento de su entorno más próximo es una muestra clara de sus dificultades en asimilar experiencias cotidianas, y es a partir del reconocimientos del no saber y la necesidad de conocer, que se estimula la búsqueda de recursos que permitan solucionar el conflicto, y así aprender.

Una tímida propuesta individual “plano” se convierte en una idea grupal, que llevará a una búsqueda por tanteo y sucesivas aproximaciones hasta poder concretarse en una tarea en la que todos están interesados. Queda esbozado así un interés común que el terapeuta intenta conducir para que se transforme en núcleo de trabajo.

Hemos querido presentar un grupo en su inicio para mostrar una forma de abordar, desde el primer momento, el proceso de atribuir significado a las nuevas experiencias.

En otros grupos con características y objetivos terapéuticos similares hemos podido constatar cómo el trabajo realizado con este enfoque ha permitido a los miembros del grupo modificar su forma de relacionarse con los aprendizajes, de tal manera que éstos van integrándose en el conjunto de sus capacidades previas, permitiendo nuevas experiencias.

Aunque a veces el resultado escolar no llega a ser del todo satisfactorio, este cambio de actitud les permite seguir preparándose con mayor éxito.

**APORTACION DE LAS TECNICAS PROYECTIVAS
A LA COMPRESION DE UN CASO
CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE ***

Carmen Maganto y Soledad Cruz Sáez **

Nuestro propósito en este trabajo es poner de manifiesto, a través de las Técnicas Projectivas en el análisis de un caso, cómo determinados mecanismos defensivos afectan los procesos mentales, atacando la propia inteligencia y ocasionando trastornos de aprendizaje.

1. Datos de identificación

Nombre: Esther

Edad: 6 años y 8 meses

Escolaridad: 1 de EGB

Grupo familiar: padre: 32 años, obrero sin especializar

Madre: 30 años, sus labores.

Hermano: varón de 3 años

Ubicación geográfica: barrio periférico, nivel socioeconómico medio-bajo.

2. Material diagnóstico

Entrevista y anamnesis

Entrevista con el profesor

Escala de Inteligencia Wechsler para niños (WISC)

Escala de Madurez Mental de Columbia (CMMS)

* Comunicación presentada el 23 de noviembre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria

** Psicólogos.

Pruebas de lecto-escritura

Hora de juego diagnóstica

Fábulas de Düss

Test de Apercepción Temática (CAT)

Técnicas Proyectivas Gráficas: Dibujo Libre, HTP, Animal.

3. Motivo de consulta

Esther de 6 años y 8 meses acude a consulta a petición de los padres, que a su vez son derivados por el pediatra, por presentar encopresis secundaria sin causa orgánica que lo justifique, y sin remitir el trastorno con las orientaciones médicas propuestas.

Desde la primera entrevista los padres se muestran reacios a colaborar, expresan que no entienden por qué tiene que acudir a un psicólogo por un problema médico, y verbalizan repetidamente que sus hijos no han vivido traumas psíquicos. Insisten en mantener separados los aspectos corporales (médicos) y los aspectos mentales (psicológicos).

En la anamnesis no refieren ningún problema relevante, comentan, pero sin preocupación, problemas de alimentación y dificultades de aprendizaje.

Describen a su hija como una “niña muy corta” en las relaciones sociales, le cuesta adaptarse, se muestra tímida, inhibida y callada. Por el contrario, en casa es movida, inquieta, descarada, desobediente. Con ambos aspectos (callada y movida) se identifican el padre y la madre respectivamente.

4. Análisis del caso a través del material clínico

4.1 Entrevistas

Ya en la primera entrevista con la niña sorprendieron los graves problemas de pronunciación y organización del lenguaje, no señalados anteriormente por los padres, así como las di-

facultades de atención, la desorganización del pensamiento, la inquietud motora, y el manejo agresivo y descontrolado de la relación.

La suposición de graves problemas de aprendizaje fue ratificada posteriormente por el profesor, atribuyéndola dicho profesor a una ligera deficiencia mental, debido a que la conducta de Esther en el aula era de inhibición verbal y motórica, no alterando, ni perturbando el orden y la dinámica de la clase.

4.2 Escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC)

Análisis descriptivo de los resultados:

La capacidad intelectual global de Esther es normal-media, y tanto la capacidad verbal como la manipulativa se encuentran en este mismo rango.

En las pruebas que ponen en juego capacidades de adaptación práctica y social (Comprensión e Historietas), de representación simbólica y abstracción (Aritmética y Cubos), de adaptación escolar en relación con lengua materna (Información y Vocabulario) y de adaptación práctica a la realidad (Figuras incompletas), el rendimiento obtenido por Esther se halla dentro de lo esperable con respecto al grupo normativo.

Aparece un rendimiento deficitario en aquellos subtests que evalúan el pensamiento categorial (Semejanzas) y la capacidad de aprendizaje (Claves).

Destaca la aptitud de la niña para integrar en un todo objetos concretos (Rompecabezas). En este Subtest el rendimiento obtenido por la niña se halla una sigma por encima de lo esperable para su edad.

A pesar de la adecuación, en general, de los puntajes al grupo normativo, para poder entender mejor el funcionamiento y las características diferenciadoras de Esther, nos parece re-

levante destacar algunos aspectos cualitativos en relación al tipo de respuestas y al modo de realización de algunas pruebas:

- Las respuestas dadas en el subtest de **Comprensión** ponen de manifiesto:
 - Un pensamiento animista, perseverativo, caracterizado por la rigidez como mecanismo de control (una respuesta adecuada se repite en situaciones donde resulta claramente inadecuada), y con fallas a nivel lógico (pegó una patada con la mano).
 - Aparecen autorreferencias como consecuencia de la pérdida de distancia emocional.
 - Presentan distorsiones del pensamiento motivadas por la reactivación de ansiedades de tipo paranoide, relacionadas con miedos a ser devorado o robado. Lo primitivo de estas fantasías viene determinado por el tipo de personajes que las provocan (lobo de los cerditos y marcianos), ya que son personajes pertenecientes al mundo de la fantasía, en los que destaca su carácter persecutorio y, por lo tanto, de muy difícil control.
 - A nuestro juicio todos estos elementos dificultan las capacidades de juicio y adaptación.
- En el subtest de **Semejanzas** se observa:
 - Pensamiento animista.
 - Dificultades en el proceso de categorización debidas a la imposibilidad de unir objetos en clases sobre las bases de sus características comunes.
 - Un rendimiento alternante, ya que se fracasa en ítems sencillos y se dan respuestas adecuadas en otros con mayor grado de dificultad, lo que parece indicador de una capacidad potencial mayor.
- En el subtest de **Claves** se vuelven a poner de manifiesto las dificultades de asociación, teniendo que comprobar continuamente cuál es el símbolo que corresponde a

cada figura, empleando excesivo tiempo en la tarea, y dando como resultado el mal rendimiento en la prueba.

– Por último, en cuanto al subtest de **Rompecabezas**:

- Excepto el último elemento (auto), los demás, con ser más sencillos, ninguno se ha realizado correctamente, pensamos que, en parte, puede ser debido a que el factor ansiedad ha disminuido a medida que se ha familiarizado con la tarea.
- Esther presentaba una baja tolerancia a la frustración que le conduce a abandonar la tarea o a darla por concluida, aunque no la haya completado, quedándole tiempo para realizarla. Esta baja tolerancia a la frustración no posibilita la autocrítica constructiva y el pensamiento reflexivo, ni la evaluación correctiva de lo realizado, dificultando el proceso de aprendizaje que requiere para su desarrollo del juicio comparativo sintético y de la posibilidad de rectificación.
- Puesto que en este subtest la aptitud para unir diferentes partes en un todo es requisito indispensable para tener éxito, podría parecer contradictorio que sea en esta prueba donde obtiene un mayor rendimiento, teniendo en cuenta las dificultades para asociar que hemos señalado anteriormente. Esta contradicción, a nuestro juicio, queda aclarada si tenemos en cuenta que se trata de una prueba manipulativa, que posibilita la manipulación del ambiente como medio de resolución de la tarea que se exige. El buen rendimiento que se presenta, probablemente, es debido a la primacía del “actuar” sobre el “pensar” como medio de controlar la ansiedad.

Análisis interpretativo de los resultados:

Para realizar este análisis partiremos de la media personal de Esther e interpretaremos aquellas pruebas cuyos resultados se desvían por debajo o por encima de esta media personal. A

partir del esquema propuesto por Bourgés, S (1980) obtendremos los factores inhibidos y superempleados, asimismo recogemos las hipótesis interpretativas señaladas por la autora en relación a dichos factores, hipótesis que deberán ser contrastadas con los resultados de las pruebas proyectivas.

– En cuanto a los **factores inhibidos** aparecen:

- El deseo de tener éxito: deseo inhibido debido a una problemática de identificación, bien sea porque crecer e identificarse con la figura materna esté investido de una angustia intensa (niños con fondo fóbico), o bien porque este deseo no se ha incorporado debido a una carga fantasmática demasiado intensa que no posibilita pensar en otra cosa (niños inmaduros y prepsicóticos).
- También se da una inhibición de la expresión de sí misma, expresión percibida como agresiva y peligrosa.
- Referencias categóricas: aquí se expresa la incapacidad de la niña para situar las cosas que le rodean en sus propias categorías, así como las dificultades que siente para ubicarse en su entorno relacional.

– Como **factor superemplado** aparece:

- La integración de las partes: la necesidad de dar una imagen del cuerpo como un todo integrado, a fin de evitar la angustia de la falta, de la castración o de la división en partes. Sirve también para controlar mejor el entorno.

4.3 Escala de madurez mental de Columbia

En esta prueba se evalúa el nivel de madurez mental y la capacidad general de razonamiento, basada en la manipulación de conceptos expresados en forma de dibujos y figuras geométricas.

La consigna requiere que el niño se formule una ley que le permita organizar los dibujos de forma que sólo uno quede excluido.

Resultados:

PD:.....	25
PED:.....	88
PC:.....	23
E:	4
IM:.....	51

La capacidad general de razonamiento es normal-baja y la niña presenta un retraso madurativo mental aproximadamente de un año.

A nivel cualitativo destacar que las elecciones, en ocasiones, se realizan en base a operaciones derivadas de criterios emocionales (bonito-feo, gusta-no gusta) y no atendiendo a criterios racionales.

La niña realiza conductas inadecuadas y de pérdida de distancia emocional, que suponen una desajuste al principio de realidad. Estas conductas son: hacer burla a los dibujos, darles besos...

Técnicas proyectivas

Las técnicas proyectivas responden a la intención de realizar una entrevista instrumentalizada de carácter preferentemente no verbal. Se le permite al sujeto expresar sus emociones, conflictos y tensiones, con un lenguaje lúdico, plástico y gráfico. Esto posibilita conocer su mundo interno, el monto de ansiedad que determinados contenidos temáticos eliciten, la fortaleza yóica, los mecanismos defensivos más frecuentes, etc. Por consiguiente, es factible realizar un diagnóstico de la estructura y funcionamiento de la personalidad de un sujeto, y hacer un pronóstico sobre la necesidad de ayuda a través de

los “indicadores diagnósticos” que favorecen una correcta toma de decisiones terapéuticas.

4.4 Hora de juego

Comienza la sesión trayendo una vivencia de abandono motivada, en parte, porque la hora de juego es después de un período vacacional, y porque me ha visto hablando con otro terapeuta, es decir, me he ido con otro (Triángulo Edípico) que hace que no me ocupe de ella. Ante esta vivencia ataca a la terapeuta en su función de tal por no cuidar de ella y de sus juguetes.

A partir de aquí hay un intento de reparación (el teléfono está roto, lo estoy arreglando), como forma de poder establecer de nuevo la comunicación.

Se produce, después, un intercambio verbal en el que Esther deposita en la terapeuta, a través de la identificación proyectiva, sus aspectos de niña burra, mala, que no se entera de nada, que le dan juguetes rotos.. Una vez realizadas estas depositaciones, es frecuente en Esther la realización de peticiones de ayuda, generalmente transformadas en órdenes, como medio de negar la impotencia y pasar a la omnipotencia.

Algo muy frecuente es ir diciendo en voz alta todo lo que pasa por su pensamiento y que traduce en acción. Esto no es propio de esta edad, ya que es esperable que se haga un mayor uso del lenguaje interiorizado. Este aspecto es una de las formas características de manifestar la fuga de ideas en los niños.

La actitud ante lo que se cae, sale mal, rompe, etc., es importante, porque permite observar cuál es la actitud ante el fracaso, y, en tanto situación que genera culpa, manifiesta los aspectos superyóicos y la capacidad reparatoria. En el caso de Esther, verbaliza que “no importa que se caiga”, mostrando un desprecio por los objetos, un superyó no introyectado, y negación del dolor y la culpa.

A partir de este momento viene lo más rico y casi estructurado de la sesión. Pone dentro de un cerco un caballo y un cerdo. Pone cercos como intento de diferenciación y contención de un aspecto que no le gusta relacionado con la suciedad (su parte cerda, agresiva, sucia, tonta...). Los intentos de sacarse de la cabeza la idea de sucia, torpe, inútil., son fracasados, provocando frustración, e inmediatamente se siente muy perseguida (ruidos a través de la puerta...). Este fragmento nos da un índice de hasta qué punto se halla afectada la autoestima.

Posteriormente comienza el rol de madre. Al jugar este papel actúa un rol de madre impaciente, no continente, que no tolera las dificultades del bebé en la alimentación. Los aspectos más relevantes son los siguientes: los muñecos son maltratados, aparece una voracidad culpable y fantasías de envenenamiento en relación con lo que le dan (veneno). Mientras realiza esta actividad se le desparrama y cae el agua, y aunque aparecen intentos de control rígido son intentos fracasados. La forma de salir de esta situación tan desestructurada es a través de una huida a lo psicótico. Posteriormente utiliza la negación, apelando al mecanismo de simbolización y diciendo: “es de mentira, es un juego”. Este es uno de los aspectos más adaptativos que presenta, en el sentido de poder diferenciar entre fantasía y realidad.

Al final de la sesión muestra los aspectos más depresivos “hijo, siempre se rompe todo!”, como viniendo a decir, es inútil, por más esfuerzo que haga, todo se destruye. A continuación solicita ayuda a la terapeuta, lo cual indica que, a pesar del ataque al que ha sido sometida, no está tan mal ni tan destruida como para no poder prestarse ayuda.

Conclusiones:

- 1. No hay juego propiamente dicho, lo que se manifiesta es un pensamiento fragmentado de tipo maniaco, en el sentido de negar la realidad o negar su fantasía, es decir.

la casi fuga de ideas, el exceso de la manía. El contenido también es maniaco, por la omnipotencia, por el trato que da a los objetos (maltrato), y por la negación de aspectos dolorosos y culpables así como por la identificación proyectiva de éstos en el terapeuta.

- 2. Los aspectos más sanos de Esther son: la capacidad de simbolizar (diferenciación entre fantasía y realidad), los intentos de reparación y la petición de ayuda y deseo de ser ayudada.

4.5 Test de apercepción temática: CAT

No es el momento ni ha lugar en este espacio, a una exposición detallada de las historias del CAT. Aportamos los datos que nos permiten clarificar el diagnóstico, es decir, conocer el mundo interno de Esther, su funcionamiento cognitivo y relacional. Nos centramos en tres categorías conclusivas:

- Percepción de la situación estímulo.
- La historia como tarea
- Los aspectos dinámicos de la historia

A) *Percepción de la situación estímulo*

Los animales, tal como los describe Esther, pueden considerarse bien vistos desde el punto de vista formal, pero no así la situación contextual de la lámina. La ansiedad afecta a los procesos cognitivos ocasionando omisiones importantes (láminas 1, 4 y 6), produciendo distorsiones significativas (láminas 2, 4 y 8), y agregando personajes inusuales e inesperados, con características sádicas y destructivas de naturaleza oral, como lobos hambrientos, monstruos y dráculas (lámina 4 especialmente)

En síntesis, la lámina más afectada perceptiva y cognitivamente es la 4, debido a los sentimientos de envidia que pro-

voca el estímulo: una madre poseedora de alimentos y de bebés, un hermano pequeño vinculado estrechamente a la madre y el propio carácter oral de la lámina. Todo ello le despierta fantasías muy primitivas de carácter oral-sádico y convierte la historia en destrucción y muerte.

También en la misma línea, en las láminas 5 y 6 de contenido edípico. aún respetando la *gestalt* los animales, omite, agrega y distorsiona personajes, transformando así mismo el contenido en destrucción y muerte.

B) *La historia como tarea*

Las historias que compone Esther responden débilmente al estímulo situacional de las láminas, y ni se adecúan al clisé, ni corresponden a un sujeto con capacidad creativa.

No existe una secuencia temporal, ni una lógica en los acontecimientos. Los hechos aparecen yuxtapuestos unos a otros. Los acontecimientos suceden de forma mágica e inesperada. El pensamiento no estructura ni organiza el lenguaje que la acción expresa, ni siquiera interesa la acción temporal, sino que interesa la acción en sí misma. Cualquier detalle del contexto sirve de estímulo para expresar una acción, no *gestaltizando* la situación-contexto que la lámina representa. El pensamiento responde a asociaciones emocionales parciales, con una ligera apoyatura perceptiva, respondiendo verbalmente de forma inmediata, puntual y concreta, con fuga de ideas, saltos, cortes ideacionales, lagunas, vacíos espacio-temporales y condensación. Esquema típico de un pensamiento actual y psicótico, carente de direccionalidad, y sin estar mediado por la reflexión que configura y da sentido lógico.

Como consecuencia, el lenguaje es pobre, nada reflexivo, disociado, roto y mal estructurado a nivel formal y sintáctico. En ocasiones, la utilización de neologismos confieren al mismo características bizarras.

La mejor respuesta corresponde a la lámina 10, que casualmente conecta con su síntoma. Hay un ajuste a la situación estímulo, le funcionan adecuadamente los mecanismos perceptivos, configura un hecho puntual con lógica, pero no existe un principio, desarrollo y fin. Volveremos sobre ello.

C) Aspectos dinámicos

La interacción de los personajes y los roles asignados oscilan entre dos extremos:

No se asigna roles, no hay acción, ni movimiento, y mucho menos interacción entre los personajes, como ocurre en las láminas 1, 2, 6 y 8. Los personajes están aislados, solos, durmiendo, o se describen estando en un lugar. La ansiedad se afronta a través de la inhibición que moviliza, paraliza, bloquea y congela el pensamiento y las emociones.

En el otro extremo, los animales protagonistas, independientemente de las situación contextual, son atacados por otros animales más feroces, o por monstruos y por drácula, que muerden, devoran, destruyen y matan. No hay interacción mutua, ni siquiera en la agresión. Expresar una relación, o asociar un vínculo, despierta fantasías oral-sádicas con características tan destructivas, que inevitablemente la muerte es el final de estas historias.

De nuevo la lámina 4 representa el vínculo con la madre nutricia y la rivalidad fraterna, provoca el contenido temático más desajustado tanto a nivel de funcionamiento cognitivo como emocional-relacional.

Por el contrario, la respuesta a la lámina 10 nos permite rescatar los aspectos más adaptativos y sanos del funcionamiento mental de Esther. Hay un ajuste a la percepción de los animales, a la situación estímulo, a la tarea de contar la historia, a la conducta y a las consecuencias de la conducta, hacerse caca y recibir un castigo.

Conclusiones:

- La ansiedad básica que manifiesta es de tipo paranoide.
- Las fantasías subyacentes son oral-sádicas, de naturaleza muy destructiva.
- Los contenidos temáticos presentan la disolución entre la no-acción y la descarga masiva de la agresión.
- Esto refleja el doble funcionamiento de esta niña. Por una parte, el bloqueo e inhibición intelectual a nivel de pensamiento y de las relaciones. Por otra, la descarga masiva de la ansiedad configurando un funcionamiento mental ilógico, sincrético, actuador, vacío y disociado, acompañado a su vez de un funcionamiento relacional sádico, manejador, con intentos de omnipotencia y destructivo.
- Las defensas que utiliza, como se dejan entrever, son la distorsión, la disociación, la identificación proyectiva, la negación y el control omnipotente, así como la desvalorización del objeto, que posibilita sentimientos de triunfo y desprecio.

4.6 Test proyectivos gráficos

El primer tema que plantea Esther en la entrevista gráfica es el de la envidia y rivalidad fraterna.

Los intentos de un relato maniaco en el **dibujo libre**, a través de dos niños sonrientes y felices, en acción y movimiento, jugando al aire y al sol con sus cometas, trasluce claramente los sentimientos de envidia y rivalidad por las fantasías de privación y carencia que le despierta.

La forma de manejar estos sentimientos es a través de representar dos niños, con elementos contrabalanceados para uno y para otro, con cuidado de repartir y completar de forma equitativa los aspectos que agrega y las características que

otorga. La preocupación porque uno no tenga más que otro responde a la necesidad de negar la desigualdad que provocaría envidia.

Si la **casa** representa el objeto interno madre, familia y hogar, éste impacta por lo confusional, por la disociación, por la desconexión de las partes y por la búsqueda constante de simetría en un objeto que no lo precisa. La *gestalt* resultante no es un objeto armónico y entero, sino que la yuxtaposición de elementos parciales pretende, sin conseguirlo, configurar una unidad significativa.

La desproporción de las partes, tejado excesivamente grande, muestra una fantasía que desborda la capacidad yóica; la línea de base sugiere la fragilidad en la conexión con la realidad; las posibilidades de dar y recibir (puertas y ventanas) aparecen bloqueadas como capacidades del yo, quedando circunscritas al área de la fantasía.

Los contenidos verbales refieren, por un lado, la grandeza y omnipotencia, y por otro, la fragilidad y frialdad (“casa muy grande que no necesita nada, pero de paja o de hielo”).

En el dibujo del **árbol** merece destacar nuevamente la confusión a nivel de la fantasía entre continente y contenido (copa y ramas), a través de elementos superpuestos. Los detalles repetitivos son el reflejo de intentos obsesivos que, aunque no son adaptativos y exitosos, permiten, al menos, la configuración *gestáltica* y una cierta adecuación y contacto con la realidad. Por ello, las áreas relacionadas con su sintomatología son los aspectos más sanos.

La pérdida de las hojas del árbol, expresada tanto a nivel gráfico como verbal, le conectan ligeramente con los aspectos depresivos, aspectos negados con la reiteración verbal de “un árbol que no necesita nada”.

A medida que la entrevista gráfica transcurre, y se solicita a Esther el dibujo de una **figura humana**, nos dice de sí misma, a nivel simbólico, no sé dónde está mi cabeza. La ansie-

dad que le despiertan los contenidos mentales y fantasías hace que la borre repentinamente, la desconecte del cuerpo, la intente unir, no consiguiéndolo, la deje colgando, provocando confusión en el espectador del gráfico. Sigue mostrando impulsividad, poco cuidado y maltrato a los objetos, descontrol motriz y agresividad.

El esquema corporal pobre, infantil, desproporcionado y feo en lo gráfico, se acompaña de un cuerpo mutilado en lo verbal, hablando de una niña con la cabeza “chocha” y con una “pata malita”. Al conectarse con estos aspectos, el discurso verbal termina siendo ilógico, incoherente, desestructurado, sincrético y bizarro, con características de *splitting* que sugieren al entrevistador la necesidad de cortar.

Estudios e investigaciones precedentes han demostrado la hipótesis de que el dibujo de un **animal** permite vehiculizar el conflicto básico, al brindar al examinado la oportunidad de expresar los conflictos pregenitales.

En el caso de Esther, el recurso masivo a mecanismos de anulación está al servicio de tapar los aspectos parciales agresivos, carenciales, denigratorios y sádico-orales. Desde que inicia el dibujo del animal, cada detalle en la verbalización y representación mental del mismo, le lleva al abandono del dibujo que está realizando, y a cambiarlo por otro que es nuevamente rechazado, para intentar hacer otro, y así sucesivamente. Comienza con perro, luego pájaro, dice que no, que va a hacer un tiburón, lo abandona por un cocodrilo y al final dibuja una cacatúa.

Al terminar la entrevista gráfica, cuando se le pregunta a Esther, a través de este gráfico, cuál es su problema, qué es en definitiva lo que le preocupa, quién es ella, responde con la conclusión provocada por los elementos parciales que ve en sí misma (pajarito, tiburón, cocodrilo, cacatúa), sin poder dar una *gestalt* armónica. En definitiva, plantea un problema de identidad por una profunda disociación entre identificarse con los aspectos sádico-orales, vividos con contenidos muy destructi-

vos, debido a los ataques envidiosos, o identificarse con aspectos poco valorados, sucios, feos, repugnantes, con un objeto que se destruye y aplasta. El dilema permanente entre destruir y ser destruido, la agresión directa y el temor a la retaliación, son aspectos muy primarios, sin un trabajo de elaboración secundaria que mantiene a Esther dentro de un funcionamiento preferentemente psicótico y confusional a nivel cognitivo y relacional.

Conclusiones:

- La impresión gúestáltica y el análisis formal dan cuenta del maltrato de los objetos internos y externos.
- Apenas existe capacidad de re-crear, restaurar y reparar su mundo interno, ofreciendo dibujos disociados, parciales, con elementos desconectados y confusos.
- Necesidad de llenar para no ver el vacío.
- Impulsividad y descarga motriz que claramente manifiestan las serias dificultades para controlar los impulsos agresivos y la falta de coordinación motriz-manual.
- Los intentos de impactar con macroformas que no opacan la pequeñez, inseguridad e impotencia.
- La pobreza de elementos configuracionales en el dibujo, y el carácter repetitivo-agresivo de otros, dan razón de los dos aspectos que venimos repitiendo en Esther, la inhibición o la expresión directa y no mediatizada de los impulsos. Sin embargo, su parte más adaptativa está en estos fallidos intentos obsesivos (repetición, anulación), con características muy primitivas, con los que intenta controlar la ansiedad y la agresión. Por ello, el síntoma, nos explican los gráficos, es lo más sano de esta niña.
- Los contenidos temáticos más conflictivos que aparecen en los dibujos son: envidia y rivalidad fraterna, problemas sobre su identidad, la necesidad de tapar el vacío interno, y la permanente ambivalencia entre destruir y ser

destruido, entre la omnipotencia externa y la impotencia suma.

Síntesis

El proceso diagnóstico llevado a cabo con Esther, nos confirma de nuevo en la necesidad de utilizar diversas pruebas diagnósticas para la identificación correcta de los problemas y para la comprensión global del caso.

La estructuración que presentan las pruebas de inteligencia y aprendizaje elicitán un ajuste a la realidad y posibilitan apreciar, en este caso, los aspectos más adaptativos y el potencial intelectual.

El análisis y la interpretación emocional en el pensamiento de mecanismos defensivos de disociación, negación y perseveración, manteniendo, a pesar de ello, un cociente intelectual normal.

El análisis contratransferencial a través de la impresión giestáltica y del análisis formal es de confusión, paralización y sorpresa, al inocular en el examinador los aspectos disociados y confusionales de su mundo interno.

En los tests proyectivos verbales (Fábulas de Düss y CAT) y en la hora de juego diagnóstica afloran las ansiedades más persecutorias y los mecanismos más graves de disolución del pensamiento, falta de principio de realidad, negación y omnipotencia maníacas, fuga de ideas, dispersión, etc., posibilitando entender, entre otras cosas, el motivo de consulta por el que vino Esther. El síntoma, encopresis, responde a los intentos obsesivos por salir de una situación maníaca, de carácter psicótico, "conteniendo" los objetos dentro de sí, sin parcializarlos. Sin embargo, el fallo en su estructuración y funcionamiento adecuado, sólo permiten la alternancia entre una contención rígida (inhibición) o la no contención (incontinencia anal y mental).

INTERVENCION TERAPEUTICA BREVE EN UN FRACASO ESCOLAR (*)

E. Toledo Ruiz ** y Juan Manzano***

Bruno es un niño de 11 años, que viene a consulta con sus padres desde 125 km. de distancia, con un punto de urgencia común a ambos: 6 suspensos en la última evaluación, y suspensos en el curso anterior, si bien pasó el curso.

Nuestra pauta de trabajo en la entrevista fue:

1. Impresión general:

- Del niño: es la de un niño de edad inferior y “aspecto angelical”.
- Del padre: sensato y preocupado, no entiendo el por qué suspende y “necesito que me orienten”.
- De la madre: invasora (tira los abrigos y bolsos encima del sofá del analista), coloca medio cuerpo en la mesa del analista.

* Comunicación presentada el 23 de noviembre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria

** Profesora Asociada del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad Complutense de Madrid (España).

*** Psiquiatra, Psicoanalista, Jefe del Servicio de Guidance Infantile de Ginebra.

2. Anamnesis de otros puntos problemáticos:

El padre y la madre dicen que ha cambiado en estos dos últimos años, está agresivo. Está retrasado respecto a su hermana, que es un año menor.

El niño dice que no ha cambiado, que es como siempre, que se pelea con “los compañeros del colegio y dice palabrotas a los profesores.

Preguntando a los padres por estos datos, refieren haber sido llamados por el Director del colegio diciéndoles que “Bruno es especial”. Cuando el padre dice esta frase, sus ojos se llenan de lágrimas y nos comenta que llevó a este colegio a su hijo, que fue el suyo, y que siente que lo echen.

La madre interviene diciendo: “yo soy la culpable de esta situación: yo crecí en la calle y cada vez que mi hijo sale a ella creo que le van a pegar. Yo he pegado a mis hijos muchas veces: se me escapa la mano, si bien luego me siento mal, pero no puedo evitarlo. Bruno comenzó a pelearse en el colegio después de ser pegado por un niño, al hablar yo con la madre del niño nos pegamos; desde ahí es la conducta agresiva de mi hijo en el colegio”.

3. Diagnóstico diferencial

Entre trastorno reactivo o la interiorización del conflicto.

4. Exploración de Bruno

Con tests proyectivos, dibujo libre y WAISS y para evaluar funciones del YO.

- **Inteligencia:** impresionaba de baja. (Dato confirmado por el WAISS escala total: 80)
- **Lenguaje:** pobre (expresión y comprensión), usando términos incorrectos constantemente, si bien valoramos su

origen rural y de zona deprimida, quedando muy evidente este desfase que se confirmó con el WAISS (Edad Media: 9 años).

- **Motricidad:** fina y gruesa conservada, posiblemente superior a su edad.
- **Tipo de pensamiento:** Reiterativo. Bloques sistemáticos.
- **Actitud:** dispuesta.
- **Test de Realidad:** confunde realidad interna con externa.

5. Mecanismos de defensa

- Proyección de la agresión fuera: “los compañeros la toman conmigo”.
- Mecanismos maníacos de reparación.
- Falo en la represión.

6. Relación de objeto

- Identificación: masculina pasiva.
- Identificación femenina sádica.
- Súper YO: rígido y cruel.
- Transferencia: se sentía perseguido por el terapeuta en la entrevista (pendiente si se tomaba una nota), bloqueándose constantemente al hablar y mirando de reojo al terapeuta.

7. Diagnóstico

El conflicto estaba interiorizado, si bien su desarrollo psicológico está sin terminar, se trata de un posible trastorno en la organización de la personalidad de tipo psicopático (3,02).

Pauta de trabajo

A. Devolución de Bruno, explicándole cómo funcionaba y los problemas en los que se vería envuelto si continuaba actuando así (potenciar el YO y actuar como Súper-Yo).

B. Devolución a los padres

1. Explicación del conflicto psíquico de Bruno y cómo repercutía sobre su bajo rendimiento escolar, al que considerábamos un niño “un poco retrasado” C.I. = 80), pero creando la esperanza de que si lográbamos que Bruno “saliese de sus peleas” podría realizar una formación profesional excelente, dada su habilidad manual.

El padre lloró. “Quería que mi hijo estudiase lo que yo no pude, yo soy albañil”.

La madre expuso los trabajos manuales tan bonitos que Bruno realizaba y, que “su chico no es tonto”, es muy cariñoso y sociable le quieren todos los vecinos.

El terapeuta reforzó la sociabilidad de Bruno (siempre que no interviniese la competitividad).

2. Evitar comparaciones con la hermana. Explicando que el desarrollo intelectual de las niñas es más temprano.

C. Buscar profesor particular que le ayude, si bien lo entrenamos para que no se involucrase en el tipo de relación “agredir/ser agredido” que le iba a tender Bruno en clase.

D. Supervisión de la profesora. Primero cada 15 días y luego una vez al mes, durante un total de 3 meses.

El problema más difícil de solucionar con la profesora era que admitiera trabajar sin que fuera su objetivo que aprobase el niño. Se le mostró su dolor “narcisista” profesional, pero la importancia de conseguir en un niño de 10 años “un espacio mental de tranquilidad” desde donde pueda aprender, y así indirectamente conseguir que aumente su rendimiento.

Se retomaban las situaciones que le planteaba Bruno en clase para que manejase el tipo de relaciones “agredir/ser agredido”.

E. Repetir curso y cambio de colegio

F. Terapia de pareja a los padres

En las dos primeras sesiones, con 15 días de separación entre ambas, se trabajó:

1. Buscar en el padre y señalar su proyección sobre el niño, “Debilidad” y favorecer la identificación creando actividades comunes.

2. Buscar en la madre y señalar su confusión con el hijo, “habla de su hijo como de Vd. misma”.

3. Señalar la dificultad en separarse del niño mostrando “el contacto tan extremo entre ambos que a veces es doloroso”.

En la tercera sesión nos plantearon el modelo de relación de pareja. “No puedo con ella, no razona”, decía el padre.

La madre decía, llorando:” llega por la noche a casa y es contar cosas que pasan en el día sin importancia, pero a mí me desbordan”.

El terapeuta trabajó: hablar parecía agredir en lugar de comunicarse lo cotidiano. Ambos reconocieron no dialogar nunca y que éste es el sistema que existe en el hogar, vices, peleas y reconciliaciones. Y que se daban cuenta que era lo que Bruno hacía en el colegio.

En la cuarta sesión, un mes después, nos dijeron no haberse peleado por primera vez en los 12 años de casados. El padre planteó la conducta de su mujer ante escenas sexuales de T.V., colocándose delante de la pantalla para taparlas, lo que provocaba en ambos hijos una actitud de búsqueda constante de temas sexuales. La madre reía y reía mientras lo contaba el padre.

Terapeuta: preguntó a la madre “¿qué opina del sexo?”

La madre dijo que tenía gran vergüenza y contó las experiencias de provocación, agresión y sumisión a las que su madre la sometía en su noviazgo (lo que hizo llorar a la madre).

El padre la cogió de la mano en la sesión y le dijo que eso ya pasó: se casaron pronto por este motivo y nunca tuvieron relaciones si no estaban en armonía.

Terapeuta: reforzó al padre el sentido de límite, con la suegra, con la esposa (en la escena de la televisión) y con el hijo.

En la quinta sesión, transcurrió un mes, se encontraban bien, “esto es otra vida”, pero se angustiaban porque la hija mostraba envidia hacia Bruno.

La madre recordó y elaboró la envidia de su madre con ella y su esposo cuando eran novios, lo que la llevó a emanciparse muy joven. Pedían al terapeuta hablar con la niña.

El terapeuta hizo una intervención sobre la envidia: “esto son cosas frecuentes entre madres e hijos, pero Vd. la reconoce, lo que la distingue de su madre”.

También mostró el padre una discusión con Bruno por no hacer bien la quiniela.

El terapeuta señaló la dificultad en admitir que Bruno no haga las cosas perfectas.

El padre sonrió y dijo: “es duro admitir la realidad”.

En la sexta sesión, se pidió una consulta urgente: Bruno había peleado en el colegio, los habían llamado de la Dirección.

El terapeuta trabajó la dificultad en que todo no sea perfecto.

Ambos padres se dieron cuenta de que la angustia les había bloqueado, no pudiendo hablar con su hijo de otros datos

que tenían de la pelea, donde no parece que Bruno fuese el único culpable, sino que partió de otro alumno como se había verificado por el profesor de clase.

El terapeuta señaló el tiempo que Bruno llevaba sin pelear (5 meses).

Ya se había conseguido plaza en un nuevo colegio, hablando con la profesora, si bien los padres tenían temor a que Bruno callese de nuevo en “esa conducta”.

En la séptima y última sesión estaban tranquilos y trajeron al terapeuta magdalenas y bollos que ellos mismos habían hecho en el pueblo. El terapeuta los aceptó.

Bruno estaba tranquilo, había crecido (12 cm.), su aspecto era el de un niño normal para su edad. Enseñó al terapeuta un libro de educación sexual que tenía y explicó cómo iba a la biblioteca del colegio a por los libros, porque no tengo una biblioteca grande como “la de Vd.” (Fue la primera vez que Bruno habló de Vd. al terapeuta).

Los padres decían que era otro hogar. Ellos hablaban, “hay tranquilidad y orden”. Contaban cómo Carmen (la hermana) provocaba a Bruno con envidias, pero éste le decía: “que te puedo, que soy más grande que tú”, pero no entraba en peleas con ella.

El terapeuta preguntó a Bruno por la profesora y éste respondió: “quiero a mi señor mucho, me enseña cosas del parvulario, por ej., lo que significa (=) yo antes Dra. escribía la palabra (igual), pero suspendo aún lenguaje, si bien apruebo el resto”.

El terapeuta elaboró con Bruno el permanecer en el curso otro año: “para que recuperase esas cosas que no recordaba del parvulario”.

Bruno habló de los amigos que dejaba en el colegio.

El terapeuta elaboró la tristeza de no estar junto a ellos 8 horas todos los días, pero que podría verlos en el pueblo los domingos.

Bruno dijo que venían a buscarle a la salida de la profe, los que eran sus amigos y que conocería a otros niños más.

El terapeuta, para escribir este artículo, habló con la profesora: se sentía muy gratificada, quería que el terapeuta la orientase. “Cuando me metí en esto me pareció una aventura difícil, hoy me siento enriquecida, siento que algo distinto a lo habitual en mi profesión puedo hacer por estos chicos”.

Comentarios

Si se pensó en esta modesta intervención fue por la distancia que había del domicilio familiar al del terapeuta, quedando a 80 km el terapeuta más cercano al domicilio familiar, y a la alta experiencia de mi supervisor en intervenciones terapéuticas breves. Sinceramente he quedado muy sorprendida con los resultados. Y seguramente se los debo a la experta supervisión del Dr. Manzano, sin cuyo quehacer profesional no hubiesen sido posibles estos resultados.

ESTRUCTURACION PSIQUICA Y CAPACIDAD INTELECTUAL *

Manuel Hernanz Ruiz **

Introducción

El propósito de presentar esta comunicación, es dar a conocer la evolución de un caso a lo largo de 7 años en lo referente a sus capacitaciones yóicas y en concreto a su capacidad intelectual. La práctica clínica nos muestra en muchas ocasiones, cómo algo que en principio es invariable, como lo puede ser la capacidad intelectual, en la práctica se dan variaciones llamativas en no pocos casos.

Me limitaré por lo tanto a hacer una breve referencia al historial clínico de un paciente y a mencionar los aspectos más significativos en el desarrollo del tratamiento realizado.

El paciente, al que llamaré Luis, solicitó consulta por primera vez cuando tenía 12 años, hoy tiene 19 y continúa en tratamiento.

Anamnesis

En lo referente a la anamnesis cabe señalar que nació tras un embarazo y un parto normal. Sin embargo sus padres se

* Comunicación presentada el 23 de noviembre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria.

** Psicólogo de la Unidad de Psiquiatría Infantil de Uribe Costa Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.

empezaron a preocupar cuando observaron un retraso en el desarrollo motor (no anduvo hasta los 15 meses) y un gran retraso en el lenguaje (hasta los cuatro años no hablaba nada). También adquirió con retraso el control esfinteriano, presentando una enuresis primaria nocturna hasta los 7 años.

La preocupación de los padres estuvo además originada desde un principio por la cantidad de trastornos físicos que presentaba Luis desde el momento del nacimiento. Durante el período neonatal se detectó en el bebé una comunicación interventricular sin afectación hemodinámica y un estrabismo convergente. Padece crisis asmáticas, bronquitis crónica y pies planos. A la edad de 12 años debido a una escoliosis precisó escayola durante un año, después de haber estado ingresado varios meses antes de acudir a nuestra consulta. Ha sido intervenido quirúrgicamente en tres ocasiones de estrabismo, está amigdalectomizado y ha precisado dos intervenciones por varicocele. A pesar de la importancia de estas alteraciones, la más importante de todas es el diagnóstico de una cromosomopatía (XYY) diagnosticada un año después de consultar con nosotros.

Exploraciones anteriores

- Con 8 años exploración neurológica:
No se detectan signos evidentes de lesiones.
Percentil 10 en peso, talla y perímetro craneal.
- Con 9 años:
Goodenough: E.M. 6,3 años.
Desarrollo lecto escritura: 5, 6 años.
- Con 11 años exploración neurológica:
Aparecen signos de D.C.M.
Diagnóstico: trastornos de la personalidad

Capacidad intelectual: border-line

Indicación: continuar en el centro de educación especial.

- Con 11 años exploración psicológica:

W.I.S.C. Total: 73.

Verbal: 76.

Manipulativo: 76.

- Con 13 años exploración neurológica:

Detectan cromosopatía: S. de Klinefelter (XYY).

Como conclusión de todos estos estudios previos, señalamos cómo el paciente acude a nuestra consulta diagnosticado a nivel de capacidad intelectual como de límite, a nivel neurológico de Disfunción Cerebral Mínima, y a nivel de personalidad de trastornos de la personalidad.

Siguiendo las indicaciones de los profesionales que le atendieron el paciente con 9 años, abandona el centro escolar al que acude y es escolarizado en un Centro de Educación Especial.

Motivo de consulta

Cuando el paciente cuenta con 12 años, los padres solicitan consulta debido a las protestas del chico que dice no querer ir más a ese colegio, la inadaptación al centro se ha hecho tan evidente a lo largo del último curso que los padres han solicitado que sea admitido en el colegio público que le corresponde. El director de este colegio les aconseja que acudan a nosotros para realizar una valoración.

Diagnóstico

A la vista de la exploración realizada por nosotros y de los informes y diagnósticos previos, pensamos que nos encontrá-

bamos con un chico con escasa capacitación intelectual y con trastornos de orden psicótico que dificultan su capacidad de relación y un mal control de la pulsionalidad siendo muy agresivo en el medio familiar y sobre todo con la madre e inhibido en el resto de las relaciones.

Desarrollo terapéutico

12 años. Primera entrevista

Tras realizar un estudio diagnóstico se ve adecuado que abandone el centro especial al que acude y que continúe su escolarización en el centro público que le corresponde ya que allí se va a comenzar una experiencia con “niños difíciles” y parece que puede ser muy bien atendido. Pensamos que para Luis puede resultar importante el verse rodeado de chicos con los que pueda establecer relaciones ya que sus anteriores compañeros eran vistos por él como inferiores. Se indica además la necesidad de realizar un tratamiento psicológico que le ayude a reorganizar su estructuración psíquica y poder así resolver su conflictiva emocional.

13 años. f. psicodrama

En estas fechas ya se encuentra escolarizado en el colegio público de su zona. Va contento a clases y acude al aula especial en la que la enseñanza no está estructurada por niveles académicos sino que se ajusta a las necesidades de cada alumno concreto.

La familia se encuentra satisfecha y únicamente resaltan las dificultades de convivencia dentro de la casa por las conductas y enfrentamientos que provoca Luis.

Tras entrevistas de seguimiento se le ofrece la posibilidad de acudir con una frecuencia semanal a un grupo de psicodrama.

Su paso por el grupo podría decirse que estuvo marcado por la inhibición, observaba las actitudes del resto de los miembros del grupo mientras él, en silencio, mantenía una actitud pasiva. Jamás se dirigió a los terapeutas de manera agresiva y las historias que él relataba tenían todas un denominador común: alguien, que nunca era él, agredía a un tercero o a sus posesiones.

Esta actitud pasiva, llamativa por sí misma destacaba aún más por el carácter primario del grupo y por sus actuaciones agresivas hacia el terapeuta y coterapeutas. A los dos años el grupo hubo de interrumpirse debido a estos acting.

Señalaré también cómo dentro de este período de tiempo mientras acudía al psicodrama la familia recibió unos resultados del neurólogo que confirmaban la existencia de un síndrome cromosómico con una fórmula XYY en el cariotipo 47. La familia tomó este diagnóstico como la explicación tanto de sus limitaciones intelectuales como de su comportamiento agresivo y violento. A pesar de no reconocer en Luis la existencia de un problema psicológico, permitieron que continuara acudiendo a consulta por los problemas derivados de sus trastornos físicos.

15 años. Seguimiento

Tras la interrupción del psicodrama le planteamos la necesidad de seguir manteniendo un contacto y acordamos vernos en entrevistas regulares con una frecuencia aproximada de dos veces al mes.

El incremento de sus actitudes agresivas dentro y fuera de la familia hace que se le plantee una psicoterapia individual. El acepta.

16 años. Psicoterapia

En estas fechas está a punto de acabar su escolarización. Su experiencia en el colegio ha sido en general positiva aun-

que su nivel de aprendizaje ha sido tan bajo que ni siquiera ha obtenido el graduado escolar. No consigue olvidar lo mal que estuvo en el otro colegio rodeado de chicos deficientes, en éste todo es mejor aunque también protesta del profesor y de los compañeros.

Su enfado aumenta al ver que no le dan el graduado escolar. Ahora le espera un nuevo proyecto: unos talleres organizados por el Ayuntamiento, allí espera aprender una profesión y demostrar que no es tan tonto como creen todos (incluido él mismo). Su actividad en el taller parece agradaarle, sin embargo los primeros problemas no tardan en aparecer le angustia ser visto con el buzo y los útiles de trabajo en la calle, me dirá que eso es una humillación y una vergüenza.

A nivel sintomatológico se observan cambios importantes. Las manifestaciones agresivas antes limitadas al hogar son ahora trasladadas al "hogar terapéutico", cada día que acude a la sesión hay un ritual desde el momento que cruza la puerta de entrada hasta que sale de gestos, gritos e insultos dirigidos a todos los compañeros de trabajo. Por supuesto los más sofisticados van dirigidos hacia el terapeuta.

A nivel metapsicológico podemos decir que en el momento de comenzar la psicoterapia nos encontramos ante un chico desde el punto de vista económico con un mal manejo de las pulsiones agresivas y una incapacidad para poder cuidarse que se manifiesta en la presencia constante de ideas suicidas. Constantemente busca enfrentamientos con todas las personas próximas a él.

Desde el punto de vista de su narcisismo predomina un bajo concepto sobre sí mismo y una imagen corporal muy deteriorada por las múltiples enfermedades y dolencias.

Desde el punto de vista dinámico existe una notable indiferenciación entre la fantasía y la realidad, y un predominio del proceso primario sobre el proceso secundario.

A nivel transferencial manifiesto, puede observarse una transferencia negativa masiva hacia el terapeuta, el resto de los profesionales del servicio e incluso sobre el espacio físico donde se realiza el tratamiento.

Acude durante dos años al taller ocupacional. Recibe una valoración global negativa al no encontrarle capacitado ni siquiera como ayudante. Tras ese período se encuentra sin ningún quehacer y muy agresivo.

Con 18 años se muestra muy angustiado y plantea la posibilidad de realizar algún estudio. Quiere sacar el graduado escolar. En su casa este deseo es visto como algo sin fundamento y que sólo le va a acarrear más problemas, él sin embargo insiste y decide comenzar.

Con esta decisión parece que tiene lugar un enfrentamiento entre Luis y sus padres en el que pretende empezar a tomar decisiones sobre su vida. Este intento de establecer su territorio y de empezar a realizar sus propios deseos, pienso que es originado por una variación importante en sus mecanismos defensivos. Los mecanismos proyectivos y disociativos predominantes hasta entonces ceden y dan paso a una posición depresiva que le permite elaborar más convenientemente su verdadera situación.

A lo largo de este año, cuando ya tiene 19 años, solicitó que se le realizara una psicometría con objeto de conocer realmente si su capacidad intelectual era como le habían dicho hasta ahora o no. Consideré su demanda como una petición desde el Principio de Realidad y una necesidad de establecer una percepción fiable de su propia imagen. Un colega le aplicó un W.A.I.S. Obtuvo un C.I. Total de 97 (CIV 111 y CIM 91)

Estos resultados fueron sorprendentes tanto para él como para su familia y en cierta medida para mí mismo.

Conclusiones

La realización del W.A.I.S. y las puntuaciones que ha obtenido pienso que nos sirven para poder reflexionar sobre la llamada inteligencia border-line. En este caso he podido comprobar cómo la inteligencia límite no es tal, la pseudodebilidad como muy bien conceptualiza R. Misés se encuentra estrechamente relacionada con lo emocional y con la estructuración psíquica.

Entiendo que a través del proceso terapéutico relatado el paciente ha podido reorganizar su psiquismo. La resolución de aspectos esquizo-paranoides y la nueva organización alrededor de la posición depresiva le ha permitido integrar aspectos de su yo que anteriormente disociados no le permitían ejercer toda su potencialidad yóica, incluida su capacidad intelectual.

Desde este punto de vista el mantenimiento de una relación objetal con un objeto libidinal constante a lo largo de 7 años, a pesar de los acting destructivos originados por la transferencia negativa masiva pienso que ha sido uno de los elementos fundamentales que ha permitido este desarrollo intelectual.

EL GRUPO TALLER. UNA FORMA DE ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE (*)

Rosa Agullo Gasull ()**

Introducción

El objetivo de la presente comunicación es mostrar alguno de los aspectos clínicos y psicopedagógicos abordados en un trabajo psicológico de base reeducativa donde el denominador común era las dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura.

Consideramos las dificultades en el aprendizaje y por tanto, el fracaso escolar que a menudo va asociado al mismo, más que una respuesta adecuada frente a la exigencia escolar.

A menudo estamos demasiado pendientes de los resultados y prestamos poca atención al trasfondo emocional y personal y a los procesos a través de los cuales el niño aprende. Estos procesos, ya sean de diferenciación, abstracción, generalización, introyección etc, se van sucediendo y requieren gran plasticidad para su desarrollo.

La evolución natural de todo ser humano tiende al conocimiento y a crear pensamiento. Freud fue el primero que se

(*) Comunicación presentada el 23 de noviembre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria

(**) Fundació Eulalia Torras de Béa. Institut de Psiquiatria i Psicologia del Men i de l'adolescent. Hospital de Creu Roja. Carrer Dos de Maig, 301 - 08025 BARCELONA

ocupó de los procesos de pensamiento, desde el punto de vista psicoanalítico. Para Freud (1911) el principio de realidad desarrolla la capacidad para pensar y trae como consecuencia el desarrollo de unas funciones mentales tales como la consciencia, la atención, y la memoria las cuales captan la realidad externa, las cualidades sensoriales y almacenan los resultados obtenidos.

A través de juegos verdaderamente investigativos el niño desarrolla sus órganos sensoriales y hace su desarrollo psicomotor. Gracias a “experimentar” y manejar objetos el niño va siendo capaz de perfeccionar sus procesos sensorio-motores, y gracias a ello aprende.

Para Klein (1931, 1946), un niño dominado por una ansiedad excesiva, a causa de conflictos por pulsiones agresivas, tiene dificultades para profundizar en la relación tanto con su madre como consigo mismo; ello puede frenar la tendencia a investigar, y es un factor constitutivo de la inhibición intelectual.

I. de Luzuriaga (1972) nos habla del concepto de “contrainteligencia” para describir el proceso mental activo, encaminado a suprimir el conocimiento a fin de evitar la ansiedad.

F. Tustin (1972) nos habla de “antipensamiento” al referirse a los niños autistas. Para el niño autista pensar significa un riesgo ya que supone diferenciarse.

Cuando el niño no aprende, podemos pensar que algo en su interior está obstaculizando el aprendizaje, o que no está siguiendo una estructuración del pensamiento válida que le permita aprender. En esta situación el niño realiza experiencias frustrantes de las que no aprende, está hiperactivo, descarga la tensión pero no introyecta. Bion (1962) entiende la tolerancia a la frustración como un factor innato y muy importante en la formación de la capacidad para pensar.

En nuestra opinión favorecer la diferenciación, la observación, el pensamiento, la comunicación, la contención etc. es una manera de incidir en los procesos que se dan en toda forma de aprendizaje. Para nosotros, el grupo taller que presentamos a continuación, ha favorecido el desarrollo del pensamiento y la función simbólica facilitando una maduración de las bases para el aprendizaje, permitiendo además, que aquello que aparecía en forma de ansiedad pueda aparecer mentalizado. El grupo ha ofrecido un marco, un espacio contenedor donde digerir las experiencias.

Objetivos y función del grupo taller

Este grupo fue pensado para niños que presentaran dificultades de organización del pensamiento y de la función simbólica, en edades comprendidas entre 9 y 11 años; todos ellos habían consultado por dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura.

El objetivo del grupo era el de proporcionar unas experiencias a través de actividades propuestas en el grupo por los propios niños.

Su función era crear un espacio para que cada miembro pudiera aportar experiencias y que los demás pudieran escucharlo, y compartirlo para aumentar así el conocimiento sobre el mundo externo. Le llamamos taller por su labor comunitaria que permita dar salida compartida a contrariedades que siempre se presentan en cualquier actividad, también porque está basado en actividades constructivas del niño.

El eje del trabajo se basó en la relación que establecían los niños entre sí junto con la terapeuta. A través de la observación de la actitud, palabras, gestos, silencios y reacciones se procuró llegar a la comprensión del funcionamiento del grupo para ofrecerla y potenciar que ellos también puedan ir observándose y desarrollar un mejor conocimiento de ellos mismos.

Pensamos que en el grupo taller, ayudar a observar y a pensar es una manera de favorecer el desarrollo del pensamiento verbal y del simbolismo al tiempo que permite una maduración de la personalidad. Comunicación y verbalización de lo que está sucediendo ayuda al desarrollo del pensamiento verbal ya que poner palabras a las experiencias, enriquece la simbolización.

Material clínico

Se trataba de un grupo formado por 3 niños y 2 niñas (Carlos, Miguel, Pablo, María e Isabel) conducido por una terapeuta; los padres de los niños asistían a un grupo paralelo organizado para ellos. Todos ellos habían consultado en nuestro servicio por dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura presentando, en general, un bajo rendimiento escolar. Sus niveles intelectuales eran término medio-bajo con ciertas discrepancias entre las escalas del Wisc. En el momento del inicio del grupo cursaban 4 ó 5 de EGB.

En este grupo, como suele suceder en general en los grupos, la envidia, los celos, la rivalidad, las frustraciones en general se expresan a través de la conducta, por eso fue preciso contener la excitación provocada por los sentimientos. En las actividades compartidas (representaciones de escenas de la vida cotidiana, dibujos, comentarios) se puso de manifiesto la competencia entre los miembros del grupo a veces expresada con marcada agresividad lo cual dificultaba la realización de actividades compartidas. Esta dificultad estimulaba más agresividad.

La observación nos permitía un conocimiento del carácter de cada uno y así una comprensión de las relaciones y de sus dificultades. Ilustraremos el abordaje terapéutico con un fragmento de la primera sesión. Se basa en la observación que como función introyectiva permite el proceso de diferenciación que conduce a una progresiva organización personal.

Se inicia la sesión con las presentaciones mutuas. Luego la terapeuta ofrece papel y lápices de colores que pueden utilizar como mejor les guste. Se acogen a una actividad conocida como es la escolar que los tranquiliza, pero que a su vez, también se expresan a través del dibujo y podemos ver como se escoge un color diferente para iniciar su dibujo que en esta sesión no es todavía compartido. Trabajan en silencio, nadie comenta nada. Van introduciendo colores diferentes al dibujo excepto Miguel que pinta todo en color marrón. Poco tiempo después, María observa a Isabel y cuando ésta deja el color negro que utilizaba lo coge. La terapeuta interviene para mostrar que algunos utilizan colores diferentes y otros no, y ello conduce a tenerse que esperar si el color que se desea lo está utilizando otro miembro del grupo. En este momento Miguel, que no había levantado los ojos de su dibujo desde que lo inició y que era el único que no había cambiado de color, observa lo que hacen sus compañeros. Carlos manifiesta que necesita el color que precisamente ha acaparado Miguel todo el rato. Este ignora el comentario y sigue pintando hasta que termina lo que estaba haciendo. Es a partir de aquí que observa lo que realizan sus compañeros y decide poner colores a su dibujo. Podemos ver aquí cómo se inicia la función de observar, también se observa la rivalidad en la manera de pedir, retener o querer acaparar los lápices.

Poco después María le dice a Pablo que cuando termine con el color amarillo se lo pase. Pablo así lo hace y María dice “gracias”.

Isabel y Carlos miran qué hacen cada uno con el color amarillo. Miguel sigue su dibujo al margen del grupo.

Isabel comenta que ya ha terminado y enseña su dibujo.

Miguel aumenta sus ganas de seguir trabajando. La terapeuta comenta que algunos han terminado y otros no, tienen nuevas ideas para incorporar al dibujo. Pablo añade que tampoco ha terminado, a María le falta un poco. María termina y

firma el dibujo. La terapeuta comenta que María ha querido poner su nombre en el dibujo y lo ha firmado. Todos se interesan por la firma de María excepto Miguel que sigue con su dibujo. Esto les anima a poner también su firma y a comentar las diferentes formas de cada una. Miguel observa y escucha pero no firma el dibujo.

Valoración terapéutica

La duración del grupo fue de un curso escolar (Octubre a Junio) a razón de una sesión semanal. Consideramos que cada uno de los 5 miembros del grupo se benefició de la experiencia grupal. Dos de ellos, Isabel y Pablo fueron dados de alta y continuaron un seguimiento (entrevistas periódicas) con los padres.

Miguel, que presentaba, además de las dificultades de lecto-escritura, dificultades en la relación, como se ha podido intuir a través de la primera sesión del grupo, se pudo beneficiar muy positivamente del trabajo de observación, comparación y diferenciación que se realizó en el grupo. Aumentó su interés por lo que le rodeaba y mejoró tanto su aceptación por los demás como su capacidad de compartir. A pesar de ello, al igual que Carlos y María se consideró que necesitaban más ayuda y se les ofreció un período de trabajo reeducativo individual.

Pablo, niño con una actitud adultomorfa y con dificultades psicomotoras, pudo jugar en grupo y compartir la experiencia. A nivel escolar amplió su círculo de relación consiguiendo una mejor adaptación y unos mejores resultados que lo animaron a seguir en las tareas. Fue dado de alta.

Conclusiones

Consideramos que el grupo taller es una forma terapéutica eficaz que permite la maduración y organización de las bases para el aprendizaje por las siguientes razones:

a) Ofrece un marco externo para que el niño pueda organizar secuencias mentales.

b) La actividad grupal compartida permite aflorar en el niño la capacidad para interesarse y conocerse aumentando el conocimiento de si mismo y del mundo que le rodea.

c) La tarea compartida aumenta el conocimiento, abre un espacio mental donde el pensamiento va sustituyendo a la excitación.

Las características del grupo taller así como su dinámica en el abordaje de las dificultades de aprendizaje de la lecto-escritura y sus resultados nos han animado a seguir este abordaje terapéutico y potenciar en nuestro servicio esta experiencia grupal.

En los últimos 5 años hemos venido realizando un promedio de 4-5 grupos por curso escolar, tratando en total a más de cien niños con dificultades en el aprendizaje. Nuestra experiencia está siendo ampliamente positiva y nos estimula a seguir manteniendo y a comunicar éste tipo de abordaje terapéutico.

Por otra parte, el hecho de que los padres asistan a un grupo paralelo ha permitido su sensibilización y acercamiento a las dificultades de sus hijos así como modificaciones en la relación.

BIBLIOGRAFIA

BION, W. R. A theory of thinking. *Int. J. Psycho-Anal.* 1962; 43, 4-5; 306.

FREUD, S. (1911). Formulación sobre los dos principios del acontecer psíquico. O.C. Vol XII. Buenos Aires. Amorrortu, 1979.

KLEIN, M. (1931): Una contribución a la teoría de la inhibición intelectual. O.C. Vol. 2, Buenos Aires, Paidós, 1978.

KLEIN, M. (1946): notas sobre algunos mecanismos esquizoides. O.C. Vol. 2, Buenos Aires, Paidós, 1978.

FUZURIAGA, I. La inteligencia contra sí misma. Buenos Aires. Psique, 1972.

**TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE
EN UNA POBLACION DE ADOLESCENTES
TRATADOS EN HOSPITAL DE DIA DURANTE
LA PRIMERA INFANCIA ***

Adela Abella **

En esta comunicación voy a tratar de describir los trastornos del aprendizaje, así como su contrario -los éxitos en el aprendizaje- presentados por un grupo de 12 adolescentes tratados, durante la infancia, en un Hospital de Día, el Jardín de Infancia Terapéutico del Servicio de Guidance Infantil, en Ginebra. (primera)

Estos 12 adolescentes, 9 chicos y 3 chicas, habían consultado a una edad muy temprana a causa de trastornos psíquicos severos, a saber, 4 casos de psicosis infantil, 5 casos de patología borderline y 3 casos de trastornos narcisistas. Su integración en el Jardín de Infancia Terapéutico pudo ser realizada también muy pronto, entre los 2 y los 4 años y medio, con una media de 3 años 5 meses en el momento del ingreso en la institución.

Antes de pasar a ocuparnos de lo que concierne específicamente al aprendizaje quisiera resumir, brevemente, algunas características del tratamiento y de la evolución global de es-

* Comunicación presentada el 23 de noviembre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria.

** Psiquiatra. Servicio Médico-Pedagógico. Ginebra.

tos niños y describir, también brevemente, el estudio que hemos realizado.

La especificidad del JET reside en un trabajo centrado a la vez en el niño y sus padres. Un equipo multidisciplinar permite ofrecer programas de tratamiento “a la carta”, adaptados a las necesidades de cada niño y de cada familia. Así, el promedio de estancia de esta población en el JET se ha situado alrededor de los 15 meses, oscilando entre los 9 y los 28 meses: 9: niños del total de los 12 que han participado en nuestro estudio se han beneficiado de psicoterapias individuales, cuya duración media ha sido de 4 años y medio. 4 niños han seguido tratamientos logopédicos individuales ó en grupo y, prácticamente todos, sesiones de psicomotricidad.

En cuanto a las familias, más en particular las madres, han dispuesto de varias posibilidades: grupo de madres, psicoterapia individual, entrevistas terapéuticas en momentos de crisis, etc.

Es decir, estos niños han recibido unos cuidados muy intensivos, iniciados a una edad muy temprana y prodigados por un equipo sofisticado y flexible, capaz de adaptarse a las particularidades de cada caso. Me parece importante señalar esto para situar mejor en un contexto las características de la evolución de estos niños.

En efecto, la evolución de esta población entre la primera infancia y la adolescencia ha sido, en todos los casos, positiva. Esto ha sido mostrado por los 2 estudios catamnésicos realizados hasta la fecha: el primero, en la latencia, en cuanto estos niños contaban entre 8 y 10 años; el segundo, en la adolescencia, se sitúan con edades entre los 13 y los 17 años. Al hablar de evolución positiva me refiero sobre todo al diagnóstico estructural pero también a la evolución a nivel de los síntomas, del lenguaje o del funcionamiento intelectual. Veremos más tarde varios ejemplos de esta evolución positiva.

Quisiera describir muy brevemente el protocolo de estas dos catamnesis. Su núcleo fundamental ha consistido en una entrevista individual con cada niño ó cada adolescente, entrevista registrada en video y analizada por al menos 2 psiquiatras, uno de ellos "a ciegas". Sobre la base de este material se analizó el funcionamiento de estos niños según una serie de parámetros, a saber, la impresión general, la relación de objeto, las funciones yóicas, pulsiones, fantasmas, mecanismos de defensa, superyo e ideal del yo, self e identificaciones. En segundo lugar, realizamos una entrevista con los padres, más frecuentemente las madres, a fin de estudiar la evolución de la relación padres-niño y de las proyecciones parentales así como de informarnos de ciertos aspectos de la realidad de estos niños y de sus familias. Finalmente, se realizó un examen psicológico y logopédico.

Pasemos ahora a analizar las características del aprendizaje de estos niños. Según este parámetro, podemos distinguir en la adolescencia, 3 grupos.

El primer grupo está formado por 3 adolescentes que no han podido seguir el circuito escolar normal y que presentan un grave retraso a todos los niveles. Estos 3 adolescentes están integrados en instituciones especializadas o talleres protegidos cuyo objetivo, dada su grave patología, es fundamentalmente la adquisición de un cierto grado de autonomía. Se trata de 3 niños psicóticos que, a pesar de una cierta evolución positiva, se sitúan en la adolescencia en la patología psicótica o borderline grave. Los 3 presentan paralelamente trastornos del lenguaje más o menos graves.

Otro adolescente se sitúa desde el punto de vista del aprendizaje a medio camino entre este grupo y el siguiente. Se trata de Simón, un chico de 15 años, con un retraso escolar masivo, integrado en una estructura escolar que podría, en el mejor de los casos, darle acceso a un oficio sencillo. Este niño había sido, durante sus primeros años, gravemente maltratado por sus padres, una pareja muy desfavorecida, con gra-

ves carencias psicosociales, cuya relación con su hijo se ha basado siempre en la autoridad, la fuerza y la violencia. Simón ha podido evolucionar positivamente desde una patología narcisista severa hasta, en la adolescencia, una patología del carácter, caracterizada por un oposicionismo marcado y una grave incapacidad de someterse a toda regla percibida por él como arbitraria. Lo que nos ha llamado la atención es que, a pesar de su buena inteligencia y de la curiosidad y ganas de aprender que le han caracterizado desde muy pequeño, Simón no puede evitar contrariar a sus padres en lo que constituye la mayor aspiración de éstos: que su hijo triunfe, que sea médico o abogado. Y esto a pesar de que, finalmente, él sufre de este fracaso tanto o más que sus padres. En este caso los trastornos del aprendizaje nos parecen vinculados fundamentalmente a las características de la relación padres-hijos.

El segundo grupo está formado por 4 adolescentes cuyo aprendizaje se sitúa en la norma aceptable sin llegar a estar bien investido; ninguno de ellos muestra una gran curiosidad intelectual ni grandes aspiraciones profesionales. 2 de ellos han debido repetir un curso. Su inteligencia se sitúa en la norma o por encima de la norma, su lenguaje es adecuado pero sin gran riqueza. Otra característica en común: las familias de estos 4 adolescentes, independientemente de su nivel socio-cultural, no han mostrado grandes aspiraciones profesionales o intelectuales para sus hijos, todos ellos se contentan con que éstos “sean felices” y “que hagan lo que quieran”.

En este grupo se incluye el único de los 4 casos de psicosis infantil que ha logrado escapar a un funcionamiento psicótico. Se trata de una chica de 15 años y medio, simbiótica con componente deficitario y que presenta actualmente una patología anaclítica de la personalidad, caracterizada por una exclusión severa del mundo externo. Para esta chica, atrapada en una relación muy conflictiva y ambivalente con su madre, las preocupaciones de tipo intelectual o profesional, son todavía inabordables.

Para nuestra gran sorpresa, también se incluyen en este grupo los 2 únicos casos que hemos estimado, en la catamnesis de la adolescencia, como variaciones de la norma. Su evolución puede ser considerada como muy positiva, habida cuenta que, en los 2 casos, el diagnóstico inicial era de prepsicosis. Lo que nos ha llamado la atención es el constatar que esta evolución tan positiva hacia la “normalidad” se ha acompañado, en los 2 casos, de cierta banalización, cierta falta de riqueza –tanto a nivel fantasmático como a nivel intelectual o del lenguaje– así como cierta pobreza de aspiraciones. Lo que nos muestra que, al contrario de lo que quizá podíamos esperar, las mejores evoluciones desde el punto de vista estructural no se acompañan necesariamente de las mejores evoluciones a nivel del investimento intelectual.

Veremos enseguida que se puede decir de la misma cosa a la inversa.

El tercer grupo está formado por 4 adolescentes brillantes desde el punto de vista escolar, con un excelente investimento del aprendizaje y aspiraciones altas en cuanto a su futuro profesional. Los cuatro cuentan realizar estudios superiores. Sus familias se han distinguido igualmente por sus aspiraciones para sus hijos, aspiraciones de carácter más elevado que las de los padres del grupo precedente.

En el caso de 2 de estos adolescentes, una chica de 17 años y un chico de 15 años y medio, sus buenos resultados escolares nos parecen coherentes con las características de su desarrollo a nivel global. Los 2 muestran una inteligencia buena o muy buena, su lenguaje es excelente, bien matizado, rico. Ambos habían presentado en primera infancia una patología narcisista y ambos han realizado una buena evolución. En el caso de la primera, estos trastornos narcisistas eran de carácter leve y han evolucionado hacia un carácter neurótico. En el caso del segundo su gravedad era bastante más importante, de forma que en la adolescencia persiste una patología narcisista más leve.

En ambos casos, el aprendizaje nos parece coherente con su funcionamiento psíquico global, en particular con la naturaleza de sus identificaciones con las imágenes parentales. En ambos casos este buen aprendizaje se presenta como consecuencia, y en continuidad, de cierta riqueza y libertad interna y, lo que es más importante, nos parece ir en el sentido de facilitar y promover la elaboración de ciertos conflictos neuróticos. Es decir, este buen investimento intelectual aparece como la consecuencia, y a la vez como promotor, de un cierto desarrollo interno.

La cosa se presenta de una manera muy diferente en el caso de los otros 2 adolescentes de este grupo. Los 2 son igualmente brillantes a nivel escolar, los 2 están dotados de una excelente inteligencia. Una primera diferencia con los 2 adolescentes precedentes: su lenguaje es correcto pero sin riqueza, ambos presentan serias dificultades en la expresión espontánea, el lenguaje no está investido como fuente de placer. En el examen psiquiátrico, ambos nos han sorprendido por la intensidad de su angustia así como por una impresionante pobreza a nivel fantasmático, pulsional y afectivo.

El primero de ellos, Yves, de 15 años, es hijo de una madre esquizofrénica muy expansiva y cariñosa pero gravemente inadecuada. Esta madre ha realizado sobre su hijo, desde un principio, proyecciones de un carácter muy rígido y ambivalente. Yves aparecía como la parte idealizada de ella misma, como aquél que debería lograr y disfrutar de lo que a ella misma siempre le faltó. Y al mismo tiempo, a cada éxito de su hijo, esta madre no podía evitar reaccionar con ataques sumamente envidiosos y destructivos, impresionándonos por su crueldad. Este niño, que presentaba al inicio un trastorno borderline grave, ha evolucionado hacia una patología narcisista con un componente esquizoide y depresivo importante. Todo su esfuerzo parece dirigirse a proteger a su madre, a adaptarse a sus deseos ambivalentes y contradictorios, de forma que parece disponer de muy poca energía para investir y disfrutar de

un proyecto personal. El mayor beneficio que Yves parece poder obtener de sus éxitos escolares es un cierto reaseguramiento narcisista, en realidad bastante frágil.

El segundo de estos adolescentes, Pierre, de 14 años y medio, perdió a su madre a la edad de 9 años, después de una larga y penosa enfermedad. En el momento en que esta madre conoció su diagnóstico, poco después de la entrada de Pierre en el JET, asistimos a un cambio brutal en el contenido de su proyección sobre su hijo. En un principio esta madre le había visto como el doble de su propio padre –un hombre extremadamente débil y dependiente que había que proteger a todo precio–, hasta el punto de infantilizar seriamente a su hijo e impedirle toda adquisición de autonomía. De la noche a la mañana esta imagen materna, y su relación con Pierre, cambió radicalmente. Puesto que Pierre debería afrontar su escolaridad sin ella, era necesario que este niño se endureciera y madurara, que aprendiera lo más rápidamente posible. La relación madre-hijo quedó centrada en torno al aprendizaje.

La evolución de este niño fue desarrollándose desde una prepsicosis hasta una depresión crónica severa con un componente esquizoide importante. En la catamnesis de la adolescencia, Pierre nos ha impresionado por su gran ausencia de vitalidad y espontaneidad. Su manera de aprender se caracteriza por sus desorganizaciones severas cuando se ve confrontado con una actividad libre. Más importante aún, su principal objetivo en la vida parece ser realizar el proyecto maternal, sin poder obtener, en sus diversas actividades, una satisfacción, un placer personal.

En estos 2 casos el buen aprendizaje escolar parece tener sobre todo un valor de contrainvestimento, realizándose de una manera forzada, en respuesta a unas exigencias –fantasmáticas y/o reales– parasitarias, de manera que no puede proporcionar una satisfacción personal profunda ni promover un desarrollo interno. Además, por sus características de rigidez y

falta de creatividad, presenta una fragilidad que nos hace inquietarnos sobre su continuidad y su viabilidad en el futuro.

Como conclusión, podemos decir que, si bien este estudio no reúne las exigencias metodológicas necesarias para la generalización, nos permite emitir ciertas hipótesis y reflexiones basadas en el conocimiento profundo que hemos podido adquirir de esta población.

Los trastornos del aprendizaje –y su contrario, los éxitos en el aprendizaje– nos parecen relacionarse de una manera compleja con varios factores. Por un lado, con la calidad del funcionamiento intelectual así como con la riqueza del investimento del lenguaje. Igualmente, con la naturaleza de la psicopatología, al menos en los casos en que ésta es muy severa, de tipo psicótico o borderline grave. Pero, y esto es quizá el mayor interés de este estudio, deben también ser comprendidos en el contexto de la relación padres-hijo, es decir, en función de las proyecciones parentales y de la manera cómo el niño se siente en relación a ellas, ya sea con una adaptación estrecha, ya sea modificándolas en mayor ó menor medida, así como en función de las aspiraciones parentales y de la manera como el niño se identifica a ellas.

Finalmente hemos visto que las mejores evoluciones desde el punto de vista estructural no se acompañan de las mejores evoluciones del investimento intelectual, y viceversa. Así, algunos “éxitos” en el aprendizaje pueden asociarse a un funcionamiento subyacente severamente perturbado, de forma que nos parecen tan preocupantes como su contrario, los fracasos en el aprendizaje.