

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.