

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 hartó 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

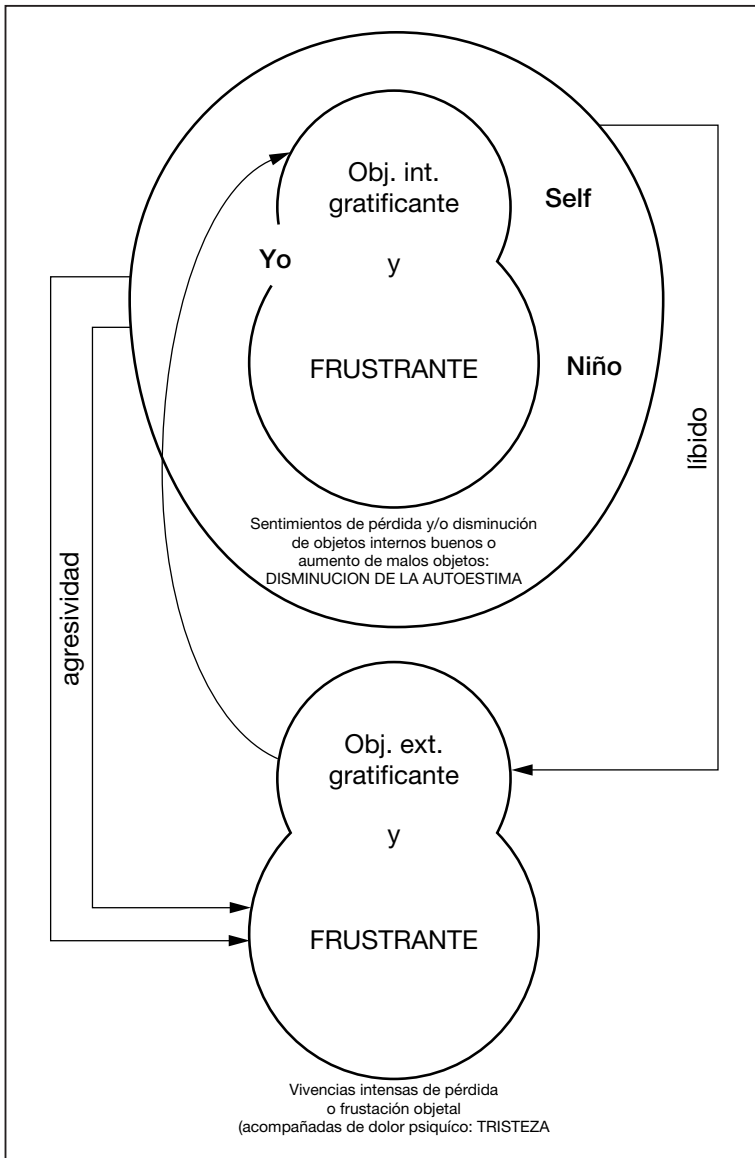
Pero veamos todavía otro elemento sobre el que les voy a insistir: la naturaleza de la conflictividad psíquica que se encuentra detrás de un cuadro depresivo clínico.

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.

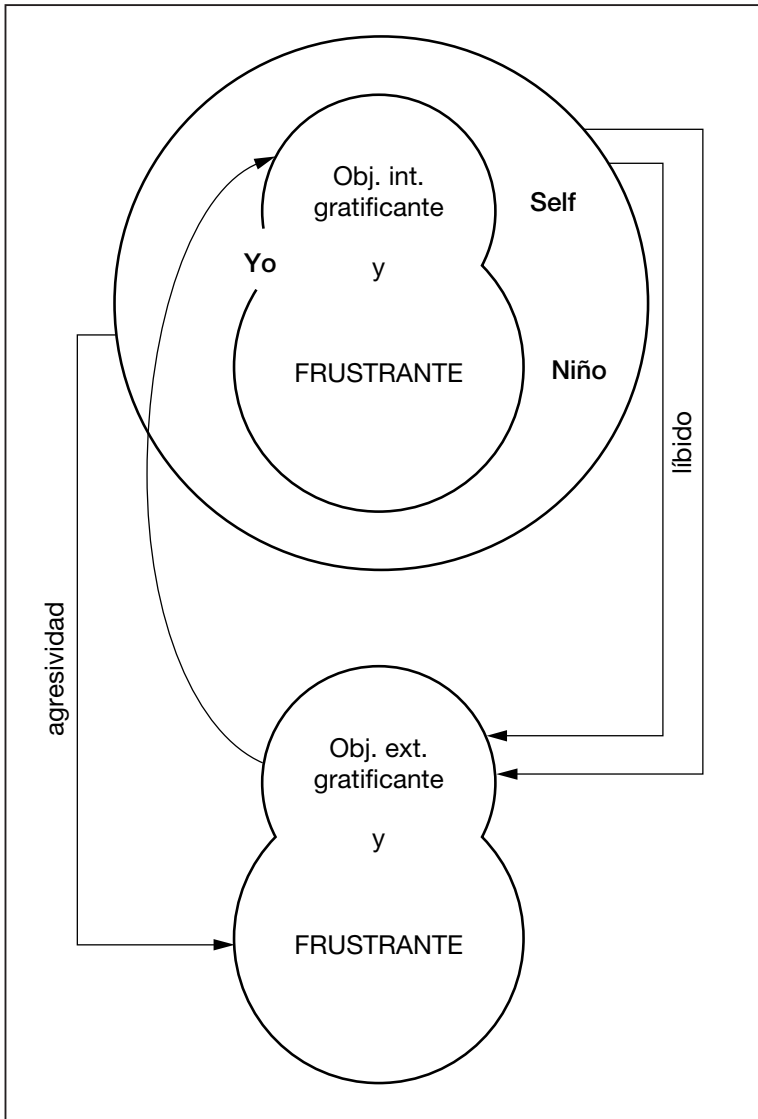
Veamos qué pasa en el niño: éste se encuentra frente a vivencias de frustración y pérdidas repetidas y sobre todo frente a situaciones de carencia o de déficit interactivo por ausencia de uno de los padres por ejemplo, o a situaciones en las cuales las proyecciones que el padre hace sobre el niño son

DEPRESION "REACCIONAL" (Y/O DUELO)



Cuadro IV

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

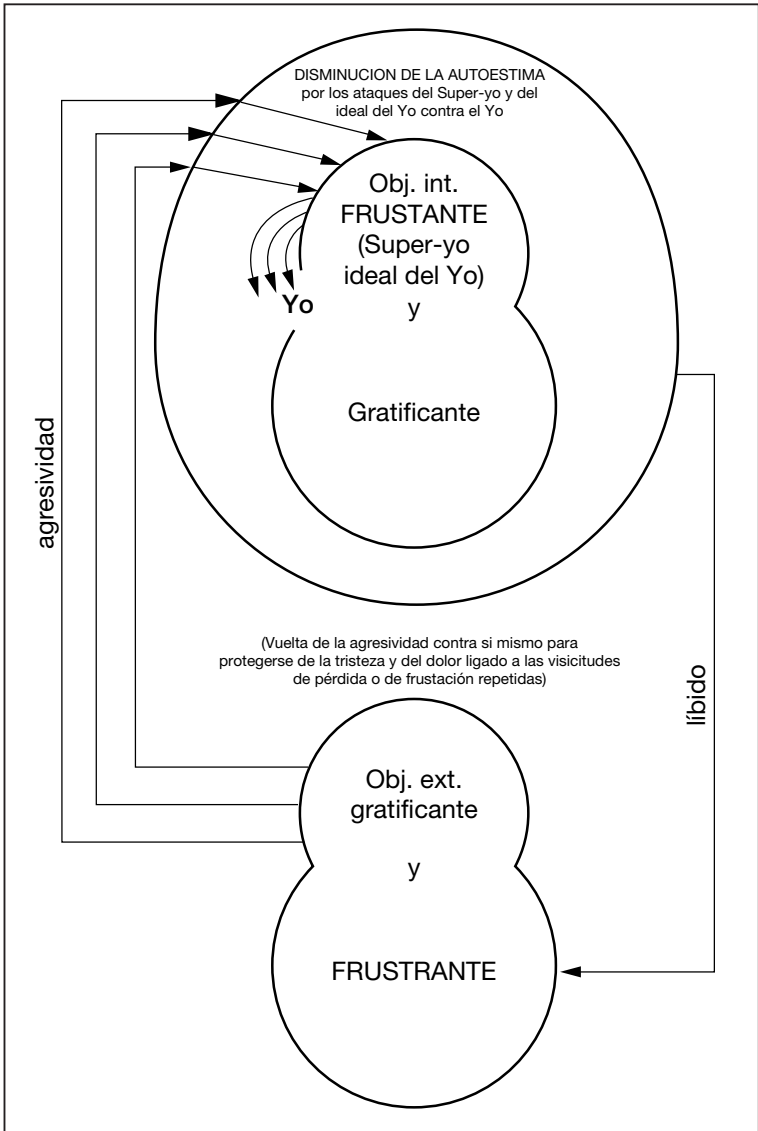


Cuadro V

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.