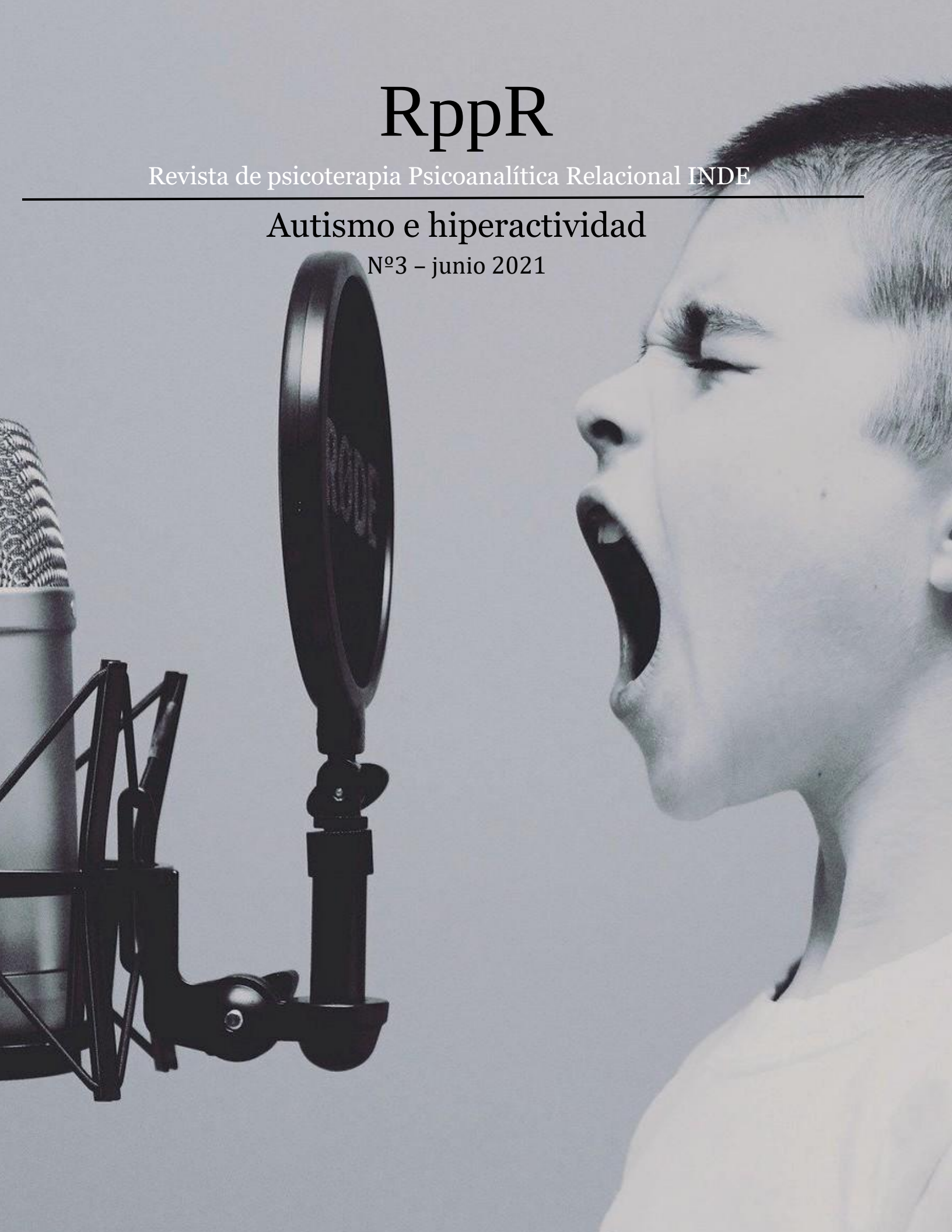
RppR

Revista de psicoterapia Psicoanalítica Relacional INDE

Autismo e hiperactividad

Nº3 – junio 2021



RppR

REVISTA DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA RELACIONAL

Autismo e hiperactividad

Nº3 – junio 2021

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA:

Directora:	Arantxa Navarro
Vocales:	Paula Rodrigo, Amador Tarazona.

DIRECCIÓN TÉCNICA:

Director:	Vicente Pi Navarro
Directores asociados:	Manuel Sides, Encarna Amorós Juan Larbán
Coord. Geográfico	Julio Nestor Galindo (Colombia)
Edita:	Clínica INDE *ISNI: 0000 0004 8396 1578*
Consejo editorial:	Paula Rodrigo (Secretaría y Comunicación) Amador Tarazona (Editor)
Diseño y maquetación	Amador Tarazona
Imagen:	Imágenes gratuitas ofrecidas por PixBay.
Depósito legal:	ISSN 2660-7956

Este ejemplar se distribuye gratuitamente a través de los medios de difusión y publicidad de la Clínica INDE. Ningún artículo o parte de él podrá ser reproducido por medios digitales o impresos sin previa autorización de los editores.

Clínica Psicoterapéutica Integración y Desarrollo S.L
C\ Cuenca 21, 1-1º, 46007 - Valencia.
Centro Sanitario Nº 13971
Autorizado por la Consellería de Sanitat – Generalitat Valenciana.
Contacto: 96.3819998 / 680107051 – inde@clinicainde.com

Contenido

Editorial 6

Articulos técnicos 8

"Estar en la luna" y "Entrar en turbulencia" como vértices de aproximación a las experiencias terapéuticas con un niño diagnosticado con TDAH 9

Autores: María José Indaburu y Julio Galindo 9

La práctica clínica en los trastornos mentales y en especial, en el trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, (TDA/H). Reflexiones críticas. 18

Autor: Juan Larbán Vera 18

Análisis de la atención de las necesidades educativas de los alumnos con trastornos mentales graves en la infancia, adolescencia y juventud: 58

Autor: Trabajo de Vicent Pi Navarro 58

Miradas extraviadas: El desarrollo del ser consciente desde el autismo. 75

Autor: Amador Tarazona Martorell 75

Educación y psicoterapia en infantes del espectro autista (TEA) 88

Autor: Vicent Pi Navarro 88

Desde la comunidad INDE 120

L 'illa dels llibres amb forma de cuca de llum 121

Por: Mila Moreno Benigno 121

Coloquio de whatsApps del Foro de Salud Mental de la Clínica INDE 122

Autor: Comunidad INDE 122

Redacción y coord.: Sara Polo 122

TALLER: La práctica línica en los trastornos mentales y en especial, en el TDAH por déficit de atención, con o sin hiperactividad. Reflexiones críticas. 136

Ponente: Juan larbán vera. 136

Redacción y coordinación: Sara Polo 136

TALLER: Espectro autista intervención clínica y educativa 152

Ponentes: Vicente Pi Navarro; Amador Tarazona Martorell 152

Redacción y coordinacion.: Sara Polo: 152

Noticias 161

Noticias de la clínica 161

Por: Paula Rodrigo 161

Projecte d'educació d'asiem en salut mental i trastorns mentals en la infància i l'adolescència ... 169

Por: Vicent Pi / Remei Balbastre 169

Reseña bibliográfica: 173

Por: Mireia Verdas 173

Editorial

En este nuestro tercer número de la revista hemos querido prestar atención a dos de los trastornos que mas visibilidad han alcanzando en nuestros días. Estos son el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (en adelante TDAH) y los trastornos del espectro autista (en adelante TEA). Ambos tienen un notable protagonismo no solo en la práctica clínica sino tambien en el mundo educativo. La importancia de ambos está fundamentada por un lado en el aumento de su prevalencia y por otro lado en lo prematuro de su aparición. En el caso de los TEA, en 1975 las autoridades de los EE.UU estimaban una prevalencia de un caso cada 5000 nacimientos, en las investigaciones mas recientes la cifra aumento a un caso cada 68 niños. Con estas cifras, la OMS señala en el 2014 que estamos ante un problema de salud pública[1]. En el caso de los TDAH entre el 2009 y el 2017 la prevalencia en ese país aumento entre un 8.5 y un 9.5 por ciento[2]. En EE.UU., datos de una encuesta nacional de 2016, indican que un 9,4% de los niños de 2 a 17 años ha tenido un diagnóstico de TDAH[3]. En nuestro país el aumento de la prevalencia es igualmente significativo. El aumento de la prevalencia ha hecho que surjan nuevas formas de conceptualizar estos trastornos, que aunque definidos estrictamente por una constelación de síntomas son ahora teorizados en base a desajustes neuropsicológicos de base. Estos cambios responden en gran medida a cambios en los paradigmas clínicos y profesionales. Sin negar la indudable importancia que los factores constitucionales tiene en el desarrollo de cualquier patología, creemos firmemente en la importancia de los factores sociales y relaciones que modulan su aparición. Más aún, son la base sobre la que se asienta una intervención que debe ser necesariamente integrativa, aunando esfuerzos de familiares y profesionales de muy distintos sectores, especialmente, clínicos y educadores. Debemos todos juntos hacer frente a este problemática que afecta a nuestros menores y para ello debemos usar todas aquellas herramientas que están a nuestra disposición, cooperando unos con otros para encarar esta difícil situación. Con este objetivo, los pasados 6 meses realizamos distintas actividades que reunieron a profesores y terapeutas con el objetivo de intercambiar experiencias y aunar esfuerzos. Igualmente contamos con la inestimable colaboración de Juan Larbán, quien en su larga trayectoria profesional ha tratado muy de cerca estas problemáticas. En las páginas siguientes podéis encontrar el resultado de este fructífero encuentro. Como siempre a todos aquellos que habéis participado nuestro mas sincero agradecimiento.

Hasta pronto.

Amador Tarazona Martorell
Editor

[1] Cifras ofrecidas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España (ver Estrategia Española en trastornos del espectro autista)

[2] Visser SN, Zablotsky B, Holbrook JR, et al. National Health Statistics Reports No 81: Diagnosis Experiences of children with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2015.

[3] Holbrook JR, Bitsko Rh, Danielson ML, Visser SN. Interpreting the prevalence of mental disorder in children: Tribulation and Triangulation. Health Promot Pract. 2017; 18: 5-7

Articulos técnicos

“Estar en la luna” y “Entrar en turbulencia” como vértices de aproximación a las experiencias terapéuticas con un niño diagnosticado con TDAH

Autores: María José Indaburu[4] y Julio Galindo[5]

RESUMEN: Re-visitamos un proceso terapéutico de hace varios años con Simón, un niño diagnosticado con TDAH, proponiendo nuevos vértices de observación generadores de otras preguntas. “Estar en la luna” y “Entrar en turbulencia”, además de ser expresiones que nos remiten a las características del Déficit de atención y la Hiperactividad, son estados en donde se ponen en juego la relación de la mente con el cuerpo, el encuentro con el otro y maneras particulares de transitar las cesuras. Concluimos que el proceso terapéutico sucede en diferentes registros, en los que los mecanismos de transformación y anti-transformación pueden aparecer simultáneamente. Así, la búsqueda de la verdad va acompañada de las defensas activas que se le oponen.

PALABRAS CLAVE: Juego, psicoterapia, turbulencia emocional, reverie.

[4] Psicóloga, psicoterapeuta en consulta privada. Magíster en Psicología Clínica. Email: majoseindaburu@gmail.com

[5] Psicólogo, psicoterapeuta en consulta privada. Magíster en psicología clínica, Máster en psicología y psicopatología perinatal e infantil. Email: juliogalindog@gmail.com

Introducción

Uno de los grandes riesgos que se corren a la hora de escribir una publicación sobre material clínico, es dejarse llevar por la ilusión omnipotente de demostrar una teoría, y peor aún, exhibir de manera vanidosa los grandes logros que tenemos diariamente con los pacientes. Sin duda, los registros de las sesiones son como los relatos de sueños: residuos de memoria acerca de una experiencia emocional íntima y personal que ya es cosa del pasado. Pero el ejercicio de volver a pensar el pasado está justificado con la esperanza de "dejarlo ir", desprendiéndose de aquellos conceptos que aún siguen contaminando el campo de observación, obstruyendo la posibilidad de captar los hechos clínicos que se nos revelan cotidianamente en el consultorio.

Desde luego, también la memoria y el deseo saturan todo ejercicio inicial de construcción académica. Teorías, diagnósticos, angustias, supervisiones, supervisores, revisores, cariño por los pacientes, y todos aquellos elementos que se suelen entrometer en la posibilidad de utilizar el espacio blanco de unas páginas para madurar pensamientos, y abrir nuevos continentes para alojar el material que no pudo ser comprendido. ¿Qué podría agregarse a un tema conocido? ¿Para qué escribir? Proponemos en ese sentido un breve ejercicio de des-escritura y re-visión de lo supuestamente ya conocido en medio de un proceso de aprendizaje y devenir terapeuta. Y para esto hemos decidido tomar la experiencia que, como parte de la formación de posgrado en psicología clínica, una de las autoras tuvo para construir una tesis de grado mientras navegaba en medio de las turbulencias y la incertidumbre del encuentro clínico con sus primeros pacientes, desde una posición de estudiante supervisada. Haciendo acopio de teorías y un análisis por categorías, en su momento se construyó un edificio teórico para aportar al conocimiento sobre la "vivencia del medicamento en niños diagnosticados con TDAH".

Siete años después, proponemos agregar un vértice de aproximación a lo ya construido, y con esto profundizar el trabajo de liberación de aquellos contenidos saturados que expresiones como "trastorno", "déficit de atención" e "hiperactividad" nos imponen en el trabajo cotidiano con nuestros pacientes, desprendiendo así a las preguntas de sus respuestas. Cotidianamente los terapeutas apelamos a teorías sobre la falla ambiental y las funciones que supuestamente debe aportar el terapeuta, educador, familiar, a un niño que nos presenta un comportamiento que los manuales han clasificado como deficitario en algún sentido. Con frecuencia nuestras comprensiones saturan el espacio de maduración de preguntas tan elementales como: ¿Qué querrá decir que a una persona le falta atención? ¿Cuál atención? ¿Atención sobre qué? ¿A qué/quién suponen le debe "prestar/vender/ofrendar" el paciente su atención? ¿Hiperactividad? ¿Cuánta actividad está permitida para el paciente? ¿Qué tipo de actividad? Y, como en todo proceso de búsqueda, seguramente encontraremos: padres hiperestimulantes, funciones maternas descompuestas, neuronas y sus neurotransmisores con dificultades de comunicación. Pero si en

lugar de ir en búsqueda de la presa de nuestra cacería teórica, abrimos un área de exploración alrededor de preguntas como ¿Cómo es la atención durante las sesiones? ¿Cómo es la actividad de este paciente en relación con su terapeuta? Apostándole como nos invitan Sor y Senet (1992) a usar nuestra propia Capacidad de Valencia, articulando y simultáneamente desarticulando, quizá podremos decir algo que nos ayude a seguir trabajando con nuestros pacientes. Pero antes de iniciar, cabe delimitar el área/escenario en el que se dio este proceso de exploración terapéutica hace ya varios años y la mirada que sobre él vamos a profundizar.

Simón es un paciente que tiene la necesidad de jugar, y se encuentra con un continente receptivo a esta necesidad en una terapeuta dispuesta a acompañarlo. Podríamos, al igual que hacemos con un sueño, interpretar el contenido del juego en términos simbólicos, o podríamos analizarlo de manera sintomática y observar en su estructura carencias y limitaciones. Sin embargo, hemos decidido observar el jugar como una potente forma de vida en la cual se forman zonas de transformación para tratar con lo novedoso, lo doloroso, inesperado e insólito; una relación con predominio del vínculo k (conocimiento) que le permite a una persona devenir verdadera y dejar de lado aquello que no es. Un escenario que es a la vez digestión del pasado, y penumbra del futuro (Sor y Senet, 1992).

Y desde ese punto de vista, pretendemos explorar el juego como proceso, y con esto aproximarnos a la observación de aquellas áreas en transformación puestas en marcha durante las sesiones. ¿Cuáles son las preguntas de Simón? ¿Hacia dónde se dirige? Esperamos con esto continuar el proceso de refinamiento del instrumento psicoanalítico de observación, de todo aquello que cotidianamente no logramos ver en el trabajo con los niños.

Un niño astronauta:

Simón tiene ocho años y le encantan las películas de acción. Le gusta jugar, y como un director hace a su terapeuta representar a su hermana mayor que lo lleva al hospital, su compañero fiel en el viaje al espacio o la víctima de sus torturas cuando se convierte en villano. Es hijo único de una pareja que se separó cuando él tenía un año y desde entonces ve a su padre esporádicamente. Sus padres no se llevan bien. De hecho, sólo se comunican para lo que tiene que ver con las terapias, y quién lo traerá o lo recogerá cada semana. Por ello, se vio al padre en contadas ocasiones, pero éstas fueron espaciándose cada vez más, al punto de que Simón dejó de asistir regularmente a la terapia pues la madre no siempre podía llevarlo.

Fue diagnosticado con Déficit de Atención con Hiperactividad y llega a la consulta por recomendación del psiquiatra tratante, al considerar que requiere de un acompañamiento más frecuente y constante. Desde hace unos años sus profesores se quejan de su mal comportamiento; no permite que sus compañeros pongan atención en clase y en ocasiones se vuelve muy agresivo, llegando incluso a herir a niños de su curso. En su casa también ha tenido problemas, y la madre cuenta preocupada que constantemente Simón le dice que la odia.

“Vértices”

Durante la revisión de los registros de sesiones de Simón, y del trabajo de grado presentado hace algunos años, se hicieron evidentes dos grandes temáticas que pretendemos analizar y detallar a continuación. Éstas, además, parecen ser

sumamente cercanas a las dos grandes características presentes en el nombre del diagnóstico dado al niño: el *Déficit de Atención* y la *Hiperactividad.* Aparecen entonces como categorías emergentes el *Estar en la luna* y la *Turbulencia*, ambas asociadas a los juegos que se desarrollaron en las sesiones y fueron propuestos por Simón.

ESTAR EN LA LUNA:

Desde un primer punto de vista, y más cercano a las comprensiones derivadas del trabajo de grado ahora revisado, pensamos en aquella expresión tan popular en las escuelas: "Estar en la luna", como sinónimo de estar inatento, distraído, desconectado de la realidad. Estar en la luna, como el TDAH, puede ser pensado como una desconexión en el vínculo, como un estado de no pensamiento, desintegración, de "flote", disociado incluso de sus propias impresiones sensoriales. Así nos aparecía Simón en las primeras sesiones:

T: Señor toro, ¿Dónde está su familia?
S: Yo tuve , pero ya no… la perdí
T: ¿Cómo es eso de que la perdió, señor?
S: Fue así, iba cogido de la mano de mi mamá y me solté y me perdí
T: ¡Ay! ¿Se perdió? ¿Y no sabe cómo encontrarla?
S: No…. Bueno, es que ella salió corriendo para que nunca más la encontrara…
T: Don Toro… ¿y su papá?
S: Los dos, los dos al tiempo me soltaron de la mano y salieron corriendo rápido para que no la alcanzara… Me soltaron la manito así (hace el gesto)
T: Y, ¿Por qué hicieron eso?
S: Es que me he portado mal, muy necio y grosero…

¿Será ésta una sombra nostálgica del pasado? Quizá nos esté contando que al perder la conexión con su matriz de reverie se ha sentido perdido. Tal vez el proceso de individuación ha sido vivido de una manera violenta, exacerbando los sentimientos de rabia, culpa y persecución. No se ha separado del pecho, sino que se lo han arrebatado. Como un toro descontrolado de rabia, rompe relaciones en su familia y aparece su temor de quedarse solo por haberse "portado mal, muy necio y grosero". ¿Ha quedado perdido en el espacio?

T: Y ¿vamos a tener mamá?
S: Ella murió
T: Ay, ¿cuándo murió?
S: Acaba de morir
T: (Con cara de terror) Acaba de morir mi mamá
S: Nuestra mamá… acaba de morir, mira ya se fue para el cielo… (Se acuesta en el sofá, hace como si se muriera…) Ahora se fue al cielo… ¡Vamos a ver cómo sube!
T: ¡Vamos! Por la ventana podemos verla…
S: Necesito uno de esos…. De esos de papá… (Hace con las manos la figura de unos binóculos)
T: Unos binóculos, mira…. Aquí tienes los tuyos (represento con las manos) Cuando los mueves para allá puedes ver a lo lejos, y cuando volteas hacia allá puedes ver más de cerca…

¿Ha muerto su madre o la mirada infantil de la madre? Puede que nos cuente que la madre-envoltura ha muerto, y que ahora debe encontrar nuevamente a la madre con "los ojos del padre". Parece estar relatando el atravesamiento de una cesura, y se alista a una transformación. Es decir, desde afuera de la matriz madre-bebé, con la perspectiva de un ser separado. En este momento, para Simón la culpa trae consigo la posibilidad de integrar los afectos con los hechos que ha vivido con su familia, y reconoce el daño que ha causado con sus acciones. Se trata de un movimiento hacia una fase de reconocimiento de las emociones y los pensamientos de los otros, pero que genera mucha tristeza al pensar que puede perder el amor materno. Se

trata de una experiencia de cambio de "mundo". Puede que el modelo descrito por Bion (1970/1974) nos permita entender la naturaleza de este proceso evolutivo, que caracteriza el paso del estado homérico de indiferenciación hombres-dioses, a una fase en la que el hombre finito se enfrenta al dios infinito y trascendente, siendo la función del grupo humano establecer dicha separación.

S: ¡Mira! Ya llegamos al cielo
T: ¡Ya puedo ver! ¡Mira cómo se ve todo desde acá arriba! Mira los carros y las personas tan pequeños.
S: Sí, ¡desde acá podemos ver nuestra casa! ¡Ah! (Con un suspiro hacia adentro. Empieza a hablar despacio) Mira hacia atrás…. ¡Es Dios!
T: ¡Ay!
S: (Se acerca para abrazarlo) ¡Hola Dios! Adivina, ¡Nos dijo que podíamos llevarnos a nuestra mamá de regreso!

Luego de cada paso evolutivo, cada cesura, se integran los logros de las fases anteriores, pero con otra mirada. Hay un punto de no retorno en el cual la realidad y el mundo no vuelven a ser iguales. En la constitución del ser, sin embargo, se han integrado los viajes, pero ya no como repetición, sino como adición de nuevos vértices, y nuevas elaboraciones sobre lo ya construido. Lejos ya de la dependencia de los primeros años, Simón ahora cuenta con un puente propio (canal de reverie) para viajar, que le permite atravesar nuevos mundos y explorar por sí mismo. Y para esto, la zona lúdica de contacto con su terapeuta, le permite hacer un tránsito suave:

S: Ahora que bajemos a la luna tenemos que tener cuidado de tener la cuerdita
T: ¿Cuál cuerdita, Capitán?
S: La que nos ponemos los astronautas para no perdernos de la nave
T: Es cierto, voy a asegurarme que la suya esté bien Capitán… Shummm chuc… Listo. ¿La mía cómo está?
S: Shummm chuc…. También lista…. ¿Quieres salir ya?
T: Tengo miedo de salir
S: Si tienes tanto miedo no vas a ganar nunca una medalla como yo
T: Tienes razón…. Voy a ser valiente, vamos, salgamos
(Empezamos a caminar como flotando en la luna, caminando lento)

¿De qué se trata este viaje? ¿Hacia dónde se dirige? ¿Al estar en silencio se rompe la comunicación? ¿Se cortó el vínculo? ¿Es un momento de déficit de atención? ¿De narcisismo? Es imposible conocer a donde conducirá un evento mientras ocurre. Simón nos revela que es un astronauta experto en los viajes triunfales más allá de lo conocido y ha logrado desprenderse del miedo, que ahora es contenido por la terapeuta. El silencio se apodera de la sesión y, acompañado de su terapeuta, Simón entra en contacto con un estado de gravitación diferente. ¿Cambia el eje desde el cual se ubica en el mundo? Ese empuje al "más allá" nos recuerda el estado de "empuje a saltar brechas" que Sor y Senet (1992) describen como la matriz que prepara la mente para el Cambio Catastrófico, o capacidad para atravesar las cesuras de la vida. ¿Es la zona de juego, el escenario que permite experimentar una transformación?

S: Claro, ya he venido muchas veces, aunque algunas veces se me cae el….. ah (empieza a ahogarse)
T: ¡Capitán, capitán! Ay…. ¡El casco! Shummmm chuc… ufff ¿ya? ¿Capitán, capitán?
S: Ufff…. Gracias…. Casi no podía ni respirar. Ahora ya podemos seguir… ¡ay! ¡Un cometa!
T: ¡Dónde! Quiero verlo

S: ¡No! Cuidado… un cometa es como un meteorito…
T: (Lo miro expectante)
S: Eso quiere decir que tiene fuego… ¡Cuidado!
T: ¡Ay! Estuvo cerca
S: Por eso tienes que tener mucho cuidado
(Otro rato en silencio, caminando flotando por la luna. De repente, simula otra vez que se le cae el casco y esta vez no deja que yo se lo ponga… Empieza a toser, a ponerse rojo, empieza a voltear los ojos, hace ruidos muy fuertes, con la boca, se pega contra las paredes … y se transforma finalmente en "otra criatura")
T: ¿Capitán?
S: ¡No! ¡Soy el diablo! ¡Aparezco cada vez que le falta el aire! Y ahora ¡voy por ti!

Un trayecto que inicia con un silencio-salto al vacío, que desencadena una turbulencia ¿Tα? y llega a resolverse en la aparición del diablo como punto de llegada ¿Tβ? Y en este proceso, la compañía de la terapeuta es temporalmente una extensión del canal de reverie que tiende un puente para el Cambio. Estando en la luna, tiene la posibilidad de ver todo desde arriba, permitiendo así una meta-mirada de sus vínculos y estar en contacto intuitivo con una cualidad psíquica de ser sí mismo. Puede ser entonces que no se trate de solamente una desconexión, sino también de una conexión con una realidad interna, facilitada por un espacio de silencio que se tolera con tranquilidad y que desencadena la turbulencia.

S: (Mira al techo asustado y lo mismo hago yo) Walter… mira ese orificio en el techo.. y tú decías que es solo la noche
T: Es solo la noche, Dani
S: Jamás había visto la noche tan de cerca…. Creo que estamos…
(Abre la puerta del consultorio y me hace ir detrás de él… Con la puerta abierta y mirando alrededor dice:)
S:¡Wow! Es el espacio, Walter, ¡ven!
T:¡Wow Dani! ¡Cómo habremos llegado hasta acá! Cierra la puerta.)
S: ¡Ahhhh! (Se tira al piso) ¡Es un meteorito gigante! ¡Corre Walter!
T: ¿¡Cómo pasó esto Dani!? (Empezamos a correr)

Simón nos muestra que, como bien dice Bion (1970/1974), el proceso analítico (o terapéutico) es un proceso permanente de ampliación del espectro. Entre más conocemos, mayor es la proporción de lo desconocido. A medida que avanza el trabajo, se multiplican los mundos por conocer, se multiplican los espacios que atravesar, y la oscuridad revela su propia luz. Es un trabajo que nunca está exento de peligros y riesgos, pero que la pareja está dispuesta a superar.

ENTRAR EN TURBULENCIA:

Tanto en los juegos desarrollados en sesión, como en la narración que los padres comparten sobre el comportamiento de Simón en el colegio y en la casa, aparece la noción de *Turbulencia*. Con esta categoría emergente, exploraremos también dos vértices.
En los viajes de Simón que hasta ahora hemos recorrido, la *Turbulencia* podría ser entendida como el resultado del encuentro con un otro; una turbulencia emocional que podría o no, dar paso a una transformación profunda y mutua. ¿Puede ser que para que haya cambio, desarrollo y encuentro genuino con otra persona, tengan que sacudirse fuertemente algunas certezas?
Por un lado, lo que Simón denomina "cuerdita" podría equipararse con el proceso de personalización (Winnicott, 1972/1992) mediante el cual es posible habitar el cuerpo. El espacio es también un lugar peligroso que amenaza con romper el frágil contacto entre él y la verdad; el lazo

con la terapeuta-mundo. En ese sentido, durante la sesión es la terapeuta quien le ayuda a habitar el cuerpo, por lo que la cuerdita también se refiere a la relación entre los dos. Una relación que le permite explorar el mundo sin generar caos, o también, una relación que recibe su caos sin romperse.

Pero desde otro vértice, la turbulencia es un hecho eminentemente somático, "un cuerpo que se sale de control", y que se desintegra de la psique que puede sostenerlo. Se relaciona con una pérdida o falla de los procesos de integración y personalización conceptualizados por Winnicott (1972/1992) referentes a la residencia de la psique en el soma. Desde este punto de vista, tener un "cuerpo turbulento" implica para Simón sentirse peligroso, romper cosas, relaciones, personas. Además, hace que se le confunda el límite entre su adentro y el afuera.

T: ¿Qué te pasó aquí Simón?
S: ¿Aquí? Eeee… no me acuerdo
T: ¿No te acuerdas?
S: Me parece que me caí, estaba yendo al colegio y me caí, pero no me acuerdo bien…
T: Trata de acordarte bien y me cuentas ¿te parece?

(Más adelante en esa misma sesión la madre le comenta a la terapeuta)
Madre: Esta semana, por ejemplo, tumbó a una niña por las escaleras y le rompió la cabeza, y esta herida que tiene acá (se señala entre las cejas) se la hizo él mismo, rasguñándose con la uña.

La vivencia de Simón nos muestra un aspecto de su personalidad de la cual no quiere saber nada. La negación del dolor se ha extendido de forma omnipotente a los otros, a través de un mecanismo de evasión del dolor y la verdad, que sustituye la ausencia por la presencia. El dañino cuerpo turbulento que hiere, crea heridas por fuera del sí mismo, en su cuerpo y en otros. A través de este lugar se ejerce un ataque a las diferenciaciones con el mundo exterior: ¿Quién empujó?, ¿Quién hirió? ¿Quién se cayó? ¿Quién sufre? Ésta parece ser una catástrofe sin cambio en la que el objeto ha quedado subsumido.

De la misma manera, en un viaje con su hermana mayor (la terapeuta) rumbo a la playa, aparece la turbulencia que lo derrumba al suelo:

T: Hermanito, ¡no! Ven, ¿te sientes bien?
S: No, me duele todo.
T: ¡Ahora que nos bajemos del avión vamos directo al hospital a que te revisen!
S: Sólo espero que no haya otra… Ayyy… ¡otra turbulenciaaa! (empieza a hacer otra vez como si temblara y yo a moverle la silla de un lado al otro)
T: Nooooo, tassss (otra vez se tira al piso)

Simón propone un viaje hacia los límites y tiene un vehículo para llevarlo a través de un largo camino, durante el cual aparece la turbulencia y el dolor. Su cuerpo se puede volver turbulento, creando caos y preocupación por donde va. Parece que su cuerpo se inunda de sensaciones, y resulta para Simón tan desconocido como el mundo exterior. Un avión en turbulencia genera las mismas angustias impensables como serían resultar despedazado, caer sin ningún sostén o perder la orientación. El cuerpo de Simón va hacia una dirección distinta a la de la nave, recorriendo el camino contrario de la transformación; la turbulencia se sale de control. Demanda que se haga algo pronto con su cuerpo, que lo ayude a mantenerlo cerca de la nave de control, más cerca de la mente.

Podemos en este sentido volver a pensar las turbulencias de la nave rumbo a la luna. Existe también el temor a perderse, pero es en esa ocasión la cuerda y el casco, lo

que le permiten atravesar el doloroso umbral de la tolerancia a la frustración. Pero cuando el puente reverie se rompe, la unión entre su cuerpo y su mente colapsa, apareciendo caos y preocupación, en los otros y en él mismo.

Conclusiones

En este recorrido, hemos podido observar que un proceso terapéutico (o analítico) sucede en diferentes registros, y los mecanismos de transformación y anti-transformación, el vínculo K y el –K, se pueden presentar de manera simultánea. Y es quizá la zona lúdica transicional del juego, la que permite tolerar estas paradojas, sobrevivir a las turbulencias y llegar constantemente a nuevas lunas. Podemos recordar así estas palabras de Bion (1970/1974):

"Como alguien que en un sendero solitario camina temeroso y aterrado y, habiéndose vuelto una vez sigue caminando sin tornar nuevamente la cabeza, porque sabe que un demonio espantoso camina detrás, muy cerca. El "demonio espantoso" representa indistintamente la búsqueda de la verdad o las defensas activas que se le oponen; depende del vértice" (p. 47).

Dicen Sor y Senet (1992) que todos los nacimientos posibles, que se dan dentro o fuera del útero, implican una cesura. ¿Nació en este proceso un paciente? ¿Una terapeuta? E igualmente importante, ¿cómo se transitó esa cesura? Puede que las turbulencias hayan servido como puentes para atravesar y aprender de la experiencia. Y en esta misma clave, podemos pensar el "Estar en la Luna" y entrar en "Turbulencia", que vivió la terapeuta mientras acompañó a Simón en estos tránsitos y de los autores revisitando esta aventura.

Bion (1979/1992) nos ayudó a ver que, en el encuentro de dos mentes, dos personalidades, y dos terapeutas en continua construcción, se genera una tormenta emocional. Sor y Senet (1992) profundizaron el vértice de comprensión de las implicancias que tiene el proceso de Cambio que se da en esta atmósfera. Las turbulencias se presentan cuando se aproxima un hecho nuevo, cuando la mente se traslada de un punto de invariancia a otro y ante el efecto de succión nostálgica que se ejerce desde el estado que se deja atrás. Cuando una pareja terapéutica (o analítica) está dispuesta a sobrevivir al esfuerzo que implica reconocerlas y transitarlas, se abrirán paso al cambio. De lo contrario nos encontraríamos en la dimensión del repudio a los hechos, propia de los procesos terapéuticos cosméticos.

Referencias:

Bion, W. (1974). *Atención e Interpretación* (Muñiz, E., Trad.). Paidos. (Obra original publicada en 1970).

Bion, W. (1992) Hay que pasar el mal trago. En: *Seminarios clínicos y cuatro textos*. Lugar editorial. (Obra original publicada en 1979).

Indaburu, M.J. (2017). *Acerca de pócimas mágicas, monstruos y turbulencias: vivencia del medicamento en niños diagnosticados con TDAH* [Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Institucional – Pontificia Universidad Javeriana.

López de Caiafa, C. (2002). El cuerpo: habitación, construcción, creación. En: *Rrevista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 101-108. Recuperado de:

https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup96/rup96-lopez.pdf

Lorén, J.A (2017). Psicoanálisis de la experiencia emocional. En Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia. Recuperado de: https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/loren.pdf

Dorado de Lisondo, A. (2009). Reverie re-visitado. En: *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*, 21 (2). Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3643962

Sor, D. y Senet, M. (1992). *Fanatismo*. Una mirada bioniana actual. Ediciones Biebel.

Winnicott, D. (1991). Sobre las bases del self en el cuerpo. En *Exploraciones Psicoanalíticas (*Wolfson, L. Trad.). (pp. 311-336). Editorial Paidós. (Obra original publicada en 1972).

La práctica clínica en los trastornos mentales y en especial, en el trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, (TDA/H). Reflexiones críticas.

Autor: Juan Larbán Vera[6]

RESUMEN: A lo largo de este texto intento mostrar de forma crítica, constructiva e integradora, la importancia de la comprensión psicopatológica de los trastornos mentales para poder responder adecuadamente en la práctica clínica, a la demanda de ayuda de quien los sufre y su familia, tanto durante el proceso de detección, como en el del diagnóstico y en el de su tratamiento. Utilizo como ejemplo, lo que sucede hoy día con la práctica clínica en el caso del trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, TDA/H.

PALABRAS CLAVE**:** Práctica clínica. Trastornos mentales. Comprensión psicopatológica. TDA/H.

ABSTRACT: Throughout this text I try to show, in a critical, constructive and integrating way, the importance of psychopathological understanding in mental disorders in order to respond adequately in clinical practice to the demand for help from the ones who suffer from it and their families, during the screening process as well as in the diagnosis and treatment. I use as an example what happens nowadays with the clinical practice in the case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) or Attention Deficit Disorder (ADD).

KEY WORDS: Clinical practice. Mental disorders. Psycopathological understanding. ADD/ADHD.

[6] Psiquiatra y psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. Ibiza.
E-mail: juan.larban@gmail.com

Introducción

No tener en cuenta un enfoque psicopatológico, como ocurre en las clasificaciones diagnósticas vigentes actualmente, (DSM y CIE) fundamentadas en criterios estadísticos, de tipo descriptivo, elaboradas mediante consenso no clínico de expertos, sin un modelo psicológico del desarrollo humano, nos imposibilita comprender ¿cómo, cuándo y por qué? se produce en un momento dado y contexto determinado, una desviación psicopatológica del desarrollo normal de un sujeto con una personalidad y funcionamiento mental específicos. Esto nos lleva a una confusión y deriva diagnóstica que tiene como consecuencia una cuestionable práctica clínica con errores graves e importantes en la forma de comprender y tratar los trastornos mentales. El sufrimiento, así como la complejidad del ser humano y de su funcionamiento psíquico-emocional se ven así limitados a concepciones reduccionistas y simplistas, basadas en concepciones pseudocientíficas de lo biológico, psicológico, social y genético que nos constituye, presentándonos como sujetos sin subjetividad, sometidos al imperio biológico y neuroquímico de nuestro cerebro, como si nuestro organismo funcionase de una forma independiente, aislada y separada de lo que somos, de lo que hacemos y de cómo vivimos con lo que somos y hacemos.

Los importantes descubrimientos que se están haciendo en el campo de las neurociencias son interpretados "interesadamente" por un sector de los profesionales de la salud mental que se proclaman portadores (con actitud intolerante y excluyente de lo diferente) de la "verdad científica". Esta tendencia a la sacralización de la ciencia lleva a un cientificismo en el que la ciencia así concebida pasa a ser un dogma, sus divulgadores los nuevos sacerdotes, y sus resultados, la única esperanza, (Peteiro, J.2010). Del imperialismo de lo psicológico, se está pasando en los últimos años, a través de un movimiento pendular a los que el proceso histórico nos tiene acostumbrados, a un imperialismo de lo biológico. Estudios experimentales muestran la atracción seductora de las explicaciones neurocientíficas, es decir, su magnetismo. Se ha visto que explicaciones irrelevantes se juzgan más favorablemente si contienen jerga neurocientífica. Independientemente del estatus científico y de su relevancia, las explicaciones neurocientíficas influyen en la gente, más allá de lo que la evidencia puede sostener, (Pérez-Álvarez, M. 2011 a). La cultura popular ha asumido el cerebrocentrismo como algo natural y la divulgación neurocientífica alimenta dicha tendencia ignorando que la plasticidad cerebral, según la cual el cerebro es capaz de modificarse en función de la experiencia, muestra que más que de las neuronas, dependemos de la conducta y de la cultura, (Pérez-Álvarez, M. 2011 b). Como paradigma de esta práctica clínica que criticamos, voy a profundizar en lo que ocurre con el TDA/H.

A propósito del TDA/H

El TDA/H es un trastorno de inicio en la infancia que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o

laboral, y en sus actividades cotidianas (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV-TR, Texto Revisado, 2001).

El TDA/H representa un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, que se estima, según las fuentes epidemiológicas, entre un 3 y un 7% de la población escolar (DSM-IV-TR, 2001). Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio-familiares como consecuencia de los síntomas propios del TDAH. El curso del trastorno es crónico y requiere tratamiento a largo plazo, con el correspondiente coste social.

El TDA/H es uno de los motivos más frecuentes por el que los niños son remitidos al pediatra, neuropediatra o al equipo de salud mental debido a que presentan problemas de conducta. De hecho, el TDA/H es uno de los trastornos psiquiátricos (neurobiológicos) del niño y del adolescente más prevalente. Las tasas de prevalencia son marcadamente dispares según los criterios diagnósticos empleados, el origen de las muestras (clínicas o poblacionales), la metodología, las edades y el sexo escogidos. Los rangos de prevalencia (frecuencia) se sitúan entre el 1,9 y el 14,4%. En España, al igual que en otros estudios europeos, las tasas de prevalencia son similares (Guía de Práctica Clínica del SNS sobre el TDA/H en niños y adolescentes, 2010).

Historia

La existencia de niños con problemas que se manifiestan en forma de inquietud motora, dificultad para mantener la atención y tendencia a la impulsividad es sobradamente conocida por la psiquiatría infantil que, con diferentes denominaciones, («inestabilidad motriz», «lesión o disfunción cerebral mínima», entre otras) viene describiendo este trastorno desde principios del siglo pasado. Desde que se impusiera en la clasificación americana de trastornos mentales, DSM, el diagnóstico denominado «Trastorno por déficit de atención e hiperactividad», este término y sus correspondientes siglas (ADHD, ADD, TDA/H, etc.) se han extendido universalmente, apoyado por una multiplicación exponencial de publicaciones, estudios y documentos que, aunque sostienen su denominación como trastorno, han favorecido que sea considerado como enfermedad y, aún más recientemente, como una enfermedad crónica.

Rastreando algo de la historia, nos encontramos que la existencia de niños con dificultad de atención ha sido mencionada ya a comienzos del siglo, variando su tratamiento a lo largo del tiempo. Este cuadro, al que hoy llamamos Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (ADDH –ADD, TDA/H) fue caracterizado en 1901 por J. Demmor quien desde una perspectiva neurobiológica se refirió a la “inestabilidad motriz” describiendo de esta manera a los niños con exageradas emociones, reacciones ambivalentes, falta de inhibición y de atención, e incesante necesidad de cambios y movimientos (Tallis, 2004).

Los autores coinciden en señalar que la primera descripción que hizo referencia a los niños con problemas en el control de conducta y de la atención fue la denominación “Incapacidad para concentrarse y mantener la atención por defecto del control moral” que data de 1902.

A partir de ese momento la evolución de las ideas fue cambiando, otorgándole

diferentes nombres y descripciones. Barkley en un texto de 1990 (citado por Beatriz Janin) resume esta evolución en cuatro períodos:

1) Desde 1900 – 1960 una lesión cerebral es responsable de los problemas hiperquinéticos. Se denominaba "Lesión Cerebral Mínima", en donde de consideraban afectadas áreas cerebrales esenciales para el aprendizaje. Sin embargo las dificultades para detectar esta lesión -que nunca fue encontrada- favorecieron que se desplazara el origen de la alteración de lo orgánico a lo funcional.

2) Así, a partir de 1960 a 1969 el cuadro fue llamado "disfunción cerebral mínima", la cual se considera fundamental para entender la Hiperkinesia.

3) Es en un tercer momento que va desde 1970 a 1979 en donde aparece en la bibliografía el déficit de atención.

4) Y por último, un cuarto período de 1980 a 1989 en donde se crea el síndrome de déficit de atención (ADD o TDA) en el DSM III y del déficit de atención con hiperactividad (ADDH o DDAH) en 1987 en el DSM III-R.

Consideramos que podemos agregar un último momento en el que el DSM- IV en 1995 instala la denominación de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, dividido en tres sub tipos posibles: tipo combinado, tipo con predominio del déficit de atención y tipo con predominio hiperactivo –impulsivo.

Nos encontramos así con el llamado trastorno o síndrome de "Déficit de atención con y sin hiperactividad" (ADD / ADDH o TDA/H), uno de los diagnósticos más comunes en la niñez actual.

Como pudimos comprobar a lo largo del pequeño recorrido histórico que hemos realizado, la sociedad ha necesitado y necesita encontrar nombres que agrupen lo que no se entiende, lo que no tiene una única respuesta. Así podemos decir que al conjunto de características o síntomas que se manifiestan en el TDA/H, se las agrupa con la denominación de "Trastorno o "Síndrome". Vemos así como la gran estructura formada por médicos, padres y agentes de educación y salud a veces "rotulan" a los niños, dando por ciertas dichas nominaciones que en realidad tienen más de imprecisión que de certeza.

Controversias

Pese a la divulgación de múltiples trabajos y guías de consenso, fundamentalmente anglosajonas, que se autodefinen como basadas en la evidencia, que postulan criterios de homogeneización del diagnóstico y de su tratamiento, las controversias en torno a la cuestión persisten. Además de que se está proponiendo la necesidad de introducir cambios en los criterios diagnósticos actuales, e incluso la conveniencia de modificar la denominación actual del trastorno en próximas ediciones del DSM, se debate, entre otras cosas: si es un trastorno sobrediagnosticado o infradiagnosticado; si se está medicalizando excesivamente o si altos porcentajes de casos quedan sin tratar; si están justificadas las advertencias sobre la gravedad del trastorno y las consecuencias de no tratarlo o si hay en ello un alarmismo exagerado e injustificado; se discute a qué especialidad médica corresponde la responsabilidad profesional del diagnóstico y tratamiento de los afectados. Y, simultáneamente, los servicios tanto de atención primaria como de atención especializada se saturan con demandas crecientes de consultas e intervenciones por este trastorno.

En los últimos años se han dado a conocer numerosas investigaciones que identifican

correlaciones de diferente naturaleza con el TDA/H. Se trata de patologías físicas, reacciones a terapias medicamentosas, condicionamientos ambientales de varios tipos, embarazos desfavorables, trastornos psicopatológicos de diverso grado y naturaleza pero que, por presentar una sintomatología semejante o compatible con la que se describe como TDA/H, obtienen, en función de este criterio, el mismo diagnóstico. No es pues de extrañar que la forma de diagnosticar hoy día el TDA/H genere de hecho gran confusión, despistando a aquellos médicos y psicólogos que omiten realizar una investigación exhaustiva del conjunto de factores etiológicos y patogénicos intervinientes, con un daño potencialmente importante para la salud de los menores. Para evitarlo, sería interesante plantearse las siguientes preguntas: Todas las correlaciones que pueden observarse asociadas ¿pueden ser interpretadas como causas?¿Podemos considerar como hipótesis que la sintomatología del TDA/H sea en realidad una constelación inespecífica de síntomas, indicadores de un desequilibrio de la persona, que remite a factores causales de la más variada naturaleza? ¿Podremos abolir algún día la forma de diagnosticar que solamente etiqueta y trata con psicofármacos el TDA/H, con la carga ideológica que eso presupone?

Este es el verdadero desafío que tenemos frente a nosotros, una hipótesis que merece toda la atención científica que seamos capaces de aportar, una forma diferente de ejercer la práctica clínica y una aproximación éticamente distinta de la que propone la utilización de psicofármacos con niños y adolescentes. Psicofármacos que sólo se deberían indicar en casos excepcionales, con máxima cautela y como último recurso en situaciones extremas, a fin de prevenir y contener los posibles riesgos de abusos a mediano y largo plazo, como aquellos que, en no pocas ocasiones aparecen documentados en la literatura científica que se desprende de fuentes confiables de información (Consenso Internacional ADHD o TDA/H y abusos en la prescripción de psicofármacos a menores, 2005).

La controversia generada sobre este tema, debería suscitar entre nosotros un debate que pueda utilizarse como un espacio para reflexionar, al menos por tres motivos: por su importancia clínica, por su relevancia social y porque puede servir para valorar el uso que hoy se está haciendo tanto de la "medicalización de la vida cotidiana" como de la "medicina basada en la evidencia, término este último que tendría que ser sustituido por indicios, pruebas" ¿No habría que decir más bien, "asistencia basada en pruebas"? Lo que está ocurriendo con el TDA/H es un buen caso para planteárselo: ¿O es que no vale la pena plantearse la eficacia y eficiencia, oportunidad, seguridad y demás indicadores de los componentes psicológicos y psicosociales de nuestra asistencia? (Tizón, 2017).

Modelos de práctica asistencial

En la práctica asistencial actual conviven diferentes modelos de conceptualización en cuanto a la naturaleza y etiopatogenia del trastorno que reflejan criterios y hábitos diagnósticos, así como terapéuticos, con diferentes puntos de convergencia y de divergencia.

Las diversas prácticas pueden agruparse en dos estilos de comprensión y de intervención:

El modelo fisiológico considera que el TDA/H es un síndrome unitario caracterizado por una tríada sintomática

(hiperactividad, déficit de atención, impulsividad), no siempre presentada completa; afirma la naturaleza neurobiológica del trastorno y busca, hasta ahora sin éxito, marcadores biológicos que confirmen esta hipótesis etiológica.

En consecuencia postula, aunque no descarta otras intervenciones, un tratamiento necesariamente farmacológico (exclusiva o muy mayoritariamente del tipo psicoestimulantes y, sobre todo en nuestro país, el metilfenidato) dirigido a disminuir los síntomas y a facilitar la aplicación de otras medidas terapéuticas. La coexistencia muy frecuente de otros problemas psicológicos es considerada como una comorbilidad de carácter psicopatológico, añadida o asociada pero no causal, que justificaría secundariamente otras intervenciones de tipo psicológico o psiquiátrico.

El modelo psicopatológico considera el TDA/H como la manifestación de un conjunto de síntomas vinculados a diferentes componentes etiopatogénicos y a diferentes organizaciones de la personalidad con diversos tipos de funcionamiento mental. Entiende que los factores psicológicos y psicopatológicos, además de implicar un gran sufrimiento y malestar, tienen un papel determinante en las manifestaciones del TDA/H, y no son sólo comorbilidades sobreañadidas a un trastorno neurológico puro. Postula que esta variedad y complejidad clínica necesita abordajes terapéuticos múltiples que no pueden limitarse exclusiva y principalmente a la administración de fármacos y que deben incluir ayudas especializadas e individualizadas de tipo psicológico, familiar y escolar, en todos los casos.

Aunque ambos modelos no se corresponden sistemáticamente con especialidades concretas, se puede intuir que se están configurando, correlativamente a estos dos modelos de comprensión, dos estilos de intervención: uno más común en el entorno «neuro-pediátrico» y otro más común en el entorno «psicológico-psiquiátrico».

Las guías de práctica clínica en el TDA/H

Las guías clínicas disponibles plantean alternativas diferenciadas, que podríamos clasificar en cuatro grandes grupos:

A. Tratamiento farmacológico único de entrada para la mayoría de estos niños.
B. Tratamiento multimodal ya inicialmente: combinación de medidas farmacológicas, psicológicas y psicosociales.
C. Soporte psicopedagógico y psicosocial (familiar o individual) y tratamiento farmacológico en segunda instancia.
D. Intervenciones psicológicas, psicopedagógicas y psicosociales (individuales y familiares) recurriendo a los estimulantes del SNC sólo en excepciones extremas (Tizón, 2007).

La mayor parte de los estudios empíricos publicados hoy en día apoyan los modelos A y B de guías clínicas (Jensen y Cooper, 2002; Reiff y Tippins, 2004). En la práctica, al menos en la asistencia clínica en los países del primer mundo, eso está significando cada vez más, como en el caso de muchas supuestas “depresiones”, un tratamiento farmacológico exclusivo o casi exclusivo (Guía real tipo A). Sin embargo, tanto en los países mediterráneos como en los nórdicos y en los EE UU, parece que existe un amplio grupo de especialistas y un reducido número de autores que se

resisten a esa "ola biológica" y apoyan el grupo C de guías clínicas (Lasa, 2001; Diller, 2000, 2002).

Impacto social

La complejidad de los hechos descritos contrasta con la extraordinaria extensión y la desproporcionada acogida mediática que ha tenido la descripción del TDA/H, como «una nueva enfermedad» con el «descubrimiento de un nuevo tratamiento específico» (en realidad los fármacos psicoestimulantes, metilfenidato y otros, que se vienen utilizando desde hace sesenta años). El llamativo impacto social y la rápida extensión de este fenómeno «epidémico» no han tardado en afectar al mundo sanitario acarreando importantes problemas y divergencias en la práctica clínica y la investigación, recogidos en una gigantesca multiplicación de publicaciones. Resaltando sólo las más señaladas: exageradas variaciones en la incidencia y prevalencia del trastorno; variabilidad de criterios diagnósticos; tendencia al abusivo empleo de fármacos psicoestimulantes con espectaculares incrementos del gasto sanitario; diversidad e insuficiencia de los seguimientos terapéuticos con escasez o inexistencia de estudios controlados a largo plazo; acusaciones de medicalización y patologización excesiva de conductas infantiles normales en contraposición a quienes sostienen su infradiagnóstico (Lasa y Jorqueras, 2010)

Los medios de comunicación hablan del tema como si se tratara de una epidemia, divulgando sus características y los modos de detección y tratamiento. Se banaliza así tanto el modo de diagnosticar como el recurso de la medicación. En el límite, cualquier niño, por el mero hecho de ser niño y por tanto inquieto, explorador y movedizo, se vuelve sospechoso de padecer un déficit de atención, incluso cuando muchísimos de esos niños exhiben una perfecta capacidad de concentración cuando se trata de algo que les interesa poderosamente (Armstrong, 2000).

En cuanto a la influencia del contexto familiar, escolar y social sobre la incidencia del TDA/H, cabe preguntarse: ¿Los niños desatentos e hiperactivos dan cuenta de algo de lo que ocurre en nuestros días? Padres desbordados, padres deprimidos, docentes que quedan superados por las exigencias, un medio en el que la palabra ha ido perdiendo valor y normas que suelen ser confusas, ¿incidirán en la dificultad para atender en clase? (Duché, 1996; Fernández, 2000; Golse, 2003; Fourneret, 2004; Jensen, 1997).

Tampoco se ha tomado en cuenta la gran contradicción que se genera entre los estímulos de tiempos breves y rápidos a los que los niños se van habituando desde muy pequeños, con la televisión y la computadora, donde los mensajes suelen durar unos pocos segundos, con predominio de lo visual, y los tiempos más largos de la enseñanza escolar centrada en la lectura y la escritura a los que el niño no está habituado (Golse, 2001; Jensen, 1997; Armstrong, 2000; Diller, 2001).

Contexto y situación actual

Para un correcto análisis de la situación en cuanto a la comprensión clínica del TDA/H, hay que situarlo en su contexto actual. No podemos por tanto obviar que lo que está pasando con este trastorno mental forma parte de una predominante y determinada visión imperante hoy día de tipo reduccionista, biologista y simplificadora de la complejidad del ser humano, su evolución, su sufrimiento y su patología.

La corriente psiquiátrica y psicológica actual que intenta incluirse y reflejarse en el modelo médico vigente de corte biologista para alcanzar el status de ciencia

objetivante, lo está haciendo a costa de la falsa ilusión de perder la subjetividad que nos hace humanos, así como la importancia del vínculo intersubjetivo en la relación con el otro, olvidando que las raíces de lo bio-psíquico-social del ser humano tienen que ver también con las ciencias psicológicas y psicosociales. El punto de vista neurocientífico actual se está aproximando cada vez más a una comprensión del desarrollo humano de naturaleza esencialmente relacional en el que se integran, potenciándose mutuamente los aspectos físicos con los psíquicos a través de la interacción con el otro que permite una reprogramación de lo biológicamente programado. Los trastornos psíquicos y del desarrollo serían no el resultado de los desajustes y disfunciones interactivas sino reorganizaciones adaptativas del programa inicial para seguir evolucionando.

Sabemos que funciones muy relacionadas con el TDAH –tales como la regulación emocional y afectiva, la modulación del temperamento, la interiorización de las estructuras psíquicas que determinan la organización de la conducta y la personalidad– y la organización del sustrato básico, los circuitos neuronales y huellas mnésicas, que las sustentan, dependen del encuentro del programa genético humano con el entorno familiar. Las investigaciones neurobiológicas actuales sobre la organización cerebral temprana confirman que el bebé humano nace programado genéticamente para entrar en relación desde el nacimiento, y también, que la influencia de esta relación con el entorno social, afectivo y corporal, activa y reordena la expresión –fenotípica– de las potencialidades innatas –genotípicas–, con lo que el programa genético determinante del desarrollo psíquico y cerebral queda abierto a los fenómenos –epigenéticos– (reguladores de la expresión genética) de espiral relacional interactiva, de los que es inseparable.

En términos neurofisiológicos, se ha propuesto como fórmula sintética, como muy acertadamente nos recuerda el Dr . Juan Manzano (2004, 2005) que el cerebro del recién nacido , está programado (genéticamente) para entrar en relación con la persona que le cuida, y para reprogramarse (epigenéticamente) en función de esa relación. El desarrollo humano es por consiguiente concebido como la modificación adaptativa del programa innato en contacto con el otro.

Este modelo -relacional, evolutivo y adaptativo- de comprensión del desarrollo humano y sus desviaciones psicopatológicas, nos permite tener una visión más comprensiva con los síntomas y trastornos en tanto que representan un trabajo de reorganización adaptativa que desarrolla la persona afectada para vivir con menos sufrimiento, en situaciones adversas que no puede cambiar.

Desde esta perspectiva, nos vemos obligados a pensar la ayuda terapéutica como un proceso evolutivo co-construido y desarrollado con el paciente, su familia, y si es posible, también con la escuela. Con la ayuda relacional adecuada, hemos visto que se puede cambiar la estructura de la personalidad y el modo de relación, (consigo-mismo y con los demás) desarrollando otra más funcional, menos sintomática, más evolutiva, más adaptada al entorno, y más cercana a un desarrollo normalizado.

Más allá de esta realidad que no se está teniendo en cuenta, en el momento actual, asistimos al devenir de una clínica cada vez menos dialogante, más indiferente a las manifestaciones del padecimiento psíquico, aferrada a los protocolos y a tratamientos exclusivamente paliativos

para las consecuencias, y no para sus causas. Tal y como dice G. Berrios (2010) «Nos enfrentamos a una situación paradójica en la que se les pide a los clínicos que acepten un cambio radical en la forma de desarrollar su labor, (ej. Abandonar los consejos de su propia experiencia y seguir los dictados de datos estadísticos impersonales) cuando en realidad, las bases actuales de la evidencia no son otras que lo que dicen los estadísticos, los teóricos, los gestores, las empresas (como el Instituto Cochrane) y los inversores capitalistas que son precisamente aquellos que dicen donde se pone el dinero».

Por otra parte, pensando en la influencia del contexto social actual sobre los niños y adolescentes con TDA/H, la pregunta que podemos hacernos es: ¿qué es lo que en nuestra época, lleva a tantos niños a fracasar en su vínculo con la institución escolar? Podríamos decir que todo niño, en principio, está desvalido. Que una cuestión fundamental es que haya otros que puedan hacerse cargo de él para que no quede expuesto a sus propias urgencias pulsionales, para gestionar tanto sus necesidades como sus deseos y para tolerar sus afectos. Es decir, son los otros, en tanto protectores y continentes, los que permiten transformar el desvalimiento inicial en posibilidad de futuro. Pero esos otros están a su vez marcados por la sociedad en la que viven, que tiene ciertas características.

Vivimos en un mundo permanentemente cambiante, en el que es notoria la aceleración del tiempo. Hay que correr con el temor de "quedarse afuera". ¿Qué sensación de desvalimiento, de exigencia excesiva, de insatisfacción, puede generar el hacer partícipes a los niños de nuestra propia aceleración? Se espera que demuestren cotidianamente sus posibilidades como futuros productores a través de su rendimiento escolar, de las posibilidades competitivas, de la multiplicidad de saberes que se les imponen. En la era de la productividad, el niño ha pasado a ser, él también, medido con esa vara. Todo está pautado, hasta el jugar... ¿No se confundirá al niño con un adulto en pequeño? Y el juego, como posibilidad creativa y ocupación fundamental del niño, ¿qué lugar ocupa? (Janin, 2007). No se puede pensar un síntoma si no es en relación con el momento en el cual aparece. El síntoma se inscribe en una época particular y va a expresar el malestar proveniente de elementos que toma del entorno cultural, de sus mitos y creencias, sus significantes.

El ser humano es efecto de una historia, su historia particular, por eso es imposible pensarlo en forma aislada, debemos pensar en qué situaciones, momentos y con quienes se da este funcionamiento. La familia y la escuela son instituciones que inciden notablemente en la constitución de un sujeto. A la vez no podemos dejar de pensar que estas instituciones pertenecen a una sociedad particular, nuestra sociedad.

Los profesionales que valoramos la importancia de la psicopatología como herramienta indispensable para la comprensión, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, defendemos la existencia de un modelo sanitario, donde la palabra sea un valor a promover y donde cada paciente sea considerado en su particularidad. La defensa de la dimensión subjetiva implica una confianza en lo que cada uno pone en juego para tratar aquello que en él mismo se revela como insoportable, extraño a sí mismo, pero sin embargo, familiar. Además, manifestamos nuestra repulsa a las políticas asistenciales que persiguen la seguridad en detrimento

de las libertades y los derechos. A las políticas que, con el pretexto de las buenas intenciones y de la búsqueda del bien del paciente, lo reducen a un cálculo de su rendimiento, a un factor de riesgo o a un índice de vulnerabilidad que debe ser eliminado, poco menos que a la fuerza.

Para cualquier disciplina, la aproximación a la realidad de su objeto de estudio se hace a través de una teoría. Este saber limitado no tendría que confundirse con La Verdad, pues, supondría actuar como una ideología o religión, donde cualquier pensamiento, acontecimiento o incluso el lenguaje utilizado, está al servicio de forzar el vínculo entre saber y verdad. Todo clínico con un cierto espíritu científico sabe que su teoría es una herramienta de acercamiento a una realidad siempre más plural y cambiante, y donde las categorías encontradas han de dejar espacio a la manifestación de esa diversidad, permitiendo así una ampliación tanto teórica como práctica. Esta concepción se opone a la idea de que obligatoriamente y prescriptivamente las cosas son y han de funcionar de determinada manera.

Todos sabemos las consecuencias de esta posición que va de lo orientativo a lo normativo, prescriptivo para, finalmente, convertirse en coercitivo. Es ahí donde el saber se convierte en el ejercicio de un poder sancionador, en un sentido amplio, de lo que obedece o desobedece a ese canon. Ordenación de la subjetividad al Orden Social que reclaman los mercados. Todo para el paciente sin el paciente. Un saber sin sujeto ya es un poder sobre el sujeto. Autoritarismo científico, lo llama Javier Peteiro (2010) que muestra además en su interesante libro, como se confunde lo científico con lo pseudocientífico que él califica de cientifismo. Por todo esto queremos manifestar nuestra oposición a la existencia de un Código de Diagnostico Único, Obligatorio y Universal.

Un Manual como el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association en sus diferentes versiones), que no toma en cuenta la historia, ni los factores desencadenantes, ni lo que subyace a un comportamiento, obstruye las posibilidades de pensar y de interrogarse sobre lo que le ocurre a un ser humano. Esto atenta contra el derecho a la salud, porque cuando se confunden signos y síntomas con patologías, se dificulta la realización del tratamiento adecuado para cada paciente. Además, con el argumento de una supuesta posición ateórica, el DSM responde a la teoría de que lo observable y cuantificable puede dar cuenta del funcionamiento humano, desconociendo la profundidad y complejidad del mismo, así como las circunstancias histórico-sociales en las que pueden suscitarse ciertas conductas. Más grave aún, tiene la pretensión de hegemonizar prácticas que responden a intereses que poco tienen que ver con los derechos de los niños y sus familias (Manifiesto en favor de una Psicopatología Clínica y no estadística, 2011)

El modelo a-teórico del que hace gala el DSM, que se ha querido confundir con objetividad, ha sido elaborado mediante consenso no clínico, por un comité de expertos, carente de un modelo psicológico y psicosocial del desarrollo humano que nos permita comprender sus desviaciones hacia la psicopatología. Se podría decir que el DSM se basa en un modelo psicofisiológico de clasificación diagnóstica, basado en enunciados descriptivos, que se termina transformando en enunciados identificatorios.

Esto supone un grave peligro para la clínica de las sintomatologías psíquicas,

promoviendo que los nuevos clínicos estén deliberadamente formateados que no formados, en la ignorancia de la psicopatología clásica, pues, ésta responde a la dialéctica entre teoría y clínica, entre saber y realidad. Psicopatología clínica que ya no se enseña en nuestras facultades ni en los programas de formación de los MIR (Médico Interno y Residente) y PIR, (Psicólogo Interno y Residente). Y sin embargo, se les alecciona en el paradigma de la indicación... farmacológica: universalización prescriptiva para todos y para todo, que en nada se diferencia de una máquina expendedora de etiquetas y dispensadora de medicación. El resultado que denunciamos es un desconocimiento de los fundamentos de la psicopatología, una ceguera importante a la hora de explorar a los pacientes y, en consecuencia, una limitación más que considerable a la hora de diagnosticar y por ende, tratar al paciente. No olvidemos que un diagnóstico acertado es lo que permite un tratamiento adecuado.

Como ejemplo de una práctica clínica diferente, citaré dos aspectos de lo que sería una buena praxis, un libro sobre el TDA/H y un manifiesto europeo sobre la psicopatología clínica.

En el interesante libro titulado "Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH" publicado en 2012, sus autores plantean que valdría más seguir los criterios del Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, editado y publicado por la Organización Mundial para la Salud, OMS, que el DSM-IV y DSM-V, ya que frecuentemente lo que se denomina comorbilidad es en realidad el diagnóstico real de lo que le pasa al paciente y la hiperactividad sería un síntoma de otro tipo de patología como una depresión o un trastorno psicótico.

Este libro pretende reflexionar acerca de las causas, el diagnóstico y el tratamiento de este síndrome o trastorno, teniendo en cuenta la complejidad del funcionamiento mental precoz, la estructuración del pensamiento, en especial de la atención, y la interacción entre las vulnerabilidades del niño y la influencia del entorno.

Constatan sus autores que muchos niños son diagnosticados de TDAH y tratados casi exclusivamente con fármacos, con el riesgo que ello supone de conducir a una medicalización y cronificación del problema. El tratamiento farmacológico sin un abordaje psicológico puede producir mejoría sintomática, pero no aporta la maduración y el progreso que sería deseable.

Nos explican que el impacto con el que llegan a consulta los padres e hijos diagnosticados de TDA/H es similar al que podrían tener después de que el endocrino le haya diagnosticado a su hijo una diabetes infantil. Se le crea en estos casos al niño, una identidad difícil de cuestionar. Se les suele decir, "el niño es un TDA/H y la medicación que se le prescribe es tan importante para él como lo sería la insulina para el diabético". La certeza y contundencia con la que determinados sectores profesionales dan a este diagnóstico, hace que sea muy complicado, incluso con el paso del tiempo, que se pueda revisar este diagnóstico y su correspondiente tratamiento farmacológico.

Si la detección del problema ha sido correcta, es más fácil el abordaje terapéutico, e incluso el posible cambio en la mirada y comprensión del niño. Sin embargo, cuando ha pasado mucho tiempo con esta etiqueta que comentamos, quiere decir que tanto el niño como su familia han hecho un largo recorrido: muchos cambios de escuela, expulsiones, problemas en el

núcleo familiar o con el vecindario, e incluso si el niño es de más edad, con la justicia. Es entonces cuando la necesidad de encontrar una salida al sufrimiento vivido se hace imperiosa y la medicación puede aparecer como necesaria para siempre. En estos casos, habrá que dar el tiempo, las explicaciones y la contención necesarios para plantear cambios en el tipo de tratamiento, sobre todo, cuando se trate de disminuir o retirar la medicación. En estos casos como en otros muchos, el vínculo de confianza que establecemos con el paciente y su familia es de una importancia fundamental.

Sus autores, del equipo de la FETB, Fundación Eulalia Torras de Beà en Barcelona, asesorados por el Dr. Lasa, explicitan un posicionamiento muy claro en cuanto a empleo de medicación en este trastorno. Lo primero es intentar el tratamiento con medidas psicoterapéuticas, psicoeducativas y de acogida contenedora del niño, de su familia y de la escuela, para en un segundo término, si la situación es lo suficientemente grave y los otros tratamientos no han estado suficientemente resolutivos, abordar entonces el tratamiento farmacológico.

La aportación psicoanalítica de los tratamientos descritos en el libro, se desprende del tipo de abordaje donde la escucha y comprensión del sufrimiento, así como la contención del mismo, se hacen y presentan a través de una actitud próxima, clara y sencilla de los terapeutas y autores del libro.

Dejan muy claro los autores que la psicoterapia no se dirige solamente a disminuir el síntoma o conseguir un cambio en el comportamiento del niño, sino también a organizar el pensamiento y las emociones, reduciendo o resolviendo las causas que han desencadenado el síntoma, capacitando al niño para afrontar nuevas situaciones. Destacan que se trata de tener en cuenta la personalidad del niño y también, las características de su entorno para ayudar en lo posible a los pacientes, a sus padres y a la escuela, teniendo en cuenta sus capacidades y dificultades.

Este libro presenta además el atractivo añadido de una interesante, útil y completa guía de práctica clínica sobre el TDA/H.

Veamos ahora algunos aspectos de la posición de la AEPEA, Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente que compartimos, expresada a través de su manifiesto (Manifiesto a favor de un abordaje psicopatológico del funcionamiento mental", 2010).

La Asociación Europea de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (AEPEA) nació de un deseo de promover un modelo para comprender la psicopatología, tanto en nuestra práctica clínica y terapéutica con niños, como en nuestra investigación teórica. Este modelo es para nosotros portador de un espíritu de apertura, incluso si afirma enérgicamente ciertos principios que proponemos recordar aquí.

La psicopatología toma ante todo como objeto de estudio el sistema de representaciones internas del niño, su funcionamiento, su lógica, sus secuencias y sus significados. Postula que todo niño, independientemente de la gravedad de su estado, es portador de una vida psíquica propia y que su trastorno psíquico se encuentra dentro de un sistema que posee su propia coherencia interna, organizando las modalidades de relación el niño. También está estudiando el vínculo inter-psíquico establecido entre el niño y sus padres: la naturaleza de las proyecciones, de las investiduras, de los escenarios de fantasía compartida entre ellos. La psicopatología sin ser causalista, no por ello concede un papel menor en el curso

evolutivo de la afección a lo que acontece entre padres e hijos a través de este vínculo.

La comprensión psicopatológica sitúa al niño en su contexto socio-educativo. Tiene en cuenta las múltiples deficiencias del entorno social o el peso de los acontecimientos que marcan la vida del niño. No obstante, le da menos importancia al suceso traumático que al impacto que representa la significación del evento en la psiquis del niño, así como la forma en que se reorganiza en el transcurso de esta experiencia. El abordaje psicopatológico es muy sensible con los análisis del funcionamiento psíquico y su inclusión en las estrategias terapéuticas. El uso de psicofármacos en niños y adolescentes debe ser parte de esta visión de conjunto. Es desde esta perspectiva que la psicopatología ayudará a comprender mejor el impacto de los medicamentos psicotrópicos en los procesos psíquicos. El enfoque psicopatológico no descuida otros aspectos de los conocimientos psiquiátricos. No subestima el valor de los modelos de los descubrimientos de la neurociencia, de la neuropsicología cognitiva y de la genética. Tampoco desconoce el interés del enfoque nosográfico, incluso si se sitúa más bien en una perspectiva trans-nosográfica que le lleva a delimitar su propio campo de investigación y objetos de conocimiento. - La psicopatología es una práctica. Los modelos teóricos que ofrece se basan en esta práctica, al mismo tiempo que la alimentan. No es unificable, ni en cuanto al método, ni en cuanto al nivel epistemológico. No propone un modelo de referencia inequívoca, aunque el modelo psicoanalítico sea una referencia esencial. En su diversidad, la psicopatología debe permanecer inmune a los riesgos del dogmatismo y el confinamiento en teorías estáticas que pudieran invalidar su acción. La psicopatología permite que cada uno tenga una representación personal, no reduccionista, de las preocupaciones del niño, de sus inquietudes, de sus expectativas, y de su capacidad para acoger las aportaciones terapéuticas. Es una herramienta teórica y práctica, viva, dinámica y abierta a las contribuciones externas que permitan la comprensión del funcionamiento mental en su complejidad y diversidad.

La influencia de la psiquiatría estadounidense.

Es un hecho evidente, guste o no, el predominio actual (cultural, científico, ideológico y económico) que pretende y ejerce, lo diga o no, la psiquiatría estadounidense. O más exactamente, las corrientes de la psiquiatría estadounidense más influyentes y con más poder. Y no se trata sólo de la sobradamente criticada implantación universal, con sus aciertos y sus limitaciones, del DSM. Hablamos también de su influencia en la financiación de las investigaciones y en su metodología; en su inclusión-exclusión en las revistas de alto factor de impacto; en su capacidad (pretendida o exitosa) de decidir qué es científico y qué no; en el diseño de los perfiles de profesionales adecuados para las instituciones más relevantes y también, no seamos ingenuos, en su promoción y selección. Y nos referimos, tema espinoso, a su independencia o subordinación, de su principal fuente de estimulación y financiación: la industria farmacéutica que –asociada a potentísimos lobbys de información, opinión e influencia– se mantiene en permanente tensión entre sus dos obligaciones: la ética –hacer avanzar la investigación científica en bien de la humanidad– y la económica –obtener los

beneficios exigidos por sus inversores-.

Las peculiaridades del sistema sanitario estadounidense, de sus respuestas asistenciales y de sus particulares criterios de financiación y de reconocimiento de prestaciones pagables o no, tampoco son ajenas al debate y controversia generados en torno al TDAH y deberían tomarse en consideración, antes de generalizar conclusiones maniqueas que lo idealicen o lo descalifiquen globalmente. Por tanto el debate no es sólo científico-clínico. Es más complejo. Lo queramos o no, nuestra práctica, clínica y terapéutica, está atravesada por otros elementos y, como siempre en la historia de la ciencia, el debate científico, por más que busque la independencia, no está exento de la interferencia de factores e intereses sociales, económicos y político-ideológicos (Lasa, 2007).

Evolución asistencial del TDA/H

Desde el punto de vista asistencial, parece confirmarse una tendencia al desplazamiento del TDAH hacia el terreno de "lo neurológico", que lo aleja de su comprensión y conceptualización como trastorno psíquico y que, en consecuencia, podría estar llevando las responsabilidades y decisiones terapéuticas hacia profesionales no especialistas en psiquiatría y salud mental, al terreno de la pediatría y la atención primaria, que no necesitan reflexión psicopatológica alguna para responder rápida y fácilmente con tratamientos sintomáticos. Y tampoco hacen falta muchos estudios para constatar que, cada vez más, los niños llegan a los servicios especializados con diagnósticos y prescripciones exclusivamente medicamentosas realizadas previamente por no especialistas.

Cabe preguntarse si, de confirmarse esta tendencia, no llegaremos a una situación que separe las hiperactividades y su tratamiento, en "psiquiátricas" y "neurológicas". Este supuesto está, favorecido por ciertas concepciones de las llamadas "co-morbilidades", y no dudamos en calificarlo de "riesgo" porque puede estar fragmentando una realidad clínica compleja, que no gana nada con la apariencia simplificadora de no serlo, y porque está conllevando en muchos casos una respuesta terapéutica única, los derivados anfetamínicos, y además insuficiente, porque la envergadura de las dificultades psicológicas queda inexplorada e infradiagnosticada.

Podemos ilustrarlo con un ejemplo; la actitud que consiste en: tratemos primero la hiperactividad –"puramente neurológica"– con psicoestimulantes y luego, si no responde favorablemente, que se le haga, al niño, una exploración psiquiátrica "para ver si hay otras comorbilidades". Esta posición insulta a la lógica terapéutica porque desconoce la compleja multifactorialidad del desarrollo evolutivo y de la organización del psiquismo y además conduce a ignorar y desatender factores etiopatogénicos y de riesgo fundamentales a pesar de que son los que pueden abrir el campo a intervenciones preventivas. Nos referimos en particular, a todos los asociados a factores relacionales que, aunque suele olvidarse con la osadía propia del desconocimiento, tienen mucha influencia en las modificaciones temperamentales, en la organización neurobiológica del cerebro y en la expresión definitiva de potencialidades condicionadas, pero no totalmente determinadas, por el equipamiento genético (Lasa, 2007).

Tomando las palabras de Roger Misès, "este trastorno está fundado sobre una

colección de síntomas superficiales, invoca una etiopatogenia reductora que apoya un modelo psicofisiológico, lleva a la utilización dominante o exclusiva del metilfenidato, la presencia de una comorbilidad es reconocida en casi los dos tercios de casos, pero no se examina la influencia que los problemas asociados pueden ejercer sobre el determinismo y las expresiones clínicas del síndrome. Finalmente, los modos de implicación del entorno familiar, escolar y social no son ubicados más que como respuestas a las manifestaciones del niño -nunca como implicados en su producción"- (Misès, 2001).

En contra de la concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y de su tratamiento, incluido el TDA/H

Asistimos en nuestra época a una multiplicidad de "diagnósticos" psicopatológicos y de terapéuticas que simplifican las determinaciones de los trastornos infantiles y regresan a una concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y de su tratamiento. Esta concepción utiliza de modo singularmente inadecuado los notables avances en el terreno de las neurociencias para derivar de allí, ilegítimamente, un biologismo extremo que no da valor alguno a la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano. Procediendo de manera sumaria, esquemática y carente de verdadero rigor científico se hacen diagnósticos y hasta se postulan nuevos cuadros clínicos a partir de observaciones y de agrupaciones arbitrarias de rasgos, a menudo basadas en nociones antiguas y confusas. Es el caso del llamado síndrome o trastorno de "Déficit de atención con y sin hiperactividad" (TDA/H) (Lasa, 2001; Cáceres, 2000; Misés, 2004; Golse, Armstrong, 2000; Morin, 1994; Fourneret, 2004). No desconocemos la importancia de los trastornos neurológicos, de los desarrollos actuales en neurología y del recurso de la medicación como algo privilegiado en ciertas patologías. Pero consideramos que en este caso se atribuye a un déficit neurológico no comprobable problemas muy diferentes (Tallis, 2004; Rodulfo, M. 2005; Solter, 1998).

El TDA/H; ¿entidad nosológica única con comorbilidades añadidas o manifestaciones clínicas diferentes en función de su etiología y etiopatogenia?

Hay consenso en la comunidad científica respecto a que lo que se denomina TDA/H refleja situaciones complejas, ligadas a diferentes patologías. Sin embargo, esto suele no ser tomado en cuenta (Lasa, 2001; Cáceres, 2000; Valentin, 1996; Daumerie, 2004; Gibello, 2004; Warren, 1997, Gaillard, 2004).

El TDA/H puede no ser una única entidad y ser un nombre para un grupo de trastornos con diferentes etiologías y factores de riesgo… así como con diferentes desenlaces clínicos, más que una entidad clínica homogénea. En este caso, cualquier esfuerzo por encontrar un mecanismo común tanto si es anatómico como puramente psicológico, parece condenado al fracaso en la medida en que tratamos los síntomas superficiales como fenómenos unitarios en vez de como procesos de los múltiples componentes que en realidad son (Biederman, Faraone and Lapey, 1992; Barkley, 1997; Swanson et al, 1998; Brown, 2000).

Etiología y etiopatogenia

Las hipótesis sobre la causa del TDAH han evolucionado desde una teoría simple, unicausal, a una visión compleja, de un trastorno multifactorial, causado por la confluencia de varios tipos de factores de riesgo (genéticos, biológicos, del entorno, psicosociales) que tienen, cada cual, un pequeño efecto en el incremento de la vulnerabilidad al trastorno, a través de efectos aditivos e interactivos…. cuando la acumulación de vulnerabilidad de un individuo excede un umbral, él o ella manifiestan signos y síntomas de TDA/H"…"conforme a este modelo multifactorial un solo factor causal no es ni necesario ni suficiente para iniciar el trastorno y todos estos factores son intercambiables… sólo su número total es importante"….."este modelo multifactorial es concordante con la constatada heterogeneidad de su fisiopatología y de su expresión clínica". "Aunque los estudios de imagen cerebral han documentado cambios patológicos, funcionales y estructurales, en circuitos fronto-subcórticocerebelosos, los métodos de imagen no pueden ser usados como métodos de diagnóstico. El mismo punto de vista es el acertado para las variantes genéticas asociadas con TDA/H" (Biederman, 2005; Biederman y Faraone, 2005).

Respecto a las alteraciones cerebrales halladas por el método de neuro imagen cerebral, podemos considerarlas no solamente como la causa sino como el efecto que sobre el funcionamiento y estructuración del cerebro haya podido tener la interacción del sujeto con su entorno intra y extra uterino. "Uno de los más profundos hallazgos en la neurociencia de la conducta en los años recientes ha sido la clara evidencia de que el desarrollo del cerebro está moldeado por la experiencia." (Sroufe, 2012).

En cuanto a los hallazgos fisico-químicos, éstos apuntan al metabolismo de las catecolaminas (dopamina y norepinefrina), que explicarían el papel del metilfenidato (que inhibe el transporte de dopamina y bloquea su recaptación, así como la de la norepinefrina) y también parecen correlacionarse con las modificaciones metabólicas halladas en las áreas cerebrales fronto-subcorticales, así como con los hallazgos de la genética molecular que vinculan la posible influencia sobre los receptores y transporte de dopamina con diversas regiones cromosómicas. Todo ello en su conjunto configura la evidencia científica actual respecto a las bases neurobiológicas sobre las que asienta el trastorno. Es muy distinto afirmar que el metilfenidato actúa aumentando los niveles de dopamina a asegurar que la causa del TDA/H radica en un déficit de neurotransmisores. Los estimulantes como el metilfenidato, conseguirían liberar más dopamina paliando el supuesto déficit pero sólo en un primer momento, pues en poco tiempo se produce un mecanismo de neuroadaptación a través del descenso tanto de receptores en la neurona postsináptica como de dopamina liberada desde la presináptica.

Suponer que la ingesta de psicofármacos origina efectos estables a largo plazo no tiene base biológica, además de las imprevisibles consecuencias que estas moléculas pueden conllevar al ejercer su acción en sistemas nerviosos en plena formación y desarrollo. Otro efecto también descrito en niños, ha sido el denominado síndrome de discontinuidad, según el cual tras una interrupción brusca del estimulante aumentarían hasta en un 50% los transportadores de dopamina en el cuerpo estriado. En el fondo no sería sino

una nueva actividad compensadora del organismo para restablecer el balance inicial de neurotransmisores.

Hoy día, son numerosas las llamadas de atención para evitar la confusión entre la evidencia de que hay "bases neurobiológicas" sobre las que se sostiene y transcurre el psiquismo y la afirmación de una causalidad lineal directa atribuible a una alteración biológica o electroquímica concreta.

Hacia una perspectiva integradora

Los avances efectuados en neurociencias nos impiden pensar como antes, considerando que el proceso de maduración orgánica del ser humano, transcurría en paralelo con respecto a su desarrollo psíquico y psicosocial. Actualmente sabemos que el desarrollo genético-neuro-biológico del ser humano está estrechamente conectado y entrecruzado con el desarrollo psíquico y cerebral, a través de una relación de interdependencia mutua. Sin olvidar que ambos, dependen para su evolución, de la interacción con el ambiente.

Citaré brevemente varios de los *avances de las neurociencias* que fundamentan esta realidad que acabamos de comentar:

-*Lo genético y lo ambiental*: Los avances logrados en la investigación epigenética, muestran la estrecha interacción genoma-ambiente o mejor dicho, persona-ambiente-estilo de vida, en cuanto a la posibilidad o no de que los genes se expresen (mediante mecanismos de activación-desactivación, que no es lo mismo que mutación genética) facilitando o evitando la aparición de un determinado trastorno o enfermedad. Es la epigenética la que ofrece más posibilidades de avance en el estudio de las enfermedades y trastornos que hasta hace bien poco se creía que estaban genéticamente determinados. Lo genético predispone pero no determina el porvenir de la persona. El genoma nos da una tendencia a ser de cierta manera, pero es cómo vivimos lo que hace que seamos de una forma determinada. Lo que hacemos con lo genético; cómo vivimos, comemos, sentimos y pensamos, también influye en lo que somos.

Desde la genética se da un papel fundamental a la causalidad pluri-genética, (red de genes interactuando entre sí dentro del mismo genoma) y multifactorial (factores múltiples y diversos) así como a la interacción del sujeto y de lo genético-constitucional con el entorno, en cuanto a la aparición y desarrollo o no, de alteraciones, (incluso morfológicas) y enfermedades que genéticamente predisponen al sujeto que las tiene a padecerlas pero que no determinan su posible padecimiento.

-*La plasticidad neuronal:* El concepto de plasticidad cerebral permite ver y comprender las influencias que el medio ambiente ejerce sobre el cerebro, su constitución y transformación. El cerebro posee una extraordinaria plasticidad neuronal en cuanto a su conectividad y función en todos los niveles de organización. La plasticidad neuronal se refiere a los cambios que ocurren en la organización del cerebro en áreas neocorticales y en áreas relacionadas con la memoria como resultado de una experiencia. Una actividad del cerebro asociada a una función determinada puede localizarse en otra área como consecuencia de una experiencia normal, de un daño cerebral y/o de una recuperación posterior. Este descubrimiento, permite relativizar la posición de los que defienden que regiones determinadas del cerebro ejercen siempre unas determinadas

funciones.

Las investigaciones de Erick Kandel, (psiquiatra y neurofisiólogo), -que obtuvo el Premio Nobel de Medicina en el año 2000 estudiando los circuitos de la memoria-, han logrado demostrar que el aprendizaje y las experiencias son las que modelan la estructura del cerebro y su funcionamiento; que la memoria constituye la espina dorsal de nuestra vida mental y que los recuerdos condicionan nuestra existencia (Kandel, E. R. 2001; 2007).

El desarrollo del cerebro requiere de formas específicas de experiencia para dar origen y promover el crecimiento de los circuitos neuronales involucrados en los procesos mentales tales como la atención, la memoria, la emoción y la auto-reflexión. Es condición necesaria la interacción adecuada con los adultos cuidadores, para lograr el desarrollo de las estructuras nerviosas responsables de estas funciones en el niño pequeño.

La neurogénesis cerebral: No solamente es modelable el desarrollo cerebral a través de la influencia ambiental sino que además, se ha descubierto que la producción y regeneración de las células del sistema nervioso central (neurogénesis) no es patrimonio exclusivo de la infancia y adolescencia como se creía antes; ocurre en el adulto, y puede persistir en la vejez.

Las neuronas espejo: La investigación en neurociencias ha puesto en evidencia que la capacidad de relacionarse y comunicarse con empatía con el otro, tiene su correlato anatómico-fisiológico en redes neuronales llamadas "neuronas espejo" en alusión a la relación especular que se establece con el otro a través de la empatía, que sería la capacidad de ponerse en el lugar del otro en lo emocional y en lo cognitivo (unión con el otro) sin confundirse con él (separación del otro y diferenciación del otro). Es como si el sujeto observador, pudiese vivir de forma "virtual" la experiencia del otro en la interacción que mantiene con él. Gracias a esta capacidad, a la vez neurológica, (neuronas espejo), y psicológica, (emocional y cognitiva), el ser humano, en etapas muy precoces de su desarrollo psíquico, puede compartir la experiencia emocional y cognitiva con el otro así como predecir y anticipar sus intenciones y respuestas, facilitando de esta forma, el ajuste y adaptación recíprocos en la interacción entre ambos. Este descubrimiento nos permite considerar la comunicación y comprensión empática como la base de toda interacción facilitadora del desarrollo psíquico y cerebral del ser humano.

Desde una visión integradora de los dos modelos de abordaje del TDA/H (fisiológico y psicopatológico) lo que ha sido considerado hasta ahora por el modelo fisiológico y fisiopatológico como co-morbilidades, es decir patologías secundarias asociadas al trastorno de base, podría verse como manifestaciones de entidades clínicas asociadas a factores etiológicos y patogénicos diferentes que por tanto, requieren de tratamientos específicos diferentes. Esta comprensión clínica y enfoque psicopatológico, pondría de relieve la importancia del diagnóstico basado no solamente en el abordaje multifactorial y relacional del trastorno sino también, de lo fundamental de un diagnóstico diferencial que permita, siguiendo criterios de inclusión y de exclusión, afinar y acertar en el diagnóstico, asegurando así, un adecuado tratamiento.

No olvidemos que los malestares psíquicos son un resultado complejo de múltiples factores, entre los cuales las condiciones socio-culturales, la historia de cada sujeto, las vicisitudes de cada familia y los avatares

del momento actual se combinan con factores constitucionales dando lugar a un resultado particular.

Últimamente, parece considerarse de nuevo la importancia de la utilización y el estudio que desde la psiquiatría tiene el abordaje psicopatológico del sufrimiento psíquico como una herramienta indispensable no solamente para la comprensión de los trastornos mentales y su adecuado tratamiento, sino también, para la práctica clínica y la investigación en el ámbito de la salud mental. Estamos pues en un momento crucial en el que empieza a considerarse seriamente como posible, el encuentro integrador entre la psiquiatría, la psicopatología, las neurociencias, la práctica clínica y la investigación. A partir de la reciente publicación del interesante e importante artículo, “Psychopathology as the basic science of Psychiatry, de Stanghellini y Broome (2014) así como de este otro artículo de Catone, Lindau y Broome, “Phenomenological psychopathology as a core science for Psychiatry” (2014) los editorialistas del prestigioso British Jornal of Psychiatry consideran en su artículo editorial que lleva por título “La indispensable psicopatología” que esta disciplina científica debería constituir "el corazón de la psiquiatría". Dicen en su artículo editorial firmado por el Dr. Alain Cohen, que su enseñanza debería ser el pasaje obligado para la formación de los profesionales de la salud mental y un elemento clave, compartido por los clínicos e investigadores en este ámbito.

Este argumento sobre la importancia de la psicopatología se impone por al menos seis razones:

1- La psiquiatría representa una disciplina heterogénea dado que el abordaje de esta disciplina es de origen diverso por parte de los profesionales (psicoanalítico, conductual, cognitiva, neurociencias, sociología.....). Es pues necesario encontrar un terreno de entendimiento y un lenguaje comparable. Para los clínicos con una concepción teórica tan diferente y variada, la psicopatología puede ofrecer un denominador común que permita una comprensión mutua de los trastornos mentales.

2- El recurso a la psicopatología continúa siendo muy útil en presencia de definiciones de enfermedades o trastornos mentales que tienen como base los síntomas y los signos clínicos, además de las vivencias singulares y subjetivas del paciente y no las bases precisas garantizadas por las neurociencias.

3- Se puede concebir la psicopatología como un puente entre las ciencias humanas y la clínica, así como la "caja de herramientas" básica para dar sentido al sufrimiento psíquico.

4- La psiquiatría aborda la subjetividad humana anormal mientras que la psicopatología intenta definir lo que es anormal, acogiendo los elementos normales de la vida psíquica en un contexto de enfermedad o trastorno mental.

5- La psiquiatría debe cuidar a un sujeto en dificultad sin juzgarlo, marginalizarlo, castigarlo, o estigmatizarlo. La psicopatología construye el vínculo entre la comprensión y la terapia, esforzándose por establecer una base a la vez, ética y metodológica.

6- La psiquiatría busca la manera de aproximar la experiencia subjetiva e individual del funcionamiento cerebral. La psicopatología establece un puente entre la comprensión y la etiología a través de la investigación y la práctica clínica.

Al menos una parte de las dificultades para construir una psiquiatría basada en las neurociencias parece provenir de un conocimiento insuficiente de la

psicopatología y un saber fundamental en este terreno constituye una condición prealable para un abordaje explicativo que podría dar un nuevo impulso a la psiquiatría biológica.

Terminan diciendo los autores que este lugar central de la psicopatología es necesario para realizar la ambición de los psiquiatras de aportar una mejor y más clara comprensión de los trastornos mentales (Staghellini y Broome, 2014)

Lamentablemente, la evolución progresiva que ha tenido la elaboración del DSM y CIE ha sido la de tener cada vez más en cuenta los criterios estadístico-descriptivos que los psicopatológicos. En el DSM-III y en el CIE-9, todavía había referencias a un modelo psicológico del desarrollo humano que servía de base a un enfoque psicopatológico de sus trastornos. Referencias que han desaparecido completamente en las versiones sucesivas.

Afortunadamente, en un país como Francia, donde la comprensión psicodinámica y el enfoque psicopatológico del desarrollo humano, de su funcionamiento mental y de sus trastornos sigue todavía vigente en muchos de los servicios públicos de salud mental y en algunas de sus Universidades que forman a psiquiatras y psicólogos, se utilizan otras herramientas útiles para un diagnóstico psicopatológico, evolutivo, contextual y estructural de la personalidad que nos permite comprender mejor el sentido y función que tienen los síntomas de quien padece esos trastornos, sin aislarlos de su historia vital que no solamente es personal, sino también, familiar y social. Me refiero a la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000) elaborada por Roger Misès y su equipo de colaboradores. En la presentación que hace de ella, Misès (1990) dice lo siguiente:

"La elección de las clasificaciones jamás es neutra, debe sostener la organización y finalidad de los sistemas de salud, y permitir el desarrollo de opciones abiertas no reduccionistas. La Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA) se inscribe en esta corriente: es una clasificación bi-axial, estadística, con un glosario que aporta criterios precisos de inclusión y exclusión, compatible con el CIE-10 de la O.M.S., lo cual asegura una posibilidad de utilización en el plano internacional.

El equipo de redacción se esforzó en desprender los puntos de acuerdo fundamentales de orden clínico, para poder ser utilizada por clínicos que no necesariamente comparten las mismas opciones teóricas, orientada tanto a prácticas de prevención como de atención ambulatoria o institucional.

El mínimo acuerdo realizado en torno a la CFTMEA no prohíbe en nada en que sea complementada por parámetros suplementarios que cualquier equipo puede desear en función de sus intereses, especialmente desde una perspectiva de investigación".

Las clasificaciones diagnósticas en psicopatología infantil

La naturaleza no está clasificada. Las clasificaciones no son más que artefactos que los hombres introducimos en la naturaleza para entenderla y comunicarnos entre nosotros.

La psiquiatría infantil se ha basado principalmente en la clínica y ha vivido hasta hace pocos años casi al margen de las clasificaciones. Hoy todavía existen profesionales que piensan que clasificar los trastornos mentales de los niños y adolescentes es contraproducente. Aunque cada vez sean menos los que así opinan, no

debe olvidarse que ésta fue la opinión de la mayoría de paidopsiquiatras o psiquiatras de niños y adolescentes durante más de la mitad del siglo XX.

El interés por clasificar las enfermedades de los niños es un fenómeno reciente. Su aparición es posterior al desarrollo de las clasificaciones en psiquiatría del adulto. No obstante actualmente las clasificaciones son fundamentales para la consolidación de una psicopatología infantil científica.

La creación de la psiquiatría científica moderna se debe en gran parte a dos hechos señalados por Weiner (1991): de un lado, la revolución biológica, que se inicia con el descubrimiento de las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina (1952) y, de otro, la revolución diagnóstica que arranca de la publicación de los criterios diagnósticos de Feighner et al. (1972) que sirvieron de base al DSM-III (APA, 1980). Este representa un paso decisivo en la utilización de las clasificaciones en psiquiatría del adulto.

A partir de este momento el interés por clasificar también los trastornos psiquiátricos de los niños va en aumento. Sin embargo, la clasificación de la psicopatología infantil sigue siendo todavía muy dependiente de la nosografía pensada para el adulto, etapa en la que los síndromes y trastornos suelen estar mucho más delimitados y fijos que en el adolescente o en el niño. Esto hace que en este último decenio del siglo XX queden muchas cuestiones por resolver en la forma de clasificar la psicopatología infantil.

Aunque el profesional clínico con experiencia pueda resolver el problema psicopatológico de un niño sin acudir a las clasificaciones, éstas son imprescindibles para el progreso científico de la Paidopsiquiatría. Sin unos criterios diagnósticos operativos y un sistema clasificatorio adecuado es imposible realizar buenos estudios epidemiológicos, evaluar resultados de un tratamiento con psicofármacos o con técnicas psicológicas, hacer investigación genética de los trastornos mentales infantiles o contrastar resultados obtenidos por los estudiosos del tema en diferentes laboratorios y hospitales.

Por tanto elevar el nivel científico de la psiquiatría infantil exige plantearse trabajar con las clasificaciones. Consideramos un hecho positivo la mayor participación de paidopsiquiatras en la elaboración del DSM-IV (APA, 1994), que en las anteriores ediciones. También es esperanzador el hecho de que muchos psiquiatras franceses de tendencia dinámica y antinosográfica hasta hace poco tiempo, hayan participado en la redacción de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (Mises et al., 1988) que tiene el mérito de centrarse muy específicamente en los niños y adolescentes.

El enfoque psicopatológico de los trastornos mentales del niño y del adolescente, especialmente también en el caso del autismo marca también la diferencia entre las diferentes clasificaciones diagnósticas, DSM-IV, CIE-10 y CFTMEA-R-2010. En el artículo de Misès y colaboradores (2010) sobre "Clasificación del autismo y psicosis tempranas, alegato a favor de las convergencias" a los autores les parece esencial que se lleve a cabo un debate sobre los conceptos de autismo, de psicosis temprana y de disarmonía psicótica. Las diferentes clasificaciones, CFTMEA (Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente, versión 2010), DSM-IV y CIM-10 se usan en la investigación, la elaboración de los diagnósticos, la puesta en marcha de los cuidados, su evaluación y

su evolución. Aunque son muchos los puntos de concordancia entre ellas, la distancia comprobada entre cada una de ellas, y esencialmente con la clasificación francesa, procede probablemente del lugar otorgado por la última a la psicopatología. Ésta favorece el reconocimiento de diagnósticos diferenciales cuya importancia se nota en todas las edades y particularmente en los niños muy jóvenes. Esta capacidad de aprehender al niño en su entorno y su historia, en sus diferentes dimensiones mantiene abiertos los recursos terapéuticos, educacionales y sociales. La reversibilidad de los trastornos está integrada y observada, manteniendo este enfoque todas sus potencialidades.

En lo que respecta a la primera infancia, los alumnos del curso 2013-2014 del Máster Oficial Universitario en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil, de la Universidad de Valencia, desarrollado en colaboración con ASMI, Asociación para la Salud Mental Infantil desde la gestación, han efectuado la traducción al castellano del Manual de Diagnóstico Clínico de 0 a 3 años elaborado por paidopsiquiatras franceses, manual que como en el caso anterior tiene en cuenta el enfoque psicopatológico de los trastornos mentales, enfoque tanto más importante cuanto más temprana es la edad del niño. https://es.scribd.com/doc/195532980/Manual-DC-0-3-Traducido

La detección

Para una adecuada detección del TDA/H, así como de los factores de riesgo presentes en la interacción del niño con su entorno (familiar, sanitario, educativo y social) incluyendo los signos de alarma presentes en el niño, el profesional implicado en esta tarea tendría que tener una buena alianza terapéutica o de trabajo con el niño y su familia, así como un conocimiento amplio y profundo del desarrollo del psiquismo humano para poder ver precozmente la desviación psicopatológica que supone este trastorno.

La alianza terapéutica se fundamenta en la interacción empática que se establece entre dos personas o más, con el objetivo común de conseguir unos determinados resultados. Esto supone, en el seno de una relación de ayuda, el desarrollo de un proceso co-construido en el seno de una interacción evolutiva y en espiral, que aunque asimétrica, -entre quien da y quien recibe ayuda-, supone una relación de comprensión y de ínter-dependencia recíproca, además de una colaboración y respeto mutuos. La base de esta alianza terapéutica en un sentido amplio sería la comprensión empática con las características antes descritas, que permite al terapeuta o al que presta ayuda, comprender lo que siente y lo que piensa el otro en tanto que otro, es decir, "como si" estuviese en su interior, pero sin confundirse con él. A su vez, este proceso interactivo, permite sin pedírselo, que el otro a su vez, intente comprendernos de la misma forma.

El proceso diagnóstico

Existe una generalización abusiva de este diagnóstico, y es en este momento en donde no podemos dejar de preguntarnos si estos niños desatentos e hiperactivos ¿pueden ser unificados en un diagnóstico único?

Creemos que no, ya que como sostiene Beatriz Janin "En las escuelas hay niños desatentos que se quedan quietos y desconectados, otros que se mueven permanentemente, algunos que juegan en clase, otros que reaccionan inmediatamente a cada estímulo sin darse

tiempo a pensar... hay una gran variedad de niños desatentos. Y quizás cada uno de ellos tenga sus motivos particulares para no "atender" en clase. O atiendan de modos diferentes y a otras cuestiones diferentes a lo esperable." (Janin, 2004).

Pienso que es fundamental diagnosticar, a partir de un análisis detallado de lo que el sujeto dice, de sus producciones y de su historia. Desde esta perspectiva el diagnóstico es algo muy diferente a poner una etiqueta; es un proceso que se va construyendo a lo largo del tiempo y que puede tener variaciones (porque todos vamos teniendo transformaciones).

En relación a los niños y a los adolescentes, esto cobra una relevancia fundamental. Es central tener en cuenta las vicisitudes de la constitución subjetiva y el tránsito complejo que supone siempre la infancia y la adolescencia así como la incidencia del contexto. Existen así estructuraciones y reestructuraciones sucesivas que van determinando un recorrido en el que se suceden cambios, progresiones y retrocesos. Las adquisiciones se van dando en un tiempo que no es estrictamente cronológico.

Es por esto que los diagnósticos dados como etiquetas pueden ser claramente nocivos para el desarrollo psíquico de un niño, en tanto lo deja siendo un "trastorno" de por vida. De este modo, se borra la historia de un niño o de un adolescente y se niega el futuro como diferencia.

Además, conviene tener en cuenta que si diagnosticar es nominar, esto nos lleva a un camino muy poco riguroso, porque desconoce la variabilidad de las determinaciones de lo nominado.

El sufrimiento infantil suele ser desestimado por los adultos y muchas veces se ubica la patología allí donde hay funcionamientos que molestan o angustian, dejando de lado lo que el niño siente. Es frecuente entonces, que se consideren como patológicas, conductas que corresponden a momentos en el desarrollo infantil, mientras se resta trascendencia a otras que implican un fuerte malestar para el niño mismo.

El diagnóstico clínico psicopatológico del niño con TDA/H se basa en la conducta observada en la interacción con el niño y los padres. La interpretación de la función y significación de una conducta alterada, ausente o retrasada depende de una sólida base de conocimiento clínico. La experiencia del profesional también es muy importante. Sin embargo, en un primer momento hay que considerar que el diagnóstico sea una hipótesis que tiene que someterse sistemáticamente a prueba. Es importante hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos similares y si la situación lo requiere, se hará un diagnóstico interdisciplinar. Se tendrá que escuchar ampliamente a la familia y observar cuidadosamente al paciente interactuando con ellos. Se harán pruebas psicológicas, se pasarán escalas de evaluación, si se considera necesario. Se elaborará una historia biográfica y clínica del curso del trastorno desde el comienzo, además de la historia evolutiva del niño y de su familia. Así puede diagnosticarse el TDA/H de forma bastante fiable.

Considerar el TDA/H como una enfermedad o trastorno exclusivamente biológico-cerebral siguiendo el modelo médico, nos lleva a la aplicación del esquema siguiente, "una enfermedad o trastorno neurobiológico-una causa-un tratamiento farmacológico".

Consideramos como peligrosa la idea de que el diagnóstico puede ser hecho por padres y/o maestros, a partir de cuestionarios y como si fueran observadores no implicados. Sin embargo

sabemos, que todo observador está comprometido en lo que observa, formando parte de la observación. Estando los padres y los maestros implicados en la problemática del niño, ¿Pueden ser lo suficientemente objetivos? (Ya a comienzos del siglo XX el físico Heisenberg planteó que el observador forma parte del sistema). Además, el cuestionario utilizado habitualmente está cargado de términos vagos e imprecisos (por ejemplo, lo que es "inquieto" para alguien puede no serlo para otro). Esto último lleva a pensar que es imposible realizar un diagnóstico de un modo rápido y sin tener en cuenta la producción del niño en las entrevistas.

No se debe diagnosticar el TDA/H basándose únicamente en escalas observacionales, aunque pueden ser herramientas útiles en el proceso diagnóstico y en el establecimiento de un plan terapéutico (Guía TDA/H de Castila La Mancha-Centro).

Un etiquetamiento temprano, enmascarado de "diagnóstico" produce efectos que pueden condicionar el desarrollo de un niño, en tanto el niño se ve a sí mismo con la imagen que los otros le devuelven de sí, construye la representación de sí mismo a partir del espejo que los otros le ofrecen. Y a su vez, los padres y maestros lo mirarán con la imagen que los profesionales le den del niño. Por consiguiente un diagnóstico temprano puede orientar hacia el camino de la cura de un sujeto o transformarse en invalidante. Esto implica una enorme responsabilidad para aquél que detecta o diagnostica un trastorno mental en un niño (Consenso de expertos del área de salud acerca del llamado "Trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, 2006).

Respecto al diagnóstico del TDA/H y su tratamiento, tenemos indicaciones muy relevantes destacadas en un informe realizado recientemente a demanda del Gobierno Vasco. El gobierno vasco, alarmado por el incremento de las cifras de gasto en metilfenidato (el consumo se multiplicó por 18 entre 2001 y 2007) hizo revisar por sus servicios de salud mental una muestra representativa de niños diagnosticados con TDA/H (Lasa y Jorquera, 2009). Sólo se confirmó el diagnóstico en el 24% de casos. Indica el informe además que, la mayoría de recetas tienen origen en los servicios de atención primaria y no en psiquiatría. Lo mismo sucede a nivel estatal: los médicos de familia prescriben más que los psiquiatras o pediatras (Instituto Nacional de Salud (INS), 2006).

En un reciente estudio elaborado por la Facultad de Psicología de Sevilla, se ha llegado a conclusiones parecidas, estimando que el 40% de diagnósticos de TDA/H son erróneos. (Europapress, 2012).

Desde nuestra perspectiva psicopatológica relacional, nos encontramos con un niño que sufre, que presenta dificultades, que esas dificultades obstaculizan el aprendizaje y que debemos investigar lo que le ocurre para poder ayudarlo.

Es importante también destacar que muchas veces lo que se considera no es tanto este sufrimiento sino la perturbación que la conducta del niño causa en el medio ambiente, por lo cual la medicación funciona como un intento de aplacar a un niño que se "porta mal" (Levin, 2003; Keirsey, 1998).

Muchos niños dicen al llegar a la consulta: "Me porto mal, por eso me traen". Privilegiar la "conducta" nos remite a la idea de que hay alguien que se "porta bien" y que hay quienes saben lo que es "una buena conducta". Así, por ejemplo, un niño de diez años reclamaba que le

quitaran la medicación. Cuando la psicóloga que lo atendía les preguntó a los padres por qué lo seguían medicando, ya que la desatención había desaparecido y su rendimiento escolar era excelente, la respuesta fue: "Porque muchas veces se porta mal". El niño argumentó: "Mi mamá le pide a la doctora que me medique porque ella quiere que yo sea perfecto, y yo no soy perfecto".

¿Qué molesta de estos niños? ¿Por qué la insistencia en la importancia de diagnosticar rápido para comenzar tempranamente con la medicación? ¿Cómo diagnosticar este "trastorno" cuando, en realidad todo niño pequeño es desatento e inquieto? Pensemos que uno de los indicadores del diagnóstico es que el comienzo del trastorno sea ¡anterior a los siete años!

Lo intolerable es, quizás, un malestar que se impone cuando algo no encaja en lo esperable: cuando un niño no responde a las expectativas; cuando un funcionamiento infantil nos perturba. Entonces, hay adultos que generan movimientos de deshumanización, de no reconocimiento de la subjetividad del niño y/o del niño como sujeto (Janin, 2004).

El diagnóstico diferencial

La hiperactividad y/o el déficit de atención pueden ser signos o síntomas de diferentes cuadros o situaciones clínicas primarias, con las que hay que hacer un diagnóstico diferencial, o pueden ser coexistentes con otros trastornos.

En el diagnóstico diferencial efectuado tenemos que evaluar los elementos siguientes:

-Descartar en primer lugar que los síntomas no sean normales para la edad. Hay niños nerviosos, pero dentro de la normalidad; estos niños son muy vivaces, curiosos, lo miran todo, lo toquetean, juegan…, estos rasgos pueden ser normales, sobre todo en varones de una determinada edad, pero pueden desbordar a unos padres en una situación de menor tolerancia a tales manifestaciones (exceso de trabajo, depresión de alguno de los padres….)

- Situaciones psicosociales anómalas; por ejemplo, niño con falta de normas/una disciplina arbitraria. O también, situaciones de vida caóticas (convivencia en un medio familiar caótico y desorganizado, con límites educativos insuficientes, o diversas circunstancias sociales adversas).

-Deficiencia intelectual.

- Síntoma de un problema emocional y/o trastorno psiquiátrico como por ejemplo;

. Situaciones de ansiedad en el niño manifestándose en estos casos la inquietud psicomotora en periodos cortos y viéndose con facilidad el elemento desencadenante (operación quirúrgica, separación de la familia, examen, nacimiento del hermano...)

. Trastornos afectivos en el niño y adolescente. Son los trastornos del humor. En los niños, a partir de los 3-4 años, puede aparecer de forma separada o alternante, una sintomatología depresiva (tristeza, repliegue sobre sí mismo, enlentecimiento de las ideas, vacío de pensamiento….) y síntomas de excitación maníaca o hipomaníaca (hiperactividad, verborrea, agitación, exceso de ideación, dispersión del pensamiento….)

. Síntomas asociados a un trastorno de personalidad.

. Autismo y otros trastornos del espectro autista.

. Determinadas enfermedades orgánicas entre las que destacan, alteraciones tiroideas, intoxicaciones, diversos tratamientos farmacológicos, problemas neurológicos, trastornos auditivos

periféricos o centrales…

. Es de suma importancia tener en cuenta también las posibles disfunciones perceptivas, visuales y auditivas, mucho más frecuentes de lo que parece, y que condicionan enormemente el aprendizaje escolar, al distorsionar la información ya en la fase de entrada. A la larga, estos problemas generan a su vez conductas disruptivas, aparentando un perfecto cuadro de TDAH.

. Además, es fundamental el estudio del contexto en el que ese da el TDA/H y de la motivación del niño. Es importante saber si el TDA/H se manifiesta en todos los contextos vitales del niño-adolescente o en alguno en especial, para poder detectar la influencia del entorno en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Hay que diferenciarlo también de un problema motivacional. "Hay alumnos que no son capaces de estar atentos en el aula y en cambio pueden permanecer quietos y muy concentrados en otro tipo de tareas. Parece pues que el factor "motivación" puede jugar un papel muy importante en la atención y la concentración. En base a esta consideración es necesario realizar investigaciones que estudien el papel del factor motivación en el constructo del TDA/H" (Generalitat de Catalunya. Departament d'Educació, 2009).

Hay escuelas primarias en las que una cantidad alarmante de alumnos están medicados por TDA/H, sin que se formulen preguntas acerca de las dificultades que presentan los adultos de la escuela para contener, transmitir, educar, así como sobre el tipo de estimulación a la que están sujetos esos niños dentro y fuera de la escuela. Es decir, se supone que el niño es el único actor en el proceso de aprender (Frizzera, Heuser, 2004; Untoiglich, 2004). Podríamos decir lo mismo del contexto familiar.

Se medica a niños por problemas escolares surgidos a raíz de un suceso impactante, como el divorcio de los padres, incluso en niños adoptados con un pasado traumático. En ninguno de estos supuestos tiene mucho sentido pensar en desequilibrios bioquímicos que haya que corregir con pastillas, sino en establecer terapias psicológicas adecuadas para cada uno de ellos (Doggett, 2004).

Sin ese necesario diagnóstico diferencial basado en la interacción con el niño y su familia, corremos el riesgo de tratar como TDA/H a niños que presentan cuadros psicóticos, otros que están en proceso de duelo o han sufrido cambios sucesivos (adopciones, migraciones, etc.) o es habitual también este diagnóstico, en niños que han sido víctimas de episodios de violencia, abuso sexual incluido (Bleichmar, S., 1998; Touati, 2003; Janin, 2004).

El tratamiento

Cuando el diagnóstico se realiza generalmente en base a cuestionarios administrados a padres y/o maestros, el tratamiento que se suele indicar es: medicación y modificación conductual.

El resultado es que los niños son medicados desde edades muy tempranas, con una medicación que no cura (se les administra de acuerdo a la situación, por ejemplo, para ir a la escuela) y que en muchos casos disimula sintomatología grave que hace eclosión a posteriori, o encubre deterioros que se profundizan a lo largo de la vida. En otros casos, ejerce una pseudo regulación de la conducta dejando a su vez librado al niño a posteriores impulsiones adolescentes debido a que no ejerce modificaciones de fondo sobre las motivaciones que podrían regularlas, dado que tanto la medicación como la "modificación conductual" tienden a acallar los síntomas, sin preguntarse qué es lo que los determina ni en qué contexto se

dan. Y así, pueden intentar frenar las manifestaciones del niño sin cambiar nada del entorno y sin bucear en el psiquismo del niño, en sus angustias y temores (Bleichmar S, 1998; Gaillard, 2004; Levin, 2004; Lasa, 2001).

Es decir, lo primero que se hace es diagnosticarlo de un modo invalidante, con un "déficit" de por vida, luego se le medica y se intenta modificar su conducta. Así, se rotula, reduciendo la complejidad de la vida psíquica infantil a un paradigma simplificador. En lugar de un psiquismo en estructuración, en crecimiento continuo, en el que el conflicto es fundante y en el que todo efecto es complejo, se supone, exclusivamente, un "déficit" neurológico (Berger, 2005; Janin, 2004; Rodulfo, R, 1992; Breeding, 1996).

Tratamientos farmacológicos

Aunque los medios científicos hablan de las contraindicaciones de las diferentes medicaciones que se utilizan en estos casos, (Carey, 1999, 2000; Diller, 2003) llama la atención la insistencia con la que los medios de comunicación informan del consumo de medicación como indicación terapéutica privilegiada frente a la aparición de estas manifestaciones.

Todas las drogas que se utilizan en el tratamiento de los niños que presentan dificultades para concentrarse o que se mueven más de lo que el medio tolera, tienen contraindicaciones y efectos secundarios importantes, como el incremento de la sintomatología en el caso de los niños psicóticos, así como consecuencias tales como retardo del crecimiento (Goodman y Gilman's, 1995; Baughman, 2001; Carey, 2001; Efron et al, 1998).

El Departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya hace una valoración e indicación importante sobre el tratamiento farmacológico del TDA/H “El metilfenidato y la atomoxetina se han asociado a efectos adversos graves, como trastornos cardíacos y psiquiátricos, y pueden producir retraso de crecimiento a largo plazo. Los riesgos de estos fármacos refuerzan la necesidad de una valoración cuidadosa de la relación beneficio-riesgo en esta población y justifican restringir su uso a casos muy especiales” (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2010).

El metilfenidato se comporta como un estimulante del sistema nervioso central que inhibe la recaptación de dopamina y noradrenalina en las neuronas presinápticas e incrementa la liberación de estos neurotransmisores en el espacio extraneuronal. Un metanálisis ha puesto de manifiesto sus cualidades a corto plazo: el niño reduce la actividad motora, interrumpe menos a los compañeros, incrementa la vigilancia y es capaz de concentrarse en tareas simples, rutinarias o repetitivas debido a una mejor atención sostenida. Desde este punto de vista los niños dan buenas respuestas en las escalas de evaluación, hecho que por otra parte se produce independientemente del diagnóstico de TDA/H (¿recuerdan el apego de algunos estudiantes a la Centramina o el Katovit?).

Respecto al metilfenidato, que es un derivado anfetamínico, la mejoría sintomática que hemos comentado, a dosis adecuadas y a corto plazo, sobre la capacidad de atención y concentración, no es específica del efecto del fármaco sobre el TDA/H sino que como estimulante del Sistema Nervioso Central, produce un efecto parecido en todos los casos en que se toma.

Por lo tanto, da la impresión de que se pretende dar carta de naturaleza a una patología, apoyándonos en una acción farmacológica muy poco específica y capaz de mejorar el rendimiento sin necesidad de

psicopatología.

Sin embargo, este nuevo comportamiento alcanzado con el metilfenidato, socialmente más admisible, se ha asociado a una menor riqueza en la cantidad y abanico de expresiones emocionales, menos afán exploratorio y flexibilidad cognitiva, menor capacidad para asombrarse y preguntar, menor espontaneidad e iniciativa, humor plano y actitud más pasiva. Si a todo lo anterior añadimos su ineficacia en potenciar la atención compartida y dividida, para resolver la duda de si merece o no la pena apostar por la vía farmacológica será preciso atender a lo que el medicamento sea capaz de aportar a largo plazo sobre variables relevantes (mejorar parámetros de aprendizaje, fracaso escolar, funcionamiento social y familiar, abuso de sustancias, delincuencia…). Desgraciadamente se han hecho pocos estudios en este sentido.

En diferentes trabajos, con respecto al metilfenidato, se plantea que:

- No se puede administrar a niños menores de seis años.
- Se desaconseja en caso de niños con tics (Síndrome de Gilles de la Tourette).
- Es arriesgado utilizarlo en el caso de niños psicóticos, porque incrementa y agrava la sintomatología.
- Deriva con el tiempo en retardo del crecimiento.
- Puede provocar insomnio y anorexia.
- No hay suficientes estudios sobre seguimiento del tratamiento durante años y sus efectos a medio y largo plazo.
- Puede bajar el umbral convulsivo en pacientes con historia de convulsiones o con EEG anormal sin ataques (Goodman y Gilman's, 1995; Breggin, 1998, 1999, 2001, Cramer et al, 2002, Schachter et al, 2001).
- A través de ensayos con animales se sabe que la toma de metilfenidato retarda la mielinización, o “cableado”, del sistema nervioso y el crecimiento de las dendritas, es decir disminuye la conectividad neuronal. Este es un aspecto importante para la maduración correcta del sistema nervioso. También retarda la formación del cartílago.
- La toma de metilfenidato en edades tempranas se ha considerado como factor de riesgo para el sistema nervioso, por hipersensibilización. Por estudios en modelos animales se cree que puede conllevar algún tipo de impacto permanente.
- Hace disminuir la actitud propia de la infancia. Bajo sus efectos hay menos curiosidad, menos flexibilidad cognitiva, menos capacidad de disfrute y de asombro, menos espontaneidad y demás aspectos propios de la infancia, es decir se comportan como si fueran menos niños.
- Se comienza a estudiar el impacto en el sistema endocrino u hormonal y parece que afecta a varios de estos sistemas. En estudios con animales se ha comprobado que retrasa la pubertad de forma amplia.
- Pueden aparecer efectos agudos indeseados tales como el incremento de problemas para dormirse, crisis psicóticas, irritabilidad, agresividad, tics, y mayores problemas con la atención a largo plazo. Algunos de estos efectos se dan en porcentajes próximos al diez por ciento de los tratados.

Con respecto a las anfetaminas en general, éstas han sido prohibidas en algunos países

(como en Canadá), además de ser conocida la potencialidad adictiva de las mismas (CADRMP, 2005).

Con respecto a la atomoxetina, que es un antidepresivo que no pudo registrarse hace años como tal en Estados Unidos por no superar a otros existentes en el mercado y presentándose ahora como una medicación específica para el TDA/H, podemos preguntarnos si en los casos en que muestra algún tipo de eficacia, ésta no tendría que ver con su ligero efecto antidepresivo más que como efecto específico para tratar el TDA/H.

La atomoxetina es un inhibidor de la recaptación de noradrenalina, sin efecto estimulante, que indirectamente, también puede aumentar la dopamina en córtex prefrontal. En niños y a corto plazo, resulta más efectiva que placebo en mejorar los síntomas nucleares del TDA H, con un tamaño del efecto, de leve a moderado. También se ha comparado durante 6 semanas con el metilfenidato OROS, en el que éste último se mostró algo superior pero sólo tras excluir intolerantes o de baja respuesta a metilfenidato. No hay con este psicofármaco, estudios aleatorizados a largo plazo, a excepción de un ensayo frente a placebo que selecciona primero a los que dan respuesta durante 3 meses, en ensayo abierto.

En los estudios más rigurosos (controlados, aleatorizados a doble ciego) el metilfenidato ha resultado más eficaz que el placebo (una capsula con azúcar, por ejemplo) a las cuatro semanas, pero no en todos los estudios. En cambio, en este mismo tipo de estudios más prolongados en el tiempo ninguno ha encontrado que el fármaco sea más eficaz que el placebo.

Otros estudios MTA hablan de un efecto positivo no mucho mejor que con terapia conductual, y muy limitado en el tiempo, los primeros meses de tratamiento, con un empeoramiento del comportamiento posteriormente, si se mantiene el uso del metilfenidato.

Respecto a la atomoxetina, con menos estudios aún, puede que no sea muy diferente. De hecho, parecer ser efectivo en menos gente, a corto y medio plazo (2 años). Y los efectos indeseados son similares.

Por otra parte, se ha llegado a la conclusión de que se produce con la toma de atomoxetina, de forma estadísticamente significativa:

- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Pérdida de peso, pudiendo derivar en retardo del crecimiento.
- Síndromes gripales.
- Efectos sobre la presión arterial.
- Vómitos y disminución del apetito.
- No existe seguimiento a largo plazo (baughman, 2005).

Con respecto a la forma de utilizar la medicación, podemos preguntarnos, ¿la medicación dada para producir efectos de modo inmediato (efectos que se dan de forma mágica, sin elaboración por parte del sujeto), considerada como necesaria durante largo tiempo, ¿no desencadena adicción psíquica al considerar la medicación como modificadora de actitudes vitales y generadora de buen rendimiento y comportamiento? (Tallis, 2004; Keirsey, 1998).

Este tipo de medicación se combina a veces con neurolépticos sedantes -llamados ahora antipsicóticos- tomados por la noche para contrarrestar los síntomas adversos del metilfenidato tales como temblores, tics, insomnio, pérdida de apetito, en lugar de plantearse la idoneidad de dicho tratamiento.

Como acabamos de ver, de forma relativamente frecuente se suele añadir un segundo fármaco junto al metilfenidato, como por ejemplo, un antipsicótico de

efecto sedante. Se debe saber que no hay estudios que valoren el uso conjunto de dos psicofármacos diferentes, ni en adultos ni en menores, y es probable, por algunos indicios existentes, que su neurotoxicidad se multiplique. Se debería esperar hasta que se hagan los estudios necesarios para ver el impacto de la toma continuada de dos tipos de fármacos en un menor, antes de mantener un tratamiento combinado y prolongado de dos fármacos o más.

A pesar de que los medios científicos hablan de todas estas contraindicaciones, se sigue asociando el suministro y consumo de medicamentos como la terapéutica central para niños y adolescentes. Mientras tanto, los laboratorios facturan cifras millonarias. Actualmente parecería ser mucho más sencillo proponer una medicación (a veces solicitada por los padres) que promover una modificación en la dinámica familiar. En este momento podríamos preguntarnos ¿porque los padres aceptan sin preocupación aparente, la administración de estos medicamentos? ¿Evitaría esto preguntarnos que le está pasando a este niño? ¿Evitaría esto cuestionarnos nuestro papel? Preguntas... que solo tienen como función actuar como disparadores para pensar en esta problemática.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta ahora, nuestro posicionamiento respecto a la toma de este tipo de medicación en el caso del TDA/H, es el siguiente.

Estamos en contra de su uso excesivo, frecuente, continuado e indiscriminado, tanto más en niños menores de 6 años.

La medicación, que nunca tendría que ser un tratamiento exclusivo y excluyente, cuando esté correctamente prescrita y administrada tras un acertado diagnóstico, tendría como principal objetivo el facilitar y potenciar la relación terapéutica y educativa, tomándola durante un tiempo limitado, y cuando no se pueda obtener esos resultados que se buscan con la medicación, por otros medios. La opción farmacológica debería ser el último recurso y debería ser utilizada durante el menor tiempo posible.

La medicación bien indicada y prescrita a la dosis y duración adecuada, así como las diferentes medidas psicoterapéuticas, educativas, psicomotoras, psicopedagógicas y rehabilitadoras que podrían ser necesarias para paliar los déficits producidos por las secuelas cognitivas y relacionales que son la consecuencia de la agravación y cronificación del trastorno, tendrían que coordinarse, complementarse, integrarse y supeditarse a la dinámica relacional subyacente entre paciente, familia y terapeuta. De esta manera, evitaríamos la instrumentalización de la técnica terapéutica, poniéndola al servicio de la relación terapéutica y/o educativa que es lo fundamental en el proceso terapéutico.

Tratamientos no farmacológicos

Los problemas que presentan los niños con TDA/H pueden requerir ayuda psicológica y/o pedagógica.

Se debe saber que hay muchos tipos diferentes de psicoterapia que pueden ser útiles. Los psicoterapeutas analizan cada caso, encuentran los núcleos problemáticos e implementan técnicas que pueden ser diferentes en cada menor. Las psicoterapias que intentan encontrar el sentido al comportamiento del menor, empiezan por escuchar a éste y a sus familiares recogiendo sus perspectivas y expectativas, buscando en ellos y con ellos, los recursos que puedan ayudar a superar las dificultades. Diferentes orientaciones de las psicoterapias, familiares, las de corte psicodinámico, las cognitivo-conductuales, las terapias basadas en el movimiento, etc., pueden ayudar a superar efectivamente el

problema. La utilidad de procedimientos psicológicos está reconocida por publicaciones de prestigio, como la Guía de Práctica Clínica NICE de Inglaterra (2008).

En dicha guía de práctica clínica, que formaría parte de las consideradas entre el grupo B y C, mencionados en la clasificación que hemos comentado anteriormente, se dice que el diagnóstico sólo lo debe hacer un psiquiatra especializado, un pediatra u otro profesional sanitario con formación y experiencia en el diagnóstico del TDA/H. Como parte del proceso diagnóstico, se debe incluir una evaluación de las necesidades, los trastornos coexistentes, las circunstancias sociales, familiares y educativas u ocupacionales y la salud física. En el caso de niños y adolescentes, debe hacerse también una evaluación de la salud mental de los progenitores o cuidadores. No se debe diagnosticar el TDA/H basándose únicamente en escalas de evaluación o en datos observacionales. No obstante, las escalas de evaluación son herramientas valiosas, y las observaciones (por ejemplo en la escuela) son útiles si existen dudas acerca de los síntomas. Se deben ajustar los criterios sintomáticos para las alteraciones de conducta en función de la edad.

En niños de edad preescolar no recomiendan el tratamiento farmacológico. En niños de edad escolar y adolescentes que presentan un TDA/H de moderada severidad y deterioro funcional moderado no recomiendan el tratamiento farmacológico como primera línea de intervención. Recomiendan en estos casos un programa de formación/educación para los progenitores. En adolescentes mayores, se debe considerar la utilización de intervenciones psicológicas individuales. Cuando la gravedad y el deterioro son severos se debe ofrecer un tratamiento farmacológico como tratamiento de primera línea, así como proponer a los progenitores un programa grupal de formación/educación para progenitores.

Añaden que no se deben emplear antipsicóticos para el TDA/H en adultos. Se debe considerar utilizar terapia cognitivo-conductual grupal o individual en adultos que están estabilizados con medicación pero tienen deterioro funcional persistente asociado con TDA/H y/o tienen una respuesta parcial o nula al tratamiento farmacológico o bien no lo toleran.

Se sabe que los fármacos actuales tienen una eficacia limitada tanto en el alcance de sus beneficios como en el tiempo que duran estos. Hay pruebas que indican que mantener el fármaco durante un tiempo prolongado, unos dos años, empeora a los menores, teniendo estos un rendimiento peor en numerosas áreas que incluyen los estudios y la conducta. Además, es probable que aparezcan problemas indeseados tanto físicos como de comportamiento, además de otros bien establecidos como un relevante aumento de la presión arterial y un importante declive académico. Y además, mantener el fármaco tanto tiempo no ha demostrado ser mejor que una terapia psicológica.

En definitiva, y según los estudios actuales, el metilfenidato y la atomoxetina no son la primera opción de tratamiento para el niño que ha sido diagnosticado con TDA/H. La primera ayuda debe ser de tipo psicosocial o psicopedagógica, según el caso.

En lo que respecta a la psicoterapia y en particular a la psicoterapia psicodinámica o de orientación psicoanalítica, consideramos que es el método idóneo para identificar y tratar los problemas existentes en el mundo interno del niño, así como en su contexto personal, familiar escolar y social.

La psicoterapia psicodinámica

Llegados a este punto, podemos preguntarnos ¿Qué es la psicoterapia?

Para responder a esta pregunta hemos decidido aportar una definición elaborada por la FEAP, Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, que reúne el consenso de la mayoría de los psicoterapeutas de nuestro país.

"La psicoterapia, es un tratamiento (trato, acuerdo, relación-vinculación) científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia". Conviene aclarar que lo incluido entre paréntesis en la definición es una aportación nuestra.

La psicoterapia basada en la relación psicoterapéutica sería un elemento esencial que no exclusivo, en el tratamiento de los trastornos psíquicos y el sufrimiento humano que generan, tanto en el paciente como en su familia y en el contexto social más cercano. Para nosotros, la relación psicoterapéutica se basaría en un proceso interactivo de vinculación interpersonal, intersubjetivo e intrasubjetivo teniendo como fundamento la alianza terapéutica establecida entre una o más personas y su terapeuta.

La base de la alianza terapéutica sería el resultado de la identificación empática que consiste en ponerse en el lugar del otro sin confundirse con él, es decir, desde la separación y diferencia. Identificación parcial y transitoria, que vive el terapeuta en relación con la forma de ser del paciente, su sufrimiento, sus emociones, (empatía emocional), con el problema del paciente, (empatía cognitiva) y también de su familia, lo que permite a su vez de forma interactiva, una identificación empática, también parcial y transitoria del paciente y su familia hacia y con, la forma de ser, la actitud y el trabajo terapéutico del terapeuta.

Para el desarrollo de una buena alianza terapéutica, el terapeuta tiene que tener en cuenta los mecanismos de defensa y las resistencias del paciente y su familia, (sin ser cómplice) para ajustarse progresivamente a ellos.

*Es desde este espacio relacional que proporcio*na *la psicoterapia psicodinámica* que se puede comprender lo singular y específico del ser humano, considerando que desde este lugar, es muy difícil generalizar el sufrimiento humano y las diferentes formas de vivirlo y expresarlo.

Para ejemplificar lo dicho, veamos ahora diferentes situaciones y ejemplos narrados en el libro de Beatriz Janín publicado en 2004, que lleva por título, "Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad".

El fracaso escolar es una de las causas más frecuentes de consulta para un niño. Pero los problemas en el rendimiento escolar pueden no coincidir con dificultades intelectuales y ni siquiera responden siempre a conflictos o déficits intrapsíquicos. Un niño puede fracasar en la escuela por múltiples motivos, tales como la relación con el docente, el modo en que se transmite el conocimiento, la desvalorización social o familiar de aquello que la escuela enseña, dificultades en la aceptación de normas, dificultades para mantenerse quieto, etcétera, a la vez que aprende rápidamente otros saberes fuera del entorno escolar. Toda dificultad escolar debería ser interpretada en términos de sobredeterminación y de multiplicidad causal, teniendo en cuenta que son muchos los participantes en el proceso de aprender: el niño, los maestros, los padres

y el contexto social.

Hay niños que han constituido las investiduras de atención en relación con los intercambios afectivos pero no en relación con el conocimiento: buscan la aprobación afectiva, el cariño de los maestros, pero no pueden escucharlos. Es frecuente que un niño que "está en la luna" tenga una idea muy clara de las preferencias afectivas del maestro, del tipo de trato que les otorga a los otros y a él o de la relación del maestro con otras personas del entorno. Así, un niño supuestamente desatento en clase comentaba: "La maestra cambia el tono de voz cuando habla con los padres y parece buenita, como que nos quiere, pero después con nosotros es distinta. Y yo creo que está de novia con el profesor de música, por cómo lo mira".

Nadie podría decir que ese niño no esté atento a la maestra, aunque no escuche lo que dice. En verdad, no está atento a los contenidos que la maestra transmite y, es más, no la cree. Sólo confía en su percepción, aguzada, de los afectos en juego. Esta actitud puede ser, en algunos casos, consecuencia de una historia en la que el niño tuvo que recurrir a la empatía afectiva para otorgarles algún sentido a sus vivencias: niños en los que el narcisismo, como amor a sí mismo, se sigue sosteniendo (como en las etapas más tempranas) en la mirada amorosa de otro. Si ésta falta, no pueden encontrarse a sí mismos; sólo pueden buscarse y encontrarse en la conexión afectiva con otro. A veces, el deseo de ser amado puede funcionar como un acicate para el aprendizaje –son los niños "buenos" que necesitan de la aprobación de los adultos–, pero también puede ser un obstáculo cuando lo único que el niño registra es el estado anímico del maestro.

Si un sujeto está en proceso de duelo, no podrá atender. El duelo implica un trabajo psíquico importante: desprendernos de un objeto-sujeto relacional amado implica ir desinvistiendo representaciones ligadas con él, múltiples redes de pensamientos que se van desarmando y rearmando en un difícil proceso de desinvestiduras y reinvestiduras mentales. Este trabajo exige una disponibilidad de investiduras casi total, por lo que todo aquello que no esté vinculado con el objeto perdido suele caer fuera de la atención del sujeto.

Damián, de cinco años, llega derivado por la maestra. En la escuela han dicho que tiene "un problema neurológico". Está en preescolar y no participa en clase, no presta atención, no juega con los compañeros. En las entrevistas con los padres, ellos cuentan que a la abuela le diagnosticaron cáncer, pero que el chico "no lo sabe". Sin embargo, está claro que el niño está centrado en los avatares de la enfermedad de la abuela y que difícilmente tiene el espacio interno necesario para las tareas de preescolar.

También hay chicos en estado de alerta permanente. Si algo se movió en el otro extremo del aula, este niño lo percibe. Sufre de una "sobreatención" primaria, aunque se lo catalogue como desatento. Pero no es una atención sostenida sino errátil, va de un lugar a otro, de un objeto a otro sin poder parar. De este modo, no puede centrar la atención en ningún elemento, sino que pasa de uno a otro, en un zapping incesante. Está conectado con el afuera, pero es un afuera peligroso.

A veces esto es el efecto de situaciones de violencia. Así como hay niños que están como dormidos, anestesiados, por la violencia, hay otros que quedan en un estado de alerta continuo. Cuando una madre o un padre maltratan a un hijo, al mismo tiempo que muestran los deseos de destrucción y de aniquilamiento del otro,

develan el vínculo amoroso mortífero que tienen hacia su hijo. El mundo queda entonces, compuesto por infinidad de estímulos iguales, equivalentes, y resulta imposible sostener una investidura estable. Son niños que presentan dificultades escolares por no poder concentrarse en las palabras del maestro, en tanto todo ruido, todo gesto puede ser excitante y atemorizante. Es frecuente que niños criados en un ambiente de mucho abandono, o que han sufrido migraciones, o privaciones importantes, estén totalmente desatentos en clase, en tanto la violencia deja, entre otras marcas, tanto una tendencia a la desinvestidura como un estado de alerta permanente que es acompañado, a veces, con la búsqueda de estímulos fuertes. Luego, en el esfuerzo por reinvestir la realidad, son coleccionistas de traumas a posteriori: reaccionan demasiado tarde, a destiempo. Al no estar atentos a lo que pasa en el mundo, las situaciones les suceden sin que puedan poner en marcha la angustia que señala el peligro: y reaparece lo temido (Janin, 2004).

Concluyendo

Llegados a este punto, nos parece oportuno señalar la proposición de un esbozo de guía clínica o de protocolo de intervención –que pueda unificar, que no homogeneizar los criterios de los profesionales en los casos de TEA/H- que nos hace Jorge Luis Tizón en el artículo de 2007, mencionado en este texto, que tiene por título: El "niño hiperactivo" como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización?

"En resumen, más sensato parece que, ante la queja de padres o maestros a causa del TDA/H, realicemos una exploración cuidadosa del contexto: primero, para evitar prescripciones inducidas ("Me dijo el psicólogo escolar que tenían que tomar este medicamento") y, sobre todo, para delimitar los factores que están favoreciendo esa "hiperactividad" del niño. Siempre los hay. Siempre. Después, habría que comenzar por medidas psicosociales aplicadas a la familia y por la familia. Más tarde, con medidas psicoterapéuticas del niño y, tal vez, de la familia, y psicoterapia al niño. A mi entender, sólo después habría que utilizar los fármacos antes mencionados: en cuadros graves y cuando las medidas anteriores, aplicadas por especialistas competentes, hubiesen fracasado. Pero con un seguimiento y duración estrictos y sin abandonar las medidas psicosociales. Los momentos de esta guía clínica serían pues los siguientes:

1) Acogida y exploración contendoras, tanto del niño como de la familia, con la idea de contextualizar el síntoma dentro de la dinámica familiar y del medio ambiente habitual del niño. En ocasiones, esa globalización y contextualización del síntoma es clave en sí misma para disminuir el "déficit de atención con hiperactividad": por ejemplo, en el caso de duelos recientes del niño o de la familia, problemas en la organización escolar o de los aprendizajes y curriculums, respuesta familiar inadecuada a comunicaciones histriónicas del niño, presiones excesivas, familiares o sobre la familia, que el niño se ve obligado a soportar sin ayudas suficientes, etc.

2) Si no basta, atención familiar abierta y exploración familiar cuidadosa con medidas de higienización y orientación (counselling psicodinámico o cognitivo-conductual).

3) Si las medidas anteriores se muestran insuficientes, es cuando no quedará más remedio que introducir técnicas especializadas: atención psicoterapéutica

del niño unida a atención psicoterapéutica de la familia. Pero siempre con ambas técnicas al tiempo: los profesionales de salud mental mínimamente cuidadosos han de saber y tener en cuenta en su práctica que realizar psicoterapia de un niño sin intentar al tiempo cambios y modificaciones en su ambiente puede ser una de las más frecuentes fuentes de inefectividad e ineficiencia.

4) Si es necesario, ante la gravedad del cuadro, pueden usarse en esta fase fármacos sintomáticos, en dosis y tiempos cortos, si durante este tercer período se necesitan. Fármacos de ayuda sintomática (neurolépticos o benzodiacepinas a dosis mínimas) pero escogidos en función de la estructura relacional e intrapsíquica del problema: elementos de trastorno generalizado del desarrollo, de trastorno histérico grave, de duelos graves mal elaborados, de desestructuración o disfunciones familiares graves manifestadas por crisis de ansiedad del niño, etc.

5) Sin olvidar la necesaria ayuda en el ámbito escolar, vehiculizada a través de los equipos de asesoramiento psicocopedagógico o de los profesores.

6) El uso de derivados anfetamínicos habría que reservarlo para el caso de niños en los cuales se dieran dos criterios básicos: I: Diagnóstico de TDAH claramente establecido. II: Fracaso de las anteriores medidas terapéuticas realizadas por especialistas competentes. Y en este caso, más para mejorar la contención de la ansiedad familiar y facilitar los cambios en la relación familiar, que como supuesto tratamiento "etiológico" (que nunca lo es).

7) Por tanto, con revisión frecuente de su necesidad de seguir con la medicación, por ejemplo cada tres meses, y preveyendo la retirada pronta y progresiva, en cuanto se consoliden las mejoras en la contención familiar y microsocial.

Para terminar nuestra exposición, mencionaré de nuevo a Sroufe, (2010) que nos aporta la siguiente e interesante reflexión "La ilusión de que los problemas de conducta de los niños pueden curarse con fármacos nos evita que, como sociedad, tratemos de buscar las soluciones más complejas, que serían necesarias. Los fármacos sacan a todos –políticos, científicos, terapeutas, maestros, padres– del apuro. A todos, excepto a los niños."

Bibliografía

Armstrong, Th. (2000): *Síndrome de Déficit de atención con o sin Hiperact*ividad - ADD/ADHD. Estrategias en el aula, Buenos Aires, Paidós.

Baughman, F. A. (2001): Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, To the Editor, *Paediatrics,* Vol. 107 No. 5, p, 1239.

Baughman F. A. (2005): The FDA Making Tratment Safe for "Chemical Imbalances" That Don't Exist", *Fellow American Academy of Neurology*, pág web.

Barkley, R. A. (1997): Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHA. *Psychol Bul,* 121, p, 65-94.

Berger, M. (2005) *: L'enfant instable - Approche clinique et thérapeutique*, París, Dunod, 2ª ed. Primera, ed. 1999.

Berrios, G, E. (2010): Sobre la Medicina Basada en la Evidencia, publicado como artículo editorial en la Web, *Psicoevidencias,* editada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. http://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/opinion/articulos-de-opinion/64-sobre-la-medicina-basada-en-la-evidencia/file

Biederman, J. (2005): Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder: A selective overview. *Biol Psychiatry*, 57, p, 1215-1220

Biederman, J; Faraone, S. V (2005): Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet,* 366, p, 237-248.

Biederman, J; Faraone, S, V; Lapey, K (1992): Comorbidity of diagnosis in attention-deficit disorder. En: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder,* Ed: Weiss G., Philadelphia, WB Saunders.

Bleichmar, Silvia (1998): *Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos. Ensayos y experiencias* Nº 25, Buenos Aires, Novedades Educativas.

Breeding, J. (1996) : *The Wildest Colts Make the Best Horses : the truth about Ritalin, ADHD and other disruptive behavior disorders*, Bright Books, Inc.

Breggin, P. (1998): *Talking back to Ritalin: What doctors aren't telling you about stimulants for children*. Monroe, Maine: Common Courage Press.

Breggin, P. (1999) : Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. International Journal of Risk and Safety in Medicine, 12, p, 3-35. By special arrangement, this report was originally published in two parts by Springer Publishing Company in *Ethical Human Sciences and Services* (Breggin 1999a&b).

Breggin, P. ; Fered, A. ; Bauchman, Jr. (2001) Cuestioning the treatment for ADHD, *Science,* vol 291, p, 595.

Brown, T. E (2000): *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults,* Washington D.C., American Psychiatric Press, Inc, 2000. Traducción española: *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños adolescentes y adultos.* Barcelona, Masson, 2003.

Cáceres, L. (2000): Los Déficit Atencionales: un enfoque desde la neuropediatría. *Revista E Psi* B. A. Nº 10, p, 39, Buenos Aires.

Canadian Adverse Drug Reaction Monitoring Program (CADRMP) (2005): Marketed Health Products Directorate, HEALTH CANADA, *Health Canada suspends the market authorization of ADDERALL XR®, a drug prescribed for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children.* Address Locator: 0701C, OTTAWA, Ontario, K1A 0K9.

Carey, W.B. (1999): MD Division of General PaediatricsChildren's Hospital of Philadelphia, Problems in Diagnosing Attention and Activit, *Paediatrics,* Vol. 103 No. p, 664-666.

Carey, W.B. (2000): What the Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Did and Did Not Say About the Use of Methylphenidate for Attention Deficit", *Paediatrics,* Vol. 105 No. 4, p, 863-864.

Catone, G.; Lindau, J. F.; Broome, M.R. (2014): Phenomenological psychopathology and the neurosciences, *Journal of Psychopathology*, 20, p, 358-365.

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent CFTMEA–R-2012.5e, édition, 2012. *Presses de l'école des hautes études en santé publique*. Sous la direction de Pr. Roger Misès. http://www.psychiatrie-francaise.com/Data/Documents/files/CFTMEA%20-%20R-2012.pdf

Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R-2000) Versión castellana de la Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental (AFAPSAM) https://es.scribd.com/doc/97723191/Clasificacion-Francesa

Consenso de expertos argentinos del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por

Déficit de Atención con o sin Hiperactividad" (2005). http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1851/Consenso_salud.pdf?sequence=1

Consenso Internacional ADHD o TDA/H y abusos en la prescripción de psicofármacos a menores (Italia, enero de 2005). http://www.giulemanidaibambini.org/consensus/?ln=es

Cramer, K.; Miller, A.; et al. (2002) : Is methylphenidate effective in reducing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in school-aged children? *Paediatrics and Child Health,* vol 7, 10, Canadá.

Daumerie, N. (2004) : Des soignants face à l'hyperactivité: une approche des représentations, en Ménéchal, Jean y otros*, L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux*, París, Dunod, p, 35-49.

Diller, L. (2000): The Ritalin wars continue. *West J Med,* 173: p, 366-367.

Diller, L. (2001) : Coca-Cola, McDonald's et Ritaline, en: *Enfances Psy*, Nº 14, París, Érès.

Diller, L. (2002): *Should I Medicate My Child? Sane solutions for Troubled Kids with and without Psychiatric Drugs*. New York: Basic Books.

Diller, L. (2003): *What You Should Do When Someone Tells You: "May be Your Child Has ADD and Needs Ritalin"* Internet.

Doggett, A. (200): ADHD and drug therapy: is it still a valid treatment? *Journal of Child Health Care*, 8 (1), p, 69-81.

Duché, D. J. (1996) : *L'enfant hyperactif*. París, Ellipses.

Europapress. (2012): Un estudio demuestra que el 40% de los casos de hiperactividad en niños son diagnosticados de forma errónea. *Europapress*.

Feighner, J.P.; Robins, E. ; Guze, S.B.; et al. (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, p, 57-63.

Fernández, A. (2000): La sociedad "hiperkinética" y "desatenta" médica, lo que produce. *Revista E. Psi.* B. A. Nº 10, p, 3-9, Buenos Aires.

Fourneret, P. (2004): L'hyperactivité : histoire et actualité d'un symptôme, en Ménéchal, Jean y otros, *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux,* p, 7-26. Dunod, París.

Frizzera, O, Heuser, C (2004): El niño desatento e inquieto en la escuela, en Janin, Beatriz, Frizzera, O. Heuser, C.; Rojas, M. C.; Tallis, J. y Untoiglich, G.: *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad,* Novedades Educativas, Buenos Aires, cap. 6.

Gaillard F., et al. (2004): Más allá de la hiperactividad: Un detallado análisis retrospectivo de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne, en *Revista Argentina de Neuropsicología 2*. http://revneuropsi.tripod.com.ar, 16/6/04.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2010): Toxicidad de los fármacos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Butlletí de Farmacovigilància*, 8 (2), p, 5-7.

Generalitat de Catalunya. Departament d'Educació. (2009): *Els problemes del comportament en els infants i adolescents de Catalunya. Trastorn per dèficit d'atenció / Trastorn de conducta. Necessitats educatives que generen.*

Gibello, B. (2004) : Exploration clinique de la dyschronie chez des enfants instables (hyperkinétiques, hiperactives, TDAH) en Ménéchal, Jean y otros, *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux,* París, Dunod, p,

219-232.

Goodman y Gilman (1996): *Las bases farmacológicas de la terapéutica*, 9ª edición. Mc Graw-Hill. Interamericana, ed. en Español.

Golse, B. (2001): L'enfant excitable. Système pare-excitation, système pare-incitation, en Touzin, Monique; Verdier-Gibello, Marie-Luce y otros, L'enfant excité, en *Enfances PSY* Nº 14, 2001, Érès, París, p, 49-56.

Golse, B. (2003) : L'hyperactivité de l'enfant : un choix de société, en Fourneret, Pierre y otros, L'enfant instable, *Le Carnet Psy* Nº 78, Éditiones Cazaubon, Boulogne, p, 26-28.

Guía de Práctica Clínica del SNS sobre el TDA/H en niños y adolescentes, (2010). *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.* http://www.guiasalud.es/egpc/TDAH/completa/apartado00/recomendaciones.html

Guía Clínica sobre el TDA/H en niños y adolescentes. *Comunidad de Castilla- La Mancha-Centro.* (2010). http://www.sepypna.com/documentos/guia-tdah-isbn.pdf

Institutos Nacionales de Salud (INS). (2006): Diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Toxicomanías*, 48, p, 21-31.

Janin, B. (2004): ¿A qué atienden los niños desatentos? Un niño que se mueve demasiado, en Janin B, Frizzera O., Heuser C., Rojas M. C., Tallis J., Untoiglich G. *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad,* Novedades Educativas, Buenos Aires, cap. 2 y 3.

Janin, B. (2007): La construcción de la subjetividad y los diagnósticos invalidantes, en *Novedades Educativas*, año 18, nº 196. https://es.scribd.com/doc/115241197/TDAH-NINOS-Y-ADOLESCENTES-DE-HOY-LA-CONSTRUCCION-DE-LA-SUBJETIVIDAD-Y-LOS-DIAGNOSTICOS-INVALIDANTES

Janin, B. (2004): *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires, Ed. Novedades Educativas. http://www.psi.uba.ar/academica/carreras degrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/102_infanto_juvenil/material/desatentos_hiperactivos.pdf

Jensen, P. S. ; Mrazek, David MD.; et al. (1997) : Evolution and Revolution in Child Psychiatry: ADHD as a Disorder of Adaptation, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* Nº 36(12), p, 1672-1679.

Jensen, P.; Cooper, J. (ed). (2002): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. State of the Science. Best practice. New Jersey: Civic Research Institute.

Kandel, E. R. (2001): The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses, *Science*, 294, p, 1030-1038.

Kandel, E. R. (2007): *En busca de la memoria: Nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Ed. Katz. Buenos Aires.

Keirsey, D. (1998): *The Great A.D.D. Hoax*, Prometheus Nemesis.

Lasa, A. (2001): Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, p, 5-81. http://www.sepypna.com/articulos/hiperactividad-trastornos-personalidad-1/

Lasa, A. (2007): El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Revista de Psicopatología y*

Salud Mental del Niño y del Adolescente, M2, p, 9-16. http://www.fundacioorienta.com/pdf/Dr_Lasa_Article.pdf

Lasa-Zulueta A, Jorquera-Cuevas C. *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA Nº 2007/09. http://www.asmi.es/arc/doc/Informe%20OSTEBA_Evaluacion%20de%20la%20situacion%20asistencial%20en%20el%20TDAH.pdf

Levin, E. (2003): El síndrome disatencional como espejo de la modernidad. Tomás angustiado, en *Discapacidad. Clínica y educación*, Buenos Aires, Nueva Visión, cap. 3, p, 62-65.

Manifiesto internacional a favor de una psicopatología clínica que no estadística como en el DSM, (2011). http://stopdsm.blogspot.com.es/

Manifiesto de la AEPEA, Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente, a favor de un abordaje psicopatológico del funcionamiento mental, publicado en 2010. http://www.asmi.es/arc/doc/AEPEA-Manifiesto-Psicopatologia.pdf

Ferrer, A.B.; Fuster, V.; Jareño, M.D.; Landáburu, M.; Martinez, V.; (2014): *Manual de Diagnóstico clínico de 0 a 3 años*. Traducido del francés. https://es.scribd.com/doc/195532980/Manual-DC-0-3-Traducido

Manzano, J. (2004): La psicopatología: una concepción relacional. *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 3. p, 9-11, Ed. Fundación Orienta, Barcelona.

Manzano, J. (2005): La evaluación psicopatológica estructural. El estatuto clínico psicodinámico. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 39-40, p, 107-116, Ed. SEPYPNA. http://www.sepypna.com/articulos/evaluacion-psicopatologica-estructural/

Mises, R.; Fortineau, J.; Jeammet, Ph.; et al. (1988) : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI, 1, p, 67-134.

Misès, R.; et al. (1990): Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38 (10-11), p, 523-539.

Misès, R. (2001): Préface, en Ménéchal, Jean y otros, *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux,* Dunod, París, p, 11-17.

Misès, R.; Garret-Gloanec, R.; Coinçon, Y. (2010): Classification de l'autisme et des psychoses précoces, plaidoyer pour des convergences. *L'information psychiatrique* 2010/3 (Volume 86), p, 223 - 226. Éditeur: John Libbey Eurotext http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INPSY_8603_0223

Morin, E. (1994): *Epistemología de la complejidad, en Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad,* Buenos Aires, Paidós.

National Institute for Health and Clinical Excellence. *Guía de referencia rápida. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Diagnóstico y manejo del TDAH en niños, adolescentes y adultos.* Londres, 2008. http://www.nice.org.uk/guidance/cg72/evidence/cg72-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-full-guideline-2

Pérez-Álvarez, M. (2011 a): El magnetismo de las neuroimágenes. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), p, 98-112.

Pérez-Álvarez, M. (2011 b): *El mito del cerebro creador: Cuerpo, conducta y cultura*. Alianza Editorial.

Peteiro, J. (2010): *El autoritarismo científico*. Miguel Gómez Ediciones. Málaga.

Reiff, M. I.; Tippins, S. (EDS) (2004): ADHD: *A complete and Authoritative Guide. American Academy of Paediatrics.* Washington: AAP.

Rodulfo, R. (1992): *Estudios Clínicos*. Ed. Paidos, Buenos Aires Cap. 17: La vivencia de satisfacción y la patología grave temprana.

Rodulfo, M. P. (2005): *La generalización en el diagnóstico y sus riesgos: el caso del ADHD, en La clínica del niño y su interior. Un estudio en detalle,* Buenos Aires, Paidós.

Schachter, H.; Pham B. King, et al. (2001): How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis". From the Thomas C. Chalmers Centre for Systematic Reviews, *Children's Hospital of Eastern Ontario* (CHEO) Research Institute; the Department of Pediatrics, CHEO; and the Department of Pediatrics, University of Ottawa, Ottawa, Ont. *Canada Med. Assoc J* ., 165, p, 1475-1488.

Stanghellini, G. ; Broome MR. (2014): Psychopathology as the basic science of Psychiatry *Br. J. Psychiatry*, 2014: 205, p, 169- 170.

Solter, A. (1998): *Tears and Tantrums: what to do when babies and children cry,* Shining Star Press.

Sroufe, A. (28 de Enero de 2012): Ritalin gone wrong. *The New York Times*, p, SR1.

Tallis, J. (2004): *Neurobiología y Trastorno por déficit de atención: mitos y realidades, en Niños desatentos e hiperactivos, Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad,* Bs. As. Ed. Novedades Educativas.

Tizón, J. L. (2007): El "niño hiperactivo" como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización*? Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. M2, p, 23-30.Fundación Orienta. Barcelona. https://docs.google.com/file/d/0B1LMnkSwvvLIMjFiZTA0ZWYtMGJkYS00ZTMyLTkxNjYtZWZlMzExYmJjNWNj/edit?ddrp=1&hl=en#

Touati, B. (2003): Hyperactivité : la fin de l'histoire…du sujet, en Fourneret, Pierre y otros *L'enfant instable, Le Carnet Psy* Nº 78, Editions Cazaubon, Boulogne, p, 20-24.

Untoiglich, G. (2004): Intersecciones entre la clínica y la escuela, en Janin, B y otros: Niños desatentos e hiperactivos. *Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.* Novedades Educativas, Buenos Aires, cap. 5

Valentin, E. (1996): Somatizer, agir, reprèsenter, *Revue Française de Psychosomatique*, París, PUF.

Warren A. Weinberg, MD, Caryn R. Harper, MS, Caitlin Davies Schraufnagel, BA, Roger A. Brumback, MD University of Texas Southwestern Medical Center Dallas, TX 75235-9119: (1997), *Attention defi cit hyperactivity disorder: A disease or a symptom complex?.*

Weiner, J.M. (1991): Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: A Historical Review. En J.M. Wiener, J.M. (Ed), *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*, p. 3-15. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Análisis de la atención de las necesidades educativas de los alumnos con trastornos mentales graves en la infancia, adolescencia y juventud:

Espectro Autista (Alumnos con TEA), Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención, psicosis, Esquizofrenia…

Autor: Trabajo de Vicent Pi Navarro[7]

RESUMEN: El texto introduce las problemáticas del diagnóstico del DSM (1) basado en las características de los trastornos mentales, y en su nivel estadístico, respecto a la casuística que se dan en esas características, mientras que otros diagnósticos como los de la psicopatología psicoanalítica, buscan estructuras mentales internas y las diferencian de sus manifestaciones sintomáticas. Por otra parte, la escuela no tiene una formación clínica para los tratamientos de los trastornos mentales graves y los servicios psicopedagógicos tampoco la tienen. Por lo que sería muy deseable recursos especializados clínicos que orientasen en el tratamiento y el diagnóstico. Por otra parte las adaptaciones curriculares que se les dota a estos alumnos, están muy alejadas de su subjetividad. Las dificultades en estos trastornos son normalmente de carácter sobre todo afectivo y social, no tanto cognitivo, aunque puede quedar también gravemente afectado. En ese sentido se propone adaptaciones curriculares sobre el modelo constructivista real que parta de los intereses, manifestaciones y comportamientos del alumno con graves problemas de personalidad, ya que sus problemas son de su estructura mental y no de sus déficits cognitivos. Hay que tener en cuenta que muchos de estos alumnos llegan a veces como deficientes mentales y a centros de educación especial, aunque otros pueden llegar a la universidad, según la gravedad, con un tiempo para ellos en su infancia y adolescencia, que su diagnóstico y tratamiento sería fundamental para su normalización y adaptación al medio social. Por lo tanto, se propone dentro del aprendizaje y de las adaptaciones curriculares, pasar de una educación curricular normativa y del déficit, a un constructivismo que parte del análisis de la subjetividad y sus manifestaciones, y donde predomine la relación profesor alumno. Este tipo de entender la educación está por encima de la tecnificación y el autoritarismo, o la enseñanza unilateral y más directiva, sobre todo en los alumnos con problemas mentales graves. Un aprendizaje cercano a la subjetividad del infante que postulaba Vigostky (2) en su Zona de Desarrollo Próximo y sobre proyectos curriculares basados en los contenidos afectivos de esa relación.

PALABRAS CLAVES: Constructivismo, Zona de Desarrollo Próximo, DSM, autismo, hiperactividad, propuestas educativas y clínicas.

[7] Psicoanalista, Exdirector del Servicio Psicopedagógico Escolar de Torrent (SPE V.4)

Introducción

El texto parte de la experiencia como maestro, orientar y director de un servicio psicopedagógico público, con formación psicoanalítica, preocupado por las intervenciones en los alumnos con problemas graves de personalidad en las escuelas, institutos o centros de educación especial, que no tenían un soporte institucional que comprendiese sus dificultades ni un tratamiento curricular adecuado, en la mayoría de los casos.

Los Trastornos Graves de la Infancia en Psicopatología Psicoanalítica se pueden agrupar, o a mí me sirve clasificarlos, en Trastornos Autistas, Psicosis Infantil y Límites de Personalidad en la Infancia, como grandes estructuras mentales cuya gravedad va de mayor a menor, como se determina en el DSM V, cuando se habla del Espectro Autista, y cuya diferenciación es clara aunque no es el motivo del actual texto. Pero sí que es oportuno porque atendiendo a los síntomas del DSM y no a la estructura mental se llega a falsos diagnósticos o que haya diagnósticos de moda como el Espectro Autista, Hiperactividad y Déficit de Atención, como años atrás he vivido Dislexia, Disfunción Cerebral Mínima o Epilepsia. El problema es que un mal diagnóstico estigmatiza al alumno y si el diagnóstico es grave deriva en una medicalización grande en los primeros años de vida.

Se considera que el trastorno autista y la esquizofrenia en los adultos son los trastornos mentales mas graves. Se diferencian en que el trastorno autista se da desde los inicios de la infancia y los trastornos esquizofrénicos en la juventud. Los síntomas de la esquizofrenia generalmente comienzan entre los 25 y los 30 años de edad según la bibliografía. La esquizofrenia de inicio temprano se produce antes de los 18 años, en la adolescencia. La esquizofrenia de inicio muy temprano en niños menores de 13 es atípica y muy rara.

En el autismo hay un déficit cognitivo, social y emocional, así como en el lenguaje, muy importante, que si no se trata en los primeros años de la primera infancia puede derivar en deficiencia mental. Los pacientes con esquizofrenia, sin embargo, pueden tener una gran inteligencia cognitiva, no así en lo emocional y social, y que aunque tienen graves limitaciones relacionales pueden llegar a tener un gran desarrollo profesional.

La psicopatología determina estructuras mentales. Se busca el estudio de la organización interna de la mente en las manifestaciones sintomáticas según su clínica, y para ello requiere una formación clínica como se ha dicho, así como experiencia. Aunque hay pruebas psicológicas proyectivas y pruebas más científicas que ayudan a su diagnóstico.

Vamos a presentar las problemáticas que conllevan éstos infantes en los entornos educativos desde la infancia a la adolescencia, por no hablar de los jóvenes en Centros de Educción Especial, bachilleres y en la universidad.

Aunque hay muchos relatos que los definen y a veces contrapuestos, en tema de la psicopatología, incluso pruebas objetivas y pruebas proyectivas que se utilizan, la experiencia del evaluador como clínico determina a la vez el diagnóstico, porque el análisis de las pruebas y la observación tratan de una subjetividad analizada por otra subjetividad. En el mundo escolar es prescriptivo el uso del DSM.

En realidad los diagnósticos ven las diferencias que hay entre cierta

normalidad y las divergencias respecto a esa norma. La otra cuestión es quien determina la norma, y qué es la norma, y por qué salirse de esa norma es patológico y en qué grado. No hace mucho en el mundo escolar no se consideraban los diagnósticos y se trataban las dificultades escolares evaluando los déficits curriculares. Tenía de bueno que al no poner etiquetas no se estigmatizaba al alumno, pero era excesivo el énfasis que se ponía en el déficit cognitivo cuando como hemos dicho las dificultades son emocionales y relacionales sobre todo.

Lo normativo se refiere a lo que es esperable en las distintas etapas del ser humano. Por lo tanto se considera lo que se tiene que pensar, hacer o sentir, relacionarse o cumplir unas normas implícitas preestablecidas en cada cultura y según la edad. Es decir, lo que es normativo en una cultura puede ser extraño en otra. En todo caso lo normativo en educación queda relegado normalmente a lo cognitivo que se sobrevalora y se determina por el currículo de cada etapa educativa, aunque en ese mismo currículo se habla del mundo relacional y afectivo.

Son así bloques curriculares de distintas materias que siguen los estadios evolutivos del ser humano, como hizo Piaget (3,4) respecto al desarrollo intelectual en forma más científica, o Freud en las etapas psicosexuales. Piaget era más objetivo que Freud porque se basaba en la observación y media la inteligencia cognitiva, tenía en cuenta la conciencia y sus representaciones, sus observaciones podían ser observadas por otros investigadores cognitivistas. Sin embargo no tenía tanto en cuenta el aprendizaje social como Vigotsky, ni la importancia del mundo emocional, y por lo tanto del inconsciente.

Freud lo tenía más crudo porque es imposible medir el inconsciente, la pulsión, incluso inviable la calidad y la cantidad del mundo afectivo y el sufrimiento, que entra dentro del mundo subjetivo, aunque también partía de la observación de los fenómenos que se llaman síntomas. Así y todo, sus descubrimientos son observables, registrables y conocidos por la gente común, como la Etapa Edípica, la Etapa Anal, la pulsión… que ven los profesores en las escuelas infantiles y las otras etapas descritas por él, si se les da la formación y los parámetros para observarlos.

Respecto al párrafo anterior surgen las dudas que tampoco las etapas tienen fecha de caducidad, la etapa edípica es de tres a seis años, más o menos, o sea que puede empezar más tarde, terminar antes, o después,…Recorre por lo tanto la segunda infancia y el segundo ciclo de infantil. La etapa de latencia, todo profesor sabe que los alumnos están más tranquilos, recorre la etapa escolar de primaria en la cual se aprende a leer, a escribir,… hasta la adolescencia. Las edades de cuando empieza o termina una etapa cambian en las generaciones, en el paso del tiempo, como observamos la gente de cierta edad. Ahora unos adolecentes la empiezan antes y otros después, aunque la sensación actual es que la adolescencia empieza antes y termina muy tarde, a diferencia de tiempos no tan lejanos.

Tanto Piaget como Freud pensaban que si no se pasa bien una etapa, o no se pasa, las complicaciones mentales se multiplican y tendríamos que hablar una vez más de lo normativo/subjetivo. Sin embargo este hecho hay que destacarlo en ambos autores porque en reeducación o psicoterapia, hay que saturar o pasar por la etapa que no se pasó o se hizo de forma disfuncional. Es decir, hay problemas si se va más rápido como en la sobredotación

porque se tiene en cuenta lo cognitivo pero no el mundo emocional y social, o muy lento si se tienen problemas cognitivos, o no se va si hay problemas mentales graves como en el autismo.

Otra cuestión importante es que las etapas tienen su disponibilidad genética, orgánica, ambiental y mental, en un momento determinado, que si se sobrepasa ya no se pueden adquirir las habilidades que corresponden, sean motrices, cognitivas, afectivas,… aunque ahora con los descubrimientos de la neurociencia estas creencias se han relativizado, como hemos observado con el trastorno autista que se consideraba poco o nada educable, pero con estimulación adecuada se puede experimentar su evolución.

Cada etapa tanto en Piaget como en Freud y en otras escalas evolutivas, sufren los límites de la edad que varían de unas culturas a otras, o a lo largo de la historia, considerando que cuando se sobrepasa la edad hay una cronificación pero a la vez en entornos de aprendizajes especiales dada la plasticidad del cerebro, es factible la recuperación parcial o total. Además los aprendizajes forman un todo y están interconectados, no hay un aprendizaje cognitivo si no es en relación con el aprendizaje afectivo y los vínculos con los cuidadores y sus semejantes; así como una relación con los aprendizajes anteriores que hacen de soporte contenido para las nuevas adquisiciones.

Es clásica la postura de Piaget que hay un aprendizaje evolutivo, en serie, por lo que no se puede saltar una etapa, o lo que es lo mismo, saltarse una etapa o no saturarla implica problemas en el aprendizaje y en la evolución.

Cuando se pasa de etapa en el aprendizaje, el anterior queda como significado, queda incluido, queda integrado como contenido reprimido o primario. El infante pone su empeño en levantarse y andar, pero cuando tiene esas habilidades pierde el interés en ellas y se focaliza en otras actividades sensomotoras más complejas, y cada vez más en otras habilidades verbales y simbólicas como el juego.

En ese sentido se establecen relaciones de inclusión de los aprendizajes primarios en aprendizajes más complejos. Los aprendizajes más primarios como el andar, una vez logrados, se intentan saturar afianzando la experiencia. Luego se relacionan con otros aprendizajes para encontrar habilidades que los incluyan. El infante corre y puede ir en bicicleta. Esto implica procesos complejos de saturación de un aprendizaje por la experiencia afectiva, asimilar nuevos contenidos y que se produzca adaptación al medio externo y al medio interno. Todo un proceso de gestión del mundo corporal, cognitivo, afectivo y social.

Los aprendizajes tienen las características:

- Los aprendizajes y los logros en una etapa se van a ver conformados en todas las áreas de experiencia que tenga el sujeto.

- Supone así que el aprendizaje se da si se ha adquirido la maduración en la etapa evolutiva, si se produce en la acción y si se tiene experiencia en todas las áreas de la personalidad que quedan integradas.

- Si el aprendizaje se produce en la dimensión social, dentro de las relaciones que establece la cultura y que Vigotsky estudió como necesario e imprescindible. Si el aprendizaje y la saturación de los significados se da en la Zona de Desarrollo Próximo, o lo

que es lo mismo, cerca de las manifestaciones de los conocimientos adquiridos por el sujeto. En la saturación de los aprendizajes se da la repetición de la experiencia que la consolida y la afianza.

- El aprendizaje se da en entornos de cuidado social, que deriva en vínculos de apego, como se dio en los primeros momentos de la infancia y que de forma general y metafórica se ha llegado a nombrar como parte de la función de cuidado, así como en la protección del infante que implica confianza y deseo, para la experiencia del aprendizaje nuevo, que se ha venido también a llamarlo como parte de la función social. Estas funciones que tiene todo ser humano, se concreta en una relación de apego social, interés por la cultura y lo nuevo, que sirve de modelo cultural al educando.

- Si hay procesos de incorporación de nuevos significados y reorganización de los significados anteriores, la inclusión de los nuevos, se termina en el logro de una síntesis mayor, una mayor abstracción y de mayor simbolismo. El infante aprende a andar, luego a hablar y posteriormente aprende a hacer cálculos matemáticos.

- Si hay problemas en alguna de las áreas a integrar en los aprendizajes, hay una fijación en esa etapa y un miedo al pase a la experiencia nueva, a una nueva etapa.

- De la misma manera puede ocurrir que problemas sobrevenidos en una etapa o estadio, implica una regresión a otra etapa más inmadura, pero que permite gestionar la situación conflictiva, ya que es más conocida, en un retraso en la evolución mental. Una enfermedad nos puede llevar a una regresión de cuidado impidiendo los estudios, hasta que estemos en condiciones de realizar ese trabajo.

En todo caso, con el cerebro plástico que nos aporta las neurociencias, ya no es tanto así como hemos dicho, y aunque se cronifiquen las patologías con los descubrimientos de la neuropsicología, por ejemplo el descubrimiento de las neuronas espejo y la importancia de la imitación en el espectro autista, sabemos que siempre se aprende y se cambia, hay más optimismo en el aprendizaje y en la posibilidad de nuevas adquisiciones. Para ello cada vez hay más recursos técnicos y de procesos interactivos para la mejora de los déficits en los currículos y de las discapacidades de los humanos. Por cierto, ya Piaget habló de la importancia de la imitación que permite que la persona cree una representación y pueda transformar una acción en un conjunto de imágenes en su cerebro que le permitan asociar situaciones similares a esa, para realizar una respuesta semejante.

Al final, quiero poder expresar las dificultades de los diagnósticos, los estigmas que puede producir en los niños, adolescentes y jóvenes, en su autoestima, en sus expectativas y en sus aprendizajes, cuando se habla de edades con una gran plasticidad neuronal, con recorridos individuales distintos, y en entornos de aprendizajes diversos, que es lo que nos tendría que motivar para su estudio y aplicación educativa más adecuado.

Cuando empecé en educación, casi era un pecado poner una etiqueta a un alumno. No servía para nada, según se

entendía, porque no derivaba en la aplicación de programas que corrigiera los déficits. Se necesitaba saber las características, los déficits del alumno, sobre ese diagnóstico cualitativo, se buscaba un programa que corrigiera los déficits. Ahora se requieren informes técnicos y el diagnóstico en base al manual DSM para obtener los recursos que se obtienen de las administraciones.

Los trastornos mentales de la infancia en el DSM se reparten en diversos grupos, pero aquí vamos a nombrar el Espectro Autista y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, por su prevalencia en el mundo escolar y que se prolongan hasta la adolescencia.

Si hemos hecho todo el recorrido es para especificar la complejidad de los diagnósticos y ahora con el añadido que en el DSM se estudian sobre síntomas, características y manifestaciones según su prevalencia estadística, con sus confusiones y falta de concreción ya que se basan en la subjetividad del evaluador y como hemos dicho se necesita formación clínica. Por ejemplo el déficit de atención lo tenemos todos cuando nuestra mente se ve involucrada en cualquier situación de miedo, angustia, trauma,… es un síntoma del espectro autista y de los trastornos graves de la adultez. Todos los trastornos graves tienen déficit de atención, pero también todos los humanos cuando tenemos un conflicto que absorbe nuestra mente en su solución.

Tendríamos que hablar si sobre un diagnóstico determinado, trabajamos sobre sus déficits, los programas que se determinen en base al currículo de la edad que le corresponde, o se tiene en cuenta la subjetividad del alumno para construir desde ella los procesos de aprendizaje dentro de entornos educativos que protejan y cuiden esa identidad. Siempre se ha valorado que ser un excelente maestro implica que eduque más que enseñe, es decir, el currículo como pretexto para una relación fecunda y para que el alumno se desarrolle según sus intereses, necesidades y capacidades, identificándose con los valores del docente y la cultura que representa.

Los TGD o Trastornos Generalizados del Desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo. Son trastornos mentales graves en la infancia que afectan gravemente el desarrollo. En el DSM IV se clasificaban en subcategorías que resultaban poco claras y efectivas, por lo que en el DSM V se les llamó Trastorno del Espectro Autista, sin subcategorías.

Los alumnos TEA, Trastorno del Espectro Autista, es la nueva denominación para nombrar a los alumnos con graves trastornos mentales y que cada vez más son diagnosticado, así como son dotados de recursos en la escuela. Como es un espectro se considera la gravedad dentro de ese abanico tan variado.

El TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad está caracterizado por una dificultad de mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas, y unido a la falta de control de sus impulsos, con o sin descargas motoras y excitabilidad motriz.

La clasificación de estos trastornos ha sido cuestionada en distintos momentos, pero sobre todo nos vamos a fijar en las problemáticas que ocasiona en el medio escolar, cuando en los propios manuales del DSM se destaca la importancia de la formación clínica y la experiencia en el diagnóstico.

Por otra parte, la clasificación

diagnóstica del DSM sirve sobre todo para obtener recursos, así como los tratamientos en los centros educativos, y en centros externos, en las reeducaciones, y conseguir recursos que se aportan a estos infantes cuando en los centros educativos no son suficientes. A veces, las escuelas e institutos se ven sometidos a los diagnósticos y tratamientos externos que no van a la par de los ofrecimientos educativos escolares.

Análisis de la situación:

Hay que considerar que los Trastornos Mentales de la Infancia antes eran llamados Trastornos Generales en el Desarrollo en el DSM IV (hay que observar que además de los TGDs, hay otros trastornos mentales de la infancia que no consideramos aquí). En el manual del DSM IV ("DSM IV. manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON S. A. Barcelona - 1ª edición 1995") dice:

"Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Esta sección incluye el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no es-pecificado. Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental".

En realidad era una ensalada de etiquetas basadas a nivel estadístico como hemos dicho, y en referencia a características o síntomas, con lo cual era más descriptivo que estructural. Pero se empezó a pensar en el autismo y a producir diagnósticos para la petición de recursos escolares. Sin embargo los orientadores tenían muchas dificultades porque no son especialistas en psicopatología.

Mientras, antes en el mundo escolar, neuropediatría y en el mundo familiar, se había puesto de moda el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), siendo uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes de la niñez.

El TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, según el DSM IV, es un trastorno neurobiológico de carácter crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética. Está caracterizado por una dificultad de mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas y unido a la falta de control de impulsos.

Para mí, como he dicho, es un falso diagnóstico que describe síntomas y también hace una ensalada de subdiagnósticos o subetiquetas, donde caben la mayoría de niños movidos, inquietos, o que no prestan atención, y que justifica a nivel neurológico los fracasos escolares.

Desde un posicionamiento más concorde con el constructivismo escolar, era prioritario saber las necesidades educativas de los infantes, es decir las características y los déficits, el qué le pasa, para pasar al qué hacer, ya más inclusivo, relacional y sistémico en el aula.

Con los recursos escolares y sociales que se requerían para los alumnos con necesidades educativas especiales,

tantos internos al sistema educativo, como los recursos externos, como las becas a los fracasos escolares, se incluyó el diagnóstico del DSM, pero no se mejoró, creo yo, en los procesos, en la adecuación de los recursos a esas necesidades, por lo menos en el TDAH y el TEA, y tampoco en los trastornos mentales de la adolescencia y la juventud.

Si es genético, neurológico, u orgánico el trastorno mental, no dice cuales son las capacidades ni los recursos, ni las adaptaciones curriculares a tal patología. No define las características psicológicas ni las causas ambientales, ni las capacidades para poder desarrollarlas. El método escolar constructivista precisamente busca esas capacidades, intereses, para desde ahí poder evolucionar, aprender, transformar, construir aprendizajes.

Por otra parte considero que cualquier trastorno es un conjunto de concausas genéticas, constitucionales, ambientales, relacionales,… y que según la prevalencia de algunas de ellas se puede producir el trastorno y que determine mayor o menor gravedad. En todo caso solía decir que sobre lo genético no se puede transformar en la escuela, ni en lo constitucional, pero sí en los aprendizajes sociales y en el control ambiental.

Tanto en el DSM IV como en el DSM V se han cuestionado estos diagnósticos desde plataformas con más autoridad que ésta. Para ver un ejemplo se puede conectar con la web (5) donde te introducen en otros documentos sobre el tema:

https://www.sepypna.com/documentos-y-publicaciones/documentos/criticas-al-dsm-v/

Si bien es verdad que nos fijamos en el efecto en el mundo escolar, se puede leer en la anterior web el texto: Documento escrito por Allen Frances sobre el DSM-V.

En un trabajo resumen de Gabriel Vulpara, sobre Allen Francés, primero lo presenta: “El Dr. Frances ha sido jefe de la fuerza de tareas del DSM-IV y del departamento de psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad Duke. Actualmente es profesor emérito en Duke”

Luego dice en la web citada (apuntamos dada la extensión de los documentos lo que nos interesa a nuestra exposición):

“Tasas más altas de trastornos mentales:

En términos de contenido, son más preocupantes las muchas sugerencias que el DSM-V podría dramáticamente incrementar las tasas de trastornos mentales. Esto aparece de dos maneras:
Nuevos diagnósticos que podrían ser extremadamente comunes en la población general (especialmente después del marketing de una siempre alerta industria farmacéutica).
Umbrales diagnósticos más bajos para muchos desórdenes existentes.
El DSM5 podría crear decenas de millones de nuevos mal identificados pacientes “falsos positivos” exacerbando así, en alto grado, los problemas causados por un ya demasiado inclusivo DSM-IV. Habría excesivos tratamientos masivos con medicaciones innecesarias, caras, y a menudo bastante dañinas. El DSM-V aparece promoviendo lo que más hemos temido: la inclusión de muchas variantes normales bajo la rúbrica de enfermedad mental, con el resultado de que el concepto central de “trastorno mental” resulta enormemente indeterminado”.

Y más abajo:

“El SINDROME DE RIESGO DE PSICOSIS es ciertamente la más preocupante de las

sugerencias hechas para el DSM- V. La tasa de falsos positivos sería alarmante, del 70 al 75% en la mayoría de los estudios más cuidadosos, y aparentemente mucho más alta una vez que el diagnóstico sea oficial, para el uso general, y se convierta en un blanco para las compañías farmacéuticas. Cientos de miles de adolescentes y jóvenes adultos (especialmente, según parece, aquellos incluidos en MedicAid) recibirían una innecesaria prescripción de antipsicóticos atípicos. No hay prueba de que los antipsicóticos atípicos prevengan de episodios psicóticos pero, definitivamente sí causan gran y rápido aumento de peso (ver la reciente advertencia de la FDA) y están asociados a la reducción de la expectativa de vida, por no decir nada sobre su alto costo, otros efectos colaterales y estigmas-.

Esta sugerencia podría llevar a una catástrofe de salud pública y no hay prueba de campo posible que pueda justificar esta inclusión como un diagnóstico oficial. El intento de identificación temprana y tratamiento de individuos en riesgo es bien intencionado, pero peligrosamente prematuro. Debemos esperar hasta que haya un test de diagnóstico específico y un tratamiento seguro".

Continuas voces se han ido levantando en contra de la medicación, para dar prioridad a programas educativos y de psicoterapia, en todo caso con parecidos resultados y sin los efectos peligrosos de la medicación.

Una noticia del periódico el mundo, con fecha 04/05/2016, se hace eco de una recomendación en EEUU: "Las autoridades sanitarias de Estados Unidos han instado a médicos y padres de familia a optar por terapia antes que medicamentos para tratar a los menores con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD). "Se ha demostrado que (la terapia) es tan efectiva como el medicamento, pero **sin el riesgo de los efectos secundarios**", declaró en conferencia de prensa Anne Schuchat, la subdirectora de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Pese a los beneficios de tratar la condición con terapia, el reporte indica que cerca del 75 % de los niños menores de 6 años toman medicamento para controlarla".

Pasa lo mismo como en los alumnos con trastorno en el desarrollo. Además, estos diagnósticos tiene un gran impacto en la sociedad en términos de coste económico, angustia familiar, recursos sociales y familiares, más clases de reeducación que empeoran los síntomas, problemas escolares al no investigar causas familiares, escolares, ambientales,… y problemas vocacionales por el fracaso escolar, así como una importante disminución de la autoestima del sujeto afectado. No digamos en los Trastornos en el Desarrollo, que además se les suele añadir cierta deficiencia mental.

La etiología no está completamente aclarada en ningún de los dos casos; en todo caso en el DSM y luego en el DSM V son trastornos multifactoriales, pero al añadir la base biológica, neuronal y predisposición genética que interactúan con factores ambientales, los pronósticos se agravan por la medicación.

Con el DSM V, los Trastornos en el Desarrollo pasaron a ser Trastornos del Espectro Autista, más clínico, pero al ser espectro, cabían de mayor a menor gravedad la inmensa mayoría de los trastornos mentales de la infancia. Por otra parte, se intentó hacer desaparecer la hiperactividad y el déficit de atención, que es un diagnóstico claramente sintomático y está en todos los trastornos del espectro autista, como diagnóstico asociado.

Como los intereses creados son tan

poderosos continúa diciéndose TDAH cualquier infante que se mueve mucho o que no presta atención, es decir, cualquier infante que molesta o no le presta atención al profesor.

Sin embargo, como hemos dicho, los alumnos TEA ahora están tomando más evidencia no solo de su existencia, sino que hay una proliferación de diagnósticos.

Con motivo de la sensibilización social que existe en la actualidad sobre los pacientes y alumnos TEA, se observa en ocasiones una gran confusión y diagnósticos excesivos. Por otra parte, hay una preocupación tanto en los profesionales de la educación como en los padres por los tratamientos que se dan a estos afectados.

Desde el Servicio Psicopedagógico Escolar de Torrent, habíamos estado trabajando con estos alumnos, hasta que nos prepusieron la creación de las aulas específicas en centros ordinarios para la atención de alumnos TEA, que en la comunidad Valenciana llamamos Aulas de Comunicación y Lenguaje (Aulas CyL).

Desde nuestra experiencia profesional queremos manifestar, las grandes deficiencias en la educación de estos alumnos, entre otras causas, por la falta de formación clínica en los SPEs, ya que son especialistas en pedagogía o psicología, pero no en clínica, por lo que no saben de psicopatología ni de tratamientos psicoterapéuticos. Por otra parte, los profesores logopedas y de pedagogía terapéutica, que son los encargados de los tratamientos, aun están más alejados de tener los instrumentos profesionales para su educación.

Debido a la gran relevancia personal, educativa, social y sanitaria de los TEA, así como los infantes TDAH, su elevada prevalencia, se necesita y se justifica la aportación de todos los conocimientos que sobre el tema se puedan aportar desde todos los modelos científicos, para minimizar las consecuencias personales y sociales del Trastorno. En ese caso, no estaría de más la creación en los SPEs de unidades especializadas con psicólogos clínicos, y profesionales profesores logopedas y de pedagogía terapéutica, con formación especializada en estos trastornos.

Hay que considerar que estos niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento, falta de regulación emocional y dificultades en las relaciones socio-familiares como consecuencia de los síntomas propios del TEA y el TDAH. El curso de estos trastornos es crónico y requiere tratamiento a largo plazo, con el correspondiente coste social.

Por otra parte ya hemos dicho que la impulsividad, la falta de atención, la motricidad, son síntomas del Espectro Autista. Es decir, los síntomas del TDAH son comunes a la mayoría de la estructura TEA. Y aquí diferenciamos entre síntomas o características visibles o comportamientos, y estructuras psíquicas internas que se manifiestan externamente como síntomas.

Sin embargo hablar de autismo implica consecuencias graves en la evolución del infante, haya trastorno autista o se esté en su espectro. Debido a sus comportamientos extraños, como aislamiento, rabietas, estereotipias, excitaciones, fantasías, obsesiones,… generan dificultades en la aceptación de sus diferencias, en su inclusión en la escuela y en la atención de sus necesidades. Pero pasa lo mismo con los adolescentes y los jóvenes con problemas mentales graves.

El método escolar que llamamos constructivismo, tampoco se adapta a estos escolares, como hemos dicho por

falta de formación del profesorado, con lo cual el déficit educativo se hace irremediable. La escuela se puede hacer inflexible y tiende a culpabilizar a los padres, éstos a los profesores, a la administración educativa o a los propios alumnos, que en algunas ocasiones se escolarizan en Centros de Educación Especial.

En ese sentido como hemos dicho se propone adaptaciones curriculares sobre el modelo constructivista que parta de los intereses, manifestaciones y comportamientos del alumno con graves problemas de personalidad, ya que sus problemas son de su estructura mental y no de sus déficits cognitivos.

Por lo tanto, se propone pasar de una educación curricular normativa, y del déficit, a un constructivismo de la subjetividad donde predomina la relación profesor alumno, sobre la tecnificación y el autoritarismo o la enseñanza. Volver al aprendizaje real de la Zona de Desarrollo Próximo que postulaba Vigotsky que consiste en construir proyectos curriculares basados en los contenidos afectivos de esa relación y sobre las competencias cognitivas y sociales de estos alumnos. Estos proyectos está claro que no están en los libros, sino que se construyen teniendo en cuenta la subjetividad de estos alumnos.

La Zona de Desarrollo Próximo es la zona intermedia entre la Zona de Desarrollo Real por la que se aprende de forma independiente y se resuelven problemas y la Zona de Desarrollo Potencial que es cuando se aprende o se resuelven problemas con la colaboración de un cuidador, o con semejantes más cualificados y de aprendizajes mayores.

El aprendizaje social se da en la Zona de Desarrollo Próximo del alumno, que es el aprendizaje según las capacidades e intereses reales.

¿Nos podríamos preguntar cuál es la Zona de Desarrollo Próximo del alumno que tiene Trastorno Autista o el que está dentro del Espectro Autista? Está claro que esa zona son contenidos estereotipados sobre los cuales se tendrían que construir los aprendizajes. Sobre esos contenidos estereotipados, circulares que aíslan, que es una Zona de lo Real, si se introducen dentro de la relación con el educador, trae como consecuencia:

- El contenido estereotipado, la Zona de Desarrollo Real, forma parte del vínculo, se socializa para formar la Zona de Desarrollo Próximo, gracias al apego de la relación afectiva.

- La Zona de Desarrollo Próximo, en el vínculo casi simétrico con el referente social educador o cuidador, o semejante pero con más aprendizajes, forma la Zona de Desarrollo Potencial. Si el vinculo con el referente social es asimétrico y lejano, autoritario, no se puede acceder al aprendizaje por el cambio de estructura mental primaria en el educando, y compleja y cultural en el educador o cuidador. Al aportar contenidos el educador demasiados lejanos y abstractos, o con frialdad, no son asimilables por el infante y genera más frustración. Si la relación de apego es excesiva, completamente simétrica, tampoco hay aprendizaje, hay mimetismo.

De la misma manera que hay un psicoanálisis constructivista, sería interesante hacer un constructivismo clínico, basado en la relación de maternaje de los alumnos más graves, o hacer una pedagogía del doble y más psicomotriz o preverbal (6, 7), basada en los niveles cognitivos sensoriomotrices que tan bien describió Piaget. O en las organizaciones

preverbales que estudia el psicoanálisis actual. Ponemos solo el trabajo de Aucouturier (8), sobre la importancia de la psicomotricidad en el psiquismo infantil. Establece una Práctica Psicomotriz terapéutica y otra educativa y preventiva, que antes en España se solía hacer en las escuelas infantiles. Tiene como estrategia el apuntalamiento de los factores facilitadores de la maduración del niño a través de la vía sensomotora. Establece que en estas etapas del desarrollo del infante en el que se forma su pensamiento, no sólo cognitivo, sino su pensamiento profundo, inconsciente y fantasmático, se realiza a partir de la motricidad. Es una etapa somatopsíquica que parte de la acción y de la interacción con el medio, donde la sensorialidad, la motricidad, la corporeidad, la afectividad y el juego preverbal, es la condición misma de existencia, de desarrollo y de la expresión del psiquismo.

Pero los talleres de sensomotricidad como el baile, la música, ya más evolucionados, así como el teatro, la dramatización, la pintura, el deporte… y otros como los talleres prelaborables, serían perfectos como actividades con adolescentes en institutos ya que se basan en la acción y la colaboración. Todos los educadores conocen o han oído hablar de Célestin Freinet, entre otros grandes pedagogos, que desarrolló todo un abanico de actividades para estimular la libre expresión infantil, la cooperación y la investigación del entorno, facilitando la comunicación escolar y la formación de talleres, con una pedagogía basada en la acción y la experiencia.

Eso también en los principios del constructivismo significaba la metodología de los proyectos de aula, no de los libros, sino los proyectos que hacíamos en los inicios con los alumnos y las clases. Ahora habría que hacerlos como proyectos individuales sobre las manifestaciones y los intereses de estos alumnos TEA y TDAH, para promover una relación dentro de la Zona de Desarrollo Próximo que permitiese establecer posteriormente límites y un currículo más cognitivo. Porque establecida la Zona de Desarrollo Próximo, el alumno se siente reconocido y aprende contenidos curriculares ajenos a sus intereses estereotipados gracias a la empatía del profesor.

En varios libros y textos he defendido que los Trastornos Mentales Graves de la Infancia, pero también de la adultez, no toleran la autoridad, la relación asimétrica ni los contenidos curriculares establecidos. Estos parecen ser un problema de las administraciones educativas, pero no de los alumnos que estamos tratando. El empeño en el currículo ordinario agrava las relaciones escolares y del profesor-alumno. Estaba acostumbrado a las bajas por depresión del profesor, a sus quejas que no tienen autoridad con estos alumnos, o a la violencia en infantil que llega hasta los institutos.

Es una lucha absurda que agrava la patología de estos alumnos, para mí se abandona al profesorado a una enseñanza que no tiene resultados buenos y malogra su propia salud.

Para terminar esta cuestión solo hace falta observar que los alumnos con déficit intelectual, no crean problemas de conducta, son cariñosos, no agreden y se interesan por los contenidos curriculares aunque no les sirvan, tienen estructura mental, aunque la cognitiva esté disminuida. Pero tienen placer en la enseñanza, experiencia que no ocurre con el alumno TEA. Si es aprendizaje con el profesor, si se sienten queridos, aún se sienten más a gusto y aprenden con más

animo.

Otro problema añadido, es que en la atención de los TEA y el TDAH, intervienen las Administraciones Educativas, Sanitarias y Social, en muchas ocasiones, sin coordinación y con criterios propios.

Aunque es un recorrido el que hacemos muy escueto, da una visión de la complejidad de los trastornos que sobrepasa éstas pocas hojas, pero que es imprescindible apuntar para comprender a qué nos enfrentamos. Sabiendo, que cada vez más, hay diagnósticos que van en ese sentido.

Está claro, que en muchos Centros Escolares y en muchos profesionales, esto no ocurre, y dada la preocupación de atenderlos, se generan colectivos para dotarse de instrumentos educativos para su adecuada atención. Pero la atención a estas problemáticas no se puede dejar a la sensibilidad del profesorado, a su alto nivel de vocación, a su propio interés en formarse y especializarse, etc.

No se puede abandonar a los profesores, familias y a los infantes a una frustración cuando no se tienen los instrumentos educativos y diagnósticos especializados.

Por lo tanto, nuestro cuestionamiento no va tanto a los padres, profesores, y menos a los alumnos, si no a las Administraciones en la creación de profesionales formados, y en los centros y unidades para su educación, con los soportes y recursos humanos y técnicos adecuados.

Haciendo un pequeño esquema mental, nos va a hacer comprender más aún las problemáticas de los trastornos mentales.

Las personas las podemos dimensionar para su estudio, en que tienen cuerpo y una psique compuesta de un aparato cognitivo, otro social y otro afectivo. Todo ello armonizado e integrado. Del cuerpo emerge la psique que como el cuerpo y conjuntamente, necesita del mundo externo para su desarrollo y evolución.

Por lo tanto cualquier trastorno mental tendrá disfunciones, déficits o falta de gestión en alguna o en la mayoría de estas áreas.

En el mundo en sociedad, aparecen administraciones y servicios, que apuntan a éstas distintas áreas de la persona. Pero estos servicios tienen métodos de diagnósticos distintos y terapéuticas distintas, a veces no coordinadas, y en otras ocasiones, dentro de la especialidad, con métodos y corrientes opuestas.

Una de las complejidades de los trastornos, es que a diferencia de otras discapacidades, intervienen todas las áreas de la personalidad,… todas las Administraciones. Ya no es solo un problema de invisibilidad solo, sino de tratamiento, cuando los alumnos con diagnosticados.

Lo que está en juego es la subjetividad del niño y el respeto de sus manifestaciones, que se desarrollan en las áreas de la personalidad en forma de manifestaciones conductuales, síntomas, fantasías, afectos, cogniciones, capacidades intelectuales,…

Por una parte, estos alumnos no aceptan el aprendizaje directivo, con lo cual se agrava el trastorno, mientras que el constructivismo escolar, parte precisamente de esa subjetividad y de los emergentes en las áreas de la personalidad. Tampoco aceptan la parcialización de su subjetividad y que no se tenga en cuenta su identidad.

Vamos a hablar solo de algunos aspectos que nos preocupa:

- **La medicalización generalizada** de los afectados, que puede mitigar los síntomas, la intensidad afectiva y sensorial, por lo tanto la excitación y la motricidad, pero no se tienen en cuenta las posteriores consecuencias, cuando hay estudios científicos que muestran posteriores trastornos en la adolescencia y adultez, algunos más graves de lo que se quería remediar; por otra parte, no estamos en contra de la medicalización, consideramos que se requiere cuando los comportamientos imposibilitan el contacto con el cuidador. Pero se hace imprescindible para nosotros que se produzca cuando fallan las intervenciones educativas, psicoterapéuticas y sociales, o cuando el elemento genético o constitucional hace imposible la relación educativa.

- La medicalización hace que remitan los síntomas que inciden en el mundo afectivo, social y cognitivo, pero a la vez produce cambios importantes en las tres áreas psíquicas, impidiendo su desarrollo. En ocasiones, si no se acompañan los tratamientos psiquiátricos con la adecuada intervención educativa, terapéutica y social, no solo se agravan las patologías, sino que se puede llegar a la deficiencia mental, si los alumnos son medicalizados desde los primeros años de la infancia.

- Que sea un **"Trastorno Cajón de Sastre",** poco definido, sin clarificar a nivel científico las posibles causas orgánicas, neuronales o ambientales, y sin definir su estructura mental, atribuyendo a un conjunto de síntomas el diagnóstico de estos trastornos, cuando esos síntomas o comportamientos ocurren en la mayoría de los problemas mentales de la infancia, la adolescencia y la adultez. Se utiliza el DSM, que por una parte es de organizaciones mentales que coinciden en síntomas, y por otra parte en el mismo manual, se indica que para el diagnóstico se requiere formación clínica. Es decir, formación más experiencia.

- La radicalización que a veces se produce de ciertos modelos científicos, sobre todo la neuropsiquiatría, la modificación de conducta, el cognitivismo, el psicoanálisis… y los demás modelos psiquiátricos, educativos, psicológicos,… con exclusión de unos modelos sobre otros modelos científicos. Además es sorprendente que no haya una especialización de la psiquiatría infantil como en otros países.

Respecto a **su diagnóstico y tratamiento**:

- Hay que tener en cuenta las graves consecuencias que se tienen en los TEA y TDAH respecto al fracaso escolar en la infancia, conductas antisociales, dificultades en las relaciones interpersonales y adicciones, impulsiones, trastornos mentales graves en la adolescencia y adultez, por lo que el diagnóstico y tratamientos tienen que ser lo más definidos posibles, sin causar graves problemas al alumno, en la

inmediatez o en la posterioridad. Estos diagnósticos repercuten en la adolescencia y en la adultez como lacras que dificultan la autoestima, la socialización y el trabajo potencial. Todos los ámbitos profesionales tendrían que tener en cuenta los estudios científicos sobre el TEA y TDAH, que se confunde con una gran variabilidad de trastornos mentales de la infancia. Cada vez hay más evidencias que el tratamiento inadecuado en la infancia, luego en la adolescencia y adultez, ocasionará una gran variedad de problemas de salud mental como psicoticismo, depresión, ansiedad y otros trastornos que van a afectar la vida de la persona, su desarrollo vital y su vida en sociedad.

- En los últimos años se han dado a conocer numerosas investigaciones que identifican correlaciones de diferente naturaleza con el TEA y TDAH. Se trata de patologías físicas, reacciones a terapias medicamentosas, condicionamientos ambientales de varios tipos, embarazos desfavorables, trastornos psicopatológicos de diverso grado y naturaleza pero que, por presentar una sintomatología semejante o compatible con la que se describe como TEA y TDAH, obtienen, en función de este criterio, el mismo diagnóstico. No es pues de extrañar que la forma de diagnosticar hoy día el TEA y TDAH genere de hecho gran confusión, despistando a aquellos médicos y psicólogos que omiten realizar una investigación exhaustiva del conjunto de factores etiológicos y patogénicos intervinientes, con un daño potencialmente importante para la salud de los menores.

- El trastorno se da en otras patologías, como en la Depresión Infantil y otros, por lo que hay que considerar que trastornos están interactuando, que factores neurológicos, biológicos, afectivos y ambientales inciden en el afectado, y que prevalencia tiene cada factor.

- Consideramos que si no se tratan todas las áreas de la personalidad, se parcializa al niño en su subjetividad, cuando se trata al cuerpo, sus déficits cognitivos, a sus problemas sociales, sin verlo en su totalidad o por lo menos tenerlo en cuenta.

En consecuencia, manifestamos nuestra defensa de un modelo sanitario, educativo y social, donde la palabra sea un valor a promover y donde cada paciente sea considerado en su particularidad.

Manifestamos nuestra repulsa a las políticas asistenciales que persiguen la seguridad en detrimento de las libertades y los derechos. A las políticas que, con el pretexto de las buenas intenciones y de la búsqueda del bien del paciente, lo reducen a un cálculo de su rendimiento, a un factor de riesgo o a un índice de vulnerabilidad que debe ser eliminado, poco menos que a la fuerza.

Desde nuestro posicionamiento, se requiere la dotación de mayores recursos económicos, personales, equipos interdisciplinares y métodos con claras evidencias científicas aportadas por estamentos libres de connivencias

económicas. Así mismo se necesita establecer coordinación entre los servicios educativos, salud mental y servicios sociales para no parcializar a los alumnos pacientes.

Así, en los Servicios de Orientación Educativa y Psicopedagógica de los colegios de educación infantil y primaria e institutos de educación secundaria (Servicios Psicopedagógicos Escolares en Valencia) EOEPs y Departamentos de Orientación, tendrían que tener planes realistas para la inclusión de los alumnos en el ámbito educativo, sin relegar a la medicalización la responsabilidad de esta atención a la diversidad. Así mismo en los informes psicopedagógicos y en las adaptaciones curriculares, se tendría que priorizar, no tanto la etiqueta y la reducción de los síntomas, sino las necesidades educativas del alumno y sobre todo sus intereses y competencias.

El diagnóstico clínico psicopatológico del niño con TEA se basa en la conducta observada en la interacción con el niño y los padres. La interpretación de la función y significación de una conducta alterada, ausente o retrasada depende de una sólida base de conocimiento clínico. La experiencia del profesional también es muy importante. Sin embargo, en un primer momento hay que considerar que el diagnóstico sea una hipótesis que tiene que someterse sistemáticamente a prueba. Es importante hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos similares y si la situación lo requiere, se hará un diagnóstico interdisciplinar. Los equipos interdisciplinares se hacen necesarios, con aumento de la dotación de medios económicos y humanos a las unidades de Salud Mental Infantil, con tratamiento psicoterapéutico del TEA, y equipos con psiquiatra infantil, psicólogo clínico y trabajadora social.

De todo ello, se implica la necesidad de programas, en los cuales se intervenga no solo en los servicios especializados del mundo educativo, sanitario y social, sino en el familiar y en la divulgación social.

Para ello la necesidad de programas consensuados con evidencias científicas de educación psicológica para educadores, personal docente, trabajador social, familia,… y que apoyen desde todos los ámbitos la intervención con el TEA y TDAH.

Asimismo que profesionales y sobre todo las familias sepan de los distintos tratamientos médicos, educativos y psicoterapéuticos, sus objetivos, métodos, consecuencias,… para que puedan participar, apoyar y corresponsabilizarse de los mismos.

Dado que todos los estudios científicos, indican que los síntomas del TEA y TDAH disminuyen o desaparecen con un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado, ambos de manera multimodal, respetando la subjetividad del sujeto, con tratamientos educativos constructivistas, comprensivos y desde sus capacidades, atendiendo a su diversidad y a sus necesidades educativas, todas las administraciones y profesionales, medios sociales y de comunicación, tendrían que procurar por los derechos del niño, su bienestar, aportando los entornos necesarios para que tengan una vida plena y adquieran el máximo desarrollo personal.

En el ámbito profesional y en las Administraciones, la defensa tanto del diagnóstico como de los tratamientos, a veces, parecen convicciones, más que evidencias científicas, y prejuicios más que observación de resultados.

En ámbitos profesionales y sociales prevalece un desprecio hacia ciertas

teorías y prácticas terapéuticas y educativas, sobre todo cuando hay trastornos mentales, en un afán de huir de la complejidad, la subjetividad y del compromiso relacional, que impiden tener una visión más global del niño y del adolescente, impidiendo diagnósticos y tratamientos complementarios, alternativos o más eficaces.

En términos generales, **nuestra posición, va en contra de patologizar y medicalizar**, sobre todo en niños y adolescentes, conductas que en la mayoría de ocasiones son evolutivas, otras se deben a una respuesta ocasional a un entorno conflictivo escolar, familiar, social… otras implican un sufrimiento, otras es una respuesta ambiental. Por lo que el respeto a la identidad del afectado debe preservarse, intentando comprenderlo, sin añadirle más estigma social, estudiando las posibles causas y factores que inciden y provocan los comportamientos disruptivos, respetando la libertad y autonomía del tratamiento escogido, haciendo así responsable al niño o al adulto, a la familia, con toda la información disponible.

Bibliografía:

(1) DSM IV. manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON S. A. Barcelona - 1ª edición 1995

(2) VIGOTSKY LEV S. (1934). Pensamiento y lenguaje; La Pléyade, Buenos Aires.

(3) PIAGET, J. La psicología de la inteligencia. Barcelona : Editorial Crítica, 1999.

(4) PIAGET J. (1970). La teoría de Piaget. En: Monografía de Infancia y Aprendizaje 2, dedicada a Jean Piaget. 1981.

(5) https://www.sepypna.com/documentos-y-publicaciones/documentos/criticas-al-dsm-v/

(6) **PI V.** (1999). La figura del doble en el aparato mental infantil. Revista de Psicoterapia y psicosomática. Nº 42. Julio de 1999.

(7) **PI V.** (2003). Experiencias con autistas, psicóticos y caracteriales: la mano de dios. Promolibro, Valencia, 2003.

(8) AUCOUTURIER, B. (2004). Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz. Editorial Graó.

Miradas extraviadas: El desarrollo del ser consciente desde el autismo.

Autor: Amador Tarazona Martorell[8]

RESUMEN: El texto que presento a continuación forma parte de un seminario específico sobre los trastornos mentales graves y el autismo. Nace como un esfuerzo por comprender como se produce el desarrollo del ser consciente. Abordaré esta pregunta desde la experiencia de trabajar con niños autistas. Para ello en primer lugar es imprescindible definir que entendemos en la actualidad por trastornos del espectro autista y cuáles son las principales explicaciones que tratan de dar cuenta de las distintas alteraciones que lo caracterizan. En segundo lugar a través de la metáfora de la cámara oscura trataré de facilitar una comprensión fenomenológica amplia de que significa ser consciente y cuáles son los tres niveles de conciencia básicos. En tercer se expondrá una hipótesis sobre cómo se desarrolla la conciencia y cuáles son las posibles alteraciones que afectan a su desarrollo. En este camino espero poder mostrar la importancia que tienen para el desarrollo de la conciencia, los fenómenos de la identificación y la introyección, y en consecuencia señalar como el desarrollo de la conciencia está íntimamente relacionado con las relaciones sociales tempranas.

PALABRAS CLAVE: autismo, espectro autista, niveles de conciencia, intersubjetividad, introyección, identificación, simbolismo, diferenciación.

[8] Psicólogo, psicoterapeuta en INDE.

1. Del autismo de Bleuler al Trastorno del Espectro Autista.

El autismo fue conceptualizado originalmente dentro de la esquizofrenia y poco a poco ha ido perfilándose hasta constituirse como una entidad clínica con una sintomatología bien definida y con un curso evolutivo característico. En el camino hacia su diferenciación el autismo ha atravesado tres grandes etapas:

- **Eugen Bleuler y la vinculación autismo psicosis y esquizofrenia:** Históricamente se asocia el primer uso clínico de la palabra autismo a un psiquiatría Eugen Bleuler quien publica en 1913 "La Demence precore au groupe de schizophrenies". A partir de ese momento autismo, psicosis y esquizofrenia fueron conceptos estrechamente relacionados, tanto, que en muchos casos, definiciones y criterios diagnósticos se solapaban, resultado difícil su diferenciación (el autismo llego a concebirse como una forma de esquizofrenia infantil). Bleuler entendía el autismo como una huida de la realidad exterior o un refugio patológico en la vida interior. Fue precisamente aquí donde muchos investigadores discreparon con él. Si bien es evidente la retirada de la realidad en el autismo, esta no se produce de una forma "voluntaria". Las personas autistas no se marcharon del mundo social en el que vivieron. Es más acertado pensar que nunca estuvieron en él, al menos no como se esperaba.

- **Diferenciación clínica del autismo:** Fue a partir de 1930 cuando diferentes autores se plantean la necesidad de diferenciar de la psicosis y esquizofrenia un síndrome específico con una sintomatología muy clara. Mitchell Rutter (1933) en su artículo "Childhood Schizophrenia reconsidered" sienta las bases para la diferenciación del autismo y la esquizofrenia infantil. Diez años más tarde aparecen las primeras descripciones del autismo como un trastorno con características propias y diferenciales. Existe un amplio consenso en otorgar a Leo Kanner (1896 -1981) la primera conceptualización y diferenciación clínica del autismo infantil (1943), aunque sus trabajos fueron coetáneos a las observaciones de Hans Asperger. (1906 – 1980). En cualquier caso, la labor de ambos resulta fundamental para comprender como el autismo es entendido hoy en día. Ambos basaron su trabajo en las observaciones de diferentes niños que presentaban graves alteraciones del desarrollo. Describieron el comportamiento de estos niños y sistematizaron sus observaciones hasta aislar un conjunto de síntomas característicos muchos de los cuales constituyen hoy los criterios diagnósticos del autismo.

- **El "espectro autista":** El siguiente hito histórico lo encontramos en el trabajo de Lorna Wing y Judith Gould (1979) quienes llevaron a cabo un importante estudio sobre la incidencia de la deficiencia social en una población más amplia y no exclusiva de personas diagnósticas de autismo. En él, detectaron la existencia de "síntomas autistas" frecuentes. Defendieron la concepción del autismo como una dimensión continua, donde existen diferencias en cuanto a la sintomatología, su variedad e intensidad. Propusieron lo que se conoce como la triada del autismo.

  - Alteración de la interacción social.
  - Alteración del lenguaje y la comunicación.
  - Comportamientos e intereses restringidos e estereotipados.

Hoy en día, aunque prevalece la concepción del autismo como un síndrome dimensional (diferentes grados de afectación en diferentes aspectos afectivos o cognitivos) las últimas revisiones del DSM han supuesto un ligero cambio. Ya no se consideran tres déficits sino

simplemente dos, uniendo los aspectos del lenguaje y la comunicación dentro de las afecciones de la interacción social. No quiero extenderme demasiado y no creo que estos cambios afecten a la utilidad de este seminario. Por ese motivo presentaré a continuación una descripción de los síntomas más característicos del autismo.

2. Definición de los trastornos del espectro autista:

Los trastornos del espectro autista son concebidos hoy como un conjunto de alteraciones del desarrollo, caracterizadas por la presencia más o menos significativa de (unión de criterios diagnósticos DSM IV – V):

1) Una alteración cualitativa de la interacción social:

I. Alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
II. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
III. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
IV. Falta de reciprocidad social o emocional

2) Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por:

I. Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral.
II. En sujetos con un habla, alteración de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
III. Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
IV. Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas:

I. Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
II. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
III. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
IV. Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

Ahora, una vez definido el concepto de autismo, voy a presentaros algunas de las teorías que tratan de dar cuenta de "que es lo que falla en el autismo". Desde su diferenciación hasta la actualidad ha habido muchos intentos por explicar que la patogénesis de los distintos síntomas del autismo. Entre las más recientes y las que mayor consenso científico han generado podemos encontrar.

- **Hipótesis centradas en el desarrollo de la Teoría de la Mente:** Este modelo postula el autismo como un fallo en el desarrollo de la Teoría de la Mente (TM), es decir un fallo en el entendimiento de las personas como seres con mente. Dicho de otro modo, las personas con autismo tendrían dificultades para entender que las personas tenemos diferentes

deseos, intenciones, emociones y creencias y que éstas son las que determinan el movimiento y la conducta.

- **Hipótesis centradas en déficits en la Coherencia central:** la teoría fue propuesta por U. Frith (1989) y desarrollada posteriormente junto con su principal colaboradora F. Happé (Frith 1989, Frith y Happé, 1994). Defienden que el aparató cognitivo de los seres humanos se caracteriza por una tendencia a procesar la información en unidades de alto nivel de significado a costa de perder detalles. Esta tendencia se pondría de manifiesto tanto a nivel conceptual como perceptivo. En el autismo existiría una incapacidad para construir significados de alto nivel de integración.

- **Hipótesis centradas en una alteración de la Función Ejecutiva:** La función ejecutiva es un constructo usado para describir las conductas de pensamiento mediadas por los lóbulos, frontales y prefrontales. Gracias a su actividad podemos regular la propia conducta en función de las normas sociales y contextuales. Para ello necesitamos un sistema cognitivo que nos permita planificar, controlar nuestros impulsos, inhibir respuestas automáticas, realizar una búsqueda organizada de alternativas y dar flexibilidad al pensamiento. Toda conducta de función ejecutiva comparte la habilidad para desprenderse del entorno o contexto inmediato, guiarse por modelos mentales o representaciones internas de la realidad (Dennis, 1991). Estas habilidades estarían gravemente alteradas en el autismo.

- **Hipótesis socio-afectivas: Intersubjetividad y empatía:** Recientemente algunos autores vuelven a sostener la idea de que el desarrollo de las capacidades que hacen posible la adquisición de una teoría de la mente se establece a partir de experiencias socio-afectivas (Hobson, 1991, Mundy y Sigman, 1989; Meltzoff y Gopnick, 1993; Mundo, 1995). Para los modelos de este tipo, lo realmente importante es esclarecer el papel que juegan las relaciones sociales que los bebés y sus cuidadores establecen durante el primer año de vida. Aquí entren en juego variables como la empatía, la reciprocidad emocional y la atención conjunta.

Podemos concluir que el autismo se relaciona, pues, con una dificultad en la capacidad de integrar las percepciones en unidades dotas de un significado más amplio, que esta dificultad puede interferir en la formación de una teoría de la mente y en el desarrollo de lo que la ciencia cognitiva denomina función ejecutiva. Por último, y aunque ya fueron Kanner y Asperger los que señalaron tal posibilidad, solo recientemente se ha vuelto a prestar a tención a como las relaciones sociales tempranas influyen en este proceso.

3. La conciencia y sus niveles.

La presente conceptualización se sustenta en las postulaciones de Ken Wilber quien teoriza una conciencia humana estratificada en 9 distintos niveles. En concreto nos ocuparemos aquí de los que denomina niveles pre-personales que incluye el nivel sensorio-físico, la conciencia emocional-fantásmico y la conciencia mente-representacional[9]. Para entender su visión me voy a valer de lo que se conoce como cámara oscura (Figura 1). Esta ha sido conocida desde la época antigua y a partir del siglo X ya se utilizaba para explicar la formación de imágenes en el ojo. Consiste principalmente en una caja cerrada en la que una abertura deja entrar la luz en su interior. Lo interesante es que en la pared interior de la caja se proyecta una imagen invertida de aquello que se coloca entre la luz y la abertura de la caja. Esto ejemplifica lo que hemos conocido como primer nivel de conciencia.
Aunque este fenómeno físico ocurre en el ojo, es fácil extrapolarlo. Una pared interior en la que se proyectan las imágenes que

[9] Wilber, K. Psicología Integral. Editorial Kairós. Barcelona, 1993

percibimos, entendiendo aquí imagen por unidad de experiencia. Pero, la conciencia es algo mucho más complejo. Prestemos atención al dibujo que muestro bajo estas líneas. La conciencia no solo es una imagen reflejada en el interior, implica además "un alguien" que observa dicha imagen, es decir, la conciencia es dual: un sujeto – un objeto. Por tanto, al hablar del desarrollo de la conciencia no solo debemos considerar la formación de una imagen mental sino la formación de un "yo" (imagen de uno mismo) que observa dicha imagen. Esto compondría el segundo nivel de conciencia.

El tercer nivel de conciencia es producto de una abstracción mayor. De una vuelta de la conciencia sobre sí misma. Aquí el sujeto se observa a si mismo observando. Constituye la experiencia de ser consciente de que se es consciente.

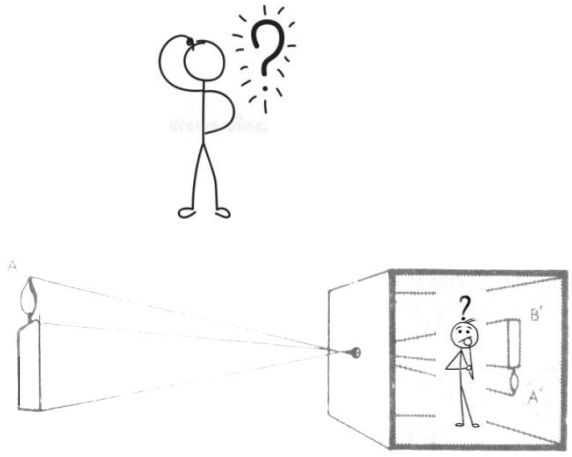


Fig. 1: Figuración de los niveles de conciencia.

4. El desarrollo del ser consciente.

Me gustaría ahora atender al desarrollo neurológico del niño desde el momento de su nacimiento hasta los 48 meses, momento en el que para muchos queda ya configurada esa Teoría de la Mente de la que hablábamos líneas más arriba. Pero lo más interesante sin lugar a dudas será combinar estos desarrollos con algunas dinámicas relacionales, que con mayor o menor frecuencia, caracterizan la vida socio-afectiva del recién nacido y sus progenitores. Con ello espero poder mostrar como la experiencia social influye continuamente en nuestro desarrollo. Ya advierto que serán muchas las cosas que nos quedarán por el camino. El desarrollo en los primeros años de vida esta tan amplio y variado que excede por mucho el objetivo de este seminario.

- Integración perceptiva y formación de una imagen mental.

Detengámonos por un momento y tomemos perspectiva. Al nacer y a pesar del increíble potenciar que encierran, los bebés son poco más que un conjunto de respuestas reflejas. Pasan gran parte del tiempo durmiendo y cuando algo perturba ese dormir, reaccionan con frecuencia a través del llanto. Eso que perturba su reposo tiene el cariz de los sensorial, una sensación displacentera que molesta. Existe también por contrapartida una sensación placentera que reconforta: esta es probablemente una de nuestras primeras polaridades que experimentamos (placer-displacer). Sin un sistema nervioso todavía lo suficientemente maduro, todo se reduce a eso un conjunto de sensaciones placenteras o displacenteras. El bebé no ha desarrollado la capacidad diferenciarse de sus sensaciones, únicamente siente y es uno con esa sensación. Esta es la fase autista que describió Mahler como una etapa a-objetal en la que no hay diferenciación "yo" – "no yo". He utilizado el termino sensación y no percepción porque en este momento estas experiencias tempranas no poseen ni una organización ni un significado definido. Son meramente eso, impresiones sensoriales. Por ser uno de los más estudiados, tomare como ejemplo el caso de la visión.

Al nacer y aunque los ojos estén perfectamente desarrollados el cerebro del niño todavía no puede procesar correctamente toda la información que estos le proporcionan. En el primer mes de vida, los bebes no ven nada que sobrepase los 50 cm de profundidad, distancia a la que suele encontrarse el rostro de su cuidador principal. A partir de ahí todo lo ve borroso.

Poco a poco empezará a mover los ojos de forma coordinada, aprenderá a enfocar y a seguir con ellos los objetos que se mueven.

Este es un primer hito importante. El bebe empieza a atender con su mirada a todo aquello que se mueve. Poco a poco desarrollará la profundidad, la percepción del tamaño y la forma de los objetos. El paso de la sensación a la percepción transcurre desde decodificación a la reconstrucción. Los estímulos visuales por ejemplo están directamente relacionados con la percepción de ondas de luz. No vamos a entrar aquí en detalles fisiológicos, simplemente mencionar: La luz choca contra los objetos del mundo externo y es recibida por los ojos donde es descompuesta y transformada en impulsos electro-químicos que son enviados a regiones occipitales del cerebro. Estos después de múltiples conexiones con diferentes núcleos corticales y subcorticales son re-configurados a través de diferentes niveles de integración hasta producir una "imagen mental" o "Gestalt".

A grandes rasgos podemos diferenciar tres niveles de integración:

A. En el primer nivel integramos toda la información que procede de un único canal sensorial (en el caso de la visión, por ejemplo: luminosidad, color, forma, profundad,….todos estos aspectos son procesados e integrados para formar de nuevo en una única representación mental).

B. En el segundo nivel de integración añadimos la información procedente de distintos canales sensoriales (visión-odio-tacto-sensaciones propioceptivas – táctiles – olfativas…) todas ellas se unen en una misma experiencia.

C. El ultimo nivel de experiencia es aquel en el que añadimos no solo la información que se nos presenta a nuestros sentidos sino además todo aquello que proviene de nuestra experiencia pasada (nombres, conceptos, recuerdos, conocimiento del mundo,…). Este es el funcionamiento cognitivo apuntado por la teoría de la coherencia central.

Los fallos en la integración perceptiva unimodal y miltimodal, propios de este primer nivel de conciencia son muy probablemente los responsables de los síntomas descritos en el punto 3D de los criterios diagnósticos expuestos anteriormente:

- *Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).*

Resulta muy difícil entender cómo se configuran fenomenológicamente la percepción de algunos niños autistas. Los objetos pueden darse en blanco y negro o cambiar de color, las distintas perspectivas (frontal, lateral, oblicua) pueden coexistir, como si se tratase de una percepción cubista del mundo y por si fuera poco estas configuraciones no son estables, sino que tan pronto como se articulan en una figura estable y suspendida en la conciencia pueden desintegrarse, sacudirse para adquirir nuevas formas. Imaginemos ahora por un momento que puede suceder cuando además de considerar la luz y la visión añadimos el tacto, el olfato, el gusto, el oído y los sentidos propioceptivos, (esto constituiría un fallo a un nivel de integración perceptiva superior). La cantidad de información que tenemos que configurar en un todo estable es tal que lo realmente difícil es estar de acuerdo en que una rosa es una rosa. Pero de algún modo es así.

El bebé adquiere finalmente la capacidad de representarse internamente los objetos del mundo externo y ya desde ese momento esa representación interna esta mediada por la relación con sus progenitores. ¿Cómo se caracteriza en estos primeros momentos la relación del bebé con ellos? Mientras el bebé está gran parte del tiempo durmiendo, sus movimientos se asemejan más a movimientos espasmódicos que actos intencionales.

Cuando sale de la cuna es para estar en brazos

de sus cuidadores y solo unido a ellos se desplaza por el entorno. Llora…tiene hambre, se ha hecho pipi-caca, tiene frio-calor: Desde el primer día los progenitores están muy atentos a cualquier expresión del niño. Si llora, lo alimentan; si llora lo cambian. Él no sabe aún qué le pasa y mucho menos solucionarlo. Sus progenitores atienden a cualquier señal y averiguan que ocurre. Lo solucionan. Aquí es donde se pone en juego lo que algunos llaman confianza-desconfianza. El bebe no sabe lo que pasa, no sabe cómo solucionarlo pero adquiere la experiencia de que sea lo que sea se soluciona.

Pero ¿Qué están haciendo los padres en este momento? Podríamos expresarlo del siguiente modo…"llora porque tiene hambre" o "llora porque quiere comer". Los padres y madres pueden ser muy buenos en esto, diferenciar los distintos lloros, y acertar en las necesidades de los niños. Aquí estamos atribuyendo un significado al llanto del niño "llora = hambre". Muy pocas veces he oído decir…llora porque siente displacer o malestar. En sus acercamiento, tal vez verbalicen "¿tienes hambre bebé?, ven que te voy a dar de mamar" o "¿estás cansado peque? Vamos a dormir." Aquí mucho antes de que el niño sea capaz de entenderlo los padres comienzan a significar las acciones y experiencias del niño.

Para entender el acierto de los progenitores es necesario hablar de la mutualidad. En el momento de dar al pecho la madre nota si se agarra bien o no, si chupa o no. Cuando lo mece y lo abraza nota la presión que ejerce sobre su cuerpecito, y viceversa. Lo que es más importante es que uno y otro reaccionan a este primer contacto que es físico e interpretado en términos de placer-displacer. Se acomodan los dos a estas señales uniéndose en una actividad co-sentida. Bruno Bettelheim llamó a esto mutualidad. Tal vez sea el principio de la reciprocidad y la empatía.

- **Identificación: el yo-objeto como unidad dual.**

Tenemos a un recién nacido que en sus primeros meses ha ido madurando sus sentidos hasta llegar al punto de poder formar una imagen mental o representación interna de aquello que percibe. Entre los 6 y los 8 meses ya tendrá el sentido de la visión desarrollado plenamente. Al mismo tiempo que se desarrolla la capacidad de distinguir visualmente los objetos, posee una tendencia innata a prestar atención al rostro humano. Miran antes y durante más tiempo a caras humanas que a cualquier otro estímulo (Faraz Farzin; Chuan Hou; Anthony M. Norcia, 2012)[10]. Entre los 3 y los 6 meses, al mirar a otra cara los bebes sonríen de forma indiscriminada. No reconocen características distintivas de un rostro concreto, no reconocen a quien miran, solo reconoce "un rostro humano". A partir de los 6-8 meses ya es capaz de negar la sonrisa de las personas que no conoce. Podemos postular pues que entre los 3 y los 8 meses de edad el niño se formará una representación interna concreta que además de las características de configuración facial posee asociaciones mnésicas[11], es decir, a partir de entonces posee una representación interna de la madre.

En cambio, el reconocimiento de su propia imagen en el espejo ocurrirá en algún momento entre los 6 y los 18 meses. Estos datos concuerdan con la descripción de Mahler de las etapas del desarrollo infantil. Así pues, el niño reconoce a la madre antes que a sí mismo. Algunos psicoanalistas han dado gran importancia a la mirada a partir de estos momentos, afirmando que no es sino a través de la mirada de la madre que el niño se reconoce ya que esta representa el primero espejo. ¿Qué imagen obtiene? Una madre que sonríe, una madre que esta triste, una madre que está ausente. Esta es la primera imagen que tendrán de sí mismos y a partir de la cual empezarán a construir su "yo", en estos momentos un "Yo-objeto" como unidad.

- **Identificación:** Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste.

[10] Piecing it together: Infants' neural responses to face and object structure, Faraz Farzin; Chuan Hou; Anthony M. Norcia Journal of Vision December 2012, Vol.12.

[11] Spits, R., El primer año de vida, (1965)

Hasta ahora he hablado de cómo los recién nacidos miran a las personas que les son significativas y les sonríen. Como se identifican con ellas. A este nivel de desarrollo, además, se contagian emocionalmente sus estados. Empatizan con ellas y empiezan a comunicarse a través de expresiones fundamentalmente emocionales. Solo a través de este sentir al otro, sentir junto con el otro, es posible percibir actitudes en los demás. Y los neonatos a los pocos meses ya están preparados biológicamente para establecer esta empatía.

Existe un sistema neuronal conocido como "neuronas espejo". Descritas por Rizzolatti[12] inicialmente en la corteza motora de los primates superiores, son neuronas con respuestas que se han denominado bimodales: visuales y motoras. Hay buenas evidencias de que en el ser humano, constituyen un complejo sistema neuronal que participa de forma importante en la capacidad de reconocimiento de los actos de los demás, en la identificación con estos, e incluso en su imitación. Los investigadores encontraron que algunas veces, al hacer registros de la actividad de las neuronas de la corteza motora de los monos, estas células se activaban sin que el mono realizara movimiento alguno. Se encontró que, cuando los investigadores realizaban ciertos movimientos, las neuronas de la corteza motora del mono se activaban, como si el animal fuera a realizar el mismo movimiento. Es como si en la corteza motora del mono se reflejaran las acciones del investigador, confiriéndole la posibilidad de identificar con su propio cuerpo lo que veía en el otro. Se ha especulado que este sistema de neuronas se encuentra en la base de los procesos de imitación y en la realización de formas de aprendizaje por imitación. Igualmente se ha sugerido que el hecho de que neuronas espejo sean profusas en el área de Broca podría explicar su participación en la adquisición del lenguaje, contribuyendo con un sistema capaz de imitar complejos patrones de movimientos en la boca. Se ha encontrado también que en áreas relacionadas con la expresión emocional, existen neuronas espejo que constituir la base de nuestra comprensión de lo que les sucede a los demás, relacionándolo con la empatía.

En el autismo, además de poder existir un fallo en la integración perceptiva se puede producir una alteración en el proceso de identificación que acabo de describir. Pelphrey et al (2002)[13] diseñaron un estudio para averiguar en qué se fijan las personas con autismo. Usaron un EYE TRACKER para seguir la mirada de los sujetos ante fotografías de expresiones emocionales básicas. El grupo con autismo se centraba en parte de la boca o en las zonas de contraste (patrón característico de los bebes -2 meses- cuando todavía no tienen los mecanismos visuales plenamente desarrollados). Por otro lado, Ramachandran y Oberman observaron que las neuronas espejo parecen efectuar precisamente las mismas funciones que parecen estar alterada en el autismo. La primera evidencia experimental provino al constatar que los niños autistas no muestran datos electroencefalográficos cuando observan a otros sujetos realizar actos motores, lo cual sugiere que el SNE no se activa normalmente y por tanto son incapaces de un reconocimiento empático de las conductas de los demás.

Alteraciones en estas características del desarrollo podrían muy bien explicar los criterios diagnósticos 1a y 1d:

- *Alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales: contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.*

- *Falta de reciprocidad social o emocional:*

- **Simbolismo y diferenciación:**

Hasta ahora, el bebe ausente de las destrezas motoras necesarias permanece en gran medida en los brazos de sus cuidadores. Pero a partir de los 6 meses empezará a explorar el mundo de una forma más activa, empieza a darse la vuelta cuando se lo tumba en el suelo, gatea, trepa, se pone de pie.

[12] *Rizzolatti, Las neuronas espejo; los mecanismos de la empatía emocional, Paidos 2006*)

[13] Visual Scanning of Faces in Autism. Pelphrey et al. Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 32, No. 4, August 2002 (© 2002)

Esa figura con la que se identifica que se ha asociado a sensaciones placenteras por la satisfacción de las necesidades es objeto de exploración: la cogen del pelo, la tocan, pasan las manos por su cara. A partir de estas acciones se desarrollan los primeros juegos sociales recíprocos por tales entendemos aquellas actividades en las que el niño hace algo y su compañero de juego responde de una forma tal que crea sensaciones placenteras, que le divierte: "cu-cu-tras", "pinto pinto gorgorito", "aserrín aserrán", "palmas palmitas", "cinco lobitos", "al trote y al galope".

Todos estos juegos poseen una gran importancia. Por un lado reflejan los logros de la permanencia del objeto (los objetos no desaparecen a pesar de no verlos), el creciente dominio del propio cuerpo y además empiezan a establecerse las primeras relaciones causales: hacer algo y ver qué pasa.

En su relación con la madre, el niño ya no está tan pegado a ella, aumenta la distancia relativa entre ellos y empieza a comprender que si él hace algo, la madre responde de una manera determinada. Se empiezan a diferenciar de ella en una suerte de Yo hago esto-Tu eso. La madre lo hace trotar, mueve sus deditos, le da placer. El se divierte, y quiere más. Así que hace un movimiento, mueve los brazos de arriaba abajo y la madre repite el juego. Al igual que cuando se ocupa de sus necesidades fisiológicas, obtiene satisfacción y en consecuencia enviste a eso que se la proporciona de deseo. Esta especie de "querer de ti" es fundamental para el desarrollo del niño y se anuda con otra de las capacidades más importantes del desarrollo evolutivo, que tendrá como máximo exponente la aparición del lenguaje. Esta capacidad es la simbolización.

Unas líneas arriba mencione como las percepciones reconfiguradas durante su paso por el sistema nervioso quedan "suspendidas en la conciencia". Hablar aquí de conciencia es más una aproximación a la psicología del adulto que a la del niño en sus primeros meses de vida. Cuando reflexiono sobre estos temas, no puede dejar de preguntarme cual es la relación entre la conciencia y lo que desde la ciencia cognitiva, que tanto ha rehusado tratar el tema de la conciencia humana, se ha conceptualizado como memoria a corto plazo.

Lo importante para el tema que nos ocupa es: Las percepciones quedan reconfiguradas formando una imagen mental y esta es "suspendida". Este concepto de suspensión lo tomo de A. Riviere quien dedico su vida profesional al estudio del autismo y a quien en nuestro país se le debe tanto. Con él refiere a la capacidad de una percepción de permanecer dentro del espacio mental en forma de "imagen mental" (y decimos imagen por su valor explicativo, no porque necesariamente sea de carácter visual ya que también podemos suspender sonidos, palabras, sensaciones táctiles, etc.) El concepto de suspensión hace posible establecer un paralelismo entre la psique y los negativos de los antiguos carretes fotográficos. La imagen producida por los sentidos queda por tanto "grabada" durante un tiempo relativo en un soporte que es a la vez material y orgánico y a la vez representación inmaterial. Desde el punto de vista orgánico se podría postular como un conjunto de circuitos neuronales que permanecen activos (por los que pasa una corriente eléctrica concreta) durante un tiempo concreto. Desde el punto de vista representacional hablamos de una imagen suspendida. Pero lo que realmente nos importa ahora no es la suspensión sino la simbolización. El bebe no solo es un mero receptor pasivo de todo aquello que percibe. Es más, todas las representaciones internas son creadas por él mismo, es capaz de simbolizar.

Desde el punto de vista orgánico podríamos decir que el bebe es capaz de activar la red neuronal que generalmente se activa ante la presencia de un objeto externo, "en la ausencia de éste." Desde el punto de vista psicológico decimos que el bebé empieza a simbolizar.

Ante la naciente impresión de separación con la madre, y su deseo, el bebé encuentra una nueva herramienta y la usa para crear una representación interna propia de aquello que quiere. Ya no es la imagen de la madre reflejada en su interior. Es una imagen de ella creada por cuenta propia. Para darle mayor profundidad podríamos detenernos a discutir sobre la relación entre el deseo y la

simbolización. Hay quienes postulan que el deseo desencadena la simbolización. Tomemos por ejemplo los sueños descritos por Freud como la satisfacción alucinada de un deseo, o las fantasías diurnas que nos rondan la cabeza cuando cocinamos o conducimos y imaginamos algo que queremos que pase. Pero volviendo a lo nuestro. El niño empieza a intuirse como algo separado de la madre, y quiere de ella; ha sido capaz de interiorizar una imagen suya y ahora es capaz de representársela en su ausencia.

Quiero detenerme en el punto 2. De los criterios diagnósticos mencionados al inicio del seminario especialmente en el punto 2A y 2D: *Alteración cualitativa de la comunicación manifestada por*:

> (a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral.
>
> (b) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

Puede resultar extraño encontrar el punto "d" dentro de un criterio específico para las alteraciones de la comunicación pero es que el lenguaje oral no sería posible sin la capacidad para simbolizar. De hecho autores como Vygotsky ya pusieron de relieve precisamente esto. Que el lenguaje (y pueden ser matemáticas, notas musicales, caracteres lingüísticos, ideogramas…) no es solo un modo de comunicarse sino una herramienta para simbolizar. El lenguaje oral no es más que un conjunto de señales auditivas que se asocian a una representación mental. A este nivel no son más que etiquetas pegadas a imágenes. Solo con el paso del tiempo el lenguaje formal y la capacidad de simbolización llegaran a entrelazarse hasta tal punto que se moldearan uno a otro continuamente. Uno se construye sobre el otro y viceversa. Por este motivo la ausencia o retraso del lenguaje o la ausencia de juego realista, variado o imitativo, se encuentra en el mismo apartado, porque ambos reflejan la capacidad de representar la realidad en ausencia de esta.

Surge el siguiente hito en el desarrollo de lo subjetivo: el YO-OBJETO como dualidad.

El niño aunque todavía de forma muy primitiva empieza a manejarse en esta dualidad yo – mamá y a ella antepone el mundo externo. La mejor prueba de ello lo tenemos en el surgimiento de lo que la ciencia cognitiva denomina conductas de atención conjunta: señalar, mostrar, seguir la dirección de la mirada del otro para localizar algo,…

Es entre los 6-12 meses que los niños desarrollan la habilidad de coordinar su atención de la de un interlocutor en relación a un objeto o evento. Ellas implican ya un juego a tres bandas. Aunque todavía no podemos hablar de la existencia de un sí mismo diferenciado es el fundamento que conducirá a una nueva forma de interaccionar con el mundo físico y social.

Tenemos por tanto a un niño pequeño ahora yacerá de los 12 meses que empieza a señalar y muestra objetos a sus padres, que empieza a emitir sus primeras palabras y que es capaz de representarse mentalmente el mundo que le rodea. Da sus primeros pasos, y va ganando en autonomía, se aleja de la madre, la busca con la mirada, vuelve a ella, repone fuerzas y se vuelve a alejar. El gran interés por un mundo repleto de cosas que son nuevas y fascinantes. El gusto por probar y desarrollar sus destrezas motoras, la creciente separación. Es en este momento donde empiezan a desarrollar una conciencia de sí mismo, conciencia que ganará fuerza hasta los 24 meses.

Una prueba de ello la encontramos en los experimento que realizo Michael Lewis y Brook-Gunn (1979)[14] Pintaron una mancha roja en la nariz de los bebes y después los dejaron enfrente de un espejo: ningún niño de menos de un año de edad toco su nariz, solo a partir de los 15 meses algunos niños se identificaban a sí mismos en el espejo, y a los 21 meses la mayoría de los niños lo hacían.

- *Aunque no figura dentro de los criterios diagnósticos la relación de algunos niños autistas con su imagen reflejada en el espejo es muy peculiar. Sienten una especial atracción por verse reflejados que en algunas ocasiones recuerda al de un bebé que se*

[14] Spits, R., El primer año de vida, (1965)

enfrenta por primera vez a la imagen de sí mismo.

- *Otra de las alteraciones que pueden entenderse a la luz de esta información son las dificultades que tienen algunos niños autistas en el uso de los pronombres YO-TÚ. Niños con un desarrollo verbal que está incluso por encima de lo esperable para su edad cronológica, invierten los pronombres, se hablan así mismos usando la segunda persona del singular o incluso refiriéndose a sí mismos en tercera persona.*

- **La importancia de la introyección:**

Introyectar es asumir algo que proviene desde fuera como propio. La introyección se relaciona estrechamente con la oralidad y los primeros años de vida. Una de las primeras funciones del infante es la alimentación, comerte algo que viene de fuera y procesarlo hasta incorporarlo al organismo, esto es asimilarlo de forma que forme parte del propio cuerpo. Pensemos todo lo que hemos dicho hasta ahora. Tomemos de nuevo esa imagen de un bebé, cuyo sistema nervioso todavía no está plenamente desarrollado, que es estimulado por primera vez por los objetos y fenómenos del entorno físico y social (no es del todo así puesto que el sistema sensorial ya está en funcionamiento antes del nacimiento, pero bueno, al menos tras el parto, la diferencia en significativa). En ese momento empieza a tragar (no se alimentaba anteriormente por la boca) y empieza a ser recipiente de una serie de estímulos externos que son representados interiormente. Conforme vaya pasando el tiempo estos estímulos son definidos con mayor claridad, sus cualidades se aprecian más nítidamente. Van generando (al igual que un objeto enfrente de una caja oscura), representaciones dentro de… se interiorizan. Tragamos lo que nos comemos, lo que vemos, lo que oímos, lo que tocamos,…
No solemos hablar de introyección para referirnos a objetos inanimados externos sino que por lo general hablamos de introyección de objetos en referencia a las primeras figuras de crianza (principalmente la madre). Pero los infantes más pequeños no hacen tal diferenciación: para ellos todos son objetos porque no atribuyen subjetividad a las personas. Por lo tanto al igual que se interioriza a figura de crianza, también se interiorizan los objetos inanimados. Esto es en definitiva lo que permite la formación de conceptos y explica la diferencia en los distintos conceptos mentales con los que nos manejamos. Un ejemplo típico de esta diferencia es fácil de evidenciar, tan solo necesitamos preguntarle a un grupo de personas que dibujen un árbol: algunos optarán por un naranjo, otros por un pino, un sauce o un nogal.
Hasta aquí he estado usando, a veces, de forma arbitraria interiorización e introyección. No es lo mismo. La introyección lleva aparejada además una característica distintiva de gran repercusión para el nacimiento de lo subjetivo. La identificación y la empatía.

- **Un paso más allá:**

Espero haber conseguido describir como en los primeros dos años de vida el bebé logra desarrollar una primera conciencia de sí mismo. Ésta es hasta ahora principalmente sustantiva. Es un “soy yo”. El siguiente paso en la formación de esa conciencia propia consistirá en la adjetivación “yo soy lindo, yo soy inteligentes, yo soy nervioso, yo soy desorganizado…”. Pero esto es algo que queda todavía muy lejos, probablemente será propio del cuarto nivel de conciencia, el primero de los que se denominan personales. Quería pararme antes.
Al mencionar que entiendo por ser consciente he mencionado tres niveles: el primero corresponde a la formación de representaciones internas, el segundo a la formación de un yo que percibe. El tercer nivel es de un orden superior. Es el ser consciente de ser consciente. Para eso la conciencia tiene que volverse sobre sí misma. ¿Cómo desarrollamos esta habilidad? Pues del mismo modo que hasta ahora. Si en primer lugar introyectamos una imagen materna y nos identificamos con ella, en este segundo lugar introyectamos una función y nos identificamos. Y con ello se inicia el

nacimiento del Superyó. Una instancia psíquica que se desarrolla a partir de los 24 meses de edad y se relaciona directamente con el "ser observado" El superyó resulta de la introyección de alguien que observa. Solo a partir de ahí puede calificar.
He comentado como a partir de los 12 meses el niño empieza a caminar y alejarse de la madre, como empieza a explorar el mundo. Como en ese distanciamiento el niño se vuelve hacia ella, la mira y ve que le mira. A parece aquí la aprobación y el consentimiento, la preocupación…Las madres en el parque están vigilantes de que sus pequeños no se caigan y se hagan daño. Esta función de observador es también tragada y asimilada por el organismo que la integra dentro de sí mismo como un "observarse a uno mismo". Y ese juego da numerosas posibilidades ya que permite la formación una conciencia de sí misma.
Cuando esta función de observación de uno mismo se vuelve hacia el pasado, puede coincidir con eso que conocemos como Juez, Crítico, Observador…. Pero qué pasa cuando esa misma función se vuelve hacia el futuro, entonces se asemeja mucho a lo que se conoce como Función Ejecutiva: Él que dice "esto no deberías hacerlo así" es el mismo que se pone en funcionamiento cuando: "para qué, qué necesitamos, como lo podemos hacer, qué ha salido mal, cómo puedo ir más rápido…". El actuar con intención de meta, el ser capaz de abstraerse, planificar y anticiparse.

5. Conclusiones

El desarrollo de la conciencia en sus tres primeros niveles consiste en, la capacidad de percibir y representarse internamente el mundo físico, la capacidad de construirse como un sujeto que percibe y la capacidad de observar a ese sujeto que percibe.
Estos tres niveles de conciencia están apoyados por la maduración neurológica inherente a nuestra naturaleza orgánica pero del mismo modo surge de la interacción social con un otro que es fundamental es nuestro desarrollo.
En el autismo encontramos alteración en estos tres niveles de conciencia. La sintomatología autista dependerá del nivel y el grado de afectación en el que se produzcan en:

- La capacidad crear una Gestalt perceptiva integrada
- La capacidad de simbolizar
- La capacidad de identificarse, introyectar, asimilar y diferenciarse del otro.

Estas mismas capacidades son esenciales para el surgimiento de la conciencia.

Bibliografía

APA. (2014) *DSM-5 - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,*. Madríd: Editorial Médica Panamericana.

Astington J. W. Harris P.L., &. O. (1988). *Developing theories of the mind.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Baron-Cohen S., L. A. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? . *Cognition* , 37-46.

Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child's theory of mind: A case of development delay. . *Journal of Child Psychology and Psychiatry* , 285-297.

Farzin, F., Hou, C., & M., A. (2012). Piecing it together: Infants' neural responses to face and object structure . *Norica Journal of Vision* .

Fina, F. C., & Ballabriga, M. C. (1998). Evolución conceptual del termino "Autismo", Una perspectiva historica. . *Revista de Historia de la Psicologia* , 369-388.

Hobson, R. (1989). Beyond Cognition: A theory of autism,. En G. Dawson, *Autism, Nature, diagnosis and treatment* (págs. 22-48). New York: Guildford.

Hobson, R. P. (1986). The autistic child's appraisal of expressions of emotions .

Journal of Psychology and Psychiatry , 321-342.

Laplanche J., P. J. (1996). *Diccionario de Psicoanalisis.* Paidos.

Lewis, M. &.-G. (1979). *Social cognition and the acquisition of self.* New York: Plenum.

Martínez, M. (2011). Intersubjetividad y Teoría de la Mente. *Psicología del Desarrollo;* , 9-28.

Ozonoff, S. P. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic children. Relationship to theory of mind . *Journal of Child Psychology and Psychiatry* , 1107-1122.

Pelphrey, & al., e. (2002). Visual Scanning of Faces in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder* .

Rivera, F. B. (2007). Breve Revissión histórica del autismo . *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria* , 333-353.

Rizzolatti, I. (2006). *Las neuronas espejo; los mecanismos de la empatía emociona.* Paidos.

Spitz, R. (1965). . *El primer año de vida: un estudio psicoanalítico de desarrollo normal y anormal de relaciones de objeto.* Nueva York: Prensa de Universidades Internacional.

Wilber, K. l. (1993). *Psicología Integra.* Barcelona: Editorial Kairós.

Wilber, K. (2000). *Una teoría de todo.* Barcelona: Editorial Kairós.

Educación y psicoterapia en infantes del espectro autista (TEA)

Autor: Vicent Pi Navarro[15]

RESUMEN: Dentro de un análisis de los problemas mentales sobre todo en el mundo escolar, y las dificultades en las coordinaciones con las otras administraciones sanitarias y sociales, teniendo además que tener en cuenta que los Trastornos Mentales en la infancia y en la adolescencia en los centros educativos causan los mayores problemas en la administración de los recursos pertinentes, se requiere un análisis y unos modelos tanto en los diagnósticos como en los modelos para construir las adaptaciones curriculares. Los Trastornos Mentales tienen afectadas sobre todo las áreas afectivas y sociales de la personalidad pero no las cognitivas, aunque por la falta de gestión emocional y sus aislamientos las cogniciones quedan mermadas por lo que es prioritario considerar sus déficits y encontrar un contexto seguro que les permita su adaptación al medio. Se requiere proyectos de inclusión reales y que partan de los intereses y de sus perfiles de aprendizaje para que encuentren contextos sociales donde tengan un proyecto vital que les permita la inclusión en la sociedad y su normalización. Estas mismas consideraciones tenemos que ver en la clínica y en las psicoterapias, considerarlas del ámbito social, porque tanto el psicoterapeuta que es un referente social, como que a la vez, se necesita encontrar en los centros educativos, familiares, en la comunidad escolar, personajes sensibles a sus dificultades para que encuentren espacios seguros, confiados, donde incluirse, para promoverse en sus habilidades y puedan construir un desarrollo vital, es decir, profesional, afectivo y social, según sus capacidades cognitivas. Para ello proponemos un modelo evolutivo de la mente a considerar como intereses muy específicos del TM, y la importancia de la relación social y afectiva en el mundo educativo, necesario para la inclusión y los tratamientos, por ejemplo los psicoterapéuticos.

PALABRAS CLAVES: trastornos mentales (TM), espectro autista (TEA), Eje Evolutivo de Bion, representaciones mentales, empatía, aprendizaje social, constructivismo, Zona de Desarrollo Próximo, la inclusión, brote psicótico.

[15] Psicoanalista, Exdirector SPE Torrent, Director Técnico Clínica INDE

Introducción:

Vamos a utilizar el Eje Evolutivo de Bion transformado en Representaciones Mentales (anexo 1) que he hecho en un principio para el mundo educativo y en el trabajo de las Aulas de Comunicación y Lenguaje (Aulas CyL) en la Comunidad Educativa. Las aulas CyL son aulas específicas en centros ordinarios para la atención especializada del TEA.

El Eje de Representaciones Mentales es un eje evolutivo, derivado del eje evolutivo de Bion que lo construyó como Categorías Mentales, he intenta explicar cómo se construye la mente a través de su desarrollo evolutivo. En su transformación en Representaciones Mentales estaría formado por: sentir sensación y sentir afecto sin conciencia, sensomotricidades sin o con conciencia, imaginación con conciencia narcisista o con conciencia social, palabra narcisista o palabra social, narración, cálculo algebraico...El Eje de Representaciones Mentales no es muy distinto al que construyó Piaget en sus etapas intelectuales que describió como las funciones y operaciones mentales que se esperan en una edad determinada y que utiliza unas representaciones mentales concretas hasta llegar al lenguaje verbal.

Para este desarrollo presento una transformación del documento que presenté en las Jornadas: PRO-SALUD MENTAL, I JORNADAS PITIUSAS (Ibiza), “LA EDUCACIÓN EN EL ESPECTRO AUTISTA: AULAS DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE”. Septiembre de 2008. Este documento revisado y actualizado es el que presento.

Vamos a utilizar también sobre todo la primera tópica de Freud: inconsciente, preconsciente y conciencia.

Y la teoría sobre la parte Psicótica de la Personalidad en Bion (anexo 2). El trabajo consiste en aplicar la teoría de la organización de la parte Psicótica de la Personalidad en adultos, cómo sería o cómo se constituiría en la infancia, con las trasformaciones que se requieren, teniendo en cuenta que la Tabla de Bion, modelo psicoanalítico, complejo y sofisticado, en realidad es a la vez una Tabla muy cognitivista y que él mismo indicó sus posibles modificaciones para distintos usos.

Estos presupuestos nos pueden orientar sobre los delineamientos que vamos a hacer a partir de ciertos conceptos y que nos interesa desarrollar e investigar tanto en la educación de estos infantes como en las relaciones psicoterapéuticas y que es aprovechable por distintos profesionales que tienen contacto con el TM, como los orientadores, psicoterapeutas, profesores tutores, logopedas o de pedagogía terapéutica.

Bion trabajaba con pacientes adultos y describió la parte psicótica de la personalidad en ellos, aunque no lo hizo que yo sepa con pacientes infantes. Pero sí utilizó el aprendizaje social que se produce en el desarrollo y en los primeros momentos de la infancia como la Función Alfa, para comprender como se produce, desarrolla y funciona la mente en los bebés y usó para comprender los trastornos mentales graves de los adultos. La Función Alfa, como función materna y por expansión del cuidador, psicólogo o función del intercambio social, para mí es la función de comprender y dar significado al lenguaje preverbal del bebé o del semejante, Bion la utilizó como metáfora y método de entender el significado emocional para explicar la empatía y la comprensión de los significados del

semejante en las relaciones sociales. Sin embargo el aprendizaje social también lo desarrolló Vigotsky y enfatizó la Zona de Desarrollo Próximo para un aprendizaje cooperativo y de inclusión.

Por otra parte Piaget, como ya hemos dicho, nos habla a la vez de otro desarrollo cognitivo y formula una serie de etapas en el desarrollo intelectual, que nos interesa especialmente la etapa sensoriomotriz y de las operaciones concretas, así como las funciones mentales de asimilación y acomodación al medio externo, la importancia que dio a la imitación y a la imagen visual, que ahora quedan refrendadas con las neuronas espejo descubiertas por las neurociencias y que permiten un acercamiento más científico a los problemas del autismo. Además las neurociencias aplicadas resaltan la importancia de la empatía en todos los procesos de aprendizaje social.

A nosotros nos interesa tener un modelo de lo que podría ser la parte psicótica de la personalidad en la infancia tanto a nivel teórico como a nivel clínico para el trabajo educativo y psicoterapéutico en los TEA, teniendo en cuenta que en los dos campos educación y clínica, entendemos que son procesos de aprendizajes casi simétricos en los infantes con problemas mentales graves, aunque el acercamiento y el contexto donde se produce sea distinto. Cabe recordar que para Bion, la psicoterapia es una técnica muy especializada pero es un aprendizaje que se parte de la experiencia interactiva con el psicoterapeuta.

1.- La prevención social en la infancia.

En los trastornos mentales no se puede determinar la causa, porque posiblemente haya una serie de factores que llevan a ello, como los genéticos, los constitucionales y los ambientales. Dentro de los ambientales, el mundo social con sus componentes emocionales y relacionales, son factores de crecimiento y desarrollo integral de las capacidades cognitivas, sociales y afectivas, pero también de frustración y de la exclusión social, que puede ser más evidente en los TM por las conductas disruptivas que pueden ocasionar.

Las escuelas y los institutos son por lo tanto ámbitos de desarrollo de la personalidad, donde las interacciones son máximas en los procesos de aprendizaje y es factible con los instrumentos que aporta el sistema educativo como SPEs, Orientadores Secundaria, Gabinetes Municipales, Adaptaciones Curriculares, Programas de Inclusión, Tutorías,… así como el constructivismo original, que haya una inclusión del Trastorno Mental a la convivencia que se da en la cultura educativa, evitando tanto la exclusión que puede hacer el sistema a los alumnos con TM, como éstos rechazar y excluirse de la sociabilidad escolar.

Por otra parte, las discapacidades cognitivas como el síndrome de Down, sus dificultades son sobre todo intelectuales, pero no tienen déficits en sus capacidades relacionales y afectivas. Sus procesos de aprendizaje se adaptan bastante bien a cualquier estructura organizativa y contextual que tenga en cuenta sus niveles curriculares cognitivos, aspecto que el profesorado puede tener en cuenta.

Sin embargo el TM no tiene problemas en el aspecto intelectual generalmente, pero sí en el social y afectivo. Con lo cual, más que tener en cuenta el déficit cognitivo, hay que considerar las relaciones de aprendizaje y sus dificultades de

adaptación al sistema. Con lo cual, temas como la autoestima del TM, las relaciones con el profesor y sus iguales, los vínculos de aprendizaje donde se incluyan sus intereses estereotipados para que se sepa reconocido, construir sus conocimientos sobre la base social y afectivo, son perspectivas que entran dentro del constructivismo más radical por humano, ya que se aceptan, se conocen y se aprenden desde las diferencias… donde la responsabilidad la sostiene el rol que cuida y protege, es decir, el profesor, el psicólogo, y las instituciones.

Las personas que padecen un TM mejoran con la actividad, con proyectos de vida y siendo incluidas en la cultura del grupo, incluido el ámbito educativo, para ello habría que considerar:

- Esta evidencia lleva a plantearse la necesidad de proyectos individuales curriculares que predomine la actividad física a la intelectual, la acción y la experiencia (Freinet), ya que el currículo cognitivo se convierte en excesivamente complejo y simbólico. La actividad del TM que se proyecta en el aula, se constituye como un proyecto de vida para él, ya que el alumno se sienta reconocido por su trabajo y aumente su autoestima. La participación en talleres y en actividades de preparación de materiales para el centro se hace imprescindible. También la formación profesional y las formaciones no regladas que existían antes con sus talleres. También son importantes las actividades deportivas y las mal llamadas marías, que no tienen un nivel elevado de abstracción y de simbolización.
- Que se programen proyectos de vida a su perfil de aprendizaje, enfocadas a la actividad social y aumenten sus competencias y autonomía, así como sus hábitos personales, familiares y escolares, ya que puede existir un abandono de los mismos.
- Actividades de sus intereses estereotipados pero dentro de un programa de socialización y de investigación en acción, que sea reconocido y valorado por el sistema educativo. Infantes y adolescentes con TM inteligentes desarrollan capacidades especiales que tienen que servir para darse a conocer, y construir no solo mayores aprendizajes (proyectos individuales del alumno) sino también que haya mayor sociabilidad dentro de actividades de cooperación (Vigotsky). De la misma forma participar en actividades no solo en sus congéneres sino además en ayuda en el aprendizaje a menores de edad.
- Utilizar sus habilidades en lo sensorial y en lo visual para su propio aprendizaje y el aprendizaje cooperativo, por ejemplo en rotulaciones, subrayado o el uso del ordenador. T
- odas las actividades que tengan un componente de aprendizaje relacional y social cooperativo de tipo simétrico, y que se muestre empatía hacia los componentes del grupo.
- Que haya generalización de los aprendizajes entre educación,

familia y entorno social. Y éstos con servicios sociales y sanidad.

- Que predomine por lo tanto la inclusión del TM, y para ello las adaptaciones curriculares sean de centro.
- Que se cree dentro del centro educativo, así como en la comunidad educativa una red de adultos y semejantes sensibles como referentes sociales para el trabajo de aprendizaje cognitivo, emocional y social.

Por otra parte hay que considerar en la infancia y las aulas de comunicación y lenguaje (aulas CyL) como una propuesta a analizar como modelo en el tratamiento de los alumnos TEA. Son aulas específicas en centros ordinarios para la escolarización de los alumnos del espectro autista cuando el sistema educativo ordinario no tiene suficientes recursos para su escolarización y es previsible que en la estimulación y prevención en la primera infancia, puedan evolucionar los alumnos hasta integrarse al sistema ordinario con los recursos pertinentes. Sin embargo, pueden ser aulas como los centros de EE, aulas de reclusión cuando no se sabe cómo educar a estos alumnos, fallando la inclusión en el sistema ordinario y sin una metodología claramente constructivista.

Lo importante de estas aulas no son ellas en sí mismas, si no que, promueven la prevención en el mundo educativo de los posibles trastornos más graves en la adolescencia y que se cronifiquen.

Sin embargo los proyectos de inclusión en TM deben de aspirar a una mayor inclusión para un mayor proceso de prevención y recuperación de estos trastornos, debido a que en los centros es donde se producen las mayores relaciones sociales y reacciones afectivas, que pueden ser trabajadas y consideradas como factibles de trabajo para el acceso al currículo cognitivo. Más bien éste debe ser un pretexto para la inclusión del TM en los centros y que haya adaptación a las relaciones y los sentimientos que producen, con sus semejantes y los profesores, así como en la comunidad educativa y social.

Por lo tanto la formación de los profesionales, los proyectos de inclusión, las adaptaciones curriculares y de vida, tienen que ser altamente especializadas, por lo que proponemos entre otras cuestiones:

1.- Se hable y se forme, se informe, respecto los alumnos del espectro autista o de TM en la adolescencia, para visibilizarlos y respetarlos como seres humanos, personas que requieren diagnósticos distintos a la deficiencia mental en el ámbito escolar u otros trastornos como sordera, disfasias, hiperactividad, epilepsia… y la atención requiere colaboración en el ámbito médico, educativo y social, pero también en su inclusión sin estigmatizarlos, rechazarlos o sin respetar sus estereotipias, extrañezas o manías. Como se habrá entendido, los TM son muy susceptibles a los miedos ajenos, los rechazos y la falta de empatía para con ellos.

2.- Requieren currículos, estrategias y procedimientos distintos a los alumnos con discapacidad cognitiva, corporal y sensorial. Hay que considerar que sus dificultades son sociales y afectivas y no cognitivas, ni tan visibles y comprensibles como las corporales o sensoriales.

No son alumnos que tengan un desarrollo deficiente o una capacidad cognitiva limitada, sino que tienen un no desarrollo, si no se les trata y se les diagnostica de deficientes mentales. Y si logran cierta evolución mental, rápidamente se desestructura el aparato cognitivo, porque está fuera de la experiencia emocional matizada y contenida que es lo que ocurre en la adolescencia con el brote psicótico, cuando prolifera la parte psicótica de la personalidad que aumenta la excitación por los cambios de la sexualidad, los mentales, los sociales y la excitación de las pandillas y el alejamiento que se produce de los padres.

Con lo cual podemos concluir que en la deficiencia mental hay una buena organización social y afectiva que permite adaptarse a cualquier proceso de enseñanza aprendizaje. La parte reflexiva limitada no impide la adaptación ni los procesos de asimilación y acomodación al medio social.

En el TM, no hay una buena organización mental y su funcionamiento queda alterado y en crisis por acontecimientos sociales que llevan a disrupciones afectivas como depresión, miedo o violencia, que se proyectan en los centros educativos, con peligro de adicciones, violencia, absentismo, depresión, problemas alimenticios, autolesiones, sucicidio...

Los conocimientos estereotipados, repetitivos y memorísticos, por ejemplo, del alumno asperger que se sabe todas las marcas de coches, son en realidad una defensa para no acceder el aprendizaje curricular, emocional o significativo de la escuela que teme y no comprende. Pero también el entorno social, sanitario o educativo no tiene en cuenta su subjetividad e insiste en prohibir sus defensas, el mundo de conocimientos donde se siente seguro. El infante con TM no tiene interés en el aprendizaje de la cultura social y tiene sus propios intereses subjetivos, crea su mundo, su refugio.

3**.- En la escuela inclusiva, se busca el máximo de normalización y contextos los más cercanos a la experiencia emocional de los alumnos.** Si un alumno es sordo, la clase y el entorno social lo incluye utilizando sus códigos de comunicación. Si un alumno tiene la cultura árabe se explican las costumbres de su pueblo de origen y las españolas, se valoran las dos culturas, se introducen palabras árabes, para que el alumno reconocido y valorado, no se sienta rechazado.

¿Pero si el alumno es un TEA, cómo se introducen sus códigos de representación para que nos comuniquemos? Vamos a proponer por lo tanto el método constructivista y sus códigos representacionales sensomotrices y visuales que veremos luego, así como sus habilidades y conocimientos estereotipados.

¿Por ejemplo, un alumno Asperger con grandes conocimientos de coches, por qué no puede ser un proyecto individual y de aula, de centro, para el desarrollo relacional, social y cognitivo de su grupo aula, para su inclusión en la comunidad educativa, además con nuevos aprendizajes transversales de sociología, mecánica, matemáticas,...?

4.- Existe el prejuicio y el estigma que estos alumnos no son educables. Entendemos que efectivamente sucede así porque no

se han dado las prevenciones primarias y no se han puesto los recursos adecuados. La inclusión se realiza con otros alumnos normalizados (sin problemas afectivos y sociales) donde se trabaja la comunicación y la integración en contextos lo más diversos posibles y en la cooperación de sus semejantes, en los cuales es tan importante el currículo cognitivo como el afectivo y el social.

Hay que tener en cuenta que se trabaja la inclusión con alumnos normalizados social y afectivamente con déficits sensoriales e intelectuales con alumnos normalizados sin déficits.

Es más compleja la inclusión con TM porque afecta a la vez al mundo relacional y afectivo de los semejantes y del profesorado. Éstos pueden no sentirse implicados, no formados, no ser clínicos,… y pueden tener razón… en parte. Por eso hay que considerar proyectos viables con profesionales y centros sensibles, que se formen y tengan los recursos pertinentes.

La exclusión del TM no solo es por considerarlo poco educable, sino violento, extraño e imprevisible. Desprovisto socialmente de humanidad y excluido, estigmatizado, la sociedad tiene que reflexionar sobre la propia violencia y la represión de los derechos humanos que niega al TM.

2.- Alumnos con TEA y TM en la adolescencia y el mundo de la educación.

Algunos aspectos psicológicos:

Son alumnos que han vivido en sus primeros momentos de vida, o en el embarazo, o en su infancia, una situación traumática de tipo genético, constitucional o ambiental que les ha ocasionado un intenso miedo hacia el mundo exterior. Frente a este miedo se constituyen unas defensas pasivas o depresivas, inhibitorias u otras de impulsión, descarga o violencia hacia el exterior. Se tiende por lo tanto a estereotipias de tipo sensorial o de tipo motriz, a manías, o a cogniciones estereotipadas o un imaginario fuera de la realidad social que les sirve de aislamiento y vida en su refugio.

Debido a la poca edad de estas criaturas humanas cuando se produce la situación traumática, los trastornos son muy graves, aunque hay un *continuo* tanto en la gravedad como en su evolución. En ese sentido se llaman trastornos del *"espectro autista" (TEA*) y contienen *dificultades en la comunicación, en su imaginación, en la socialización y en sus conductas que son estereotipadas* (tríada de Wing, como patrón de afectación del desarrollo)**.**

Como suelen ser en los inicios son muy graves, hay que considerar que en el trastorno autista hay infantes que no hablan, pero en programas de prevención, incluso en infantil de 0 a tres años, programas de inclusión en educación y centros terapéuticos o unidades específicas (aulas CyL), son recuperables, o de lo contrario se llega a la adolescencia con TM graves y brotes psicóticos, o deficiencia mental en el caso el trastorno autista.

Son alumnos que pueden sufrir de trastorno autista, trastorno Asperger, trastorno desintegrativo y trastorno por hiperactividad en el DSM IV. En el área de lenguaje tienen graves retrasos y se les valora como *trastorno específico de lenguaje de tipo semántico pragmático (TEL), antes llamado disfasia.*

El modelo implica:

1.- Proyectos altamente *constructivistas* sobre los intereses estereotipados de estos alumnos.

2.- Proyectos *sistémicos* porque afectan a todos los entornos escolares, sociales, familiares y clínicos.

3.- *Relaciones vinculares* porque es desde el afecto cuando los alumnos salen de su aislamiento y tienen aprendizajes significativos.

4.- *Perspectiva integrativa* porque consideran todas las áreas de la personalidad y no solo cómo se desarrollan sino también cómo se integran.

5.- Intervención *interdisciplinar y pluridisciplinar,* cohesionada por un modelo psicoeducativo que tenga en cuenta los aspectos anteriores.

Vamos a partir desde una pedagogía que tenga en cuenta por lo tanto el afecto, para el trabajo logopédico y para el trabajo curricular, expresado como vínculo o relación dual, y que como método escolar nos ubica en el constructivismo, el aprendizaje significativo (Coll, 1991) y en la escuela inclusiva. Por otra parte vamos a atender el sufrimiento no solo del alumno, sino de los profesionales y sobre todo de la familia con asesoramiento, escuelas de familias y los talleres, con inclusión de los padres en los procesos de aprendizaje.

3.-Constructivismo y aprendizaje significativo.

Se propone una *metodología constructivista* que intenta establecer una relación que permita al niño organizar sus sensaciones para favorecer el desarrollo del lenguaje preverbal y verbal. Está basada en el aprendizaje significativo que parte de los significantes que nos proporciona el niño para transformarlos en significados.

Para nosotros el aprendizaje significativo parte de la experiencia emocional del alumno, que en los casos más graves es solo la estereotipia su manifestación conductual que les protege y les aísla del mundo externo.

El instrumento es el juego preverbal y el contenido curricular implica el desarrollo de las áreas de expresión como la psicomotricidad, la musicoterapia, la logopedia, el aprendizaje por la experiencia y la acción, el aprendizaje de los límites y los hábitos sociales, los hábitos de higiene, de autonomía y de pertenencia, los talleres sensoriales,…

Como estrategia educativa y clínica tendremos que utilizar:

- *La verbalización* de los significados emocionales y de la experiencia sensoriomotriz de la relación dual (Pi, V. 1998).

- *La dramatización*, para dar significado preverbal al afecto.

- *El juego preverbal,* para mantener al niño en la experiencia del placer psicomotriz y el compartir, confiado en la relación dual, que le permitirá con el tiempo los cambios y las transformaciones del juego sensoriomotriz.

- *La expresión en espejo* (imitación y lenguaje corporal) de los significados emocionales sensoriomotrices y que permiten

instaurar la imagen visual en la relación dual (Pi, 2003).

- *El compromiso ecológico* por la realidad del niño que nos permite respetarlo e incluirlo en nuestro saber vivencial. Este compromiso se tiene que prolongar hacia los familiares, equipo educativo, voluntarios, profesionales en prácticas, especialistas,…

- *Partir de la acción y la investigación del medio externo y la experiencia emocional y relacional que eso conlleva, en tareas de taller y en un aprendizaje cooperativo.*

- *Participación de los padres, las familias y la sociedad en escuelas abiertas.*

En el constructivismo vamos a ser radicales, en el sentido, que estos alumnos no tienen estructura mental organizada y hay que *construir desde sus significados estereotipados* (Pi, 2003) que nos permiten establecer relaciones, fijar la mirada y establecer el lenguaje comunicativo preverbal.

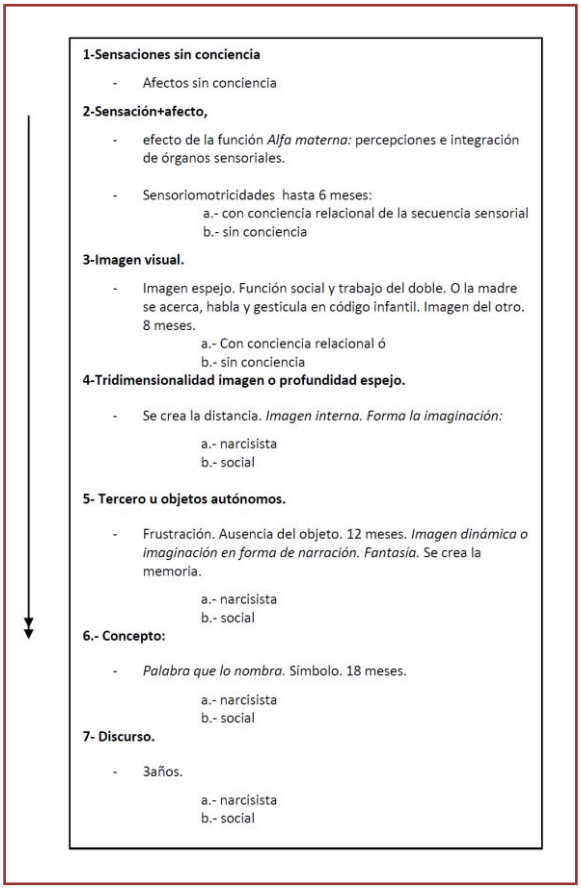
Los alumnos TEA y con TM, suelen escaparse de actividad social y relacional cuando:

1.- Si no es una relación dual exclusiva del profesor y el alumno que fije continuamente la atención y la mirada, centrada en sus intereses.

2.- Utilizan si es posible un solo canal sensorial y si pueden una sola sensación de ese canal de comunicación para la relación dual. No toleran por lo tanto que haya alguna manifestación del terapeuta que implique cambio y capacidad de autonomía. Al principio hay que respetarlo. Buscan relaciones simétricas, saben dónde está la autoridad, pero queda soslayada. Toleran la complicidad y que se les tenga empatía, luego con el tiempo, por amistad, establecido un vínculo seguro, de confianza y duradero, aceptan y toleran los aprendizajes más directivos, los aprendizajes nuevos y la autonomía de sus semejantes.

El terapeuta realiza una actividad educativa de relacionar percepciones, canales sensoriales y de integrar a otros alumnos. Se evitan las complejidades abstractas y simbólicas. Hace de mediador, si es posible. También otros alumnos trabajan como colaboradores, mediadores, así como el propio TM. Se busca por lo tanto la ayuda mutua y de cooperación, tal como sucede con los adultos en sus grupos de terapia de ayuda mutua.

Construir es pues integrar, relacionar, lo interno y lo externo, los significados afectivos y los sociales, aquello que más teme el alumno TM.



1-Sensaciones sin conciencia

- Afectos sin conciencia

2-Sensación+afecto,

- efecto de la función *Alfa materna:* percepciones e integración de órganos sensoriales.
- Sensoriomotricidades hasta 6 meses:
  a.- con conciencia relacional de la secuencia sensorial
  b.- sin conciencia

3-Imagen visual.

- Imagen espejo. Función social y trabajo del doble. O la madre se acerca, habla y gesticula en código infantil. Imagen del otro. 8 meses.
  a.- Con conciencia relacional ó
  b.- sin conciencia

4-Tridimensionalidad imagen o profundidad espejo.

- Se crea la distancia. *Imagen interna. Forma la imaginación:*
  a.- narcisista
  b.- social

5- Tercero u objetos autónomos.

- Frustración. Ausencia del objeto. 12 meses. *Imagen dinámica o imaginación en forma de narración. Fantasía.* Se crea la memoria.
  a.- narcisista
  b.- social

6.- Concepto:

- *Palabra que lo nombra.* Símbolo. 18 meses.
  a.- narcisista
  b.- social

7- Discurso.

- 3años.
  a.- narcisista
  b.- social

Tabla 1: Eje evolutivo de Bion transformado en representaciones mentales Eje del desarrollo y de la abstracción

4.- El eje evolutivo de los distintos niveles de representaciones mentales (tabla. 1).

Desarrollo evolutivo de las representaciones mentales: ¿cómo se construye el código comunicativo del autismo? El modelo que presento es una trasformación del eje vertical de Bion. Este eje contiene las características evolutivas de las etapas y los estadios de Piaget y el modelo social de Vigotsky, los dos autores padres y más importantes para mí del constructivismo.

El modelo evolutivo de representaciones y sus dificultades producen un modelo donde los trastornos mentales forman un continuo. No son por lo tanto trastornos inmutables aunque la discriminación de los mismos son difíciles, pero necesario para saber el perfil representacional y canal más adecuado para el aprendizaje. Por ello el término espectro autista se puede considerar un trastorno en el desarrollo que afecta a todas las áreas de la personalidad, a su aprendizaje social y por lo tanto a la adaptación a la cultura que se pertenece.

El término espectro autista da idea de continuidad en el desarrollo y de un gran abanico de síntomas que varían en cantidad y cualidad. Además añade la idea de afecto, miedo a lo social y por lo tanto tendencia al aislamiento. Con la idea de espejo, que ya introdujo Freud (1919) en el texto "lo siniestro" y siguió Lacán (1975) con la etapa del espejo, Winnicott (1982) en la madre como espejo donde se ve el infante, yo mismo con hacer el doble en el aprendizaje (Pi, 2003), ahora con las neuronas espejo y la imitación de Piaget en los procesos de simbolización (2006), junto de la importancia de la empatía en las neurociencias para el aprendizaje social, que también nos habló Vigotsky, se abre un camino muy fecundo para el tratamiento del espectro autista en educación y en psicoterapia, así como en los TM en la adolescencia.

Espectro perfila unas formas mentales sin perfil o sombras (experiencia sensoriomotriz) (Pi, 2003), fijando la atención a la estereotipia que es una sensación o motricidad sin capacidad de relacionarse con otras (desarrollo 1 de sentir sensación). El infante TEA lo consigue eliminando la visión que liga y construye percepciones, fijando la atención a un canal sensorial y a una sensación de ese canal sensorial. Busca además sensaciones o motricidades que sean intensas, controlables y difusas o sin perfil que permitirían su integración.

Para nosotros la estereotipia permite salir del aislamiento cuando se puede incluir en elemento de la relación dual, transformándose en significado o elemento de la relación vincular (desarrollo 2 del eje evolutivo).

La sensación se une al afecto por la intervención materna como efecto de la Función Alfa, creando Elementos Alfa (Bion, 1962), que ya son capaces de ligarse y convertirse en significados. Los Elementos Alfa son elementos sensomotrices o visuales donde se tiene conciencia de la relación y son la base del desarrollo representacional y simbólico posterior.

La Sunción Alfa la describió Bion, que expresa la capacidad del adulto para encontrar significados y anticiparse a las necesidades, deseos y satisfacerlos, así como poderse comunicar, entender y vincularse a través de las expresiones preverbales de los niños. Es una función social, educativa o clínica, psicológica, que arrastra hacia el mundo social y el desarrollo como expectativa de futuro. Es altamente empática y permite la evolución de un nivel mental a otro.

Estos elementos primitivos (1) se organizan bajo la textura musical de la madre que interactúa en mutualidad formando las primeras percepciones y figuras como organizadores o esquemas psicomotores (2). Las representaciones mentales son organizadores que contienen y significan la experiencia anterior.

El eje integra a Piaget, en el sentido que funciona como sus etapas evolutivas, por ejemplo, que para un perfecto desarrollo intelectual, hay que pasar por todas las etapas, la inteligencia se construye y se van saturando categorías mentales para pasar a una categoría más compleja. Incluye a Vigotsky, en el sentido, que sin el intercambio social no se logra todo el potencial del alumno y se le abandona en sus dificultades, o que el niño en su zona de desarrollo próximo, lo que es capaz de hacer, mediado por la intervención del adulto o los compañeros, puede tener más logros en su desarrollo, que abandonado a sus dificultades cognitivas y emocionales. También que el lenguaje organiza, estructura y significa la motricidad, en lo que luego se han llamado autoinstrucciones. Otros autores como Angel Rivière hablan del trabajo reeducativo para interpretar y anticipar el significado estereotipado. Pero también Bruner con sus formatos de interacción va en esa línea, en el sentido, que el dominio (saturación) de una forma inferior, da lugar como expectativa o finalidad, a un aumento de conciencia, estructurando el mundo y ofreciendo accesorios o formatos al alumno, dentro de lo que es la zona de desarrollo proximal.

Los niños con dificultades arcaicas tipo autismo o psicosis y que no han podido construir las primeras experiencias sensomotrices de placer que formen la posterior base de la malla simbólica requieren que si bien su curación es difícil y en la bibliografía imposible o respecto a la escuela poco educables, necesitan que se mitigue su sufrimiento y el de sus padres, alcanzando los máximos logros en su maduración y en su capacitación.

En ese sentido la prevención se hace imprescindible y la atención hasta los 6 años se hace necesaria porque es factible representar la falla básica o el agujero simbólico mediante otras experiencias que permiten el desarrollo mental, aunque el núcleo autista no tenga espacio psíquico. El niño autista hace estereotipias, las repite,

pero no hay conciencia de ellas (representación 1 en fig 1) ni perfiles que puedan constituir representaciones mentales capaces de guardarse, construyendo la memoria.

La actividad psicomotriz y sensorial (representación 2 en fig 1) (Aucouturier, B., 2004) se hace imprescindible. Hay que recordar entonces que no es psicoanálisis lo que hacemos, aunque está en la base de la comprensión del desarrollo inicial del ser humano. La educación psicomotriz es importante en la primera infancia (hasta los seis años) porque favorece la maduración y el desarrollo, apta para todos los niños, niños del espectro autista, psicóticos, con enfermedades psicosomáticas, hiperactivos, niños con problemas psicoafectivos, niños "normales" de la primera infancia, como serie de ejercicios que se articulan en la etapa sensoriomotriz y que puede servir también para los niños de primaria, pero sobre todo para los alumnos que tengan dificultades en el aprendizaje, dificultades afectivas o actuaciones comporta mentales.

La experiencia sensoriomotriz dentro del vínculo es importante sin embargo para cualquier profesión en contacto con los niños como maestros, enfermeras, pediatras, psiquiatras infantiles,... porque facilitan la comprensión y la adquisición del vínculo terapéutico.

El eje representa los distintos códigos de representación mental y sus desarrollos. También explica la evolución desde la singularidad de la estereotipia, hasta la creación de un código preverbal compartido.

Para que se dé un código se requiere:

Incluirlo en un vínculo y que cree un espacio de desarrollo próximo o presimbólico, desarrollando experiencia emocional compartida.

Que exista una función social (Función Alfa) que aporte sentido, ahora es más común hablar de empatía hacia la mente del TM.

Que haya repetición del código como significante.

Que haya capacidad de desarrollo y se pueda transformar en significado cada representación mental, avanzando en la socialización, la abstracción y el simbolismo.

El modelo presenta un desarrollo evolutivo en abstracción, complejidad y capacidad de significar que abarca:

Sentir afecto o sentir sensación.

Sentir sensoriomotricidad.

Sentir imagen visual, que se puede hacer interna.

Sentir imagen visual dinámica que ya expresa una acción o relación causal.

Concepto capaz de ser nombrado por la palabra.

Discurso.

Se pasa de un nivel a otro por saturación de la experiencia, modelaje social y adquisición de un nuevo significante que es más social, abstracto, funcional y operativo.

Con la abstracción se pierde sentir afecto y sensación, así como sentir sensoriomotricidad. Con lo cual los adultos perdemos empatía con los alumnos del espectro autista conforme nos hacemos más sociales y complejos, más rígidos y

reprimidos. Perdemos con la adultez parte de la capacidad de jugar, sentir y ser espontáneos.

Consecuencia de ello es que se requiere formación y una nueva inclusión en esos registros arcaicos y tan actuales para las relaciones afectivas. El peligro es que no podamos consentir los propios miedos, abandonar nuestras certezas, dudar de nuestras verdades abstractas pero estereotipadas, defensivas, abandonar nuestras creencias que nos dan una falsa seguridad. Es difícil arriesgar, ser aventurero e investigar con los alumnos TEA y con los TM nuestras experiencias más primitivas que son en realidad el significado más profundo de nuestra identidad.

En realidad el niño TEA es analfabeto de la socialización y la abstracción y el niño normalizado es analfabeto del sentir, olvidando las experiencias más primitivas. En los adultos esto es crónico. Somos autistas del sentir y nos defendemos de la intimidad, del cuerpo, del afecto, de las caricias y la ternura, de nuestros miedos.

Como terapeutas son importantes los jóvenes que no hayan perdido esa conexión con ese mundo emocional, incluso mejores que los profesionales formados, porque aún tienen esa pasión y dedicación que les puede llevar a aventuras que conectan con sus propios temores y sus primeras vivencias. Eso ocurría con las logopedas del SPE, jóvenes apasionadas que querían ayudar a los alumnos TEA,… y lo conseguían haciendo de maternaje y jugando. También las logopedas ya madres, comprendían las necesidades afectivas de los TEA y de los TEL, aportando una gran ayuda a su expresividad, desde su vinculación emocional que aportaba en su simetría un vínculo seguro.

5.-Desarrollo del Lenguaje según el eje transformado de Bion:

Respecto las representaciones mentales, de forma abreviada, consideraremos cuatro:

A.- Afecto o sensación sin conciencia (no es aún representación mental):

Forma series de reacciones neurofisiológicas, concretas, son eventos que no contienen experiencia emocional, circulares y repetitivas, unidireccionales, sin intención y sin significado. No son pues actos psíquicos y evitan la cualidad significativa y la relación con los otros. Son las estereotipias conductuales.

Se fija la atención en ellas de forma rígida para apagar los significados. Se suspende así la atención curiosa que integra emotividad y percepción, dando noticias del paso del tiempo (Pi, 2003).

Se suprime la actividad integrativa de los órganos sensoriales que alimentan el aparato mental escogiendo solo para la atención mental un órgano y una percepción, produciendo desmentalización (se van suspendiendo los distintos órganos sensoriales así como las funciones mentales y se evita que trabajen produciendo significados), hay desmantelamiento (al no tener percepciones significativas y suprimirlas, no hay actos psíquicos en la mente) y así se evita la emotividad (Meltzer, 1975).

Bion llamó a esta primera experiencia traumática y catastrófica, terror sin nombre. Para huir de esa experiencia se ataca el aparato mental pensado para relacionar e integrar elementos

perceptivos y crear estructuras mentales representaciones capaces de significar y contener pensamientos.

Para ello el alumno TEA fija su atención como único contenido mental en la sensación que llamamos estereotipia. Al excluir el afecto se excluye también las cogniciones y representaciones mentales, los vínculos sociales, que llevan a la experiencia emocional.

El proceso que realiza es evitando el contacto visual que permitiría la relación y la creación de la imagen visual del otro.

B.- Representación sensoriomotriz:

Es el lenguaje corporal, sensoriomotriz.

Es un conjunto de sensaciones y motricidades que forman en su involución la estereotipia autista o núcleo psicosomático.

Sin embargo, grupos de sensomotricidades sirven para el contacto o el vínculo. La experiencia sensorial compartida hace que haya interacción y desarrollo. Entonces, cabe la posibilidad que la sensorialidad se convierta en significados de organizaciones mentales más complejas, porque sirven de mallas presimbólicas de esa experiencia emocional que se ha producido en el contacto con la mamá, el educador o el clínico. De ahí la necesidad de la terapia psicomotriz (Aucouturier, 2004). Con la repetición del mundo sensoriomotriz (hacer el doble) (Pi, 2003) compartimos la zona de desarrollo proximal de Vigotsky y permitimos que se fije la atención al centrar el alumno la mirada.

La experiencia psicomotriz compartida requiere de la función social que antes hemos descrito como Función Alfa o capacidad de significar, dar un componente social o vincular a la experiencia cognitiva.

Son los primeros elementos capaces de combinarse en el ámbito mental pero requieren de la presencia externa del objeto. Forman el significado más originario capaz de vincularse pero las relaciones causales que establece no forman memoria porque aún no tienen perfiles que puedan representar la acción y guardarse.

La discriminación entre afecto y sensación es difícil, está muy próxima y temida por el alumno TEA.

Se requerirá la imagen visual para que el afecto se convierta en emoción, contenida y matizada por las acciones que se tienen con el adulto.

C.- Representación visual:

Es la imagen visual la que contiene la experiencia sensoriomotriz como significado. La imagen visual surge cuando el niño fija la mirada en los ojos del terapeuta que juegan ambos a tener experiencia psicomotriz. Le llamamos impacto estético (Meltzer, 1990) porque el bebé se deslumbra ante la belleza sensorial de la madre y se emociona ante la visión del adulto que le aporta con su acción placer, dentro de un contexto relacional simétrico, seguro y confiado.

Como representación crea un lugar psíquico, un archivo operativo, un laboratorio, que permite empezar a formar la memoria y que trabaje la atención y la curiosidad con el exterior. Se accede a otras operaciones mentales como la comparación, la clasificación, la serie, la discriminación de significados,...

En su patología forma el mundo imaginario que puede estar fuera de la realidad y que en su ámbito clínico como síntomas sería la alucinación y el delirio.

Tiene valor de significante o valor estructurante porque contiene la experiencia sensoriomotriz y la experiencia emocional.

Lacán la ubicó hacia los 8 meses de vida, pero Winnicott (1972) aún la localiza mucho antes, siendo los ojos de la mamá el espejo donde el bebé se ve integrado, unificado, reconocido y significado.

EJE MENTAL DE FIJACIÓN PATOLÓGICA. EJE EVOLUTIVO	
AUTISMO ↓	SENTIR AFECTO sin conciencia. SENTIR SENSACIÓN sin conciencia
Función alfa materna →	
↓	SENTIR AFECTO +SENTIR SENSACIÓN con conciencia
Simbiosis →	
POSTAUTISMO ↓	SENSOMOTRICIDADES, percepciones y figuraciones
Simbiosis sujeta por la imagen visual →	
PSICOSIS ↓	FIGURA DEL DOBLE EXTERNA, drama externo, juego psicomotriz, juego preverbal
Se tolera ausencia→	
↓	FIGURA DEL DOBLE INTERNA
Memoria, anticipación →	
↓	IMAGEN VISUAL DINÁMICA INTERNA
Sueño, mito, fantasía →	
ESTADOS LIMITES ↓	EXPECTATIVA de un objeto que cumpla deseo
Preconcepción →	
↓	REALIZACIÓN de la necesidad o se parea expectativa y acción
Concepción →	
↓	FRUSTRACIÓN o ausencia y se interioriza la realización.
Concepto →	
NEUROTICOS ↓	PALABRA o nombre del concepto y se guarda como significante.
Comunicación →	
↓	EXPRESIÓN VERBAL, estructuras lineales verbales que permiten el intercambio social
Socialización →	
↓	METÁFORA y mundo simbólico
↓	
Mundo abstracto aritmético y cálculo algebraico	

D.- Imagen interna:

En sucesivas repeticiones y saturaciones de juegos preverbales, la imagen visual se hace interna, mental. Se produce por ausencia de la imagen real que se repite su presencia permitiendo la constancia del objeto y la confianza en su posterior presencia o encuentro sucesivo.

Tenemos realmente un símbolo con valor estructurante y funcional: tiene significado y sirve para trabajar las funciones mentales, como en el imaginar o el soñar.

La imagen interna representa un concepto. El concepto se forma por la saturación de la experiencia y la gratificación, por la acción, pero hay frustración por la ausencia, entonces se evoca la imagen visual que forma parte ya de la memoria y el recuerdo.

Con la imagen visual se puede trabajar mentalmente porque contiene una acción por transformación de la imagen visual y significa emociones, que uno puede prever, anticipar, modificar la intensidad,… Se crea la relación causal interna que permite constituir la memoria y la curiosidad confiada, simbólica y abstracta.

E.- Representación palabra:

Contiene a las otras representaciones como significados. Representa al objeto ausente de la experiencia emocional, sin necesidad de evocar su imagen visual. Forma estructuras sintácticas que marcan un orden al narrar historias o sucesos.

Tiene valor significante o estructural y valor de comunicación social, porque permite la interacción y la mutualidad entre emisor y receptor y capacidad de secuenciarse formando un discurso.

Se adquiere el máximo de abstracción y represión de la sensorialidad, de socialización, pero ya estamos en la etapa edípica descrita por Freud.

Ahora las emociones son ya sentimientos y se matizan por la sintaxis discursiva de una acción que ya es verbo

6.- Eje clínico y desarrollo mental.

1.- El niño autista, fijado en la sensorialidad para no sentir afecto y atacadas sus funciones mentales como la atención o la capacidad de relacionar elementos con la mirada, evitando así el dolor de la percepción del semejante, puede salir del aislamiento mediante la Función Alfa de la madre que aporta significado a la experiencia sensorial, e inaugura la relación simbiótica.

Los recorridos (las flechas) son avances en el desarrollo y dirigen el aprendizaje social. Las flechas en horizontal derivan en experiencia de un logro representacional. Implican la saturación de una representación mental, en este caso, de la experiencia sensoriomotriz y que permite emerger una nueva representación mental o avanzar en el eje vertical (flechas hacia abajo).

Ocurren dos experiencias:

a.- Desde la madre, hay en el conjunto un significante social, aportado por ella, que contiene toda la experiencia, que es la palabra y la imagen visual, formado la expectativa que emergerá en el aparato mental del bebé, cuando saturando la experiencia psicomotriz, la representación mental más abstracta se configura como significante.

Antes, la representación mental abstracta (la palabra) de la madre, el niño la incluye

como música, significado de la imagen visual.

Cuando el niño pasa de la imagen visual significante a la palabra como significante, descubre su poder operativo, funcional y abstracto, apoyado por la confianza materna.

b.- Desde el bebé, se establece una relación simbiótica, donde la madre es un doble y se establece esa experiencia vincular a través de la sensorialidad.

La experiencia sensoriomotriz y afectiva, es la conjunción constante o lo que se comparte en el vínculo. Para la madre tiene significado y para el hijo, es una expectativa de un orden representacional superior depositado en la mente de la madre.

Para el hijo la experiencia tiene significado porque se repite en la madre la realización sensoriomotriz (hacer de doble o espejo) y se convierte en significante.

La conciencia para el bebé es efímera, mientras está presente la relación simbiótica sensorial.

La representación sensoriomotriz la forman sensaciones sin perfil que no pueden establecer relaciones causales para desarrollar la memoria y guardar la experiencia.

Lograda la representación sensoriomotriz, requiere un trabajo de saturación y posterior cambio a una nueva representación que será la imagen visual, dentro de la experiencia simbiótica.

2.- En el postautismo se comparte la estereotipia con el doble terapéutico, creándose superficies sensoriomotrices, que se desarrollan en el espacio y el tiempo, significantes para la inaugurada experiencia emocional. Los ritmos, las melodías o las superficies sensoriales de la piel o de los órganos sensoriales, permiten tomar contacto con el doble y que haya una acción que controla el sujeto.

Entramos en la experiencia vincular de compartir la intimidad sensorial, donde para el paciente, la palabra solo acompaña a los ritmos significantes sensoriomotrices. Estos significantes se recuerdan en los esquemas que se reproducen sobre todo ante la presencia del objeto. Las palabras aquí son más bien significados que acompañan la musicalidad o los ritmos de la experiencia sensorial.

3.- Con la imagen visual se recoge la experiencia sensoriomotriz, se contiene la acción y se controla al objeto. Pero el resultado es de un efecto cualitativo importante. Se forma un significante que con el drama de la relación simbiótica, se puede guardar, interiorizar, porque tiene perfiles e internamente puede reproducir la relación causal de la acción, anticipando la experiencia, cumpliendo el deseo y modificando la relación.

Con la imagen visual dinámica interna se tolera la ausencia del objeto y se crea un espacio intermedio, heredero del espacio transicional del juego (Winnicott, D. W. 1972), donde caben nuevos objetos sin perder al objeto original.

Es el primer significante narcisista capaz de fijar y hacer trabajar a las funciones mentales de memoria, atención e indagación. Constituirá el mundo interno, llenos de objetos, que sostendrán a una mente, capaz de pensar, es decir, relacionar y transformar los objetos internos.

En reeducación y psicoterapia es el mundo de los talleres sensoriales, musicales,

psicomotrices, que saturan la experiencia, la representación y permiten avanzar hacia las abstracciones que ofrecen los psicoterapeutas.

Cuando mayor abstracción se pierde sensorialidad como en la palabra, se requiere de la confianza del objeto de la relación y de la experiencia sensoriomotriz compartida que forma el significado de la intimidad, la confianza y el amor, baluarte contra el miedo y la regresión autista.

En clínica se atiende a la simbiosis como objeto de desarrollo y se enseña a la madre a hacer de doble. Es decir, a vincularse a través de los esquemas sensomotrices del hijo, para significarlos y constituir la representación significante de imagen visual, donde el niño controle la acción y haga emerger sus significados.

La terapia psicomotriz se complementa con la expresión verbal de la historia vivencial que organiza los traumas dentro del discurso social. Esta expresión verbal determina los nuevos significados de la experiencia psicomotriz al modificar la estructura mental de la madre, contenida por el terapeuta.

La experiencia clínica se complementa con la educación psicomotriz, donde los familiares forman parte de esa relación terapéutica.

4.- Cuando hay un dominio de la imagen visual como significante, pero la palabra existe, como acompañante o elemento sensorial, tenemos el mundo limite en la personalidad que en la escuela llamamos caracteriales, conductuales y recién hiperactivos. En ellos, cuando hay excesivo afecto, el drama, la imagen visual, vuelve a expresar ese mundo tormentoso, sea de amor, sea de odio.

En ese momento, la dramatización, la imagen visual o el lenguaje corporal, vuelve a ser el elemento primordial del vínculo terapéutico.

La interpretación, tal como la entendemos, solo acompaña para el niño, a todo el paquete de representación preverbal que comparte con su terapeuta. En ese paquete organizado hay una ética que tiene que ver con el significado: se comparte la experiencia emocional aunque hay más cantidad en el niño y más cualidad en el terapeuta. En ese sentido la interpretación aquí acompaña la emoción y la sensomotricidad, nombrando la experiencia.

5.- Para la formación del concepto, Bion definió la preconcepción o expectativa de un objeto que podría cumplir el deseo. Aquí podríamos colocar la experiencia sensoriomotriz y afectiva que busca un objeto que cumpla la necesidad.

Con la concepción se produce una realización y hay experiencia de placer. Se liga deseo con la acción directa con un objeto. En esta realización se fija la imagen visual del objeto presente que se dimensiona (se transforma) según la acción y el control motriz del niño.

Con el concepto hay frustración y ausencia que permite representar la ausencia del objeto. Tiene por lo tanto el aspecto positivo de la realización y el negativo de la ausencia.

El mejor significante de un concepto es la imagen visual para contener la necesidad y convertir el afecto en una emoción que se puede dramatizar y expresar con la fantasía.

6.- Con la palabra se adquiere mayor grado de abstracción, se pierde sensorialidad en

la representación y se permite no solo la estructuración mental interna sino el intercambio social.

La palabra como instrumento metal y representacional, permite un orden simbólico y una organización en las áreas narcisista y sociales que deriva en posibles de aprendizajes y de relaciones, prácticamente infinitas. Lo que se gana en abstracción se pierde en contener afecto, sensorialidad y conocimiento del cuerpo. La máxima abstracción queda depositada en el verbo como representación de la acción.

La imagen visual es apta para representar al nombre y las cualidades, pero no la acción que requiere imaginar un drama, una secuencia que necesita la transformación dinámica de la imagen visual interna.

El sueño así es una película que representa una acción que significa un afecto. Está muy cerca de lo originario, pero le falta código social y abstracción verbal. Es por lo tanto un buen instrumento mental para la elaboración de conflictos, las situaciones traumáticas y el trabajo de lo afectivo.

Para evitar estas dificultades en el área afectiva, cuando la palabra es tan fructífera en la socialización y la tecnificación o control social y del mundo material, se produce la metáfora, que son expresiones visuales o verbales de ellas, y te ubican en otro entorno donde se comparte esa experiencia original de intimidad, dicha en términos socialmente admitidos.

La expresión verbal de la imagen visual o el mito, sería una representación intermedia entre la imagen visual y la expresión verbal, muy apegada a la realidad social y a los procesos científicos que explican el exterior cotidiano.

Patología clínica. Clínica de los talleres e intervenciones educativas y terapéuticas.

Aunque sea brevemente, en la figura número 3 del desarrollo evolutivo, psicopatológico y de representaciones mentales, podemos prever, según el perfil del TEA que da la presentación mental que utiliza, distintos talleres sociales de interacción. Está claro que bajo la interacción sensorial, afectiva, sensomotriz, pictórica o dramática y verbal del cuidador.

Así en el autismo, introducir la sensorialidad y sensomotricidad de la estereotipia y de otras propuestas en la misma línea del educador, en un juego preverbal, permite la socialización de la sensorialidad y por lo tanto fijar su mirada, significarla y saturar la experiencia. Por lo tanto los talleres con distintas texturas, de agua, arena, trapos, hojas, harina, cacharos de cocina de casa,… se hacen imprescindibles, así como las experiencias vinculares en entornos naturales, en los cuales se experimenta cantidad, cualidad, temporalidad, transformación,…

Pero lo más importante es que se fija la mirada y se hace significante. Significante es que se introduce el juego preverbal y hay una sincronía en los participantes a través de la mirada y del juego psicomotriz que se produce. Por otra parte progresivamente se pueden introducir juegos de ordenador sensoriales, imágenes,… tan utilizados por las logopedas de los SPEs.

En todo caso, la dramatización, la expresión emocional, el lenguaje más infantil del educador tiene que permitir el vínculo seguro y que el infante TEA no se aísle.

Tabla 2: Eje de los trastornos según el desarrollo mental.

EJE MENTAL DE FIJACIÓN PATOLÓGICA. EJE EVOLUTIVO	
AUTISMO ↓	SENTIR AFECTO sin conciencia SENTIR SENSACIÓN sin conciencia
Función alfa materna →	
↓	SENTIR AFECTO +SENTIR SENSACIÓN con conciencia. **TALLER SENSORIAL**
Simbiosis →	
POSAUTISMO ↓	SENSOMOTRICIDADES, percepciones y figuraciones. **MUSICA**.
Simbiosis sujeta por la imagen visual →	TALLER IMAGEN VISUAL
PSICOSIS ↓	FIGURA DEL DOBLE EXTERNA, drama externo, juego psicomotriz, juego preverbal. **TALLER PSICOMOTRIZ, MUSICAL**, ...
Se tolera ausencia→	
↓	FIGURA DEL DOBLE INTERNA
Memoria, anticipación →	
↓	IMAGEN VISUAL DINÁMICA INTERNA
Sueño, mito, fantasía →	**Ritmos de ausencias y presencias del vínculo.**
CARACTERIALES ↓	EXPECTATIVA de un objeto que cumpla deseo **Terapia verbal. Ética del discurso social.**
Preconcepción →	
↓	REALIZACIÓN de la necesidad o se parea expectativa y acción. **En el vínculo se cumple la necesidad.**
Concepción →	
↓	FRUSTRACIÓN o ausencia y se interioriza la realización. **Hay fallo, límites o ausencia.**
Concepto →	
NEUROTICOS ↓	PALABRA o nombre del concepto y se guarda como significante. **La palabra nombra la experiencia compartida=ética de la palabra. Confianza en el vínculo social.**
Comunicación →	
↓	**EXPRESIÓN VERBAL**, estructuras lineales verbales que permiten el intercambio social
Socialización →	
↓	METÁFORA y mundo simbólico
↓	
Mundo abstracto aritmético y cálculo algebraico	

Pero también el baile, la musicoterapia, el teatro de marionetas, las construcciones,… son importantes y necesarias.

Con los infantes TEA más evolucionados con habla, lo que hay que introducir en la relación con el cuidador son sus manías y las ideaciones estereotipadas, en el mismo proceso de socializarlas, saturarlas, transformarlas y adaptarlas a la cultura social.

Por otra parte proponer otros contenidos en relación con su perfil sensorial, imaginario y verbal.

Sabemos que solo cuando el infante TEA se siente seguro y confiado acepta el aprendizaje más directivo, formal y abstracto.

8.- Proceso educativo:

Lo que intentamos es que las relaciones y las experiencias sean para el niño satisfactorias y significativas. Los niños con dificultades en la relación pueden sentirse abandonados o perdidos en contextos muy diversos. Es clásica la conducta autista de pataleo cuando se introduce algún objeto nuevo o persona desconocida en un espacio que considera seguro. Por este motivo, en la base de la metodología, se va a enfatizar el **vínculo afectivo**, el juego y el partir de los significados del niño, sobre los cuales se construye y se crean proyectos, centros de interés o mapas conceptuales. Nosotros creemos que el desarrollo intelectual siempre se realiza sobre las relaciones humanas que tienen que ser muy significativas.

El lenguaje sólo aparece cuando hay un vínculo y dentro del vínculo un desarrollo afectivo. El lenguaje comunicativo y útil, define una experiencia emocional, por lo que radicalmente, en la metodología, el aprendizaje es significativo y constructivista a partir de los elementos que surgen del propio alumno. En general lo que pretendemos es que con la metodología del juego psicomotriz o del doble (repetición), establecer una relación que le permita **organizar sus sensaciones,** lo cual **favorecerá el desarrollo del lenguaje preverbal** y éste nos llevará a las operaciones mentales.

Partiremos de los **significantes que nos proporciona el niño para transformarlos en significados**. Estos significantes pueden ser las mismas estereotipias que son percepciones o sensaciones cerradas en sí mismas.

Modelo constructivista: Aprender cualquier contenido desde la concepción constructivista supone atribuir un sentido capaz de una posterior elaboración y construir a partir de los significados implicados en dicho contenido. Dicho de otra forma, los niños autistas y psicóticos sólo reaccionan si el aprendizaje es significativo y para ellos únicamente son significativas estas sensaciones, percepciones o estereotipias, ya que no reaccionan a los estímulos exteriores de tipo verbal e instructivo.

El aprendizaje así se hace no directivo y recogiendo la experiencia que tenga el niño por muy primaria que sea para elaborar posteriormente nuevas complejidades. El educador terapeuta tiene una actitud que implica pensamiento, comprensión, encuentro y una función que consiste primero en dar significado, luego en ofrecer propuestas que si se aceptan complejizan las motricidades, para elevarlas a juegos comunicativos y de intercambio. Lo que pretendemos con el juego es intentar que mediante la actividad espontánea, manipule, explore, conozca,

actúe, imite, decida, investigue y preparar de esta manera su desarrollo posterior. El aprendizaje sensorial y perceptual es el más eficaz y constituye la base para otros aprendizajes. De esta manera, jugando con los significantes que nos proporcione el niño podremos ir CONSTRUYENDO los significados.

Partiendo de estos postulados, nuestro trabajo tiene como pilares:

Establecer un vínculo o relación significativa a través de la sensoriomotricidad.

Partir de los significantes que nos proporciona el niño (conductas estereotipadas) para ir construyendo los significados sociales.

Partir del juego preverbal o psicomotriz como actividad fundamental.

La estrategia educativa y clínica es **la verbalización de la acción** (Vigotsky, 1934; Corominas, 1998; Pi, 1998**),** adaptando el lenguaje al nivel del niño para que se pueda establecer la interacción comunicativa y **dramatizando los significados con expresiones del lenguaje corporal**.

9.- Usos del lenguaje. Evolución de las representaciones mentales:

Utilizaremos el lenguaje para:

E*xpandir* aquellos conceptos que el niño ha elegido o ha asimilado. El resto de palabras tienen la función de relación, no de ampliación.

Nominar: para favorecer el lenguaje preverbal y sensorial (se crea el concepto). Se asocia la acción o la percepción a la palabra del adulto.

Proporcionar un modelo adecuado, como espejo verbal, con organizaciones que tengan categorías adecuadas. Se establecen comunicaciones que describimos como desarrollos de clases, series o relaciones causales.

El lenguaje se acompaña de exclamaciones, onomatopeyas, risas, gestos o entonación, para favorecer las interacciones comunicativas, creando un clima donde se motive la comunicación. Se verbalizan sensaciones afectos y sensaciones cualidades para integrarlas. Se describen partes, características y acciones.

Los niños autistas parecen que están apegados a la sensorialidad de esta etapa, formando una piel que les aísla del mundo externo e interno, en vez de constituir esquemas que les vinculen hacia el exterior y sean una anticipación que les lleva a un mayor desarrollo. En ese sentido han fracasado los mecanismos de asimilación y acomodación al medio. La acción estereotipada no modifica el exterior y en todo caso con respecto a la madre, el educador o el psicólogo clínico, no es una interacción mutua que permita el cambio. En ese sentido la estereotipia impide el vínculo y la palabra, y si la hay, no es una palabra simbólica, es decir, la palabra como representante de un afecto originario. Hay niños del espectro autista que hablan pero fallan en el significado o rompen la estructura sintáctica, y como los trastornos de Asperger, que no son estrictamente autistas, tienen verbalizaciones correctas y complejas pero alejadas de la significación emocional, del vínculo social y de la realidad simbólica de la cultura a la cual pertenecen.

La representación sensomotora organiza la experiencia emocional concreta o la anticipa, está ligada a ella. No es una

representación que represente al objeto en una imagen capaz de guardarse como pasará con la imagen visual que ya la consideramos símbolo. Establece por lo tanto relaciones en las percepciones de la experiencia emocional como esquemas que llevan a una satisfacción y por lo tanto permite la repetición que fija el esquema y lo convierte en fantasía. Esta fantasía es un proceso y va ligada a la sensorialidad sin capacidad de representación simbólica. Fantasía o representación y sensorialidad se dan a la vez, no hay distancia ni capacidad de trabajo mental, si no es con la experiencia, la repetición y en relación con el resultado.

No se organiza como significante y significado, el primero porque no es una imagen con perfiles (Pi, 2003) capaz de guardarse en la memoria y discriminar contenido, combinarse, transformarse internamente para representar la acción y determinar consecuencias, anticipando resultados como cambiar el medio interno y externo. No contiene significados discriminados que pueda trasladar a otras relaciones u organizarlos de otra forma, destacando ciertos elementos.

Lo sensoriomotriz como trastorno es por lo tanto un lenguaje preverbal, presimbólico, lenguaje de acción y del cuerpo, con representación psíquica pero sin un lugar psíquico, es decir, no se incluye u organiza como significado en otras representaciones mentales y está enraizado en la sensorialidad y el cuerpo.

Son por lo tanto percepciones e impulsos sin contenido de las percepciones exteriores que aíslan al sujeto. Estas sensomotricidades patológicas gratifican los impulsos y las necesidades, sustituyendo al adulto, a la madre, a la familia, al educador, al médico, al psicólogo.

10.- Trabajo sistémico e integrativo:

El proyecto educativo tiene que tener en cuenta todas las capacidades del ser humano así como las dimensiones familiares, educativas, sociales y clínicas:

Se tienen que complementar, porque una no evoluciona sin la otra. Tan importante es el área cognitiva como la emocional, la social, el lenguaje o la armonía del esquema corporal, que se integran y evolucionan unas con las otras. No hay aprendizaje por lo tanto sin educación, psicoterapia, logopedia, aprendizaje de hábitos en la familia, socialización, psiquiatría, neuropediatría,... Es un problema de aprendizaje que se da en todas las áreas de la personalidad. Como se da en los primeros inicios de la vida, los aprendizajes tienen que ser preventivos al máximo porque hay ciertos aprendizajes que solo se pueden dar en momentos determinados. Se tienen que basar en la acción, en la actividad sensoriomotora que regula las primeras experiencias y forman el significado más original, base de la significación y contenido arcaico del lenguaje simbólico.

Dentro del mundo social, se tiene que pasar no solo por el recorrido de las representaciones mentales o las etapas de Piaget, sino también por los sistemas vinculares en evolución: relaciones diádicas o intervención individual, pequeño grupo,... La actividad individual se tiene que socializar en el pequeño grupo y se tiene que generalizar en distintos contextos. Se requiere coordinación e intervención en el máximo de los sistemas. Se trata por lo tanto que las necesidades biológicas se hagan poco a poco

psicológicas, se requiera de un vínculo para la satisfacción y que el niño, de tener necesidades físicas tenga necesidades del vínculo y de sus productos como las representaciones mentales para satisfacer necesidades y que en su día puedan ser deseos con postergación y tolerancia a la frustración.

11.- Proceso de aprendizaje social en trastornos mentales.

Procesos de adaptación y trabajo reeducativo.

El objetivo final de todo el equipo educativo o externo a la escuela, así como la familia, es crear un equipo interdisciplinar que funcione como un ser mediador único. Eso lo forma el currículo, los procedimientos y los contenidos que se van generando, según el desarrollo del niño, y que enfatizan:

1.- Aspectos de socialización o de interacción inclusiva, donde se dan actividades que incluyen significados de los niños "normalizados" y significados singulares del niño autista;

2.- Aspectos de comunicación, donde el lenguaje sensoriomotriz se carga de significado, en muchas ocasiones aportado por el terapeuta, y se codifica por el lenguaje de imágenes visuales que son más operativas y funcionales para la comunicación, antes de la palabra oral.

3.- Aspectos de desarrollo afectivo que se generalizan en otros entornos.

4.- Desarrollos cognitivos y cómo se crean los mapas conceptuales en la mente del TM.

5.- Un centro terapéutico donde se revise, evalúe los procesos de aprendizajes escolares y se diversifiquen en los entonos sociales y se coordine con otros servicios sanitarios.

1.- Unidad autista.	1.- Aislamiento. No es factible la conciencia del mundo interno (afecto) y del mundo externo. Se fija la atención en la autosensorialidad. Estereotipia sensorial y motriz. El terapeuta solo intenta conectar en el ámbito sensoriomotriz para que haya conexión visual. Hace de doble o repite, incluye la estereotipia y los intereses singulares del alumno como elementos de interacción. Da significado a esa experiencia e intencionalidad donde no la hay por parte del niño. La relación es el soporte significativo que transforma la sensomotricidad estereotipada y la significa transformándola en experiencia compartida. El terapeuta realiza un doble trabajo: A.- Es la prolongación del cuerpo del niño, su mano, sus piernas,… por las que corre, come, camina, da vueltas,… No intenta que el cuerpo del niño sea su prolongación o cumpla su deseo. Se repite la acción como espejo para que se fije la mirada. La inclusión de la experiencia sensoriomotriz estereotipada en el terapeuta es absoluta para que se establezca el vínculo y la estereotipia empiece a formar parte del significado relacional. La fusión del niño y el terapeuta empieza a contener como significado a la estereotipia. B.- Es la mente del niño. El niño tiene estereotipia y el terapeuta le da significado, intencionalidad. Anticipa los acontecimientos y prevé las necesidades. Forman un solo ser terapéutico, donde el cuerpo es del niño y el terapeuta, y la mente la del terapeuta. Cuerpo y mente del terapeuta son prolongaciones del niño. El trabajo terapéutico consiste en dar forma en el cuerpo y en la mente a los afectos del niño que con el trabajo negativo de la estereotipia quedan aislados y no sentidos. En el trabajo fusional del terapeuta (hacer de doble o espejo) ya quedan de alguna forma manifestados.

2.- Dos en uno. Fusión,	2.- Hay repetición y contacto. Se inicia dos en uno. El vínculo es la estereotipia. Se funciona mejor con la motriz. Se hacen ritmos. Empieza la imagen visual a controlar la experiencia. Se hace el doble. Se tolera intimidad y compartir esa experiencia sensoriomotriz. El terapeuta tolera lo extraño e informe. El niño toma confianza en el vínculo porque se le respeta su expresividad. Primer elemento de autoestima aún muy primitivo y que determina su actividad para la acción sobre el terapeuta. El terapeuta, además del trabajo anterior, va creando experiencias progresivas de: 1.- **mediador** de la acción en el ámbito social ya que el niño autista no reconoce los registros y normas sociales, así como 2.- **traductor** del lenguaje sensomotor autista, aportando significados en el contexto social y 3.- **logopeda**, introduciendo el lenguaje visual del alumno, con los tableros de comunicación, en los sistemas sociales de interacción del alumno. El terapeuta es un doble perfecto, que tiene como expectativa la discriminación de la pareja y la expansión de los significados. Se intenta que medie en todos los contextos sociales, sea constante, permanezca y esté el máximo de tiempo, durante el día, y a lo largo de los años. Es inviable que sea un recurso público actualmente. La figura escolar es el educador. La figura, en realidad, tendría que ser un equipo interdisciplinar que se alargase en el tiempo y en los espacios de inclusión, coordinando los contenidos y desarrollando el lenguaje o los intereses singulares del alumno autista, socializándolos, después de la inclusión. Es importante la sobreestimulación y el trabajo interdisciplinar, sobre todo, entre los 2 a los 6 años. Se hace imprescindible las asociaciones de padres afectados y las fundaciones para acceder a recursos y trabajar más la prevención. La posición del terapeuta es: A.- frontal para realizar ritmos e instaurar la relación a partir de la estereotipia, realizar un lenguaje de experiencia y de realización, saturar la fusión y establecer con los ritmos un primer estado de confianza; B.- o en forma de abrazo por detrás como un incipiente yo o superficie continente que le da consistencia, cuando se ha conseguido cierto estado de confianza y el niño se puede abandonar a la acción del terapeuta. Al terapeuta se le ha dado por el niño la capacidad de voluntad, intención y significación, a la cual se abandona, si la vive como propia. Por ejemplo, un niño autista puede jugar al arrastre subido a los pies del terapeuta o a hacer ritmos, protegido y cubierto por la espalda, formando una unidad y sin que haya contrariedad, adivinando el terapeuta los intereses sensomotrices que le dan placer.
3.- Dos o simbiosis.	3.- Se empieza a diferenciar uno y otro. Aparece la motricidad, el ritmo y el objeto intermedio. Preconcepción en relación al otro. Expectativa. El reeducador deja espacio y silencio para la expresividad del niño. Silencio respecto al contenido de la relación, no respecto la empatía o marcas del contexto. Se crea un espacio potencial intermedio donde caben nuevos objetos: juego preverbal. Se representa el intercambio. El terapeuta empieza a verbalizar o a expresar con la palabra la experiencia sensoriomotriz como expectativa social, o música que queda significada en la relación. La psicomotricidad queda narrada por la palabra dando nociones de tiempo a la acción y dimensionando el espacio en la descripción sensorial. Se intenta establecer discriminaciones del verbo y de las cualidades, establecer relaciones perceptivas y unificar canales de sensorialidad y de placer.

4.- Uno y otro.	4.- Surge la necesidad que se cumple. Concepción. Placer. Satisfacción. Empieza el constructivismo social. La demanda del niño forma el interés de la relación. Se aparea necesidad y deseo, con satisfacción. Surge rabia si el adulto se diferencia en exceso o es autónomo o se impone. El afecto se transforma en emoción. Se expresa con el drama del cuerpo y su acción. La verbalización continúa como antes pero intenta aportar elementos expresivos que afianzan la intencionalidad del alumno, sus capacidades, aportando elementos que describen inicios de deseos, aunque aún sean necesidades. Se verbalizan afectos. Las cosas empiezan a hacerlas uno y otro. Se detectan diferencias. Hay por lo tanto alternancias. Los tiempos empiezan a ordenar las actividades en secuencias. Se empiezan a describir como experiencias consecuencias cognitivas de objetos reales. La imagen visual empieza a ser significante, en el momento de la relación causal de la experiencia concreta. Empieza a anticiparse consecuencias y a constituirse la memoria. La mirada intencionada porque se soporta el efecto repetitivo crea la observación de resultados y las sucesivas transformaciones del objeto. Puede empezar la actividad propia con intención y por sí propio, como preparando con placer las actividades psicomotrices de la relación y de la relación causal. El terapeuta realiza tiempos de latencia y espera para que surja la necesidad y el alumno tenga intención y necesidad de buscar la acción psicomotriz que le aporta placer.
5.- Tres.	5.- Empieza la frustración. Ausencia del objeto que es registrada. Se tolera miedo. Se incorpora la imagen visual del objeto de la relación. Se incorpora la ley y la autoridad. El objeto transicional pasa del juguete a la palabra. Hay elementos que cubren el espacio intermedio y lo va agrandando. Aparecen los objetos transicionales transformaciones de los objetos autistas porque han empezado a formar parte de la interacción y de la experiencia emocional. Los sujetos humanos pueden ser sustituidos porque se interioriza la imagen visual, hay memoria y la acción es interna porque significa la imagen visual transformándola. Los objetos transicionales se multiplican y diversifican las acciones y las relaciones causales que poco a poco son cognitivas y morales.
6.- Se cambian los objetos y los transicionales.	6.- Hay cambios y sustituciones de los objetos de la relación, de los juguetes, de los contextos. Se saturan los juegos. Se construyen proyectos individuales. Las actividades las realiza el niño solo, porque tiene un mundo interno que recrea consecuencias de causalidades y relaciones sociales.
7.- Se entra en relaciones simbólicas.	7.- Se introduce el Edipo y el pensamiento simbólico descrito por Freud. En ciertas áreas o aspectos de la personalidad, el alumno realiza las actividades por sí mismo, expresando intencionalidad y deseos, aspectos lúdicos y trabajo interno, expresando que ha llegado a obtener imágenes internas y palabras, un lenguaje interno que le permite en el interior fantasear y en el exterior jugar. Es capaz por lo tanto de desarrollar autonomía experimentando en el espacio transicional externo, jugando, obteniendo placer, y en el espacio transicional interno, operando con los objetos internos (imágenes visuales dinámicas) previniendo y anticipándose a las consecuencias de las acciones.

Anexo 1

En el número 1 de la revista:

https://www.clinicainde.com/wp-content/uploads/2020/07/N1-RppR-Distanciamiento-social-aislamiento-y-miedo.pdf

Dos artículos que pueden orientar sobre Bion y la tabla transformada:

1.- En el artículo taller: "El duelo en el confinamiento". En la pág. 53 hay un desarrollo del eje vertical transformado de representaciones mentales.

"La transformación del Eje Vertical de laTabla de Bion (Pi, 1988, 2003), está formada por representaciones mentales:

-Sentir afecto; -Sentir sensación; -Sensomotricidad; -Imagen visual, -Palabra

Estas representaciones se pueden expandir y desarrollar. El eje de las representaciones mentales, es un eje evolutivo, que nace desde sentir afecto y sentir sensación y crece en su desarrollo hasta la palabra. Por lo tanto, el eje en sus representaciones, éstas se hacen más compleja cuando evolucionan y a la vez son más abstractas. Conforme se hacen más abstractas se gestiona mejor la emoción y se forman secuencias que contiene la emoción, así de la palabra surge la frase, el discurso, y con él la expresión del deseo, en sus dimensiones espacio temporales y la descripción del contexto.

La sensomotricidad es la primera representación en el ser humano con conciencia. Hay conciencia mientras se produce dentro de la relación simbiótica mamá bebé. Una sensorio motricidad dentro de unos códigos muy complejos. Después vendría la imagen visual que correspondería a la Categoría Mental de sueños y mitos….

Bion pone como categorías menta la preconcepción, concepción y concepto. Este último, en el eje vertical transformado, le correspondería la palabra y sus desarrollos. En la Categoría Concepto, podrían entrar distintas representaciones mentales como: la palabra, una pieza musical, una obra dramática de mimo...Estas últimas como representaciones de sensorio motricidad pero hay una secuencia, un contenido emocional, que se está transmitiendo y compartido a nivel social. A la hora de explicar el duelo, se unirán cosas de representaciones mentales con Categorías de Bion".

2.- Trabajo técnico: "El duelo en el confinamiento y el miedo al coronavirus". En la pág. 30 hay un desarrollo del eje vertical transformado del de Bion.

En el número 2 de la revista:

https://www.clinicainde.com/wp-content/uploads/2020/12/N%C2%BA2-Los-retos-de-la-adolescencia..pdf

Tenemos un desarrollo extenso de las representaciones mentales.

"Evolución de las principales representaciones mentales: 1.-Sentir: Afecto Sensación. 2.-Senso-motricidad. 3.-Imagenvisual. 4.-Imagen interna. 5.-Palabra. 6.-Símbolo

Evolución de las representaciones mentales de forma más compleja: 1.- Sentir: afecto o sensación. 2.- Senso-motricidad. 3.- Imagen visual. 4.- Imagen interna. 5.- Imaginación. 6.- Palabra. 7.- Palabra símbolo. 8.- Frase. 9.- Narración. 10.- Discurso. 11.- Discurso científico. 12.- Cálculo algebraico.

Niveles de representación. Para entender el eje evolutivo de representaciones mentales (Pi, 1988, 2003), hay que tener en cuenta que es una transformación del eje evolutivo de la Tabla de Bion, que habla de Categorías Mentales. Categorías son registros que para mí, tienen la misma función de gestión de experiencia y donde pueden caber distintas representaciones mentales con esas características. Pero para mí ha resultado más cómodo y explicativo, perdiendo significado, si seguimos a Bion. También hacer un eje de representaciones mentales, resulta complejo, por lo que normalmente utilizo las representaciones 1, 2, 3 y 6 de la figura. En realidad estas representaciones mentales se pueden desarrollar en otras representaciones, complejizándolas como hemos hecho aquí de la palabra y en otros documentos de la imagen visual o de las sensorio motricidades. Cada representación mental además se hace más compleja cuando se hace más abstracta, gestiona mejor la emoción y forma secuencias. Por eso aquí, explicamos solo algunas representaciones básicas, sin sus derivaciones, para entender la psicopatología. Las representaciones mentales evolucionan en complejidad, abstracción y capacidad de contención, también en cómo interactúan, se transforman y se convierten en significantes. Cuando representación por el uso social se satura y se puede pasar a otra representación mental social más simbólica. La primera representación mental de la que vamos a hablar con conciencia es la sensoriomotriz mientras se está con la relación de satisfacción. Sería la que tiene el bebé en el acto de lactancia o en su imaginación sueño, formarían los primeros momentos de la imaginación. Se tiene conciencia mientras se producen dentro de la relación simbiótica mamá bebé, aunque sea un sueño. Si no hay acción, no hay conciencia. No hay representación mental interna.

Las transformaciones de las acciones sensoriomotrices, gravadas sobre un fondo de placer, constituirán los fantasmas de acción (Aucouturier, B., 2004), que posteriormente formarán representaciones mentales más complejas, simbólicas y abstractas. En su evolución forma el desarrollo mental de los sujetos. La mente se complejiza con objetos internos y simbólicos. Estas transformaciones se registran en el cuerpo como esquemas que ya producen una secuencia, por ejemplo de tomar la leche del pecho. Ante la necesidad se produce toda la secuencia, se reproduce en el cuerpo la interacción. Estos fantasmas de acción en relación con la satisfacción y el placer, en ausencia del mismo, o en situaciones desagradables de la oralidad, como riñas, grietas en el pecho, falta de alimento,... también producen fantasmas de acción de tipo destructivo, como devorar, engullir, etc.

Las representaciones mentales tienen una función para la vida y son de tipo social. Cuando en la relación social se aprenden otras representaciones más complejas, se usan para lo que hemos dicho por su carácter apropiado mental, social y para la vida. Pero si falla la función social de comunicación, de expresión de necesidades y deseos, las representaciones mentales son defensas, crean refugios de aislamiento donde el sujeto se puede sentir seguro. Respecto a la representación sensoriomotriz de tipo disfuncional, el modelo lo tenemos en los niños autistas para entender su funcionamiento.

Los niños autistas parecen que están apegados a la sensorialidad de esta etapa, formando una piel que les aísla del mundo

externo e interno, en vez de constituir esquemas que les vinculen hacia el exterior y sean una anticipación que les lleva a un mayor desarrollo. En ese sentido han fracasado los mecanismos de asimilación y acomodación al medio. La acción estereotipada no modifica el exterior y en todo caso con respecto a la madre, el educador o el psicólogo clínico, no es una interacción mutua que permita el cambio. La estereotipia sensoriomotriz impide el vínculo y la palabra, y si la hay, no es una palabra simbólica, es decir, la palabra como representante de un afecto originario. Hay niños del espectro autista que hablan pero fallan en el significado o rompen la estructura sintáctica, y como los trastornos de Asperger, que no son estrictamente autistas, tienen verbalizaciones correctas y complejas pero alejadas de la significación emocional, del vínculo social y de la realidad simbólica de la cultura a la cual pertenecen. La representación sensoriomotora organiza la experiencia emocional concreta o la anticipa, está ligada a ella. No es una representación que represente al objeto en una imagen capaz de guardarse como pasará con la imagen visual que ya la consideramos símbolo. Establece por lo tanto relaciones en las percepciones de la experiencia emocional como esquemas que llevan a una satisfacción y por lo tanto permite la repetición que fija el esquema y lo convierte en fantasía. Esta fantasía es un proceso y va ligada a la sensorialidad sin capacidad de representación simbólica. Fantasía o representación y sensorialidad se dan a la vez, no hay distancia ni capacidad de trabajo mental, si no es con la experiencia, la repetición y en relación con el resultado.

No se organiza como significante y significado, el primero porque no es una imagen con perfiles (Pi, 2003) capaz de guardarse en la memoria y discriminar contenido, combinarse, transformarse internamente para representar la acción y determinar consecuencias, anticipando resultados como cambiar el medio interno y externo. No contiene significados discriminados que pueda trasladar a otras relaciones u organizarlos de otra forma, destacando ciertos elementos.

La Imagen Visual: Esta representación permite sentir en la conciencia y guardar en la memoria. Es la imagen visual (Bion, W. R., 1996) que contiene la experiencia sensoriomotriz difusa como significado. La imagen visual surge cuando el niño fija la mirada en los ojos de la madre que juegan a tener experiencia psicomotriz. Como representación crea un lugar psíquico que permite empezar a formar la memoria y que trabaje la atención y la curiosidad con el exterior. Se accede a otras operaciones mentales como la comparación, la clasificación, la serie, la discriminación de significados,... En su patología forma el mundo imaginario que puede estar fuera de la realidad y que en su ámbito clínico como síntomas sería la alucinación y el delirio, es decir, lo imaginario también aísla y separa del mundo social, encerrando al niño en un mundo singular. Tiene valor de significante o valor estructurante porque contiene la experiencia sensoriomotriz y la experiencia emocional aunque no sirve para la comunicación.

Otras imágenes perceptivas como las auditivas, táctiles,... capaces de perfiles en el espacio o el tiempo, tienen la misma función de significantes. P.e, la música en secuencia temporal, también es significante de experiencia emocional como significado. Sin embargo, para la mente, la imagen visual es más transformable para crear memoria y

acciones mentales simbólicas y realizar operaciones mentales en ellas para generar sueños o fantasías.

Las representaciones mentales imaginarias de tipo visual, musical o teatral como el mimo, como hemos explicado antes, formarían la categoría mental de mitos y sueños de Bion.

La Palabra: relaciones terciarias. Contiene a las otras dos representaciones como significados. Representa al objeto ausente de la experiencia emocional sin necesidad de evocar su imagen visual. Forma estructuras sintácticas que marcan un orden al narrar historias o sucesos. Tiene valor significante o estructural y valor de comunicación social, porque permite la interacción y la mutualidad entre emisor y receptor, y capacidad de secuenciarse formando un discurso. Cuando la palabra aún está dominada por la imagen visual, por lo imaginario, podemos decir que forma una representación del mundo bordelaine. Hay palabra pero su uso es narcisista. Se sabe de las normas sociales pero hay un cálculo en beneficio propio. Hay dramatismo excesivo, afecto intenso, gesticulación desproporcionada,...

Si la palabra es social, representan las funciones sociales y las clases sexuales, y las series generacionales. Estamos en un mundo cultural, social, reflexivo, edípico. Con la palabra tenemos elementos significantes, capacidad de seriarlas y de comunicarlas. Además se ha llegado a un elevado estado de abstracción. Las palabras tienen una gran capacidad combinatoria y representan un sinfín de elementos, algunos tan faltos de sensación como el verbo o el sentimiento nombrado, es decir, tienen un elevado índice de abstracción y simbolización. Su combinatoria se rige por leyes afines a la norma social y a la causalidad".

Anexo 2

En el número 2 de la revista:

https://www.clinicainde.com/wp-content/uploads/2020/12/N%C2%BA2-Los-retos-de-la-adolescencia..pdf

En el artículo: REFLEXIONES TRAS LA EXPOSICIÓN: Texto respuesta al artículo de Alicia "Clínica de la Adolescencia, nuevos escenarios, nuevas significaciones". A partir de la pág. 62 hay una exposición sobre la parte psicótica de la personalidad que describió Bion, pero tal como la interpreto para este documento.

"Bion introduce la parte psicótica y no psicótica de la personalidad, no como una psicopatología sino como un tipo de organizaciones mentales que existen a nivel individual y a nivel de mentalidad grupal.

Estas dos partes de organizaciones en la mente están en todos nosotros. Para situarnos brevemente, muy brevemente, diremos que la parte no psicótica es la parte reflexiva heredera de un Edipo resuelto, que tolera las normas sociales y las funciones designadas por la cultura; y la parte psicótica es la parte irracional, que proviene de las etapas preedípicas, que fomentan un imaginario que ya Freud indicó como la representación cosa y son significantes del inconsciente…

La parte psicótica y no psicótica que tenemos todos pueden estar integradas o estar disociadas. Integradas significa que forman una estructura y la parte reflexiva y social, contiene como significado la parte psicótica, la irreflexiva. Todos hemos oído que tenemos dentro (en el inconsciente)

un salvaje, un nazi,… pero está reprimido. O como pensaba Freud, la pulsión de vida liga a la pulsión de muerte. Bion por otra parte considera tres elementos mentales, amor, odio y conocimiento, que deben estar integrados.

Pero no siempre es así, y estas partes desligadas o disociadas campan como pueden. En otras ocasiones la parte psicótica es tan grande, tan poderosa y la parte no psicótica tan limitada y débil, que el trastorno mental es evidente.

Otras veces la parte no psicótica que es suficiente para contener y reprimir al salvaje, en ocasiones, por situaciones traumáticas, la parte psicótica embravecida por el miedo, muestra su violencia y arrasa con la mente no psicótica, como ocurre ahora con el coronavirus y en relación con ciertos grupos sociales.

Este paradigma, nos abre otra manera de manejarnos tanto a nivel teórico como a nivel clínico. Cambia la psicoterapia clásica, basada en esta otra tópica freudiana de inconsciente, preconsciente y conciencia, así como la segunda tópica de ello, yo y superyó.

También brevemente, para que entendamos un poco más la parte no psicótica, edípica, es la tópica clásica de Freud, inconsciente, preconsciente y conciencia, con la represión que separa las capas, recordad, como una cebolla, en las cuales las zonas profundas son las inconscientes. La terapia consiste en hacer consciente el inconsciente. Era una psicoterapia encaminada a las neurosis y en un proceso de investigación del inconsciente, así como de las disfunciones que podían ocurrir en esas patologías neuróticas, y que variaban en una clasificación de las neurosis según sus síntomas, histeria, obsesión, fobia,...

La parte psicótica por otro lado no tiene una estructura mental con represión que limite las capas de la cebolla. No hay cebolla, no hay inconsciente, preconsciente y conciencia separados. Pero no nos engañemos, no tener estructura edípica, no quiere decir que no tenga organización mental. Hasta en el caos hay un orden,… el caótico. El funcionamiento es sin las organizaciones del espacio ni del tiempo. Todo es posible. No hay límites. Todo es proceso primario, solo se busca el placer narcisista, la satisfacción de los deseos y las necesidades. Las relaciones son simétricas. No hay un orden social interno. No puedo desarrollarlo, pero esto me lleva a lo que quiero afirmar, a que el objeto de la psicoterapia es que haya orden, reflexión, represión, se instauren las dos tópicas de Freud.

Si nos damos cuenta el concepto de represión tiene mala fama, cuando es constitutivo de la buena salud mental porque organiza la mente y forma el inconsciente, que de alguna manera es la memoria de significados que guardamos porque no los necesitamos en el presente, en el vivir cotidiano".

Bibliografía:

AUCOUTURIER, B., (2004) Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz. Graó. Barcelona.

BICK, (1975), en Meltzer, exploraciones sobre el autismo.

BION, W. R., (1962) Aprendiendo de la experiencia, Paidós, Barcelona.

COLL, C. (1991). Psicología y currículum. Paidós. Barcelona.

COROMINAS, J. (1998). Psicopatología arcaica y desarrollo: ensayo psicoanalítico. Paidós. Buenos Aires.

FREUD S. (1919). Lo ominoso. Obras completas, XVII. Buenos Aires: Amorrortu.

LACÁN, (1975). Los escritos técnicos, nº 2. El estadio del Espejo. Siglo xxi editores, s.a ., MÉXICO, D.F.

LACÁN. http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/33%20Los%20Escritos%20de%20Jacques%20Lacan.pdf

Los Escritos de Lacán, número 2. El estadio del espejo como formador de la función del yo [Je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica.

MAHLER M. (1972). Simbiosis humana; J. Mortiz.

MAHLER, M. (1984) Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos. Paidós.

MAHLER, M. (1984) Estudios 2. Separación-individuación. Paidós.

MELTZER D. (1975). Exploraciones sobre el autismo. Buenos Aires. Paidós. 1979.

MELTZER D. (1990). La aprehensión de la belleza; Spatia. Buenos Aires.1990.

PI, V. (2003). Experiencias en autistas, psicóticos y caracteriales: la mano de dios. Promolibro, Valencia.

PI, V. y NADAL T.(2005). Reeducación en el espectro autista. Promolibro, Valencia.

PI, V. (1998). Una nueva didáctica del grafismo, Promolibro,Valencia.1998.

PIAGET, Jean i altres, (1923). El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño, Paidós, Buenos Aires, 1978.

PIAGET J. La construcción del símbolo; Paidós, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1976.

PIAGET J. (2006). La formación del símbolo. Méjico: Fondo de Cultura Económica.

RIVIÈRE, A. y MARTOS, J (1997). Tratamiento del autismo. Nuevas Perspectivas. Madrid. Artegraf.

TUSTIN F. (1972). Autismo y psicosis infantil; Paidós, Barcelona, 1984.

THOMAS, J. (1995). Niveles de la organización mental. Instituto Europeo de Estudios de Psicoterapia Psicoanalítica. Madrid.

VIGOTSKY, L. (1934). Pensamiento y lenguaje. La Pléyade. Buenos Aires.

WINNICOTT, D. W. (1972), Realidad y juego, Gedisa, Barcelona, 1982.

Desde la comunidad INDE

Los textos de la comunidad INDE están elaborados por todos nuestros lectores y colaboradores. Todos aquellos de vosotros que nos acompañáis en nuestros proyectos, actividades y talleres, a través de las redes sociales, foros y grupos de discusión.

L 'illa dels llibres amb forma de cuca de llum

I ací estava jo, acomiadant-me de la persona amb la qual havia viscut 21 anys. Abans que
aquest moment esdevinguera, havia pensat que seria capaç d'estimar-la. De voler-la sense
rancors.
M'esforçava a considerar que ella era mereixedora de tot l'amor que el món podia oferir-li i
que aconseguiria establir una relació sana i de confiança. Somiava que ella podia oferir-li
alguna cosa especial al món, que era, al cap i a la fi, la cuca de llum que il·luminava la meua vida.

Les coses no van ser tan senzilles,més aviat semblaven fantasies d'una il·lusió que sols existia
en el més profund de la meua ànima. Encara que el vent bufara a contracorrent, sabia que
era ella qui portava el timó i que no li quedava més remei que enfrontar-se als contratemps.
Un dia, als 21, ja extenuada de la lluita, em vaig dir:
- Solta el timó, llença't a la mar, ofega't, mor.
La mar em va portar a l'illa dels llibres amb forma de cuca de llum.
Entre aquells llibres vaig viure anys, anys en què vaig descobrir, a través de les seues pàgines,
el vertader valor d'existir com una llum, entre infinites foscors.

Por: Mila Moreno Benigno

Coloquio de whatsApps del Foro de Salud Mental de la Clínica INDE

Autor: Comunidad INDE[16]
Redacción y coord.: Sara Polo[17]

En la clínica tenemos distintos grupos de whatsapps de intercambio de información. Uno de ellos es el Foro de Salud Mental. Ya sabéis con el nombre de qué se trata.

https://www.clinicainde.com/proyectos/foro-salud-mental/

En este enlace os podéis informar, y suscribir, pero también os podéis suscribir en el móvil de la clínica 680 10 70 51 diciendo vuestro nombre y profesión

Os relatamos algunos de los coloquios que se han producido en el año 2020:

- Teniendo en cuenta en la situación de confinamiento que nos encontramos a raíz del llamado Covid-19, desde el equipo de Zauria(k) hemos decidido que es momento de poner en abierto el documental Zauria(k). Eromena. Gorputza. Feminismoak" / "Herida(s). Locura. Cuerpo. Feminismos". En este momento de incertidumbre, control social y mayor precarización de los colectivos más vulnerables, optamos por la organización colectiva, las redes de apoyo mutuo y una política de cuidados real. ¿Qué mejor momento para pensar(nos) vulnerables, crear y articular nuevos puentes para habitar la vida?. 🤍

  El documental está accesible en la plataforma Filmin.

  Como veis el nombre del foro ha cambiado. Se trata de que sea más afín al contenido que a lo largo del tiempo le hemos dado. También le daremos divulgación por las redes de la clínica por si hay más gente que quiera participar. Nosotros no lo notaremos y continuaremos igual. No sé qué es lo que guía el pensamiento de los seres humanos, ni porqué lo conduce a tal o cuál reflexión. A mí me ha llegado, al pensamiento, un aspecto de la pandemia actual que no he visto reflejado en ningún medio ni red social. Reflexionamos, a menudo, sobre los efectos y consecuencias de la pandemia, sobre varios aspectos de la evolución y desarrollo de la civilización humana, en la actualidad. Son muchos los problemas que nos afectan como Humanidad: el cambio climático; la pérdida de valores

[16] La comunidad INDE…

[17] Psicoterapeuta INDE hace una selección de diálogos:

humanos; los efectos de la globalización; el sistema económico global; las migraciones de grandes masas de población; la contaminación del medio ambiente; la corrupción social, económica y política; la falta de un cambio radical de algunos…

- Muy buena reflexión Vicente. Yo no creo que haya una conciencia de la naturaleza o del virus, para salvar a los inocentes y matar a los culpables. Ya sé que no quieres decir eso. Si que puedo pensar como en la tradición oriental y en el psicoanálisis hay un pensamiento en el cosmos, en la tierra,... que han ocurrido muchas pandemias, y habrán. En ésta ocurre para mí, un hecho y es como hemos contaminado el planeta gracias al capitalismo desaforado con muchos humanos narcisistas, violentos y despreocupados de los demás, rodeados de gentes y solitarios, con la globalización, que cualquier virus se propaga rápidamente. Pero hay cosas buenas, como dices que se salvan los inocentes, que gran parte de la humanidad nos hacemos solidarios, que el miedo también lo sufren los poderosos…

  Hablando con una amiga ecologista me decía entusiasmada. ¿Te has dado cuenta que venía una gota fría otra vez, ha llovido y no hay ninguna catástrofe?. Y hace el frío que no ha hecho en invierno?. La naturaleza dialoga con los seres vivos que la habitan. Ahí creo, veo, que hay pensamiento. Cuando lo de la gripe aviar, fue algo menor pero parecido, luego de la alarma no ocurrió nada.

- Yo creo que los niños tienen unas condiciones físicas saludables en general como el sistema inmunológico, no han fumado, no han bebido, no han respirado contaminación, ... creo que ante la enfermedad hay una selección, por cierto como en Italia que en ciertos hospitales solo se ocupan en las UCIS de los que tienen más posibilidades de vivir, ... los más jóvenes. Yo creo que es un castigo que nos hemos impuesto los humanos, ... los adultos, hiriendo de muerte al planeta.

  Lo más sorprendente es que mejora el clima y los humanos en general, nos hacemos solidarios. Tendremos que promover que esto dure, y nuestros hijos y nietos,

vivan en condiciones que podamos decir humanas, que el bienestar común sea una realidad, no el egoísmo.

- Estoy de acuerdo. Las crisis implican esto, sacar a veces lo peor y a veces lo mejor del ser humano, es una oportunidad para volver a confiar en el ser humano. Conectar con lo sencillo, lo natural, lo humano, volver a reparar en los vínculos y dar la presencia y permanencia que normalmente no tienen. Creo que esto es muy importante, sobre todo para l@s niñ@s, ahora vivirán de verdad ese sentir afecto (Vicent) desde la vivencia de la permanencia y la continuidad de los vínculos con sus figuras d referencia. Los niños del espectro autista son unos de los que más van a sufrir en el confinamiento.

- Remei y Sara, también consideran como Vicente que las crisis no tienen que ser desastrosas y de ellas puede venir un cambio a mejor. Todos supongo que tenemos experiencias personales sobre crisis.

- El dialogo necesita al menos de dos, el pensamiento es relación. No dejan de ser conceptos, construcciones humanas que tratan de dar nombre a algo que existe "per se". Una de las grandes aportaciones a la manera entender el mundo en occidente provino de la sistémica. El concebir el mundo como un todo interrelacionado donde todo tiene causa y consecuencia, donde la consecuencia se vuelve causa en una serie interminable de influencias recíprocas. Eso en el budismo se plasma en la red de Indra y el concepto de interdependencia. La naturaleza esta ahí, siempre lo ha estado. La sabiduría esta ahí desde mucho antes que nosotros. Pienso que simplemente vivimos cada uno de nosotros ataviados dentro de nosotros como si anidásemos metidos en peceras de cristal que vagan…

- El filósofo da por supuesto que somos personas en la oscuridad de una cueva, como el mito de Platón y de la necesidad de reinventarnos. ¿Somos realmente prisioneros? ¿Quién nos encarcela? ¿Por qué? Vivir en la oscuridad es la metáfora de la falta de pensamiento, junto con la falta de libertad. Y dice el autor “cuando todo son preguntas y miedo… la filosofía alumbra

caminos". La filosofía pretende reflexionar, y la reflexión necesita de un espíritu crítico, de una actitud, abierta que cuestione y se pregunte el por qué de las cosas. Y en ese sentido continuar, Lledó " la experiencia es la esencia del conocimiento…".

- Interesante. El aprendizaje es social, volvemos al constructivismo y cómo el conocimiento es producto de compartir la experiencia emocional. La pregunta es: Qué tipo de conocimiento surgirá de esta experiencia?

https://blogs.publico.es/otrasmiradas/30966/la-propagacion-del-coronavirus-por-europa-contra-la-narrativa-centroeuropea-derechista/

¿Qué os gustaría comprar, hoy, si tuvieseis todo el dinero del mundo? ... papel higiénico, huevos, carne, servilletas, leche, pan, gel de manos, mascarillas, guantes,...? un coche nuevo, un jet privado, un yate, un piso nuevo, una vivienda unifamiliar, ? ... Libertad, seguridad, tranquilidad, confianza, esperanza, futuro, humildad, honradez, alegría, cariño, trabajo, ocio, Naturaleza, educación, respeto, compañerismo, solidaridad, verdad, amor, ?... ¿Dónde podemos comprarlo?... ¿Quién lo vende?... ¿Qué precio tiene?... ¿Qué precio estamos dispuestos a pagar por ello? ... ¿Seguro que queremos comprarlo? ...

Este es un conocimiento impuesto por el poder económico, político, científico… en base a unas narrativas que lo explican todo. En todo caso, imposibilitan el pensar comunitario que es el que ha ocurrido en lo que decimos post modernidad. La mentira convertida en convicción. No se si el virus nos volverá a la reflexión, al sentido común, y el saber desde la experiencia y la mutualidad. El poder se basa en el control y la manipulación del ser humano. Después, cuando pase todo esto, continuaremos teniendo miedo de los otros, porque ahora más que nunca contienen el peligro de contagiare. ¿Qué tipo de persona podremos construir bajo esta amenaza? ¿Cómo construir o de-construir lo que nos viene impuesto con este panorama? ¿Espacios de reflexión comunitaria como este, puede ser nos ayuden a compartir y construir un discurso nuevo?

- Discípulo: Maestro, me cuesta tanto comprender que el Padre nos haya mandado un virus tan agresivo. ¿Cuál es el propósito?

- Maestro: El Padre no lo manda. Lo permite, que es diferente. La pandemia la generó el hombre a través de la violación constante de las leyes…

Un mensaje completamente distinto sobre el virus, que nos pueden sugerir otros pensamientos y también incide en el miedo desde una postura oriental. ¿A quién echas de menos? Me ha gustado la idea de reorganizar los afectos personales y colectivos. Un texto de Jung: "Capitán el chico está preocupado y muy agitado debido a la cuarentena que nos han impuesto en el puerto."

- Capitán: -"¿Que te inquieta chico? ¿No tienes bastante

comida? ¿No duermes bastante?"

- Chico: -"No es eso, capitán, no soporto no poder bajar a tierra…"

- Yo creo que está hablando desde un modelo que no es psicoanalítico. Aislamiento hemos sufrido todos, y huimos hacia la incapacidad de la soledad y estar dentro de nosotros. Yo creo que desde el psicoanálisis hay dos campos a investigar personalmente que confrontan al aislamiento. El miedo que nos retrae a las propios miedos ancestrales y el miedo a lo desconocido, la enfermedad y la muerte que nos pone delante del dolor de lo frágiles que somos, y otro miedo que es peor que el dolor de todo lo que hemos perdido, trabajar, bar, amigos…. Fantasías irreales que son vestimenta para vivir en sociedad alimentando el narcisismo. Creo yo. El artículo de Alejandro Cobos, plantea según mi opinión la necesidad de que cada uno afronte la realidad en la que le toca vivir desde su interior, pero también desde la solidaridad y la ayuda mutua. Cuestiona la figura del psicólogo entendida como solucionador de conflictos, y le da relevancia al papel que cada uno tiene en la resolución de los conflictos que tiene a lo largo de la vida. Entiendo que tiene que ser así y que el psicólogo es una ayuda pero finalmente cada persona es la responsable de su vida.

- Querría compartir unas palabras de una conferencia de Emilio Lledó si me permitís. *"El pensamiento es luz, es mirada, es iluminación. Pero estamos en un mundo donde esa conciencia de sí, esa posibilidad de diálogo está atacada, limitada, paralizada, imposibilitada. Jamás hemos tenido más posibilidades de comunicación que hoy, sin embargo, nunca hemos estado más silenciosos e inermes. Por eso tiene que haber una rebelión del receptor, tenemos que rebelarnos a esa inundación, a ese exceso, a esa casi patología de información que tenemos (...) tenemos un ahogo, un exceso de información. Y yo creo que, precisamente por eso, lo que necesitamos son ideas".*

- Si, estoy de acuerdo y sería un trabajo interesante para profundizar en todo lo que

hemos dicho, y lo publicaremos en el taller de escritura en la red de escritura. Así Remei si queréis vamos haciéndolo de manera encadenada.

- Bueno, yo creo que al final el funcionamiento es el mismo que habitualmente tenemos. Vivimos en la sociedad del exceso, de la inmediatez y del vacío, necesitamos llenar un vacío en el pensamiento, se anulan capacidades de reflexión, iniciativas propias, competencias individuales y singulares, en fin que estamos reproduciendo lo mismo pero on line. Por lo menos en educación, todavía no he visto a ningún/a tutor/a que vaya a trabajar un proyecto on line con l@s niñ@s. Todo son materiales, recursos y enlaces (me incluyo) .

Os traslado texto del catedrático Agustín Estrada Peña Universidad de Zaragoza: "Queridos conciudadanos de la cacerolada de las 9:00 PM: Pretendo escribir unas líneas a vosotros, los que hasta hace un mes, erais expertos entrenadores de fútbol, a la par que avezados especialistas en mecánica de coches, y en las últimas semanas sois expertos en pandemias. A vosotros, quienes no tenéis ni idea de qué es R0 pero lo manejáis con soltura mientras la familia cena. A vosotros, que no sabéis distinguir entre letalidad y mortalidad, pero no os importa, porque lo verdaderamente serio es mostrar la indignación de la ciudadanía". ¿Por qué el gobierno ha actuado tarde?

- Por la economía. Si se cierra un país a todo tipo de actividad económica …

- Cuánta razón!

- Me ha gustado mucho esta reflexión... "El miedo ha sido siempre el instrumento del poder y la dominación. Es una emoción muy particular que muta en indignación en muchas personas que no son capaces de reconocer la ansiedad que les causa la incertidumbre".

- Una vez más el auto conocimiento es el motor del cambio tanto a nivel personal como social. "El miedo –al futuro, al otro, a la muerte...– es un sentimiento muy presente estos días y que, según ha apuntado usted, encuentra una salida natural a través de la tensión y el odio que vemos en las redes sociales." Si Ros, el miedo ha estado haciendo estragos, no solo el coronavirus.

También es verdad que ha causado mucha violencia en la gente confinada, pero también ha provocado solidaridad y deseos de tener otros comportamientos más afines con la naturaleza y la vida. El mundo va a cambiar, otra cosa es que podamos mantener estos valores, sin miedo, con libertad y sin sumisión.

- Vicent, ¿crees que el miedo muta a violencia cuando no lo sabemos o queremos reconocer? Y si, el sentirnos vulnerables y saber que necesitamos a los demás me parece buena base para construir algo mejor.

- La violencia es una salida al miedo, cuando la percepción del otro es un peligro, y es violencia para quien no lo puede gestionar. El violento es incapaz de tolerar sentimientos humanos, que le llevarían a la tolerancia, la empatía, la solidaridad.

  El mundo que nos espera.

https://play.cadenaser.com/audio/1589101562_468227/?ssm=whatsapp

- Muy interesante Remei. Aporta reflexiones sobre la salud mental y las consecuencias políticas, sociales y personales. En el tema que hemos trabajado aquí habla sobre la pandemia del miedo y cómo nos hace sumisos al poder y cómo perdemos nuestra subjetividad, la libertad y el contacto entre humanos. Da para muchas reflexiones.

- De acuerdo Vicente: el poder, la sumisión, la desconfianza, la búsqueda de significado en un mundo vacío de sentido, la importancia de la palabra para reflexionar, para construir pensamiento, etc.

- Muy intenso. Hay varias líneas de pensamiento interesante sobre cómo frente al miedo se crean relaciones de poder totalitario y de sumisión. Si nos ponemos en un rol, al final se pierde la subjetividad. En este caso en el rol del miedo, la contaminación, la falta de contacto social, nos lleva a algo muy estudiado: el síndrome de Estocolmo. Sumisión a las órdenes del supuesto poder, y una fe ciega a la voz del poder. Con lo cual, depende de la ética del poder, que la relación sea o no perversa en términos morales.

Así en EEUU y Brasil, la gente puede seguir la voz del poder siguiendo al líder político, en Europa siguiendo las instrucciones de sanidad.

Comportamientos según la voz del poder que en los seguidores del miedo, puede ser de violencia e imposición, poniendo al resto de la población en peligro, castigándola o de miedo recluyéndose más allá de lo que dice el poder sanitario, en una especie de auto castigo.

La realidad, es que hay una circunstancia que provoca miedo por lo que aceptamos con sumisión la necesidad de medidas de control y de pérdida de derechos.

La realidad es que ¿para qué nos sirve asegurar que no avanza el contagio cuando estamos perdiendo necesidades básicas? Mientras nos mantenemos aislados no desarrollamos nuestras relaciones afectivas, sociales, no interactuamos, no vivimos. Vivir aislados no es vivir.

- Desde mi experiencia de abuela que esta situación me niega, la vivencia con mis nietos y a ellos la posibilidad de crecer con confianza con su medio, con sus abuelos, con otros niños.

  Cómo afectará esta situación a los niños? ¿Cómo nos está afectando a nosotros? Lo que es cierto es que está suponiendo una renuncia aceptada a una parte importante de nuestra realidad.

- Efectivamente, otra variante es la falta de contacto con la que crecemos y nos alimentamos afectivamente. Las relaciones familiares, de amistad, los abrazos, los besos, la palabra, son el aislamiento del alma. Más aún, para los niños y los abuelos, unos y otros requieren de ese amor sin obligaciones, sin exigencias, que como dices son imprescindibles para la confianza y la autoestima, para la relación mutua y en general para la vida. Es la vacuna para no tener miedo. ¿Cómo habéis vivido estas dos variantes del confinamiento?.

  - Así es, la vacuna para vivir con sentido.

https://www.medscape.com/viewarticle/930224

- Hola, me topé con este artículo que relaciona el covid con síntomas psicóticos y cómo virus similares si tienen correlación con la predisposición a trastornos del estado

de ánimo por la exposición prenatal a sars… No solo se tienen en cuenta los efectos del confinamiento sino del propio virus en la salud mental de la población. Aun no se tiene claro en algunos casos si son episodios agudos o si podrían acarrear estados crónicos psicóticos. No se si en la práctica clínica se ha podido observar un repunte de estos síntomas psicóticos pero seria interesante poder corroborarlo o descartarlo desde esa área. Esta semana saldrá una revista en la clínica donde trataremos el confinamiento y el miedo al coronavirus. Nos afecta a todos, pero en mayor grado a las personas con problemas mentales o que con precariedad consiguen adaptarse a un medio social y ahora entran en crisis. En psicoterapia no podemos establecer relación entre un virus y la psicosis a nivel biológico, si a nivel mental, generando miedo en unos y violencia en otros.
Muy interesante su visión de los rituales, igual te suena de algo Vicent.

- Muy interesante. Estaría de acuerdo en la mayoría de los comentarios en general, aunque al hablar de rituales como eje central, para mi, queda desdibujada la idea central del mundo capitalista radical que se ha deshumanizado. Por no hacerlo más largo, el ritual es una defensa obsesiva que la cultura religiosa utiliza para el contacto con la divinidad. Esto es así y hace comunidad religiosa con un yo que se diluye. Pero los mantras o los rosarios católicos, son y pueden ser individuales, y calman al yo al evitar la contaminación ideativa de la repetición del inconsciente que manifiesta miedo y a la conciencia en su elaboración imposible del trauma. Las culturas místicas promueven rituales para transcender la realidad y el deseo mundano, en un ascetismo y en unas prácticas y ejercicios de experiencias para transcender lo cotidiano. Se renuncia a los placeres materiales con el fin de adquirir unos hábitos que conduzcan a la perfección moral y espiritual. Bueno, para hacer un artículo.

- Al final, el ritual como conducta defensiva, tiene un recurso en principio bueno para la identidad. Pero en el uso de la cultura digital que nombra el uso obsesivo del móvil con todos los rituales adictivos, también crean una comunidad digital, claro adictiva. En realidad el capitalismo crea muchos rituales, deshumaniza con los bienes materiales. Un tema muy interesante para hacer un escrito, Amador.

Perdemos los juegos, los cuentos, las tradiciones de generaciones que servían como saber popular para gestionar conflictos y miedos ancestrales, que ahora volvemos a ellos incluso para el tratamiento del espectro autista o los miedos infantiles.

¿sólo grafiti? ¿rock? ¿escepticismo?
también les queda no decir amén
no dejar que les maten el amor
recuperar el habla y la utopía
ser jóvenes sin prisa y con memoria
situarse en una historia que es la suya
no convertirse en viejos prematuros
¿qué les queda por probar a los jóvenes
en este mundo de rutina y ruina?
¿cocaína? ¿cerveza? ¿barras bravas?
les queda respirar/ abrir los ojos
descubrir las raíces del horror
inventar paz así sea a ponchazos
entenderse con la naturaleza
y con la lluvia y los relámpagos
y con el sentimiento y con la muerte
esa loca de atar y desatar.
¿Qué les queda por probar a los jóvenes
en este mundo de consumo y humo?

Este poema puede servir de aliciente para escribir si lo dais a leer a adolescentes y jóvenes. Pero también los adultos nos puede servir para reflexionar sobre el mundo que les vamos a dejar

- MUY IMPORTANTE: Las compras navideñas serán extrañas este año... En lugar de aumentar los beneficios de plataformas online podríamos pedir a los reyes magos que nos trajesen los regalos de los comercios locales que puede que estén en riesgo de desaparecer. Librerías, restaurantes, peluquerías, artesanos, pequeños comercios de ropa, cualquier cosa que interese, una cena en el restaurante de tu calle, un corte de pelo en la peluquería del barrio, ese detalle único de un artesano local... Sería un doble regalo, pues a ellos les daríamos la posibilidad de seguir abiertos el año que viene.

- Bonos de fisioterapia, belleza, matrícula de gimnasios, esas gafas que tanto necesitas, esa reparación de electrodomésticos, cualquier aportación en el pueblo o barrio. En la misma línea que tu mensaje Vicente.

- Bueno, tiene que ver con la salud mental, la salud corporal y la salud económica de nuestros

convecinos y en la línea del confinamiento que descubrimos al comercio local que nos traían la comida, las medicinas, ... no perdamos la solidaridad. La importancia del vínculo.

VIDEO: Me pregunto cuántas veces a lo largo de nuestra vida actuamos como este profesor.

- No hay diálogo, no hay conocimiento del otro, sólo juzgamos. El acercamiento lleva a la mirada del otro y esto a comprenderlo.

  - Si, vivimos en prejuicios que son como lentes que no nos dejan ver al otro. Ideas preconcebidas que vivimos como reales y nos ocultan la verdad del otro. Nos falta escuchar, preguntar, interesarnos por el semejante. Juzgamos desde nuestra supuesta superioridad, desde nuestras creencias, desde nuestro narcisismo de poder y saber.

- Si Vicent, en mi opinión se nos ha educado para cumplir unas expectativas, de normalidad, de éxito. A veces en ese trayecto que nos trazamos nos convertimos en seres implacables, con nosotros mismos y con los demás. La rigidez es la pauta que nos conforma para no desviarnos en una exigencia en ocasiones inhumana. Y esa rigidez mental es tal, que nos impide vernos y ver. Vamos como autómatas cumpliendo objetivos sin pensar, sin parar para revisar dónde estamos.

  - Aprender a desaprender para reencontrarnos, para poder preguntarnos el por qué en nosotros mismos y en lo que nos rodea, no para juzgar, sino para comprender. Esta sociedad, las instituciones en general, todos practicamos la misma actuación, nos movemos por castigos, por miedo a las consecuencias,…

- Bonitas reflexiones Remei. Estamos muy mediatizados por el aprendizaje desde que nacemos, pero actualmente se ha perdido la reflexión y los modelos de los medios de comunicación y redes sociales nos imprimen mensajes que no nos dejan pensar, tener nuestro propio pensamiento y ser capaz de dudar. Dudar incluso de lo que pensamos, ponerlo a nivel social

y en diálogo contratarlo. El diálogo y el respeto por el otro está muy limitado.

- Contrastadlo. La diferencia entre lo útil y lo valioso. (Publicado en 11 noviembre, 2020 por Omar Romano Sforza). *Quizás una de las cosas que más necesitamos es aprender a distinguir entre lo útil de lo valioso. Un sacacorchos es útil. Un abrazo es valioso. Una puerta es útil. Un atardecer es valioso. Un mechero es útil. Una amistad es valiosa. Casi siempre, lo útil es más caro que lo valioso. De hecho, lo valioso rara vez cuesta dinero. Y esto ocurre porque el dinero es útil pero no es valioso. Lo valioso genera mucha más felicidad a largo plazo que lo útil. Y sin embargo a menudo valoramos más lo útil que lo valioso. Los mejores momentos no cuestan dinero. Ver nacer a un hijo. El primer beso. Sentir que vuelas de la mano de alguien. Los momentos gratos que se nos pasan por …*
-

Interesante artículo sobre el uso del móvil en niñ@s: https://alvarobilbao.com/edad-4-quitale-el-movil-al-nino?utm_source=redes&utm_medium=facebook&utm_campaign=blog

- Gracias Paula. Yo lo explico y hasta lo pongo en los informes pero esta muy bien este artículo para compartirlo con las familias.

  - La verdad es que si, se hace muy amena su lectura y lo explica muy claro.

- No solo el móvil, sino las pelis de la TV, los videojuegos,... afectan los procesos de desarrollo del pensamiento, ya que son adictivos por la sensorialidad que aportan y la imaginación pasiva en la pantalla. Y no solo la atención sino también la curiosidad. El nin@ ante la pantalla se aísla del mundo real, absorto y fascinado por las imágenes externas, que no requieren esfuerzo ni trabajo mental. Al no desarrollar estas funciones tan importantes en las relaciones sociales, la gestión emocional se ve drásticamente limitada, por lo que no aprende a gestionar las limitaciones que nos impone el aprendizaje social. ¿Que pones Sara en los informes sobre este asunto?

  - Pongo explícitamente que se desaconseja el uso de dispositivos tecnológicos sobre todo para favorecer la

autorregulación o para los hábitos básicos de autonomía y se lo explico a los padres. Y luego pongo orientaciones sobre la relación y el juego. Ya hay casos muy graves donde a la patología parental se une la comodidad del uso de los dispositivos, con lo que se agravan mucho más las patologías que ya empiezan en lo perinatal, y lo que podría no haber sido tanto, acaba muy grave y antes de los tres años. Y aunque nosotr@s nos demos cuenta una vez llegan al colegio, anteriormente, ni los pediatras preguntan por todo esto, por lo que no se detectan todas estas situaciones de riesgo.

- Antes, por lo menos en mi pueblo, a los niños les daban vino con azúcar mojado con pan o ensaimada, se quedaban, nos quedábamos muy relajados, y si estábamos débiles un huevo crudo batido en leche, azúcar y coñac, creo, si había resfriado y frío, si no me falta la memoria. Ahora son las pelis, los videojuegos para que los niños estén quietos. No dejan de ser prejuicios, creencias, que sin querer hacen daño al infante, pero como tienen consecuencias, su fuerza es inmensa. Ahí tenemos el poder de los prejuicios, antes y ahora. Queriendo solucionar un problema, creamos otro más importante. La ignorancia vestida de verdad no se sabe del daño que produce.

- ¡Ufff¡ y tanto. Empezando por neuropediatras de renombre. Verdaderos desastres. Y más después del confinamiento. Ya tengo 4 casos de padres que han buscado ayuda y han recibido diagnostico de TDAH con medicación para empezar. Y uno con 5 años, el resto están en valoración. Por mi parte lo voy a orientar hacia la intervención psicopedagógica y psicoterapéutica. También hay prejuicios pretendidamente científicos cuando indican que los trastornos mentales son neurológicos o genéticos cuando hay estudios científicos que indican los problemas de la medicalización sistemática a menores y los trastornos suelen ser por una parte multifactoriales, y por otra parte, no solo la medicalización puede ser el tratamiento principal, menos en infantes tan pequeños. En la próxima revista, el número 3, saldrán 2 artículos en ese sentido.

- Si, pero el problema es que desde la medicina sólo se atiende al cuerpo y desde lo que se conoce: la biología, que se atiende a través de farmacología. Tendrían que tener una formación mas globalizada

y holística, para tener una comprensión mucho mas amplia de los problemas del desarrollo, para ayudar mejor a los niñ@s y sus familias y no medicar a la primera de cambio. La medicalización favorecerá desde edades muy tempranas que l@s niñ@s desarrollen una adicción y por tanto una enfermedad crónica que además puede agravar o derivar en estados mucho más límites y/o psicóticos en un futuro. Yo hice esa correlación en mi trabajo de final de máster, hay estudios que demuestran la predisposición a posibles brotes en la adolescencia en niños tratados con metilfenidato.

TALLER: La práctica línica en los trastornos mentales y en especial, en el TDAH por déficit de atención, con o sin hiperactividad. Reflexiones críticas.

Ponente: Juan larbán vera.
Redacción y coordinación: Sara Polo

PRESENTACIONES

Vicente Pi: Se presenta. Maestro, Director del SPE V04 (Torrent) durante años, psicoanalista y fundador de clínica INDE.

Presentación del taller de la revista de la clínica: tiene como objetivo el crear textos y que haya un diálogo entre distintos profesionales que trabajen en educación, sanidad o servicios sociales desde una vertiente humanística y que haya un diálogo entre ellos. Desde esa perspectiva la revista tiene la pretensión de crear un entorno de participación y divulgación de los distintos modelos de intervención y de compartir las experiencias profesionales.

Organizamos el taller: Vicent Pi que soy el director técnico de la misma y presentaré a Juan Larbán, Amador Tarazona que edita la revista y organiza el taller, y Paula Rodrigo de los aspectos más informáticos como la web y las invitaciones del zoom, Sara Polo que escribe los diálogos y coordinará este taller.

Vicente Pi presenta a Juan Larbán. E-mail, juan.larban@gmail.com
Juan Larbán es Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. Vive actualmente en Ibiza.

Nació en 1946 en Zaragoza. Dado su largo currículo, solo voy a rescatar ciertos aspectos de su larga trayectoria profesional, resaltando sobre todo su clínica en instituciones públicas, privadas, así como partícipe y creador de asociaciones en salud mental, como formador en otras tantas, y su carácter amable y apasionado en la clínica, investigación y publicación de artículos sobre autismo y salud mental, con un carácter muy científico, con interés por el psicoanálisis y su clínica relacional, como el texto que nos ofrece para la revista de la clínica, en este caso sobre trastornos mentales y en particular sobre la hiperactividad.
Es un gran divulgador de la salud mental y ha sido director científico y organizador de numerosas jornadas de formación, seminarios, cursos, supervisiones, y algunos congresos sobre salud mental. Ha impartido numerosas conferencias dirigidas a profesionales del área socio sanitaria y educativa, así como charlas informativas dirigidas a padres y al público en general, con el objetivo de divulgar y sensibilizar en temas de salud mental. Ha participado en programas de radio, TV, artículos de prensa, y numerosos artículos en revistas especializadas hasta un total de 23, con la misma finalidad.Algunos aspectos de su recorrido profesional: Licenciado en Medicina por la Facultad de Zaragoza en 1971. Médico rural hasta 1974. Trabajó y tuvo una Formación Especializada -como Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos- en Suiza de 1974 hasta 1984.

Jefe del Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil de Ibiza y Formentera de 1984 hasta 1992. Consulta Privada desde entonces. Asesor, docente y supervisor de APFEM, (Asociación Pitiusa de Familiares de Personas con Enfermedad Mental y de Niños y Adolescentes con Autismo y Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo) desde su creación en 1995 hasta 2012. Presidente de ADISAMEF, Asociación para la Docencia e Investigación en Salud Mental de Eivissa y Formentera desde su creación en 2008 hasta su extinción en 2016. Asesor, docente y supervisor del Centro ARRELS de psicoterapia y desarrollo infanto-juvenil, adscrito a la red asistencial de ADISAMEF y de la Fundación Pitiusa Pro Salud Mental desde 2013 hasta 2018.
Presidente de la Fundación Pitiusa Pro Salud Mental desde 2015 hasta 2018, fecha de su extinción. Profesor del Máster Oficial en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil de la Universidad de Valencia desde 2011 hasta 2019, fecha de su extinción, coincidiendo conmigo tratando el espectro autista, tema que permitió conocernos y fundar nuestra amistad.

Solo me queda resaltar su libro "Vivir con el autismo, una experiencia relacional. Guía para cuidadores", cuya reseña tenéis en la revista número 2 de la clínica. Es coautor del libro "Los trastornos infantiles. Guía de acompañamiento familiar y profesional" publicado por Editorial Graó en 2013, con dos capítulos, uno compartido conmigo sobre autismo. Solo me queda comentaros que la exposición de Juan Larbán y el diálogo, se graban, se transcriben, y aparecerá en el Word que tenemos como grupo, para que participéis y podáis aportar más comentarios y experiencias.

A continuación se presentan los asistentes.

AMADOR: terapeuta clínica INDE, ha trabajado con TEA en un CAT.

PAULA: terapeuta clínica INDE. Experiencia en la clínica, máster de ASMI hace 2-3 años. También trabaja en Carlet, en un centro de psicología y académico.

ARANTXA: empezó su formación haciendo las prácticas en el SPE con Vicent. Después tuvo formación en psicoanálisis. Trabaja como psicoterapeuta en la clínica INDE. Lleva la dirección y administración de la clínica.

SARA: psicóloga, orientadora educativa en SPES y terapeuta en clínica INDE. Formación en el máster de ASMI en psicología perinatal infantil y adolescente, y en psicoanálisis por Clínica INDE e IPSA Levante en terapia de orientación psicodinámica y relacional.

AMALIA: trabajó en Gabinetes Psicopedagógicos Municipales y después creó su propia escuela infantil. Lo compagina con la práctica en psicoterapia en la clínica INDE, donde se ha formado en psicoterapia de orientación psicodinámica.

MIREIA: psicóloga. Trabaja y se forma en la clínica INDE.

CRISTINA ARENES: estuvo en la primera edición del máster de ASMI. Prácticas en Carrilet, prácticas y formación en la clínica INDE. "Se me abrió un mundo que me ha hecho crecer

profesionalmente". Área profesional que me encanta y que disfruto todos los días. Abrí un centro de estudios y psicología en Carlet.

AMPARO RÓDENAS: trabaja en un CEE de Valencia como maestra de educación especial.

EUGENIO: el único que no se dedica profesionalmente a la psicología. "Siempre he tenido mucho interés". He estado 5 años recibiendo terapia psicoanalítica como paciente y en la búsqueda de un crecimiento personal y autoconocimiento que pueda conllevar vivir de un modo más consciente. Para comprender el entorno y obtener más satisfacción, comencé el seminario de psicología relacional". Muy interesado en cualquier tema relacionado con la psicología.

JUAN devuelve a Eugenio "tienes una experiencia personal en la psicoterapia".

CRISTINA FV: maestra de audición y lenguaje en SPE. La experiencia con el TDAH es escasa todavía. "Me encuentro con la situación que el tutor me pide orientación y tampoco conozco tanto. Mucho desconocimiento, quiero ser más consciente de cómo son los niños que tengo".

REMEI: estuvo trabajando en el SPE de Torrente en el AULA CYL, logopeda y PT. Mucha experiencia con niños desde los 3 años hasta los 18 años. Jubilada, "trabajo en ASIEM, también en un grupo de radio con usuarios RADIO DISIDENCIA, tengo un hijo con un problema de salud mental grave. Quiero aportar mi experiencia y pensamiento como profesional, y como madre, como persona que tiene una experiencia diaria con él".
Remei ha fichado a Vicente para llevar a cabo un proyecto de ASIEM EDUCACIÓN, y pretenden llevar un proyecto sobre tratamiento del TEA y T. Mental en la infancia y en la adolescencia en aspectos educativos. Estamos tomando contacto con las diferentes consellerías.
Remei trabaja mucho a nivel social, radio, prensa, moviliza este proyecto. "Me quedé con un dato que dijo el director de la oficina autonómica de salud mental: ha aumentado el índice de suicidios entre gente joven de manera exagerada. Se interesó mucho por el proyecto".

CRISTINA NAVAS: "soy la chica de prácticas de Sara" encantada con la práctica educativa en el SPE. Vicente: utiliza la metáfora relacional de que "Sara es puro pegamento".

ELENA RAMÍREZ: Agradecimiento por compartir la formación con Juan. "Soy orientadora educativa y durante 4 años, llevando la dirección del SPE de Burjassot. Con esa tarea crece tu mochila, la práctica educativa con alumnado sufriendo ese trastorno es infinita. Es muy rica la expectativa de escucharte y poder enriquecernos todos con esta actividad y escuchar el planteamiento entre los modelos biológico, social, emocional. Mi nexo de unión es Sara. Encantada de formar parte del grupo.

VICENTE: presenta una viñeta desde el SPE de Torrente.

Los compañeros orientadores de los IES, me llamaban como director del SPE cuando tenían dificultades sobre todo en alumnos que creían con problemas mentales. Teníamos coordinaciones y habíamos conseguido hacer buenos grupos de trabajo. Me llamaron en

multitud de ocasiones. En los SPES antes el director reunía a los GPM, a los orientadores de los Centros concertados y de los IES. Habíamos conseguido cierta relevancia en las coordinaciones y me llamaban.

La exposición que hago, cuando hablo de los problemas mentales en el contexto educativo, no es una crítica a los educadores, ya que no existe una formación específica clínica en educación. Hay mucha dificultad a la hora de trabajar el T. M. sin formación y sin recursos técnicos. Tener cierta información relevante desde la clínica es conveniente. Es lo que pretendíamos en el proyecto de las aulas CYL, y lo que pretendemos en este proyecto también de ASIEM EDUCACIÓN, a través de la formación a la comunidad educativa. Pero desde la inclusión, el constructivismo, desde los modelos educativos, implementados con nociones clínicas.

Viñeta: Me llama un colega de un instituto sobre un alumno con déficit de atención. En la entrevista con el orientador, me dice que era un alumno estudioso, pero en la actualidad tiene un trastorno, no estudia, suspende, no atiende, está en su mundo, quieto en su pupitre. Según el DSM es un trastorno por déficit de atención y antes de derivarlo a neuropediatría quiere una segunda opinión mía.

Tengo una entrevista con el colega y el chaval. Un chico grande, ojos tristes, entablo un diálogo sin estructurar, me presento, le explico que intento ayudarle, y le pregunto que le noto triste, si me lo puede comentar. Me dice que hace unos meses murió su abuelo,… El chico estaba muy unido a él, además de una historia con dificultades de hacer el duelo y de informar a la familia de su estado psíquico.

El síntoma era la tristeza a raíz de un duelo doloroso, con dificultades en las funciones mentales, a raíz de ese duelo complicado,... y en la adolescencia, todo se complica, con un chico estudioso, sensible e inhibido, que no encuentra un adulto donde hablar, y depositar su depresión.

La indicación no era llevarlo a neuropediatría a que lo medicasen. Era escucharlo y ayudarlo a hacer el duelo, hablando del abuelo y de sus sentimientos.

La tristeza y la inhibición no es un déficit de atención como trastorno, tampoco tiene que ser una depresión clínica, son momentos en este caso de un proceso de duelo ante una pérdida muy significativa, que implica tristeza, y toda la energía mental para elaborar la pérdida.

Como siempre, los problemas mentales se enviaban a neuropediatría, ahora se pretende más a las USMIAS, y desde allí era un tratamiento neurológico, ahora posiblemente biológico.

Podemos hablar de todas las dificultades y de los problemas que han ocasionado en los tratamientos con farmacología. Yo en el SPE no estaba de acuerdo a que se derivara a neuropediatría y se abordara desde la medicalización, pero eran los procesos establecidos. Por eso son tan importantes los escritos sobre el tema, como el actual de Juan Larbán, y que la comprensión psicológica sea importante, más allá de la neurológica y psiquiátrica.

Nosotros, los orientadores, hacemos el informe técnico, que es un informe cualitativo. Más allá de las etiquetas. La cuestión es que ponemos la etiqueta del DSM, debido a la dotación de recursos escolares según esa etiqueta. Aunque el orientador no tiene porqué delegar a neuropediatría o la psiquiatría para el diagnóstico, ya que implica como consecuencia normalmente medicación. Lo oportuno entiendo que tendría que ser el informe técnico, y la derivación a psiquiatría cuando el alumno, debido a su trastorno, lo incapacita para el aprendizaje, cuando han fallado los recursos escolares.

Lo que yo veía en el caso que expongo es que si se utiliza solo el DSM, este chico cuadraba dentro del diagnóstico de un déficit de atención, igual que si no mira, es TEA. Pero esto son prejuicios y dificultan el trabajo que tenemos como orientadores.

En los centros hablaba con todo el mundo. Y ya luego veía al chico. De pasarle una prueba sobre el TDAH que efectivamente daba resultado, a hacerle una entrevista abierta, un tanto clínica, el chaval, al poderse expresar, y no solamente contestar a preguntas, empieza a hablar, a manifestar su malestar. Normalmente no escuchamos en las escuelas. La burocracia, el exceso de trabajo, la falta de formación, la obligación del diagnóstico según el DSM, limitan la atención al T.M.

Al final como conclusión, vemos que el chico estaba deprimido porque había muerto su abuelo, cuando estaba muy unido a él, era su referente, y estaba en un duelo que requería su atención psíquica para su elaboración.

A veces si se escucha al niño o al adolescente, si el orientador no tuviese tanta presión y tuviese el tiempo necesario, las dificultades son bastantes evidentes. Ayer tuvimos un caso de una chica de 13 años en la clínica, que le está sucediendo lo mismo. Tiene acoso, está deprimida. Pero si le pasas una prueba, tiene TDAH. Hay que rescatar el informe técnico como un informe cualitativo que es en lo que estamos especializados los orientadores, además tendríamos que rescatar las entrevistas y crear una historia vital, para resaltar y contener la subjetividad del alumno.

Yo defendía ver la historia, no solamente la parte biológica, las dietas,… Lo más importante es la historia, qué ha sucedido en su historia familiar, social, cuáles han sido las situaciones traumáticas de su vida…. Rescatar un aspecto tuyo Juan que es la HISTORIA, detectar qué está provocando el T. M. Ver cómo y dónde la podemos incluir.

JUAN, destacas el valor que das a la ESCUCHA RESPETUOSA, le das un valor a la subjetividad del que habla. Hablas de un duelo que tiene dificultades para ser procesado por el adolescente. Pérdida de algo significativo y fundamental para sí mismo.

JUAN: No tiene por qué ser una muerte, puede ser una vivencia de pérdida de algo valioso y significativo -por lo que es y por lo que representa- para sí mismo, lo que provoca una retracción. Esta chica o el chico, necesita una retracción o retirada relacional, para poder procesar ese vacío y llenarlo de recuerdos. Lo que propone Vicente de hablar de la relación que tenía el chico con el abuelo, es fundamental. Reconstruir una historia con lo perdido, no solamente con el vacío. Hay duelos que son bloqueados inconscientemente para evitar vivencias depresivas que se van repitiendo, acumulando, que sin la ayuda adecuada pueden alimentar un funcionamiento depresivo de fondo que debilita cada vez más la capacidad de afrontarlos y generando así, un círculo vicioso de difícil salida.

Este chico, es afortunado al no haber sido derivado a neuropediatría por el riesgo de ser medicalizado. El paso a las USMIAS no sería el adecuado si no están formados los profesionales. La mayoría de psiquiatras de adultos de las USMIAS sólo han tenido como mucho, un período de prácticas de 6 meses en infanto juvenil.

Es importante que el paciente pueda explicar a qué atribuye su sufrimiento, volvemos a dar el LUGAR PARA LA ESCUCHA.

Podríamos comparar el TDA-H con la hipertensión, que es un síndrome médico que tiene diferentes causas (renales, cardiovasculares, estrés, alimentación, estilo de vida….). Hay un marcador biológico de la hipertensión (medición de la tensión arterial) -inexistente en el TDA-H y en los demás trastornos mentales- así como un tratamiento farmacológico. Pero la hipertensión tiene diferentes causas -como en el caso del TDA-H- que están en la base del síndrome o trastorno. Si no se trabaja sobre las causas sino solamente sobre los síntomas, -bajar la tensión arterial con medicación antihipertensiva- no se soluciona el problema de fondo, el trastorno se agrava y cronifica y hay que medicarse toda la vida.

VICENTE: la defensa sería volver a lo específico de los SPES, de los orientadores. Lo que ha dicho Sara, a veces utilizamos el modelo médico, DSM que etiqueta, sin llegar a lo que es la experiencia y el informe técnico. Pero con el nuevo modelo se pueden averiguar cuestiones familiares, afectivas, la historia del desarrollo corporal, cognitivo, afectivo y social….

SARA: habla del nuevo modelo de informe psicopedagógico, que introduce las barreras. Es una oportunidad para abordar toda la parte social y del contexto. Pero hay una defensa a nivel profesional y familiar que implica no querer contactar con el mundo relacional y de experiencias del alumno.

Por eso es tan importante la formación. No se necesita tener una formación clínica. El currículum se puede cambiar.

JUAN: escuchando las dificultades que tenemos todos cuando nos piden hacer algo a lo que no estamos acostumbrados o que implican conectar emocionalmente con el otro que nos pide ayuda, nos encontramos con nuestras propias limitaciones. Es muy útil entonces crear y desarrollar un espacio institucional para el encuentro y al no haberlo muchos grupos se dedican a hacerlo por su cuenta.

Crear un espacio de cuidados para el cuidador profesional. No se le pueden pedir peras al olmo, no se puede pedir a alguien que no esté formado, cosas que pueden poner en peligro su equilibrio profesional y personal.

Yo tuve la experiencia de que los profesionales que tenían que implicarse en la atención personal y emocional con los pacientes, no tenían terapeutas para sí mismos. Se me ocurrió crear esos espacios de cuidados para los profesionales. Se diseñó un trayecto de cuidados del cuidador profesional. Se crearon espacios de supervisión individual y grupal en los que el profesional se sentía acompañado por el equipo y su coordinador en toda la trayectoria que seguía con los pacientes y sus familias. Las instituciones no son muy inteligentes cuando no habilitan esos espacios para los profesionales.

VICENTE: hay grupos de ayuda mutua. No se si Elena y Sara, yo he conocido sobre todo en Cataluña, utilizando a Vigotsky, grupos de profesionales que con un profesional más o menos formado, cuentan su propia experiencia. Se crean redes de profesionales que trabajan en este sentido. Son grupos de profesionales de ayuda mutua con alguien si se puede más especializado, donde se expresa la experiencia, las dificultades que se tienen, lo que se siente en el trabajo con los TM, y no tanto en la teoría. Son comunidades de aprendizaje que utilizan el aprendizaje cooperativo dentro de los propios profesionales. Cada uno expresa cómo resuelve las dificultades que se le presentan en su trabajo. Lo que se pretende hacer con los alumnos, se practica con los profesionales.

SARA: en el Decreto de inclusión, la ayuda mutua es un concepto fundamental. Es necesario crear grupos de apoyo mutuo entre profesionales para abordar la complejidad de la atención al alumnado y sus familias y garantizar el cuidado del cuidador, y de esta manera el del sistema….
VICENTE: Si se crea un grupo de experiencia, redes profesionales, si se crean experiencias, es importante sobre todo que colabore la institución. Existen esos grupos. Se habla en educación de COMUNIDADES DE APRENDIZAJE. Hay profesionales de la pública que trabajan en ese sentido. Aprender desde la experiencia, más clínico que esto, no hay. No hay que tener grandes pretensiones.

JUAN, habla de la importancia de crear esos espacios de cuidados del cuidador profesional presentando la viñeta clínica de un caso grave. Un niño con TEA y en tratamiento en el centro ARRELS de Ibiza afectado de una enfermedad genética que provocaba estatus epilépticos en situaciones graves de estrés, sufrió un estatus epiléptico con crisis epilépticas repetidas que hicieron peligrar su vida y tuvo que ser hospitalizado en Palma de Mallorca. Este niño en el hospital, separado de su entorno habitual, había hecho una regresión y repliegue sobre sí mismo hacia un funcionamiento defensivo autístico del que estaba saliendo gracias al tratamiento que tenía en ARRELS. Los médicos del hospital pensaron que tenía un daño neurológico debido a ese estatus epiléptico cuando en realidad lo que había ocurrido era una reacción defensiva inconsciente del niño con un repliegue autista ante la separación traumática de los padres y de su entorno habitual.
Dos profesionales del equipo de ARRELS que trataban al niño se desplazaron a Palma de Mallorca para seguir en el hospital el tratamiento interrumpido, a demanda de los padres y con el acuerdo de los médicos del hospital, para hacerse cargo de la situación y reconducir la orientación del trabajo clínico. En lugar de investigar y de tratar un supuesto daño cerebral como pensaban en el hospital, se reconstruyó la relación terapéutica con el niño y los padres y el niño salió en pocos días de su aislamiento y repliegue autista recibiendo el alta médica y volviendo a Ibiza.
Con el equipo de profesionales de ARRELS tuvimos que trabajar en la supervisión de esta situación clínica aspectos conflictivos y ansiógenos que afectaban al equipo y podían dificultar la continuación del tratamiento a la salida del niño del hospital ya que nuevas crisis epilépticas podían repetirse. Por ejemplo: ¿Cómo investir la relación con alguien que sabemos que en cualquier momento lo puedes perder?. ¿Qué posición teníamos cada uno de nosotros frente al hecho de la muerte?. Los grupos de ayuda entre profesionales, coordinados por un profesional con experiencia son muy útiles para desbloquear situaciones, prevenir el síndrome del profesional “quemado” mejorando nuestras intervenciones y sobre todo, evitando la yatrogenia terapéutica.

VIÑETA AMADOR: Sobre un caso de hiperactividad.

Amador Tarazona: A continuación presentaré una escena clínica. Es un fragmento de una sesión con un niño de 9 años diagnosticado de hiperactividad.

Viñeta: Al inicio de la sesión quiere hacer papiroflexia, siempre inicia las sesiones con esa actividad. Este día quería hacer unas garras, durante esta actividad intento que él nombre los

pasos antes de hacerlos para explicármelo, de esa manera quiero introducir palabra antes de acción. Al principio funciona pero luego se acelera y deja de dar instrucciones.
Le pregunto ¿inventamos una historia?. Propone "El guerrero con garras":
Él es un personaje con garras y durante la actividad pretende matarme. Yo estoy sentado en la butaca y él me clava sus garras en el corazón, usa después la espada, me las lanza para clavármelas. Se marcha al otro lado de la sala, "estoy atrapado aquí y no puedo salir", regresa a luchar conmigo, de nuevo me mata, me decapita con las espadas, me las clava en el corazón y vuelve a la alfombra, "estoy atrapado aquí, no puedo salir". Vuelve a la carga y expresa: "Yo soy el protagonista no tú, yo soy el protagonista no puedo morir". Luego vuelve al otro lado de la sala, ya puedo salir, pero tú vienes por la noche y me quitas las garras y me matas…pero no puedo morir porque soy el protagonista.

Cuando se cansa, se fija en una pelota de goma grande de la sala. Entonces la coge y me la lanza, quiere que yo se la tire para golpearla con los puños. Luego pide que se la tire formando una parábola para él "machacar como en el básquet", después pide que se la tiré más fuerte, luego quiere que vuelva a tirársela en forma de parábola para "hacer el mono" y cogerla por el aire. Tira la pelota con fuerza, le da a las paredes que resuenan. Al cansarse pide jugar a otra cosa. Esta vez se fija en el uno.

- El juego al Uno: A pesar de decir que sabe jugar a penas conoce las normas. Mientras jugamos voy explicándoselas. Hay que tirar siempre del mismo color o del mismo número. Eso quiere decir que tienes que robar 4, eso quiere decir que vuelves a tirar.

A falta de cinco minutos para que termine la sesión se fija en un libro "Dónde está Wally". Lo sacamos de la estantería y nos sentamos en la alfombra. Juntos vamos a escanear visualmente las imágenes buscando a Wally.
Amador presenta un fragmento de una sesión de un niño que acude a la clínica con diagnóstico TDAH. Una de las cosas que me llaman la atención es la habilidad para hacer papiroflexia.

Las sesiones seguían siempre el mismo esquema: primero papiroflexia, él me enseña a hacer algo, luego jugar y siempre hay una lucha. Juegos muy enérgicos, muy intensos. Después lanzar una pelota muy fuerte, lo curioso es que durante las sesiones al ir pasando por los diferentes juegos, llega un momento donde él mismo abandona esa posición. Luego pasa a juegos con normas, juegos de cartas.
Pide: enséñame las normas, y después busca un libro "Dónde está Wally" que es precisamente un juego de atención visual.
Frente a esta posición del TDAH y la medicación, y de los tratamientos médicos, presento esta viñeta, como ejercicio de reflexión.
Si damos espacio a esa descarga y la permitimos, poco a poco, van apareciendo las normas, pautas, reglas y en última instancia la atención. ¿Qué puede estar a la base de ese no puedo atender?. Y diferenciar de intervenciones clínicas. Permitir que el niño sea él mismo el que pueda expresar y regular. Vaya regularizando ese déficit.
Lo llamamos como algo que no existe, no está, y sí está, tiene capacidad de atender, no es una capacidad que le falta, sino algo a lo que no puede acceder por algún motivo. En el momento de gran excitación, no puede hacer.

Es curioso también cómo una de las cosas que él hace en el juego, es pedir el protagonismo. Surge la pregunta: ¿Yo no atiendo, o no me atienden? Quiere tener protagonismo, atención y sin embargo el diagnóstico es que la atención le falta.

VICENTE: al escucharte me ha hecho pensar, que con tu escucha has facilitado un encuadre en el que el niño ha podido autorregularse. Se ofrece un entorno facilitador para la autorregulación. Existe un T. de integración sensorial, donde los niños no llegan a integrar bien los estímulos que los desbordan. Me ha suscitado bastantes preguntas. Cuando él juega al monstruo o guerrero de las garras, estaba escenificando un conflicto interno.
Términos de hipótesis: En esta escenificación del guerrero, que habla y mata en canal, y te busca el corazón para matarte. Tu falta de cercanía que la expresa con la muerte, la lucha, pero con tu respuesta, experimenta una nueva experiencia. La posibilidad de un nuevo vínculo … Quieres repetir la secuencia que parece en sí una narración de recorrido mental.

AMADOR: con la papiroflexia hace garras. Se pone las uñas y juega a ser el guerrero con garras. El juego consiste en que él viene a matarme. Trata de clavarme las garras en el cuello, en el corazón, después él vuelve a la otra parte de la sala, toca con la mano la pared y dice yo no puedo salir de aquí, vuelve a luchar y después de esta secuencia que se repite varias veces, vuelve a la pared, y dice ya puedo salir de aquí. Se tumba y se pone a dormir, ahora estoy durmiendo. Ahora tú trata de matarme, yo no puedo morir soy el protagonista, otra vez, al final se cansa y sigue la descarga con la pelota..

JUAN: Creo que ese niño expresa un conflicto interno, las pulsiones agresivas y su forma de canalizarlas. Tiene que matar a ese guerrero de las garras y por proyección al terapeuta. Sin embargo, no puede destruir una parte de sí mismo, pero sí intentar regular o canalizar esos impulsos destructivos. Consigue entonces un espacio de transición y simbolización que le permite salir del bucle en el que estaba atrapado y logra autorregularse. Está poniendo en bandeja un conflicto interno.

AMADOR: él juega a varias maneras de poder acercarse con la pelota.
JUAN: He tenido la sensación de que él estaba mostrando fantasías de omnipotencia con la pelota, que son compensatorias de sus limitaciones como consecuencia de su falta de atención y su hiperactividad. Esto genera una defensa que es el guerrero de las garras. Expresa su fuerza con la pelota, fantasía de omnipotencia ante la impotencia a la que se enfrenta en tantos momentos de su vida.

VICENTE: a nivel general, no ya a nivel de clínica, sí quería rescatar lo que pone Juan en sus textos.Para mí la hiperactividad es un síntoma. Como se ve en el caso de Amador, es un síntoma que nos dice algo. En la supervisión del caso, intentamos comprender qué nos está diciendo. La hiperactividad es una descarga motriz, el niño está inmerso en un problema interno, conflictivo que puede ser ocasional, o puede ser un rasgo del TEA etc… o una persona normal. Por ejemplo, el ponerse nervioso al hablar en público, cualquiera puede mover las piernas, como descarga de excitación y evitación del miedo a la exposición verbal…. Hay que ver lo que hay detrás. Por lo tanto todos los TM pueden tener problemas de descarga psicomotriz y falta/déficit en las funciones mentales como la atención, la memoria o la

indagación, pero no a sus intereses estereotipados. Pero las personas normalizadas también pueden tener actividad psicomotriz para descargar la excitación ocasional.
¿Cómo se puede diagnosticar TDAH en 5 años? Todos los T.M. tienen déficit de atención, menos en sus intereses. ¿Qué es el déficit de atención si no un síntoma que nos indica dónde está el conflicto interno?
Tanto para los clínicos como para el mundo educativo, deberíamos de pensar que el síntoma nos dice algo, es una llamada de atención. Claro que están llamando la atención, demandan atención: a ver si tú me ayudas en lo que me está ocurriendo. Por ejemplo, en los adultos psicóticos, o esquizofrénicos, todos tienen hiperactividad cuando están excitados, y claro que tienen déficit de atención, pasan de la autoridad, de la cultura, de las relaciones sociales que les inquietan.
Debemos pensar como orientadores, que el déficit de atención nos está dando un mensaje. Para poder ayudar al infante, hay que escucharlo para saber qué le está ocurriendo, y cómo hay que atenderle.

JUAN: la escucha del otro tiene que ver con la búsqueda de sentido de lo que le está pasando y de lo que nos está diciendo tanto de forma explícita como implícita, verbal y no verbal. Con el análisis del significado y de la función de los signos y síntomas vamos en esa dirección. Para una comprensión psicopatológica del caso de Amador, faltan datos del contexto familiar y social, pero una primera hipótesis sería: la sensación de que el niño está atrapado como en esa habitación sin salida sugiere la utilización inconsciente de una reacción de tipo hipomaniaco como defensa para luchar contra vivencias depresivas.

VICENTE: es lo que le pasa al nene autista, para salir. Sería un nene que dentro del sufrimiento y el miedo, para salir, se tiene que volver agresivo como en el TEA, porque ya percibe al otro. La garra, sería una manera de salir de su aislamiento y ver al otro, pero como el otro no es un monstruo… Está diciéndome, enséñame a socializarme, a la cultura donde yo tengo que vivir, que contigo no hay peligro, somos diferentes y no hay miedo. Se puede ver cómo sale de un aspecto depresivo a uno esquizo paranoide.

AMADOR: en el texto de Juan sobre el TDAH. se habla de eso, del cambio de paradigma en el diagnóstico y la conceptualización. El DSM es un registro de síntomas, pero no nos ayuda a entender. No deja de ser teórico. Establece un no significado. Un conjunto de síntomas y ya está. Hay que ir un poco más allá, ver lo psicopatológico, qué hay detrás.

JUAN: yo tengo mucho respeto por el manual DSM III y sus revisiones posteriores así como por el CIE-9 de la OMS ya que todavía tenían una concepción psicopatológica. Pero con las posteriores ediciones del DSM, se ha ido aumentando el lecho de Trastornos mentales alejándose de toda comprensión psicológica y psicopatológica. Lo mismo ha ocurrido con el CIE-10.
No obstante, valdría más seguir los criterios del Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, editado y publicado por la Organización Mundial para la Salud, OMS, que el DSM-IV y DSM-V, ya que frecuentemente lo que se denomina comorbilidad es en realidad el diagnóstico real de lo que le pasa al paciente y la hiperactividad sería un síntoma de otro tipo de patología como una depresión o un trastorno psicótico.

Un Manual como el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association), que no toma en cuenta la historia, ni los factores desencadenantes, ni lo que subyace a un comportamiento, obstruye las posibilidades de pensar y de interrogarse sobre lo que le ocurre a un ser humano. Esto atenta contra el derecho a la salud, porque cuando se confunden signos y síntomas con patologías, se dificulta la realización del tratamiento adecuado para cada paciente. Además, con el argumento de una supuesta posición ateórica, el DSM responde a la teoría de que lo observable y cuantificable puede dar cuenta del funcionamiento humano, desconociendo la profundidad y complejidad del mismo, así como las circunstancias histórico-sociales en las que pueden suscitarse ciertas conductas. Más grave aún, tiene la pretensión de hegemonizar prácticas que responden a intereses que poco tienen que ver con los derechos de los niños y sus familias.

El modelo a-teórico del que hace gala el DSM, que se ha querido confundir con objetividad, ha sido elaborado mediante consenso no clínico, por un comité de expertos, carente de un modelo psicológico y psicosocial del desarrollo humano que nos permita comprender sus desviaciones hacia la psicopatología.

Se podría decir que el DSM se basa en un modelo psicofisiológico de clasificación diagnóstica, basado en enunciados descriptivos, que se termina transformando en enunciados identificatorios.

Se está consiguiendo que los profesionales crean que el DSM es una "biblia" o manual para el diagnóstico de los trastornos mentales cuando en realidad fue creado con fines estadísticos y epidemiológicos. Con el DSM, se está formateando, que no formando, en la ignorancia de la psicopatología, pues ésta responde a la dialéctica entre teoría y clínica, entre saber y realidad. Psicopatología clínica que ya no se enseña en nuestras facultades ni en los programas de formación de los MIR (Médico Interno y Residente) y PIR, (Psicólogo Interno y Residente). Y sin embargo, se les alecciona en el paradigma de la indicación... farmacológica: universalización prescriptiva para todos y para todo, que en nada se diferencia de una máquina expendedora de etiquetas y dispensadora de medicación.

El resultado de todo esto es un desconocimiento de los fundamentos de la psicopatología, una ceguera importante a la hora de explorar a los pacientes y, en consecuencia, una limitación más que considerable a la hora de diagnosticar y por ende, tratar al paciente. No olvidemos que un diagnóstico acertado es lo que permite un tratamiento adecuado.

REMEI: voy a hablar desde mi experiencia como maestra y en la salud mental. A mi me parece que es necesario tener en cuenta el contexto y como bien has dicho Juan, para construir esta historia no basta una sesión. Puede ser el caso de Amador, que el niño esté imitando dibujos que ha visto, se está identificando con esos dibujos con los que se siente identificado. Hay que ver qué está pasando en el contexto. Yo no estoy de acuerdo con las etiquetas. Pienso que condicionan la evolución de las personas.

A muchas de esas personas diagnosticadas, se les ha cambiado la vida, pasan a ser un producto de esa medicación. Te planteas si la medicación condiciona mucho más a que la persona no pueda tener una vida normal.

Plantea el DIÁLOGO HORIZONTAL: profesionales y familias, plantea la falta de formación, de recursos…. Hablo desde mi propia emoción e impotencia, y mi propio testimonio.

SARA: planteas la mercantilización de la salud mental. Un argumento para exponer a las instituciones, en términos económicos, podría ser el coste para el sistema en un futuro de la población dependiente que estamos generando por medicar a los niños y no atenderlos desde

la psicopatología. Los hacemos crónicos y dependientes de la medicación y no damos oportunidad para la cura, para la autonomía y para dejar de consumir, serán enfermos dependientes que el sistema tendrá que mantener en el futuro.

VICENTE: el taller no se acaba aquí. Seguiremos hablando sobre todos estos temas. La etiqueta es un estigma. Por la etiqueta a lo mejor se malogra una vida. Si el diagnóstico no existe, ya se confirma. Es ocasión para un tema muy importante. Diferenciar estructuras y que el DSM no sea un cajón de sastre. Sí se puede hacer clínica a nivel social.

JUAN: efectivamente la psiquiatría actual ganaría mucho con la formación en psicopatología. Ganaría mucho alejándose del modelo biomédico y creando un espacio para lo psicosocial. En segundo lugar, no hay que renegar de la medicación, pero siempre y cuando esté contextualizada, elemento a utilizar bajo determinadas condiciones, dosis mínima necesaria y tiempo mínimo necesario, para que lo relacional se pueda dar, y para sostener la intervención psicosocial.

Me comprometo a poner la viñeta en el texto.

VICENT: Sobre este texto podemos ampliar, corregir, elaborar… Se puede participar y añadir, otras viñetas, experiencias, etc... Lo vamos a colocar en un Word colectivo y os invitamos a participar.

APORTACIÓN DE REMEI BALBASTRE AL GRUPO:

Buenas noches. Soy Remei y querría aportar mi reflexión en relación al contenido del texto.

El auge del biologicismo que defiende que la causa del padecimiento psíquico está en el cerebro, sin tener en cuenta otros factores sociales, ambientales, o traumáticos, conlleva una concepción del individuo sesgada, en la que es excluido lo social. La evidencia científica no siempre explica todo, especialmente en lo que se refiere al comportamiento humano, y el sufrimiento psíquico. En "El Salto Diario" aparecía esta semana un artículo de opinión a partir de la noticia de que el PSOE afirma en un documento "el sexo es un hecho biológico" mostrando una vez más el reduccionismo biologicista bajo una supuesta pretensión cientifista. Y en el fondo entiendo que se trata de una mentalidad mercantilista, productiva propia del sistema neoliberal en el que todo, incluso las personas somos elementos a encajar en dicho mecanismo, y si no lo hacemos quedamos fuera convirtiéndonos a la vez en clientes de la industria farmacéutica.

La idea de "normalidad" inunda nuestras cabezas, una normalidad aceptada y consensuada socialmente que no nos permite mostrarnos frágiles, enfermos o deprimidos. Esta sociedad nos exige estar siempre "bien". Y eso nos proporciona ese "bienestar" o aceptación social. Si esto falla siempre están los medicamentos para resolverlo de forma rápida, al menos los síntomas y hasta la próxima. Cuando el que "no está bien" es nuestro hijo tampoco podemos aceptar esa "desviación" de la "normalidad" y buscamos de nuevo una solución médica que nos aporte esa rápida solución tras un diagnóstico rápido y la consiguiente receta del fármaco pertinente. ¿Quién se plantea que quizá ese "no estar bien" de nuestro hijo tenga que ver con nosotros los padres, con el trato, la atención, el cuidado y la escucha? ¿hay algún problema escolar o familiar que pueda estar influyendo? Lo subjetivo se nutre de lo social.

En el caso de TDA/H el Manifiesto de ASMI señala un gran aumento de diagnósticos y añade "inadecuados". No podría estar más de acuerdo, ya que efectivamente se tiende a patologizar comportamientos que en niños forman parte de su evolución y su carácter. En algunos casos

puede ser que puedan mostrar que el niño tenga algún problema, que lo pasa mal, pero ese es el momento para preguntarse por qué. El uso de medicación es cierto que "esconde o tapa" el problema, pero este sigue ahí.
En mi opinión, este uso continuado en el tiempo de medicación es un abuso e incumple los derechos de los niños ya que interfiere en su aprendizaje, en su crecimiento, además de otros efectos secundarios graves. El metilfenidato es un psicoestimulante que puede producir taquicardia o narcolepsia. Me pregunto si los padres son informados de dichos efectos secundarios, así como de que realmente dicha medicación "no cura". Es un derecho de los padres el tener acceso a dicha información, aunque también he de decir, que algunos prefieren que sus hijos estén quietecitos para que no les molesten.
En mi experiencia profesional he tenido alumnos con dicho diagnóstico, alguno con 4 años ya estaba medicado. Al hablar con los padres la sensación de cansancio, de impotencia, de no saber qué hacer, era generalizada. Algunos se sentían aliviados con el diagnóstico y la medicación, otros, sin embargo se la cuestionaban, ¿Qué responsabilidad tenemos los padres al permitirlo? ¿Se llevan a cabo actividades de orientación para padres? La reflexión en relación a las actitudes que tenemos con los hijos quizá pueda llevarnos a mejorar nuestra relación, y convertirse así en la mejor prevención.

VIÑETA CLÍNICA_TALLER TDA-H_INDE
JUAN LARBÁN

LA DEMANDA DE AYUDA

Hace ocho meses recibo la llamada telefónica de una madre que me pide consulta para que regule la medicación que está tomando su hijo de 20 años a causa de un TDA-H que padece desde su infancia. En los servicios públicos de salud mental y a causa del COVID, no pueden atenderlo presencialmente, y por teléfono, su hijo se niega a hacerlo, medicándose por su cuenta con Rubifén que se le sigue prescribiendo como trastorno crónico. Ha tomado otros medicamentos para lo mismo, prescritos por psiquiatras del servicio de salud mental de niños y adolescentes y luego por los psiquiatras del equipo ambulatorio de salud mental de adultos. Al cabo de un tiempo estos medicamentos no le ayudaban o le producían efectos secundarios adversos y había que cambiarlos por otros o el propio paciente dejaba de tomarlos.
Cuando le pregunto a la madre -que llamaré Paula- si durante el tiempo de tratamiento de su hijo ha habido algún profesional de referencia con el que hayan podido establecer un vínculo de confianza y de forma estable a lo largo del tiempo, me responde que no lo ha habido. “A mi hijo le cuesta abrirse y confiarse. Las consultas tan espaciadas y el cambio de profesionales que lo han atendido, tampoco nos ha ayudado” me dice la madre. “Mi hijo no quiere venir y está cada vez peor. La vida familiar en casa es un infierno. Está muy irritable y agresivo, no se puede hablar con él. Se encierra en su habitación (donde come) que está muy sucia y desordenada. Todo esto sucede desde hace más de un año y tanto mi marido como yo, ya no podemos más. El padre que es alcohólico y del que estoy divorciada desde hace años se desentiende de sus hijos y no asume sus responsabilidades parentales. Menos mal que mi esposo sí que las está asumiendo, tanto con mi hijo por el que le pido ayuda, como con mis otros dos hijos de 15 años, que son gemelos”

En este primer contacto veo que esta familia está en una situación de sufrimiento agudo que se está cronificando por falta de ayuda adecuada. Veo también que a pesar de que Daniel es el paciente designado por la familia, todos están sufriendo mucho y que posiblemente será necesario un trabajo con la familia para ayudarles y al mismo tiempo crear un espacio terapéutico individual para Daniel.

Percibo en este primer contacto telefónico dos tipos de demanda, una explícita; regulación de la toma del Rubifen para Daniel, y otra demanda implícita o latente; ayudar a la familia en su situación de grave y prolongado sufrimiento.

Le doy cita para ella y el padre del joven por el que pide ayuda y que llamaré Daniel. Le digo que en el caso de que el padre no pueda o no quiera venir, que venga con su esposo. Veremos entonces cómo hacer para que Daniel su hijo, pueda venir.

PRIMERA CONSULTA CON LA MADRE Y EL PADRASTRO DE DANIEL

En esta primera entrevista, comparto con ellos un relato de desencuentros interactivos repetitivos y acumulativos, traumáticos y no reparados, generando un clima de frustración, impotencia y desamparo en el seno de la relación que tienen con Daniel. Esto tiene como consecuencia transferencial el hacerme la idea de que cuando lo vea me voy a encontrar con un joven que no solamente hace sufrir a su entorno familiar por su forma de ser sino que él podría estar sufriendo mucho también por lo mismo. Aunque lo que se manifiesta exteriormente en el seno de la familia sea más bien su organización defensiva de tipo caracterial que al mismo tiempo que lo protege de una pérdida hemorrágica de su autoestima, lo aísla de su entorno familiar provocando un fuerte rechazo hacia él y su “insoportable” conducta.

La madre habla también de las limitaciones que en la motricidad y aprendizajes arrastra Daniel desde siempre y de cómo habrán podido afectarle. Relata que hace dos años la situación también era insoportable en casa con Daniel y se fue a vivir con su padre durante unos meses en que su estado psíquico empeoró y tras los cuales pidió volver con su madre. Durante unos 4-5 meses se mostraba sociable, atento, y su comportamiento fue bueno pero poco a poco su estado empeoró hasta llegar a la situación actual.

Respecto a la interacción entre hermanos, me cuenta la madre que los gemelos (heterocigóticos) son como la noche y el día. Uno muy ordenado –que llamaré Ramón- disciplinado, responsable y con buenos resultados escolares y el otro –que llamaré Jaime- más desorganizado, nervioso y con más dificultades en cuanto al aprendizaje escolar pero siendo también el más sensible y empático de los tres hermanos. Es el que se enfrenta a Daniel cuando ve que trata mal a su madre. Los dos conviven en la misma habitación en la que se refleja la personalidad de cada uno en la mitad del espacio que les corresponde. Daniel no tiene problemas con el primero pero sí con el segundo ya que ambos se parecen en cuanto a su dificultad para concentrarse y organizarse. Daniel tiene su propia habitación.

La madre de Daniel llora de impotencia y desesperación varias veces a lo largo de la entrevista reprochando a su esposo el hecho de que sea tan exigente con sus hijos y no con sus propias hijas.

El padrastro -que llamaré Jorge- divorciado y con dos hijas mayores de edad, es de gran ayuda para la nueva familia dada la ausencia del padre biológico e intenta desarrollar sus funciones parentales como puede tanto con Daniel como con sus hermanos. Lo que más le cuesta aceptar es que a pesar de lo mucho que intenta ayudar a Daniel, este no lo reconoce ni lo agradece. No soporta la forma agresiva en la que con su actitud y verbalmente Daniel trata a su

madre. Reprocha a su esposa que consienta y malcríe a sus hijos; sobre todo a Daniel. Tengo la impresión de que le cuesta asumir y ver, más allá de las defensas de Daniel, que éste podría estar enfermo y que no se le puede exigir ni esperar de él algo que de momento no puede hacer o dar.

La imagen que me viene con frecuencia al escuchar a la madre y padrastro hablar de Daniel es la de un erizo que se repliega sobre sí mismo para protegerse y proteger sus zonas más vulnerables. Al mismo tiempo, eriza y lanza sus púas o espinas hacia su entorno que considera hostil por no comprenderlo y también, por no ser comprendido. Además, me viene con frecuencia la imagen de un joven tirano con rasgos psicopáticos que con su patología y sobre todo sus crisis de cólera, marca el funcionamiento y ritmo evolutivo familiar que se va haciendo cada vez más patológico.

Les comento que tras el déficit de atención de Daniel tengo la impresión de que este padece un trastorno de la personalidad que por lo que me han comentado, se podría corresponder con una u otra de las imágenes transferenciales sobre Daniel que se habían ido formando en mí a través de su relato. Respecto al trastorno de personalidad les digo que quien lo padece se podría decir que sufre y hace sufrir al otro en interacción con él, por su forma de ser y su modo de relación consigo mismo y con los demás.

Más allá de la ausencia del padre de Daniel, su madre y padrastro se hallan sumidos en una vivencia de impotencia y desamparo que genera un gran sufrimiento en ellos a la vez que paraliza o distorsiona sus competencias y el ejercicio de las mismas, en la interacción parental, conyugal y familiar.

Dado que el problema por el que consultan afecta a toda la familia que vive bajo el mismo techo, propongo un encuadre terapéutico familiar flexible y en el momento adecuado, crear un espacio psicoterapéutico para Daniel. De esta forma, será más fácil para Daniel pedir ayuda para él si ve que no solamente es él, sino toda la familia la que está implicada en un proceso de cambio.

Es a través de unas primeras entrevistas madre-hijo que pienso poder ayudar a mejorar el ambiente familiar, regular la medicación de Daniel y quizás, conseguir un espacio terapéutico para él.

EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

Tras 4 consultas terapéuticas –según el modelo de trabajo clínico desarrollado por Winnicott- con Daniel y su madre en las que les ayudo a pautar la medicación de Rubifén para Daniel y a mejorar su comunicación y comprensión mutua así como a crear un espacio terapéutico para Daniel en presencia de la madre, este acepta de forma puntual una consulta terapéutica individual para él. Durante esas 4 consultas terapéuticas madre-hijo tanto la madre como Daniel han podido ir asumiendo la parte de responsabilidad que les corresponde en la interacción conflictiva que mantienen con frecuencia y que es escenificada en ese espacio terapéutico. Mi trabajo se centra en crear una alianza terapéutica con ellos y facilitar una comunicación y comprensión empática entre ellos.

Me sorprende que Daniel sea capaz de comprender que con su actitud agresiva perdiendo las formas, también pierde la razón aunque la tenga, provocando además que el otro, en este caso su madre, centre su atención en protegerse y defenderse de lo que considera un ataque más que en comprenderlo. También acaba por darse cuenta Daniel de que con su forma de

protegerse, según la imagen del erizo que le comunico, produce en su entorno familiar una reacción de distanciamiento y rechazo cuando lo que necesita y pide inconscientemente es un acercamiento afectivo.

Tanto en las consultas terapéuticas con su madre como en las individuales que tiene conmigo, se hace más patente para mí la imagen transferencial del erizo -replegado sobre sí mismo para protegerse- en lo que respecta a Daniel, saliendo de la zona de riesgo que supone identificar su actitud y conducta defensiva con su verdadera forma de ser (falso self que cuida y protege el verdadero self según Winnicott).

En la actualidad está en funcionamiento con muy buenos resultados tanto a nivel personal para Daniel como para el grupo familiar, una terapia familiar en la que hay diferentes espacios terapéuticos -según el modelo de consultas terapéuticas- tales como; relación madre hijo, relación madre y esposo, individual para Daniel, individual para la madre e individual para el padrastro. También he atendido una vez a Jaime, uno de los hermanos gemelos.

Extenderme en los detalles excedería el espacio de presentación de esta viñeta clínica en la que intento mostrar la complejidad de muchos de los casos etiquetados como TDA-H en los que debido a una mala praxis nos vemos obligados a intervenir tardíamente, cuando el sufrimiento y la patología se ha cronificado, cuando nuestra intervención terapéutica tiene que centrarse el la prevención terciaria (secuelas) y cuaternaria (yatrogenia). Esta viñeta clínica nos muestra también la diversidad de los factores etiopatogénicos implicados en el trastorno así como la compleja y diversificada respuesta terapéutica que requieren.

No obstante, si es de interés para el grupo, y contando con más tiempo para ello, podría ampliar la viñeta clínica a la presentación de este “caso clínico” relatando con detalle su evolución hasta la actualidad.

TALLER: Espectro autista intervención clínica y educativa

Ponentes: Vicente Pi Navarro[18]; Amador Tarazona Martorell[19]
Redacción y coordinacion.: Sara Polo[20]:

Abreviaturas: Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno Autista (TA), Trastorno Mental (TM), TEL (Trastorno Específico de Lenguaje), EE (educación especial), PT (pedagogía terapéutica).

LAS ETAPAS DE LA INFANCIA:

Trataremos el Trastorno del Espectro Autista (TEA), desde el mundo educativo y el mundo clínico. La cronificación de los TEA tiene mucho que ver con las etapas evolutivas y los sistemas de prevención y de atención temprana en las primeras etapas infantiles. Las etapas infantiles han sido detalladas por múltiples autores como Piaget o Freud entre otros. Podemos clasificarlas brevemente teniendo en cuenta la escolarización de los infantes:

1.- Primera infancia de 0 a 3 años, donde el bebé investiga el mundo cercano como su cuerpo y el de sus familiares.

2.- Segunda etapa infantil de 3 a 6 años, donde el infante descubre a familiares que interactúa, los adultos cuidadores y los otros infantes.

3.- Tercera etapa infantil de 6 a 12 años, o primaria en la escuela, en la cual el pensamiento se hace más flexible y simbólico, y ya es capaz de relacionar ideas y conceptos nuevos, teniendo interés por el aprendizaje formal.

4.- La adolescencia de 12 a 16 años, donde el interés deja de ser la familia y se interesa por los amigos, formando pandillas, se es más independiente y con deseos de la autonomía del adulto que vive como poderes.

Entendemos que las etapas según la edad no se pueden determinar exactamente y hay variabilidad según las culturas, la propia evolución de cada infante y la generación a que se pertenece. Ahora por ejemplo la adolescencia se alarga por abajo y por arriba, adolescentes de poca edad y adolescentes que pasan de los 16 años. La cronificación del TEA depende tanto de la prevención, estimulación y tratamientos adecuados como las edades en que se produzca la intervención. Cuando más temprana es la detección y la intervención mayor pronóstico

[18] Psicoanalista, director SPE Torrente, creador con el equipo SPE de las dos primeras Aulas Comunicación y Lenguaje. Dirección Técnica Clínica INDE.

[19] Psicólogo, psicoterapeuta clínica INDE. Experiencia con Autismo en Centros de Atención Temprana, realización de Diagnósticos para Hospital La Marina e Intervención Temprana de 2,5 años hasta los 6 años.

[20] Psicóloga orientadora, coordinadora del taller de educación.

favorable y peligro de cristalización del trastorno mental (TM).

LOS DIAGNÓSTICOS:

Entendemos que el autismo surge desde el origen. En el inicio de la vida ya hay rasgos que indican que es posible un TEA.

En el DSM IV había diferentes TEAs, una clasificación de los trastornos en el desarrollo que tenía en cuenta las características de los TMs de la infancia. Vamos a tener en cuenta el Trastorno Autista (TA) que puede surgir desde los inicios que es el más grave y pueden llegar a no tener lenguaje. Y el resto de los (TEA) que llegan a tener lenguaje, aunque pueden evolucionar hacia el TA. En algunos TEAs, como el Trastorno Desintegrativo, las dificultades aparecían cuando se habían adquirido ciertas habilidades, después había una regresión, pérdida de esas habilidades, retraimiento y aislamiento.

Como los diagnósticos en el DSM IV de los Trastornos en el Desarrollo se hacían tan complejos en su diferenciación, en el DSM V se optó por un espectro autista (TEA), donde se diagnostica la gravedad del trastorno. Tenemos por lo tanto diferentes comportamientos del Espectro Autista así como diferencia en la gravedad en el lenguaje, la sociabilidad o la tolerancia a la frustración, por eso hablamos de Espectro del Autismo.

Hay que considerar que en los TM de la infancia y también de los adultos, interactúan factores genéticos, constitucionales y ambientales, además cada uno de ellos puede tener distinta valencia. Los factores genéticos como decimos en los artículos del taller, son muy difíciles de diagnosticar, porque se entiende que son sistemas neuronales, excepto por ejemplo el X-Frágil, tan concreto y definido, más bien se les supone esos sistemas neuronas que en contacto con los factores constitucionales y ambientales pueden eclosionar con un TM. Pasa lo mismo con la hiperactividad que se suele considerar neuronal, sin un diagnóstico de pruebas objetivas de tipo neuronal.

Llamaremos factores constitucionales las influencias que se dan tanto en el embarazo como en la lactancia y los primeros años de la vida, hasta los 6 años, cuando la dependencia con los padres, educadores y cuidadores es tan importante, así como el apego que se tiene a ellos. Por otra parte las situaciones traumáticas se producen cuando se está constituyendo la personalidad y el infante está menos capacitado para comprender y gestionar el mundo social. Es también el periodo donde se entra en contacto con el mundo escolar en las etapas infantiles que podría ser un campo importante para la detección, estimulación y la inclusión del infante por los posibles déficits genéticos y constitucionales, así como derivación a unidades especializadas, que servirían además de gran ayuda y contención a las familias. Desde esa perspectiva, los recursos escolares de estimulación se tendrían que dar ya en los primeros momentos de la escolarización de 0 a 6 años.

EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL:

El TA, es desde los inicios. Aunque un infante que ha evolucionado, puede convertirse en

Autista como hemos dicho con el Trastorno Desintegrativo. En estas etapas no puede haber un diagnóstico claro, pero sí la prevención y la estimulación. Si se consiguen tratamientos en estimulación temprana, el infante puede evolucionar a no autismo, aunque siempre va a tener ciertas características, por ejemplo, de un apego hacia lo sensorial. Por lo tanto la prevención y la estimulación en la primera infancia va a ser imprescindible para que en los primeros síntomas se intervenga y no se cronifique el posible TA.

De 3 a 6 años, el infante TA puede tener una evolución, se descarta por tanto, el prejuicio de que el T. Autista o el Espectro Autista no son educables. Son educables, de 3 a 6 años el TEA, son muy recuperables y puede llegar a tener una vida relativamente normal. De 6-7 años hasta 12-13 años, en la Educación Primaria, que llega hasta la preadolescencia y adolescencia, el infante empieza a cronificar su TM, si no recibe tratamiento específico. A partir de la adolescencia, es importante, porque puede evolucionar pero ya ha habido una cristalización del TEA, si no ha recibido cuidados especializados previos.

En la adolescencia el TM es muy grave si no ha habido un tratamiento previo o adecuado además del problema de la medicalización o del aprendizaje directivo. Tiene que ver con que en la adolescencia hay un cambio corporal, en la sexualidad, en la socialización, en la mente, donde el adolescente adquiere más independencia de los cuidadores, se mira a los iguales, y se introduce la competitividad y el deseo de poder, con agresividad o inhibición ante los problemas sociales con el grupo de referencia, y los demás grupos, aumentando la violencia en los institutos, las ausencias a las clases, las adicciones, los aislamientos y los acosos con exclusión de los más vulnerables.

Con lo cual sin un TEA previo, pero con cierta labilidad mental, la adolescencia por el entorno, se puede volver traumática, ocasionar un TM grave, llegando a los brotes psicóticos, que pueden lastrar la vida futura del infante adolecente sin futuro en los estudios, ni con una vida laboral y un proyecto afectivo, también quedando lastimada la familia, sin recursos para hacer frente al TM grave.

CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO MENTAL:

Todos los T. Mentales tienen dificultades en las relaciones sociales, lo nuevo, la autoridad. En la adolescencia, hay tanta pasión, tanto de nuevo, tanto de pulsión sexual, cambios en la mente, apego a la familia, apego a la pandilla, a los modelos sociales donde predomina el poder, la competitividad, sus congéneres,... la violencia o la inhibición si hay intolerancia a la frustración, que lo disruptivo en los institutos se hace evidente.

De todas formas en los TM en general de la infancia hay un rechazo a lo nuevo, la cultura escolar, dificultada en aceptar los límites, rechazo al aprendizaje directivo y a la autoridad y a los roles sociales. Se buscan grupos de iguales en todo caso y se crea una cultura propia.

Hay síntomas conductuales, adicciones como hemos dicho, problemas alimenticios, en el dormir, en la limpieza, en la gestión emocional, absentismo y fracaso escolar.

Infantes que han evolucionado bien hasta la adolescencia, cuando no pueden adaptarse al medio social y escolar, influenciados por los medios de comunicación y sus iguales, iluminados por el éxito y las promesas fáciles, se puede producir el T Mental grave y el Brote Psicótico. Puede ocurrir entonces que el TM en la adolescencia no sea consecuencia del infantil, sino sobrevenido. Se producen a raíz del medio ambiente traumático en que puede estar viviendo el adolescente. No se puede adaptar al medio social en el que está viviendo, o el medio social no tiene los recursos para incluir a este adolescente.

Siendo el TEA tan grave, si no se ponen los recursos adecuados en la adolescencia, son mucho más disruptivos, alteran más a la comunidad educativa por la violencia que se produce en el brote psicótico. En los Institutos de Educación Secundaria o los Centros de Educación Especial se dan mucho conflictos ya que están los iguales, hay mucha rivalidad y competencia (pandillas tipo sectario que buscan el poder y la exclusión y el ataque hacia otras grupos), todo es más disruptivo, peligroso y alteran mucho al profesorado y al clima escolar.

DIÁLOGOS:

- ISABEL: Isabel comenta un caso en secundaria. Los brotes psicóticos van en aumento. Un niño que viene de Rusia y no ha estado escolarizado, sin medicación…. Tiene 13 años. Además está influenciado por toda la parte del desarrollo sexual y la conflictividad es extrema.

- VICENTE: Vicente comenta que la adolescencia como lo nuevo y como un cúmulo de sensorialidad y excitación que irrumpe está la pulsión sexual, si además es inmigrante, se añade la cultura y la falta de un grupo de iguales como referentes. Hay un cambio de todo, amistades, rivalidad con otros iguales desconocidos, pandillas nuevas, dificultades para adquirir autonomía y poder… hay un cambio social, de mentalidad, ya con el cuerpo de adultos aunque quieren retornar a la protección del adulto y a la vez, arrogancia, situaciones de riesgo, egocentrismo… efectivamente, la violencia puede ser extrema y las dificultades en un instituto máxima, sobre todo si además ha habido otras situaciones traumáticas en las primeras edades infantiles, por lo que se añade la dificultad de apego, seguridad y confianza en el adulto.

Cuando empecé a interesarme por los TM, no existía el diagnóstico del TEA aunque en el DSM IV sí se hablaba de Trastornos Generalizados del Desarrollo. El interés mío, debido a mi profesión, fue dentro de las escuelas ver las dificultades en los diagnósticos y en los tratamientos educativos de los TM. En el mundo educativo ya hay criterios muy establecidos, a nivel cognitivo, en las áreas del currículo de área para sus adaptaciones curriculares. Es muy difícil que las demás áreas de la personalidad se tengan en cuenta, si no hay sensibilidad de algún profesional. Cuando hay un TM, el profesor, cuando le dice el orientador que se tiene que vincular (la clave está en el vínculo) se sorprende. Cuando existe vínculo, la relación con el TM cambia radicalmente. Lo importante es la relación. Se tienen que hacer proyectos individuales, como cuando se empezó el constructivismo, que no habían fichas ni libros, el proyecto de aula se construía en equipo, y los desarrollos a partir de las producciones de los alumnos. Se aprendía, se autoformaban los profesores, existía la autoayuda, se adaptaba el currículo a los alumnos y a la experiencia compartida. Luego las editoriales hicieron sus

producciones y ya no se trabaja desde la experiencia sino desde lo escrito.

Cuando yo le decía al profesor que había que hacer proyectos individuales, como orientador, teniendo en cuenta las necesidades y los intereses del alumno, la respuesta era muy negativa, hablaban de dónde queda la autoridad del profesor. Los padres no se relacionan desde una autoridad directiva que no tiene en cuenta los intereses del hijo, sobre todo si existe la reflexión y los límites que se imponen son desde la necesidad de la autonomía del infante, su libertad, pero también delegando responsabilidad sobre sus actos. Los límites por lo tanto dirigen las conductas egoístas, violentas, la falta de cooperación, la falta de los derechos de los otros, cuando excluyen a otros niños… Autoridad no significa no entender las necesidades del niño, porque podría ser aprendizaje autoritario. Conforme no se tiene en cuenta las necesidades del niño, se pone más disruptivo, más violento y se convierten las relaciones en una lucha, o el infante queda sometido y sumiso.

En los Servicios Psicopedagógicos Escolares nos formábamos, supervisábamos casos. Leyendo textos, compartiendo lo que se hacía. Las profesoras de Audición y Lenguaje eran parte fundamental porque trabajaban directamente con los alumnos con TM, así como las profesoras de pedagogía terapéutica, con lo cual si se tiene un vínculo, las mejorías son evidentes. Estamos hablando cuando aún no había claramente diagnóstico de TEA, se confundía el TEL (Trastorno Específico de Lenguaje) y otros diagnósticos de lenguaje, separados con los TM. Cuando aún no tenían recursos en infantil de 0 a 6 años en la escuela. Cuando muchos TEA eran considerados deficientes mentales y estaban en los centros de educación especial.

La primera reflexión de TM que lleva ligado trastornos en el lenguaje es cuando los alumnos con TEL, y con asistencia de recursos de logopedia o PT tradicional, mostraban agresividad y decían frases correctas sintácticamente. Vivían los tratamientos logopédicos y de PT, sobre morfosintaxis, como una intrusión, y la respuesta era violenta con frases correctas. La razón es que los Asperger, por ejemplo, son inteligentes, intereses muy estereotipados y singulares, afines a sus fantasías, ahí sí que tienen interés, concentración y atención, y no en la cultura social ni en la socialización.

> Hay que establecer con los TM un diálogo sobre sus intereses como explicamos en los textos de los artículos que promueven este taller. Las logopedas empezaron a hacer vínculo, a jugar. Preguntarse con qué juega el infante, traer de casa juguetes y utensilios de apego etc… el infante empezaba a traer a la escuela lo que hacía en sus aislamientos y en su familia. Los juguetes, o lo que le gustaba, empezaron a formar el sustrato sobre el que se hacía logopedia o se trabajaba en PT, el soporte para la relación que permitía al aprendizaje. Se trabajaba mucho con el móvil, los ordenadores, las tablets…. A través del móvil y de internet incluso se empezaban a conocer distintos chavales entre ellos mismos. Se empezaban a construir sus proyectos individuales. Construir los aprendizajes desde sus manifestaciones, desde su identidad. Lo mismo en las Aulas de Comunicación y Lenguaje. Al principio no teníamos ni las pizarras digitales, ni ordenadores, ni soportes técnicos, los teníamos del Centro Educativo. Se crearon las aulas de Sedaví y de Alfafar. Empezamos a hacer talleres, pensando en Freinet, a partir de la experiencia. También empezamos a hacer fotos de la vida del infante, no utilizábamos pictogramas, sino fotos reales. Las logopedas metían las fotos en las tablets, hacían juegos, traíamos cacharros de casa, lo real de la vida del alumno en su familia: radios, cacerolas, útiles de cocina, … Talleres sencillos

sensoriales, de imágenes visuales, pictóricos y películas, … salíamos afuera, a la experiencia, a recoger cosas y llevarlas al aula, … a participar los padres, …

Cómo las representaciones mentales tienen que ver mucho con la logopedia, con el lenguaje y el aprendizaje en general, se montaron talleres, sobre sensorialidad, con agua, arena, aceite, elementos diversos como comida, garbanzos, lentejas, trapos,…. Se hacía psicomotricidad, baile, se tocaban instrumentos musicales, ritmos, se oía música y se cantaban canciones. Se hacían dramatizaciones, marionetas, hablar por teléfono, por el móvil,… se ponía emotividad al lenguaje. Se tenía en cuenta los contenidos estereotipados de cada alumno para el contacto. Salíamos mucho al patio a recoger hojas, piedras… sobre ese material se construían los aprendizajes y se construía el vínculo al jugar con el infante. Es lo que lleva a la sociabilidad. Las adaptaciones curriculares eran por lo tanto de centro. Las producciones de cada alumno se llevaban al aula de referencia y al proyecto de centro, para que el alumno no se sintiese aislado y se conectase con él por los demás profesores y alumnos. Se trata de acercarse, no solamente a los intereses sino a la emotividad del lenguaje.

Dentro del grupo de trabajo que hacíamos en los SPES empezamos a supervisar y a trabajar el vínculo, jugar a nivel preverbal, a nivel sensoriomotriz, trabajar el vínculo con el TEA. Esto rompe con lo que es la dinámica escolar incluso con lo que se hace ahora en las aulas CyL. Éramos por lo tanto un grupo de profesionales de autoayuda.

Los profesionales empezamos a entender el vínculo a través de los resultados y de cierto bienestar con los alumnos TEA. Si un alumno con TM no se siente querido, confiado, seguro, con apego al adulto y a sus compañeros, no puede aprender porque se aísla o agrede por el miedo a lo desconocido, que vive como intrusivo.

Parece que cada vez hay más TEA. Si no se establece un vínculo social y solo se atiende al mundo cognitivo, no hay posibilidad de educación. Los profesionales preguntan: ¿Siempre vamos a estar a expensas de lo que el niño quiere? La respuesta es: No. Cuando el infante establezca un vínculo seguro porque ve que se respetan sus intereses, puede empezar a aceptar el aprendizaje directivo, los límites del adulto y la cultura social que representa el currículo de área.

El aprendizaje cognitivo es directivo, son límites, muy estructurado. Para ellos es muy disruptivo. Los bebés empiezan a interesarse, a introducir límites, hábitos porque hay una relación afectiva con los papás, y hace cosas que gustan a los padres. Esto que parece obvio no es nada obvio. Es lo único que hay que hacer. Si no se hacen cosas para que el infante esté bien, luego él no va a hacer cosas para que los educadores se sientan bien. Si nuestros hijos no se sienten satisfechos, no van a aceptar la autoridad del padre/madre, no van a hacer cosas para que ellos se sientan contentos. Los van a atacar o se van a volver sumisos e inhibidos.

- ELENA: expone la situación del sistema educativo. Falta el salto de unir la psicología con la pedagogía, para entender el mundo emocional del alumno y trabajar desde el vínculo.

- VICENTE: la mente tiene 3 dimensiones, la parte cognitiva, la social y la emocional. En la discapacidad intelectual, sensorial, motórica, etc. el área social y afectiva está intacta, si no está intacta es que además tiene un TM. Sin embargo el TM no tiene por qué tener una deficiencia cognitiva, pero sí siempre tendrá problemas graves en el área social y afectiva. Es donde tenemos que trabajar.

Desde la programación individual, se tiene que tener en cuenta el aspecto cognitivo, pero más el aspecto social y emocional, impregnado de cómo expresar sentimientos, porque es lo que capta al infante. Este viraje es muy psicológico. Los profesores de Pedagogía Terapéutica o el tutor o los profesores de secundaria no tienen porque comprenderlo, pero todo se puede basar en el constructivismo real y en Vigotsky que nos habló de la importancia del lenguaje como regulador e instrumento de aprendizaje del lenguaje preverbal y de la importancia de la Zona de desarrollo Próximo, que es de lo que estamos hablando, es decir de aprendizaje social casi simétrico, con alguien que sabe más. Por ejemplo, no se entiende que los alumnos TEA no tengan alumnos referentes en el aula que los pueda imitar. Toda la construcción que hago tiene que ver mucho con la clínica y el psicoanálisis, pero yo no hablo de psicoanálisis, hablo de constructivismo.

El psicoanálisis me ha servido para comprender el constructivismo y al revés. Si no se tiene en cuenta la identidad de algún componente de la relación, ese componente se siente excluido. Llegamos a un asunto que tiene que ver con el constructivismo. El constructivismo escolar también habla de las áreas sociales y emocionales, pero se quedan como algo transversal que se trabaja también de manera curricular como fichas, pero no desde el vínculo y la experiencia. Las fichas y los libros no parten de la experiencia, de esto ya hablaban los constructivistas Piaget, Vigotsky, Freinet… Al principio de maestro teníamos discusiones sobre educar y enseñar o aprender, autoridad y libertad, o autoritarismo, creo que son términos actuales que reflexionar, lo mismo que si queremos alumnos con muchos conocimientos, o alumnos educados, creativos y reflexivos. Claro está que estos últimos términos tienen que ser y pueden ser complementarios. Al final es crear seres humanos con todos los derechos humanos con sus obligaciones.

Elena ha introducido lo que son los referentes sociales. Nosotros no podemos hacer que un profesor sea sensible. Tiene que ver con las capacidades sociales y afectivas que tiene el/la tutor/a con respecto al alumnado y la clase. Si no, toda la clase se puede volver disruptiva. Hay que construir lo que ella ha dicho, islas. Yo intentaba hacer islas a nivel de intercambios. Primero hay que buscar referentes dentro del centro. Qué personas se vinculan bien con el alumno/a. Normalmente profesores/as muy sensibles que querían ayudar. Establecer contacto con el TM, que se vinculasen con él/ella. Los alumnos si les haces caso, se sienten seguros, confiados y aceptan el aprendizaje más formal. Hay alguien que siente que lo comprende y que lo contiene. Son los referentes adultos cuidadores que pueden regular en un instituto las conductas disruptivas de los alumnos con TM.

> El currículum es entonces la excusa para establecer el vínculo. Cuando el alumno estaba castigado, se le enviaba al referente, para que lo calmase, hablasen y estuviese con sus intereses estereotipados con el profesor o un alumno mayor si el niño era muy

pequeño. Se le daban tareas muy importantes para hacerlo participar en el aula como responsable y subir su autoestima, como tienen habilidades especiales por ejemplo con el ordenador que ayudaran a otros alumnos o al propio profesor haciendo murales, textos,… Con los referentes del centro o del instituto, se creaba una red social que contenía al TM. Esta red, se buscaba externamente para ayudar al alumno y que no fueran los padres y para que le ayudasen en la socialización, o los estudios. Por eso es importante no solo las USMIAs sino también los Servicios Sociales de los Ayuntamientos, las coordinaciones con ellos, y los recursos que disponen como Gabinetes Municipales, polideportivos, asociaciones juveniles, educadores, trabajadora social… que pueden realizar más inclusión.

- MARIA: Aporta el tema del conocimiento del niño. De la actuación de la persona referente como el puente de ese alumno con los otros profesionales. En su intervención con un caso, comenta que la intervención iba más allá de los conocimientos curriculares, era la regulación. Ese conocimiento permite hacer el puente y anticipar situaciones, ofrecer alternativas…. Esto hace que se vinculen, que puedan trabajar.

- VICENTE: El repetir la imitación o hacer el espejo, ahora se puede explicar desde la neurociencia… sobre lo que ha dicho la compañera de las tarjetas, de los intereses…No estamos hablando de que no se deban utilizar elementos, tampoco decimos que no se medicalice, pero que se incluya dentro del trabajo de inclusión del mundo emocional y social. Las medicinas deben ser un motivo más para relacionarnos con el infante o el adolescente cuando están tan alterados que es imposible la intervención educativa o social. Se les ofrece juguetes, materiales educativos y técnicos, siempre que el infante o el adolescente acepte ese material sobre todo en el proceso de vinculación. Se puede hacer un aprendizaje más directivo si el alumno lo acepta como el aspecto material donde se va a relacionar con nosotros.

  La medicación psiquiátrica produce muchos problemas, por ejemplo reduce los brotes psicóticos en la adolescencia, reduce la excitación, la violencia y la motricidad, pero produce alteraciones muy importantes, calma pero produce mucha dificultad en el aprendizaje, porque la reducción es de toda la mente, adormece la cognición, la sociabilidad y el afecto. Pero su permanencia puede crear un déficit grave en el aprendizaje y un no desarrollo mental, acrecentando en la adultez el TM. Desde mi parecer, la medicación tendría que ser transitoria para permitir el vínculo del aprendizaje y del desarrollo mental.

- SARA: comenta la necesidad de formación e intervención de los profesionales en comunicación sensoriomotriz. La defensa que genera tener un caso TEA en los profesionales por el miedo al contacto con el TM, y que acaba generando exclusión. Exclusión a nivel de vínculo, no se trabaja desde el vínculo, sino desde el aprendizaje directivo que acaba generando resistencia y agresividad en los alumnos. Además, la falta de comprensión respecto a la conceptualización del TEA como TM y de salud mental y no biológico (se atiende en las Unidades de Salud Mental Infantil y

Adolescente y no en Neurología) limita las expectativas sobre las posibilidades de evolución de este alumnado. Se entiende que como es de origen biológico debe tratarse a nivel farmacológico y queda invisibilizado todo el tratamiento desde las áreas sociales y emocionales desde una perspectiva psicoterapéutica y de intervención biopsicosocial, quedando castradas de esta manera las posibilidades de evolución de este alumnado.

- VICENT: El lenguaje no es sólo el verbal y escrito. El lenguaje del TEA es visual, afectivo y sensorial, está en el inconsciente más profundo. El lenguaje es sensoriomotriz que llamamos corporal. Piaget no habló del inconsciente pero sí del lenguaje sensorio motriz y las manifestaciones motrices. En la revista saldrá un artículo donde se habla de eso. Las distintas representaciones del ser humano, y la humanización de los centros educativos, sanitarios y sociales…. La tarea consistiría en hacer como islotes en los centros, en los SPES… personas o centros o colectivos sensibles al TM. De tal manera que se establezca una red profesional, que se pudiese poner en contacto, colaborar, intercambiar experiencias,… desde la perspectiva del vínculo y en forma constructivista como ayuda mutua.

  Uno de los objetivos, crear una red sensible para el TEA en el mundo educativo. Sara podría ser el referente del grupo por su vinculación con el SPE y la Clínica. Vamos a crear un grupo WORD para el intercambio. Sara volcará toda esta información en el grupo. En este Word además podremos compartir casos, textos, sugerencias, ideas, … como ayuda mutua, dentro de un contexto de aprendizaje social, vincular para el TM.

  En otro momento podremos hablar de cómo nos comunicamos a través del lenguaje no verbal. También podemos intercambiar recursos. Podemos también plantearnos problemas internos que tengamos a nivel profesional. Intercambiar experiencias…

Noticias

Noticias de la clínica

Por: Paula Rodrigo[21]

[21] Psicóloga y psicoterapeuta en Clinica INDE.

Ciclo de talleres para la revista:

En el último número de la revista psicoanalítica INDE ya presentábamos la actividad relacionada con el ciclo de talleres, cuyo objetivo es dialogar, pensar y elaborar contenido sobre diferentes temas a tratar en la revista con profesionales externos. En el número actual hemos querido atender a los trastornos mentales en la escuela, por ello se han realizado los siguientes dos talleres.

"Taller: El trastorno mental en la escuela. Espectro autista, intervención clínica y educativa"

En este taller quisimos reflejar la necesidad de comprender el desarrollo de la conciencia y las respuestas dadas a las necesidades educativas de los trastornos mentales graves en la infancia, adolescencia y juventud. Para ello, y con tal de poder acercar a la gente al contenido del taller, se propuso la lectura previa de dos artículos colgados en nuestra web. Estos artículos están en este número de la revista. Uno es *"Miradas extraviadas, el desarrollo del ser consciente desde el autismo"*, el otro *"Análisis de la atención a las necesidades educativas de los alumnos con trastornos mentales graves en la infancia, adolescencia y juventud"*.

En el taller se compartieron las experiencias y conocimientos del espectro autista de Vicent Pi Navarro (Ex Director del Servicio Psicopedagógico Escolar de Torrent, SPEV4) y Amador Tarazona Martorell (psicoterapeuta de la clínica INDE) con los asistentes al taller, todos ellos profesionales que están en contacto con trastornos mentales sobretodo en el mundo educativo. Al igual que en los talleres de los números anteriores a partir de la realización del coloquio se organizó un grupo y una plataforma de diálogo, generándose un artículo con comentarios, experiencias y puntos de vista de los diferentes profesionales que asistieron, así como de los principales autores de los artículos proporcionados anteriormente.

El resultado del taller se ha visto reflejado en dos vertientes. En primer lugar, en forma de artículo, el cuál podéis encontrar en el presente número de la revista. Y en segundo lugar, a partir del coloquio se ha creado un grupo permanente de profesionales de la educación para trabajar aspectos relacionados con el espectro autista en centros educativos infantiles y de la adolescencia.

"Taller: La práctica del TDAH"

En este segundo taller, el cual estuvo enfocado a la práctica clínica del TDAH, tuvimos la oportunidad de escuchar y dialogar con Juan Larbán, psiquiatra y psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. Concretamente nos centramos en un artículo escrito por él, que tenéis en este número de la revista *"La práctica clínica de los trastornos mentales y en especial del trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad".*

El taller estaba dirigido a todas aquellas personas profesionales que tuvieran contacto con niños diagnosticados de este trastorno, especialmente aquellas que estuvieran relacionadas con el mundo educativo, clínico y social. En general, entre el artículo aportado y el coloquio que surgió del taller se pretendió mostrar la importancia de comprender la psicopatología de los distintos trastornos mentales para poder actuar de una forma adecuada y respetuosa frente a ellos. Posteriormente también se creó un grupo de diálogo, dando como resultado otro artículo que se puede encontrar también en el presente número. Los talleres e iniciativas seguirán activas en los próximos números de nuestra revista. Por ello, os animamos a que estéis atentos/as para poder participar y seguir nutriendo de conocimiento e inquietudes este proyecto que está cogiendo cada vez más fuerza.

Cursos y seminarios abiertos:

Continúan abiertas nuestras formaciones, aunque están en periodo de finalización (Julio 2021). Como explicábamos en el número anterior, estas formaciones están incluidas dentro de la Escuela de Psicoterapia Psicoanalítica de la clínica INDE, pero también puede realizarse sin pertenecer a la escuela. Tal y como anunciábamos, las dos formaciones abiertas se enmarcan dentro del proyecto actual de "Psicoterapia del adolescente, el joven, y su familia desde fundamentos psicoanalíticos". Esta formación consta de un curso y un seminario:

El "Curso de Psicoterapia del adolescente y su familia desde fundamentos psicoanalíticos", el cual consta de dos módulos de 16h cada uno: *Módulo 1. Psicopatología del adolescente y su familia desde fundamentos psicoanalíticos*. Este módulo está coordinado por Encarna Amorós (ACTUALMENTE YA FINALIZADO); y *Módulo 2. El trabajo*

psicoterapéutico con adolescentes. Este módulo está coordinado por Manuel Sides (EN CURSO, se realiza dos viernes al mes de 19 a 21h). Y el "Seminario: psicoterapia psicoanalítica relacional del niño, del adolescente, del joven y del adulto, teniendo como modelo al psicoanalista Bion y a otros autores psicoanalistas", coordinado por Vicent Pi Navarro (EN CURSO, se realiza dos viernes al mes de 19 a 21h). Este seminario continuará el próximo curso y se pueden apuntar, otros profesionales, aunque no hayan asistido este curso. Además, dentro de las formaciones, sigue abierta la actividad de **supervisión en grupo para niños, adolescentes y adultos.** Dos viernes al mes de 12.30h a 14h, un/a profesional de la clínica, o también otros profesionales externos, presenta un caso al grupo y éste es supervisado por Vicent Pi. Se trabajan aspectos propios de la supervisión pero se aportan conceptos clínicos, teóricos y psicopatológicos. Este seminario continúa abierto para el curso próximo. Para más información:

https://www.clinicainde.com/formacion-2020-2021/

Sigue en marcha nuestra Escuela Psicoanalítica Valenciana INDE:

Os recordamos que nuestra Escuela de Psicoterapia Psicoanalítica Valenciana INDE (EPPV Clínica INDE), parte de una filosofía donde prima la educación integral y pretende promover tanto el desarrollo profesional del psicólogo/a clínico como el crecimiento personal. Nuestra escuela ofrece una formación completa. La persona que realice la formación teórico-clínica y cumpla con los requisitos clínicos establecidos (número de horas de terapia personal y supervisión de casos), obtendrá la **acreditación como psicólogo/a formado en psicoterapia psicoanalítica**. A la Escuela pueden acceder aquellos/as psicólogos/as que tengan la acreditación como sanitarios, pudiendo ejercer como clínicos; los/as psicólogos/as u otros/as profesionales que quieran tener formación en psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis. En general, la formación que se ofrece abarca cursos y seminarios básicos y otros cursos y

actividades complementarias. Próximamente anunciaremos las nuevas formaciones dentro de la EPPV INDE que ofreceremos para el curso 2021-2022. Mientras tanto, si estás interesado/a, puedes visitar nuestra web para ampliar información:

https://www.clinicainde.com/formacion/epp-valenciana-clinica-inde/

Programa de Prácticas Universitarias 2020-2021:

Dentro de la Escuela de Psicoterapia Psicoanalítica Valenciana INDE se oferta también el Programa de Prácticas Universitarias que viene desarrollándose desde el 2010. Os dejamos el enlace de la web para más información:

https://www.clinicainde.com/formacion/practicas-externas-universitarias/

Con ello, os anunciamos la finalización de las prácticas del curso 2020-2021 de dos psicólogas. Melisa estaba haciendo prácticas en la clínica INDE del grado de psicología de la Universidad de Valencia y Raisa del Master de Psicología General Sanitaria también de la Universidad de Valencia. Con ello, estamos a la espera del próximo curso para poder acoger a más personas en prácticas. Os dejamos a continuación una carta de una de ella. Gracias Melisa.

Experiència pràcticum a la clínica INDE

De Melisa García.

El més enriquidor a aquest pràcticum ha estat, a nivell pràctic, l'aplicació del rol professional del psicòleg dins de la consulta. Per a mí era un dels punts primordials a conèixer, poder estar dins de la consulta, en primer lloc, i interactuar amb el pacient si era possible, i aquestes dues he pogut realitzar-les. Quan vaig entrar a la primera consulta de valoració, on no participava, ja me n'adoní que estava corroborant que la teràpia era allò al que volia dedicar-me en el futur, i sessió rere sessió, arribant a interactuar al joc amb els pacients i veient tot el funcionament de la teràpia com a tal, m'he sentit satisfeta per confirmar que la psicologia clínica és el que m'agrada.

Per a la majoria dels estudiants en pràctiques sembla que el més important i en el que més expectatives posem al pràcticum és en la tasca directa del que serà la nostra professió i en aquest cas, en un inici pensava que podria entrar a consulta però solament com observadora. També pensava que no entraria a més d'un cas, i finalment he entrat a tres casos d'infantil de la clínica i no solament com observadora. Fora d'una forma més activa o més

passiva a consulta, l'important és que he pogut ser partícip del que es treballa i com es treballa, pel que em senc molt satisfeta amb la plaça.

Així i tot, he tingut dues experiències bastant diferents en els dos últims casos com a coterapeuta en pràctiques ja que al primer em vaig sentir més fora del joc, em va costar més obrir-me a les sessions, mentre que al segon cas des del primer dia em vaig adaptar sense problemes, vaig participar i em costava molt menys tindre contacte amb els pacients. Poc a poc açò va anar canviant i l'adaptació va ser progressiva. Vaig comprendre que havia diversos factors a tenir en compte front a l'adaptació amb els pacients, com ara el caràcter i temperament tant del pacient com del terapeuta o primera presa de contacte amb el pacient, ja que en el primer cas vaig participar com observadora en les primeres sessions, pel que tal volta em vaig veure dins de sessió amb un rol totalment distint al que després havia de prendre.

A l'inici de les pràctiques no contemplava la teràpia infantil per al meu futur professional, doncs el que sempre m'ha cridat més l'atenció o m'ha agradat ha sigut l'àmbit dels adults. Les pràctiques m'han permès conèixer de primera mà la teràpia infantil, i encara que a l'inici em costara un poc, he de reconèixer que m'agrada aquesta modalitat. Crec que hi ha un món rere cada pacient, però dins del món infantil també hi ha molt del que aprendre. És una altra forma de treballar ja que ens posem al seu nivell, i açò em permetrà desenvolupar-me tant com a professional i com a persona. La teràpia amb els xiquets sempre m'ha semblat més fàcil, potser perquè els adults, encara que puguen tindre resistència, venen generalment amb voluntat, però me n'he adonat que estava equivocada. El treball per al progrés a través del joc no és una tasca tan fàcil en un inici i s'ha de treballar cada dia, sempre aprenent alguna cosa més ja que el joc amb cada xiquet serà imprevisible.

Per últim, veure tanta variabilitat de casos ha estat molt enriquidor ja que m'ha permès fer un anàlisi o reflexió general front la problemàtica existent en la nostra societat. No tot és un problema d'ansietat o depressió, com molta gent acostuma a pensar. Hi ha molta variabilitat de problemes existents en tots nosaltres que requereixen d'ajuda professional, sobre tot i primordialment per la gestió emocional. Permet encara més, reflexionar sobre els judicis que realitzem dia a dia, observar i respectar. Sembla una cosa irrellevant, però

aquesta capacitat d'anàlisi permet, en definitiva, comprendre no el transfons directament de cada problema o persona, sinó l'existència d'aquest, siga quin siga, pel que entenem que el comportament o el procés emocional que duga a terme té un per què i que pot ser les persones no tenen les habilitats suficients en molts casos de fer-los front. No compte amb aquesta experiència vàlida solament per al meu desenvolupament professional, sinó també personal, ja que l'enteniment, aplicació i anàlisis de la nostra professió considere que ens fa millors persones, pel que indirectament ja ajudem, per poc que siga, a les persones del nostre entorn i hem fet d'allò del que ens volíem convertir i ens vam formar la nostra personalitat. Una cosa que a mí em feia l'estància agradable a les pràctiques és que sempre m'han escoltat els psicoterapeutes, mai m'he sentit per davall d'ells sent que no tenia cap experiència a nivell pràctic encara, i sobre tot Arantxa m'ha demanat opinió sobre algun cas i hem compartit o comentat les nostres opinions respecte a temes tractats en sessió o altres corresponents a la psicologia. El fet que des de l'inici comptaren amb mí com una més, em donaren veu i em permeteren treballar amb tot el material de la clínica m'ha donat la confiança suficient per desenvolupar-me amb normalitat al centre i amb els terapeutes. No esperava que la relació quan anara a la clínica fora tan horitzontal, pensava que es notaria la verticalitat i crec que és un punt que he de remarcar perquè m'ha permès integrar-me i sentir-me molt còmoda, a mesura que avançaven les setmanes cada vegada més, sobre tot amb els terapeutes amb qui he tingut més tracte. Amb els dos que he assistit com a coterapeuta he tingut més confiança a l'hora de desenvolupar-me a la clínica. També amb Vicent, que sempre m'ha animat a integrar-me al món del psicoterapeuta i sempre ha estat accessible als meus dubtes, esforçant-se per resoldre tot el que necessitava amb voluntat i humiltat, la qual cosa també m'ha permès sentir-me en confiança. Però si tinguera que donar una menció especial seria per a Arantxa, la meua tutora, ja que sempre ha estat disponible per a tot el que he necessitat, per facilitar-me la integració, s'ha involucrat en el meu aprenentatge i en el meu desenvolupament i comoditat a la clínica, i des del primer dia he notat que em tractava com una integrant més, ha comptat amb mí, m'ha fet arribar tota la informació necessària per al meu desenvolupament formatiu.

Continuamos con nuestro servicio: Proyecto de reeducación terapéutica.

En este número queremos volver a enfatizar la importancia y continuidad del proyecto de reeducación terapéutica, ya que desde la clínica INDE hemos iniciado intervenciones de reeducación, las cuales tienen como finalidad tener en cuenta técnicas psicológicas o clínicas en reeducación, muy importantes en el espectro autista.
En este servicio, ofrecemos un espacio de seguridad, dando prioridad a la construcción del vínculo y al cuidado del mundo emocional. Para nosotras solo en este contexto de comprensión sincera del alumn@ va a poder desarrollar todo su potencial intelectual. Con ello ofrecemos:

Clases de apoyo en educación y en grupo, y de apoyo al currículum:

ofrecemos reeducación a un grupo reducido de alumnos o alumnas, normalmente de 3. Destinado a alumnos de infantil, primaria, secundaria y bachiller, incluso universitario y a alumnos con Necesidades Educativas Especiales, sobre todo a Alumnos del Espectro Autista.

Educación psicoterapéutica:

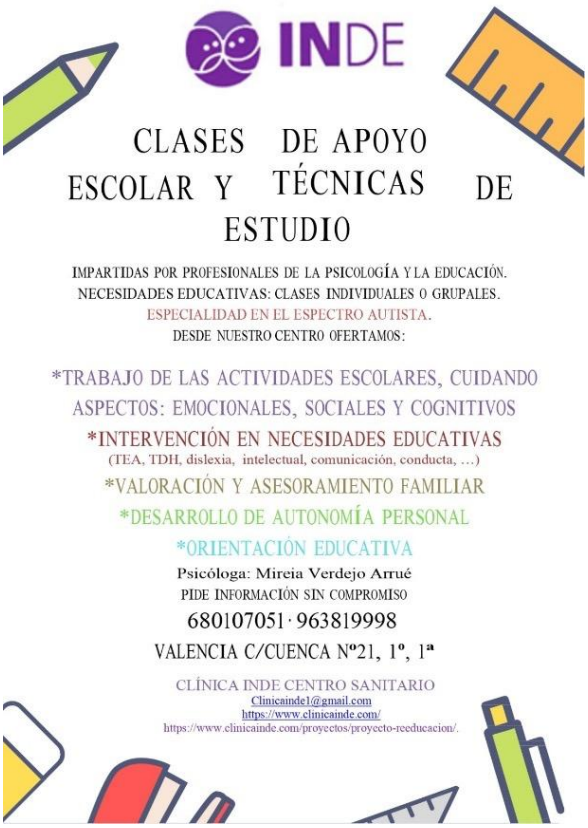
en este caso no nos apoyamos directamente en el currículum académico, el objetivo es tratar y mejorar en los problemas de aprendizaje. Es preferible que **la intervención se desarrolle a nivel individual** pero también se pueden hacer grupos entendiendo que a mayor volumen de alumnos se pierde la atención individualizada de las necesidades de cada alumn@.

Para iniciar la educación terapéutica es imprescindible hacer un diagnóstico de las dificultades del aprendizaje del alumno, con toda la metodología clínica que este proceso conlleva:

- Entrevistas diagnósticas.
- Test psicoeducativos.
- Devolución a los padres
- El diagnóstico nos ayudará a determinar el perfil del alumno a la hora de manejar la información y el currículum académico.

La atención educativa no va destinada solamente a los problemas de aprendizaje derivados de déficits cognitivos sino también a problemas de aprendizaje derivados de problemas sociales y/o emocionales. Por lo tanto, se trata de un servicio destinado ofrecer una atención integral a alumnos con Necesidades Educativas Especiales, aunque también se admite alumnado con dificultades en cualquier nivel de la educación.Para más información:

https://www.clinicainde.com/proyectos/proyecto-reeducacion/



Projecte d'educació d'asiem en salut mental i trastorns mentals en la infància i l'adolescència

Por: Vicent Pi / Remei Balbastre

1. INTRODUCCIÓ

ASIEM (Associació per a la Salut Integral del Malalt Mental) al llarg de tots els anys d'experiència amb persones que pateixen problemes mentals, així com amb les seues families, hem pogut constatar la importància de la informació per part de la societat en general en relació al coneixement de les malalties o trastorns mentals. No es pot entendre allò que no es coneix, i aquest desconeixement comporta rebuig, exclusió i estigmatització. Per aquest motiu, Asiem va iniciar una tasca de sensibilització en diversos centres educatius (UV, Universitat Europea, CEU, Universitat Catòlica, Cicles formatius, Instituts de Secundària). L'estudi que analitza els resultats d'aquestes xerrades ha estat publicat per la professora d'infermeria de la Universitat Europea Dª Concepción Martínez (PubMed, Ment Health Nurs 2019) i demostra l'efectivitat de la intervenció del contacte directe amb persones amb problemàtica mental i les seues families per a reduir l'estigma, la por i el rebuig i adquirint confiança i sentiments positius i d'ajuda.

D'altra banda en els trastorns mentals hi ha diversos factors implicats com els genètics, neuronals i per suposat, els ambientals. En aquests últims el component social que implica allò emocional i relacional, té a veure amb el creixement i desenvolupament integral de les capacitats cognitives, socials i afectives, però també de frustació i exclusió social, que poden ser més evidents en els trastorns mentals per les conductes disruptives que puguen ocasionar. Per tant, les escoles i els instituts són àmbits de desenvolupament de la personalitat i en el cas de les persones amb alguna problemàtica mental hi ha afectació de les àrees afectives i socials, per la qual cosa l'aprenentatge normalitzat requereix d'un aprenentatge inclusiu. Un aprenentatge que responga a programes d'inclusió específics per a alumnes amb trastorns mentals, així com professionals formats en el coneixement d'aquests programes.
Tanmateix des de l'experiència amb persones amb patiment psíquic som conscients de què molts trastorns mentals mostren signes d'aparició a la infància com són el trastorn autista i en l'adolescència trobem conductes que poden indicar símptomes d'algun trastorn mental, com ho són: l'aïllament, conducta desafiant, rebuig d'activitats simbòliques, conductes estranyes o estereotipades, dificultat per a gestionar el món emocional, intolerància a la frustació, problemes de llenguatge…per la qual cosa en Asiem voldríem plantejar la necessitat de la prevenció mitjançant l'elaboració d'una GUIA facilitada als professionals que intervenen (tutors, professors) i també als pares. Aquesta GUIA a més es completaria amb unes xerrades formatives que facilitarien les eines per a la prevenció i l'orientació en relació a un possible trastorn mental.

Per tant, el **PROJECTE D'EDUCACIÓ D'ASIEM** pretén la col.laboració des de Sanitat, Educació i Serveis Socials per a portar-ho a terme, ja que la Salut Mental és una tasca que implica a tota la

societat, i que des de les institucions públiques s'ha de fomentar i impulsar, per la qual cosa, ASIEM planteja aquest projecte amb la finalitat d'informar, sensibilitzar, formar i aconseguir que les persones amb problemàtica mental puguen tindre una vida més digna evitant la cronificació i desenvolupant les seues capacitats.

2. JUSTIFICACIÓ DEL PROJECTE D'EDUCACIÓ

Considerem fonamental la formació de tota la comunitat educativa en salut mental, la inclusió dels alumnes amb problemàtica mental, evitant la solitud, l'estigmatització, l'exclusió i l'assetjament. Una formació que aporte els elements suficients per a la detecció temprana, la prevenció de la cronificació, i en els adolescents anticipar els símptomes dels brots psicòtics, per a intervindre i evitar-los, tractar la violència a les aules i els centres educatius, afavorint l'empatia, les relacions d'ajuda mútua i el coneixement dels processos mentals que deriven en conductes disruptives.

Per aquest motiu, la prevenció i l'assistència en les etapes infantils eviten la manifestació del trastorn mental, que podria cronificar-se en l'adolescència interrompint així el seu desenvolupament educatiu i el seu futur vital.

D'altra banda, la informació és fonamental ja que el desconeixement de la problemàtica de salut mental és la causa de que moltes persones tinguen prejudicis, o por de les persones amb aquesta problemàtica que alhora veuen com el seu entorn els rebutja, la qual cosa no facilita la seua recuperació.

3. EL PROJECTE D'EDUCACIÓ D'ASIEM

Marc institucional

La Conselleria d'Educació juntament a la Conselleria de Sanitat poden treballar coordinadament en la creació d'una comissió en la que també estiguera representada ASIEM i el seu equip tècnic a més de testimonis en primera persona i familiars, així com els tècnics externs addients (psiquiatra, psicòleg, treballador social…)

Finalitat

Formar en la Salut Mental i la gestió de les emocions, en la detecció temprana i en la resolució de conflictes, així com en els processos de mediació i ajuda entre iguals, evitant situacions d'assetjament i incomprensió. Fomentar les adaptacions per a l'aprenentatge.
Informar a la comunitat educativa, als familiars i als alumnes de diversos centres de la problemàtica de la salut mental per tal d'evitar l'estigma i afavorir la inclusió social de les persones afectades

Persones destinatàries

- Docents, orientadors, pedagogia terapèutica, logopedes

- Families
- Alumnes
- Centres d'estudis especialitzats en la formació de professionals, com per exemple els CEFIRES

4. PROJECTE D'EDUCACIÓ: OBJECTIUS

- Elaboració d'una GUIA des de les primeres etapes de la infància fins al final de l'etapa obligatòria d'ensenyament (ESO) que continga informació bàsica i orientacions generals en relació a la salut mental i els trastorns mentals.
- Realitzar xerrades de sensibilització en diversos centres educatius tant per a professors com a per alumnes
- Sol.licitar formació i col.laboració dels CEFIRES en salut mental per a la comunitat educativa que ha d'intervindre en aquestes etapes educatives obligatòries
- Afavorir i participar en la coordinació en salut mental amb les Conselleries d'Educació, Sanitat, Igualtat i polítiques Inclusives, així com amb l'oficina Autonòmica de Salut Mental
- Participar en projectes, or<ganitzacions educatives dels centres, desenvolupaments curriculars de la Conselleria d'Educació
- Desenvolupar el projecte com a experiència pilot en diversos centres educatius amb l'ajuda de la Conselleria

5. ACTIVITATS

Estratègia formativa amb una GUIA dirigida a docents, equips d'orientació dels instituts, familiars i alumnat , per donar a conèixer la problemàtica de salut mental. Tindre en compte com a exemple la GUIA elaborada per AFESMO de Molina de Segura en Murcia "*Abre tu mente en modo positivo"*

- Per a l'elaboració d'aquesta GUIA necessitaríem la col.laboració tècnica i material de les Conselleries de Sanitat i Educació fonamentalment
- Per a Primària podria publicar-se un còmic
- Establir dins dels programes educatius, un espai per a la realització de xerrades formatives, divugatives
- Col.laborar amb la Conselleria d'Educació amb els programes i projectes
- Col.laborar amb les Conselleríes en la proposta de formació a docents des dels CEFIRES
- Programació i planificació dels diversos centres en els que realitzar les diverses xerrades de sensibilització

6. RECURSOS

- Finançament amb recursos públics

- Recursos de la Conselleria com SPES, CEFIRE, orientadors, inspecció educativa, professors, altres tècnics com psicòlegs o psiquiatres, Oficina Autonòmica de Salut Mental
- Asiem i el seu equip tècnic, voluntaris, familiars i experts en primera persona

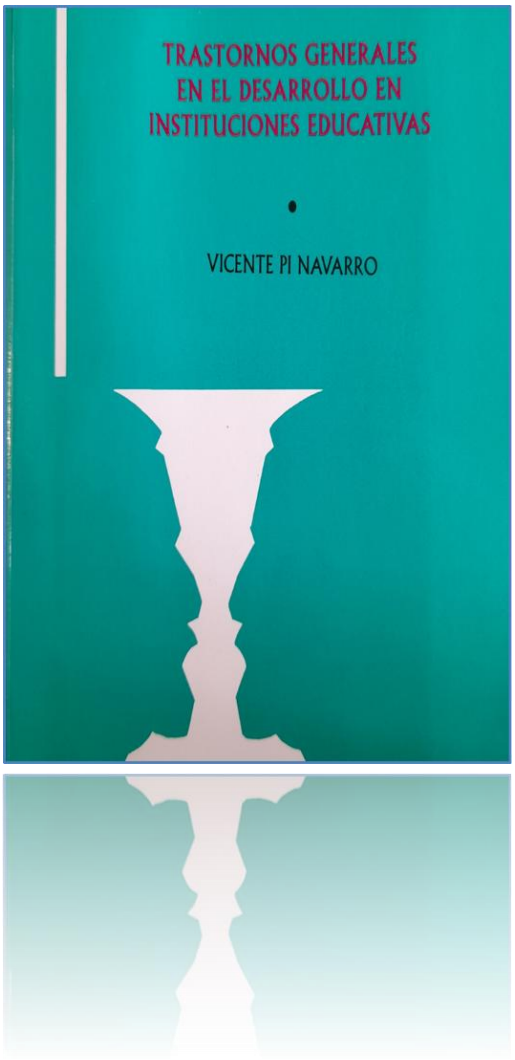
7. AVALUACIÓ

Caldria establir un sistema en base a indicadors i propostes per a portar a terme el seguiment amb l'experiència i poder aportar les millores adients al projecte

Reseña bibliográfica:

Por: Mireia Verdas[22]

"Reeducación en el espectro autista".
Autores: Vicente Pi, y Teresa Nadal
Editorial Promolibro, 2005.
Valencia



Presento el libro de Vicente Pi Navarro y Teresa Nadal Oltra sobre la reeducación de los trastornos en el desarrollo en instituciones educativas: Niños autistas y post-autistas.

Vicente Pi ha sido director de los Servicios Psicopedagógicos Escolares (SPE V04) de Torrent e iniciador junto a su Equipo de las Aulas de Comunicación y Lenguaje, aulas específicas de alumnos con TEA en centros ordinarios en la Comunidad Valenciana. Además de estar presente en el mundo de la educación, se ha formado como psicoanalista, actualmente interesado en el psicoanálisis relacional, con especial interés en los alumnos del espectro autista. Su trabajo junto al SPE ha implicado funciones psicopedagógicas de asesoramiento, valoración y orientación hacia las dificultades de estos niños y la realización de Adaptaciones Curriculares Significativas.

Teresa Nadal Oltra es logopeda del SPE de Torrent y se ha implicado en la intervención y orientación de los tratamientos logopédicos de los niños autistas, transcritos a lo largo del libro.

Este libro es particular y de gran utilidad. Por un lado, está compuesto por una parte más teórica e instrumental para explicar la posible intervención con estos alumnos y por otro lado, se exponen casos prácticos tratados por el SPE en centros ordinarios reflejando las principales

[22] Psicóloga. Clínica INDE

pautas metodológicas, los juegos que se han trabajado y sus seguimientos. Los aspectos teóricos e instrumentos están representados por Vicente y los casos prácticos por Teresa, más orientada hacia los tratamientos logopédicos.

En primer lugar, los trastornos en el desarrollo son multifactoriales, lo cual, implica llevar a cabo estrategias múltiples en el tratamiento y se defiende la necesidad de metodologías apropiadas a las dificultades y un currículo adecuado. A lo largo del libro, se describe la metodología "del doble" que resulta de gran importancia, ya que permite establecer una relación significativa entre el profesional y el alumno y así poder desarrollar el lenguaje preverbal y verbal. Las estrategias que se utilizan para dar significado a sus estereotipias e intereses concretos están orientadas al juego y a la verbalización de ciertas cuestiones como los afectos, las sensaciones, los objetos, las imágenes, las cualidades… Parte del trabajo con el niño se basa en centrarse en sus funciones mentales y las cogniciones y cómo influyen con las emociones. Hay que tener en cuenta cómo se va a ir desarrollando su aparato mental y cómo podemos ayudarle a construir una organización psíquica más funcional y discriminatoria.

Se da una gran importancia a establecer un vínculo seguro dónde el niño pueda manifestar sus inquietudes y se pueda elaborar un aprendizaje. Para ello, hay que comprender el autismo mediante metodologías constructivistas y significativas para incorporar ese aspecto emocional y cognitivo en el desarrollo de todas las áreas.

También se habla de la importancia de establecer un buen diagnóstico para que haya un tratamiento adecuado contando con todos los recursos disponibles. El hecho de que haya una mala valoración provocará un impedimento y una gran dificultad para la reeducación ya que se sabe a ciencia cierta que los niños tienen un mejor pronóstico si se diagnostican pronto y si la intervención estimuladora es precoz.

En cuanto al tratamiento y la reeducación, se plasma una serie de indicaciones para trabajar con niños autistas que resulta de gran utilidad para establecer un buen vínculo con ellos. Es interesante la crítica que se establece ante el sistema educativo, viendo que en el mundo escolar falta información tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y en la creación de adaptaciones curriculares y se observa que es fundamental acercarse a un aspecto más clínico centrándonos en los intereses del niño para alcanzar un aprendizaje significativo. Con lo cual, hay que destacar que es necesario profesionales especializados y comprometidos que permitan construir y transformar relaciones significativas hacia el desarrollo mental y social.

Este libro es apto tanto para profesionales que trabajen en el ámbito del autismo como profesores, educadores, logopedas, orientadores, para familiares o científicos que tengan inquietudes sobre los problemas de la mente y su salud. En definitiva, es un libro que nos aporta una gran información y recursos prácticos sobre cómo actuar frente a las dificultades del autismo. Tras su lectura, podemos comprender mejor su manera de actuar, su desbordamiento emocional y su sufrimiento psíquico.

INDE
CLÍNICA PSICOTERAPÉUTICA

CLINICA INDE:
INTERVENCIÓN Y DESARROLLO.
C\ Cuenca 21, 46007, Valencia
Teléfono: 96 381 99 88 / 680 107 051
Email: rppr.inde@gmail.com