

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 Navarro¹

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.

¹ 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 Educación 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 medía 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 adolescentes 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 especificado. 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, neuropsiquiatría 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.sepyrna.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:

“EI 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 vínculo 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 sensoriomotriz. 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 sensoriomotricidad 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 ánimo.

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.sepyrna.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 psicósomática. 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.