Nº 4 - Diciembre 2021

RppR

Revista de psicoterapia psicoanalítica relacional

INDE

Mundo afectivo, valor social.

INDE
CLÍNICA PSICOTERAPÉUTICA

Clínica Psicoterapéutica Integración y Desarrollo S.L
- ISNI - 0000 0004 8396 1578
C\ Cuenca 21, 1-1º, 46007 - Valencia.
Contacto: 96.3819998 / 680107051 –
inde@clinicainde.com

Revista de psicoterapia psicoanalítica relacional INDE

Nº4 .- Diciembre del 2021

RppR

Revista de psicpoterapia psicoanalítica relacional

INDE

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA:

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

DIRECCIÓN TÉCNICA:

Director: Vicente Pi Navarro

Directores asociados:
Manuel Sides,
Encarna Amorós
Juan Larbán
Alicia Leisse

SUBDIRECCIÓN:

Raquel Sanchis (Gestalt)
Sara Polo (Educación)
Remei Balbastro (Logopedia)
Berni Lerma (Filosofía)

COORD. GEOGRÁFICO

Julio Nestor Galindo (Colombia)

EQUIPO EDITORIAL:

Mireia Verdejo (Corrección)
Sara Polo (Organización de eventos)
Amador Tarazona (Diseño y maquetación)

IMAGENES:
Imágenes gratuitas ofrecidas por PixBay.

DEPÓSITO LEGAL:
ISSN 2660-7956

EDITA:

Clínica Psicoterapéutica Integración y Desarrollo S.L
ISNI: 0000 0004 8396 1578
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

INDE
CLÍNICA PSICOTERAPÉUTICA

CONTENIDOS

La responsabilidad y el coronavirus siniestro (covid.19)
Vicente Pi Navarro..... pág.12

Estrés, ansiedad, angustía y miedo
Juan Larbán Vera..... pág.24

Inadaptación escolar
Vicente Pi Navarro..... pág.36

Sociedades de inclusión, sociedad de exclusión
Sara Polo Hernandez y Vicente Pi Navarro..... pág.50

L' Apego i la inclusió en l' escola
Maria Aurèlia Lerma..... pág.76

Proyecye ASIEM
Vicente Pi Navarro..... pág.78

Prevención y Salud Mental.
Vicente Pi Navarro..... pág.90

Adolescencia limites y familia
Manuel Sides Galán..... pág.108

Perspectivas de intervención psicoanalítica con adolescentes
Manuel Sides Galan..... pág. 112

Reseña: Didáctica del grafismo
Raquel Sanchis Rios..... pág.116

Noticias:
Mireia Verdejo..... pág. 124

Editorial

Vicent Pi Navarro
Director Técnico de la revista.

La comunicación, como fundamento de vinculo social, conlleva inevitablemente una expresión afectiva. Socialización y desarrollo emocional corren, por lo tanto, parejas. A través de la empatía comprendemos el dolor psíquico. El respeto y la comprensión, que nos otorga alimentan la confianza mutua y calma nuestro malestar.

El título de la revista número 4, el mundo afectivo y los valores sociales, nos introduce en la encrucijada actual, de principios del siglo XXI, el coronavirus y las recientes preocupaciones del cambio climático, la globalización, la creciente tecnificación, así como la inmersión continua en los medios digitales por donde transita la nueva comunicación entre instituciones y entre humanos.

Cada vez es de mayor actualidad los problemas de ideas suicidas o intentos de suicidio, problemas alimenticios, violencia, drogadicciones, depresiones, brotes psicóticos, en todas las edades, pero es más visible y preocupante en adolescentes y jóvenes.

También se echa en falta los pocos recursos sanitarios al respecto y se alzan voces en defensa de la salud mental, incluso en medios políticos… de la oposición, claro. Se necesitan más psicólogos y más asistencia en las USMIAS de la seguridad social.

En distintos medios periodísticos emergen profesionales clínicos, psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras… hablando sobre el tema, y resaltando la importancia de la comunicación en el medio familiar y que infantes y adolescentes, puedan expresar sus sentimientos, sus miedos, frente al confinamiento, al contagio, las pérdidas de familiares, el contagiar a los abuelos, la falta de contacto, el no poder jugar con otros, divertirse o el perder el contacto con el instituto o la escuela.Por lo tanto, introduzco una reflexión que quiere relacionar el desarrollo afectivo con los valores sociales, que al final son el cumplir con los derechos humanos y la cultura de nuestra sociedad.

“Cada vez es de mayor actualidad los problemas de ideas suicidas o intentos de suicidio, problemas alimenticios, violencia, drogadicciones y depresiones, brotes psicoticos, en todas las edades, pero mas visible y preocupante en la adolescencia y la infancia”

Cuando se habla de comunicación, expresión afectiva, se habla de sociabilidad como medio donde se da el desarrollo emocional, y se encuentra empatía para la comprensión del dolor psíquico, su respeto y comprensión, lo que en otros textos llamamos un entorno social de protección y cuidado, que nos otorga confianza y calma nuestro malestar.

Sin embargo vivimos en un mundo tecnificado, que va muy rápido, donde el lenguaje verbal presencial, se sustituye por los medios digitales, en contextos sociales que enfatizan la competitividad, el éxito rápido, el aislamiento en la multitud y en los medios de comunicación digitales con un gran valor hacia lo visual y sensorial, lo material y el éxito fácil, sin esfuerzo, donde se visualiza las intimidades sin pudor, la apariencia, y se silencia el esfuerzo, la cultura y el pensamiento crítico.

No quiero exagerar, y es verdad que con ello, hay grandes espacios sociales, de personas comprometidas, respetuosas y reflexivas, en relación con el semejante, comprometidas en la cultura de su pueblo, su vecino y las personas más vulnerables. Pero el signo general donde vivimos es de un creciente narcisismo, superficialidad, ordinariez y pensamiento concreto, en el cual el sentimiento se reprime y es signo de vulnerabilidad y falta de fortaleza. Para el psicoanálisis que trabajamos, el mundo afectivo tiene su desarrollo en las relaciones humanas y en la aceptación de los valores sociales, al final, con la adaptación y la identificación con la cultura del pueblo donde se vive. Por eso, uno de los síntomas de las personas con trastornos mentales es el aislamiento social, o la falta de contacto con la realidad cultural a la que se pertenece, o la falta de responsabilidad con los roles que se ocupan en el medio familiar y profesional. Que a la vez produce falta de gestión emocional, crisis psicológicas, intolerancia a la frustración y a las exigencias sociales, cuando no depresión y brotes psicóticos, o las ya comentadas ideas suicidas o adiciones para anular el malestar psíquico que produce el trabajo de gestión emocional, que nos enfrenta la vida.

“Si miramos la mentalidad grupal, sobresalen genios, que captan la experiencia emocional del grupo y crea imágenes, mitos, y narraciones épicas, que conforman la cultura de ese pueblo. Estos símbolos, llenos de pasión, identifican a los sujetos que se ven con esos símbolos y les dan pertenencia e identidad.”

Por lo tanto, hay un devenir de emociones intensas, en las cuales predomina la cantidad, la intensidad, con un gran carácter narcisista, intolerantes, disruptivas e impulsivas, antisociales y poco respetuosas con las necesidades sociales y las responsabilidades que conllevan. Es cuando se manifiesta esa parte que a veces llamamos de “simio” que todos llevamos dentro, arrogante y violenta. Esa parte de odio o de amor exclusivo, idealizada, con una conciencia anulada o muy limitada, irreflexiva, que se ve arrasada e inundada de amores y odios, incapaz de gestionar y secuenciar en el espacio y el tiempo.

Otra parte humana, es decir, madura en la aceptación de los límites y los placeres sociales, con sentimientos ya más matizados, con una conciencia plena y reflexiva, social, donde predomina la calidad, la gestión y el tener en cuenta al semejante y el bien común.

Bion en su libro Cogitaciones relaciona el pensamiento concreto con los trastornos mentales. En ese sentido sería el pensamiento de la parte simio que como he dicho tenemos todos, pero es más predominante en las personas donde el trastorno mental es evidente. Sin embargo, el pensamiento simbólico es todo lo contrario, y hace referencia al pensamiento donde la conciencia social se hace cargo del semejante y por lo tanto de las relaciones sociales.

El pensamiento simbólico es la capacidad que permite al ser humano crear y manejar diversas imágenes mentales, el lenguaje verbal, para representar la realidad y la realidad social, que va más allá de la experiencia concreta o del contacto directo con el entorno. Forma parte del juego mental, tener un doble lenguaje y contener la experiencia emocional que tenemos con la realidad. Es clásica la idea que las personas con Asperger no entienden la broma, los chistes y les cuesta compartir conocimientos, no tienen empatía y se suelen aislar en pensamientos concretos y estereotipados. Dimensiona, por lo tanto, el mundo afectivo en narraciones imaginarias y verbales o escritas, secuencias causales en las que se matiza el afecto en sentimientos empáticos y benevolentes hacia el prójimo y hacia uno mismo.

Si miramos la mentalidad grupal, sobresalen genios, que captan la experiencia emocional del grupo y crea imágenes, mitos, y narraciones épicas, que conforman la cultura de ese pueblo. Estos símbolos, llenos de pasión, identifican a los sujetos que se ven con esos símbolos y les dan pertenencia e identidad. Por otra parte, como significado reflexivo y de valores sociales, el grupo se dota de normas y leyes para regular la pasión de amor y de odio desmedida de algunos sujetos.

Por eso la revista queremos promover el diálogo entre la comunidad, diversificando el pensamiento, aceptando nuevas ideas y modelos científicos, abriendo las mentes a lo nuevo y rompiendo los esquemas rígidos de nuestro pasado y los modelos aprendidos. Es bueno por eso imaginar, escribir, dialogar, publicar, escuchar y sobre todo exponer nuestro sentir emocional.

Ahí está la base del pensamiento divergente y creativo, sin excesivo miedo al cuestionamiento personal, ni a sentirnos vulnerables. Es tanto así, que el desarrollo del pensamiento simbólico tenemos que relacionarlo con la salud mental y su capacidad de regular por su carácter creativo, fijando y haciendo trabajar las funciones mentales para representar la experiencia emocional. Pero también permite el desarrollo social y la defensa de sus valores, así como la maduración afectiva con la expresión de las emociones. Comprender las relaciones afectivas sociales teniendo en cuenta las generaciones y los roles de la cultura a la que pertenecemos.

Desarrolla la empatía y trabaja por el bien común, favorece la expresión y el desarrollo de las imágenes sobre la realidad, la verbalización de las experiencias y el diálogo social, el interés por la lectura y la escritura, y en general por la cultura de su grupo de pertenencia. En consecuencia, la revista como objetivo el desarrollo de la salud mental, invita a la participación, la comunicación social, y el diálogo expresivo, con todos los medios disponibles, como artículos, ensayos, experiencias personales o de lecturas de libros, reflexiones filosóficas, educativas, sanitarias, psicológicas, sociales, científicas, autobiográficas…

Vicente Pi Navarro es Psicoanalista de la APM, Psicopedagogo y fundador de la Clinica INDE.

Fue director de los servicios psicopedagosicos especializados e impulsor de la aulas especificas de comunicación y lenguaje de la provincia de valencia. Actualmente dirige la Revista de Psicoterapia Psicoanalítica relacional INDE.

Articulos Técnicos

La responsabilidad y el coronavirus siniestro (covid.19)
Vicente Pi Navarro..... pág.12

Estrés, ansiedad, angustía y miedo
Juan Larbán Vera..... pág.24

Inadaptación escolar
Vicente Pi Navarro..... pág.36

La responsabilidad y el coronavirus siniestro:

En el confinamiento y el posconfinamiento 2020-2021

Autor: Vicent Pi Navarro

RESUMEN: Actualmente en el confinamiento, posconfinamiento y en las posibilidades de contagio del coronavirus, en todos los medios de comunicación y ante las noticias alarmantes de muertes, contagiados nacionales, extranjeros, etc., surge reiteradamente el tema de la responsabilidad, tanto de las administraciones nacionales, las autonómicas, como las individuales.La pregunta reiterada lleva consigo acciones y en otras ocasiones actuaciones, donde la culpa se intenta proyectarla sobre los demás con fines políticos, éticos, jurídicos…

En el texto se intenta un estudio desde algún autor psicoanalítico sobre la representación de la responsabilidad en la mente humana y sus asociaciones con los afectos como la culpa o la violencia, actitudes como la colaboración, y consecuencias sobre la salud mental.

PALABRAS CLAVES: Responsabilidad, solidaridad, posiciones esquizoparanoide y depresiva, parte psicótica y no psicótica de la personalidad, represión, superyó, culpa, siniestro.

1.- Estudio del contexto actual:

a.- En la situación de alarma social con el confinamiento y las medidas de separación social, higiénicas, de prohibición de la libertad de reunión, de movimiento, se está produciendo otra alarma, por una parte, la pandemia del miedo y por otra, el miedo a la inseguridad del futuro, ya que hay un duelo por todo lo perdido en las rutinas cotidianas, la presencia de los amigos, el trabajo en muchos casos, el contacto con los familiares, la imposibilidad de ciertas costumbres sociales y de ciertos intereses singulares…

b.- En la etapa de desescalada hay otras medidas de separación social e higiene. Se llama desde la administración la nueva normalidad, por cierto, nada conocida y nada normal. Solo hace falta ver a las personas con la mascarilla con la pérdida de la expresividad del rostro y la familiaridad acostumbrada, que nos lleva a una dificultad en el registro de parte de la identidad del otro, así como sus comportamientos en referencia al miedo. Sabemos que la gestalt del rostro y su expresión es un medio de comunicación primordial entre humanos. Con la mascarilla conocemos menos el rostro del inconsciente del otro.

c.- En todas estas etapas se pide a los ciudadanos e instituciones el cumplimiento de las normas que en ocasiones cambian, son confusas y para muchos ciudadanos van en contra de su libertad, con signos de autoritarismo y con exigencias que consideran que no son constitucionales porque atentan contra la libertad individual.

d.- En todo caso, las normas implican responsabilidad social, institucional e individual.

Como hemos relacionado las palabras responsabilidad, libertad, autoridad, derechos constitucionales, estamos ante conceptos fundamentales respecto a lo que es la identidad personal y la social, así como los desarrollos legales, las interpretaciones personales y grupales, las pasiones y los intereses tanto narcisistas individuales como grupales que podemos entender como acciones que derivan en la inclusión o en la exclusión respecto las normas, o de acciones éticas o reproblables. Pero está claro que estos conceptos, como el de ética, se satura según la experiencia de cada cual o la experiencia de cada grupo, su historia y el uso que se quiere realizar en cada situación o entorno dialéctico. Con lo cual se pueden convertir en conceptos confusos, enfrentados, aprovechados para decir la verdad o engañosos en su uso. En esta época, la mentira, la apariencia, se dice y se ejecuta, sin pudor, con convicción de ética, perdiendo el valor la verdad, la verdad de la realidad social.

En realidad, hay una gran complejidad en integrarlos cuando una idea requiere de las demás para su articulación, excepto cuando se es demagógico, y la articulación tienen intereses narcisistas con propaganda llena de prejuicios. Entonces, la propaganda oficial de los sujetos sometidos a las agrupaciones como los partidos políticos, en las cuales proyectamos nuestras aspiraciones, consiguen que ideemos sus significados, en vez de tener un juicio crítico, basado en la experiencia emocional.

Con lo cual, además de la apariencia y la mentira con fuerza y pasión de verdad, se une la fuerza de la culpa para el contrincante, el irresponsable, independientemente de su objetividad o su afán de acciones en arreglo a la ciencia y a los conocimientos parciales respecto al coronavirus y el devenir de los contagios.

e.- En la pandemia, otros nombres hemos usado y aprendido en la cotidianidad por los medios de comunicación, como distintas clases de virus, el covid-19 que nos incube, clases de vacunas, clases de antivirales, reclusión, escalada, tipos de mascarillas, etc. Sin embargo, a nivel emocional, las palabras miedo, caricias, abrazos, abuelos, con solidaridad, individualidad, egoísmo, adhesión, clima, naturaleza… han formado un lenguaje y una experiencia social.

Sobre todo, la palabra solidaridad con los sanitarios y con las ayudas mutuas entre los ciudadanos, también en relación con la responsabilidad, que nos ha hecho soñar con un mundo más humano.

A los sanitarios se les ha hecho visibles, se les nombra como héroes y hay un compromiso social por recuperar los bienes comunes de la sanidad pública, pero también de la educación y de los servicios sociales.

Eso mismo ocurre con las residencias de ancianos que se han hecho visible las condiciones sanitarias y el olvido que han sufrido. Sin embargo, otras bolsas de ciudadanos no se han podido hacer visibles como los ciudadanos con trastornos graves mentales, recluidos en sus familias, sin voz, sin muertes como los ancianos y sanitarios, pero aterrados por el miedo y sin comprender el aislamiento, sin asistencia médica y las familias sin recursos sociales y psiquiátricos.

Otras bolsas de humanos, como las mujeres con violencia de género con el acosador dentro de casa y con miedo a la denuncia, han sufrido como víctimas más violencia. La asistencia a ellas y su protección ha sido mínima.

Sin embargo, hay mayor conciencia ciudadana sobre las necesidades sociales que falta se concrete en leyes, reconocimiento, dar visibilidad y reforzar dignamente a los profesionales sanitarios, profesores y recursos sociales, pero también a otros como policías, ejército, personal de correos, agricultores… y trabajos de baja cualificación que nos han traído la comida, los encargos, se han llevado la basura… y que se ha hecho visibles su necesidad y la importancia de su dignificación.

En el equipo de psicoterapeutas acostumbrado a decir que hemos sufrido una pandemia de miedo, habría que hablar también de una pandemia de solidaridad que nos ha hecho mejores personas. Hemos descubierto al otro, la ayuda, el ofrecer, la paciencia, la reflexión más interna, el estar a solas con nosotros mismos, la voluntad de cuidarnos y protegernos, cuidar y proteger al otro, compartir, ser empáticos y generosos, virtudes ante la fragilidad y el miedo al virus, pero virtudes perdidas en el neoliberalismo.

Actualmente vuelve a estar de actualidad por el contexto que vivimos, las normas que se nos indica y que se nos pide autorregulación individual, aunque se puede llegar a penalización si no se cumple.

Hay otro elemento importante y es la obligación del cumplimiento normativo porque hay una responsabilidad social por el contagio.

2.- La responsabilidad

Lo que nos interesa es el término responsabilidad que se repite constantemente en todos los medios de comunicación y que tiene connotaciones jurídicas, sociales, políticas, éticas, científicas… afecta a todos los individuaos, grupos, asociaciones de todo tipo, incluso a las naciones, a todas las ciencias, aunque tiene mayor dominancia en las ciencias humanas, a la moral humana, la moral religiosa... a la ética personal y social.

El motivo es que las derivaciones del virus son de tipos sobre todo sanitarias y económicas, aunque

como todo puede haber una perversión moral y hacer un uso abusivo tanto político, como religioso, social o personal… procurando el beneficio propio y atacando al contrincante o justificando la propia acción.También esta oposición de prioridades puede prevalecer que domine la salud, la economía o la libertad, intentando según que intenciones que predomine un aspecto u otro.

La responsabilidad se conecta rápidamente con obligaciones, mandatos, obediencia, sumisión, libertad, autoridad, derechos, irresponsabilidad, sanción, con lo social, que sea contractual, que sea compartida…

La real academia de la lengua da la definición de responsabilidad como:

- Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal.

- Cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado.

- Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.

Las dos primeras tienen un carácter de obligación, mandato, con relación a un hecho inadecuado. La tercera tiene un carácter más personal y ético, en referencia a las consecuencias que tienen nuestros actos, tanto mentales como sus derivaciones corporales.

Este aspecto moral y ético de la responsabilidad lo relaciono con la libertad de nuestro pensamiento crítico, cuando nos hacemos cargo de sus consecuencias tanto para nosotros como para los demás, y se entronca con el psicoanálisis en el sentido que nos permite hacernos cargo de los efectos que producimos en nosotros mismos con nuestras ideaciones y acciones, así como con los demás sujetos de nuestra relación.

Desde esta perspectiva, la responsabilidad moral nos lleva a consecuencias emocionales con nosotros y con los demás que dependen de nuestras acciones bien sean mentales o de sus ejecuciones sociales. Todo lo que pensamos, imaginamos, decimos o hacemos, tienen sus consecuencias internas o externas. Por lo tanto, son transformadoras del mundo interior y del mundo social.

Las palabras para el psicoanálisis son transformadoras, no son inocuas, cambian en el diálogo terapéutico las capacidades mentales afectivas y cognitivas, son instrumentos de comunicación que transforman nuestros valores, nuestros ideales, nuestro mundo imaginario, en beneficio de una personalidad, se dice, que se conoce mejor así misma, tiene mejores herramientas para resolver sus conflictos, tiene mejor bienestar psíquico y aumenta su capacidad para cumplir sus expectativas, aumentando la dicha individual y de su grupo de pertenencia.

En ese sentido se puede entender el psicoanálisis como una relación en la cual interactúan ideas y se dialoga sobre pensamientos, viendo su actualidad y su posible toxicidad o falsedad. Los prejuicios y falsedades son verbalizaciones que expresan un mundo imaginario que quieren socializar fantasías inconscientes producto de nuestro malestar y sufrimiento.

Por eso la responsabilidad de las psicoterapias respecto a una ética vincular íntima, donde se pone a juicio nuestro mundo interior. El psicoanálisis nos hace tener más resiliencia sobre la adversidad, los conflictos que nos recuerdan el miedo ancestral y nos permite tener más experiencias de amor, integración, empatía y socialización. No por casualidad, sobre esa responsabilidad, se construyeron las reglas fundamentales de la psicoterapia psicoanalítica.

3.- La responsabilidad desde M. Klein

Desde el psicoanálisis se pueden aportar conceptos de aplicación tanto teórico clínico, como de psicoanálisis aplicado para comprender la situación de miedo al coronavirus y a las consecuencias de adhesión a los sanitarios, la mayor gravedad de malestar en los trastornos mentales en el confinamiento, como el caso que nos ocupa de la responsabilidad.

En el desarrollo psicoanalítico ha habido una confusión de lenguas en el cuerpo teórico, no tanto en el clínico, que le preocupó a Bion y hablaba de Torre de Babel. Una saturación de los significados de los conceptos psicoanalíticos desde perspectivas muy narcisistas que impiden con claridad que tengan una definición clara. Es verdad que al hablar del inconsciente, de los afectos, de las relaciones sociales, es complicado porque no hay sensorialidad ni perfiles que los delimiten como ocurre en la realidad sensorial o física.

Esto mismo ocurre con el vocabulario cotidiano, donde los conceptos se vuelven concepciones particulares. Por eso a veces hay que volver a definirlas. Eso mismo ocurre con la palabra responsabilidad que hay que acudir al diccionario o preguntar al hablante lo que entiende por ello.

Desde la teoría de Klein (1) en sus posiciones depresiva y esquizoparanoide, así como en la identificación proyectiva e introyectiva, que se encadena con los textos de Freud, incluso en las pulsiones de vida y de muerte del mismo, se puede entender lo que estamos describiendo.

Las explicaciones clínicas de Melanie Klein se basaron en la responsabilidad por la integridad del objeto y una tristeza ante la expectativa de su daño frente a la acción del sujeto. La importancia que dio a la posición depresiva supuso un cambio en su teoría y en su práctica, dando importancia al amor al objeto y el impulso a la reparación. En ese sentido enfrentó e integró el juego entre el amor y la agresión como los afectos necesarios e imprescindibles, elaborando su teoría de la posición depresiva.

Esto implica que la relación de un sujeto con su objeto (llamamos objeto en psicoanálisis al sujeto social sobre el que recae nuestra acción) es una relación de objeto total. Por lo tanto en la posición depresiva, en la relación, se ha pasado de una relación de objeto parcial a una relación de objeto total. Objeto total supone sentir al otro de la relación de una forma global, con el máximo de sus virtudes y defectos. Melanie Klein propuso así su modelo teórico y su técnica psicoterapéutica, pero también su visión de cómo se desarrolla la personalidad.

En la posición esquizoparanoide el objeto o es amado o es odiado, no es el mismo objeto, son objetos parciales, separados, disociados. El objeto amado es idealizado mientras que el objeto odiado es perseguidor. Klein lo atribuye en la infancia a los primeros momentos de la relación con la mamá buena que satisface o en la mamá mala que frustra. En el desarrollo, el objeto amado idealizado se puede proyectar en un objeto y el objeto odiado perseguidor se puede colocar en otro objeto de la relación.

En la posición depresiva el objeto amado y odiado es el mismo, decimos que es un objeto total. Entonces hay una preocupación y una responsabilidad por el bienestar del objeto de amor, que también se ven sus defectos y es criticado o agredido. Pero como también frustra y se le odia, hay mecanismos de reparación por el daño causado por el odio y el rencor. Aparece la culpa como reprobación de la conciencia y la tristeza por el daño causado, con un acrecentamiento del amor.

En la evolución y maduración del infante, poco a poco, a los demás objetos sociales se les ve como objetos totales, así como al mundo en general, viviéndolos de una forma gratificante, rica y como depositarios de deseos. Tiene que ver por lo tanto como una posición fundamental para el conocimiento, la curiosidad y la diversificación de las relaciones, la socialización del individuo y la maduración de la personalidad.

Permite progresivamente vivir al objeto como separado de uno mismo, con vida propia y el dolor y sufrimiento ante su pérdida, por ejemplo, ante la pérdida de una relación de amor, pero en éste caso, el duelo es normal y no patológico como ocurre en la posición esquizoparanoide donde el objeto de amor es parcial, imprescindible, idealizado y omnipotente.

No hace falta entender ante la crisis del coronavirus, las reacciones de los sujetos ante las pérdidas, si lo realizan desde la posición depresiva o esquizoparanoide.

Estamos así en correspondencia con la fase edípica de Freud resuelta y la posición depresiva, cuando se han superado las fases pregenitales y se acepta que los papás y compañeros tengan distintas relaciones e intimidades que no pueden compartir con ellos. Se respeta que los otros tengan vida propia y no se recluye el infante en el aislamiento ni en la tendencia de relaciones simbióticas o exclusivas con el otro.

De ésta forma hay un funcionamiento de la posición depresiva en el reconocimiento del otro, su respeto, con tolerancia a la frustración de la diferencia, así como que se pueden tomar responsabilidades personales en referencia a los roles que vamos ocupando en el devenir evolutivo de nuestra vida que llamamos maduración de la personalidad.

4.- La responsabilidad en Wilfred Bion.

Bion fue paciente de Melanie Klein y aunque expuso una teoría propia, podemos ver en parte de sus conceptos como desarrollos de las teorías de su psicoanalista, así como de Freud.

Bion (2) se interesa por el pensamiento sobre todo

en la psicosis, diferenciando entre la parte psicótica y la parte no psicótica o neurótica de la personalidad.

Si antes hablábamos de la posición depresiva y la posición esquizoparanoide, ahora con Bion, tenemos la parte neurótica de la personalidad (depresiva) y la parte psicótica de la personalidad (esquizoparanoide) que aunque no es lo mismo podemos encontrar cierta similitud.

Ésta parte psicótica y el tema de la responsabilidad me lleva en la escuela al tratamiento del espectro autista (3). Para ser consecuente con los trastornos de estos alumnos hay que reprogramar su currículo a sus necesidades emocionales y cuestionar por otro lado los programas de reeducación, sus necesidades educativas en relación con el constructivismo, la medicación que se les solía dar, los tratamientos parcializadores entre las distintas administraciones que ven solamente al niño desde su modelo, sin tener una visón totalizadora de los síntomas, la confusión y la catástrofe mental de los padres con éstos niños tanto en los diagnósticos como en los tratamientos tan dispares.

Para Bion la responsabilidad se asocia a la parte neurótica de la personalidad. Ésta es la parte reflexiva, la parte social que tiene en cuenta al otro y al sí mismo. Es la parte que consideramos que tiene, contiene y realiza los valores y derechos humanos. Es la parte empática, de amor, de los límites y del pensamiento creativo, la que conceptualiza según las series de generaciones y de las clases sexuales que nos permite la dimensión de las emociones, o de las series y clases cognitivas para las conceptualizaciones.

Tiene en cuenta la socialización y por lo tanto la estructura social con respeto a sus semejantes.

Tiene relación con la relación de causalidad que tanta importancia le da Bion (4) a la construcción del pensamiento, así como a la construcción de la primera tópica de Freud, en el sentido que la conciencia es la responsable de las acciones. Ella es la que conoce y se hace cargo tanto del mundo interno como del mundo externo. La conciencia es la que descubre las relaciones causales realistas que existen tanto entre los seres humanos como en los objetos materiales por lo que se dedica al conocimiento objetivo, creando hipótesis y posteriormente comprobándolas.

La parte psicótica, por otra parte, es la parte irreflexiva, egoísta, irresponsable. Forma ideaciones que son prejuicios, mentiras y falsedades para el beneficio egocéntrico, con una identidad que defiende su narcisismo patológico. Es la parte antisocial, traumática, que busca refugio en el aislamiento, la adicción y en sus fantasías, que nombramos delirios y en casos patológicos más graves alucinaciones.

El término responsabilidad lo podemos asociar en los modelos de Bion (5) con el concepto de ética. Si nos vamos a su modelo en la teoría de grupos, opuso dos mentalidades grupales, una como mentalidad de grupo de trabajo (más consciente y objetiva) y otra mentalidad como grupo de supuesto básico (más inconsciente y por lo tanto pulsional).

La mentalidad de grupo de trabajo tiene un líder que organiza al grupo siendo responsable o con acciones específicas a los fines de trabajo del grupo. Establece por lo tanto límites, forma una estructura del grupo, y tiene capacidad de organizar a los componentes del grupo según sus capacidades y alimentarlos afectivamente.

La mentalidad de supuesto básico forma líderes que organizan al grupo de forma irresponsable para no cumplir los objetivos por los que se formó el grupo, o que trabaja emocionalmente en contra de los fines del mismo, mientras que procura el alimento afectivo con las promesas y los supuestos, promoviendo prejuicios.

Al grupo de trabajo le correspondería una mentalidad de la parte neurótica o no psicótica de la personalidad y estaría en la posición depresiva de Klein. La responsabilidad del líder y del grupo corresponde a la acción y al cumplimiento de los objetivos para los cuales se ha constituido el grupo.

Al grupo de supuesto básico le correspondería una mentalidad de la parte psicótica de la personalidad y estaría en la posición esquizoparanoide de Klein. Tiene líderes emocionales que trabajan para ir en contra de los objetivos para los cuales se creó el grupo, atacan al líder de trabajo, cuestionan los roles, las funciones y las acciones específicas para el logro de los objetivos.

5.-La responsabilidad vista desde Freud

Me voy a centrar más en la Etapa del Edipo así como en el resto de las etapas psicosexuales y las dos tópicas más conocidas de Freud.

Respecto a la etapa edípica se produce un cambio en la sexualidad, la mente y el desarrollo social. El niño sufre de distintas situaciones que le van a transformar y es oportuno relacionar:

- Freud habla de castración, represión e identificación. No me interesa tanto el desarrollo de estos conceptos aquí, como la confusión que puede ocurrir en su uso y en sus interpretaciones en el lenguaje coloquial. La represión para Freud, en un entorno que descubre y construye el inconsciente, y en una clínica para neuróticos. Significa que mediante las reglas fundamentales psicoanalíticas hay que levantar la represión y que surja el deseo, con sus derivaciones como la sublimación, mediante la técnica de la asociación libre. Consiste como sabemos, hacer consciente el inconsciente.

Sin embargo, el término tanto clínico como cotidiano de la represión se atribuye a formatos sociales autoritarios, cuando no dictatoriales, y en psicoanálisis se puede confundir con levantar las represiones de un superyó que no cumple con su función.

Sin embargo, lo que se levanta es un exceso de represión, respecto a un superyó sádico, opresor o yo-ideal de etapas preedípicas, o un superyó edípico que se excede en la represión.

También el déficit de represión implica no adaptarse a las normas edípicas, no aceptar la castración (que en términos edípicos y de la teoría es limitar las pulsiones del infante y sus deseos inadecuados), y por lo tanto entrar en comportamientos laxos, preedípicos y patológicos.

Si hablamos de los procesos de identificación, entramos en la asimilación del lenguaje y la cultura simbólica, así como en la distribución de los roles sociales, las funciones y las acciones, tanto en referencia a las generaciones como a las clases sexuales.

Actualmente se habla de sociedades líquidas, categoría sociológica descrita por Zygmunt Bauman (6).

Zygmunt Bauman, acuñó el término de modernidad líquida como una metáfora para entender las relaciones en los tiempos modernos. Basándose en los conceptos de fluidez, cambio, flexibilidad, adaptación, entre otros. Bauman afirma que lo "líquido" es una metáfora regente de la época moderna, ya que ésta sufre continuos e irrecuperables cambios. Asimismo, lo líquido no se fija en el espacio ni se ata al tiempo, se desplaza con facilidad, no es posible detenerlo fácilmente; y todas éstas son a la vez características fundamentales de las actuales rutinas diarias.

Habría falta de represión o de cumplimiento de las normas y leyes; relaciones simétricas, falta de autoridad y la laxitud de ciertos comportamientos y de otros, en contra, autoritarios, la falta de acuerdos y de solidaridad regidos por registros preedípicos,… y finalmente el poco cuidado que se ha tenido por ejemplo en el respeto por las series generaciones, en el tema que nos ocupa los ancianos, o de las clases sexuales, en la protección de las mujeres con violencia de género, así como respecto a las clases sociales, en el cuidado de lo público y en concreto con la sanidad.

Con lo cual, como hemos dicho en el título, tenemos un yo confuso, ante el peligro siniestro incierto pero verdadero de enfermar y morir, frente las pulsiones del ello, y un superyó social, en este caso, sanitario y político, que no puede tener una normativa clara social y represora.

Digamos que un superyó edípico es el que cuida y protege, no deja la responsabilidad de éstas funciones al hijo. En el superyó preedípicos los intereses narcisistas hace que se vaya en contra de los intereses sociales, produciendo caos, violencia, contradicciones, etc.

Si entramos en el aspecto de culpa y superyó, el término responsabilidad es propio de un sujeto o una sociedad que asume la culpa de las acciones, los errores y modifica para reparar y proteger dentro de la relación asimétrica.

Con un superyó preedípico, nos lleva a aspectos como culpabilizar al otro, no hacerse responsable, o hacer denuncias buscando un superyó jurídico que castigue al padre, … confundiendo la responsabilidad penal con las limitaciones del ser humano respecto un mundo incierto, que Freud lo relacionó con la angustia que permite investigar, crecer y desarrollarse. Klein lo describe con su posición depresiva y lo insufrible que es para la posición esquizoparanoide, hacerse responsable de sus acciones y por lo tanto proyecta las responsabilidades y la culpa en el otro.

En realidad, nos encontramos en un mundo que tomamos decisiones a partir de las identificaciones que hemos hecho a lo largo de nuestra vida, también

lo que hemos aprendido, y que estamos solos ante un mundo al que queramos o no, actuamos con acción corporal, verbal o en silencio. Y de ello, somos responsables.

Lo mismo que hay responsabilidad y hay irresponsabilidad, hay culpa buena que reconoce los errores y repara el daño causado, y culpa mala, patológica, que lleva a la depresión, en la cual la culpa es sistemática, reiterativa y no reparativa. Así se convierte en conceptos complejos pero que tiene que ver con las funciones, roles y acciones que vamos ocupando en el desarrollo social de nuestra identidad, así como en la consecución de nuestros deseos, dentro de un mundo humano simbólico y reglado socialmente.

De los caminos edípicos o preedípicos que tomemos en cada situación, tanto individual como social, podríamos entender la responsabilidad o irresponsabilidad, la moral donde nos ubicamos, el narcisismo que utilizamos, la ética de nuestro comportamiento o la culpa que manejamos.

El viraje así se tambalea desde un psicoanálisis de las fantasías y los traumas infantiles y centrados en el Edipo, en un psicoanálisis más social, entrado en un Edipo que en sus relaciones construye el inconsciente reprimido de las etapas preedípicas, con una conciencia previsora ante un superyó social que tiene en cuenta la realidad social.

No se tienen que oponer estas dos perspectivas, pero ante la situación traumática de una epidemia, queda claro la importancia de lo social, con sus estructuras, leyes, roles, funciones y tareas, para contener precisamente lo pregenital. Son precisamente las relaciones sociales de colaboración, ayuda y protección, las que permiten contener y finalmente con el tiempo, reprimir las angustias y fantasías de contagio y muerte.

6.- La sombra del virus siniestro desde Freud

Freud (7) habla en su artículo "lo siniestro" sobre el doble y se acerca mucho más al psicoticismo que en otros artículos donde trabaja especialmente la neurosis. Sobre este artículo otros autores como Lacán y Winnicott, lo han utilizado para el desarrollo de la etapa del espejo, o la importancia de los ojos de la madre para que el hijo se vea, o Bion que describe esa relación simbiótica como la Función Alfa, para significar la madre a su bebé, o también en mi libro sobre "experiencias en autistas psicóticos y caracteriales (3)" tomo sus conceptos de doble para poder articular el tratamiento de los alumnos del espectro autista y por amplitud, la importancia de generar con los infantes y con los adultos, experiencias primeras de establecer un diálogo simbiótico psicoterapéutico o cercano a la simetría, con contenido sin reprimir lo preverbal, para poder encauzar la relación psicoterapéutica, en el sentido de general un eje evolutivo de socialización en la experiencia relacional psicoterapéutica, a raíz del trabajo de la Función Alfa de Bion.

Lo siniestro resulta de la extrañeza, lo desconocido peligroso, del inconsciente presente y visual, que se vuelve acción sin la mediación del trabajo de la conciencia de tipo verbal y simbólico.

Lo relaciona con lo familiar, puesto y visto, percibido en el exterior, pero desconocido. Lo familiar visto siniestro y extraño.

En este caso, más allá del peligro del coronavirus, cuya letalidad no es tan grande, ni es tan contagioso, pero sí es desconocido y siniestro porque llena los hospitales y nos faltan recursos médicos para su cura, además los pacientes mayores en las ucis sufren de unas angustias por su falta de oxígeno que resulta aterrador, ya que la sensación además de muerte inminente es terrorífica.

Pero además de su devenir catastrófico, ¿dónde reside su peligro que ha hecho tambalear el bienestar en que nos sentíamos seguros? Es siniestro porque nos ha sacado de nuestro confort, nuestras rutinas, y nos lleva a la familiaridad de nuestra casa, que nos es desconocida en el confinamiento. Luego ocurre al revés, al salir del confinamiento nos resulta extraña la calle, las terrazas de los bares, el trabajo. Y más tarde con la nueva normalidad, nos ocupa la mente en posición esquizoparanoide para ver dónde está el peligro en un contacto.

Si nos posicionamos ahora en el Eje Evolutivo de Categorías Mentales de la Tabla de Bion, la confianza y la familiaridad proviene de su significancia como configuraciones visuales de nuestros entornos cotidianos y familiares, como son nuestra casa, la calle, el recorrido al trabajo, los bares donde conversamos con los amigos… son configuraciones visuales espacio temporales de experiencias sensoriomotrices y afectivas, recorridos pictóricos en escenas llenas de acciones y relaciones, de experiencias emocionales que han formado y reinterpretado nuestra historia pasada en una construcción siempre del presente. La Hilera C, de Mitos y Sueños, forman la historia mitológica que nos identifica y que perdemos en el confinamiento y se restringe con la mascarilla. Lo familiar, el contacto físico y la imagen, se nos hace en su ausencia una presencia extraña.

En el posconfinamiento se habla que es extraño el volver a coger el coche, el salir a la calle. En el confinamiento nos resulta extraño estar en nuestra casa, luego el reencontrarnos con amigos largamente ausentes… el miedo al virus y la extrañeza a los recorridos sociales, a las narraciones visuales cotidianas, se autoalimentan y agrandan.

Hay pues dos miedos que se han unido, el miedo al virus y su siniestralidad, y el afecto penoso de lo extraño siendo familiar.

Se requieren procesos de duelos y adaptaciones matizadas por estos dos miedos que condicionan la gestión mental de reconquista de lo que fue nuestro. Y dependerá de nuestra salud mental la capacidad de recuperar nuestra historia pictográfica y emocional, de la nueva adquisición placentera de las acciones con las personas de nuestros deseos, el placer de pasear volverá a ser nuestro, de conducir nuestro coche, de visitar nuestro parque, el restaurante familiar…Las dificultades las vemos con los pacientes en la nueva normalidad y en sus dificultades por recuperar la vida cotidiana.

El peligro es por la siniestralidad del virus, por el desconocimiento que tenemos de él, que afecta sobre todo a la experiencia de asfixia y de muerte inminente a lo largo de bastante tiempo, por lo tanto a una crisis de angustia continua que nos lo suelen enseñar los medios de comunicación.

Es así el inconsciente peligroso, la pulsión de muerte, puesta en el exterior que nos persigue. Sin tener mecanismos conscientes y yoicos de control. Una pulsión de muerte también externa, incontrolable, continuamente en situación de peligro y miedo por el contagio. Un doble siniestro de la pulsión de muerte, sombra sin forma, omnipotente, que en cualquier espacio y tiempo, nos puede enfermar y matar, o ser responsables y culposos de la contaminación de los demás.

Otra cuestión importante es la lucha dialéctica entre la salud de la ciudadanía y la crisis económica, y el afán de pasar de etapas de confinamiento rápidamente, con otras connotaciones políticas, afectivas, de contacto familiar, de miedo al contagio, a la enfermedad y a la muerte que comporta una mentalidad individual y grupal frente un virus siniestro por lo imprevisible que es y el poco conocimiento sobre el mismo.

Los tres dobles de Freud, el especular (imagen visual), la sombra (sensaciones difusas para nosotros), o el espíritu (le he dado el valor de emoción en el libro mío citado), se configuran como un continente con dos contenidos; con la condición de que desarrollos posibles del significante visual haga factible la transformación, la matización, y la mediación en los otros dobles informes y emocionales. Vale decir que las sensaciones y afectos que no valen para el cambio se hacen inconscientes, se olvidan para la vida consciente, dejan de ser operativas para la relación social, entonces desde el inconsciente la colorean, la empujan para cumplir el deseo, para manifestarse. Desde esa perspectiva, el virus invisible y aterrador, desconocido, imprevisible e informe a nuestra experiencia, no tiene una forma pictórica que nos permita su control, ni utilizar mecanismos obsesivos respecto al espacio y el tiempo para evitarlo. No pasaría nada y seríamos indiferentes, si las consecuencias de su encuentro no fuera la imagen de entubamiento doble familiar que nos da miedo y nos permite un confinamiento extremo y cumplir las normas con excesivo cuidado. Sobre todo, si solemos estar en la posición depresiva de M. Klein.

Se da la contradicción que los humanos vivimos para las emociones y nos apegamos a lo cognitivo, lo sensorial y externo. Esto se puede nombrar, se puede desarrollar, crea mundos discriminados, se puede clasificar y seriar, se forma un mundo artificial que es verdadero en tanto en cuanto contiene la emoción, el amor por el conocimiento ajeno y la ley del grupo de pertenencia. La realidad social no solo nos enseña y nos culturaliza, nos contiene, nos cuida y nos protege, reprimiendo las fantasías.

Es tan siniestra una sombra sin figura visual como un espíritu que realiza una acción sin componente material. La psicopatología nos muestra sujetos atrapados a estas cuestiones, como pensaba Freud de la sombra del objeto que cae sobre el yo del melancólico que lo arrasa y lo despoja de la imagen visual del objeto muerto, lo que hace inviable el duelo que puede llevar a término el depresivo.

Si en la melancolía hay una sombra del muerto, imagen autista que no lleva a la elaboración, el depresivo se esfuerza por recordar, despedirse y crear una escenificación interna de la imagen visual para

asumir hacerla propia, vale decir, poder olvidar en el inconsciente.

En el duelo, la angustia de una pérdida y el dolor pone en movimiento en el exterior la imagen visual interna en un intento de resucitar al objeto de la pasión. La conciencia se inquieta y toma acción discriminando porque solo en el sueño o en el simbolismo se recrea la vida real con un objeto interno. La conciencia tiene experiencia de pesadilla cuando en el sueño o en la imaginación se da cuenta que son dobles parciales, sombras, culpas ajenas o perseguidores tenebrosos que quieren desvitalizarnos.

El aturdimiento inicial por lo extraño permite encontrar lo familiar, lo común y evita la regresión autista. Si no se vuelve a la sombra o al espíritu, se integran los dobles y se pierde la vaguedad inicial. Hay una forma limitante, la imagen visual, capaz de la nueva integración. La imagen visual deja de ser doble parcial y se llena de profundidad, acoge las sombras y los espíritus. Las sombras requieren de la imagen visual que sea clase, los espíritus que sea serie. Se consigue perspectiva, dinamismo, hay figuración. Se sale de la experiencia de vacío, aburrimiento, aturdimiento, fastidio, destrucción de la conciencia que trabaja la diversidad.

La experiencia de vacío que no es lo mismo que la depresión, destruye lo perceptivo visual, pero es mejor que el terror de no saberse dios. La actitud es de indiferencia, altanería, arrogancia y autosuficiencia.

Si la sombra ocupa la superficie de la persona, hay un "falso self" (Winnicott), mentira social y transgresión de la ley para esconder el terror a la falta, al vacío. En estos casos, el espíritu autista o la sombra solitaria, narcisista, vive en atmósferas difusas, no tiene profundidad, no sabe del compromiso emocional, no entiende la relación causal.

7.- La sombra del melancólico.

Freud (8), en "duelo y melancolía" describe el trabajo que el duelo realiza como la manera de poder quitar la líbido del objeto perdido. Cuando hay resistencia a este trabajo puede haber extrañamiento a la realidad y retención del objeto por "una psicosis alucinatoria de deseo". Si la cosa funciona bien, el trabajo del duelo se realiza "pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y energía de investidura, y entre tanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico" (pág. 242 obra citada).

Cada recuerdo, cada acción, cada función ejecutada es desasida de la líbido que produce un recuerdo que poco a poco deja de estar saturado de pasión.

El trabajo elaborativo de desvincular el afecto del recuerdo figurado como imagen visual que se puede nombrar, está cargado de pasión, sobreinvestido, y se puede nombrar y narrar en una organización espacio-temporal, en una historia que sobre todo internamente es figurada, es imagen visual que hace acción.

Lo apropiado es que las investiduras desligadas se puedan destinar a otros objetos con los que hay nuevas acciones y nuevos vínculos. En el objeto melancólico, sin embargo, no se permite el recuerdo discriminado que tenga vida propia, acción autónoma y objeto interno independiente. No hay capacidad de transformación en el tiempo que dura el trabajo, es inmutable, rígido, está siempre presente y tiñe todas las áreas del comportamiento, toda la acción. No permite desvincular y se vuelve internamente persecutorio.

Se transforma en sombra y ensombrece al yo que no puede pensar. Se pierden los límites visuales y la sombra contiene un pesar, una emoción que no se puede trabajar. La conciencia se vuelve inoperativa y el recuerdo no se elabora al no poderse manejarse en la percepción.

No hay contacto con la realidad y el objeto está idealizado, sin posibilidad de realizar la capacidad de darse cuenta, de las funciones omnipotentes del objeto muerto que une e impide la diferenciación y la capacidad de discriminar y seriar.

El objeto es una sombra en el yo y se vuelve enigmático, dirá Freud. No hay capacidad de ver. Lo que se ha perdido no se sabe porque está en la sombra que ocupa al yo y lo devora.

En esta crisis, todos hemos tenido que pasar por un duelo, a raíz de tantas pérdidas. Pero las pérdidas a veces han sido de seres queridos, con el añadido traumático de no poder despedirse de ellos. En estos procesos de duelos, las depresiones se acrecientan dependiendo de los recursos mentales para la elaboración de la nueva situación de las ausencias. Sin embargo, si fallan los recursos mentales en vez de depresión tendremos melancolía.

Sin embargo, a parte de los casos individuales, creo que hemos pasado por una melancolía grupal. Sobre la mente social, ha sobrevolado la nube invisible y sin forma del virus, incapaz de poner remedio al miedo del contagio, a las pérdidas repentinas y a la soledad del aislamiento, sin el contacto de los más queridos.

Nos hemos identificado con los ciudadanos muertos y el dolor de sus familiares, lo mismo que el miedo al contagio de nuestros objetos de amor. Todos hemos sido uno, de ahí creo la respuesta de la mayoría por la solidaridad y el contacto online que nos permitía saber de los demás, y dar o pedir protección y cuidado.

Muchos depresivos y con crisis de angustia, pretenden dar forma al afecto con trastornos de la visión que la hacen disfuncional y turbia. Sufren de astigmatismo "psíquico", llevan lentes opacas, pretendiendo que la sombra esté en el exterior y el objeto persecutorio quede afuera del yo. Pero también ocurre en los grupos humanos y en las sociedades con miopía psíquica, llenas de verdad y arrogancia, pretendiendo que la sombra y la culpa estén en el exterior, no sintiéndose responsables y más bien acusadores.

El trauma como centro de fijación, produce alteración de las fuerzas de conservación y crecimiento. Revivir fuentes de excitación que no se han elaborado precipita a repeticiones de experiencias en las que no se discrimina el espacio y el tiempo, están en presente, expresando manifestaciones donde el núcleo son las sensaciones difusas o las motoras como en los caracteriales, adictos y psicosomáticos. Este núcleo significante del trauma, colapsa el pensamiento, lo atrae en su viscosidad impidiendo el desarrollo.

La conciencia tiene como primer contenido a elaborar el afecto que es el significado de cualquier representación. La conciencia sensorial también es otro significado a contener y elaborar, mientras que permite el desarrollo de categorías cada vez más complejas formando significantes, excepto cuando son de órgano, difusas por los órganos sensoriales o cinéticas, pero también las melancólicas, ya que internamente las sombras de las ausentes vueltas informes, permanecen en el interior, llenas de malos presagios.

8.- Y después del confinamiento

La responsabilidad creo que también tenemos que relacionarla con la duda y el error, que el ser humano, dentro de la libertad condicionada por la represión de las normas sociales y las propias limitaciones personales, tomamos decisiones y transformamos el mundo, pero tiene consecuencias en nuestro entorno social y en nosotros mismos.

Como no funcionamos por instinto y gracias al intercambio social, continuamente creamos cultura que es simbólica, así como conocimiento, el error está implícito, el conocimiento siempre es provisional, y la acción depende de variables internas y externas. Con lo cual, después del confinamiento, falta saber si la nueva realidad distinta a la que conocimos, cómo será. Luego como será la nueva normalidad. Posteriormente vencido el coronavirus cual será la realidad social.

En el confinamiento vemos provisionalmente la importancia de cuidar y proteger (superyó edípico) a los servicios públicos, a las personas más vulnerables, a la naturaleza, a la sociedad, siendo más solidarios, y estamos dispuestos a compartir, a respetar…

Venimos de sociedades con un modelo de globalización, capitalista, líquidas, consumistas y materialistas, con personas cada vez más insolidarias, narcisistas, agresivas y superficiales. Claro está, no todos los grupos sociales, pero sí el modelo que nos ofrecen los medios de comunicación y la idealización del resultado inmediato, la fascinación del brillo de lo superficial y el éxito, la competitividad violenta, la intolerancia a la frustración y el placer sin trabajo y sin respeto al próximo, la adherencia al poder que promete sin tener en cuenta las consecuencias, la creencia en las mentiras y los bulos... Vemos algunos aspectos de esta irresponsabilidad aún en el confinamiento, y luego en el pos confinamiento. Y luego en la nueva normalidad. Y posteriormente sin el peligro del virus, la arrogancia continuará.

Las historias se repiten, las revoluciones son cíclicas. Por lo tanto, habrá más reflexión, solidaridad, cuidado por la naturaleza, responsabilidad previniendo que las acciones individuales y sociales tengan efecto sobre los otros, sobre el clima…. Y se traducirá en leyes, normas, reparto de beneficios… que ya ocurre y ocurrirá.

Estaremos más en la concordia, el respeto, el diálogo, la reflexión, en un superyó que cuida y protege más, desde ciertos grupos sociales. Pero falta que esa generalización llegue a espacios humanos más amplios para que haya un cambio real o volvamos las sociedades narcisistas anteriores. Tendrán que volver nuevos virus, cambios climáticos, catástrofes, hambrunas… la ignorancia del hombre tecnificado y posmoderno sorprende.

Pero los movimientos sociales son cíclicos como hemos dicho. Un ciclo se satura, se significa, y aunque será una sociedad más por la vida (pulsión de vida), pasaremos a procesos de una sociedad que ahora protesta, desgasta y finalmente hará una promesa capitalista de bienestar, lujo y placer, aunque se queden ciudadanos desprotegidos y abandonados (pulsión de muerte). Por lo tanto, cuando el virus siniestro esté ya controlado, regido por la vacuna, cuando desaparezca nuestra melancolía y volvamos a vernos sin mascarilla, ¿habrá otro cambio de ciclo?

Lo bueno como dijo Freud, las pulsiones siempre están, y para que no se desboque la pulsión de muerte, es bueno y le toca la responsabilidad a la pulsión de vida, al amor, que la ligue. En el ahora, sería que estos valores que nos ha dejado el confinamiento y el posconfinamiento, ganar a la muerte y continuemos solidarios y cuidando y protegiendo a nuestros semejantes y bienes. Con lo cual, tenemos la responsabilidad individual y social, con el diálogo, el trabajo y la acción, de crear esa cultura edípica exogámica y social, que el coronavirus nos ha hecho volver a revivir.

Para Bion podemos coger otro concepto que él lo redefine desde su modelo clínico. Es el sentido común que se dice que es el menos común de los sentidos. Sentido común tiene que ver con la reflexión y los mecanismos mentales de la parte no psicótica de la personalidad. Es poner en común los sentimientos, los sentires, las ideas, con lo cual se necesita el diálogo y el compartir, el hablar y el escuchar, hasta que se registra una manera nueva de relacionarnos hasta que cristaliza en una nueva cultura grupal y finalmente social, incluso con leyes y normas de convivencia.

Toda crisis implica un cambio y los cambios progresivos o regresivos, cristalizan, y si se hacen rígidos, no dejan volver a progresar. Nos habíamos creído que todo era posible, todo dependía de nuestras capacidades y competencias, una creencia en las posibilidades individuales, en la omnipotencia de los medios digitales, en anular el sufrimiento y en el cumplimiento de los deseos, sin necesidad de los demás, sin hablar y escuchar, si no es con el móvil y otros medios online, y sin tener referencia del que habla, su imagen, su intención, desde su escondite en los medios de comunicación que alimentan sus deseos inconscientes más inmorales en el sentido que buscan el engaño, la confusión y la perversión de los sistemas sociales.El problema es que poniendo en sentido común las ideas, se está poniendo en sentido común la imaginería, el sentir sobre todo afecto, volviendo a registros que nos ha hecho animales humanos, la palabra compartida.

Por eso ahora soy más optimista, en nuestro trabajo, porque creo que el psicoanálisis tiene "porvenir", así como la colaboración y la solidaridad, el diálogo, ante "el malestar" de la cultura narcisista.

La promesa científica, la inteligencia artificial, de un vivir de sujetos independientes y sin necesidades, con sus deseos cumplidos, sin enfermedades y una vida semieterna, nos aleja de la humanidad, aunque no tendría que ser así. El coronavirus nos ha devuelto a la fragilidad inicial, a la dependencia, nos ha hecho vulnerables y no nos sirve la promesa capitalista, que todo lo podemos tener con el esfuerzo individual, sin tener en cuenta al grupo.

Su presencia siniestra nos hace recapitular por el miedo, hacia los demás, a ser más complacientes con las necesidades más básicas, como es el amor, el contacto visto en la necesidad de los abrazos y los besos, sobre todo de abuelos y nietos, en el convivir, volver a nuestras rutinas, amigos, a compartir y ser más solidarios, el gran valor de esta alarma. Nuestra responsabilidad, la que nos toca, es que no decaiga.

Por eso se espera una vida más social, comprometida, de mutualidad, de valores más sociales y sentimientos más cercanos al otro, que hemos dicho de cuidado y protección y que podamos con los recursos técnicos, servirnos para el bien común. Al final con el cumplimiento de nuestros deseos, disfrutar de la vida, en compañía de nuestra tribu, que ahora se llama rebaño si es la sociedad, con el sistema inmunológico.

Las psicoterapias tienen un porvenir porque cuando más tecnificación, más necesidad se tiene de alimentar al humano que vive en el hombre moderno. En todo caso podemos esperar a otro virus o a otra catástrofe del cambio climático.

9.- Conclusión

En relación con el malestar de la población, en su gravedad, depende entre otros factores a los que hemos ido relatando. En la clínica, con los pacientes, podemos establecer ejes de desarrollo que van a interactuar entre sí:

- El par responsabilidad o irresponsabilidad como elementos mentales y que se ensartan con la evolución en términos de complejos preedípicos o edípicos.También el par responsabilidad individual o responsabilidad social o institucional y sus contrarios, y cómo se asumen o se evacúan en el otro.

- Ese mismo par que tiene un componente social o narcisista y en relación con el compromiso familiar, su tribu o toda la sociedad. No va a ser lo mismo el cuidado y la protección con uno mismo, o si se tiene al cuidado personas muy mayores, se trabaje en sanidad, o en un trabajo muy precario.

- El virus letal, sobre todo por los efectos dañinos en las personas en las UCIs, así como su desconocimiento y falta de recursos sanitarios para controlarlo agranda los miedos personales, y afecta a todos los otros parámetros ya que nos conecta con nuestros propios traumas y su gestión.

- Su siniestralidad que nos produce extrañeza en el confinamiento en los entornos familiares y posteriormente en el posconfinamiento, en lo que se llama nueva normalidad, y que es un afecto que puede alterar la organización mental.

- La facilidad que tengamos por los procesos de duelo al perder entornos cotidianos, así como el reencontrarnos ante lo desconocido como experiencia a investigar y asimilar.

- La capacidad de incorporarnos cuando no haya peligro al virus, a la nueva sociedad, y las dificultades que ya se observan respecto al contacto físico y los mensajes de la expresividad del rostro, las relaciones sexuales, las caricias como los besos, y los miedos a los contagios.

Por lo tanto, la experiencia puede ser de mayor crecimiento mental y desarrollo de valores, tanto a nivel individual o a nivel social, pero también de frustración, depresión y violencia. La mentalidad individual o grupal puede salir fortalecida y con acciones creativas, o puede empeorar malogrando anteriores progresos.

BIBLIOGRAFIA

SEGAL, H. (1965). Introducción a la obra de M. Klein. Paidós.

BION, W. (1967). Volviendo a pensar. Paidós.

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

BION, W. (1992). Cogitaciones. Promolibro.

BION, W. (1974). Experiencias en grupo. Paidós.

Zygmunt Bauman (s.f.). Wikipedia. https://es.wikipedia.org/wiki/Zygmunt_Bauman

FREUD, S. (1919). Lo ominoso. En Obras completas XVII: De !a historia de una neurosis infantil (el «Hombre de los Lobos») y otras obras (1917-1919). Amorrotu.

FREUD, S. (1915). Duelo y melancolía. En Obras completas XIV: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, trabajos sobre metapsicología, y otras obras (1914-1916). Amorrotu.

Vicente Pi Navarro
Psicoanalista de la APM,
Psicopedagogo y fundador de
la Clinica INDE.

Estres, ansiedad, angustia y miedo

Interacciones tempranas

Autor: Juan Larbán Vera

RESUMEN: Analizando desde una perspectiva psicoanalítica los conceptos y situaciones clínicas de estrés, ansiedad, angustia y miedo, mostrando sus similitudes, pero sobre todo sus diferencias, el autor de este artículo profundiza en su comprensión psicopatológica así como en el efecto patológico que producen sobre la interacción entorno cuidador-bebé (entorno cuidador familiar, profesional, institucional y social) con los riesgos que suponen para el desarrollo del bebé. Para facilitar dicha comprensión psicopatológica interactiva de riesgo autístico el autor toma como ejemplo lo que puede suceder en la interacción temprana madre-bebé en el caso de compartir un trastorno por estrés post traumático.

PALABRAS CLAVE: Estrés. Trastorno por estrés post traumático. Ansiedad. Angustia. Miedo. Miedo fóbico. Comprensión psicopatológica. Efectos sobre la interacción temprana. Perinatalidad.

INTRODUCCIÓN

Con frecuencia empleamos indistintamente estos conceptos cuando nos referimos a situaciones emocionales de sufrimiento físico y psíquico, tensión emocional y muscular, malestar generalizado y difuso, agitación, nerviosismo, bloqueo emocional, miedo, pánico……etc. Frecuentemente, el estrés se utiliza como sinónimo de ansiedad, miedo y angustia, aunque en realidad son conceptos diferentes.

Hoy en día, la psicología llamada "científica" se ocupa del abordaje de la ansiedad, mientras que las corrientes psicoanalíticas y humanistas usan con preferencia el término de angustia. A lo largo de la historia se ha mantenido que en la angustia predominan los síntomas físicos, mientras que en la ansiedad imperan los psicológicos, de manera que la primera tiene un efecto paralizante sobre el individuo, mientras que en la segunda se activa la reacción motora de sobresalto. No obstante, en la actualidad cuando se habla de ansiedad se alude tanto a síntomas físicos como psicológicos. La distinción más compleja en la actualidad es entre los términos de ansiedad y estrés por el gran solapamiento entre uno y otro; quizás la corriente que mejor diferenciación ha realizado de los mismos es la psicofisiología, por considerar la importancia de los procesos fisiológicos en el estrés frente a los sentimientos subjetivos implicados en el estado de ansiedad.

El estrés es claramente diferenciable de los conceptos de ansiedad y angustia al considerarlo como un resultado de la incapacidad del individuo frente a las demandas del ambiente, mientras que la ansiedad se consideraría como una reacción emocional ante una amenaza manifestada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional; por último, la angustia tiene que ver con una sensación de amenaza que afecta a la existencia del individuo, a sus valores morales y a su integridad tanto física como psicológica (Sierra, J. C.; Ortega, V.; Zubeidat, I. 2003).

Tanto en el caso del estrés como de la ansiedad, angustia y miedo se trataría de situaciones emocionales que suelen ser una reacción humana ante vivencias de desbordamiento y/o parálisis ante un flujo de estímulos, internos y/o externos que ante la imposibilidad de gestionarlos, procesarlos e integrarlos adecuadamente pueden derivar en trastornos psicopatológicos y psicosomáticos. Situaciones clínicas que en el contexto de las interacciones del bebé y niño pequeño con su entorno cuidador evidencian la importancia de un diagnóstico psicopatológico acertado para poner en marcha una intervención terapéutica adecuada. De esta manera podríamos evitar la interacción circular repetitiva, no reparadora y cronificante del trastorno, permitiendo el acceso del niño y su entorno cuidador a una espiral interactiva facilitadora del sano desarrollo de los miembros de dicha interacción.

ESTRÉS

El estrés, (del inglés, "stress"), "fatiga", es una reacción fisiológica del organismo en la que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia ya que nos mantiene en alerta y preparados para la huida o el ataque. A pesar de que un cierto nivel de estrés o de ansiedad es necesario para mantener viva la atención y para la acción, hoy día se confunde frecuentemente con algo patológico, confusión que se debe a que ese mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias que abundan en determinadas formas de vida, desencadenando graves problemas de salud.

Las definiciones de estrés dan cuenta de un estado de desarmonía, de una situación de homeostasis amenazada, de una respuesta del organismo frente a la amenaza o a la presencia de situaciones no esperadas, no programadas, o no aprendidas con anterioridad. Algo irrumpe en la homeostasis propia del organismo.

La mayoría de los autores coinciden en señalar que existen acontecimientos vitales estresantes, refiriéndose a aquellos sucesos a los que se les adjudica potencialmente un efecto traumático.

Estos sucesos vitales, en este caso llamados "estresores" comprenden una amplia variedad de situaciones, a saber: accidentes, internaciones, migración, pérdidas, separaciones, mudanzas, paternidad, maternidad, situaciones de riesgo perinatal, enfermedad psíquica de los padres, nacimiento de hermanos, conflictos familiares, enfermedad crónica del niño u otro integrante del grupo familiar, muerte de familiares, pérdida de trabajo, pobreza, discapacidad, etc...

Sin embargo, la casuística hace hincapié fundamentalmente en aquellos sucesos negativos, indeseables, incontrolables, imprevisibles o duraderos, como capaces de causar reacciones de estrés.

La mayoría de los científicos se refieren al estrés en aquella situación donde el eje hipotálamo - pituitario - adrenocortical, representado por un nivel elevado de ACTH, es activado.

Otros sugieren que la activación de otros sistemas con o sin elevación del ACTH puede reflejar una homeostasis alterada.

Hans Selye desarrolla su teoría del estrés como la respuesta no específica del cuerpo a distintas demandas, enfatizando que dicha tríada patológica, ("stress syndrome"), puede resultar de la exposición a distintos estresores. ("Estrés: Un estudio sobre la ansiedad".1950).

Además, Selye introduce la expresión "Síndrome General de Adaptación" que como cualquier síndrome está constituido por un conjunto de síntomas y signos, que transcurre en tres fases sucesivas: 1- Alarma, cuando detectamos el estímulo amenazante tanto si es interno como externo. 2- Resistencia o adaptación, cuando tomamos medidas defensivas frente al elemento estresante. 3- Agotamiento, cuando comienzan a agotarse las defensas de nuestro organismo.

El efecto que tiene la respuesta estrés en el organismo ante los elementos estresantes es profundo: Se produce un predominio del funcionamiento del sistema nervioso simpático con reacciones como vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, etc. con liberación de hormonas de las glándulas suprarrenales como la adrenalina y noradrenalina, el cortisol, y también, aumento en sangre de la glucosa, factores de coagulación, aminoácidos libres y factores inmunológicos. Todo ello se produce en nuestro organismo para aumentar las probabilidades de supervivencia frente a una amenaza a corto plazo, no para ser mantenidos indefinidamente que es cuando el estrés puede derivar en patología.

Hay autores que señalan la importancia de la especificidad de las respuestas a los estresores, describiendo a estas como presiones selectivas del entorno físico o social que amenazan o desafían al organismo y lo obligan a una respuesta compensatoria.

Otros autores definen el estrés como un estado de desarmonía o de amenaza a la homeostasis que genera respuestas adaptativas específicas para el estresor o bien respondiendo como un síndrome de estrés no específico cuando dicha amenaza supera un cierto umbral.

Es interesante en este punto señalar que la especificidad estaría asociada a una menor intensidad o potencia del estresor permitiendo respuestas adaptativas "útiles".

En resumen, el estrés supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia. El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo.

Tener estrés es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control de las mismas, tener problemas conyugales, etc.

El origen del término estrés se encuentra en el vocablo "distres", que significa en inglés antiguo "pena o aflicción"; con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba. El vocablo ya era usado en física por Selye, aludiendo a la fuerza que actúa sobre un objeto, produciendo la destrucción de este al superar una determinada magnitud; para este autor, el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona; éste no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones.

En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en que medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas. (Lazarus R. & Folkman S. 1984).

Cuando imaginamos cómo puede ser un hecho estresante, la primera asociación que establecemos es negativa, es decir, resulta más común pensar en algo que cause daño, en la muerte reciente de algún ser querido, en la pérdida de trabajo, en la enfermedad, en una mala experiencia. No obstante, una situación o hecho positivo igualmente causa estrés como, por ejemplo, el cambiar de casa o lugar de residencia, el ascender en el trabajo y tener más responsabilidades, enamorarse, o ser padres situaciones que pueden llegar a provocar el mismo estrés que cuando un individuo rompe una larga relación de valor afectivo para él.

Bajo esta perspectiva, los autores barajan diversos datos, unos se relacionan más con la rama de la fisiología y otros, en cambio, con la psicología, siendo esta última la que engloba un mayor número de manifestaciones en el sujeto, dado que los individuos responden a cualquier demanda del entorno, incluyendo las de naturaleza psicosocial.

Si el sentimiento de carácter negativo aparece de forma constante en el sujeto y no es tratado adecuadamente, puede conducir a un bajo rendimiento en la vida cotidiana, debilitando la salud.

La vivencia del estrés como positivo o negativo va a depender de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas. Según esto, el ser humano se enfrenta continuamente a las modificaciones que va sufriendo el ambiente, percibiendo y reinterpretando las mismas con objeto de poner en marcha conductas en función de dicha interpretación. Hay ocasiones en las que la demanda del ambiente es excesiva para el individuo, por lo que su repertorio conductual para hacer frente a la situación generadora de estrés es insuficiente, al igual que cuando se enfrenta a una situación nueva para él (Looker, T.; Gregson, O. 1997).

Como hemos visto anteriormente, los orígenes del estrés se remontan a la física, aunque con el transcurso del tiempo éste ha sido abordado desde un modelo bio-psico-social integrador en el que el enfoque psicológico aportó definiciones del estrés como estímulo, como respuesta y/o como interacción entre ambos.

Casi todas las personas han oído hablar del estrés, pues es éste un término que utilizan por igual profesionales de la salud y profanos en la materia. En general, cuando los individuos hablan de él se refieren a la tensión que se experimenta en la sociedad actual. La psicología, la psicopatología y la medicina psicosomática han empleado el término de estrés, en ocasiones, con excesiva libertad y falta de rigor científico.

Trastorno por Estrés Post Traumático

Trastorno por Estrés Post Traumático o TEPT es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra un daño físico-psíquico. Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico-psíquico, o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal, que las defensas mentales de la persona no pueden asimilarlo. En algunos casos, puede darse debido a un profundo trauma psicológico o emocional (incluido el "a posteriori" traumático) y no necesariamente a algún daño físico; aunque generalmente involucra ambos factores combinados.

Las investigaciones neurobiológicas y neurofisiológicas que se están desarrollando en la última década muestran la influencia e importancia del estado emocional de la madre durante el embarazo y su repercusión sobre el desarrollo de su bebé, incluso intra-útero. Los estados de ansiedad y estrés crónicos, es decir, duraderos, y el trastorno por estrés post-traumático perinatal vividos por la madre sin la ayuda adecuada, no solamente les afectan a ella y a su bebé psíquicamente, sino también físicamente. Los altos niveles de cortisol (llamada la hormona del estrés) que superan el filtro placentario y le llegan al feto, lo colocan en una situación de riesgo para su adecuada evolución, tanto en el plano de la maduración orgánica como de su desarrollo psíquico.

El efecto que tiene la respuesta al estrés en el organismo ante los elementos estresantes es profundo: Se produce un predominio del funcionamiento del sistema nervioso simpático, (activador) a costa del sistema nervioso parasimpático, (frenador) con reacciones como vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, etc. con liberación de hormonas de las glándulas suprarrenales como la adrenalina y noradrenalina, el cortisol, y también, aumento en sangre de la glucosa, factores de coagulación, aminoácidos libres y factores inmunológicos, preparando así nuestro organismo para el ataque o para la huida. En el primer trimestre, la estructuración y desarrollo cerebral del embrión puede verse afectada ya que es en este periodo del embarazo que se produce el desarrollo y diferenciación de las células madre cerebrales, así como su migración y ubicación definitiva. También se ha podido establecer una relación entre las dificultades de regulación de la ansiedad, las dificultades de aprendizaje y los trastornos conductuales presentes en el niño, con los altos niveles de cortisol presentes en el feto durante las últimas semanas de vida intra-uterina. No olvidemos que lo que hoy día llamamos trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, TDAH o TDA, tiene que ver con un problema de autorregulación y de regulación del nivel de ansiedad en el niño, en su entorno y en la interacción entre ambos.

Hay síntomas, que presentes en la madre que sufre este tipo de trastorno pueden tener un efecto de refuerzo de los mecanismos de defensa que el bebé utiliza para evitar que le afecte el sufrimiento vivido en la interacción con la madre. Los síntomas presentes en la madre que me parece pueden potenciar las defensas de evitación de la interacción madre-bebé por parte de este último serían:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva.

7. Sensación de un futuro desolador, pesimismo.

Frecuentemente estos síntomas, que entre otros, se presentan como consecuencia de un TEPT, se enmarcan dentro de síndromes clínicos tales como los trastornos ansiosos, crisis de pánico, trastornos depresivos, fóbicos y obsesivos.

Cuando esta situación evoluciona sin el tratamiento adecuado que en este caso sería proporcionar la ayuda y el apoyo emocional y psicológico que la madre necesita para procesar e integrar la experiencia traumática vivida, se crea entonces un espacio-tiempo de desencuentros interactivos iniciales más o menos durables entre la madre y su bebé. Se va generando progresivamente un sufrimiento intenso vivido por la madre, un dolor psíquico imposible de ser elaborado, contenido, asimilado e integrado, que puede ser transmitido sin quererlo a su hijo y éste absorberlo, "mamarlo", con el consiguiente efecto traumatógeno que esto tiene para él.

El bebé, hipersensible, se ve así abocado, "obligado" a protegerse y defenderse del efecto desorganizador, del intenso malestar y sufrimiento psíquico que la situación interactiva de sufrimiento compartido con la madre genera en él. Los mecanismos de defensa que el bebé puede poner en marcha en tal situación son muy limitados y primitivos dada su situación de inmadurez neurobiológica al nacimiento (neotenia) y su completa dependencia del entorno, siendo sobre todo los mecanismos de evitación del sufrimiento

o dolor emocional que la situación interactiva con el entorno le genera, los que más fácilmente puede utilizar.

El sufrimiento psíquico o dolor emocional del niño pequeño está muy bien expresado y mostrado en un excelente libro sobre el sufrimiento psíquico del bebé. Reúne una serie de textos fruto de una colaboración interdisciplinar entre destacados profesionales de la pediatría, psiquiatría infantil, psicoanálisis, ginecólogos y obstetras, médicos generalistas, neurocientíficos, psicólogos clínicos infantiles, neonatólogos, neuropediatras etc., compilados bajo la dirección de Pierre Delion, (Delion, P. 2002).

La detección perinatal de los factores de riesgo de origen traumático en la interacción madre-bebé, así como las posibles tempranas desviaciones del desarrollo del bebé hacia la psicopatología permiten, con un diagnóstico y tratamiento adecuados hacer una labor de prevención primaria y secundaria, con la consiguiente evitación de la aparición del trastorno y de su instalación en el psiquismo temprano del bebé, tanto si el trastorno es de tipo psicosomático como autístico.

El poder hacer un trabajo psicoterapéutico basado en la interacción padres-bebé, y en especial, madre-bebé, en un momento en que las defensas de la madre erigidas frente al sufrimiento ocasionado por la experiencia traumática vivida son todavía susceptibles de movilización y su motivación para pedir y recibir ayuda es máxima, la creación de una alianza terapéutica basada en la identificación empática parcial, transitoria, y recíproca, suele conseguirse con relativa facilidad.

En este caso, el desarrollo de la alianza terapéutica adquiere las características de solidez y estabilidad que otras situaciones menos críticas que esta no permiten debido al estado de ambivalencia afectiva que vive quien pide ayuda. Por otra parte, los recuerdos están vivos en la persona de la madre, la reactivación de su sufrimiento y el reconocimiento del posible sufrimiento de su bebé, están a flor de piel. La posibilidad de cambiar el estilo interactivo entre la madre, los padres y su bebé, deteniendo y modificando la situación de sufrimiento de la madre, de los padres y su hijo, así como el curso evolutivo patógeno en el que estaban inmersos es muy grande en un contexto como el que describimos.

El esfuerzo terapéutico es mínimo, su eficacia y rendimiento máximos. Su coste a todos los niveles es también mínimo. ¿A qué esperamos para implantar y desarrollar estos métodos de intervención precoz, de tanto éxito terapéutico y de tan bajo coste?

Veamos ahora el testimonio de una madre que llamaremos Daniela, residente en Montevideo, politraumatizada psicológicamente y emocionalmente durante el proceso del parto y lactancia, con nefastas consecuencias para la interacción con su hijo y la salud mental de este último. Fue atendida por teléfono y correo electrónico durante varios meses por Pascual Palau y por mí, con resultados muy satisfactorios, desde que su bebé que llamaremos Guillermo, tenía 2 meses y medio.

TESTIMONIO DE LA MADRE DE UN BEBÉ DE DOS MESES Y MEDIO CON INICIO DE FUNCIONAMIENTO AUTISTA

"Tengo un bebé que actualmente tiene 4 meses y 10 días. Mi hijo nació de un embarazo que se desarrolló con normalidad hasta último momento, pero en una ecografía de control que me realizaron a las 37 semanas de gestación se me informó que el bebé era demasiado pequeño para la edad gestacional, debido a un deficiente pasaje de sangre a través del cordón umbilical. Por ese motivo quedé internada y se me realizó, sin preparación alguna, una cesárea de urgencia.

El bebé nació con un peso de 2 kilos 160 gramos y tuvo que permanecer unos días en cuidados intermedios dado que estaba con hipoglucemia y no regulaba bien la temperatura. Yo no podía ir a verlo porque estaba muy dolorida por la operación. A las diez horas de nacido el bebé me pude levantar y con mucho esfuerzo ir a la sala donde estaba para conocerlo. Allí estaba mi bebé en una cuna, conectado a un suero y a un monitor y no había nadie que me explicara lo que le pasaba a mi hijo. Al otro día volví a ir y esta vez me explicaron que el bebé no se alimentaba correctamente. Por este motivo comenzaron a alimentarlo por sonda.

A los cinco días, cuando comenzó a alimentarse un poco con biberón lo llevaron a mi habitación, pero el bebé seguía rechazando la alimentación y cuando consultábamos con alguna enfermera nos decía que le insistiéramos con el biberón y el pecho, cosa que hacíamos sin lograr que se alimentara bien.

Toda esta situación generó tanto en mi esposo como en mi mucha tensión y frustración. Estando ya en casa empecé a notar comportamientos extraños en el niño. No nos miraba a la cara ni al padre ni a mí, no sonreía, lloraba muchísimo y estaba siempre alterado y nervioso. Al observar estos comportamientos intenté obtener información de qué podía estar pasándole.

Los pediatras con los que consultaba no me prestaban demasiada atención y atribuían mi preocupación a la ansiedad de una madre primeriza. Fue entonces que busqué en Internet información sobre a qué podrían responder esos síntomas, y encontré un artículo de un profesional español de la psiquiatría y psicoterapia infante-juvenil donde explicaba que esos podían ser síntomas tempranos de autismo. Esto me asustó muchísimo y decidí ponerme en contacto con dicho profesional para solicitarle que me ayudara con mi bebé, ya que en ese artículo él explicaba que actuando a tiempo podría evitarse que el comportamiento autista se instalara en el niño.Así fue como a través del profesional anteriormente mencionado me pude poner en contacto con un colega suyo, psicólogo clínico, psicoterapeuta y psicosomatólogo infantil que me explicó que el comportamiento de mi hijo se debía a que había estado absorbiendo todo el dolor emocional que yo le transmitía, debido al mal manejo de la situación que sufrimos en el centro de salud donde nació el bebé. Fue entonces que me pude enterar que el problema para alimentarse que tenía el niño al nacer era completamente normal en bebés que nacen con poco peso y que al cabo de unos días cedía cosa que nadie nos explicó en el dicho centro, sino por el contrario, se nos insistía con que era anormal que no lo hiciera.

El haberlo forzado a alimentarse fue otro error que contribuyó a que el bebé se encerrara evitando establecer lazos y se expresara con llanto y nerviosismo. A través de las distintas instancias en que estos dos profesionales me fueron guiando, yo pude comprender que mi ansiedad había afectado al bebé y con su ayuda pude ir cambiando mi comportamiento de manera que pude estar más tranquila. Entonces, la conducta del niño fue gradualmente cambiando.

Comenzó a mirarnos a los ojos al papá y a mí, comenzó a sonreír cada vez más frecuentemente y a estar más tranquilo y dormir mejor. Gracias a esta intervención temprana, el niño fue abandonando los mecanismos de defensa que había instalado para protegerse de la tensión que se le transmitía, y poco a poco fue adoptando los comportamientos típicos de un bebé normal.

Hoy por hoy mi bebé es un niño alegre, y tanto su papá como yo nos sentimos realmente felices de que haya recibido la ayuda que necesitaba para salir de la situación en que estaba inmerso, y que pueda crecer y desarrollarse como un niño normal. Antes de pasar por esta experiencia no tenía idea de lo mucho que puede afectar a un bebé el estado de ánimo de sus padres y de lo importante que es estar alerta a los signos que muestra el niño para poder actuar a tiempo. En nuestro caso, realmente fue increíble el cambio que tuvo nuestro hijo una vez que recibimos el asesoramiento profesional adecuado". DANIELA.

Comentario: En este relato que es su testimonio, Daniela nos muestra la importancia de los acontecimientos traumáticos perinatales, que vividos en situación de desamparo y no pudiendo ser elaborados ni asimilados por la madre, representan una situación de riesgo para el desarrollo de una interacción patógena, en este caso de tipo defensivo-autístico, entre una madre y su bebé. En el caso de Daniela y su hijo, han jugado un importante papel traumático para la madre y traumatógeno para su bebé, la cesárea de urgencia sin preparación alguna, la estancia de su hijo en cuidados intermedios, y sobre todo la forma en que se produce el primer encuentro con su hijo, así como los consejos erróneos dados por el personal sanitario a la madre en cuanto a las condiciones de amamantamiento de su bebé.

Hay que señalar un dato significativo que Daniela no comenta en su testimonio y que tiene un efecto traumático para ella, así como traumatógeno para su hijo, contribuyendo además a aumentar y agravar el sufrimiento de ambos así como el desarrollo patológico de la interacción madre-bebé. Se trata del hecho de que la madre, tras su estancia en la clínica maternal y al regresar a su casa, decide no salir de casa, es decir, encerrarse en ella, -como si de una condena se tratase-, para así, "cuidarse mejor de su hijo", permaneciendo durante 20 días en esta situación de aislamiento que abandona al constatar el empeoramiento tanto de la relación con su hijo como de sus síntomas de inicio de funcionamiento defensivo-autístico.

Podemos imaginar sin mucha dificultad, gracias al testimonio contenido de esta madre, cómo este encadenamiento de situaciones traumáticas, (en el sentido del micro-traumatismo acumulativo y repetitivo de Masud Khan) ha llevado a Daniela a compartir sin saberlo y sin quererlo, un sufrimiento psíquico intolerable con su hijo. Podemos ver, a través

de lo que nos cuenta, cómo la situación interactiva con su hijo se hace más difícil y frustrante cada día. Podemos sentir su vivencia de desamparo ante las situaciones vividas en la maternidad y la respuesta de los pediatras a los que pide ayuda. Podemos comprender la evitación y rechazo interactivo hacia la madre que se ve forzado a desarrollar su hijo, para evitar ese sufrimiento compartido que él tampoco puede soportar. Podemos seguir, paso a paso, la evolución y el cambio que se produce en el bebé al cambiar la actitud de su madre en la interacción con él.

Podemos intuir lo importante que fue el apoyo, la comprensión e identificación empática de los profesionales que la ayudaron para que Daniela a su vez, pudiese comprender empáticamente a su bebé, apoyándolo emocionalmente sin sentirse rechazada por él, así como para la incorporación progresiva del padre en la interacción con su hijo.

Vemos de forma sorprendente cómo un bebé de tan corta edad, (dos meses al inicio de la intervención psicoterapéutica), puede, al ser ayudado adecuadamente, cambiar su posible destino patológico e incluirse, a través de un desarrollo sano y normalizado, en un futuro "porvenir" mucho mejor.

ANSIEDAD

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín "anxietas", refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro. Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie. Hay autores que indican que la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo.

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante; además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia.

Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional.

Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, emocional, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación.

Todas las teorías están de acuerdo en que la ansiedad consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y desde el punto de vista fenomenológico, pluridimensional En definitiva, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario; ésta se caracteriza por la tensión emocional y corporal, inquietud, y una vivencia de desamparo. El individuo ansioso anticipa una desgracia, dando como resultado ciertas manifestaciones clínicas particulares, como sudoración, tensión muscular, quejidos, pulso acelerado, respiración entrecortada, indigestión, diarrea, disfunción sexual, entre otras.

ANGUSTIA

Etimológicamente, el concepto de angustia procede del término alemán "angst" y de la palabra germana "eng". Ambos terminan por acercar los campos semánticos de uno y otro idioma; por lo tanto, dicho concepto hace referencia a algo angosto o estrecho, es decir, a malestar y apuro.

Mientras la influencia latina hablaba de "angor", con el influjo de la psiquiatría francesa se llegó al término de "angoisse", consistente en una sensación de constricción epigástrica, dificultades respiratorias e inquietud.

La reacción del individuo ante la angustia es de paralización, donde predominan los síntomas físicos; además, el grado de nitidez de captación del fenómeno se encuentra atenuado. (López-Ibor J. J. 1969).

La angustia es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano, tiene un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo. Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, la capacidad de dirigir sus actos. En ella participan factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, por lo que conlleva inevitablemente un abordaje integral desde todos los campos mencionados (Ayuso J. L. 1988).

La angustia es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión de peligro. Suele estar acompañada por intenso malestar psicológico y por alteraciones funcionales orgánicas provocadas por la activación del sistema neurovegetativo; reacciones tales como la elevación del ritmo cardiaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire. En el sentido y uso vulgares, se la considera equivalente a la ansiedad extrema o al miedo. Sin embargo, por ser un estado afectivo de índole tan particular, ha sido tema de estudio de una disciplina como la psicología, y especialmente del psicoanálisis, que ha realizado los principales aportes para su conocimiento y lo ha erigido como uno de sus conceptos fundamentales.

Como todos los conceptos freudianos, el de angustia fue construido por Freud poco a poco, articulándose a la vez con los demás conocimientos que integraban la teoría psicoanalítica en pleno desarrollo, y creciendo a la luz de los nuevos descubrimientos que Freud realizaba en su práctica clínica. Lo que la hace tan particular y digna de investigación dirá Freud es, en parte, que aparece refiriéndose a algo indeterminado, es decir, sin objeto.

En su primera teoría de la angustia, correspondiente a la primera tópica con el desarrollo de la elaboración de lo inconsciente, preconsciente y consciente, Freud concluye que la angustia es una transformación de la libido no ligada: es decir, que ha obrado la represión sobre el deseo inconsciente, y el monto de energía psíquica o libido ligada a esa representación reprimida, que necesariamente debe ser descargado, pasa a la conciencia como angustia. (Freud S. 1905-1917)

Aquello a lo cual se tiene miedo es, evidentemente, la propia libido. La diferencia con la situación de la angustia realista reside en dos puntos: que el peligro es interno en vez de externo, y que no se discierne conscientemente. (Freud S, 1933).

En su segunda teoría sobre la angustia, cuando la segunda tópica, (Yo, Ello y Superyó) estaba ya bastante avanzada, atribuye al Yo el ser la única instancia que puede producirla y sentirla. (Freud S, 1926).

Presenta entonces tres variedades de angustia que se corresponden con cada una de las servidumbres a las que está sometido el Yo: la angustia realista, que corresponde a los peligros del mundo exterior; la angustia neurótica, que es sentida por el Yo a causa de la tensión con el Ello donde imperan las pulsiones que solo buscan satisfacción y descarga sin tener en cuenta la realidad; y la angustia social o de la conciencia moral, en la que el Superyó, receptor de las identificaciones parentales y roles similares de la cultura, arroja su crítica sobre un yo que quiere alcanzar el ideal. A diferencia de lo dicho en su primera teoría de la angustia, ahora, con sus nuevos descubrimientos considera que "La angustia es la causante de la represión y no, como antes habíamos dicho que la represión cause la angustia, o sea que la represión transforme el impulso instintivo en angustia."

Freud, además, al diferenciar la angustia del duelo y del dolor, con sus particulares sensaciones e innervaciones orgánicas, propone como modelo de la angustia la situación del nacimiento cuyo grado de excitación displacentera es para el pequeño humano imposible de manejar, y que se convertirá en el futuro en la reacción a reproducir ante la percepción de un peligro como adecuada al fin, si se limita a una señal, o inadecuada, si paraliza. Esta es una situación

de peligro objetiva, pero no se le puede adjudicar al recién nacido ningún conocimiento de ella, no tiene contenido psíquico.

La pregunta es entonces cómo puede repetir esta angustia y recordar esa situación que le permite identificar una situación de peligro.

Para responder a ello se remite Freud a las primeras exteriorizaciones de angustia en los niños: soledad, oscuridad y persona ajena en el lugar de la madre. Todas se refieren a la angustia de separación y reconducen a la pérdida de objeto: en efecto la analogía con la angustia de castración se impone, pues representa una separación de un objeto estimado en grado sumo (pérdida del amor paterno), y la misma situación de nacimiento, la angustia más originaria, es por una separación de la madre. Freud va más allá: cuando un niño añora a la madre, dice, es porque sabe que ella satisface sus necesidades sin dilación; quiere resguardarse del aumento de la tensión de necesidad, de la insatisfacción; esta es la situación de peligro, pues ante ella es impotente para su descarga. Impotente como lo fue en el momento del nacimiento; se ha repetido entonces la situación de peligro. Se trata de un aumento enorme de una energía no asimilable. Así sobreviene la reacción de angustia, y esto es todo lo que necesita retener el lactante para identificar el peligro y reproducir la reacción adecuada al fin, que acarrea el llanto y los movimientos. El contenido del peligro se desplaza de esta situación económica a su condición: la pérdida del objeto, pues es este objeto el que puede poner término al peligro. La ausencia de la madre genera angustia, porque luego podría devenir un peligro mayor, el verdadero. Es en este momento que la angustia deviene producción deliberada como señal de peligro.

La siguiente transformación de la angustia se da en la fase fálico-edípica, y sigue los pasos de la pérdida de objeto: es la angustia de castración, la separación de los deseos "genitales" que mantienen la posibilidad de reunión con la madre (vuelve otra vez la representación de la separación de la madre). El contenido de las situaciones de peligro se irá transformando a lo largo del desarrollo libidinal y desembocará en la angustia social. En el caso de las neurosis, Freud sostiene que la angustia siempre se reconduce a una angustia de castración, y según sea el monto de angustia exteriorizada se habla de una represión mejor o peor lograda.

En la segunda teoría sobre la angustia vemos que Freud pone el énfasis en la necesidad de un peligro externo, pues ahora es evidente que un peligro interno no puede evocar el arquetipo de la angustia: ese peligro externo que el niño temió y que perduró en el inconsciente adulto es la castración. Pero lo que es más importante (que descubre por el análisis de fobias infantiles y por la diferenciación entre angustia señal y desarrollo de angustia), la angustia no es el resultado de la represión, sino su condición: es el Yo, el único capaz de generar y sentir angustia, el que se defiende de los peligros (que ahora sabemos, objetivos y externos) del Ello y del Superyó, como lo hace del mundo exterior, es decir generando una señal de angustia que pone en marcha el mecanismo del principio del placer (que busca evitar un displacer mayor que sobrevendría con el desarrollo completo de la angustia) y activa así el mecanismo de represión que pone al Yo a salvo de la pulsión, cuya satisfacción acarrearía la consecuencia temida o la consumación de la situación de peligro.

A menudo, se percibe la angustia como instinto de protección, siendo ella misma la que provoca una perturbación en el individuo.

La angustia puede ser adaptativa o no, dependiendo de la magnitud con la que se presenta y del tipo de respuesta que se emita en ese momento; su derivación hacia la patología tiene que ver con la proporción, intensidad y duración de las alteraciones que produce.

La angustia normal no implica una reducción de la libertad del ser humano, mientras que la patológica refleja una reacción desproporcionada respecto a la situación que se presenta, siendo más corporal, primaria, profunda y recurrente; este tipo de angustia es estereotipada, anacrónica (revive continuamente el pasado) y fantasmagórica (imagina un conflicto tal vez inexistente) (Ayuso J. L. 1988).

La angustia de carácter patológico genera trastornos como pueden ser las propias crisis de angustia. Puede darse el caso de que dichas crisis afloren de forma secundaria o simplemente que las acompañen otros trastornos como la neurosis obsesiva, la depresión o la psicosis. El sujeto no se ve capaz de iniciar una acción que alivie el sentimiento que está provocando esa angustia; ese estado de indefensión es el que le impide ser libre. Como consecuencia, esto conlleva un grave y marcado deterioro del funcionamiento fisiológico, psicológico y social del individuo. En esta línea, es la medicina psicosomática la que se encarga de estudiar el impacto que provocan determinadas situaciones nocivas y amenazantes en el propio sujeto y que, muy probablemente, le pueden llevar a desarrollar enfermedades físicas de gravedad.

Los animales responden fisiológicamente con claros signos de miedo ante aquellas situaciones que se perciben como amenazantes o aquellas situaciones donde hay un peligro latente para ellos; sin embargo, el hombre tiene la capacidad de anticipar esa amenaza, siendo ésta la base de la angustia. Tanto en el caso del miedo como en el caso de la angustia nos enfrentamos a una amenaza que no se distingue desde el punto de vista fisiológico y subjetivo. Sin embargo, la angustia es carente de objeto, con sentimientos inmotivados y una respuesta anticipatoria (Ayuso J. L. 1988).

Resumiendo; la angustia se conceptualiza como una emoción compleja, difusa y displacentera, presentando una serie de síntomas físicos que inmovilizan al individuo, limitando su capacidad de reacción y su voluntariedad de actuación; para que ocurra ésta, es necesaria la interacción entre distintos factores de tipo biológico, psicológico y social.

MIEDO

Según el diccionario de la lengua española, (Real Academia Española), Vigésima segunda edición, miedo proviene del latín,"metus". Lo define como "perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño, real o imaginario". Y también, como "recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea".

El miedo es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento, habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente o futuro. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta tanto en los animales como en el ser humano.

Desde el punto de vista biológico, el miedo es un esquema adaptativo, y constituye un mecanismo de supervivencia y de defensa, surgido para permitir al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia. En ese sentido, es normal y beneficioso para el individuo y para su especie.

Desde el punto de vista neurológico es una forma común de organización del cerebro primario de los seres vivos, y esencialmente consiste en la activación de la amígdala, situada en el lóbulo temporal.

Desde el punto de vista psicológico, es un estado afectivo, emocional, necesario para la correcta adaptación del organismo al medio, que provoca angustia en la persona.

Desde el punto de vista social y cultural, el miedo puede formar parte del carácter de la persona o de la organización social. Se puede por tanto aprender a temer objetos o contextos, y también se puede aprender a no temerlos; se relaciona de manera compleja con otros sentimientos (miedo al miedo, miedo al amor, miedo a la muerte, miedo al ridículo, al fracaso, miedo a perder la salud, el control de sus impulsos o la razón) y guarda estrecha relación con los distintos elementos de la cultura.

Se utiliza el término de miedo como una reacción normal ante un estímulo amenazante o ante una situación de peligro claramente identificable en el ambiente; por lo tanto, es reconocible la causa del sentimiento, es decir, tiene una explicación racional, e incluso existe la posibilidad de la presencia de un fracaso real para el sujeto, como puede ser la realización de una prueba de evaluación.

MIEDO DE NATURALEZA FÓBICA

El miedo de naturaleza fóbica, (fobia, del griego "Fobos" que significa pánico) es más irracional y desproporcionado. Hay objeto temido a evitar pero a diferencia del miedo normal, en las fobias, lo temido lo es más por lo que representa para el sujeto que por lo que es en realidad. Una cucaracha, como objeto real no tiene ninguna razón de ser temida. Sin embargo, si esa cucaracha es objeto fóbico para alguien, se convierte para él, por lo que puede representar para él, en el más temido de los objetos. El sujeto, ante el objeto fóbico puede experimentar profundo malestar y sufrimiento, sentimientos de desamparo, indefensión, impotencia, desesperación, y pánico que lo pueden llevar a tener la sensación de enfermar, de morirse, de perder el control de sus impulsos y/o de perder la razón. Estos serían los miedos básicos del ser humano.

Durante la situación de confrontación con el objeto fóbico temido, el sujeto experimenta una situación vital de desequilibrio psicosomático, con una reacción de estrés traumático, con fuerte estado de ansiedad que puede llegar al estado de pánico y/o angustia constrictora y paralizante.

El miedo de tipo fóbico como vemos procede de la confrontación del sujeto que lo padece con un objeto temido que tiene los atributos proyectados sobre él,

de algo inconsciente reprimido por parte del sujeto que lo teme. A su vez, lo que es proyectado sobre el objeto, a través de mecanismos como la condensación y el desplazamiento, se convierte en algo simbólico, (objeto de temor por lo que representa más que por lo que es), irreconocible para el sujeto, ya que se condensan en el objeto cualidades o aspectos propios del sujeto que no le pertenecen al objeto (condensación) y que por ser desplazadas a diferentes objetos a través del tiempo no permiten reconocer el objeto primario del temor. Por eso el miedo fóbico se vive sin que el sujeto sepa porqué el objeto fóbico es temido por él ya que para él es irreconocible porque está disfrazado como ocurre con los sueños y también, porque son temores proyectados del sujeto al objeto que tienen que ver con situaciones deseadas y/o temidas del pasado más que del presente.

Digo deseo y/o temor del pasado porque en el ser humano lo deseado va junto con lo temido ya que suelen ser las dos caras de la misma moneda. Unas veces aparece en primer plano el deseo mientras que el miedo que lo acompaña está en segundo plano y se presenta como un elemento consciente o inconsciente que frena o inhibe el deseo. Otras veces, el miedo está en primer plano de la escena psíquica y el deseo consciente o inconsciente que lo acompaña queda en segundo plano o permanece inaccesible a la conciencia del sujeto que lo vive. En este caso, el miedo sería un elemento protector que evitaría la realización de un deseo inconsciente que representaría una posibilidad de daño para el sujeto. Un ejemplo típico sería el miedo fóbico a los cuchillos o a las alturas, a asomarse al balcón. En ambos casos, la investigación clínica de lo inconsciente proyectado sobre el objeto fóbico puede permitir descubrir el miedo que el sujeto tiene a sus pulsiones hetero agresivas o auto agresivas.

En los casos de claustrofobia, (miedo fóbico -agobiante y asfixiante- a los espacios cerrados, a quedar atrapado en una situación sin salida) y de agorafobia, (miedo fóbico a los espacios abiertos, a los espacios con mucha gente no conocida o a concentraciones multitudinarias en los que la angustia estaría motivada por la sensación de no poder recurrir a alguien que sirva de apoyo en caso de urgencia vital) -que serían como las dos caras de la misma moneda-, su origen remonta a las primeras relaciones con el sujeto-objeto relacional primario cuidador, en especial la interacción del niño con la persona que ejerció la función materna con él. La psicopatología de base estaría relacionada en estos casos con angustias primitivas de separación y de pérdida debidas tanto a un exceso de presencia como a un exceso de ausencia del objeto cuidador. La vivencia claustrofóbica es en muchos casos la representación inconsciente de la interacción "agobiante" de dependencia vivida por el niño como una situación sin posible salida, con el cuidador principal. La vivencia agorafóbica por el contrario correspondería a la representación inconsciente de una interacción primitiva entorno cuidador-niño pequeño en la que el proceso de separación-individuación-autonomía se desarrollaría prematuramente; el niño construiría así una pseudoindependencia precoz a costa de la dependencia necesaria para su adecuado desarrollo. A veces, el niño logra salir de esa dependencia agobiante y adictiva con el sujeto-objeto cuidador a través de una huida hacia delante, construyendo una independencia sin una base sólida basada en la dependencia evolutiva que se constituye progresivamente con movimientos progresivos y regresivos que oscilan de la dependencia hacia la independencia y viceversa. En ambos casos, (claustrofobia y agorafobia) lo que falla en la interacción y luego falta en el niño, con posibles consecuencias sintomáticas fóbicas en el adulto es la insuficiente interiorización del sujeto-objeto relacional cuidador, así como la vivencia de no constancia ni permanencia de dicho sujeto-objeto cuidador en su mundo interno. Los miedos fóbicos representan para quien los padece una situación traumática a evitar. Los mecanismos de defensa tales como el de evitación, que emplea el individuo para protegerse de la confrontación con su objeto fóbico temido son parecidos a los que se ponen en marcha para evitar las situaciones o recuerdos traumáticos.

Conclusiones: Tanto las crisis psicológicas como las situaciones traumáticas que producen un daño psíquico, vividas en la interacción entorno cuidador bebé sin posibilidad de elaboración e integración, acompañadas de estrés, ansiedad, angustia o miedos patológicos, suponen para el bebé una situación de riesgo inespecífico para su adecuado desarrollo. Si todo ello incide dificultando la comunicación empática (cognitiva y emocional) entre los padres y su hijo/a, obstaculizando e impidiendo de forma duradera el acceso de este último a la propia subjetividad y a la relación intersubjetiva con su entorno cuidador, el riesgo para el bebé se convierte entonces en más específico en cuanto a una posible evolución hacia un funcionamiento autista. (Larban, J. 2012).

BIBLIOGRAFÍA

AYUSO, J. L. (1988). Trastornos de angustia. Martínez Roca.

FREUD, S. (1915). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916). Amorrortu.

FREUD, S. (1920). Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras, (1920-1922). Amorrortu.

FREUD, S. (1933). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras (1932-1936). Amorrortu.

LARBÁN, J. (2012). Vivir con el autismo, una experiencia relacional: Guía para cuidadores. Octaedro.

LAZARUS, R. S. y Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. En W. D. Gentry (Ed.). The Handbook of Behavioral Medicine (pp. 282-325). Guilford Press.

LOOKER, T. y Gregson, O. (1997). Superar el estrés. Pirámide.

LÓPEZ-IBOR, J. J. (1969). La angustia vital. Paz Montalvo.

SIERR, J. C., ORTEGA, V. y ZUBEIDAT, I. (2003): Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar e subjetividade, 3(1), 10–59.

Juan Larbán Vera
Psiquiatra, psicoterapeuta de niños, jovenes y adultos.

Inadaptación escolar

Autor: Vicent Pi Navarro

RESUMEN: La inadaptación escolar, tenemos que ubicarla más allá del fracaso escolar, referido normalmente a las notas, entendiendo que pueden existir dificultades en el área afectiva, social o cognitiva, que interactúan para generar disfunciones en el aprendizaje escolar. Por lo tanto, las causas tienen que ser globales y sistémicas y hay que buscarlas en el alumno, familia y la propia escuela. Las intervenciones serán globales, inclusivas y teniendo en cuenta las relaciones sociales.

PALABRAS CLAVE: fracaso escolar, cognitivismo, área afectiva, cognitiva y social, inclusión, integración.

INTRODUCCIÓN

Hablar de problemas de adaptación escolar sin atender los campos psicoafectivos que aporta el psicoanálisis y la importancia de los aspectos de maternaje y apego que realizan algunos profesionales, tutores y psicopedagogos, con modelos y aportaciones psicoanalíticas sobre ello como M.Klein, F. Doltó, D.W. Winnicott, Bion, Meltzer o Bick, entre otros, así como el constructivismo en que está realizado el currículo escolar, con autores como Vigotski, Piaget, Bruner, Freinet y Pestalozzi, entre otros, es insistir en el fracaso escolar. Los principios de estos autores se han quedado en la actualidad en el discurso y en lo formal, pero no en la experiencia, por lo menos en muchas escuelas. No es casualidad que distintos investigadores, pedagogos y psicoanalistas coincidan en las propuestas como Pestalozzi al hablar de amor reflexivo, enseñar a pensar y educación intuitiva. Bion (1966) por otra parte nos explica la función Alfa, función reflexiva, social y que aporta significados al contenido preverbal, y que el aprendizaje surge siempre de la experiencia. Sus teorías se interesan por el aprender de la experiencia emocional y el conocimiento intuitivo y deductivo. Entiende que las representaciones mentales contienen los significados emocionales y las relaciones sociales (Pi, 1998).

El cognitivista Ángel Rivière, nos habla del lenguaje como una función de significar, en el tratamiento educativo de los alumnos autistas, e indica que hay que dar significado a las conductas preverbales de los mismos.

La actual psicología se interesa por la función reflexiva o la investigación en acción, así como los entornos sociales basados en las teorías de Vigotski que nos habla de un espacio potencial (espacio de un aprender con otro sujeto que va más allá que dejado al alumno con sus limitaciones) y Winnicott de un espacio transicional (espacio lúdico y vincular que representa y simboliza al sujeto de la relación), donde el aprendizaje es social y cultural, pero también de la importancia del lenguaje y la relación, para organizar el aprendizaje y contener los significados preverbales como los motrices.

Bruner, con sus formados de aprendizaje, es decir, la información se da en un formato adecuado a las capacidades cognitivas del alumno y entiende el lenguaje como formatos que aprende el niño en organizaciones cada vez más complejas. Bruner es un cognitivista que se basa en Piaget y Vigotsky, formulando una construcción del aprendizaje ambientalista y desarrollando sus postulados en un aprender cada vez más complejo.

Por último, Freinet con sus talleres, también da importancia a la reflexión y la toma de decisiones para educar alumnos autónomos y libres. Con sus propuestas cambiaría buena parte de la violencia escolar si se introdujera el aprendizaje manual y los intereses de los infantes y de los adolescentes.

LA INADAPTACIÓN ESCOLAR

La inadaptación escolar en la infancia se manifiesta por síntomas como ansiedad por ir a la escuela, lloros, fobia, vómitos, o en ella, rabietas, agresividad, pasividad… Es el adulto quien determina, "lee" en la conducta del alumno la inadaptación.

En el fracaso escolar tendremos que tener en cuenta los desarrollos cognitivos, con o sin déficit intelectual y sus funciones (memoria, atención, curiosidad, comprensión,…); los desarrollos sociales, con o sin adaptación y déficit en sus funciones y en la no aceptación de las mismas como ocurre en las organizaciones líquidas (sin estructura clara en las funciones y las responsabilidades); los desarrollos afectivos y si hay falta de regulación afectiva con problemas de adaptación en los vínculos. Las disfunciones en ellos producen problemas en el aprendizaje, con incoherencias importantes y profundas en el aprender y en el significar, y al final, son problemas en el aprendizaje del currículo de área.

El tener una escolarización exitosa implica una gran posibilidad potencial de ajuste social futuro del alumno; sin embargo, parece peligroso concebir el fracaso escolar como indicador de una futura inadaptación social. Una buena adaptación escolar no requiere necesariamente un futuro exitoso que se puede confundir con sobreadaptación al contexto escolar y éxito cognitivo basado en los aprendizajes memorísticos y curriculares de área y posterior fracaso cuando hay que tomar responsabilidades sociales. Por lo tanto, sería bueno el desarrollo armonioso de las funciones sociales, cognitivas y emocionales de los alumnos.

La inadaptación escolar puede ser la manifestación de diversos problemas, unas veces porque el niño llega a la escuela en una posición previa de falta de desarrollo (retraso mental, psicosis, falta de escolarización previa, falta de estimulación, emigración...), otras porque el propio proceso del aprendizaje presente problemas debido a déficits del propio sujeto (déficits instrumentales como la dislexia, o en los órganos sensoriales como en la sordera, o en las funciones mentales...), otras por la realidad social y familiar que implica que la escuela sea un lugar de resonancia de conflictos transferidos (fobia escolar, cultura familiar violenta o líquida...), otras porque la escuela no puede incluir la cultura del alumno y su familia a la propia con el consiguiente enfrentamiento, otras por déficits en la propia escuela como falta de recursos, metodologías o formación en el profesorado...

Según el DSM IV, hay diversos trastornos adaptativos con síntomas que afectan el ánimo, la conducta, las emociones, con retraimiento social, o mixtos. Cuando la alteración es la conducta hay una violación de los derechos de los demás y son los que más alteran la disciplina escolar. Para la adaptación social muchos autores estudian la relación entre progenitores y el hijo en el modelo de apego de Bowlby (1988) que propuso que el tipo de apego (ansioso/evitativo; seguro; ansioso/resistente) que se desarrolla entre el cuidador primario y el niño en los primeros años sienta las bases del modelo de funcionamiento interno posterior (Smith, P., 2006).

Siguiendo a Klein con sus dos posiciones de desarrollo mental, podemos entender la inadaptación de varias formas: Violencia hacia el exterior o la cultura escolar. En psicoanálisis ocupan la posición esquizoparanoide (Segal, 1979): falta de integración cognitiva, tienen un estilo cognitivo analítico y afectos violentos de persecución. Rotunda negativa escolar. Los profesores lo indican como dureza, oposición, conducta inadaptada, aunque puede manifestarse sólo en el medio escolar, a menudo también lo hace en el familiar. Frecuentemente se trata de una oposición que parece consciente y que implica intolerancia a la frustración.

Otros autores la relacionan con comportamientos de exteriorización que pueden llegar a conductas agresivas o delictivas o acoso escolar, suelen ser alumnos agresivos, disruptivos o antisociales (Farrington, D. y Baldry, A., 2006).

La violencia puede aparecer en distintas circunstancias, al principio de la escolaridad como un problema de separación, reaccionando con cólera, enfrentamiento o desinterés hacia la clase. Hay que distinguirlo de la fobia escolar porque no aparece la angustia. O durante la escolaridad como reacción ante una herida narcisista (fracaso por ser poco dotado o estar en un nivel superior a los conocimientos básicos que posee). Puede estar englobado en una oposición caracterial, generalmente reactiva contra un medio familiar difícil o desestructurado. En la adolescencia como manera de manifestar una dificultad para superar a las figuras parentales, aceptar los cambios y las normas sociales, tolerar las limitaciones, socializarse en su grupo de referencia... Son reacciones muy intensas con intolerancia a la frustración e incapacidad de relacionarse, aceptar al otro, a la autoridad, tener empatía,… Provienen de relaciones pregenitales simbióticas o fálicas (Pi,

2003).

¬Violencia hacia el interior. Posición Depresiva (Segal, 1979). En el ámbito cognitivo y perceptivo suelen ser más sintéticos y en los afectos tienen sentimientos depresivos con ataque hacia dentro, a sus capacidades y funciones mentales. Negativa escolar pasiva. Los profesores lo viven como falta de autoestima o deficiencia intelectual o pasan desapercibidos: falta de apetencia, interés e iniciativa que puede ser global o manifestarse preferencialmente por todo lo que represente un aprendizaje (total o concretado en algunas asignaturas). Puede responder a posturas regresivas más amplias que el propio ámbito escolar, o ser una reacción para evitar precisamente el fracaso. En sus primeros momentos hay un déficit en las relaciones de apego. Hay un desinvestimiento por el conocimiento, las relaciones sociales y los afectos son depresivos: apatía, tristeza, angustia, decaimiento, falta de energía, … También podemos distinguir al principio de la escolarización problemas de separación del entorno familiar que no permiten el acceso a nuevas relaciones y se produce aislamiento, retracción e inhibición o ya en la escolarización como regresión por falta de recursos mentales en la fantasía.

Otros autores hablan de comportamientos de interiorización, más relacionados con ansiedad, depresión o ser víctimas de la violencia escolar (Serrano, 2006).

La gravedad de estas dos posiciones, depende de la patología, variando si son alumnos del espectro autista o psicóticos (falta de organización mental y con déficits), o alumnos con características más neuróticas (con organización mental pero con déficits). Las posiciones pueden ser intercambiables. Es decir, un alumno puede mostrar agresividad hacia el exterior, cuando en su mundo interno está deprimido, o pasar de ser agresivo social a inhibido. Tendríamos por lo tanto trastornos de la infancia de tipo psicótico o neurótico que van en la línea de la posición esquizoparanoide o de la depresiva.

Dada la importancia de la violencia hacia afuera o hacia el interior, en relación con el bienestar infantil, en la escuela se emplean cuestionarios para detectarla, prevenirla y tratarla, con intervención de los Servicios Sociales (Trabajadora Social y Educadores) si es el caso (Serrano, 2006). Para ello se emplean cuestionarios de indicadores para tratar la violencia de forma preventiva y evitar el acoso escolar o el maltrato familiar.

Sin embargo, los riesgos o la prevención de la violencia puede provenir de la propia escuela, teniendo en cuenta su ubicación en entornos sociales desfavorecidos, el tamaño y la estructura del centro educativo, cómo se gestiona la disciplina, la influencia de la dirección, la prevención de la violencia en el aula, la actitud docente, la capacitación docente para crear un clima positivo…y si son tratados de forma compleja y multimodal (Blaya, 2006). Para la inadaptación escolar se están obteniendo buenos resultados en la resolución de conflictos en base a los programas y métodos de la mediación que consiste en la intervención de terceras personas ajenas al conflicto, con la intención que los alumnos en conflicto lleguen a un acuerdo.

ESCOLARIZACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA.

La escolarización inicial tiene dos ciclos en la etapa infantil que aproximadamente van de 0 a 6 años. El primer ciclo de 0 a 3 años, corresponde con las etapas orales y anales del desarrollo psicosexual de los infantes. El segundo ciclo, de 3 a 6 años, coincide con la etapa edípica, normalmente en escuelas ya ordinarias, aunque continúa siendo un ciclo que no es obligatorio. En estas etapas de escolarización, se proyectan en la escuela la organización familiar y predominan los programas de estimulación, de hábitos, sobre todo de autonomía y lenguaje. Sin embargo, el infante, en ocasiones, se siente sometido a las rigideces de la enseñanza y frecuentemente se les impide moverse, jugar o experimentar. En muchas escuelas infantiles se exige un aprendizaje formal y cada vez más el aprendizaje lectoescritor es un objetivo que valora el maestro y la familia.

De los 6 años hasta los 12 es la etapa primaria. En ella se está en la latencia. Se retrae la pulsión y se mira más el contexto social. El niño accede a un universo nuevo de cultura, al cual pertenecen los progenitores. El aprendizaje de conocimientos es cada vez más complejos en un sistema reglado. En la primaria se inicia la lectoescritura y con ella, el estudio y la autonomía en los aprendizajes. Se inicia un nuevo aprendizaje afectivo y social. Hay mayor separación del medio familiar y los profesores ocupan su lugar, siendo un modelo de identificación. También se integran en un contexto escolar más heterogéneo, exigente y reglado. ¬La adaptación en el aprendizaje del niño a esta nueva realidad se concreta, de cara a los adultos, en unos rendimientos escolares cognitivos. Se aprende la cultura y las funciones sociales.

Si tenemos en cuenta el desarrollo psicosexual en base a cómo se fija la libido, entendiéndolo como amor o vida: erotismo, sexualidad, cariño, enamoramiento, afán por el cuidado del otro, la sexualidad se tiene que entender, en sentido amplio, como erotismo o placer, que liga a la vida, al amor y a lo social, al vínculo. Al final, con el aprendizaje y la adaptación a los cambios. Según el psicoanálisis las etapas psicosexuales serían:

- ORAL: es el primer momento en la evolución de la personalidad del individuo. Corresponde al primer y segundo año de vida y se caracteriza por dirigir la libido hacia la boca y buscar la satisfacción gracias a la actividad de succión.

- ANAL: entre los dos y tres años del niño, la libido se dirige hacia el ano y la satisfacción sobreviene por el control, la expulsión o retención de las heces.

- FALICA/ EDÍPICA: la etapa fálica es fundamental para el desarrollo del psiquismo, porque en ella se produce el Complejo de Edipo (Inclinación erótica del niño hacia la madre, acompañada de hostilidad y celos hacia el padre) y el Complejo de Electra (Amor de la niña hacia su padre acompañado de hostilidad y celos hacia la madre). Entre los cuatro y los seis años el niño dirige el impulso erótico hacia sus genitales y consigue la satisfacción el varón mediante el juego con su pene y la niña con su clítoris, o mediante la masturbación. Se adquiere la identidad sexual y social con sus funciones, a través de las identificaciones.

- LATENCIA: entre los cinco o seis años y la pubertad, la libido disminuye y se dirige hacia lo social, la cultura, reprimiendo los impulsos sobre todo sexuales y agresivos. En esta fase y como consecuencia de la aparición del superyó (instancia psíquica represora heredera de la interiorización de los padres) el niño reprime sus sentimientos edípicos e inhibe sus apetitos erótico-sexuales.

- ADOLESCENCIA/ GENITAL: a partir de la pubertad se produce la etapa genital. En la adolescencia se orienta el deseo sexual fuera de la familia, hacia personas del sexo opuesto. Se forman las pandillas. Hay competitividad e identificaciones a modelos exogámicos. En la etapa genital el interés se dirige a la relación sexual y reproductora.

Según estas etapas evolutivas, ocurren dos procesos que implican sintomatología y problemas en el desarrollo: fijación a una etapa y regresión a una etapa anterior. Fijación es cuando hay un exceso o defecto de estimulación de una etapa y como consecuencia un déficit en el desarrollo por apego al cuidador, quedando la libido ligada a la estructura mental de una etapa evolutiva. La regresión implica un mecanismo de defensa ante alguna frustración y volver a comportamientos, actitudes y deseos de etapas anteriores que hubo una fijación.

Sobre todo, en la etapa infantil es frecuente buscar asesoramiento a los Servicios Psicopedagógicos Escolares (SPEs en Valencia) de la sintomatología de estas etapas. Son ansiedades infantiles que llevan a consultar a los padres sobre el lenguaje, o a los síntomas que ocasionan molestias como enuresis, o problemas en la adquisición de hábitos como la alimentación, o los comportamentales como rabietas, o afectivos como los celos; mientras que en las otras etapas, queda la sintomatología y el sufrimiento oculto. Se consulta por fracaso escolar, referido al contenido curricular y se delega la responsabilidad en muchas ocasiones a los SPEs, los profesores especialistas, o a los propios niños.

En mi SPE se realizan actividades de prevención, donde se trabajan los hábitos familiares con apoyo de la tutora del alumno y recogiendo la historia vital del mismo, en forma de consulta terapéutica (Pi, 2003) recibiendo a toda la familia.

La adaptación en lo social se concreta en la aceptación del grupo escolar. El niño tiene que hacerse con su propio hueco en un grupo que, en estas fases del desarrollo, no se preocupa tanto por acoger al miembro nuevo como en llamar la atención del profesor, hay egocentrismo y relaciones centradas en el adulto. Así, el niño no logra siempre la integración en el grupo, cuando aún no ha conseguido la separación simbólica de su familia (fijación). Sus dificultades en su integración se deben al apego relacionado con su organización afectiva precedente que posibilita o no, cierta capacidad relacional dependiendo de su desarrollo en su individuación, separación y autonomía personal, y las posibilidades que ofrece la escuela para su inclusión. La adaptación al sistema escolar o inadaptación, depende del alumno, de los objetivos educativos del centro, de la tolerancia de los profesores… en las normas que se expresan en el Reglamento de Régimen Interno, incluido en el Proyecto Educativo del Centro.

El profesor tutor para cumplir esos objetivos de disciplina, tiene acciones no solo de enseñante, sino de educador a partir de la acción tutorial, con intervenciones grupales de aula e individuales, en el entorno escolar y familiar, para ayudar en el desarrollo personal del alumno, plasmadas en su Plan de Acción Tutorial.

INCLUIR O INTEGRAR

Integrar es el proceso por el cual se pretende que el alumno se adapte a la cultura del grupo. Desde mi perspectiva, es factible, si ya hay una organización mental del alumno que permita la frustración de renuncia a la propia cultura y tolerar el cambio a la nueva, por lo menos cuando se está en el centro escolar. Integrar significa que el alumno inadaptado acepta y aprende la cultura normalizada de la escuela que es predominantemente de currículo de área y normativa, a través de planes de intervención. Los programas suelen ser más de enseñanza que de educar, más directivos que indirectos. En muchas ocasiones se intenta integrar al niño a la cultura escolar teniendo en cuenta los tiempos, las actividades y la intervención más individualizada.

Dentro de las lenguas que traen los inmigrantes, la inmersión ha resultado ser uno de los mejores programas para su integración. Estos programas consisten en introducir directamente al alumno en el aprendizaje curricular, sin el aprendizaje previo de la lengua dominante en la cultura escolar.

Incluir es el proceso por el cual se integran las culturas del alumno y la del grupo escolar. Se ha demostrado que es la más eficiente para la adaptación escolar y para evitar el fracaso escolar. Son programas de intercambio diverso de las respectivas culturas, de tipo social y de interacciones afectivas. Así, niños emigrantes con otra lengua, en la escuela, se incluye la cultura y la lengua de su país en los programas. La escuela desde el adulto no es muy proclive a incluir la cultura original que proviene de la familia a la escuela.

Para el estudio diferenciaremos entre sujetos con una estructura u organización mental integrada a través de su historia de los que hemos dicho desarrollos cognitivos, sociales y afectivos de la personalidad, y aunque pueden existir déficits en ellos, dificultan, pero no impiden el aprendizaje. Son estructuras flexibles que Bion nombró como la parte neurótica de la personalidad (Bion, 1967).

Sin embargo, hay déficits en la propia estructura como en los trastornos mentales graves, sin integración en sus desarrollos, son rígidas, con los problemas que ya sabemos de dificultades en la socialización, regulación afectiva, comunicación… como los alumnos del trastorno del espectro autista (TEA) (Pi, 2003). Predomina lo que Bion llamó la parte psicótica de la personalidad (Bion, 1967).

Cuando los alumnos tienen una estructura mental pero con déficits individuales como los sensoriales, cognitivos…, como los niños sordos, o los con síndrome de Down, la integración es más factible. Comparten con los otros alumnos los mismos códigos de representación. Otros alumnos con déficits en la propia estructura mental como los alumnos con psicosis, aún teniendo el mismo lenguaje que los otros niños, pero con problemas graves en su funcionalidad, en la comunicación, socialización y en los afectos, se ven imposibilitados para la integración, entre otras razones porque la enseñanza la viven como intrusión violenta desde el afuera y no aceptan la autoridad ni los límites. Los alumnos TEA, cuyos códigos de representación preverbales, son más primitivos que los alumnos sordos, como los códigos sensoriales y visuales, la integración se hace imposible y para la inclusión, único camino factible de escolarización basada en la experiencia previa del alumno, se ve muy dificultada para la incorporación de estos códigos sensoriomotrices y visuales (Pi, 2003).

Muy relacionado con la vida social y el desarrollo cognoscitivo del niño está el tema de la utilización de tests, tan frecuente en el campo de la Psicología Escolar. Este debe ser tomado con mucha precaución, ya que se fundan en al área cognitiva y suelen desatender el área afectiva y el área social. Son por lo tanto poco integrativos en sus mediciones y estigmatizan a los alumnos como fracaso escolar desde los inicios. No digamos a los alumnos TEA que rechazan las preguntas y el lenguaje verbal, saliendo la mayoría de las pruebas como deficientes mentales.

Nuestra propuesta viene por la inclusión, que es aprender la cultura del alumno inadaptado, evitando su estigmatización. El fracaso escolar como estigma hunde al alumno en un lugar que rechaza tanto la escuela como la familia, que mide el éxito en los currículos de área, y aún más en las asignaturas de lengua y matemáticas, o en el aprendizaje lectoescritor en la primera infancia.

Por otra parte, no hay que olvidar que la capacidad estructurante del éxito como estimulante de la autoestima, varía en virtud del nivel sociocultural de origen, y que la escuela más que eliminar ciertas desigualdades puede ser un elemento favorecedor y ratificador de desigualdades, fomentando la estigmatización de los grupos sociales ajenos a la cultura escolar medida a veces como memorística, autoritaria, reglada y piramidal, poseedora del saber en el currículo concreto de área y dadora de un conocimiento que promete el éxito social.

ALGUNOS DATOS:

Actualmente tenemos un sistema educativo en España donde fracasa el 30 por ciento de la población escolar en las enseñanzas obligatorias y estamos a la cola de la Comunidad Educativa Europea. Según los informes PISA, estamos a la cola de los países desarrollados y Finlandia se encuentra en la cabeza del estudio como mejor sistema educativo donde el profesor es la piedra angular de la educación, hay gratuidad absoluta, se intenta el máximo de atención a la diversidad y que la escuela sea inclusiva, no hay competitividad, hay formación continua del profesorado, ayudas técnicas al profesorado…

ALGUNAS PROPUESTAS:

La Comisión Europea a través de la Organización para la Co-operación Económica y el Desarrollo, en este estudio TALIS, publicado en Junio de 2009, propone: Aumentar la disciplina en las aulas (en España es especialmente grave y supera la media internacional), los profesores no se sienten suficientemente preparados para manejar los problemas de disciplina en las aulas y que afecta la calidad de la enseñanza (en España se eleva al 70% el tiempo que requiere el profesor para tratar las conductas perturbadoras en el aula), promover estudios e interés por el clima escolar, en la organización y en la eficacia de la enseñanza, tanto en los problemas de aprendizaje como de conducta.

El clima escolar (que comprende elementos como el ambiente físico, el sistema social, las relaciones entre los participantes, la percepción de seguridad, la disciplina, etc.), tiene una clara asociación con el rendimiento académico de los estudiantes y con su bienestar y desarrollo personal y social, motivo por el cual la mejora del ambiente de aprendizaje representa un asunto destacado en las políticas educativas de muchos países y regiones.

También proponen sistemas que detecten dónde mejorar, cómo mejorar y qué beneficios se pueden obtener si se mejoran los procesos de enseñanza aprendizaje. Así como que los directores de las escuelas tienen que liderar la formación profesional y el cambio en el clima escolar, tanto en los centros como en las aulas.

No podemos pensar que el fracaso es de los alumnos, aunque lo sufren, sino que es del sistema educativo con graves deficiencias que no se adapta a las necesidades de la población escolar. Desde esa perspectiva, cabe pensar que la inadaptación es del sistema hacia el alumno.

El cambio por lo tanto debe venir de la escuela que está inmersa en la actual sociedad, haciendo un análisis de la misma y encontrando los medios para su propia transformación. Por lo tanto, para la respuesta a la inadaptación escolar hay que hacer estudios de diagnósticos y tratamientos de todo el contexto, no solo del alumno inadaptado.

EL DIAGNÓSTICO

El alumno desadaptado tiene síntomas que indica un problema en su personalidad. Es un mensaje por descifrar respecto un sufrimiento. Tiene que ser entendido como una puerta de acceso al conocimiento del niño, su mundo interno, sus frustraciones. El síntoma, la conducta problema o desadaptativa, no es el problema sino el indicador de un problema complejo que hay que estudiar. Ello no niega la importancia del síntoma, pero nuestra atención debe ir más allá. El síntoma puede ser el medio de resolver una situación conflictiva generadora de tensión interna. Por tanto, el síntoma será individual en cada niño. Por otra parte, en la infancia, el síntoma a menudo puede ser cambiante a lo largo del desarrollo libidinal y madurativo y, en ocasiones, los "síntomas" serán manifestación de este desarrollo.

El síntoma nos lleva a las causas que son multifactoriales y no necesariamente provienen del alumno. El infante vive sus síntomas normalmente como egosintónicos. No se quejan. Son los adultos quien los detecta como desviación del desarrollo normal. La dificultad surge al procurar delimitar el comportamiento desadaptativo frente a un hipotético patrón de normalidad. Así, ante toda situación desadaptativa del niño escolar habrá que valorar: intensidad de los síntomas, ¬frecuencia, momento de aparición, edad y circunstancias, perturbación

para el medio, nivel de tolerancia, capacidad del niño para referir su problemática (difícil en los niños en la infancia), repercusión en otras áreas funcionales, otras sintomatologías asociadas familiares y escolares, angustias asociadas del niño, padres o escuela.

CAUSAS SOCIALES

Estamos en una sociedad educativa de la información, queriendo ir hacia una sociedad del conocimiento y aún falta por llegar la sociedad del pensamiento que estaría más acorde con metodologías constructivistas y comprensivas. Aún hay mucho de instrucción y de dirección del pensamiento en las escuelas, como ejemplo, los libros de textos, las fichas y que no se aliente la investigación y la propia acción del alumno. Las metodologías escolares, en muchas ocasiones, se basan en un conocimiento memorístico que huye, por miedo y falta de compromiso, de la intimidad afectiva del vínculo de aprendizaje que aporta significados.

La sociedad actual ha cambiado, el hombre ha cambiado y los alumnos también, el cambio rápido y constante es un fenómeno de nuestra sociedad de la comunicación y se requieren sistemas sociales flexibles que se adapten y acojan los nuevos tiempos. Esto implica reformas que den respuesta a los rápidos cambios sociales, culturales y profesionales, con diálogo continuo entre los distintos agentes de la comunidad escolar.

Estos cambios sociales, a veces, alteran la convivencia social, la familiar y la escolar. Para Jares (2006) son 5 los factores que influyen en la convivencia: el sistema económico social; el menoscabo del respeto y los valores básicos de convivencia; la mayor complejidad y heterogeneidad social; la pérdida de liderazgo educativo; la mayor aparición y visibilidad de la violencia.

Otros autores hablan de sociedades líquidas (Zygmunt Bauman acuñó en 1925 el término) como estados fluidos y volátiles en las cuales se han perdido los límites, es decir, las responsabilidades, las funciones y las acciones propias de los roles que se ocupan, con lo cual los vínculos humanos son débiles.

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.

Se entiende como "necesidades educativas especiales" (NEE), cuando esas necesidades curriculares se apartan significativamente del currículo ordinario. Se entiende como significativa cuando se aparta más de dos años del currículo que le corresponde, de lo contrario con necesidades educativas (NE). En la integración educativa las NEE representa para el sistema educativo experimentar la necesitad de brindar respuestas a las necesidades de los estudiantes sin importar la naturaleza de estas necesidades.

INTERVENCION ESCOLAR

Tradicionalmente la escuela ha sido transmisora de contenidos. Los contenidos curriculares se comprenden como conocimientos de área, organizados y en libros, a veces, sin experiencia investigadora o sin tener en cuenta las relaciones como contenido metodológico y los contenidos emocionales como actitudes.

El fracaso escolar se suele referir a los contenidos de área. Respecto a los SPEs, formados por orientadores, logopedas y trabajadora social, no existe el lugar de psicólogo como tal y el orientador asesora y diagnostica sobre todo. Los alumnos desadaptados pueden ser atendidos según sus dificultades por recursos humanos en intervenciones más individualizadas como los profesores de educación especial, profesores de audición y lenguaje (logopedas) y los educadores. También hay profesores de apoyo en actividades de pequeño grupo.

¬ Los enseñantes son unos mediadores excepcionales por su situación de observación y acción. De su detección normalmente se pide a los SPEs el Informe Técnico de Escolarización (ITE) para ver las dificultades del alumno y su modalidad de escolarización que depende de si en su valoración hay necesidades educativas (NE) o son especiales (NEE). Según la modalidad pueden ir a Centros de Educación Especial (CEE), Centros Ordinarios o Aulas Específicas en Centros Ordinarios o combinadas entre ellos. Por otra parte están los especialistas en pedagogía terapéutica y audición y lenguaje que atienden con recursos especializados e individualizados a los alumnos con NEE. La inadaptación escolar también podemos verla desde la psicopatología y los trastornos mentales. En los SPEs es prescriptivo en los ITEs el diagnóstico según el DSM IV. Los ITEs determinan la modalidad de escolarización y los recursos que se requieren según las NEE. Se realizan de forma colegiada. Cuando las dificultades son más individuales, como déficit sensorial o deficiencia intelectual o síndromes genéticos, el diagnóstico y la intervención es más clara aunque puede ser compleja.

Se incluyen aquellos niños que teniendo un buen desarrollo intelectual y, en general cognoscitivo, fracasan en su escolaridad. Son frecuentes los niños con un cociente intelectual normal, incluso con sobredotación, sin anomalías en sus funciones psiconeurológicas o psicomotrices y alteraciones de personalidad que determinan una inadaptación escolar y en muchas ocasiones un rendimiento bajo.

En este caso, cuando las causas con más valencia son los déficits sociales y emocionales, el diagnóstico y la intervención es más difícil y compleja. Cuando la intervención se aleja del marco curricular de área, por las dificultades de desadaptación y la necesidad de integrar o incluir al alumno, falta formación, recursos personales y técnicos, y compromiso por llegar al fondo de las dificultades.

En ese sentido hay 4 procesos que dificultan la intervención según Jares (2006): dificultades democráticas con retroceso en la participación de la comunidad educativa en los procesos educativos; los déficits de formación del profesorado; déficit de convivencia en los centros; grupos minoritarios de profesores que no asumen su función educadora.

LAS ADAPTACIONES CURRICULARES Y DE ACCESO AL CURRICULO

Para las NEE se realiza una Adaptación Curricular Significativa (ACIs) o de Acceso al Currículo. Si son NE se proponen Adaptaciones Curriculares. Pueden afectar los métodos, las técnicas de aprender o evaluar, los agrupamientos, las actividades, los objetivos, los contenidos… En las causas habría que investigar en el mundo social-relacional y en el mundo afectivo (Pi, 1995), no solo en el cognitivo y biológico, para establecer los recursos escolares a esas NEE.

Las Adaptaciones de Acceso no implican dificultades cognitivas para acceder al currículo, pero sí limitaciones que se solucionan con recursos para ese acceso. Suelen ser recursos personales como un educador, técnicos como un ordenador o metodológicos como atención individual para acceder al currículo de área. Afectan la adaptación del espacio y el material, si se requieren sistemas alternativos de comunicación, el acceso a la lengua vehicular del aprendizaje, a programas específicos de socialización…

Las adaptaciones de acceso al currículo, son adaptaciones que se ofrecen al alumno para suplir sus déficits y pueda acceder al currículo ordinario.

Las Adaptaciones Curriculares son restricciones curriculares de área que tienen en cuenta el perfil mental del alumno, como sus capacidades intelectuales y se dan conceptos más básicos, se tiene en cuenta su estilo de aprendizaje y se les dota, por ejemplo, de más imágenes visuales o de programas con un aprendizaje más analítico o sintético. Son estrategias básicas para individualizar el aprendizaje. Pueden ser de aula, individuales o significativas (ACIs).

La esencia de las ACs se origina en el apoyo a las personas que por causas motoras, sensoriales, de aprendizaje, etc. no tiene como acceder a una enseñanza regular o presente dificultades en la adquisición de conocimientos. Para la mayoría de los maestros, las ACs son algo cotidiano ya que, aún sin tener estudiantes con NEE, constantemente modifican su propuesta de trabajo, al seleccionar determinados contenidos o materiales didácticos, al adaptar las técnicas de enseñanza para que los alumnos puedan participar, al dosificar el tiempo de trabajo, etcétera. Tienen que partir de la planificación general que el docente tiene para el grupo, en la cual consideró lo que se marca en los planes y programas, las condiciones del centro escolar y las características del alumnado en general, así como de una evaluación profunda de los alumnos que presentan NEE. Requiere de la participación conjunta del maestro tutor, del personal de educación especial, los SPEs y, de ser posible, de los padres de familia.

TRASTORNOS POR INADAPTACIÓN

En la escuela los trastornos más comunes valorados son:

- Fobia escolar: El alumno no quiere ir a la escuela por falta de autonomía y apego familiar con angustia de separación y con síntomas como lloros, vómitos, cefaleas, calenturas,… que desaparecen si están en casa.
- Ansiedad: se produce ante cualquier cambio como la muerte de un familiar, que produce malestar y afecta el aparato cognitivo, la sociabilidad y las relaciones afectivas.
- Síndrome de inhibición intelectual o de problemas de aprendizaje. El niño sufre por no poder dedicarse a una actividad intelectual deseada, está inhibido, se siente como bloqueado. Tiene un retraso de más de dos años en el currículo, sin otras causas dominantes claras.

- ¬Trastornos del carácter: Son organizaciones psicopatológicas rígidas que normalmente se entienden entre la neurosis y la psicosis. Tienen un exceso de afecto, sobre todo de violencia hacia el interior o el exterior, pero con buena organización mental, que si se comprenden desde el contexto escolar la evolución es positiva. También puede tener la forma de niño alborotador, provocando la risa de los demás como forma de reafirmación y de llamar la atención. No es infrecuente la existencia de una ansiedad extrema (temores de desintegración de tipo prepsicótico).

- Depresión: Otras formas de desadaptación con un componente psíquico lo tendremos en alumnos con signos más neuróticos, con baja autoestima, irritación, problemas en el dormir, falta de disfrute, sin vitalidad, sentimientos tristes porque no cumplen sus expectativas, con fobia escolar y angustia de separación o con miedos y angustias de tipo neurótico.

- Disgrafia: define una calidad de escritura deficiente sin déficit neurológico o intelectual que lo explique.

- Dislexia: dificultad más o menos específica para la lectura.

- Discalculia: puede aparecer de forma independiente, pero es frecuente encontrarla asociada a la dislexia. Comprende la realización incorrecta de los símbolos numéricos, no reconocimiento de signos y dificultades en las operaciones aritméticas.

- Superdotación: Se definen por poseer aptitudes que sobrepasan claramente la capacidad media de los niños de su edad (C.I. superior a 140) y por tener un talento creador en uno o varios campos. Superdotado y precoz no son sinónimos. Tampoco es lo mismo superdotado y talentoso en una o varias áreas. La problemática de estos niños se relaciona con el hecho de que la superioridad intelectual no entraña necesariamente el éxito, ni el éxito implica el desarrollo de la personalidad, ni la preparación para la asunción del fracaso y la frustración.

- Déficit de atención por hiperactividad: La tipificación como tal del trastorno es la utilizada a partir de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría ¬DSM-III¬, refiriéndose a un síndrome que ha recibido múltiples denominaciones: lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, hiperquinesia, trastorno impulsivo del carácter, etc. Actualmente en el DSM V es previsible que el diagnóstico desaparezca. A mi entender se confunde síntoma de hiperactividad con estructura mental o síndrome.

- Psicosis infantil: En el DSM IV son Trastornos Generales en el Desarrollo, también conocidos como alumnos del Espectro Autista. Son una serie de trastornos de distinta gravedad que posiblemente en el DSM V se llamen como clase diagnóstica Espectro Autista, incluyendo trastornos autistas y psicóticos de la infancia, con síntomas como aislamiento, falta de comunicación, déficit en el lenguaje,… En ocasiones puede existir esquizofrenia infantil, cuando hay lenguaje, pero desestructurado y sin sentido, conducta muy estrafalaria y con alucinaciones y delirios, muy difíciles de detectar.

Por otra parte, el sistema educativo prevé compensar la inadaptación al sistema educativo, cuando las causas son externas al alumno, aportando programas en los cuales se incrementa el aprendizaje en pequeños grupos de la misma características, problemáticas, edad…, según los parámetros: si hay dificultades sociales y económicas como la residencia en zona desfavorecida; dificultades culturales como las minorías en situación de desventaja social; geográficas como las zonas rurales; étnicas como las minorías en desventaja social; familiares como protección del menor, itinerancia familiar,..; educativas como la incorporación tardía al sistema educativo o escolarización irregular.

ORÍGENES DEL DÉFICIT

Vamos a diferenciar entre necesidad y deseo. Nacemos con cierto desamparo y ya requerimos para siempre cuidados del otro. Estas necesidades en los primeros momentos son requisitos para la vida y suelen provenir de los padres como cuidados. Cuando estas necesidades primarias cubren las carencias biofisiológicas, mentales y afectivo-socioles, se alcanza un grado razonable de bienestar personal y social entonces aparece el deseo, fruto de un buen desarrollo cognitivo, de la historia afectiva con los padres (estilo de apego), la capacidad empática y el autocontrol emocional (López, 2006). En el deseo hay postergación, tolerancia a la frustración, se puede sustituir el objeto que cumple esa necesidad y por lo tanto no es primario sino secundario. Estas primeras necesidades sobre todo afectivas son imprescindibles que sean cubiertas para el desarrollo cognitivo, social y afectivo. Estos cumplimientos del deseo luego son simbolizados.

Cuando estas necesidades provenientes de situaciones traumáticas de tipo genético, constitucional o ambiental (Pi, 2006) no son cubiertas, se constituye intolerancia a la frustración según Bion, que va a condicionar el trabajo del aprendizaje social y las relaciones afectivas. Aparece un agujero mental, un déficit en el desarrollo que se muestra por las continuas quejas hacia el exterior, demandas que nunca son cubiertas, vacío interno, sensación que siempre les falta algo, que se comenten injusticias sobre ellos, que nunca se les paga lo que se les debe, no se reconoce suficiente lo que hacen, tienen derecho a reclamaciones, (Coder, 2008) …

Estos alumnos, luego ven que sus carencias afectivas, en la escuela, no son cubiertas y se repite la misma situación intolerante hacia el aprendizaje, las normas y las relaciones con sus congéneres, pero sobre todo con la autoridad.

Actualmente y en relación con el tratamiento de alumnos TEA, cada vez más, en las teorías científicas, se está tomando como conceptos a estudio la idea de falta de mentalización o en la función reflexiva, en el sentido que el alumno no conoce sus estados mentales (emociones, deseos, intenciones, sensaciones, pensamientos…) y que los otros también las poseen (Coder, 2008). También se dice que los alumnos del espectro autista no tienen teoría de la mente y no perciben que el semejante siente emociones, sensaciones e ideas. Tienden a crear doctrina, convencer y a tener un pensamiento único, ideas rígidas y estereotipadas que pretenden extenderlas como predicando una verdad dogmática con el objetivo de tener adeptos.

En el fondo tienen un falso self (Winnicott, 1967) o internalizan aspectos del mundo emocional del otro, copian estados emocionales faltos de autenticidad, roban, huyen, con lo cual fallan en la comprensión de sí mismo y de los otros. Tienen un mundo de secretos, con promesas y mentiras que dañan el aparato mental

Son alumnos que con déficit estructural mental, tienen fallas en las funciones mentales de memoria, atención e indagación: no comprenden fácilmente, no escuchan, no relacionan, tienen estados excitatorios, muestran violencia, malinterpretan…

APRENDIZAJE POR COMPETENCIAS.

La educación de la escuela del Siglo XXI deja de estar centrada en la enseñanza para estar centrada en el aprendizaje, lo cual tiene su antecedente inmediato a fines del siglo XX, sobre todo con el enfoque constructivista. El enfoque constructivista, aunque tuvo mucho éxito como modelo, en la práctica, se sustituyó la relación de aprendizaje con el profesor, por los libros y la huída de la experiencia. Se confundió la experiencia con la experiencia de libros y que la enseñanza no fuese directiva.

El reto actual es lograr la vinculación entre la teoría y la práctica, en el sentido de que no se quede solamente en la fundamentación sino que llegue la acción y la experiencia a las aulas, lo que significa que el desarrollo curricular en las escuelas, se oriente desde el enfoque del aprendizaje, no de la enseñanza.

El proceso de enseñanza-aprendizaje, en este sentido, requiere ser replanteado como aprendizaje-enseñanza, ya que ahora no es cuestión de una metodología para enseñar, lo que necesita el docente para realizar su intervención en la práctica es de procedimientos con método (formas de hacer), estrategias de aprendizaje (formas de enseñar a pensar) y una manera de evaluar acorde con este enfoque (formativa-sumativa), todo esto para poder cumplir su rol como mediador del aprendizaje. En se sentido Flecha (1997) emplea estrategias dialógicas ampliando las teorías de Vigostky (1934), utilizando el aprendizaje social que llama Comunidades de Aprendizaje para el desarrollo de la zona de desarrollo próximo y la zona de desarrollo potencial.

El currículum por competencias (en: "Aprendizaje por competencias: un modelo a debatir") continúa con esta tendencia constructivista, ya que propone como objetivo central del aprendizaje, la competencia, lo que significa que los estudiantes y docentes enfrenten el reto de construir sus conocimientos. El currículum con el enfoque basado en competencias propone la formación en los estudiantes de tres tipos de habilidades; no cognitivas (emociones y actitudes), meta-cognitivas (aprender-aprender) y ejecutivas (capacidades de decisión e independencia).

El enfoque curricular basado en el aprendizaje por competencias se preocupa por que el estudiante logre la independencia del docente, ya que propone que el responsable del aprendizaje sea el alumno (la metacognición: aprender-aprender) por lo que el maestro como mediador tiene que contar con

estrategias de aprendizaje (enseñar-aprender), lo cual supone que el fin último es lograr la toma de decisiones de lo que tiene que aprender el estudiante, posibilitando con esto alcanzar su autonomía. La integración educativa en última instancia es una integración social, que tiene como principio lograr la autonomía de los estudiantes, en términos de valerse por sí mismos.

Para Angel Pérez, más que una época de cambios, indica un cambio de época, con los consiguientes cambios en la tecnología, los cambios sociales, en la comunicación, en la forma de expresarnos y en el pensamiento. En el ámbito social se cambia en la producción, en el poder y en las relaciones humanas. Por poner un ejemplo, se ha pasado de una escasez de información a un exceso de información con otras formas de organizar, seleccionar, comunicar y transformar los significados.

En este contexto, para Angel Pérez, las competencias básicas, en contra de la modificación de conducta, que decía que la conducta, la acción, el aprendizaje se puede fraccionar, o que los aprendizajes se pueden sumar, evitando los contextos complejos, los entornos sociales, emocionales y éticos, defiende que los aprendizajes son olísticos y globales, son un sistema de acciones humanas o factores múltiples interrelacionados. Son también multidisciplinares respecto al conocimiento: habilidades, disposiciones, actitudes, emociones, valores, en contextos concretos. Se enfatiza el contexto de aprendizaje de Vigotsky. El aprendizaje se desarrolla en contextos sociales, culturales, es un proceso de culturalización en el entorno donde donde se vive.

CONCLUSION:

La desadaptación al medio escolar, se manifiesta por una serie de síntomas que requieren una investigación global tanto del alumno como del entorno familiar y escolar. La intervención tiene en cuenta el diagnóstico producido después del análisis de todos los sistemas, con la posible actuación terapéutica que no necesariamente se centrará en el síntoma que motivó la consulta y sí en los elementos del sistema que influyen como posible causa. Es entones cuando se establecen las AC pertinentes y/o las intervenciones en el contexto familiar y escolar.

REFERENCIAS

"Aprendizaje por competencias: un modelo a debatir". Documento de trabajo de Concejo Educativo de Castilla y León. Movimiento de Renovación Pedagógica. Publicado en España por el Concejo, 7 de octubre de 2007

BION, W. R., (1966) Aprendiendo de la experiencia, Paidós, Barcelona.

BION, W. R., (1967) Volviendo a pensar. Paidós, Barcelona.

BLAYA, C. (2006). Factores de riesgo escolares. En: SERRANO, A. Acoso y violencia en la escuela. Ariel.

BRUNER, J.S. (1988). Desarrollo cognitivo y Educación, Morata, Madrid.

BRUNER, J.S. (1981) Vigotsk: Una perspectiva histórica y conceptual. Infancia y aprendizaje.

CODERCH, J. (2008). Una evolución en la teoría y en la praxis de la P.P.: del conflicto al déficit. Conferencia en el Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica. Valencia.

JARES, X.R. (2006). Pedagogia de la convivencia. Graó.

LOPEZ, F. (2006). El bienestar personal y social y la prevención del malestar y la violencia. Pirámide.

FARRINGTON, D. y BALDRY, A. (2006). Factores de riesgo individuales. En: SERRANO, A. Acoso y violencia en la escuela. Ariel.

FLECHA, R. (1997). Compartiendo palabras. El aprendizaje de las personas adultas a través del diálogo. Barcelona: Paidós.

CELESTIN FREINET. Técnicas Freinet de la Escuela Moderna. Siglo XXI Editores.

GARCIA SÁNCHEZ, J.(1999). Intervención psicopedagógica en los Trastornos en el Desarrollo. Pirámide. Madrid.

NAVIO GAMEZ, A. (2005) Las competencias profesionales del formador. Una visión desde la formación continua. España, Ediciones OCTAEDRO.

PÉREZ GÓMEZ, A (Coordinador). Nuevas exigencias y escenarios para la profesión docente en la era de la información y de la incertidumbre (En Internet).

PESTALOZZI, J.H. (1988). Cartas sobre educación infantil. Madrid. Tecnos.

PI, V. (1995). Adaptaciones curriculares. Promolibro, Valencia,.

PI, V. (1998). Una nueva didáctica del grafismo. Promolibro, València,.

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.

PIAGET, Jean i altres, (1923). El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño. Paidós, Buenos Aires, 1978.

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

PIAGET J. La construcción del símbolo; Paidós, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1976.

RIVIÈRE, A. (1984). La psicología de Vigotsky: sobre la larga proyección de una corta biografía. Infancia y Aprendizaje. Nº 27 y 28.

SEGAL, H.(1979). Introducción a la obra de M. Klein. Paidós.

SERRANO, A. (2006). Acoso y violencia en la escuela. Ariel.

SIGUÁN, M. (1987). Actualidad de Lev. S. Vigotsky. Anthropos, Barcelona.

SMITH, P. (2006). Factores de riesgo familiares. En: SERRANO, A. Acoso y violencia en la escuela. Ariel.

VILA, I. (1987). Vigotski. La mediació semiótica de la ment. Eumo. Barcelona.

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

WINNICOTT, D. W. (1967). Realidad y juego. Gedisa, Barcelona.

Vicente Pi Navarro
Psicoanalista de la APM,
Psicopedagogo y fundador de
la Clinica INDE.

Comunidad INDE

Sociedades de inclusión, sociedad de exclusión
Sara Polo Hernandez y Vicente Pi Navarro..... pág.50

L' Apego i la inclusió en l' escola
Maria Aurèlia Lerma..... pág.76

Proyecye ASIEM
Vicente Pi Navarro..... pág.78

Sociedades de inclusión

Sociedades de exclusión

Autores:
Sara Polo Hernández
Vicent Pi Navarro

Introducción:

El texto pertenece a la elaboración de un coloquio del grupo de la Clinica INDE, que está inscrito en el Foro de Salud Mental. En este grupo, surgió la necesidad de compartir aportaciones y pensamientos referidos a un trema tan importante como la inclusión y la exclusión del diferente en la sociedad. Se consideró a las sociedades humanas como las que son capaces de incluir lo diferente, lo nuevo, las otras culturas del semejante, para hacerse más complejas y desarrollarse.

El ser humano por su fragilidad desde el nacimiento, ha requerido la protección y el cuidado de su familia, luego de su tribu y finalmente por ser un ser exogámico, de la amistad con otras tribus para aparearse y formar nuevas familias donde perpetuar la especie y la cultura. Pero también ha tenido la iniciativa de conquistar nuevos territorios y expandir los horizontes de sus hábitats y conocimientos. Podemos decir que hay un bienestar respecto a su familia, su tribu y su cultura, pero aunque tiene miedo a lo desconocido, existe también un afán pulsional de tener nuevas experiencias, ver horizontes lejanos y adquirir nuevos conocimientos.

Encontramos en la historia y en la actualidad sociedades abiertas, inclusivas, que con un gran amor a lo suyo, no tienen problemas en mezclarse, aceptar nuevas culturas, respetarlas y compartir conocimientos y experiencias.

Son sociedades con una cultura que preservando lo antiguo, viven el presente con lo nuevo y lo que es distinto, para integrarlo con sus ideaciones. Forman signos sensoriales como las comidas, imágenes como las banderas y conceptos abiertos como que todos los humanos aportan algo nuevo, que enriquece la cultura grupal.

Otras sociedades sin embargo se hacen rígidas, viven a los otros como peligrosos para su identidad social y cultural, para su sobrevivencia, y las excluyen de sus logros culturales, sociales y materiales. A veces con una violencia extrema que busca la extinción del otro como enemigo.

Estas sociedades sin embargo, se cierran en sus creencias, se hacen más rígidas y ante el miedo a su fantasía de destrucción, se vuelven violentas con lo externo, la diferencia y lo nuevo. No permiten el cambio ni la evolución, en continua añoranza con la historia y lo antiguo, la estirpe y una elección sobrenatural sobre la sobrevivencia de los enemigos. Están por lo tanto en el registro de la lucha, el enfrentamiento y la muerte del otro para tener vida. Los signos sensoriales, las banderas y los conceptos, son inviolables, cargados de excitación y de pasión, escondiendo la deshumanización y el odio a las otras culturas.

A- SIGUIENDO A CARL JUNG:

Empecemos con Carl Jung en referencia a los arquetipos (Jung, CG ([1959] 1969). Propuso su propia manera de entender las motivaciones de la personalidad humana, a través de los arquetipos. Los pensaba como un patrón único que es copiado o derivado hacia el resto de

modelos. Utilizó este concepto incorporándolo a sus teorías psicológicas sobre el inconsciente colectivo. Son así, patrones universales que residían en el inconsciente colectivo de todos los seres humanos, de cualquier cultura y momento temporal. Los arquetipos junguianos son conceptos que forman parte de nuestra motivación más básica y a través de los cuales evolucionamos.

Los imaginaba desplegados a lo largo de un espectro de conciencia, semejante a lo que es el espectro luminoso, en cuyos extremos se encuentran los polos instintivos y espiritual de los arquetipos. Estos aspectos son inconscientes y funcionan de forma poderosa y autónoma, son áreas psicoides del arquetipo que funcionan como centros de energía psíquica coexistente con la conciencia. Se manifiestan en estado como la identificación proyectiva, la iluminación mística, estados psicosomáticos, etc.

Cuando se activa este nivel mágico de un arquetipo, el cuerpo registra un campo de energía, al que llamó "numinosidad", que puede trasmitirse, por contagio al entorno, con efectos tales como comportamientos psicológicos de las multitudes o los fenómenos de curación por la fe.

La cuestión será cómo intervenir sobre los arquetipos para mejorar nuestros estados de bienestar. Desde nuestra perspectiva podemos activar ese campo de energía y por lo tanto de salud mental si despertamos la conciencia.

Estas organizaciones inconscientes, podemos modificarlas cambiando el entorno interno o externo para que sean más amables, promoviendo el bienestar. Para nosotros, son organizaciones afectivas que requieren trabajo mental para que estén bien gestionadas gracias a la conciencia y su aparato cognitivo.

Entonces, la gestión tiene que ver con el pensar-emoción. Por ejemplo: las obsesiones, las manías, las idealizaciones, las somatizaciones, … al final las enfermedades mentales, que a su vez generan ideaciones y que confundimos con el pensar-emoción, el pensar creativo o el pensar sobre la experiencia vital, y en relación con nuestro mundo interno y externo.

En todo caso supondría un aumento de conciencia sobre el inconsciente y a su vez, no repetir los modelos externos con los cuales nos identificamos y sometemos, haciéndolos propios.

En el tratamiento de una paciente nacida en oriente, y que vivía en occidente, Jung tiene dificultades, para interpretar sus sueños y fantasías. A partir de esta circunstancia, se interesa por las imágenes que aparecen en la mente de esta paciente, y que asimismo aparecen con la práctica del Kundalini yoga.

En el tomo 16 de las obras completas, "La práctica de la psicoterapia, en su párrafo 477 Jung, nos sorprende con esta afirmación: "El ejercicio de yoga y dhyana, que está muy difundido en oriente, es un abaissement de nivaux producido intencionadamente para relajarse, una separación del alma provocada técnicamente". Dhyana es lo que entendemos por meditación, pero que en el caso de Kundalini yoga requiere unas connotaciones específicas.En las fechas del 12, 19, 26, de octubre de 1932 y 2 de noviembre del mismo año, Jung da un ciclo de cuatro conferencias sobre la psicología del Kundalini Yoga. Jung, habla en esas conferencias, sobre la simbología diferente en cada chakra, y que parece despertarse según la energía que se despierta en cada chakra. La conexión de los arquetipos con los chakras es un nuevo concepto que surgió del intento de unir la conciencia de la energía con el crecimiento personal.

"El ejercicio de yoga y dhyana, que está muy difundido en oriente, es un abaissement de nivaux producido intencionadamente para relajarse, una separación del alma provocada técnicamente".

"Para Jung, los chakras son diferentes centros de conciencia, vitalidad y energía, símbolos de la experiencia humana que muestran el significado real interno de una experiencia semejante y ayudan a comprender e interpretar lo vivido."

Para Jung, los chakras son diferentes centros de conciencia, vitalidad y energía, símbolos de la experiencia humana que muestran el significado real interno de una experiencia semejante y ayudan a comprender e interpretar lo vivido. Se relacionan con los arquetipos por cuanto ambos representan una medida de nuestros estados emocionales y cuentan la historia acerca de nuestra felicidad, salud, bienestar y capacidad de amar.

"El proceso de individuación es un proceso mental evolutivo que nos permite madurar en el sentido de ser más autónomos y responsables. externos patológicos"

A su vez, cada chakra se sitúa en una zona determinada de nuestro cuerpo físico, detalle a tener en cuenta en cuanto a las manifestaciones físicas de nuestro estado emocional (somatizaciones). Cada uno de nuestros siete primeros chakras se relaciona con un arquetipo funcional y otro disfuncional. Su nivel de vitalidad, bienestar y conciencia está asociado con el arquetipo que contiene. El grado de energía positiva o negativa contenido dentro de cada chakra guarda correspondencia con un determinado arquetipo.Tanto los arquetipos como los chakras reflejan un vínculo directo entre el modo en que nos amamos a nosotros mismos y nuestros niveles de vitalidad, responsabilidad y poder.

Revelan igualmente las cualidades que poseemos las cuales brillan a la Luz del Yo y aquellas de las que necesitan mayor conciencia y desarrollo. El trabajo con los Chakras nos ayuda a comprender dónde se bloquea nuestra energía, mientras que el trabajo con los arquetipos nos muestra qué actitudes o aspectos emocionales necesitamos examinar a fin de proseguir con la siguiente y más elevada. El simbolismo de los chakras permitió a Jung desarrollar una topografía regional de la psíque y ofrecer un relato del proceso de individuación en términos del tránsito imaginativo entre dichas regiones. Le ayudó a ofrecer una comprensión adicional de entender el proceso de individuación.

El proceso de individuación es un proceso mental evolutivo que nos permite madurar en el sentido de ser más autónomos y responsables. Esto requiere poder pensar por sí mismo, ser crítico con nuestras ideaciones, sin estar sujeto a la fascinación de modelos externos patológicos que actualmente se imponen aún más con la tecnificación de la cultura humana, los medios de comunicación, la falta de comunicación en los contextos sociales y el uso de modelos fantasiosos dramáticos de rendimiento rápido y satisfacciones inmediatas. Cuando ocurre esto, se excluye al diferente, y a su vez al semejante que se convierte en enemigo, siguiendo al líder poseedor de la verdad absoluta, que muestra con su violencia, donde está el mal, que requiere su destrucción. En los procesos evolutivos, el desarrollo humano se asocia a tolerar la separación de los objetos de apego (los familiares y cuidadores principales) y por lo tanto, implica la gestión emocional de las relaciones sociales sobre todo de las más significativas.

Parecería que Jung intenta esa mayor conciencia a través de los recorridos de los chakras y el simbolismo que representan. Recorridos desde el inconsciente más pulsional a la mayor conciencia, hasta llegar a la espiritualidad.

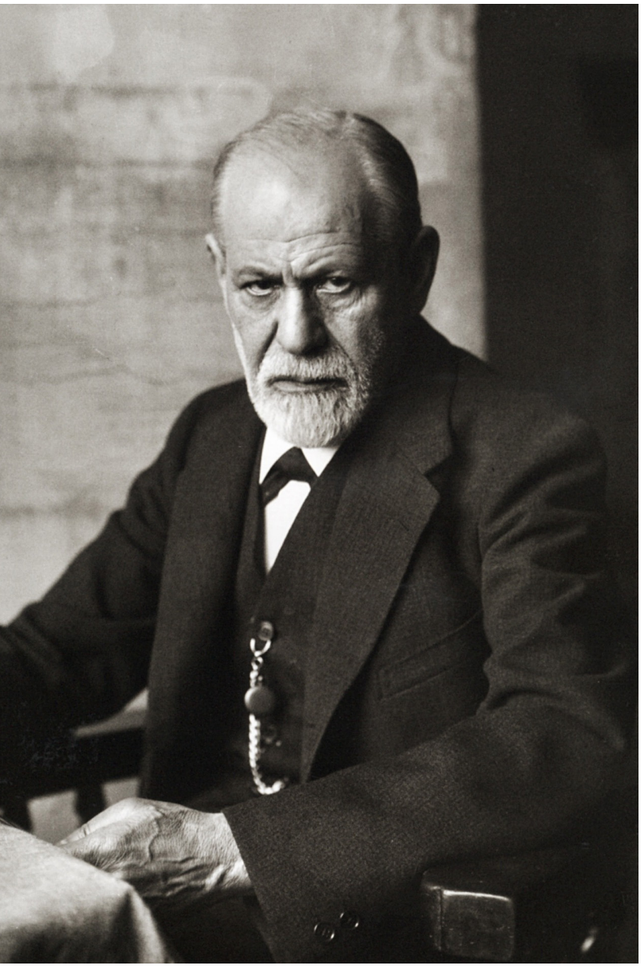
B.- SIGUIENDO A JOSÉ ANTONIO MARINA

José Antonio Marina habla también del área social y dice respecto a la inteligencia social y su fracaso que: “la estupidez es el fracaso de la inteligencia".

La inteligencia social emerge de la sociedad como consecuencia de la suma de las inteligencias de sus miembros. Hay ocasiones en que la conversación e interacción de las personas activa lo mejor de ellas y en otras ocasiones, las conduce a la mediocridad y la rutina. Las sociedades inteligentes consiguen que un grupo de personas, tal vez no extraordinarias, consigan resultados extraordinarios gracias al modo en que colaboran. Hay familias inteligentes y familias estúpidas, parejas inteligentes y estúpidas, igual pasa con las sociedades.

Efectivamente, el pensamiento grupal es más poderoso que el pensamiento individual. El todo es más potente que la suma incluso de las partes. Y esa potencia colectiva puede ser positiva o negativa. Cualquier grupo puede colaborar para hacer el bien o hacer el mal. Dentro de un grupo se puede crear una ideología que puede pretender su bien, aunque sea violenta para el resto de la sociedad, por ejemplo, una secta maligna. En ese sentido, el amor es el pegamento que liga a los sujetos de una sociedad. El odio los separa.

Tanto el amor como el odio crean una subcultura, con sus símbolos, discursos,… los ciudadanos, sus autores los pueden clasificar en sabios o ignorantes, inteligentes o estúpidos,... Desde la posición de Bion, serían sociedades alrededor de la parte psicótica de la personalidad o de la parte neurótica, grupos con un pensamiento basados en la reflexión y el trabajo para el bienestar del grupo, o grupos humanos basados en las pulsiones sin matizar, sin espera, inteligentes y primarios, narcisistas patológicos, como los chimpancés, que solo valoran su cultura y atacan a las otras como distintas y peligrosas.



Continuando con a J. A. Marina: “si la inteligencia es la capacidad para dirigir el comportamiento y su culminación es dirigir BIEN la conducta, podemos decir que FRACASA cuando se pierde el "camino" y se equivoca el rumbo”. Podemos clasificar los fracasos de una sociedad en tres tipos: cognitivos, afectivos y operativos.

- Los COGNITIVOS se producen por las creencias "blindadas": se tienen prejuicios, hay dogmatismo, fanatismo, intolerancia religiosa, xenofobia, racismo, etc.
- Los fracasos AFECTIVOS se producen por los diferentes tipos de culturas y estilos que condicionan la vida del individuo, potenciándola o deprimiéndola. La agresividad, el odio, la intolerancia, la envidia, la impotencia, la ruptura de lazos familiares, el miedo, la falta de COMPASIÓN, RESPETO, ADMIRACIÓN se imponen.
- El tercer fracaso es el OPERATIVO, se produce por un fallo en los objetivos, en las metas, cuando se crean mitos por los que sacrificar los derechos de los ciudadanos: las banderas, los himnos, las lenguas, la gloria nacional, la nación, la raza, el partido, la religion toman el protagonismo como símbolos y se hacen dogmáticos.

Cuando estos objetivos se plantean como la “Meta Suprema” suelen pasar por encima de los ciudadanos.

La inteligencia resuelve los problemas prácticos, los que tienen relación con la felicidad personal y la dignidad de la convivencia. Resolver no es lo mismo que terminar. Un pleito se termina cuando el poder impone su ley, pero no se resuelve, por ejemplo, imponiendo el famoso artículo 155 en Cataluña. Un problema se resuelve dejando a salvo los valores de la convivencia. Si el triunfo de la inteligencia personal es la felicidad, el triunfo de la inteligencia social es la justicia.

Cabe así hacerse preguntas sobre la subida de las utraderechas en Europa, los extremismos en los campos socials, politicos, científicos, sexuales, religiosos … promoviendo movimientos de psicosis social y de exclusión.

C- DESDE EL PSICOANALISIS

Desde el psicoanálisis freudiano se trabaja desde las perspectivas de pulsión de vida y pulsión de muerte, que cohabitan en cualquier sujeto.

> “El pensamiento siempre se alimenta de la diversidad y el conocimiento se agranda con lo diverso.”

Desde esa perspectiva, si la pulsión de vida liga la pulsión de muerte, en las sociedades malignas, la pulsión de muerte está sin ligar.

La Pulsión de Vida tiene la misión de ligar a la Pulsión de Muerte. Si la pulsión de muerte no está ligada, en vez de construir, hay violencia y destrucción.

El psicoanálisis bionanio prefiere hablar de integración de los elementos amor, odio y conocimiento. O la integración de la parte psicótica y neurótica de la personalidad. Como las pulsiones, las partes buenas contienen a las partes malas, o de lo contrario estas malas irrumpen y desorganizan la mente, su cultura,... Cuando predomina el odio, y el amor y el conocimiento no pueden contenerlo, hablamos de sociedades o grupos con sujetos arrogantes, violentos y narcisistas.

Si relacionamos la frase, "el amor es el pegamento que liga a los sujetos de una sociedad” con el texto de Nuccio

Ordine. cuando dice: “la cultura puede hacer más humana a la humanidad”; hay que dejar fuera del control del tiempo, el cultivo de los afectos y las relaciones humanas, entendiendo que el amor liga y las pasiones separan.

Erich Fromm en "El arte de amar", considera la Cultura como: "conjunto de creencias, saberes, pautas de conducta, ... de un grupo social". El Amor como: "rasgo de madurez, sentimiento de vivo afecto e inclinación hacia una/s persona/s a la/s que se le desea todo lo bueno". El Amor fraternal como: el “sentido de responsabilidad, cuidado, respeto y conocimiento a cualquier otro ser humano, con el deseo de promover su vida”.

Tambien en ese sentido, el amor como el pegamento que une a los sujetos de una sociedad por el bien común.

D- EL AMOR QUE LIGA LAS PULSIONES

El amor es un "arte" y como tal requiere de conocimiento, esfuerzo y tiempo.

Los obstáculos que encuentra la sociedad y su cultura occidental actual para cumplir esos requisitos pueden ser tres:

1) El problema del amor consiste en "ser amado", no en "amar". Cómo consigo que me amen, qué hacer: ser poderoso, rico, tener éxito, guapo, cuerpo 10,...

2) El problema del amor se reduce a encontrar "objetos" apropiados que poder comprar, sean cosas o personas.

3) El tercer problema del amor es la creencia de que "enamorarse" y "permanecer enamorado" se confunden cuando, en realidad, son dos cosas bien distintas.

Ésta actitud cultural de que "no hay nada más fácil que amar", sigue prevaleciendo hoy en día. El amor no es algo pasajero, es una actitud personal, signo de madurez humana, indiferente

que aprender, practicar, madurar y perfeccionar, no puede ser considerado como un "don" que algunos tienen, por "azar". Y es, como casi siempre, objetivo cultural a plantear en las diferentes instituciones educativas, artísticas y culturales, de las sociedades. En el caso propuesto: el amor liga al odio, contribuye al desarrollo de las sociedades, permite el desarrollo y el bienestar de las mismas. Sin embargo, el amor también puede ser desamor cuando no liga a los sujetos de la sociedad. Hablaríamos de un amor narcisista. Uno solo se ama a si mismo. Si se ama al otro es solo por ser un reflejo suyo, un doble, ama lo que es igual a él. Un ejemplo, es el tomado de la biología que utiliza Bion para establecer las distintas relaciones sociales como relaciones parasitarias, comensales y comunitarias:

- En las parasitarias, un sujeto establece una relación con la intención de alimentarse del otro, sin importar las consecuencias en el otro. Habría un narcisismo patológico extremo. Amor hacia sí mismo y odio hacia el otro, pero con su aprovechamiento.

- En el comensalismo hay un aprovechamiento mutuo. El amor liga tanto que no se requiere el daño del otro y no se procura perjudicar, sino desarrollar potencias y bienestar en provecho mutuo. En las sociedades con un fin de trabajar por el bienestar de todos, se tiene en cuenta el exceso para el bienestar de los otros ciudadanos que por distintas razonas no adquieren bienes de consumo. Nadie queda perjudicado, y el trabajo es también para los sujetos que no pueden tener recursos, como los enfermos, ancianos,….

- En el mutualismo, al semejante se le considera con identidad propia. Ambos son autónomos. El beneficio es compartido por todos los que participan. Aquí nadie es perjudicado, y el beneficio es para los que comparten el trabajo.

En la relación comunitaria comensal, hay un beneficio mutuo y queda para el resto de la sociedad o grupo, es así la relación edípica, en la cual se tiene en mente al resto del grupo de pertenencia.

Hay un narcisismo saludable en el sentido que se reconoce la autonomía del otro, y la necesidad de los suministros de amor para todo el resto de la soiedad. La relación simbiótica es satisfactoria, mientras no se pretendan otros intereses narcisistas que no se comparten. El amor puede ser patológico si es excesivo y puede no ligar odio.

“Enamorarse como pareja comensal, requiere crear al tercero, al hijo, la obra creadora o el proyecto vital en común, se hace familia, se hace grupo, y ante las dificultades de la creación, se pasa del enamoramiento pasional al amor de la realidad

E.- ENAMORARSE Y AMAR

Establecemos la diferencia entre enamorarse y amar. El enamorarse está impregnado de pasión, idealización, la fantasía la vernos en la realidad, el ideal en el otro. Enamorarse implica una intensidad que no permite ver la identidad total del otro. Es necesario y nos lleva a cumplir deseos, formar parejas sociales y lazos duraderos... la locura es transitoria. Luego tiene que llegar el amor que requiere trabajo y tiempo, reconocer la identidad del otro y la propia, las virtudes y los defectos, la necesidad de un proyecto común que requiere esfuerzos en pareja o en grupo.

Enamorarse como pareja comensal, requiere crear al tercero, al hijo, la obra creadora o el proyecto vital en común, se hace familia, se hace grupo, y ante las dificultades de la creación, se pasa del enamoramiento pasional al amor de la realidad.

El amor equilibrado y saludable es el que deja un justo espacio para la autonomía del otro, de la pareja, del hijo, del amigo, junto con la necesidad de unión. Al objeto de amor se le reconoce con una vida propia y autónoma, y con otros amores, así como una vida privada.

El amor propio, narcisista saludable, contempla al otro como otro ser que desde la posición depresiva permite la diferenciación, junto con la aceptación y la valoración. Necesitaríamos estas características en todos los tipos de amor: parental, pareja, amistad, social. Con la aceptación de la diferencia como algo enriquecedor y sano, está la clave del desarrollo social. Se necesita por lo tanto un trabajo educativo, social, incluso político, para elaborar el amor con consciencia, dedicación e implicación. Y experiencia en el amor, como el niño que necesita la demostración explícita del afecto, también el adulto lo necesita a la hora de construir una relación.

“El amor equilibrado y saludable es el que deja un justo espacio para la autonomía del otro, de la pareja, del hijo, del amigo, junto con la necesidad de unión. Al objeto de amor se le reconoce con una vida propia y autónoma, y con otros amores, así como una vida privada.”

F.- LAS SOCIEDADES ACTUALES

En relación con esto último, la sociedad tecnificada, narcisista y de los medios sociales de comunicación, tanto con los niños, la escuela, o la propia sociedad, junto con las familias, invaden a las mentes de los sujetos con un

exceso de estímulos, de información calculada que imposibilitan el pensar con criterio. Los ciudadanos invadidos por la excitación, el deseo inmediatamente cumplido, sin espera y beneficio rápido, atrapados por las promesas neoliberales declinan su responsabilidad consigo mismo y los otros.

Los medios de información bombardean la mente del sujeto, sin posibilidad que fantaseen ni piensen, sin espacios ni tiempos para la experimentación, la comunicación verbal y visual, de tal forma que las relaciones sociales sean divertidas, se disfrute y se comparta, … claro, para ello se necesita tiempo.

Estamos en la sociedad del exceso y la ansiedad por la precocidad. Educamos a niñ@s bajo las necesidades de una sociedad voraz que no se conforma con el equilibrio, la plenitud y la felicidad, sino que lleva a los sujetos al límite con el objetivo de la producción y no desde las necesidades reales de la infancia. O sea, que se rige por valores de mercado (sociedad capitalista) y no por valores humanos (sociedad humanista). La lentitud que se requiere en las relaciones afectivas de reflexión y amor por el pensamiento nuevo o el semejante distinto, generan un aprendizaje significativo que parte de la experiencia, no solo es necesaria en la educación sino también en los estudios, la amistad, las terapias, es la posibilidad de escuchar, reconocer, entender al otro, ... al final amarlo como amigo, alumno, paciente, pareja, hijo, ... en toda su plenitud. Eso requiere un proceso lento de experiencias compartidas, relaciones inclusivas,... y de paciencia, renunciando al narcisismo de hablar, nos escuchen, nos miren, nos admiren,…

La lentitud en el comensalismo, en la educación, en el amor mutuo, implica una actitud que tiene su razón de ser en el respeto al otro, es decir, a comprender y aceptar que cada cual tiene un ritmo diferente, como también se encuentra en etapas y situaciones emocionales que le influyen. Dicha actitud implica por tanto poder establecer vínculos con el otro, que posibilitan un aprendizaje compartido y gratificante.

G.- LA EDUCACIÓN Y LA PSICOTERAPIA

Cuando un educador o terapeuta, parte de lo que él quiere conseguir sin tener en cuenta al alumno o al paciente, surge el conflicto. Si no hay implicación o inclusión, no puede haber aprendizaje y éste no se puede dar sin un vínculo afectivo de amor y de mutualismo. El vínculo es un acto de amor, y por tanto implica salir de uno mismo para poder "ver" al otro, y entenderlo, aunque sin perder la propia identidad.

Por otra parte, en la acción de las funciones sociales de educador, cuidador, terapeuta, cuando el semejante tiene problemas mentales graves, las estrategias del amor tiene que ser distintas. Entonces hay que proteger y hacer el doble, un mutualismo extremo, una relación de apego como tiene la madre con su bebé, para la regulación, o sea, ofrecer los mecanismos adecuados de contención que permitan por una parte la descarga y por otra la relajación progresiva.

Para ello se requieren técnicas específicas de regulación del otro que no sean denigrantes y que reconozcan la dignidad de la identidad, su sufrimiento y el desamparo en que ha vivido. Luego ya vendrá la separación y la autonomía, pero antes como hemos dicho el alumno o el paciente se tiene que sentir apreciado, querido, respetado.

Hacer el doble, o también hacer de espejo, para establecer la relación simbiótica, o el diálogo preverbal, lo hacemos a partir de lo que hace el niño para captar su atención, pero introduciendo modificaciones, para progresar en el desarrollo del paciente o del alumno. Son modificaciones cercanas al desarrollo próximo del niño que pueda imitar, contagiarse del interés social o que pueda transferir creando campos simbólicos.

En el lenguaje de los modelos cognitivos: estaría cercano al “modelado”, ofreciendo el modelo correcto de emoción-conducta y que se introduzca dentro del vínculo terapéutico.

Todo ello, para (dentro del vínculo) establecer experiencias que acrecienten, entre terapeuta y paciente niño o paciente adulto, campos simbólicos que contengan la nueva experiencia terapéutica. Las experiencias relacionales terapéuticas crean campos simbólicos que se alimentan dentro de la mente del terapeuta y del paciente. Según Philip M. Bromberg, la relación terapeuta-paciente, educador/a-aprendiz, supone una experiencia emocional correctiva, una comunicación tanto a nivel consciente, como inconsciente entre sistemas límbicos, que da sentido, significa y ayuda a la curación.

Primero se produce un aprender por la experiencia y posteriormente un aprender creativo, donde la mente liberada del par relacional terapéutico, forma un continente de un pensamiento nuevo. Son momentos de gran intimidad y profundidad vincular, donde muchos autores, poetas que sugieren la inspiración de la musa, filósofos como Kan con su pensamiento intuitivo, o deductivo científico, hablan de mentes capaces de recibir pensamientos.

Y entre ellos, psicoanalistas como Bion piensan que el verdadero pensamiento creativo es una mente expectante, contemplativa, en busca de un pensamiento preexistente; o una obra en busca de un autor. La mente creativa será capaz de dar forma verbal, escrita, pictórica, al pensamiento que recibe, ponerlo en una fórmula matemática, crear un nuevo paradigma científico,…

En ese sentido la figura del doble es la primera creación del bebé, al crear a la mamá, o del paciente al imitar al terapeuta, y que éste contiene y facilita la función Alfa que estructura y desarrolla la mente. Otro cerebro, otra mente social, el doble terapéutico, es el puente que interpreta y da sentido a la experiencia, y predispone para la elaboración y la acción.

H.- EL APRENDER CUANDO HAY VIOLENCIA

Lo contrario es cuando en el aprendizaje social, se produce de forma autoritaria, directiva o desde el narcisismo del que sustenta la autoridad. Entonces el alumno/a o el paciente se somete al comportamiento social, a la autoridad del profesor o del terapeuta.

El autoritarismo y la actitud violenta del que ostenta el poder, inculca miedo y mimetismo a las órdenes que se le dice tiene que aprender y cumplir. Esto explica ciertas conductas de sometimiento y adormecimiento social. Se ve más como somnolencia e indefensión, a raíz de la toxicidad externa social que se impone y nos dice de los movimientos extremistas, que consiguen adeptos que siguen ciegamente mandatos interesados.

Sería una indefensión aprendida o sometimiento a través del castigo, o de no percibir las capacidades y desarrollos de la infancia, o de no recibir éste premios o halagos expresos, al final amor. La persona, el infante, aprende a no reaccionar, como en las situaciones de abusos sexuales repetidos, la violencia de género, o los estilos parentales autoritarios que someten a la víctima. Sucede lo que se llama congelamiento, falso self, y que forma parte de la disociación. El organismo se paraliza para no morir. Se entra en un estado de conservación donde la mente se desconecta y solo actúa la parte primitiva del cerebro, el cerebro reptil para garantizar la supervivencia (https://psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2015/11/la_teoria_polivagal_1_.pdf). No hay siquiera representación del trauma, no hay consciencia, porque no se ha podido registrar como trauma, solo hay sentir-sensación.

La disociación supone un mecanismo de defensa donde hay una representación de la realidad fragmentada. Una persona puede seguir haciendo una vida normal, porque tiene estados del self que están disociados, puede funcionar " adaptativamente" pero también existir una sintomatología que proviene de la parte disociada, que al no poder representarse mentalmente, surge en forma de síntoma somático o psíquico.

Estas ideas podemos aplicarlas a la psicopatología individual y social. Una disociación entre el aparato cognitivo intoxicado por el sentir que es adictivo. Por ejemplo los mensajes políticos mentirosos, repetitivos, mafiosos, anulan la reflexión cognitiva, la adormecen, aparece solo el sentir adornado o vestido de la mentira, de la promesa intrusiva que promete un bienestar inexistente.

Esto mismo ocurriría con la violencia de género, o la manipulación de masas. En ese sentido, la manipulación, la mentira, la promesa que seas sumiso, da un bienestar como la droga, que te adormece en el propio pensar autónomo, hasta que la voluntad se somete y muere la reflexión. Y que reacciona agresivamente, es decir, de forma rígida, desconfiando paranoicamente, produciendo la exclusión del diferente al que considera inferior y problemático. El rechazo a la diferencia anula el pensamiento social para movilizar masas sumisas, adormecidas por lo material y adictas al líder psicótico (Erik Fromm https://es.wikipedia.org/wiki/El_miedo_a_la_libertad).

Cabría así una lentitud ética y una lentitud en los procesos terapéuticos. Cuando la lentitud tiene que ver con la paciencia del adulto para respetar los ritmos del niño/a o del/la terapeuta para los ritmos del paciente, se introduce en el vínculo el respecto y la confianza para el desarrollo y el conocimiento mutuo. Cuando el vínculo es intrusivo con el niño/a o el paciente, para inocular miedo en él/ella a raíz de la superioridad asimétrica, se bloquea la actividad mental y hay parálisis de las funciones mentales. Sucede también en el Síndrome de Estocolmo: se establece una violencia que introduce el miedo en la mente del oprimido, que a la vez hace que se identifique con el agresor.

I.- EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

Al final, en cualquier aprendizaje si no se construyen vínculos de apego seguro desde la infancia, si las figuras principales no regulan los estados emocionales y van exponiendo gradualmente a la frustración a través de los límites tolerables, creamos adultos que no tienen autocontrol, no aceptan la diferencia, el fracaso y no toleran la angustia.

Se resalta el hecho de que el aprendizaje significativo siempre se da en el contexto de una relación humana. En tiempos en los que la educación se entiende como acumulación autogestionada de información o técnicas estandarizadas, es fundamental entender que de esa manera no se están generando transformaciones reales en la personalidad, y consecuentemente no se da el desarrollo psicológico.

Así entendemos el estancamiento de la personalidad, que no es otra cosa que el desmantelamiento del mundo interno a partir de las relaciones emocionales empobrecidas, en las que la intolerancia a la frustración (al no encontrar continente) deviene envidia u odio al conocimiento del mundo. De hecho, en las experiencias que se han tenido en contextos educativos emocionalmente adversos, difícilmente se ha podido encontrar un estudiante con la voluntad de emprender una aventura profesional de riesgo. Serán adolescentes y adultos que pululan entre las muchas formas patológicas de la personalidad que señala Meltzer (https://es.wikipedia.org/wiki/Donald_Meltzer), especialmente el aprendizaje como hurto y pillaje de desperdicios, tomando por apropiación las cosas valiosas de los otros sin capacidad de experimentar gratitud, en una atmosfera de competitividad y desprecio por el sí mismo y los demás.

Desde el aprendizaje significativo, desde la relación del amor, diferenciamos tres momentos:

- Se estable un vínculo de confianza y respeto.
- Se frustra al alumno o al paciente, cuando se ha establecido la relación de confianza, para que el aprendizaje surja de la experiencia y el fracaso.
- Se crea o se tiene un pensamiento propio.

Está claro que el alumnado tiene competencias y tiene los instrumentos básicos mentales para gestionar la frustración, dentro de ese vínculo de confianza. La relación con la persona docente, sigue siendo de confianza y permite salvar el error, superar la falta. Sería como el padre/madre cuando el niño/a cae, se lastima la rodilla, lo levanta pero le anima a que diga corriendo, supere el miedo y la frustración del fracaso.

Hay en todo aprendizaje escolar o terapéutico, adquiridas las capacidades básicas, o lo que es lo mismo, adquiridos los instrumentos mentales de cómo piensa el adulto, maestro/a o terapeuta, y se ofrece un continente vacío, capaz de recibir una forma, una experiencia, que ya existía, y el alumno/a o paciente, le da forma y la llena de contenido, le da vida y acción. La materia toma forma, cuando lo que se ofrece es la obra creativa. Se da un continente y que emerge a lo desconocido.

Es un verdadero trabajo de acompañamiento, el adulto muestra las herramientas, y da confianza, estimula y favorece la experimentación, "se aprende lo que se hace", lo que se vivencia dentro del vínculo afectivo.

Estaríamos en el aprendizaje constructivista real, no en el aprendizaje de la autoridad. Seria un aprendizaje constructivista, inclusivo, cooperativo y afectivo. Siguiendo a Vigostki un aprendizaje primero desde la zona de desarrollo próximo y segundo desde la zona de desarrollo potencial, agrandando las capacidades cognitivas, afectivas y sociales. Describimos un modelo simétrico como estructuras sociales éticas e inclusivas.

Como cita Echetita en su artículo "La educación inclusiva como derecho": "La inclusión busca la presencia, la participación y el éxito de todos los estudiantes. Aquí, el término "presencia" está relacionado con el lugar donde son educados los niños y con qué nivel de fiabilidad y puntualidad asisten a las clases. La inclusión educativa se entiende muchas veces de forma restrictiva como un asunto de localización, de lugares; "a qué tipo de centros acuden determinados alumnos", lo que impide el análisis sistémico que debemos realizar sobre el conjunto del sistema educativo y al que antes nos referíamos. Los lugares son importantes pero de manera interdependiente con las otras dos variables que estamos mencionando: participación y aprendizaje.

> "Es un verdadero trabajo de acompañamiento, el adulto muestra las herramientas, y da confianza, estimula y favorece la experimentación, "se aprende lo que se hace", lo que se vivencia dentro del vínculo afectivo."

El término "participación" se refiere a la calidad de sus experiencias mientras se encuentran en la escuela; por lo tanto, debe incorporar los puntos de vista de los propios alumnos, sus "voces" y la valoración de su bienestar personal y social. Por último, el término 'éxito' tiene que ver con los resultados de "aprendizaje" en relación al currículo de cada país, no sólo con los exámenes, o con los resultados de las evaluaciones estandarizadas". file:///home/fpa20/Descargas/Dialnet-LaEducacionInclusivaComoDerecho-3736956.pdf

J.- COMO SE CONSTRUYE LA IDENTIDAD

Según Aristóteles, Anaxágoras concibe el "nous" como origen del universo y causa de la existencia, pero a la vez trata de explicarse y llama a encontrar las cosas cotidianas de lo que ocurre en el mundo. Por otro lado, hizo formar parte de su explicación de la realidad al concepto de nous, inteligencia, la cual, siendo un «fluido» extremadamente sutil, se filtra por entre los recovecos de la materia, a la

que anima con su movimiento. El nous penetra algunas cosas y otras no, con lo que se explica, siguiendo a Anaxágoras, la existencia de objetos animados e inertes. Platón en el Fedón se muestra de acuerdo con la afirmación según la cual el nous es la causa de todo y conduce al orden y la armonía, pero discrepa con la búsqueda de las causas materiales emprendidas por Anaxágoras.

Su doctrina del nous fue más tarde adoptada críticamente por Aristóteles. Las diferencias entre las concepciones de uno y de otro pueden apreciarse con este ejemplo: para Anaxágoras los humanos pudieron hacerse inteligentes debido a que tenían manos, en cambio para Aristóteles el hombre recibió manos debido a que tenía inteligencia (la función crea el órgano). https://es.wikipedia.org/wiki/Anax%C3%A1goras

Para ilustrarlo, exponemos un caso práctico en un centro de Educación Especial:

Un alumno de 10 años tiene diagnostico TEA, los síntomas son: déficit atención, escasa tolerancia a la frustración, negatividad a realizar tareas escritas etc, inflexibilidad, impulsividad verbal, desorganización a nivel gráfico, lenguaje correcto y rico pero con peculiaridades a nivel de prosodia, dificultades para estructurar el discurso, fantasía desorganizada y siniestra.... para nosotros que asesoramos sería una "psicosis".

Dice últimamente que quiere matar para robar el alma. Imaginamos que es por esa necesidad atroz de sentir afecto, de introyectarlo, lo que pasa que lo verbaliza desde su sentido más literal, más primitivo. Desea el vinculo, el amor, y su vivencia es destructiva porque es primitiva (psicótica), querer apropiarse de otras almas porque él siente que no tiene o la suya esta dañada.

"Si pensamos en la inclusión y la exclusión, lo podemos relacionar con la introyección y la proyección.

Lo relacionamos con lo siniestro, la imagen visual y el robar el Alma, el espíritu que da vida, el amor contenido en la figura del doble o el espejo o los ojos de la madre, que para él han estado muertos. Espíritu, Alma, mundo afectivo, energía,... son elementos que en distintas culturas adquieren significados parecidos o distintos.

Otros lo ven como cuerpos, que como las muñecas rusas se contienen unas a las otras. Por ejemplo, cuerpo físico, cuerpo cognitivo, cuerpo afectivo, cuerpo social, cuerpo espiritual, Alma... recordemos que ya en la biblia se habla que somos a semejanza de Dios.

Eso tiene sentido en cuanto hay una inversión y "lo más cuántico", el Alma, da forma a la mente y ésta al cuerpo. Cuando parece que el cuerpo contiene a la mente y ésta al Alma, en modelos más sofisticados, se cree que el alma codifica una mente y ésta concreta un cuerpo. Podemos relacionar esto con culturas primitivas y pacientes con una parte psicótica de la personalidad que tienen la creencia que si les fotografías les robas el Alma. O son pacientes que se esconden de la mirada ajena, con lo cual el robo de lo material es lo visible pero se envidia lo que no es visible. O cuidando la forma externa, la apariencia, creen engañar al semejante enseñando el Alma desde el cuidado extremo de lo externo.

También podemos observar estos aspectos en las religiones. Cada religión tiene un modelo que se traslada a lo social. Las religiones las crearon las personas para solucionar problemas determinados de la época. La cristiana siguió el modelo romano de las imágenes y estátuas, con el don de ser hijos/as de Dios y nombrarlo,... con imágenes también en forma de padre, hijo y espíritu santo -muy significativo el Espíritu Santo o aliento que da vida y por cierto embaraza, crea, es fuente de crear por amor- . Es una escenificación que impresiona y en su momento, promovía el cielo y el infierno. La musulmana es más realista, además de cuestiones prácticas como no comer cerdo o lavarse antes de rezo, o cuando se hace violenta y extremista, en la religión musulmana está prohibido figurar a Dios, o a sus santos. Si lo pensamos es normal. Alá no puede tener una forma conocida. En la cristiana se hace a Dios semejante a la humana, aunque se postula que nosotros somos como él, a su semejanza. Podemos relacionar la imaginería religiosa con la categoría de mitos y sueños de Bion, en el sentido que se crean imágenes y mitos, formando las creencias religiosas que no tiene que ver con la existencia de Dios.

K- INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Si pensamos en la inclusión y la exclusión, lo podemos relacionar con la introyección y la proyección. Incluir es meter dentro, introyectar, asimilar, encajar un elemento dentro de un sistema ya configurado. Excluir es echar fuera, rechazar, expulsar, sacar lo indeseado.

Se asume que las personas somos seres sociales por naturaleza, y que parte de nuestra identidad personal se pone en juego precisamente en función del grupo en el que nos desarrollamos. Así pues, incluimos fácilmente en nuestra sociedad a todas aquellas personas que se nos aparentan deseables, que pudieran engrosar una imagen idealizada (dime con quién vas y te diere quién eres). Rechazamos por el contrario a todas aquellas que representan o ejemplifican lo indeseable. Apartamos a las " personas locas" porque la locura nos recuerda que "no somos dueños/as de nuestra casa", que no tenemos control y eso asusta, rechazamos también la discapacidad, a la persona diferente, porque nos muestra que no somos omnipotentes, que enfermamos, que sufrimos, que somos perecederos, al distinto porque muestra otra manera de ser posible, y eso pone en jaque nuestro sistema de creencias, actitudes, acciones…

No es la persona de fuera que incluimos o rechazamos, sino lo que ellas representan y lo que mueven en nosotros: nuestra debilidad, ignorancia, miedo,…… Y sin embargo no podemos estar más equivocados/as, puesto que es precisamente con la inclusión de lo diverso y distinto, donde nace la riqueza y el crecimiento, la oportunidad y el cambio.

Rechazamos todo lo que resulta disonante con nuestro ideal del yo. Que a la vez ha sido construido en un contexto social y relacional determinado, un contexto que marca aquello que es aceptable, competitivo, bueno... y aquello que simplemente no lo és. El problema reside en que en la búsqueda de ese ideal social heredado de las figuras maternas y paternas, no quede sitio para la expresión de lo frágil, lo débil o simplemente lo diferente. Entonces, nos percatamos que estamos produciendo generaciones aparentemente duras y competitivas, pero que ante la mínima frustración van a quebrarse psíquicamente, dando paso a la parte psicótica de la personalidad, a la agresión, al sadismo y a la violencia. Copando e impidiendo de esta forma la posibilidad alguna de empatizar, integrar o como mínimo tolerar lo diferente. Gran parte de estos conflictos vienen de la necesidad narcisista de agradar al otro, bien sean padres, maestros o el jefe en el contexto laboral.

"No es la persona de fuera que incluimos o rechazamos, sino lo que ellas representan y lo que mueven en nosotros: nuestra debilidad, ignorancia, miedo,…… Y sin embargo no podemos estar más equivocados/as...

En esas reacciones primarias se construye una dinámica de tener (aptitudes, conocimientos, aprobación, títulos...) y no de ser. La idealización es cada vez más intensa, mientas que las identificaciones son porosas y cambiantes. Las expectativas sociales son tan altas que se hacen inalcanzables. Se construyen seres psicóticos. El problema es que los locos, los paranoicos, los violentos son los que consiguen el poder, y los que se excluyen son los enfermos, los deprimidos, los diferentes.

"La educación inclusiva puede ser concebida como un proceso que permite abordar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los educandos a través de una mayor participación en el aprendizaje, las actividades culturales y comunitarias y reducir la exclusión dentro y fuera del sistema educativo.

...puesto que es precisamente con la inclusión de lo diverso y distinto, donde nace la riqueza y el crecimiento, la oportunidad y el cambio."

Lo anterior implica cambios y modificaciones de contenidos, enfoques, estructuras y estrategias basados en una visión común que abarca a todos los niños en edad escolar y la convicción de que es responsabilidad del sistema educativo regular educar a todos los niños y niñas. El objetivo de la inclusión es brindar respuestas apropiadas al amplio espectro de necesidades de aprendizaje tanto en entornos formales como no formales de la educación. La educación inclusiva, más que un tema marginal que trata sobre cómo integrar a ciertos estudiantes a la enseñanza convencional, representa una perspectiva que debe servir para analizar cómo transformar los sistemas educativos y otros entornos de aprendizaje, con el fin de responder a la diversidad de los estudiantes. El propósito de la educación inclusiva es permitir que los maestros y estudiantes se sientan cómodos ante la diversidad y la perciban no como un problema, sino como un desafío y una oportunidad para enriquecer las formas de enseñar y aprender" (UNESCO, 2005, pág. 14.)

Sara Polo Hernández
Psicóloga, Orientadora
escolar Psicoterapeuta
Clinica INDE.

BIBLIOGRAFÍA

Booth, T., & Ainscow, M. (2015). Guía para la educación inclusiva. Consorcio para la educación inclusiva.

Bromberg. LA SOMBRA DEL TSUNAMI y el desarrollo de la mente relacional Philip M. Prólogo de Allan Schore. Prefacio del autor para esta edición AGORA RELACIONAL Editores - Colección Pensamiento Relacional nº 18 (2017) ISBN 978-84-942559-6-0;

Cantón Duarte, J., & Cortés Arboleda, M. (2000). El apego del niño y sus cuidadores. Alianza.

Colección "Escuela Inclusiva: alumnos distintos pero no diferentes". (s.f.). GRAO.

Cogitaciones. Valencia: Promolibro. 1996. ISBN 84-7986-144-4.

Echeita, G. S. (2006). Educación para la inclusión o educación sin exclusiones. Narcea Ediciones.

Echeita. G.S y Ainscow M. La educación inclusiva como derecho. file:///home/fpa20/Descargas/Dialnet-LaEducacionInclusivaComoDerecho-3736956.pdf

Echeita, G. S. (2013). Como fomentar las redes de apoyo naturales en el marco de una escuela inclusiva. Propuestas Prácticas. . MAD.

F., M. (2013). Neuroeducación. Sólo se puede aprender aquello que se ama. Alianza Editorial .

Flecha, R. (1994). Las Nuevas desigualdades Educativas. Barcelona: Paidós.

Freire, P. (1999). Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido. México: Siglo XXI.

Fromm, Erich (edición de Paidos, 1959). El arte de amar: una investigación sobre la naturaleza del amor. Grupo Planeta (GBS), 2004. ISBN 8449314976, 9788449314971. En Google Libros.

García García, M., Gallego Vega, C., & Cotrina García, M. (2014). Movilizando sistemas de apoyo inclusivos a través de Grupos de Apoyo Mútuo. Revista nacional e internacional de educación inclusiva, Volumen 7, Nº 1.

Huguet, T. (2006). Aprender juntos en el aula. Una propuesta inclusiva. Barcelona: Grao.

Jung, CG ([1959] 1969). Los arquetipos y el inconsciente colectivo , Obras completas, Volumen 9, Parte 1, Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press. ISBN 0-691-01833-2. par. 259

Lecannelier, F. (2006). Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Volumen I. LOM Ediciones.

Lecannelier, F. (2014). Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental volumen II. LOM Ediciones.

León Grinberg & Sor, D. & Tabak de Bianchedi, E. (1972). Introducción a las ideas de Bion. Buenos Aires: Nueva Visión.

Mary Williams, "La indivisibilidad del inconsciente personal y colectivo", Journal of Analytical Psychology 8.1, enero de 1963. Véase también: Jung, Collected Works vol. 9.I (1959), "El concepto de inconsciente colectivo" (1936), ¶91 (p. 43).

MARINA, José Antonio. Historia visual de la inteligencia. Conecta Editorial, 2019. ISBN: 978-84-16883-65-3

MARINA, José Antonio en: https://www.joseantoniomarina.net/articulos-en-prensa/el-nuevo-modelo-de-inteligencia-hacia-una-pedagogia-cientificamente-fundada/

Meltzer D. Metapsicología ampliada, 1998, Spatia Ed. ISBN 978-950-99558-3-7
Martha Harris, Donald Meltzer:Familia y comunidad, 1990, Spatia Ed. ISBN 978-950-99558-1-3

Martha Harris, Donald Meltzer: Adolescentes, 1998, Spatia Ed. ISBN 978-950-99558-8-2

Navarro Euribe, R. (2013). La transgeneracionalidad y los patrones de apego. Correlatos entre el psicoanálisis y las neurociencias. . Lima: Tesis. Universidad Católica del Perú.

Ordine Nuccio .-LA UTILIDAD DE LO INÚTIL.Trad. Jordi Bayod. Ed. Acantilado.- 172 págs.

Ordine Nuccio. El umbral de la sombra (original "La soglia dell'ombra", Venecia, Marsilio, 2009³), Madrid, Siruela (Biblioteca de Ensayo / Serie mayor. 62), 2008 (traducción de Silvina Paula Vidal), ISBN 978-84-9841-220-8)

Pi Navarro, V. (2005). Reeducación en el espectro Autista. Valencia: PROMOLIBRO.

Pitillas, C., & Berátegui, A. (2018). Primera Alianza: Fortalecer y reparar los vínculos tempranos. Barcelona: Gedisa Editorial.

Porges, S. W. (2016). La teoría Polivagal. Fundamentos Neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación. . Madrid: Ediciones Pleyades S.A.

Pujolas, P. (2008). El aprendizaje cooperativo. Barcelona: Grao.

Valls, R. (2000). Comunidades de Aprendizaje: una práctica educativa de aprendizaje dialógico para la sociedad de la Información. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.

"L´apego i la inclusió a l´escola"

Ací et passe una breu reflexió personal sobre el tema de l´apego, els afectes i què pense jo que pot passar a l´escola amb tot açò. Basant-me en la meua experiència. Ja em comentes, una vegada llegida, què t´ha semblat.

La paraula "apego" és una paraula utilitzada en castellà que en valencià té la seua traducció corresponent, es diu "afecció" i per tant "desapego" es tradueix per "desafecció". Està totalment vinculada al món dels afectes, a l´àmbit afectiu i emocinal, d´aquesta manera podria entendre´s en els adults certes conductes afectives o d´apego que no tenen perquè ser dolentes si contribueixen a l´estabilitat emocional de l´adult. Però anem a pams. Al terme mig està la virtut.

Per tant tot el que supose "estar afectat", tot i que en primera instància tinga un connotació negativa i semble que comporte patiment, es podria mirar des d´altra perspectiva, en un sentit positiu, i equiparar-se a una simple AFICIÓ.

A alguna cosa que ens fa sentir bé i que gaudim d´ella, sense abusar, en la seua justa mesura, alternant l´afició i l´apego amb el món més racional o de pensament. Ja que emocionalment, quan abusem d´algun afecte que crea dependència, cal saber deslliurar-se´n.

En aquest sentit, en les etapes més tempranes de la vida, és normal que els nens tinguen afecció pels pares, tant és així, que, de vegades deslliurar-los d´eixe apego amb la finalitat d´integrar-los al sistema educatiu pot resultar "traumàtic", en segons quins casos.

Per açò voldria parlar de l´escola, de la inclusió dintre el sistema educatiu. Cal que els pedagogs, mestres i professors desperten en l´alumnat l´interés i les ganes d´aprendre, de ser crítics, de plantejar-s´ho tot, que l´alumnat se senta protagonista dintre l´escola, lluny de comparacions i preferències per part dels docents. Cadascú té el seu ritme d´aprenentatge però cal despertar la curiositat i tractar que els aprenents disfruten lúdicament de l´escola o comunitat que els acull. Potser açò semble idílic, ho sé per la meua pròpia experiència. Sobretot a l´adolescència, eixa edat difícil en la qual l´alumnat es veu afectat per canvis hormonals i socials i del seu entorn. És en aquestes edats on la malaltia mental fa el seu primer brot i on més present han d´estar els psicòlegs per tal de previndre-la o bé per ajudar a entendre què li passa a l´alumne i transmetre-ho a la família.

En aquestos casos les criatures es troben marginades, aïllades, excloses, no els arriba cap mena d´afecte o no l´experimenten i el busquen fora de l´escola i fora de la família, en altres aficions o "addiccions".

No convé buscar culpables. Alguna cosa ha fallat, potser la família, sobreprotectora, o el sistema educatiu, siga com siga.....la bona inclusió i integració a l´escola és una responsabilitat important que no cal minimitzar i que no cal basar en la transmissió memorística de continguts i sí d´acompanyament i recolzament a aquells alumnes, que per condició o entorn es veuen afectats d´aquesta mena de problemàtiques.

Per a concloure, només afegir que léscola ha de tenir com a principi i finalitat última el preparar les criatures per a gaudir de la vida i obrir-los la porta al món, al qual s´hauran d´adaptar amb les eines que els haja facilitat la família i el sistema educatiu.

María Aurèlia Lerma

PROYECTO EDUCACIÓN ASIEM

EDUCACIÓN EN SALUD MENTAL Y TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA y LA ADOLESCENCIA

Autor. VICENT PI colaborador de ASIEM EDUCACIÓ

INTRODUCCIÓN:

Después de comprobar, con las charlas que ha impartido ASIEM en institutos, el impacto positivo en las personas oyentes para la comprensión de los problemas de salud, ruptura del estigma, evitar la discriminación y el acoso, así como para reconocer los problemas de salud mental evitando prejuicios, consideramos necesaria la formación y sensibilización en los centros educativos y formativos, así como extenderlo a las familias. Lo corrobora un estudio, en el que ha colaborado activamente ASIEM, que ha consistido en pasar unos cuestionarios, antes y después de nuestras charlas, al alumnado de varias universidades (UV, Universidad Europea, CEU, U. Católica) en grados de enfermería, psicología, trabajo social, en ciclos formativos de integración, auxiliar de enfermería, ocio y atención a la dependencia y alumnado de algunos institutos (Pax, Giorgeta, Jordi Sant Jordi) dirigido por la profesora de enfermería de la Universidad Europea, Concepción Martínez que analiza el impacto de las charlas y que ha sido publicado (PubMed, Ment Health Nurs 2019). Demostrando la efectividad de la intervención de contacto directo con personas con enfermedades mentales o sus familias para reducir el estigma, ya que después de conocerlas y oír su testimonio, hubo una disminución de miedos, exclusión, rechazo y actitudes negativas, ganándose en confianza y sentimientos positivos y de ayuda.

Consideramos que haciendo intervenciones formativas en los centros educativos podemos dar visibilidad a los problemas de salud mental y dar herramientas a docentes, alumnado y familias, además de concienciar y visibilizar a nuestro colectivo, para conseguir que los derechos de las personas con estos problemas se puedan equiparar realmente a los que disfruta el resto de la ciudadanía.

Por otro lado, ello permitiría conocer la casuística de las personas que no pueden acceder a la formación profesional y educativa durante un periodo determinado y que cuando quieren reincorporarse, mermadas en muchos casos sus capacidades cognitivas, les resulta muy difícil, necesitando ayuda o adaptaciones que no es fácil conseguir si se desconoce el problema, pero que consideramos no es imposible, con la adaptación adecuada.

En los trastornos mentales no se puede determinar la causa, porque posiblemente haya una serie de factores que llevan a ello, como los genéticos, constitucionales y los ambientales. Sobre los factores genéticos, neuronales y constitucionales, así como los ambientales, en la mayoría de los casos es difícil determinar.

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 exclusión social, que puede ser más evidente en los trastornos mentales por las conductas disruptivas que pueden ocasionar.

Las escuelas y los institutos son por lo tanto ámbitos de desarrollo de la personalidad, en las cuales las interacciones son máximas en los procesos de aprendizaje y es factible con los instrumentos que aporta el sistema educativo como las adaptaciones curriculares y de acceso al currículo, las tutorías, la formación en centros y en los CEFIRES, los Programas de Inclusión, así como el constructivismo como proceso de aprendizaje avalado en toda la Unión Europea como proceso de cooperación e inclusión y atención a la diversidad, como a los profesionales especializados SPEs, Orientadores Secundaria, Gabinetes Municipales, profesores de pedagogía terapéutica, logopedas y tutores, haya una inclusión del Trastorno Mental (TM) 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.

1.- ANÁLISIS CURRICULAR DEL TM

Desde nuestra perspectiva, en el ámbito curricular vamos a distinguir tres apartados: el currículo cognitivo basado en conocimientos objetivos de la cultura social, la sociabilidad y la adaptación a la cultura del grupo de pertenencia, y el mundo afectivo producto de las experiencias emocionales. La integración de estos tres campos de la personalidad permiten el desarrollo humano y un aprendizaje efectivo para el bienestar, la salud mental y en ciudadanos con autoestima y con valor para el resto de sus semejantes:

a.- El currículo cognitivo. Basado en contenidos objetivos y del exterior, el más concreto y científico, que representan la cultura y los procesos simbólicos de esa cultura. Son los currículos de área. La discapacidad se la nombra como intelectual.

b.- La sociabilidad representa el mundo de las relaciones humanas que forma el contexto donde se da el aprendizaje y que se puede determinar cómo autoritario, democrático, integrador, inclusivo,…Es menos visible, pero forma la malla que permite el aprendizaje curricular y afectivo, por ejemplo que sea inclusivo y cooperativo, basado en la Zona de Desarrollo Próximo de Vigotsky.

c.- El mundo afectivo. Son los sentimientos internos a partir de la experiencia emocional del aprendizaje social del currículo de área.

Las dificultades sociales y afectivas se les suele llamar discapacidad psíquica generalmente provocadas por un TM.

Las discapacidades que atiende el sistema educativo son muy variadas, como las sensoriales, cognitivas, motoras, psíquicas, orgánicas,… Podemos hablar de inteligencia cognitiva, social y afectiva como las tres inteligencias integradas para un desarrollo mental adecuado.

Cada discapacidad o si hay discapacidad múltiple, los recursos curriculares, metodológicos y materiales son destinos y según la gravedad más complejos. Por otra parte, las discapacidades intelectuales como el síndrome de down, sus dificultades son sobre todo cognitivas, pero no tienen déficits en sus capacidades relacionales y afectivas. Sus procesos de aprendizaje se adaptan bastante bien a cualquier estructura organizativa que tenga en cuenta sus niveles curriculares de área, aspecto que el profesorado puede tener en cuenta.

Pasa lo mismo si la discapacidad es sensorial, pero si en el aparato cognitivo, social y afectivo, no hay discapacidad. Esto puede ocurrir, si falla la adaptación de acceso al currículo y por ejemplo un sordo mudo puede tener problemas cognitivos, sociales y afectivos si no aprende un código de comunicación social para el aprendizaje. , 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, desarrollar y aprovechar las capacidades cognitivas que en otras ocasiones están muy desarrolladas, conocer su perfil de aprendizaje con los canales de entrada de la información, son perspectivas que entran dentro del constructivismo más radical por humano, ya que se acepta, se conoce y se aprende desde las diferencias… donde la responsabilidad la sostiene el rol que cuida y protege, el profesor y los especialistas que permite así la inclusión del TM en la comunidad educativa, por la formación que se ha tenido y el conocimiento teórico y experiencial con el alumno.

d.- En referencia a estas áreas curriculares, y en relación a los diagnósticos, si bien las etiquetas en los informes técnicos son precisas para la modalidad de escolarización, los recursos escolares y sociales, la

petición de minusvalías, o para los textos especializados de los TM y saber de qué se está hablando, y para la coordinación entre los profesionales de sanidad, educación y servicios sociales, no dejan de ser un estigma sobre todo cuando en vez de aspectos generales entramos en un infante en particular y el uso de las etiquetas en personas poco formadas y con prejuicios, generan exclusión, miedo y frialdad respecto a las conductas del TM, más allá que aunque se sabe, los informes son confidenciales.

Con lo cual, los diagnósticos cualitativos en las áreas mencionadas de cognitivas, social y afectiva, tendría que formar el panorama de las programaciones y de las adaptaciones curriculares de los alumnos.

En referencia a lo expuesto, entendemos que las discapacidades psíquicas, difieren de las intelectuales, así como las motoras y sensoriales, por las áreas donde están sus dificultades.

Podemos hablar de organizaciones mentales normalizadas cuando están integradas las áreas cognitivas, sociales y afectivas, aunque pueden estar alguna de estas áreas limitadas. En concreto existe la sociabilidad en el aprendizaje que nos enseñó Vigotsky de unos educandos con los otros y con la cultura social y escolar, y en la escuela especialmente con sus semejantes y con la autoridad representada por los profesores. Hay por lo tanto una adaptación al medio y funcionan los procesos de asimilación y adaptación que describió Piaget.

Aquí la inclusión es fácil por los procesos de adaptación al medio de las discapacidades que no tienen afectada el área psíquica, más allá de los acosos, los prejuicios y la violencia que se puede dar en el medio escolar.

En los TM, afectadas las áreas afectivas y sociales, no hay una organización mental que pueda hacerse cargo de la complejidad del currículo escolar, las relaciones sociales, la competitividad, y las tensiones que se producen en entornos tan cambiantes y por lo tanto para ellos peligrosos y desconocidos.

Los procesos de adaptación al medio, de socialización son difíciles, los procesos de asimilación de la cultura externa son desconocidos, complejos y no son de su interés, por lo que el aprendizaje normalizado es imposible, si no se estable una relación de aprendizaje inclusivo que Vigotsky nos enseñó como aprendizaje social basado y cercano a los aprendizajes previos del TM. La inclusión es muy difícil, si no se trabaja en una inclusión que tenga en cuenta precisamente las relaciones sociales y la gestión emocional. Por eso, los diagnósticos tienen que ir en esa línea, lo mismo que la inclusión, y no tanto en el currículo de área sino en un currículo que le sirva para la vida.

Normalmente el aprendizaje social y afectivo, los valores, la empatía, se organiza como aspectos transversales del currículo de área. La propuesta es distinta, el currículo cognitivo del TM es el soporte, de la experiencia emocional y social del aprendizaje cooperativo.

Por lo tanto se necesita programas de inclusión especializados específicamente para los alumnos TM, así como profesionales que orienten y trabajen en esa dirección, porque cada alumno del espectro autista o adolescente con procesos psicóticos, son como se sabe de una gran variabilidad y que necesitan entornos adecuados a sus necesidades, porque a diferencia de lo cognitivo, sensorial o motor, tan concreto, la psíquico no normalizado, es distinto en cada sujeto, porque cada TM ha creado su propio refugio.

Normalmente se llama adaptación curricular a los programas curriculares que tienen en cuenta el currículo de área que se tiene que adaptar a las capacidades y a los conocimientos del alumno con una discapacidad cuando sobre todo las deficiencias son más cognitivas.

También se suelen programar las adaptaciones de acceso al currículo cuando hay que tener en cuenta los instrumentos que requieren los alumnos para acceder a esos currículos de área. Por ejemplo, en las discapacidades motoras, sensoriales,… estas adaptaciones son muy factibles, porque son instrumentos mecánicos como un alumno sordo y el mecanismo para oír, o el instrumento más complejo como lenguaje de sordos para comunicarse a nivel social. En todo caso sus inclusiones son más formales aunque pueden ser complejas.

Cualquier alumno con n.e.e. sería bueno tener en cuenta estas dos adaptaciones para su inclusión en el mundo educativo.

El alumno con un TM debido a que su aparato cognitivo es el menos alterado, y su discapacidad se centra más en la gestión emocional y en la gestión social, aunque alteran a la vez su aparato cognitivo en sus funciones mentales y por lo tanto en la adquisición del currículo de área, sobre todo por sus dificultades en la abstracción, las adaptaciones de currículo solo son factibles si se tienen en cuenta prioritariamente las adaptaciones de acceso al currículo.

Las adaptaciones de acceso al currículo, se tendrían que fundamentar sobre todo en crear las condiciones de un contexto educativo donde el alumno con TM se sienta seguro y protegido, es decir, haya una inclusión real. Por lo tanto hay que tener en cuenta las relaciones entre los alumnos y el profesor, en un trabajo cooperativo y cercano a relaciones casi simétricas, utilizando los intereses y las capacidades del alumno con TM para su inclusión, y su perfil de aprendizaje sobre todo visual.

2.- METODOLOGÍAS Y PROCESOS DE APRENDIZAJE.

Hemos hablado anteriormente del constructivismo más radical, cuando nos referimos al que no está solo en el currículo de área, y que suele estar en los libros de textos de conocimientos cognitivos, sino también al currículo implícito y transversal respecto al currículo de área y que hace al profesor educador y no solo enseñante. Es el currículo de los procesos de enseñanza aprendizaje constructivista basados en Vigotsky y que ahora se determina como aprendizaje de inclusión y cooperativo.

Si Vigotsky nos habló de la Zona de Desarrollo Próximo, como el contexto de aprendizaje que se da en forma cooperativa y cercana a los conocimientos y capacidades del alumno, el constructivismo en TM, tiene que basarse con sus conocimientos básicos, relaciones sociales y afectivas, y desarrollar y adquirir otras dentro de éste aprendizaje social.

La enseñanza bajo el constructivismo, basado en Piaget, Vigotsky, Ausubel, Bruner y Freinet, se concibe como un proceso a través del cual se ayuda, apoya y dirige al alumno en la construcción del conocimiento; se trata de ir de lo simple, lo concreto, la manipulación del objeto, (conocimiento intuitivo) a lo complejo, abstracto y simbólico (conocimiento formal, científico), que tan bien describió Piaget, practicó Freinet con sus talleres basados en la experiencia y la cooperación, y dentro de un proceso que se parte de la experiencia emocional dentro de una relación empática.

Las personas que padecen problemas mentales mejoran con la actividad, con proyectos de vida y siendo integradas, incluido el ámbito educativo.

- Esta evidencia lleva a plantearse la necesidad de proyectos individuales curriculares que predomine la actividad física a la intelectual ya que se convierte en excesivamente compleja y simbólica, cuando se está en crisis, y que el alumno se sienta reconocido por su trabajo, y que aumente su autoestima (Freinet). La participación en talleres y en actividades de preparación de materiales para el centro se hace imprescindible. También la formación profesional y las formaciones profesionales no regladas en institutos. Las actividades deportivas y las mal llamadas marías, que no tienen un nivel elevado de abstracción y simbolización, basadas en la intuición, la creatividad y con un gran componente sensorial, motriz, visual y musical, que favorece la expresividad, la relación y el intercambio social.

- Desde estas adaptaciones curriculares individuales basados en los conocimientos previos y las capacidades, con las adaptaciones al currículo que en el TM son metodológicas como el cooperativismo en la Zona de Desarrollo Próximo, basadas también en la experiencia, y con materiales sensoriales y visuales por ejemplo el ordenador, es donde se tendría que formar el contexto social y afectivo de aprendizaje.

- 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 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.

- Todas 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.

3.- SEÑALES DEL TM

Hay que considerar que en el Trastorno Mental uno de los primeros síntomas visibles y observables en la infancia como en el trastorno autista, y en adolescentes antes del brote psicótico, algunos son registrables, por lo que además de las pruebas objetivas y proyectivas, la observación y el seguimiento, son importantes para que no haya cronificación y en la adolescencia suceda el brote psicótico, como:

- Aislamiento.

- Estereotipias, conductas e intereses estereotipados, conductas extrañas.

- No miran o mirada huidiza o desafiante.

- Abandono de los estudios y el trabajo.

- Rechazo a las actividades intelectuales y simbólicas.

- Rechazo a las organizaciones institucionales jerarquizadas como la autoridad, los límites y la enseñanza directiva. Son disruptivos por inhibición o intrusivos.

- Rechazo a los contextos que no son controlables y son inciertos.

- Dificultad de gestionar el mundo emocional con las relaciones escolares.

- Rechazo a todo lo nuevo.

- Intolerancia a la frustración, rabietas, falta de gestión emocional.

- Conductas agresivas hacia los demás o hacia sí mismo, si hay excesiva intolerancia a la frustración o se les exige desde la autoridad, que se vive a la vez como agresión.

- Problemas en el lenguaje (Diagnóstico de TEL).

Otros son indicios pero se requiere un estudio familiar:

- Adicciones de todo tipo, si son infantes a la imagen visual, como móvil, TV, juegos digitales... comida, dulces,… que los aíslan.

- Anorexias y bulimias.

- Conductas obsesivas.

- Insomnio.

- No salen con otros jóvenes.

- Aislamiento.

- Discute y riñe.

- Antecedentes familiares, …

- Desestructuración familiar, …

- Conductas antisociales.

Hay que tener en cuenta que en el TM en el DSM se indica la formación clínica basada en la observación y la experiencia, pero la evaluación comportamental y de sus problemas cognitivos y sobre todo sociales y afectivos, con los informes técnicos correspondientes permite en el mundo escolar planificar programas de inclusión que favorezcan el desarrollo del TM.

4.- LA OBSERVACIÓN EN EL CONTEXTO EDUCATIVO

Es por eso, que en las escuelas e institutos, y porque se está una gran cantidad de horas, es factible detectar los problemas mentales porque el alumno se encuentra enfrentado a todas las características del sistema educativo y que manifiestan síntomas como indicamos en el punto anterior. Es decir, se podrá observar conductas que indican crisis, o el inicio de una crisis o un trastorno mental, que en todo caso requiere atención e intervención, prevención, para que no haya cristalización de un trastorno o haya brote psicótico.

Por otra parte la coordinación con los servicios sanitarios, las USMIAS y los servicios sociales, permite la intervención integral y en contextos más generalizados donde se dan las relaciones sociales y afectivas. Es factible con los recursos del sistema educativo, poder contener, mejorar y aliviar los problemas emocionales y sociales del TM, así como colaborar con la familia, sanidad y con los servicios sociales.

5.- JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO ASIEM EDUCACIÓN:

Entendemos que es una necesidad para nuestro colectivo dar a conocer la problemática de la salud mental, acceder a la formación de la comunidad educativa, y potenciar otras capacidades de los TM, ante la pérdida de aquellas que les permitirían un acceso normalizado a la educación. Consideramos fundamental la formación en el proyecto vital de nuestro colectivo, y necesario adaptar, de forma específica, esa formación a cada persona que tenga una enfermedad mental grave o esté desarrollándola.

Por lo que la formación de toda la comunidad educativa en salud mental, la inclusión de los alumnos con TM en la vida escolar, evitando la soledad, la estigmación, la exclusión y el acoso, la detección precoz, la prevención de su cronificación, y en los adolescentes anticipar por sus síntomas los brotes psicóticos, para la intervención y evitación de los mismos, tratar la violencia en las aulas y los centros educativos, favorecer la empatía, las relaciones de ayuda mutua y el conocimiento de los procesos metales que derivan en conductas disruptivas, se hace imprescindible. En ese sentido, la prevención y la asistencia en las etapas infantiles, evitan la manifestación del TM, que de lo contrario se cronifica en la adolescencia y se interrumpe el desarrollo educativo así como el futuro vital.

Las situaciones de estigmatización y acoso a personas de nuestro colectivo son otro de los motivos por los que consideramos fundamental dar a conocer lo que es la enfermedad mental, cómo ayudar a la recuperación o mejora y cómo afecta al entorno de la persona que la padece. El desconocimiento de los problemas de

salud mental, hacen que muchas personas tengan interiorizados prejuicios y no sepan cómo comportarse, en especial los más jóvenes, ante situaciones delicadas como puede ser una crisis o un brote psicótico, así como ante el retraimiento de la persona que sufre una enfermedad mental grave.

Las personas a las que les sobreviene una enfermedad mental grave cuando están en la etapa formativa, les rompe el proyecto de vida, les incapacita para continuar con su formación por el sistema educativo normalizado, por lo que es necesario estudiar adaptaciones para el aprendizaje. La incertidumbre de la comunidad docente y desorientación de la familia, cuando se diagnostica un autismo, así como lo importante que resulta evitar el estrés en esos primeros episodios durante el brote psicótico y el desamparo en el periodo posterior, ya que tras sufrirlos deja secuelas a nivel cognitivo (falta de memoria, falta de concentración y atención) a la que se suman los efectos secundarios (aletargamiento, temblores…) de los fármacos que se prescriben para contener los síntomas positivos (aquellos que suman a su personalidad delirios y alucinaciones) pero que no controlan los síntomas negativos (aquellos que le restan a su personalidad actividades que realizaban antes de la enfermedad, como deporte, habilidades sociales…), por otra parte la gestión emocional queda muy mermada y el miedo social impide la interacción y con ello el aislamiento.

6.- NUESTRO PROYECTO EDUCATIVO

Marco institucional.

Contar con la Consellería de Educación y Formación Profesional nos parece idóneo para llevar a cabo este proyecto, que junto a la experiencia de ASIEM y su Equipo Técnico, así como con nuestra gente voluntaria, familiares con experiencia y usuarias que dan testimonio en primera persona.

Finalidad:

Formar en la Salud Mental y la Gestión de emociones, en la detección precoz y en la resolución de conflictos así como en los procesos de mediación y ayuda entre semejantes, evitando situaciones de acoso e incomprensión. Además queremos fomentar las adaptaciones para el aprendizaje, ya que se dan circunstancias tan diferentes como personas con problemas de salud mental, algunas de las cuales llegan a conseguir niveles de mejora que les permiten cursar estudios y formarse. La actividad en nuestro colectivo es fundamental.

Una educación emocional temprana previene problemas de salud mental, por lo que consideramos trabajar en ello dentro de la primera etapa formativa.

Personas destinatarias:

- Docentes, orientadores, pedagogía terapéutica, logopedas y alumnado.
- Extensivo a las familias (madres y padres).
- Centros de estudios especializados en formar profesionales con los que tendrá relación con nuestro colectivo, por ejemplo los CEFIRES o grupos de trabajo.

Proyecto Asiem Educación. Objetivos inmediatos:

1. Desarrollar una guía para primaria sobre salud mental y la inclusión de la discapacidad psíquica.
2. Desarrollar un proyecto como experiencia piloto con 2, 3 ó 4 centros educativos con ayuda de la Consellería.
3. Participar en los proyectos, organizaciones educativas en los centros, desarrollos curriculares,… de la Consellería, donde podamos volcar la experiencia de nuestro colectivo, así como la experiencia de nuestros técnicos.
4. Favorecer y participar en la coordinación en salud mental con las Consellerias de educación, sanidad y consellería de igualdad y políticas inclusivas.

Actividades y tareas en la formación: Programación por complejidad y cambio en las actitudes que favorezcan la inclusión del TM y permitan con la experiencia la empatía hacia el trastorno:

1. Fase de sensibilización, prevención e información de la salud mental y el TM. Poco cambio en las actitudes pero se dota de instrumentos mentales para ciertos miembros de la comunidad educativa que se pueden comprometer en el apoyo de los alumnos con TM. Desde esta perspectiva si el orientador, jefe de estudios o alguien del profesorado, se muestra como un referente del cambio y se concreta en actividades, se profundiza en la inclusión del TM.

   Actividades de sensibilización de la comunidad educativa: charlas, guías, cómics, películas, vídeos, coloquios, participación de usuarios de la asociación,…

   Dirigido a toda la comunidad educativa: a familia, profesores, SPEs, gabinetes municipales, orientadores institutos,…

2. Formación teórica como cursos: Implica mayor compromiso y requiere más tiempo en la formación. Dirigido a profesionales en contacto en alumnos con TM.

   Padres, profesores, orientadores, logopedas, profesores de pedagogía terapéutica, trabajadores sociales…

3. Investigación en acción. Máximo cambio en la actitud y en las capacidades de transformar la relación educativa con el alumno. Método constructivista basado en la investigación y la experiencia, la cooperación y la innovación. Apenas hay formación teórica y se basa en compartir experiencias. Hay un coordinador a ser posible con formación que regula el intercambio de información, donde se trabajan aspectos cognitivos pero sobre todo emocional y social. El coordinador experto podría ser finalmente un orientador.

   Para profesiones que trabajen con alumnos TM, orientadores, tutores, colegios que participen en el proyecto, asociación de padres,…Son aprendizajes sociales (anexo 4: A, B y C, como ejemplo de la creación de estos contextos de aprendizaje) de iguales o de distinta intervención en la educación que como los alumnos hacen aprendizajes mutuos cooperativos a partir de la experiencia que tienen con los alumnos TEA y cómo comparten actividades, experiencias, contenidos curriculares, procesos en la interacción,… Normalmente son grupos de aprendizaje social que se utiliza en sanidad, educación o en grupos sociales y que reciben distintos nombre según la estructura y los objetivos, así como los componentes, la implicación emocional, a quienes van dirigidos, como grupos dialógicos, grupos de ayuda mutua, grupos Balint, investigación en la acción, comunidades de aprendizaje … y donde no se suelen dar aspectos teóricos y sí verbalizar la propia experiencia, la cooperación entre los componentes, con lo cual favorece el desarrollo cognitivo, social y afectivo de los miembros.

   La ayuda mutua y la colaboración que se suele favorecer entre los alumnos con el constructivismo, se hace imprescindible en el aprendizaje de los profesionales, ya que no han tenido un aprendizaje clínico sobre los TM, y los instrumentos de intervención parten de su propia formación constructivista. Se aprende a conocer y escuchar a los otros compañeros, sus vivencias, a cómo se relacionan con la diversidad y la atención que se adquiere en la experiencia de los demás para no repetir los propios comportamientos estereotipados y prejuicios.

   Los grupos requieren por su carácter psicoterapéutico cierta continuidad, confianza en el resto, respeto por las opiniones, empatía con las vivencias ajenas y comprensión. Por otra parte en el proceso hay aumento de las capacidades de observación y escucha, tolerar la incertidumbre y favorecer la gestión emocional.

4. Centro y Unidades Terapéuticas. Son grupos de profesionales interdisciplinares aún más especializados en el TM, que hace de soporte a la intervención en los centros. Requiere una nueva estructura como

se hizo con las aulas CyL o como está previsto si se lleva a término el nuevo decreto de inclusión con orientador, PT, logopeda y trabajadora social. Son unidades escolares para el apoyo, diagnóstico, asistencia y orientación para las adaptaciones curriculares de los TM, asistidas por otras unidades administrativas para la formación, la investigación y el diagnóstico de los alumnos TM que asesoran a las unidades terapéuticas escolares, específicamente especializadas en TM.

Primeras actividades y tareas:

Estrategia formativa con una guía dirigida a dar a conocer a docentes, equipos de orientación de los Institutos, familias y alumnado, lo básico de la problemática en salud mental. Teniendo como ejemplo la GUÍA que ha elaborado la asociación AFESMO de Molina de Segura en Murcia "abre tu mente en modo positivo", y que ASIEM está desarrollando su propia guía. Sería muy interesante para Primaria publicar algo parecido a la guía de forma simplificada, como un cómic, establecer, dentro de los programas educativos, un espacio para impartir charlas formativas y divulgativas (visibilidad y sensibilización), colaborar con la Consellería de Educación con los programas y proyectos que ya lleva a término para conseguir los objetivos expuestos por ASIEM.

Metodología:

Cómo realizarlo: Mediante la elaboración de una GUÍA (y un cómic para primaria) que sirva para orientar sobre la salud mental, así como charlas incluidas en el programa de estudios, especialmente en asignaturas que fomenten la convivencia y el respeto. Prevenir la estigmación, el aislamiento y la exclusión social.

- Formación de los distintos estamentos de la comunidad educativa, haciendo hincapié en la importancia de la salud mental y en la inclusión del TM.
- Establecer los indicadores de vulnerabilidad (tanto desde la perspectiva de las personas a las que iría dirigida la formación como a las personas con una enfermedad mental grave a las que se les podría ayudar en un futuro y prevenir su cronificación).
- Propuestas de mejora en las relaciones sociales, en la orientación de las capacidades y en las pautas a seguir cuando se detecta una situación con problema de salud mental.
- Desarrollo de la inclusión del TM a través del constructivismo original que hemos descrito, basado en la Zona de Desarrollo Próximo y que tiene en cuenta el área social y afectiva, la cooperación y al experiencia en la investigación de la realidad como los talleres.
- Aprendizajes basados en la cooperación, con los semejantes y con la diversidad del alumnado, con el apoyo y la guía de algún alumno más experto, sobre todo en sociabilidad y gestión emocional.

Recursos:

Financiación con recursos públicos.

- Los propios de la Consellería: Spes, orientadores, especialistas, inspección, profesores de PT, logopedas… y los propios proyectos que ya está llevando a término.
- Asiem, ya que cuenta con voluntariado, personas usuarias y familiares con experiencia en impartir charlas dando testimonio en primera persona.
- El Equipo Técnico de Asiem que conoce bien las necesidades del colectivo.

Evaluación

Consideramos necesario hacer un seguimiento de los logros conseguidos con la experiencia para poder sentar las directrices a seguir. Resultados en base a los indicadores y las propuestas.

Textos formativos

Prevención y Salud Mental.
Vicente Pi Navarro..... pág. 90

Adolescencia limites y familia
Manuel Sides Galán..... pág.108

Perspectivas de intervención psicoanalítica con adolescentes
Manuel Sides Galan..... pág. 112

Prevención y salud mental infantil

Autor: Vicent Pi Navarro

Parte del texto es la actualización dentro del diploma de salud mental infantil, del módulo del mismo nombre, cuyo rol mío era de director externo, y profesor de este módulo, promovido por la universidad de psicología y realizado en ADEIT.

El texto es un recorrido de distintas instituciones que promocionan la salud mental, la prevención y promulgan textos sobre el tema, desde postulados científicos y con evidencia de resultados a partir de la experiencia, sobre distintos apartados como pacientes, orientaciones para padres, clasificados por profesiones, naciones, psicopatologías…No está claro que remita a todas las instituciones importantes, pero el objetivo es dar a conocer algunas relevantes de ellas, para la formación y la investigación. Todas ellas tienen su web donde vuelcan sus desarrollos de forma gratuita y algunas con formatos de guías para el público.

El objetivo sería tener como instrumento profesional, una guía de estos materiales realizada por los profesionales, y en su conocimiento, pudiera ser de uso, en este caso, de interés en escuelas e institutos, en los cuales se puede hacer prevención y como hemos dicho en otros documentos, intervención trabajando la inclusión del trastorno mental en el contexto escolar.

Introducción:

Para hablar de Salud mental, antes tenemos que definir lo que entendemos por “mente”. La mente sería un conjunto de capacidades cognitivas, afectivas y sociales, que nos capacita para pensar. Estas capacidades producen pensamientos en forma de representaciones mentales como la imaginación, las palabras o el cálculo algebraico. Estas capacidades y sus productos, su acción, las representaciones mentales, son exclusivamente humanas y otras compartidas en otros animales. Según la enciclopedia wikipedia, “la mente es el conjunto de capacidades cognitivas (i.e., mentales) que engloban procesos como la percepción, el pensamiento, la conciencia, la memoria, imaginación, etc., algunas de las cuales son características del humano y otras son compartidas con otras formas de vida. La mente, este conjunto de procesos, debe ser diferenciado del estado mental, tal como el deseo, la sensación de dolor o las creencias, que son instancias, tipos o ejemplos de dichos procesos. En la mente podemos distinguir distintos procesos como los conscientes, los inconscientes y los procedimentales.

A lo largo de la historia este concepto de mente ha sido concebido ontológicamente en diferentes categorías (como una sustancia distinta del cuerpo, una parte, un proceso o una propiedad). Sin embargo, las concepciones dominantes actuales, ambas materialistas, se engloban en la teoría de la identidad mente-cerebro y el funcionalismo”.

Se entiende que la mente emerge del cerebro, pero aunque es una condición necesaria, la mente requiere todo el organismo y el control del mismo, incluyendo como necesarias las sensopercepciones. Al no tener corporeidad ha sido tema de filósofos, antropólogos, psiquiatras y por supuesto de psicólogos. Por lo tanto, no sabemos lo que ocurre dentro de la mente si no es por sus manifestaciones. Aunque disantos modelos intentan comprender cómo trabaja y cómo surgen los pensamientos, así como los trastornos mentales.

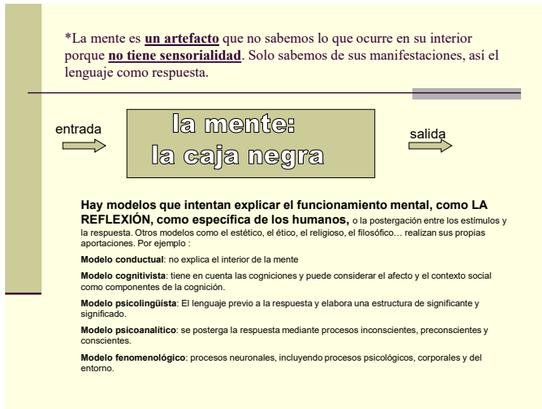


Fig. 1

En realidad, si bien la mente no es sensorial, es un conjunto ordenado de capacidades, funciona como un músculo. Sabemos que en su ejercitación, se hace más poderosa y hábil. También el gran efecto que tiene sobre ella, tanto las buenas actitudes como los pensamientos positivos.

A la vez, su desarrollo, producto de la estimulación, se inicia desde los primeros momentos de la vida, con lo cual la prevención y la estimulación ya del lactante se hace imprescindible para tener una buena salud mental.

“Salud mental infanto-juvenil” plantea que para el desarrollo de los niños y los jóvenes, se hace necesaria, ya desde el lactante, que se produzca unos vínculos afectivos con los adultos, de manera confiada, y que éstos respeten su expresividad, acreciente su autoestima y los estimulen en todas las áreas cognitivas, sociales y afectivas. Si la estimulación psicosocial es importante, el vínculo crea las condiciones óptimas para que se den estos desarrollos que favorecen la autonomía y la independencia de nuestros jóvenes. Estos aprendizajes ya desde los primeros momentos de la vida, y dentro de vínculos significativos, forman las bases para los posteriores desarrollos en las distintas fases de la evolución humana.

Si la salud física, la alimentación, los cuidados pediátricos… son esenciales para una buena salud física, la salud mental a veces se hace invisible y no prestamos suficiente atención al cuidado, y a la protección de nuestros infantes, para ofrecerles oportunidades para su estimulación psicosocial, dentro de vínculos positivos entre el niño y su cuidador.

En algunas organizaciones sociales puede haber escasez de estas condiciones de cuidado hacia el niño y el joven, que implicaría intervenciones para apoyo psicosocial y prevención, importantes para la salud mental, facilitando relaciones adecuadas entre el niño y el joven con su cuidador, evitando los trastornos mentales y los trastornos en el desarrollo.

Es importante por lo tanto que desde la familia, pero también desde los profesionales de la sanidad, la educación y los servicios sociales, se tenga información sobre la salud mental, así como instrumentos para mejorar en su ámbito, las relaciones con los niños y jóvenes, favoreciendo la estimulación psicosocial, el aprendizaje de la cultura que pertenecemos y la adquisición de una identidad que alcance el máximo desarrollo según las potencialidades de cada niño.

Desde esta perspectiva, los cuidadores, tienen que recibir apoyo profesional, para que puedan cumplir sus funciones de cuidado y protección, aminorando el riesgo de trastorno mental.

1.- Concepto de Salud mental o "estado mental":

Según el diccionario de María Moliner, salud se refiere a bienestar, euforia, fortaleza, fuerza vital, según el discurso que vamos a desarrollar. La mente, sin embargo, es una facultad con que se piensa, una inteligencia, pero también da otros significados. También es un lugar, un estar, o una especie de memoria: “se me ha ido de la mente escribirte”. O es una identidad, un ser: “tendría que cambiar de mente o de pensamiento”. O es una actitud que define una cualidad: “mente catastrófica” o en lenguaje común: “está pillado”. En ese sentido, estaríamos dentro de la frase “mens sana in corpore sano”.

Si pensamos que la inteligencia es una actividad para conocer, la mente sería el continente o la estructura que la contiene. La inteligencia se califica así de poca o mucha, respecto a un conocer o saber, mientras que los calificativos de la mente hablan de la capacidad de contener pensamientos: sabia, calenturienta, enfermiza, fuerte…

Así la mente, como organización que contiene pensamientos, de manera más o menos inteligente, puede estar más o menos estructurada, es decir, puede estar más o menos trastornada o sufrir de alteraciones mentales. En las personas con trastornos mentales tendrían mentes trastornadas o sufrirían de alteraciones mentales como el espectro autista, la

psicosis, la esquizofrenia, la depresión..., trastornos que se pueden agrupar en neuróticos y psicóticos, según la gravedad, que afecta en intensidad y cualidad, que vemos en parte al hablar del espectro autista como continuo.

Sin embargo, para acercarnos a la psicopatología, tendríamos que hablar que los trastornos neuróticos remiten a disfunciones del aparato mental en sus representaciones mentales o sus funciones, mientras que los trastornos psicóticos, son alteraciones de la mente, como agujeros, o estados que se sienten vacios y de extrañeza, que llevan a una desconexión de la realidad sobre todo afectiva y social.

Vamos a coger algunas ideas de la enciclopedia libre Wikipedia. Según ella, la Salud Mental "es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía, una buena autoestima, la competitividad y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.

La salud mental es como pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida, con cierto bienestar y satisfacción. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. Al igual que la salud física, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta". Para mí, en el modelo que vamos a desarrollar, la salud mental se corresponde con la cultura de cada cual, pero en general, con una ética humana, en el sentido que podemos expresar y manifestar nuestro sentir emociones y sensaciones, imaginar, ilusionarnos teniendo confianza en el grupo social que pertenecemos, amar y ser amados, es decir, que haya correspondencia, y que lo que se piensa, se dice y se hace, sea consecuente, sin daño para uno mismo o el próximo. Es un bienestar interno, íntimo, que forma parte del sentimiento de cierto grado de plenitud, de ilusión, de un proyecto vital que se va construyendo.

Todas las personas se sienten preocupadas, ansiosas, tristes o estresadas algunas veces. Pero en el caso de una enfermedad mental, estos sentimientos no desaparecen y son lo suficientemente severos para interferir con la vida cotidiana. Puede dificultar hacer amigos y conservar amistades, mantener un trabajo o disfrutar de la vida.

Vamos a diferenciar entre Trastorno Mental que es una desorganización de la mente normalmente por irrupción de afectos muy intensos y que pueden ser ocasionales. Todos hemos sentido un estado emocional intenso, a veces por razones traumáticas o duelos, que nos impiden pensar y es porque la mente se siente inundada e incapacitada para la reflexión. Si el trastorno mental se hace intenso, permanente, producto de una desorganización de la estructura de la mente, decimos que se sufre de una Enfermedad Mental o un Trastorno en la Personalidad. Sin embargo, el término enfermedad se utiliza más para el orden orgánico y el trastorno para el orden mental.

Las enfermedades mentales son comunes - afectan aproximadamente a una de cada cinco familias en los Estados Unidos. Estos trastornos - depresión, fobias, trastorno bipolar, esquizofrenia y muchos otros - son enfermedades reales que no desaparecen por su voluntad. Afortunadamente, suelen ser tratables tanto por las medicinas psiquiátricas como en las psicoterapias, así como la creación de redes psicosociales que formen sostén en la vida de las enfermedades más graves y donde las personas con trastornos mentales, encuentren un contexto en los cuales se sientan reconocidos, con vínculos significativos y con actividades en las cuales se sientan reconocidos. Las medicinas y la terapia pueden mejorar la vida de la mayoría de las personas con enfermedades mentales.

Las mayores dificultades se encuentran en que las personas con trastornos mentales, están apegadas a la sensorialidad y a la imagen visual, a un mundo real concreto de necesidades inmediatas, huyen de los medicamentos porque cambian y alteran sus estados sensomotrices y de las psicoterapias, porque tienen que aceptar pensamientos ajenos, en estos casos, sufrir de frustraciones que no aceptan y están alejados de su pensamiento exclusivo y fantasioso.

Podemos distinguir por lo tanto que en el pensamiento es concreto y está apegado a una realidad material, de sus necesidades primarias y sus prejuicios, alejados de la realidad social y cultural, por lo tanto, del simbolismo.

Por otra parte, su mundo fantasioso alejado de la realidad social y cultural forma un refugio donde se sienten protegidos y con un poder omnipotente.

En todo caso, la realidad social los lleva a la frustración, alejados de las responsabilidades sociales y del bien común, se aíslan en su mundo imaginario patológico.

Las relaciones sociales son un continuo motivo de frustración, incentivan los afectos más disruptivos, causando crisis mentales y violencia hacia sí mismo, o hacia el exterior.

Según la OMS la Salud Mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

1. ¿Qué es la salud mental?:

R: La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.

Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental, expresión amplia que abarca toda una serie de estrategias destinadas a lograr resultados positivos en materia de salud mental. El desarrollo de los recursos y las capacidades de la persona y la mejora de la situación socioeconómica figuran entre los objetivos de esas estrategias.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

El estigma que pesa sobre los trastornos mentales y la discriminación de los enfermos y sus familiares hacen que las personas no soliciten atención de salud mental. En Sudáfrica, un estudio del Gobierno mostró que la mayoría de la gente pensaba que las enfermedades mentales estaban relacionadas con el estrés o con la falta de fuerza de voluntad más que con trastornos médicos. Contrariamente a lo que se podría pensar, los niveles de estigma son mayores en las zonas urbanas y entre las personas con un nivel de educación más alto.

2.- Salud mental en el niño

Tomamos como eje constructor la web de MedlinePlus en español. MedlinePlus es producido por la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. (NLM, por sus siglas en inglés), la biblioteca médica más grande del mundo, parte de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. (NIH). La web cuenta con un extenso repertorio de artículos de salud mental, gratuitos para profesionales, padres y educadores:

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/childmentalhealth.html

"Es importante reconocer y tratar las enfermedades mentales de los niños desde el comienzo. Una vez que la enfermedad mental se desarrolla, se vuelve una

parte habitual de la conducta de su hijo. Esto la hace más difícil de tratar. Pero no siempre es fácil saber si su hijo tiene un problema serio. Las tensiones diarias pueden causar cambios en el comportamiento de su hijo. Por ejemplo, la llegada de un nuevo hermano o hermana o ir a una nueva escuela puede causar problemas pasajeros de comportamiento. Las señales de aviso de cuándo podría ser un problema más serio incluyen:

- Problemas en diferentes ocasiones (en la escuela, en casa, con sus compañeros)
- Cambios en el apetito o el sueño
- Aislamiento social o miedo a cosas que antes no le causaba temor
- Volver a portarse como un niño pequeño, por ejemplo orinarse en la cama
- Señales de estar molesto, como tristeza o llanto
- Signos de hacerse daño a sí mismo, como golpearse la cabeza o de repente herirse a menudo
- Pensamientos repetitivos sobre la muerte

Para diagnosticar problemas de salud mental, el médico o especialista en salud mental presta atención a las señales y síntomas de su hijo, su historia clínica y familiar. Los tratamientos incluyen medicamentos y terapia de conversación".

Los problemas de salud mental en los niños pueden ser más difíciles de identificar, pero se puede aprender a reconocer los síntomas. A diferencia de los adultos que pueden manifestar sus estados emocionales o sus sufrimientos, el niño no puede expresarlo si no es por la conducta. En concreto, antes en el mundo escolar, los alumnos con trastorno del espectro autista, eran invisibles o deficientes mentales, hasta que se define su perfil y se empiezan a diagnosticar. Hay que prestar atención a las manifestaciones excesivas de enojo, miedo, tristeza, ansiedad, rabia, soledad, aislamiento, insomnio, problemas alimenticios, adicciones...

Los cambios repentinos en el comportamiento del niño pueden indicarle que hay un problema. También pueden serlo los comportamientos como ejercitarse excesivamente o dañar o destruir cosas. El tener estereotipias o manías expresa ya conductas de aislamiento y miedo hacia el mundo exterior y la realidad social.

La conducta a la vez, manifiesta sufrimiento psíquico, como el aislamiento, la hiperactividad, las rutinas, la falta de mirada a los ojos, si no hay intereses sociales, si hay manías o estereotipias, si hay insomnio, excitación, conductas sexuales inapropiadas a la edad, obstinación, fracaso escolar… Algunos problemas de salud mental comunes en los niñ@s son:

- trastornos del espectro autista
- depresión
- ansiedad
- trastornos de conducta
- trastornos de atención e hiperactividad
- trastornos de la conducta alimenticia
- adicciones

Los problemas de salud mental pueden interferir en la vida cotidiana de la casa, la escuela o la comunidad. Sin ayuda, los problemas de salud mental pueden conducir a fracaso escolar, abuso de alcohol u otras drogas, discordias familiares, violencia o incluso de suicidio. Sin embargo, hay ayuda disponible como la psicoterapia y los programas educativos para los problemas en el desarrollo.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es óbice para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además, el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

Una medida de la salud mental es cuando nos enfrentamos al conflicto, al trauma, a lo desconocido y los mecanismos que ponemos en marcha para resolverlos. Si hay un fracaso, hay alteraciones evidentes, descontrol, brotes de rabia, depresión,… y es porque en el trastorno mental, el cambio lo vive como catástrofe personal, sin posibilidad de resolver la situación, el problema, el conflicto o el trauma.

Según esta web, en el apartado "la enfermedad mental en los niños", referido a los padres, les orienta en la información y detección de la salud mental de sus hijos:

"Las enfermedades mentales en los niños pueden ser difíciles de identificar para los padres. Como resultado, muchos niños que podrían beneficiarse del tratamiento no reciben la ayuda que necesitan. Entiende cómo reconocer los signos de advertencia de las enfermedades mentales en los niños y cómo puedes ayudar a tu hijo.

La salud mental es el bienestar general en términos de lo que piensas, de cómo regulas tus sentimientos y te comportas. Una enfermedad mental, o trastorno de salud mental, se define como los patrones o cambios en el pensamiento, en los sentimientos o en la conducta que causan aflicción o alteran la capacidad de funcionamiento.

Los trastornos de salud mental en los niños se definen generalmente como retrasos o interrupciones en el desarrollo del pensamiento, en las conductas, en las habilidades sociales o en la regulación de las emociones adecuadas para la edad. Estos problemas son inquietantes para los niños y perturban su capacidad de desenvolverse bien en el hogar, en la escuela o en otras situaciones sociales.

No suele ser fácil comprender los trastornos de salud mental en los niños porque el desarrollo normal de la infancia es un proceso que implica cambios. Además, los síntomas de un trastorno pueden diferir según la edad del niño, y es posible que los niños no puedan explicar cómo se sienten o por qué se comportan de cierta manera. La preocupación por el estigma asociado a la enfermedad mental, el uso de medicamentos y el costo o las dificultades logísticas del tratamiento también pueden impedir que los padres busquen atención para un niño que se sospecha que padece una enfermedad mental. Entre los trastornos de salud mental en los niños, o los trastornos del desarrollo de los que se ocupan los profesionales de la salud mental, pueden incluirse los siguientes:

- Trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad en los niños son miedos, preocupaciones o ansiedades persistentes que perturban su capacidad para participar en los juegos, en la escuela o en situaciones sociales típicas de su edad. Los diagnósticos incluyen el trastorno de ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En comparación con la mayoría de los niños de la misma edad, los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen dificultades de atención, conductas impulsivas, hiperactividad o alguna combinación de estos problemas.
- Trastorno del espectro autista. El trastorno del espectro autista es una afección neurológica que se manifiesta en la infancia temprana, generalmente antes de los tres años. Aunque la gravedad de este trastorno varía, el niño que lo padece tiene dificultades para comunicarse e interactuar con los demás.
- Trastornos alimentarios. Los trastornos alimentarios se definen como la preocupación por un tipo de cuerpo ideal, el pensamiento desordenado sobre el peso y la pérdida de peso, y los hábitos alimenticios y de dieta riesgosa. Los trastornos alimentarios, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno alimentario compulsivo, pueden dar lugar a disfunciones emocionales y sociales y a complicaciones físicas que ponen en riesgo la vida.
- Depresión y otros trastornos del estado de ánimo. La depresión es un sentimiento persistente de tristeza y pérdida de interés que perturba la capacidad del niño para desempeñarse en la escuela e interactuar con los demás. El trastorno bipolar provoca cambios del estado de ánimo extremos entre la depresión y la euforia extrema que pueden ser descuidados, arriesgados o riesgosos.
- Trastorno por estrés postraumático. El trastorno por estrés postraumático es un sufrimiento emocional prolongado, ansiedad, recuerdos inquietantes, pesadillas y conductas perturbadoras en respuesta a la violencia, al maltrato, a las lesiones o a otros sucesos

traumáticos.

- Esquizofrenia. La esquizofrenia es un trastorno de las percepciones y los pensamientos que hace que una persona pierda el contacto con la realidad (psicosis). Aparece con mayor frecuencia entre los últimos años de la adolescencia y hasta los 29 años, y provoca alucinaciones, ideas delirantes y trastornos del pensamiento y el comportamiento.

Estas son algunas señales de advertencia de que tu hijo puede tener un trastorno de salud mental:

- Tristeza persistente (dos o más semanas)
- Retirarse de las interacciones sociales o evitarlas
- Herirse a sí mismo o hablar de herirse a sí mismo
- Hablar de muerte o suicidio
- Arrebatos o la irritabilidad extrema
- Comportamiento fuera de control que puede ser perjudicial
- Cambios drásticos de humor, comportamiento o personalidad
- Cambios en los hábitos alimenticios
- Pérdida de peso
- Dificultad para dormir
- Frecuentes dolores de cabeza o de estómago
- Dificultad para concentrarse
- Cambios en el rendimiento académico
- Evitar o faltar a la escuela

Si te preocupa la salud mental de tu hijo, consulta al médico de tu hijo. Describe los comportamientos que te preocupan. Habla con el profesor de tu hijo, sus amigos cercanos, parientes u otros cuidadores para ver si han notado cambios en el comportamiento de tu hijo. Comparte esta información con el médico de tu hijo.

Las afecciones de salud mental en los niños se diagnostican y tratan en función de los signos y síntomas, y de la forma en que afectan la vida diaria del niño. Para hacer un diagnóstico, el médico puede recomendar que tu hijo sea evaluado por un especialista, como un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico, enfermera psiquiátrica u otro profesional de la salud mental. La evaluación podría incluir lo siguiente:

- Examen médico completo
- Antecedentes médicos
- Antecedentes de traumatismos físicos o traumas emocionales
- Antecedentes familiares de salud física y mental
- Revisión de los síntomas y preocupaciones generales con los padres
- Cronología de la evolución del niño
- Antecedentes académicos
- Entrevista con los padres
- Conversaciones y observaciones del niño
- Evaluaciones y cuestionarios estandarizados para el niño y los padres

El diagnóstico de las enfermedades mentales en los niños puede llevar tiempo porque los niños pequeños pueden tener problemas para comprender o expresar sus sentimientos, y el desarrollo normal varía. El médico puede cambiar o redefinir el diagnóstico con el tiempo.

Las opciones de tratamiento más comunes para los niños que tienen afecciones de salud mental incluyen:

- Psicoterapia. La psicoterapia, también conocida como terapia conversacional o terapia del comportamiento, es una forma de abordar las preocupaciones sobre la salud mental que consiste en hablar con un psicólogo u otro profesional de la salud mental. En el caso de los niños pequeños, la psicoterapia puede incluir jugar y hablar de lo que sucede mientras se juega. Durante la psicoterapia, los niños y adolescentes aprenden a hablar de sus pensamientos y sentimientos, a responder a ellos y a aprender nuevas conductas y la capacidad de afrontar una situación difícil.
- Medicamentos. El médico o el profesional de la salud mental de tu hijo puede recomendar un medicamento, como un estimulante, antidepresivo, ansiolítico, antipsicótico o estabilizador del estado de ánimo, como parte del plan de tratamiento. El médico te explicará los riesgos, los efectos secundarios y los beneficios de los tratamientos farmacológicos.

Tú tendrás una función importante en el apoyo del plan de tratamiento de tu hijo. Para cuidar de ti y de tu hijo:

- Infórmate sobre la enfermedad.
- Considera la posibilidad de recibir asesoramiento familiar que trate a todos los miembros como socios en el plan de tratamiento.
- Pídele al profesional de salud mental de tu hijo que te aconseje cómo responderle a tu hijo y manejar los comportamientos difíciles.
- Inscríbete en programas de capacitación para padres, en particular los diseñados para padres de niños con enfermedades mentales.
- Explora técnicas de manejo del estrés que te ayuden a responder con calma.
- Busca formas de relajarte y divertirte con tu hijo.
- Elogia las fortalezas y habilidades de tu hijo.
- Trabaja con la escuela de tu hijo para asegurar el apoyo necesario".

3.- La Organización Mundial de la Salud

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.

El Proyecto Atlas de la Organización Mundial de la Salud iniciado en el año 2000 tuvo como objeto cartografiar los recursos de salud mental en todo el mundo, aportando con ello una instantánea sobre la situación en cada uno de los países. La evidencia resultante de este estudio indica que muchos países no están preparados para hacer frente al aumento previsto de los trastornos mentales y conductuales a nivel mundial por falta de políticas, programas y recursos.

- De los países estudiados
- el 41% no disponía de una política de salud mental;
- el 25% carecía de legislación sobre salud mental;
- el 28% no poseía un presupuesto independiente para la salud mental;
- el 41% no disponía de centros de tratamiento para los trastornos mentales graves en el ámbito de la atención primaria;
- el 37% carecía de centros de atención comunitaria;
- un 65% de las camas para enfermos mentales se encontraban en hospitales psiquiátricos.

Panorama general (a nivel mundial)

Respecto a la salud mental en la infancia, podemos considerar que los trastornos mentales se describen como cambios serios en su forma habitual de aprender, comportarse, y que implica una dificultad en el manejo de las las emociones, lo cual causa angustia y problemas en las actividades diarias. Ocasionalmente, muchos niños presentan temores y preocupaciones o muestran comportamientos disruptivos. Si los síntomas son serios y persisten e interfieren con las actividades en la escuela, la casa y al jugar, puede que el infante tenga un trastorno mental debido a una situación ocasional, o sea el inicio de un trastorno mental permanente.

- Una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental o neurológico en algún momento de su vida. (Unos 450 millones de personas sufren actualmente estos trastornos).
- 121 millones de personas sufren depresión y 50 millones epilepsia. (24 millones de personas sufren esquizofrenia).

- Cada año se suicidan un millón de personas. (Entre 10 y 20 millones intentan suicidarse).

La adolescencia y la primera juventud es una etapa única, con unas características propias. Los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales que se dan en este periodo, incluida la exposición a la pobreza, el abuso o la violencia, pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental. Promover el bienestar psicológico de los adolescentes y protegerlos de experiencias adversas y factores de riesgo que puedan afectar a su capacidad para desarrollar todo su potencial es esencial tanto para su bienestar durante la adolescencia como para su salud física y mental en la edad adulta. Por lo tanto, en la adolescencia, los trastornos mentales son más disruptivos y graves, debido a la necesidad de separarse de los padres y sentirse adulto con sus semejantes.

Según la OMS en: Acceso/Centro de prensa/Notas descriptivas/Detail/Salud mental del adolescente

- Los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en las personas de edades comprendidas entre 10 y 19 años.

- La mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años o antes, pero en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan.

- La depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre adolescentes a nivel mundial.

- El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años.

- No abordar los trastornos mentales de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden hasta la edad adulta, y que afectan tanto a la salud física como a la mental y limitan las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria.

Según el mismo estudio: "La adolescencia es un periodo crucial para el desarrollo y el mantenimiento de hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental, tales como adoptar pautas de sueño saludables; hacer ejercicio con regularidad; desarrollar habilidades para mantener relaciones interpersonales, hacer frente a situaciones difíciles y resolver problemas; y aprender a gestionar las emociones. También es importante contar con un entorno favorable en la familia, la escuela y la comunidad en general. En todo el mundo, se estima que entre el 10% y el 20% de los adolescentes experimentan trastornos mentales, pero estos no se diagnostican ni se tratan adecuadamente".

Más adelante detalla los factores que son causa en la evolución del trastorno mental infantil: "Los factores que determinan la salud mental del adolescente en cada momento son múltiples. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes, mayores serán los efectos que puedan tener para su salud mental. Algunos factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia son el deseo de una mayor autonomía, la presión para amoldarse a los compañeros, la exploración de la identidad sexual y un mayor acceso y uso de la tecnología. La influencia de los medios de comunicación y la imposición de normas de género pueden exacerbar la discrepancia entre la realidad que vive el adolescente y sus percepciones o aspiraciones de cara al futuro. Otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida doméstica y las relaciones con sus compañeros. La violencia (en particular los malos tratos y la intimidación) y los problemas socioeconómicos constituyen riesgos reconocidos para la salud mental. Los niños y los adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual, que tiene claros efectos perjudiciales sobre la salud mental.

Algunos adolescentes corren mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental a causa de sus condiciones de vida o de situaciones de estigmatización, discriminación, exclusión, o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. Entre ellos se encuentran los adolescentes que viven en lugares donde hay inestabilidad o se presta ayuda humanitaria; los que padecen enfermedades crónicas, trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual u otras afecciones neurológicas; las embarazadas y los padres adolescentes o en matrimonios precoces y/o forzados; los huérfanos y los que forman parte de minorías de perfil étnico o sexual, o de otros grupos discriminados.

Por otra parte, los adolescentes con problemas de salud mental son particularmente vulnerables a la exclusión social, la discriminación, la estigmatización (que afecta a la disposición para buscar ayuda), las dificultades educativas, los comportamientos de riesgo, la mala salud física y las violaciones de los derechos humanos".

Las 10 recomendaciones (Informe sobre la salud en el mundo 2001: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447

- Dispensar tratamientos en la atención primaria

- Asegurar la disponibilidad de psicotrópicos

- Dispensar atención en la comunidad

- Educar al público

- Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores

- Establecer políticas, programas y legislaciones nacionales

- Desarrollar los recursos humanos

- Establecer vínculos con otros sectores

- Vigilar la salud mental de la comunidad

- Apoyar la realización de nuevas investigaciones

Los niños representan el futuro, y su crecimiento y desarrollo saludable deben ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades. Los niños y los recién nacidos en particular son especialmente vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades infecciosas, que son prevenibles o tratables en su mayoría.

Salud mental infantil según la OMS

Para el desarrollo de los niños y los jóvenes, se hace imprescindible, ya desde el lactante, que se produzca unos vínculos afectivos con los adultos, de manera confiada, y que éstos respeten su expresividad, acreciente su autoestima y los estimulen en todas las áreas cognitivas, sociales y afectivas. Si la estimulación psicosocial es importante, el vínculo crea las condiciones óptimas para que se den estos desarrollos que favorecen la autonomía y la independencia de nuestros jóvenes. Estos aprendizajes ya desde los primeros momentos de la vida, y dentro de vínculos significativos, forman las bases para los posteriores desarrollos en las distintas fases de la evolución humana.

Si la salud física, la alimentación, los cuidados pediátricos… son esenciales para una buena salud física, la salud mental a veces se hace invisible y no prestamos suficiente atención al cuidado, protección de nuestros infantes, para ofrecerles oportunidades para su estimulación psicosocial, dentro de vínculos positivos entre el niño y su cuidador.

En algunas organizaciones sociales puede haber escasez de estas condiciones de cuidado hacia el niño y el joven, que implicaría intervenciones para apoyo psicosocial y prevención, importantes para la salud mental, facilitando relaciones adecuadas entre el niño y el joven con su cuidador, evitando trastornos mentales y trastornos en el desarrollo.

Es importante por lo tanto que, desde la familia, pero también desde los profesionales de sanidad, educación y servicios sociales, se tenga información sobre la salud mental, así como instrumentos para mejorar en su ámbito, las relaciones con los niños y jóvenes, favoreciendo la estimulación psicosocial, el aprendizaje de la cultura que pertenecemos y la adquisición de una identidad que alcance el máximo desarrollo según las potencialidades de cada niño.

Desde esta perspectiva, los cuidadores, tienen que recibir apoyo profesional, para que puedan cumplir sus funciones de cuidado y protección, aminorando el riesgo de trastorno mental.

La salud metal es una de las necesidades más importantes en la sociedad actual, donde el hombre se siente aislado dentro de una sociedad confusa, materialista y con valores nuevos en los cuales los más frágiles se pierden y no pueden asimilar en su organización mental los cambios sociales, técnicos, informáticos, de consumo…Los trastornos mentales y su evidencia más importante la violencia es una de sus consecuencias.

Sabiendo que el tema es tan actual, complejo y difícil de tratar, tanto en la prevención, en el diagnóstico y el tratamiento, también se darán cabida a las principales corrientes psicológicas como el cognitivismo, el psicoanálisis, las teorías sistémicas o el constructivismo.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez. En

el informe sobre la salud en el mundo 2021, la OMS: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health, en el apartado de adolescentes, recomienda en prevención y promoción:

"Las intervenciones de promoción de la salud mental de los adolescentes van orientadas a fortalecer su capacidad para regular sus emociones, potenciar las alternativas a los comportamientos de riesgo, desarrollar la resiliencia ante situaciones difíciles o adversidades, y promover entornos sociales y redes sociales favorable.

Estos programas requieren un enfoque que abarque múltiples niveles y varias plataformas de difusión —por ejemplo, los medios digitales, los entornos de atención médica o social, las escuelas o la comunidad—, así como diversas estrategias para llegar a los adolescentes, en especial a los más vulnerables".

En la detección y tratamientos tempranos:

"Es crucial abordar las necesidades de los adolescentes que padecen trastornos de salud mental definidos. En el caso de los adolescentes es clave evitar la institucionalización y la medicalización excesiva, priorizar los enfoques no farmacológicos y respetar los derechos de los niños recogidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos de derechos humanos. El Programa de acción para superar las brechas en salud mental ofrece orientaciones basadas en pruebas científicas para ayudar a personas no especialistas en la materia a detectar mejor los trastornos mentales prioritarios y brindar apoyo a las personas que los padecen en entornos con pocos recursos".

Y como respuesta ofrece:

"La OMS trabaja para desarrollar estrategias, programas y herramientas dirigidos a ayudar a los gobiernos a dar respuesta a las necesidades de salud de los adolescentes. Cabe destacar los siguientes recursos

- Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países
- Plan de acción sobre salud mental 2013-2020
- Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)

En el contexto de las emergencias, la OMS ha desarrollado herramientas para diversos fines, entre ellos:

- la evaluación
- los primeros auxilios psicológicos
- el manejo clínico de los trastornos mentales
- la recuperación del sistema de salud mental

Todas ellas abordan problemas relacionados con los jóvenes".

En el apartado de salud en adolescentes y jóvenes, en ese informe: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions, da los siguientes datos:

- En 2019 murieron más de 1,5 millones de adolescentes y jóvenes adultos de entre 10 y 24 años de edad, lo que supone casi 5000 al día.
- De todos los grupos de edad, el que presenta el menor riesgo de muerte es el de los jóvenes adolescentes de entre 10 y 14 años.
- Las principales causas de defunción de adolescentes y jóvenes adultos son las lesiones y los traumatismos (incluidos los causados por el tránsito y los ahogamientos), la violencia, las conductas autolesivas y las dolencias ligadas a la maternidad.
- La mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta comienzan antes de los 14 años, pero en la mayoría de los casos no son detectados ni tratados.
- El hecho de empezar tempranamente a consumir sustancias está asociado a un mayor riesgo de caer en dependencias y otros problemas durante la vida adulta. El abuso de sustancias afecta a las personas jóvenes de forma desproporcionada, en comparación con las personas de más edad.
- A escala mundial, cada año dan a luz 43 de cada 1 000 chicas de entre 15 y 19 años de edad.

Y con respecto a la salud mental:

"La depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad en los adolescentes y el suicidio es la tercera causa de defunción entre los 15 y los 19 años. Los trastornos de salud mental explican un 16% de la carga mundial de morbilidad y lesiones en las personas de entre 10 y 19 años. La mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta comienzan antes de los 14 años, pero en la mayoría de los casos no son detectados ni tratados.

Muchos son los factores que inciden en el bienestar y la salud mental de los adolescentes. La violencia, la pobreza, la estigmatización, la exclusión y la vida en entornos frágiles o de crisis humanitaria pueden aumentar el riesgo de que surjan problemas de salud mental. El hecho de no ocuparse de los trastornos de salud mental de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden a la edad adulta, perjudican la salud física y mental de la persona y restringen sus posibilidades de llevar una vida plena en la edad adulta.

El cultivo de las aptitudes socioemocionales de niños y adolescentes y el hecho de proporcionarles apoyo psicosocial en la escuela y otros espacios comunitarios puede ayudar a promover un buen estado de salud mental. También son importantes los programas que ayudan a reforzar el vínculo entre los adolescentes y su familia y a mejorar la calidad de su entorno doméstico. En caso de que surjan problemas, estos deben ser detectados y manejados a tiempo por profesionales sanitarios competentes y solícitos".Por otra parte, en la web https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181, volvemos a encontrar textos de gran importancia para la salud de los adolescentes:

"Durante años, los problemas de salud que conciernen especialmente a la adolescencia se han comprendido mal y, en algunos casos, se han pasado por alto, pero ahora la situación ha cambiado. La salud y el desarrollo de los adolescentes constituye parte integral de la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) (la "estrategia mundial") porque, en palabras del Secretario General de las Naciones Unidas, "[los adolescentes] son fundamentales para todo lo que deseamos lograr y para el éxito general de la Agenda hasta 2030". ¿Por qué "fundamentales"? Porque invertir en la salud de los adolescentes devenga un triple dividendo de beneficios: para los adolescentes ahora, para su vida adulta en el futuro y para la generación venidera. Su salud y su bienestar son motores de cambio en el impulso constructor de sociedades más saludables y sostenibles.

Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. Anexos del 1 al 6 y apéndices del I al IV (ISBN: 978-92-75-32013-6) es una version oficial de la obra original en inglés: Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Annexes 1-6 and Appendices I-IV © World Health Organization 2017 ISBN: 978-92-4-151234-3

Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países: Resumen (OPS/FPL/18-026) es una Versión oficial en español de la obra original en inglés: Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation © World Health Organization 2017 WHO/FWC/MCA/17.05".

Estas guías y otras requieren un trabajo profundo de asimilación, difusión y enseñanza en los medios educativos, sociales y sanitarios.

4.-Instituto de Salud Carlos III: (https://www.isciii.es/Paginas/Inicio.aspx)

1.- prevalencia

El Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad, es el organismo asesor en materia de autismo del Gobierno Español. En un estudio publicado hace algunos años, la prevalencia del autismo se situaba en uno de cada 250 nacimientos. Actualmente y según todos los estudios contrastados, los casos de Trastornos del Espectro Autista (T.E.A.) se están dando en uno de cada 100 a 150 nacimientos. En cualquier consulta realizada por Internet se puede tener acceso a estos datos, de entre las más relevantes se encuentran las del Centro de Control de las Enfermedades de Atlanta (CDC) y del Consejo Médico de Investigación (MRC) del Reino Unido.

2- Salud mental en niños.

Según la OMS, para que el niño tenga un desarrollo positivo es esencial que entre el lactante y su madre (u otra persona que lo cuide) exista un fuerte vínculo creado por la estimulación psicosocial. La formación de ese vínculo en las primeras fases de la vida es un

paso esencial que sienta las bases para el posterior desarrollo cognitivo, emocional y social.

La alimentación y la prestación de otros cuidados ofrecen oportunidades de estimulación psicosocial y ayudan a establecer vínculos positivos entre el niño y quienes lo cuidan.

- Los dos primeros años de vida son periodos críticos de máximo crecimiento físico y cerebral. Las carencias nutricionales y psicosociales durante este periodo pueden causar disfunciones y discapacidades que persistirán toda la vida. En algunos contextos, los hábitos culturales de distribución de alimentos pueden hacer que los lactantes y los niños pequeños sean los últimos en recibir ayuda, lo cual puede aumentar su riesgo de sufrir malnutrición.

- Las carencias nutricionales y la falta de estimulación crean un círculo vicioso en el que la carencia de uno de los componentes puede aumentar la carencia del otro. Así, un lactante malnutrido puede sufrir una reducción de la actividad psicomotora (p.ej., es menos probable que gatee y participe en juegos creativos). Muchas veces, a medida que el niño se vuelve más apático y plantea menos demandas, los padres lo estimulan menos. La interacción entre los padres y el niño se vuelve menos recompensadora para ambas partes, y el vínculo entre ellos se debilita, haciendo posible la aparición de repercusiones que pueden durar toda la vida.

- La combinación de la malnutrición con la falta de estimulación psicosocial es particularmente nociva. La mejora del estado nutricional y de la estimulación tiene un impacto sinérgico en el desarrollo y la recuperación del niño. Por consiguiente, deben combinarse las intervenciones nutricionales y psicosociales.

Estimulación psicosocial. Estimulación emocional: las intervenciones para mejorar las interacciones entre el niño y la persona que lo cuida son importantes para facilitar su desarrollo emocional, social y lingüístico. Esto puede lograrse destacando la importancia de la comunicación emocional.

Principios:

- Manifestar al niño calor y afecto de forma acorde con las normas culturales.

- Alentar a las personas que cuidan al niño a que lo miren a los ojos y le sonrían, especialmente durante la amamantación, y le expresen físicamente el afecto (tenerlo en brazos y mimarlo).

- Fomentar la comunicación verbal y no verbal entre el niño y la persona que lo cuida.

- Comunicarse con el niño lo más posible. Hacerle preguntas simples y responder a sus intentos de hablar.

- Intentar mantener una conversación con sonidos y gestos (sonrisas, miradas). Hacer que el niño vocalice y ría. Enseñarle palabras con actividades. Por ejemplo, decir “adiós” acompañado del gesto correspondiente.

- Responder a las necesidades del niño.

- Responder a los sonidos e intereses del niño. Estar atento a sus necesidades, indicadas por su comportamiento (llantos, sonrisas).

- Mostrar agradecimiento por los progresos hechos por el niño.

- Manifestar aprobación verbal ante sus logros y acompañarla de signos no verbales de agradecimiento y aprobación (sonrisas, palmas).

- Estimulación física: los niños necesitan un entorno físico estimulante para que puedan desarrollar sus habilidades psicomotoras y lingüísticas y mejorar su desarrollo cognitivo.

- Hacer que el entorno proporcione al niño experiencias sensoriales adecuadas.

- Encontrar medios para que el niño vea, oiga y se mueva. Por ejemplo, colocar objetos de colores a su alrededor y estimularlo para que los alcance o gatee hacia ellos.

- Cantarle y hacer juegos con los dedos de las manos y de los pies.

- Proporcionarle materiales lúdicos. Se pueden hacer juguetes baratos y divertidos, como rompecabezas y sonajeros, con cartones y botellas de plástico.

- Dar significado al mundo físico del niño.

- Ayudar al niño a nombrar, contar y comparar objetos. Por ejemplo, darle tapones de botellas de plástico y enseñarle a apilarlos. Los niños mayores pueden clasificarlos por colores y aprender conceptos como “alto” y “bajo”.

- Describirle lo que está ocurriendo a su alrededor.

- Darle oportunidades de practicar sus habilidades.

- Es importante jugar individualmente con el niño al menos 15 a 30 minutos al día, y darle la oportunidad de que juegue con otros niños.

5.- Cuestiones sobre los trastornos mentales infantiles y adolescentes (Colegio de Psicólogos): http://www.infocop.es/

El Informe FAROS, titulado Los problemas de salud infantil. Tendencias en los países desarrollados, ha sido elaborado por personal del hospital infantil Sant Joan de Déu de Barcelona, a partir de la recopilación y cruce de la información aportada en los últimos años por diversos organismos y entidades nacionales e internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), así como a través de la revisión de una extensa bibliografía sobre el tema y las aportaciones de un buen número de expertos en salud infantil. Los objetivos que se planteaban los autores de este estudio fueron "analizar la evolución de los problemas de salud infantil en los países desarrollados y perfilar cuales son las principales tendencias futuras" y "proponer recomendaciones que puedan contribuir a la definición de actuaciones y políticas a favor de la salud de los niños".

Dentro de la amplia gama de enfermedades que afectan a la población de entre 0 y 15 años analizadas en este trabajo, el estado de la salud mental ha dado muestras de ser una de las grandes preocupaciones de políticos, gestores y profesionales de la salud. Y esto es así no sólo porque las dificultades y los trastornos mentales se encuentran entre las enfermedades más frecuentes, sino también por "la variedad de trastornos [psicológicos] que están emergiendo y, especialmente por su velocidad en ascenso".

En lo relativo a la prevalencia de los trastornos mentales en el conjunto de los países llamados desarrollados, sus autores reconocen las dificultades que entraña obtener datos fiables y comparables entre regiones, debido a las diferencias encontradas en los estudios e informes en cuanto a criterios diagnósticos, metodología empleada y fuentes de información utilizadas. Aún así, concluyen que "a pesar de estas dificultades, se estima que los trastornos mentales son un problema que afecta nada menos que al 20% de los niños en los países desarrollados, y que más de un tercio de los niños que son atendidos rutinariamente en los servicios de atención primaria se encuentran en riesgo de desarrollar problemas de salud mental". Una cifra ésta que contrasta claramente con la información de la ENS 2006 en lo que al porcentaje de menores diagnosticados por un facultativo se refiere para el caso español. Si bien no podemos pasar por alto el posible infra-diagnóstico de muchas de estas patologías, tal y como se ha evidenciado en otros informes, por ejemplo, para la ansiedad y depresión, tanto de menores como de adultos, estas diferencias en los datos apuntan a la imperiosa necesidad de contar con un mayor número de investigaciones e informes que ayuden a esclarecer la realidad en materia de salud mental de nuestro país. Un primer paso para ello ha sido, efectivamente, la inclusión en la Encuesta Nacional de Salud 2006 de análisis referidos a la salud mental de los españoles, información no contemplada en ediciones anteriores. Este cambio señala claramente la importancia que actualmente tiene la salud mental para las autoridades sanitarias y la necesidad de abordar estas cuestiones con mayor eficiencia y celeridad por parte del Sistema Nacional de Salud. Sea como fuere, según el MSC, siguiendo con la ENS en torno al 22% de los menores entre 4 y 15 años se encuentran en riesgo de padecer mala salud mental en un futuro próximo; cifra que puede servir, tentativamente, de referencia para llevar a cabo acciones encaminadas a paliar esta situación.

En otro orden de cosas, entre las principales conclusiones que se recogen en el Informe FAROS, sus autores hacen alusión a la morbilidad hospitalaria infantil en los países desarrollados en los últimos años, es decir, a la demanda de atención hospitalaria, medida a través del número de ingresos y altas, en función de la patología diagnosticada. Así, entre las causas de ingreso que más se han incrementado en los últimos tiempos, según los datos aportados por la OMS, se encuentran los problemas psicológicos,

sobre todo en el grupo de edad que va de los 10 a los 14 años. Reacciones graves al estrés y trastornos de adaptación, problemas de la conducta, episodios depresivos, alteraciones hipercinéticas (hiperactividad) y otros trastornos de ansiedad se ubican entre las quince primeras causas que más se han incrementado en los últimos años.

Para el grupo de edad de entre 10 y 14 años, la reacción al estrés grave y trastornos de adaptación constituyen la 2ª causa de ingreso que más se ha incrementado en el período de análisis, seguida de las alteraciones de conducta (5º lugar), el episodio depresivo (7º), las alteraciones hipercinéticas (10ª) y, finalmente, otros trastornos de ansiedad (15º). Según este documento, éstas no son los únicos trastornos mentales que están emergiendo, así, por ejemplo, en los niños de 5 a 9 años, si bien los problemas de salud mental son menores en comparación con el grupo de 10 a 14 años, la hiperactividad supone la 10ª causa de ingreso que más ha aumentado y los trastornos mixtos de la conducta y emocionales se sitúan en el 14º lugar. El incremento de los problemas de naturaleza psicológica en la actualidad, sobre todo, en el tramo de edad de los 10 a los 14 años, encuentra un reflejo claro en el aumento de suicidio entre los pre-adolescentes. Tal y como se recoge en el Informe FAROS, siempre siguiendo los datos aportados por la OMS, el suicidio por ahorcamiento o estrangulación es la 3ª causa de muerte en los menores de 10-14 años en los países del primer mundo. Por delante únicamente se encuentran el accidente de tráfico con automóvil (1º lugar) y la leucemia linfoblástica aguda (2ª causa de mortalidad pre-adolescente).

Como se puede observar en estos datos, los problemas de salud mental de los menores están sufriendo un importante incremento. Si bien es cierto que en las últimas dos décadas las tasas de mortalidad infantil en los países desarrollados han ido disminuyendo paulatinamente en todos los grupos de edad contemplados en el estudio (entre 1983-2003), también lo es que está empezando a emerger una serie de enfermedades que, si bien no son nuevas ni desconocidas para los profesionales de la salud, comienzan a adquirir unas dimensiones y unos patrones que requieren la atención de las autoridades sanitarias. El descenso de unas patologías (como por ejemplo, las enfermedades perinatales, las infecciosas, los tumores malignos, etc.), viene acompañado también del incremento de otras dificultades y problemas; entre ellos, los de salud mental, cada vez a edades más tempranas. En este sentido, el hecho de que el suicidio se encuentre en el 3º lugar de causa de mortalidad entre los pre-adolescentes no deja de ser esclarecedor. Y más aún si se tiene en cuenta que otros estudios han determinado una tendencia creciente a partir de los 14 años, edades que aquí no se contemplan.

La emergencia y proliferación en la población de muchas de estas enfermedades están íntimamente relacionadas con factores sociales y medioambientales, y así ha quedado patente en este informe, al hablar de "las enfermedades de etiología social": estilos o hábitos de vida, discriminación, maltrato, problemas en los ámbitos familiares y escolares, etc. serían sólo algunos de ellos. En opinión de los autores del documento, "trastornos como los problemas de salud mental, el incremento de la diabetes de tipo II entre la población infantil, el abandono y las actitudes de maltrato hacia los niños, la violencia y los abusos, el fracaso escolar y los trastornos de tipo alimentario (es decir, todo el espectro de patologías que se concentran en la línea que une a la anorexia y a la obesidad) son ejemplos de los llamados determinantes sociales sobre la salud, sobre los cuales no se puede actuar únicamente desde un punto de vista biomédico". Esta cuestión apunta directamente a uno de los grandes retos que actualmente debe afrontar el Sistema Nacional de Salud, sobre todo, en materia de salud mental, a saber, el modelo de salud/enfermedad del que se parte como premisa, excesivamente biologizado y medicalizado.

Sin negar la importancia clave de los tratamientos médicos, un buen número de profesionales de la salud y, muy especialmente, el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, vienen denunciando una grave carencia en los tratamientos psicológicos; la cual, será necesaria modificar si se quieren atender de manera adecuada muchas de estas patologías en constante crecimiento. Para la entidad colegial, no se podrá alcanzar cotas de calidad adecuadas en el sistema público de salud español si no se acomete, cuanto antes, una modificación de la atención sanitaria, potenciando los servicios de salud mental tanto en el ámbito especializado como en atención primaria.

La complejidad de la sociedad en la que actualmente vivimos y dentro de ella, las causas y factores mantenedores de muchas de las patologías requieren, sin lugar a duda, un abordaje amplio e interdisciplinar dentro del SNS. Para lograr esto, en opinión de los autores del texto, es necesario contar con un marco de colaboración y actuación que implique a los distintos actores en el entorno de los menores: "el médico, la familia y todo el abanico de profesionales que acompañan el desarrollo del niño (profesores y educadores, trabajadores sociales, psicólogos, rehabilitadores y un amplio etc.)". A la vez, recomiendan en sus reflexiones finales la necesidad de priorizar la atención de las medidas de promoción y prevención en salud, muy especialmente en cuestiones como los accidentes de tráfico, la obesidad y la salud mental. Ámbitos en los que, tal y como ha mantenido el órgano colegial en múltiples ocasiones, el abordaje psicológico adquiere un peso de especial relevancia. No obstante, y a pesar de las evidencias empíricas existentes que apuntan a la eficacia y eficiencia del tratamiento psicológico en muchas de estas llamadas "patologías emergentes" y, muy especialmente, en lo que a intervenciones preventivas se refiere, la ausencia de profesionales de la Psicología sigue siendo una de las grandes asignaturas pendientes del Sistema Nacional de Salud.

La importancia de los problemas psicológicos propios de la infancia y de la adolescencia se explica no sólo por su prevalencia, su gravedad y, consecuentemente, su necesidad de tratamiento, sino también en el hecho de que pueden ser precursores de otros trastornos psicopatológicos propios de la edad adulta.

En este tercer informe, se abordan cinco trastornos propios de la infancia y la adolescencia: el trastorno de conducta en la infancia o trastorno disocial, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno negativista desafiante y los trastornos de personalidad en la infancia.

Este material, elaborado por expertos y especialistas en el área, presenta información contrastada sobre la conceptualización de cada uno de estos trastornos (definición y características diagnósticas), sobre la epidemiología del mismo, sobre la evolución y curso, así como sobre la posible presencia de otros trastornos comórbidos. Igualmente, establece pautas sobre el proceso de evaluación que ha de realizarse (áreas de la entrevista, datos necesarios para la historia clínica y cuestionarios, inventarios, baterías y escalas que deben aplicarse); en la mayoría de los casos, la evaluación es de carácter interdisciplinar (psicológica y médica) y en todos ellos es necesario valorar, además de al niño, a los padres y a los profesores. Finalmente, se ofrece una guía para la elección del tratamiento psicológico para cada trastorno que siempre ha de dirigirse a los tres contextos principales de desarrollo del niño –paciente, familia y colegio-, así como de los tratamientos farmacológicos disponibles en aquellos casos en los que sean necesario.

En conclusión, es fundamental disponer de materiales actualizados y fundamentados empíricamente para poder realizar un correcto diagnóstico y desarrollar la mejor de las intervenciones.

Fuente: Fundación FAROS. Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo?.

6.- Mi perspectiva

Siempre me ha preocupado la salud mental infantil y la importancia de la prevención, para que no tuviésemos tantos trastornos mentales en la infancia y en la adolescencia. Cada vez aumentan los casos de autismo en la infancia y de problemas graves en la adolescencia como brotes psicóticos, intentos de suicidios, anorexias y adicciones.

Hace falta preguntarse cómo es eso que conforme la humanidad progresa, aumentan a la vez los trastornos mentales y no son aceptables los prejuicios que antes no se diagnosticaban, no se sabía sobre indicios o sobre psicopatología y trastornos mentales, o que en la infancia, en la escuela o en la sociedad, quedaban como deficiencia mental. Los que somos mayores y venimos de pueblo, tenemos referencias en nuestra juventud, de personas como el “tonto del pueblo”, con trastornos mentales, sin falta de recursos sociales y sanitarios, psicológicos, pero por lo menos a mi parecer estaban integrados y socializados. En el caso de los trastornos del espectro autista, en 1975 las autoridades de los Estados Unidos estimaban una prevalencia de un caso cada 5.000 nacimientos, en las investigaciones más 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.

El aumento de la prevalencia ha hecho que surjan nuevas maneras 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 neurológicos,

genéticos y constitucionales, que se tiene en el desarrollo de cualquier patología, se cree firmemente en la importancia de los factores sociales y de las relaciones humanas y afectivas que modulan su aparición.

Más todavía, son la base sobre la cual se asienta una intervención que tiene que ser necesariamente integrativa, conjugando esfuerzos de familiares y profesionales de muy diferentes sectores, especialmente, clínicos y educadores. Debemos todos juntos hacer frente a esta problemática que afecta nuestros menores y para lo cual tenemos que usar todas aquellas herramientas que están a nuestra disposición, cooperando los unos con los otros para encarar esta difícil situación.

Desde mi perspectiva, el análisis habría que hacerlo desde las instituciones especializadas como educación, sanidad y servicios sociales, con equipos especializados que trabajaran la prevención y la intervención en los primeros síntomas, por ejemplo: en la adolescencia, y que pudieran prevenir casos graves de brotes psicóticos, intentos de suicidios, anorexias, o adicciones como he dicho. Desde la escuela, en mi experiencia, no se tiene una formación clínica para los tratamientos de los trastornos mentales graves y los servicios psicopedagógicos tampoco la tienen. Por el que sería muy deseable recursos especializados clínicos que orientaron en el tratamiento y el diagnóstico. Por otro lado, 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 este sentido sería importante hacer adaptaciones curriculares sobre el modelo constructivista real que parta de los intereses, manifestaciones y comportamientos del alumno con graves problemas de personalidad, puesto que sus problemas son de su estructura mental y no de sus déficits cognitivos. Es decir, menos pruebas, papeles burocráticos, y más escuchar, hablar con los niños, interesarse por el que los ocurre, que sienten y observar cómo son sus comportamientos sociales, sobre todo si se aíslan, se excluyen de los juegos, o son asediados. 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. Por lo tanto, la vida de un niño puede quedar gravemente afectada, así como su familia, por la falta de un desarrollo vital, así como el sufrimiento que el trastorno mental comporta.

Si se hiciera prevención e intervención temprana, con un tiempo especializado para ellos en su infancia y adolescencia, su diagnóstico y tratamiento sería fundamental para su normalización y adaptación al medio social. Por eso es tan importando que 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.

Para poner un ejemplo, cada vez hay más evidencia, que estimular y tratar los primeros indicios del autismo en la primera infancia, evita los problemas graves en la adolescencia y que se cronifique el autismo, pudiendo tener el alumno una escolarización normalizada en primaria y en la adolescencia, con los recursos y los apoyos psicosociales pertinentes.

Pero la atención tiene que ser multidisciplinaria y desde todas las áreas coordinadas, sociales, sanitarias y familiares, no solo educativas. El tema quizás excede este texto. Pero sí que cabe una reflexión social, en la cual, todas las administraciones y la familia, así como la sociedad, quedan impregnadas. Podemos hablar de falta de humanización de ciertos grupos sociales o ciertas actitudes de la sociedad actual y dificultades en la identificación de los niños en ciertos modelos sociales poco ejemplificadores. Es decir, tanto en la familia, la escuela, o los medios de comunicación, los medios digitales, hay que ser muy críticos con los modelos que se ofrecen para que los infantes se identifiquen con ellos.

Creo por lo tanto, que en muchos medios sociales, como la familia o la escuela, los amigos, la tecnificación, los medios de comunicación, las redes sociales, la sociedad de consumo, el materialismo, la competitividad actual, el narcisismo arrogante, la superficialidad, las apariencias, son factores dominantes, que impiden el contacto afectivo, lo escucha y un tiempo para las relaciones afectivas o el juego con los niños abandonados a la tableta, el móvil, o los modelos que nos ofrecen en los medios de comunicación, de éxito fácil, modelos superficiales, concretos, violentos y sexuales, que van en contra de la comunicación, el diálogo y el encuentro.

Las intervenciones de promoción de la salud mental de los adolescentes van orientadas a fortalecer su capacidad para regular sus emociones, potenciar las alternativas a los comportamientos de riesgo, desarrollar la resiliencia ante situaciones difíciles o adversidades, y promover entornos y redes sociales favorables. Estos programas requieren un enfoque que abarque múltiples niveles y varias plataformas de difusión —por ejemplo, los medios digitales, los entornos de atención médica o social, las escuelas o la comunidad—, así como diversas estrategias para llegar a los adolescentes, en especial a los más vulnerables. Es crucial abordar las necesidades de los adolescentes que padecen trastornos de salud mental definidos. En el caso de los adolescentes es clave evitar la institucionalización y la medicalización excesiva, priorizar los enfoques no farmacológicos y respetar los derechos de los niños recogidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos de derechos humanos. El Programa de acción para superar las brechas en salud mental ofrece orientaciones basadas en pruebas científicas para ayudar a personas no especialistas en la materia a detectar mejor los trastornos mentales prioritarios y brindar apoyo a las personas que los padecen en entornos con pocos recursos.

BIBLIOGRAFÍA

COLLAZOS M. V. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Salud mental, 30(2), 75-80.

MENÉNDEZ OSORIO, F. (2014). Salud Mental Infantil: de qué hablamos al referirnos al niño en psicopatología: prevención y clínica en psicopatología infantil. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 34(122), 353-372.

MOLINER, M. (1996). Diccionario de uso del español. (3ª ed.).

Organización Mundial de la Salud (2003). Legislación sobre salud mental y derecho humanos. Médicos. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud (2018). Atlas de la salud mental. World Health Organization.

Organización Mundial de la salud. (2001): Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud (2021). Salud del adolescente y joven adulto. Whoint. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions.

Organización Mundial de la Salud (2020). Salud mental del adolescente. Whoint. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.

Organización Panorámica de la Salud (2018). Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países.

Salud mental. (s.f.). Wikipedia. https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental.

Para el siguiente artículo hemos recogido estas páginas webs:

- http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/childmentalhealth.html
- http://www.faroshsjd.net. Faros. Observatorio de la salud de la infancia y de la adolescencia
- https://faros.hsjdbcn.org/es/node/10469/download/4fa429babf6f1518c48212d...
- https://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/faros_6_cast.pdf
- https://www.isciii.es/Paginas/Inicio.aspx
- http://www.infocop.es/

Diploma de salud mental infantil. 2010. Módulo de generalidades sobre salud mental infantil. / Psicoterapia psicoanalítica y psicoanalisis insante. Vicent Pi.

Adolescencia y límites en la familia

Manuel Sides Galán.

Adolescencia y límites en la familia. Intervención pronunciada en un IES de Valencia en junio 2003

"La integración del adolescente en el mundo adulto no es algo dado por sentado, sino una cuestión de crecimiento emocional"
(D. Winnicott).

Perspectiva de la charla-coloquio.

La cuestión de la adolescencia la abordaremos a través de lo que llama grupo de discusión y orientación a padres, una vez que situemos los aspectos fundamentales sobre la adolescencia. A lo largo de la charla, tomaré datos procedentes de diferentes ciencias humanas, como la sociología, la psicología, el psicoanálisis, psiquiatría. Por otra parte, es necesario ubicarnos en la sociedad actual cuyas características están presentes en la cuestión que vamos a considerar.

Punto de partida sobre el adolescente (adolescere: desarrollarse, crecer).

"En la época adolescente, que va desde los 12 a los 20 años, los jóvenes, salen en forma torpe y excéntrica de la infancia y se alejan de la dependencia para encaminarse a tientas hacia su condición de adultos". Así, el adolescente está ante una brecha: no es ni niño ni hombre. Pero esta brecha pronto toma la forma de un proceso de cambio crítico y desprendimiento, de una crisis que interrelaciona al adolescente con su familia, la sociedad y la cultura. Podemos decir que la adolescencia no es sólo pubertad, ni sólo una etapa preparatoria a ser adulto, ni constituye únicamente un problema. Los adultos, no debemos olvidarla o renegar de ella como una desgracia, añorarla sería una debilidad y adorarla un error. Así, tomaremos la adolescencia como un proceso universal de cambio y desprendimiento, presente de forma diferenciada en todas las culturas y sociedades; una tiempo de nuevas conexiones entre el cuerpo, la vida psíquica y los roles sociales; una época de descubrimiento personal, de experiencia vital, que obliga al sujeto a reformular los conceptos sobre sí mismo, abandonar su autoimagen infantil y proyectarse en un futuro de convertirse en un adulto.

¿En qué consiste ser padres, en el momento en que sus hijos hacen esfuerzos por encontrar y determinar su camino, un camino pedregoso para los padres también? ¿Cuándo conviene dejarlos a sus propios recursos, cuándo será suficiente un consejo a los padres, qué límites y normas familiares son las exigibles, cuándo orientarlos hacia un tratamiento? Las administraciones, las instituciones, los medios de comunicación, prensa y televisión, son el escenario de preguntas y debates que revelan un interés y preocupación creciente por los adolescentes:

- El País. 3-11-02. Titular: ¿Qué les está pasado a los jóvenes?
- " " 11-12-02 " :Los padres desorientados: no saben cómo educar a sus hijos y delegan en los profesores.
- Levante. 24-11-02. Titular: Aumenta un 14% el número de menores detenidos por la policía en 2002.
- El País. 20-10-02. Titular. El amor a los hijos. ¿Qué compensaciones y satisfacciones aporta un hijo a una persona o a una pareja?.
- Publicación de la Generalitat. 2002. Guía práctica para una diversión sana de los hijos. Los padres frente al botellón.

De esta manera, al aproximarnos al adolescente, nos estamos adentrando en la enorme complejidad del terreno intergeneracional: aquel niño es ahora un adolescente en transformación hacia adulto, los padres, sacudidos además por su propia crisis, se acercan al polo de padres-abuelos. Sin embargo, en el adolescente, al igual que en adulto, crecer lleva siempre aparejado cierta tensión y conflicto, puesto que en el inconsciente del adolescente crecer significa ocupar el lugar del padre y la victoria por la muerte del rival. Por otra parte, del lado de los padres también se presenta la cuestión de qué significa para ellos el crecimiento del hijo, cómo reaccionan ante ese proceso. Para poder responder a la cuestión de los límites y normas, es necesario comprender los ejes fundamentales del proceso temporal en que están inmersos y en el cuál ustedes desempeñan una función que nunca más se repetirá en el desarrollo de sus hijos, tolerándolo y reaccionando activamente frente a ellos. Es imposible apresurar o demorar este proceso, pero es posible forzarlo y destruirlo, como observa el psicoanalista D. Winnicott, pero entonces ya nos encontramos en los límites de la enfermedad mental, de tan frecuente continuación desde la infancia en la adolescencia, como crisis adolescente sin elaborar ni resolver, estancada. En este supuesto, al darse un fracaso en la elaboración del cuerpo infantil y la fantasía de doble sexo, se construirá una identidad frágil y sin adaptación creativa.

Características básicas del proceso adolescente.

Es una etapa de transición en la que un sujeto busca adquirir una identidad propia y fuera de su familia. Ahora bien, se trata de cambios críticos, donde en mayor o menor medida siempre hay desequilibrios e inestabilidades, así como la posibilidad de que se produzcan perturbaciones graves para el futuro. De esta manera, la estabilización de la personalidad se logra pasando por cierto grado de "conducta patológica" inherente a este momento: es decir que el adolescente no puede ser maduro y responsable en el sentido adulto, necesita un tiempo donde .la dependencia regresiva y la independencia desafiante están entremezcladas.

En segundo lugar, esto estará en función del grado de elaboración del duelo por las identificaciones e identidad infantil y el elemento más difícil con el que se encontrará: todo lo que concierne a la fantasía inconsciente del sexo y a la rivalidad vinculada con la elección de objeto sexual, lo que los psicoanalistas llaman dominar su complejo de Edipo. Es como poner vino nuevo en odres viejos.
En tercer lugar, la familia del individuo es la que está en mejores condiciones para enfrentar el reclamo simultáneo de tolerancia por parte de los padres frente al desafío, incluso si es violento, y la exigencia respecto a su tiempo, su dinero y su preocupación. Es decir, para desarrollarse individualmente, a nivel afectivo y sexual, las acciones desafiantes de los adolescentes son compatibles con la conservación de un vínculo inconsciente con los padres.

Lo cual nos lleva a plantear que es imposible alcanzar la madurez sin el marco familiar: aquí se da la oportunidad para un alto grado de dependencia y la necesidad del desafío y rebelión contra los padres. Quizás es el rasgo esencial del crecimiento personal: la capacidad del individuo, después
de cada rebelión y destrucción, de redescubrir todo aquello de que el individuo dependió en las primeras etapas de su vida (cuidado materno, provisión parental y estabilidad familiar).

En último lugar, el adolescente se encuentra con que el mundo externo le exige un cambio de rol, viéndose el adolescente obligado a entrar en el mundo adulto, quiera o no, a través de su cuerpo, sus capacidades y afecto. En el mundo social actual encontramos un conjunto de características que dificultan este periodo, sobre todo cuando se enfatizan los logros de una "falsa madurez", una madurez no acorde con la edad, detrás de la cual los adultos tienen dificultades para que una nueva generación revise críticamente sus logros y valores. Por otra parte, en nuestro mundo social se ha producido un cambio en la familia y que debe ser tenido en cuenta en los procesos de la adolescencia: se ha producido una pluralización de formas y relaciones familiares y de vida en pareja. El divorcio ocupa una función de vértice en este abanico de formas familiares: familias nucleares, subfamilias, familias reconstituidas, familias de hecho y familias sociales o de diseño. Todas estas modalidades de unirse suponen una concepción más igualitaria y hedonista de vivir la pareja, junto a la privacidad de la vida familiar y que suponen un cuestionamiento de la familia normal o conyugal, una reestructuración de desarrollo y no tanto un rechazo de la familia o su extinción.

Elementos de un proceso adolescente.

En el proceso de la adolescencia vamos a situar 6 puntos generales que podrían articular los contenidos necesarios para plantear y pensar límites necesarios en diferentes situaciones en las relaciones familiares con adolescentes:

- Cambios en la pubertad o el impulso del cuerpo y del amor sexualizado.
- Transformaciones y crisis adolescente: una mezcla de dependencia/independencia.
- Trastornos y graves complicaciones en la adolescencia.
- Funciones y cambios en las relaciones familiares: los padres también tienen "su crisis".
- Condiciones sociales actuales que afectan el proceso adolescente.
- La familia como fuente de conflictos que dificultan el proceso de maduración adolescente.

De este conjunto, abordaremos sólo los dos primeros, más relacionados con el tema que nos ocupa.

1. Cambios en la pubertad o el impulso del cuerpo y del amor sexualizado.

Hay un crecimiento de la estatura, del peso, incrementos en la capacidad respiratoria, en el fuerza, etc. También aparecen los "caracteres sexuales secundarios" (voz, pelo,etc.) y el crecimiento de los genitales externos y una evolución diferenciada entre varones y mujeres. En general, se puede decir que todo el crecimiento del adolescente está marcado porque es un crecimiento sexualizado y diferenciado.
Una de las novedades más importantes está constituido por lo Freud llamaba "un nuevo fin sexual", que incluye los tres elementos siguientes: la aparición de la función reproductora, ovulación y reglas en las mujeres y la espermatogénesis en los varones; la aparición de corrientes sexuales y de ternura y amor hacia el objeto; por último, la primacía de los genitales (pene y vagina) como zona privilegiada productora de sensaciones y estímulos placenteros.

En los primeros años de la adolescencia, entre los 12-15, comienzan a surgir otra serie de cambios relacionados con la estructuración psíquica de las transformaciones del nuevo fin sexual y las relaciones familiares. El adolescente se encuentra por primera vez frente a varias tareas:

a) La liberación de la autoridad y del amor a sus padres. Desatar y aflojar los lazos de la niñez supone el establecimiento de diques y límites contra la tendencias al incesto.
b) El duelo por identificaciones infantiles. A lo largo del proceso de esta pérdida, a veces, se producen actuaciones psicopatológicas ocasionales, de orden psicopático, depresivo o maníacas.
c) La elección de objetos de amor y de deseo sexual. A la elección de objetos sexuales y afectivos fuera del ámbito familiar siempre preceden fantasías sexuales incestuosas y los dichos objetos llevan las primeras marcas de las primitivas elecciones edípicas infantiles.

2.Transformaciones y crisis adolescente: una mezcla de dependencia-independencia.

El adolescente debe experimentar y resolver un conjunto de dimensiones críticas que podemos situar en esa brecha niño-adulto, pero sin duda todas giran alrededor de fusión o ambivalencia de la dependencia-independencia respecto a los objetos parentales. Es decir, en el adolescente se opera una progresiva separación de los padres, al mismo tiempo que se invisten a sustitutos parentales. Esto se concreta en que se altera el comportamiento y los sentimientos hacia los padres. Generalmente, la tendencia agresiva es utilizada en gran medida para desdeñar valores y normas de sus padres, todo parece sometido a ambivalencia, contradicción y mezcla de rebeldía y dependencia, de dependencia infantil y conductas provocativas.

En el conjunto de transformaciones, en primer lugar encontramos una evolución sexual manifiesta, que va desde el autoerotismo, homosexualidad ocasional, hasta la heterosexualidad genital adulta. Por otra parte, hay constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo, resaltando la angustia y la depresión, que, generalmente acompañan todo el proceso identificatorio. Continuando con esto, existe una preponderancia de los sentimientos, de la imaginación, de la fantasía y los sueños. La ambivalencia sentimental, a veces desequilibrada, se extiende hasta el apasionamiento. La afectividad y el nacimiento del amor hacia el otro ocupan un gran espacio en el mundo sentimental del adolescente. En todas las manifestaciones de su conducta experimenta también contradicciones sucesivas, dominada por la acción, la necesidad de fantasear y el idealismo.

Manuel Sides Galán
Psicologo Clínico y Psicoanalísta

Perspectivas de intervención psicoanalítica con adolescentes.

Manuel Sides Galán

Comunicación realizada en el seno de un curso de formación a funcionarios en el Ayuntamiento de Valencia sobre Dinámicas familiares en la adolescencia. (Abril 2010)

¿Qué puede ofrecer hoy el psicoanálisis, en la época del "cientismo" (que promociona la confusión y espejismo entre racionalidad-ciencia) y de la "tecnociencia" (sugiriendo la confusión información-conocimiento-saber), donde se promociona un sujeto moderno que se imagina poder pensar y entender las cosas desconociendo lo que lo motiva, sin que esté en juego su subjetividad? Un ejemplo de la tecnificación actual la tenemos en lo que sucede en el campo de la salud mental: los profesionales están siendo reducidos a la tarea de rellenar protocolos que luego impondrán un tratamiento, en los que los sujetos son exclusivamente entendidos como un objeto a clasificar. Señalaremos de paso que los "enfoques correctivos" con adolescentes, que buscan la inserción social o la integración familiar, pueden resultar infructuosos, dada la necesidad de afirmación narcisista de los adolescentes, imprescindible para el crecimiento y madurez posterior.

Desde sus orígenes, el psicoanálisis ya subvirtió la ciencia planteando otra racionalidad diferente a la ciencia y a la técnica: que la verdad particular no puede equipararse a la reproductividad de la ciencia. Podríamos definir, de manera breve y sencilla, el proceso psicoanalítico diciendo que se centra en lo Freud llamaba "realidad psíquica", en el mundo interno de un sujeto y que permite trabajar alejado de las presiones externas, institucionales, familiares o sociales, con la ventaja de intimidad y libertad. Dicho de otra manera, el psicoanálisis puede ofrecer hoy al sujeto una experiencia de su deseo y del sujeto del inconsciente, considerando el síntoma como un saber sobre sí mismo que le concierne como sujeto y no leer los síntomas como "trastorno de la información o de la realidad, a los que hay que borrar por su carácter agobiante".

A la hora de plantear una intervención psicoanalítica o psicoterapéutica, dada la inestabilidad típica de los adolescentes es muy importante distinguir en los diagnósticos lo más claramente posible entre normalidad y patología: por ejemplo, distinguiendo episodios psicóticos/disfucionamiento psicótico/estructura psicótica, o entre tendencias homosexuales/conducta homosexual/estructura homosexual de la personalidad. El trabajo psicoterapéutico con adolescentes tiene también una vertiente preventiva importante, pues es la edad de consolidación de la identidad y de un Ideal del yo que permita al sujeto sumergirse en su medio sociocultural de manera no patológica.

El marco general de los aspectos a tener en cuenta en el adolescente, desde una perspectiva psicoanalítica, se centra alrededor de la reestructuración identificatoria (Ideal del Yo y del Superyo), conectados directamente con los efectos de la elaboración edípica y de la castración simbólica. De no ser así, se pondrá en acción un Superyo arcáico y severo, con efectos represivos, paralizantes o destructivos, presente por ejemplo en adolescentes que mantienen idealizadas ciertas figuras familiares como expresión de su Yo ideal. En esta situación subjetiva, cuando el adolescente demanda tratamiento, ya sea él mismo o a través de sus padres, asistimos a un fracaso en la reestructuración identificatoria del Ideal de Yo, que ha hecho imposibles o muy dificultosos los duelos y pérdidas adolescentes, tornándolos en sufrimiento, síntomas o crisis desadaptativas. Algunos de los aspectos a tener en cuenta en el trabajo psicoterapéutico con adolescente:

1. Los padres no deber ser excluidos del proceso de intervención, sino que deben ser objeto de atención en la instauración del marco psicoterapéutico y para abordar luego momentos delicados en el proceso, sobre todo los relacionados con las interrupciones del tratamiento, ausencias, etc. Efectivamente, cuando los padres "consultan para su hijo adolescente", en la mayoría de casos estamos ante la irrupción del narcisismo inconsciente edípico de los padres, tiempo de narcisismo herido porque el amor narcisista por el hijo o la hija se acaba. Así, estas fantasías narcisistas están presentes pero disfrazadas no sólo en como comprenden la sintomatología de su hijo, sino también en los motivos de los padres para iniciar un tratamiento o para interrumpirlo: generalmente, niegan o encubren la problemática con otra diferente o pueden banalizar la gravedad de los síntomas del hijo (Huescar, 2002). Por tanto, la escucha y las intervenciones del psicoanalista no deben olvidar la dimensión histórica del sujeto, por lo que el síntoma y el malestar del adolescente se convierten también en portador del medio familiar, de una historia que abarca a los padres. En este sentido, es fundamental diferenciar la demanda de tratamiento de los padres y la del adolescente, tanto en su dimensión consciente como inconsciente: diferenciar bien entre una "demanda inconsciente de los padres" (que su bebé-objeto no cambie, no se convierta en independiente) y una "demanda de ayuda de los padres", que implica el reconocimiento de su propia impotencia para resolver los problemas del hijo. De ahí que sean necesarios entrevistas por separado, a fin de sustentar la separación e individuación adolescente, no satisfaciendo así las demandas narcisistas de los padres o del hijo.

2. El tratamiento psicoanalítico no gira alrededor de los "hechos reales", sino alrededor de la relación del adolescente con el lenguaje, con la actividad simbólica, con el discurso del propio sujeto. Justamente, en el adolescente hay una dificultad para simbolizar y aceptar la regla de hablar libremente y las del encuadre psicoanalítico (regularidad sesiones, pago, tiempo) que deben ser muy bien establecidas desde el principio. Estos dos hechos están relacionados con el desbordamiento pulsional, que se manifiesta en las pasiones y con la angustia para experimentar y comunicar simbólicamente sus afectos, emociones y pensamientos, por lo que tiende más bien a actuar hacia fuera su mundo interno, ya sea a través de la puesta en acto, o en el cuerpo, es decir a sustituir los símbolos por actuaciones. De ahí que gran parte del tratamiento con adolescentes consista en ayudarles a simbolizar, a nominar, sus sentimientos y los sucesos en su cuerpo, articulándolos en sus relaciones internas, ya que en sus procesos psíquicos predominan frecuentemente la dispersión, la confusión y la disociación. En consecuencia, la interpretación en el proceso de un adolescente debe estar relacionado muy concretamente con el momento de reconstrucción y reconstrucción identificatoria en que se encuentre el adolescente.

3. Lo que importa no es la situación relacional, la relación de a dos entre padres-hijos o al revés, sino ayudar al adolescente a superar una relación imaginaria, un conflicto identificatorio, que mantiene su relación con el deseo en un callejón sin salida. Para el psicoanalista, lo que importa no son los síntomas aparentemente positivos o negativos en sí mismos, sino lo que el síntoma significa para el que, con tal o cual conducta, actualiza el sentido fundamental de su dinámica, es decir, "oir y leer detrás del sujeto que habla a aquel que está presente en un deseo que la angustia autentifica y oculta a la vez". Para desprenderlo de la captura imaginaria, es necesario un trabajo desde su discurso y su deseo inconsciente, desde donde le llega el mensaje a través del síntoma. Ahora bien, para que sea posible con un adolescente instalar el dispositivo clínico psicoanalítico de escucha, interpretación y transferencia, debemos tener en consideración lo siguiente: a) el adolescente debe verse como parte diferenciada de sus padres, reconocerse en algo suyo problemático o conflictivo, "su problema relacionado con su demanda", lo cual no será seguramente lo que preocupa a sus padres. Es decir, percibirse como un sujeto con ansiedad y un mundo interno conflictivo que debe reestructurar. b) el psicoanalista no debe proponerse al adolescente como modelo identificatorio alguno o como sustituto parental, fuente de

SINTOMA	TRANSFERENCIA	INTERPRETACIÓN
Represión primaria de un significante - pulsión	Realidad del inconsciente sexual (pulsiones parciales)	Deseo incosciente.

4. Transferencias negativas, actino out e interrupciones del proceso psicoterapéutico. Por ejemplo, el adolescente puede sentir la permisividad del analista con respecto de sus actuaciones como seducciones, o traducir la omnipotencia interpretadora del analista como ansiedad persecutoria de los padres, como una acción impaciente, controladora e intrusiva de los padres, ante la cual debe rebelarse o jugar a la seducción. c) el psicoanalista debe preservar un espacio de intimidad con el adolescente, pero que al mismo tiempo mantener sus reglas de trabajo, con el fin de hacer frente a padres muy controladores y narcisistas y a los intentos de manipulación con defensas maníacas evitativas del adolescente.

Con el fin de hacer más comprensible la dialéctica del proceso de una cura psicoanalítica, planteamos el siguiente esquema. Se puntualiza que cualquier interpretación hay que hacerla teniendo en cuenta la transferencia: tanto el registro en que se encuentran el analista y el analizante (la instancia de la personalidad que estamos representando para él en ese instante) como que la transferencia está ligada al deseo, constituye " la puesta en acto de la realidad sexual del inconsciente".

Desde los Sueños y la Psicopatología de la vida cotidiana (1900), Freud enseña dónde hay que escuchar la transferencia como fenómeno de lenguaje: el deseo inconsciente y su discurso enmascarado, secreto, imposible de expresar, encuentra un modo de expresión tomando posesión de un discurso aparente, preconsciente, los lapsus, actos fallidos, en los restos diurnos descargados de deseo, los retoma en una nueva organización a través de la cual logra expresarse otro sentido. De esta manera, la palabra es el elemento de la interpretación del inconsciente y también, como elemento tercero, es lo que permite comprender la función y la estructura de la transferencia. La interpretación, para el analizante, supone liberarse de la ignorancia, causa hipotética de sus síntomas y sufrimientos, y, para el psicoanalista, el momento más decisivo de la cura que dirige, donde su deseo es puesto a prueba. Precisando más, el psicoanalista no revela al sujeto su "realidad", sino que el sujeto descubre por medio del análisis su "verdad": la significación que cobra en su destino particular el conjunto de datos de partida que le son propios

Manuel Sides Galán
Psicologo Clínico y Psicoanalísta

Libro: Didáctica del grafismo

Cuadernos del alumno: Momi

Editorial: Promolibro. Valencia
Aurores: Vicent Pi Navarro
Dolors Pla Girbés

Reseña: Raquel Sanchis Rios

El planteamiento expuesto en el libro desarrollado por Vicent Pi y Dolors Pla, "Didáctica del Grafismo", consiste en utilizar la verbalización y la dramatización a la hora de enseñar la lectoescritura, el esquema corporal, la contención de la hiperactividad y la reeducación de los rasgos disléxicos, sirviéndose para ello del uso de la imagen visual, la imitación y el apoyo del modelo del profesor u otro alumno, que enseña sus procesos de ordenar los movimientos, entre otros recursos.

También se acompaña de manuales para el alumnado, los cuadernos MOMI, que incluyen las verbalizaciones y las imágenes para la reeducación. De esta manera, se enseña la gramática a la vez que se conecta con la imagen visual que se le ofrece al alumno/a, con la dramatización y con el uso de la voz y su tono, conectando así con su mundo emocional. La enseñanza se convierte de esta manera en una especie de obra de teatro, donde a través del juego y la psicomotricidad que lo acompaña, se accede a la gramática. Se trata de un planteamiento muy similar a las autoinstrucciones que provienen de Vygotsky, pero en este planteamiento, las autoinstrucciones se utilizan y se enlazan con el eje propuesto por Bion en su teoría.

En la simulación de la verbalización, se asocia el lenguaje verbal a cierta emotividad, para dar un aspecto lúdico, entretenido y cercano a la expresividad del alumno. Así pues, a través de este modelo se abordan trastornos o dificultades del aprendizaje, como la dislexia o la disgrafía. De manera general podemos decir que todo el desarrollo teórico planteado en esta obra se basa en la teoría de Vygotsky y se enlaza con el planteamiento psicoanalítico, concretamente con la tabla propuesta por Bion, que tiene en cuenta el inconsciente y el mundo emocional. El desarrollo siguiente, es la lectura del libro en un taller coordinado con Vicent Pi, y con asociaciones respecto al texto, tanto por el autor como por los miembros del taller, tanto con respecto a la reeducación, como sus consecuencias en la psicoterapia, así como por distintos modelos o autores, que han hablado en la línea del aprendizaje social.

En el desarrollo teórico del libro, se nos indica que podemos acercarnos al símbolo utilizando el término de significante y significado. Para ello, representaremos al objeto con la representación de palabras. Por poner algún ejemplo, podríamos decir que el significante sería el reloj, y el significado serían las sensaciones, la imagen visual, la experiencia que tengo con el reloj, etc. Como podemos ver, los significados tienen que ver con la sensopercepción. Esto es importante porque las personas con psicosis no discriminan lo que es el símbolo, no tienen una percepción simbólica, confundiendo el símbolo con el objeto.

No podemos llegar a la verdad absoluta, solamente podemos conocer al objeto por las percepciones. Mientras que la persona con psicosis confunde el símbolo con el objeto, con la cosa en sí misma. Por eso, las personas con psicosis tienen dificultades en la simbolización, en las metáforas, en el "como si…". Por ello hay que tener cuidado con los niños, adolescentes y adultos con psicosis que presentan un lenguaje concreto y no entienden las metáforas, los chistes, la broma… porque las confunden con la realidad.

Bion, en vez de significante y significado, utiliza el concepto de "continente" y "contenido" para explicar la vida cotidiana, la psicoterapia y el psicoanálisis. Su concepto de "continente" sería el significante y el concepto de contenido, los significados. Para Bion ambos conceptos son importantes, e incluso lo es todavía más la relación que se establece entre ambos. En la psicoterapia relacional, tenemos un continente, el psicoterapeuta, y un contenido, que serían las emociones y los conflictos que trae el paciente. Por eso, al hablar del encuadre psicoanalítico, Bion rompe un poco con la teoría clásica y el encuadre, como continente. Éste se debe de adaptar a las características del paciente. Es decir, el continente no tiene que ser rígido, sino adaptado al paciente para promover una relación que brinde las posibilidades de cambio en psicoterapia.

Cuando Melanie Klein habla del "objeto bueno" y el "objeto malo", se refiere a lo mismo que Winnicott cuando utiliza el concepto de "madre suficientemente buena". El psicoterapeuta debe convertirse en el "objeto bueno" o en una madre "suficientemente buena", con un continente adecuado que promueva el desarrollo del paciente.

Los símbolos siempre se producen por presencia y luego por ausencia. En psicoanálisis se forman por gratificación y luego que haya frustración. Primero el bebé utilizará la imagen visual de la madre para su tranquilidad y la formación de un primario objeto interno. Después de la imagen, surge la palabra. A nivel metafórico, un objeto puede representar otro objeto. Por ejemplo, un poeta para referirse a su pareja, puede decirle la flor más bella del mundo. Utiliza un objeto (flor) para referirse a otro objeto (su pareja).

Los elementos Beta para Bion, los vamos a asociar con sentir afecto y sentir la sensomotricidad. Es importante porque los niños/as con autismo tienen una fijación a sentir afecto y sentir sensomotricidad.

Hay disociación cuando esa psicomotricidad no está ligada a la imagen visual. La imagen visual es importante porque conecta la palabra con la sensomotricidad. El problema con el autismo es que, al no mirar, no ligan la sensorialidad con la imagen visual.

Bion, al hablar de categorías mentales, no concreta para no saturar los conceptos. En cambio, ofrece ejemplos para poder partir de la experiencia. El concepto de "categorías mentales" que utiliza Bion hacen referencia a los registros o estructuras representacionales que tienen un sentido, unas funciones simbólicas y unos usos simbólicos parecidos y donde caben muchas representaciones mentales. Son categorías sin saturar de significado, por ejemplo, cuando él habla de "elementos beta", podemos sugerir que serían como sentir sensaciones o afecto, pero sin conciencia.

Bion pretendía buscar un psicoanálisis objetivo y un lenguaje común, alejado de una confusión de lenguajes, o una Torre de Babel, con palabras cargadas de significados narcisistas. Cuando en el psicoanálisis, sobre todo en el psicoanálisis kleniano, se utiliza el término de "objetos parciales" se hace referencia a cuando llevamos a cabo una identificación proyectiva, cuando se proyecta fuera una parte propia.

Nuestro trabajo en psicoterapia, o como reeducadores con instrumentos clínicos, es que los pacientes o los alumnos, comprendan que tienen aspectos más agradables y aspectos menos agradables, que puedan ver o considerar la totalidad de la realidad, interna y externa. Y, en este sentido, nuestro trabajo es que puedan apropiarse de sus proyecciones, sintiéndolas como propias.

Piaget siempre parte de la existencia de esquemas innatos que, a lo largo del desarrollo, colman en periodos determinados. Su primerio estadio sería, gracias a la interacción, sensoriomotriz. Luego sería la imagen visual y después la palabra. Como producciones a través de interacciones mentales y que crean el simbolismo. La palabra por tanto luego tiene un gran desarrollo gracias a la abstracción y el simbolismo.

Vygotsky es un autor constructivista que desarrolla el concepto de "Zona de Desarrollo Próximo". A este autor también le interesaba mucho el lenguaje, defendiendo que éste ordena y organiza la hiperactividad. Para él era muy importante el aspecto comunitario y el aprendizaje social. En este sentido, habla de lenguaje interior que organiza el lenguaje preverbal, como las impulsiones de la hiperactividad. Por ello, su interés en las verbalizaciones o autoinstrucciones, como el lenguaje que se aplica a la motricidad y que puede ayudar a gestionar las interacciones y la impulsividad, pero también todas las acciones, como las grafías, conducir un coche o aprender un juego.

Si utilizamos el lenguaje del niño en su Zona de Desarrollo Próximo, para organizar sus pensamientos en la práctica de sus acciones, el niño entiende qué es lo que le ocurre.

El niño también utiliza el lenguaje para organizar su mundo interno. El lenguaje externo, el que puede proporcionarle el psicoterapeuta, la madre… se convierte en un lenguaje interior que ordena el inconsciente del niño/a.

La palabra nos ayuda a organizar los significados internos y trasladarlos a nivel social. El lenguaje ordena así la motricidad, el aprendizaje, organiza los tiempos, los conceptos y las operaciones, y lo interioriza. Esta interiorización se produce gracias a una secuencia, ya que establece un orden temporal en las acciones o las motricidades. La imagen visual se convierte en el teatro que hacemos en la relación terapéutica o reeducativa.

Bion habla de tres momentos, en su tabla: precepción, concepción y concepto. Todo surge con una preconcepción, con una expectativa de algo que está fuera y que va a cumplir esa expectativa. Cuando esa expectativa se cumple, hablamos de realización y nos permite el paso de la preconcepción a la concepción. Pero el concepto no se forma solamente con la concepción, con la realización de esa expectativa o deseo previo. El psicoanálisis siempre ha formulado que la palabra siempre surge cuando hay gratificación y frustración.

En psicoterapia, los terapeutas recibimos una preconcepción de la persona. Tenemos que indagar en su inconsciente. En reeducación, las imágenes son concepciones que ordenan y asociación a la relación con el reeducador.

En el psicoanálisis saturas el significado que se encuentra en el inconsciente y lo empujas a la conciencia para darle un orden verbal. Lo mismo pasa en la verbalización reeducativa, que ponemos orden y aumentamos la conciencia al lenguaje preverbal, motriz y a la acción, secuenciada a través del tiempo, con lo cual la matizamos.

"El lenguaje corporal nos sirve de mediación para la adquisición de estructuras más sofisticadas, donde los otros lenguajes lo estructuran. Se asocia al lenguaje interiorizado y le da una nueva formulación a la organización mental, catalizada por el lenguaje interior". El lenguaje organiza la lectura y la escritura.

Con la acción llegamos a la palabra, pero cuando algo es desconocido, con la palabra regresamos a la acción. Acción significa cualquier cosa, de hecho, una palabra es ya una acción. Lo que e quiere decir es que la acción, si tenemos en cuenta el eje vertical de Vicent Pi, es fundamental, sobre todo para los niños con TEA. Y la acción comienza por la sensorialidad y la motricidad, por sentir.

Comenzar a sentir implica ya una acción. Luego vienen las acciones que tienen que ver con la imagen visual. La más importante para los/as niños/as es el vínculo con la madre o con el/la psicoterapeuta/reeducador. Nosotros, por tanto, como psicoterapeutas/reeducador ofrecemos un modelo que tiene que ver con la imagen visual, que es en sí una acción. Tal es así que, en el campo de las neurociencias, el descubrimiento de neuronas

espejo supuso una revolución, muchas de las cuales tienen que ver con la sensorialidad y con la imagen visual.

En el desarrollo evolutivo, y en el tratamiento de niños con TEA o cualquier niño/a o adulto que acude a psicoterapia/reeducación, se realiza este recorrido: de la sensomotricidad a la imagen visual hasta llegar finalmente a la palabra. Y al final este recorrido es lo que ocurre en el aprendizaje de cualquier niño/a. Digamos que, en el aprendizaje escolar y evolutivo, se va desde la experiencia hasta llegar a la palabra. Esto es fundamental para la psicología, el psicoanálisis y para todo el proceso de aprendizaje. Todo esto significa que, en cualquier proceso de aprendizaje tiene que ver con la experiencia y que la palabra interioriza la acción.

La ciencia occidental se dirige de lo general a lo concreto. Para el psicoanálisis relacional, vamos desde la palabra a las experiencias visuales y sensomotrices, siguiendo una aproximación más deductiva. Mientras que la ciencia oriental es más inductiva, más intuitiva, por lo que van desde la sensorialidad a la palabra.

Para Vygotsky, el lenguaje interiorizado funciona como orientación mental que ayuda a lograr una comprensión consciente. El lenguaje, la psicoterapia y el psicoanálisis, lo que busca es ordenar la mente, ya que ello facilitará una comprensión consciente de la experiencia. El constructivismo se basa en el trabajo a partir de la experiencia, simulando un juego, con emotividad, para que sea significativo.

El lenguaje imaginario es totalmente arbitrario, porque supone una fantasía de una imagen visual. Todo lo imaginario proviene del exterior, de la experiencia externa. El mundo imaginario tiene, como los sueños, dos cuestiones importantes. Por una parte, el imaginario no es un código social, es decir, no podemos transmitir con imágenes a otra persona lo que estamos pensando y, por otra parte, las acciones están repletas de multitud de significados.

Las imágenes, a la hora de articular todos los significados que presenta, funciona por condensación y por desplazamiento. Esto significa que, la figura, si narramos a nivel mental el concepto de perro, será arbitrario porque solamente es propio de la persona que está narrando a nivel mental este concepto. Mientras que, con la palabra, lo que se hace es una extracción, es decir, al decir una palabra determinada, todo el mundo está de acuerdo en ciertas características que son universales.

El niño va perdiendo elementos sensoriales hasta lograr un lenguaje interiorizado más predicativo. El niño va perdiendo la sensomotricidad, la conciencia de ésta y de la imagen visual y solamente se queda con la palabra. Las verbalizaciones son como autoinstrucciones del cuidador ofrecidas al infante que organiza y contiene el pensar en su aprendizaje. El psicoanálisis añade la parte emocional al proceso de verbalización de Vigotsky.

Vygotsky fue el primer autor que habló del término de las verbalizaciones, como un instrumento mental para el aprendizaje. Lo que pretendía decir es que las verbalizaciones o autoinstrucciones sirven para organizar las sensaciones y las motricidades con respecto al objeto. Es decir, ordenan la sensomotricidad a la hora de experimentar el objeto. Esto es importante porque sirve, por ejemplo, para organizar las impulsiones, la hiperactividad, el esquema corporal… y, por tanto, el aprendizaje.

El psicoanálisis en sí también supone una verbalización. La verbalización, el diálogo entre paciente-psicoterapeuta, lo que intenta es hacer lo mismo que decía Vygotsky, pero a nivel emocional, organizando y gestionando no solamente la experiencia del objeto o el cuerpo, sino también la experiencia emocional de esa relación con el objeto y el cuerpo. Y aquí reside la importancia de la teatralización o dramatización en terapia/reeducación, que supone imprimir emoción y afecto a la relación entre alumno/a – profesor/a o paciente-terapeuta, en forma de un juego simbólico.

La dramatización, que supone una imagen visual teatralizada o juego simétrico, es lo más cercano que hay al mundo emocional. Esto también se observa en el lenguaje materno que adoptan las madres cuando hablan con sus bebés, conocido como maternés.

La perspectiva psicoanalítica de la verbalización es imprimir una dramatización o teatralización de lo que es la experiencia de aprendizaje. Esto significa que hay también un proceso de simbolización. La simbolización supone no un aprendizaje memorístico, sino que tiene que ver con la experiencia emocional. Con la simbolización se gestionan emociones y no solamente conocimientos o memoria. La memoria, en este sentido, crea una historia que interioriza la experiencia emocional. Por ello, en la clínica INDE la reeducación se llama reeducación psicoterapéutica, porque se basa en la importancia de la relación afectiva y de la confianza, seguridad, para lograr gestionar el mundo emocional.

La simbolización supone que cuando una experiencia ha sido gratificante y lúdica, queda el recuerdo y la memoria simbólica de lo que se vivió en ese momento, guardándose como un objeto a recordar. De esta manera, el aprendizaje se vuelve significativo.

Las personas con TEA tienen una dificultad para organizar el mundo emocional. El simbolismo tiene que ver, dentro de lo que es el aprendizaje social, con tener en cuenta las emociones y las experiencias emocionales dentro de esas relaciones. Esas relaciones deben tener frustración, fundamental para el simbolismo, pero también deben ser relaciones de seguridad y confianza. Todo esto tiene que ver con el doble lenguaje, con el juego, con el dibujo…. Se trata de crear un espacio de aprendizaje, como ocurre en psicoterapia, donde surja el deseo de aprender del otro/a. Solamente se aprende del otro/a cuando el otro/a es un ser amado. Es lo opuesto a la persona con psicosis, que no quiere aprender del otro.

Con los adultos hay una relación simétrica donde tanto el psicoanalista como el paciente aprenden mutuamente a través de los contenidos del paciente. Se produce en ambos un aprendizaje emocional. Esto es precisamente lo que se trabaja a través de la terapia relacional, por ello se hace tanto hincapié en la importancia de la relación. En esta relación, lo que se introduce no es solo elementos cognitivos, sino emociones y sentimientos.

La dificultad de la persona con psicosis o de la persona con hiperactividad es no aceptar la autoridad del profesor o psicoterapeuta ni la relación simétrica entre ambos. Con los niños y con los adultos lo que se intenta siempre es presentarnos, a los terapeutas, como modelo. Es importante establecer una relación simétrica u horizontal, donde los contenidos son del paciente, pero nos ofrecemos como un casi-igual, como un modelo primario, en el sentido de que nos ofrecemos dentro de una relación de confianza, afectiva y de seguridad, como un igual para que, a partir de ahí, el paciente vaya aceptando nuestras verbalizaciones. Verbalizar significa inculcar un orden dentro del lenguaje preverbal y verbal que tiene el niño/a o el adulto en el caso de la psicoterapia. Significa que nos ofrecemos como un espejo en el que el propio paciente se mira, nos ofrecemos como un modelo. Ofrecemos la manera que tenemos de pensar, por eso verbalizamos cuando ofrecemos una narración de lo que es una letra o cuando hacemos una suma y los niños repiten la secuencia. Ser un modelo significa inculcar nuestra manera de, en este caso, grafiar una letra o hacer una suma. Les ofrecemos nuestro pensamiento.

En el caso de la reeducación psicoterapéutica, se ofrece el aprendizaje cognitivo para llegar al aprendizaje emocional, en psicoterapia ocurre al contrario. En el caso de la reeducación psicoterapéutica hay una mayor directividad, aunque nos ofrecemos de igual manera como modelos.

La interiorización de ese modelo significa que el lenguaje verbal exterior que se está recibiendo se convierte en un lenguaje interno. Porque no solamente está el contenido, sino la experiencia emocional que lo acompaña. De una experiencia externa dramatizada y verbalizada (lenguaje corporal y verbal) se interioriza. Supone una verbalización que ya contiene la teatralización y la experiencia emocional de esas grafías.

En el aprendizaje cooperativo encontramos un lenguaje cercano, un modelo que se ofrece al que presenta mayores dificultades y un lenguaje que ofrece también la posibilidad de interiorización. Por eso, no es importante solamente la ayuda individual, como ocurre en la reeducación terapéutica, sino también al aprendizaje grupal, donde se verbaliza ese aprendizaje. La imitación del modelo que se ofrece es importante porque permite la interiorización gracias a la experiencia emocional.

¿Qué diferencia hay entonces entre la imitación, la identificación y la introyección?

Para el psicoanálisis la introyección significa interiorizar, en Piaget sería asimilar y en Gestalt haría referencia a un mecanismo de defensa por el cual una persona incorpora, sin digerir, toda la información y los mandatos que le llegan desde el medio y actúa de acuerdo con ellos. Esos «cuerpos extraños» no asimilados se llaman introyectos e impiden el desarrollo y la expresión del propio ser. Al tragarlos sin digerirlos una persona puede encontrarse con dos mandatos opuestos o incompatibles actuando en ella, lo que puede contribuir a la desintegración de la personalidad.

La identificación en psicoanálisis significa identificarte con alguien, olvidándose de su yo. Es un comportamiento muy edípico. En el caso del niño, se identifica en el rol del padre y con la niña, se identifica con el rol de la madre. Identificarse sanamente significa interiorizar relaciones saludables entre el mundo conceptual y las relaciones.

La introyección para la Terapia Gestalt supone adoptar creencias, actitudes, valores morales, éticos o políticos, patrones de conducta, etc., que no son propios, sino que vienen determinados por el ambiente, como mandatos familiares o normas culturales. Los introyectos para la Gestalt tienen forma impersonal, son los "debería" y actúan en todo momento. De esta manera, con los introyectos, construimos una identidad que es ajena a nosotros. No se trata de negar todo aquello que proviene del exterior, sino de la necesidad de descomponerlos, analizar sus partes y montarlos para que se adapten a uno/a mismo/a. Si esto no se da, perdemos la oportunidad de desarrollar la propia personalidad o corremos el peligro de desintegrarla.

Para la Gestalt, la introyección, por tanto, es una patología del contacto, de un exceso de contacto con lo externo, donde no hay asimilación propia. También supone una dificultad en la retirada y su antídoto es la asimilación, aprovechar lo que nos viene dado, pero reconociendo los límites.

La introyección en psicoanálisis es lo opuesto a la proyección. Con la proyección sacamos lo que no queremos, proyectamos en el otro lo que no nos gusta de nosotros. Con la introyección incorporamos partes del objeto externo buenas que asimilamos.

La imagen visual está muy cercana al mundo emocional y, por ello, es imprescindible para el aprendizaje simbólico y significativo.

La automatización supone cuando lo que hemos aprendido se envía al inconsciente. No es una copia exacta, es una adaptación. Si se distorsiona, surgen los problemas. El objetivo por lo tanto es recuperarla del inconsciente y hacerlo consciente, para que sea ella quien ordene los pasos correctos de la conducta.

Cuando interiorizamos la imagen visual a nivel consciente hay también una interiorización de la imagen verbal. Las neuronas espejo han permitido mostrar cómo la imagen visual, como la acción de la imagen visual se convierte en acción real. Es decir, se aprende gracias a as neuronas espejo o la imaginería. Que supone trabajar a nivel visual, pero también a nivel motriz.

Cuando hablamos de imaginario hablamos de las representaciones en forma de narración que conforman los objetos internos que poseemos. El imaginario que tenemos forma los sueños, los mitos, las fantasías acerca de la vida… En el psicoanálisis relacional, las fantasías representan el mundo interno e imaginario de la persona. La cuestión es que, a Bion no le interesaba tanto la psicopatología como los funcionamientos mentales. Los funcionamientos mentales representaban para el ser humano una serie de funcionamientos que son diferentes según cómo se desvía de la normalidad. En este sentido, Bion habló de la parte psicótica de la personalidad y la parte no psicótica de la personalidad.

En la parte psicótica de la realidad, teniendo en cuenta el imaginario, hablaríamos de un imaginario que está disociado de la realidad. En psicología clásica se afirma, en este sentido, que con la psicosis no hay contacto con la realidad. Todos tenemos una parte psicótica de la realidad y esto forma nuestro mundo imaginario, lo

que ocurre es que cuando estamos en el posicionamiento no psicótico, fantaseamos, pero somos conscientes de que es una fantasía que no tiene nada que ver con la realidad social. Cuando funciona la parte psicótica de la personalidad funciona en realidad el imaginario que no está en contacto con la realidad.

Las personas que presentan un funcionamiento no psicótico pueden despertar de la parte psicótica de su personalidad. En este sentido, hay un funcionamiento psicótico en todos nosotros, pero ciertas personas, podemos conectarnos fácilmente con la parte no psicótica de la personalidad y volver a conectar de nuevo con la realidad. La psicoterapia lo que busca es precisamente esto, poder regresar a la parte no psicótica de la personalidad.

En el caso de la Terapia Gestalt, el planteamiento es muy similar, lo que ocurre es que, en vez de hablar de psicosis, se habla de neurosis y sobre cómo poder abordarla a través del movimiento contacto-retirada. En Gestalt se trabaja mucho lo que es el lenguaje preverbal, a diferencia de los psicoanalistas clásicos.

Bion pensaba que la parte no psicótica debe tener en cuenta que, a lo largo de cualquier encuentro, aparece la parte psicótica de la personalidad de la otra persona. Esa parte que corta, que rompe el encuadre, que expresan su narcisismo… Pero si el continente está "enfermo", si lo dirige la parte psicótica de la personalidad, todo el contenido también enfermará y avivará todavía más su parte psicótica. Nosotros, como terapeutas, debemos ofrecer ese continente, esa parte no psicótica de la personalidad que contenga y actúe también como modelo. Si los terapeutas están perdidos en este sentido, le ofrecen al paciente una repetición de su historia y puede llegar a ser retraumatizante.

El color normalmente expresa emociones. Cuando tienen un contorno, aunque se desborde el contorno, lo que trabajamos es la relación continente-contenido, por lo que significaría que hay un continente y un terapeuta que contiene esa emoción desbordada. Es decir, hay un contorno, un continente, en este sentido, el psicoterapeuta, que puede contener el contenido, por ejemplo, dando libertad a la expresión emocional. En este sentido, cuando se da esa expresión emocional, por ejemplo, ante un grito, es fundamental poder ofrecer una mirada calmada para poder construir así una imagen. Siempre que hablamos de dibujos, hablamos de la imagen visual y ésta tiene que ver con la mirada, que es fundamental para los déficits de atención, la hiperactividad o el tratamiento terapéutico con adultos.

El color es importante en la discriminación de la realidad, así como las transformaciones que se producen con el tiempo. Cuando se pinta o se dibuja algo de manera reiterativa, significa que el niño o la niña están queriendo decir algo. Es importante en este sentido prestar atención al mensaje que hay detrás.
El color también lo da la emotividad y el tono de voz en las verbalizaciones, así como el lenguaje gestual, dentro del diálogo en la confección del dibujo.

El dibujo libre permite descubrir las diferencias y particularidades de cada niño. Es interesante considerar al dibujo del niño/a como una imagen de su mundo interno.

Enseñar al paciente cómo pensamos, cómo hemos llegado a una conclusión. Mientras se proyecta el imaginario, con las verbalizaciones le ponemos un orden. De esta manera, le enseñamos a simbolizar, a representar y a matizar.

Noticias

Basler Zeitu
Vogel Gryff begeist
Neue
NEUE RUHR ZEITUNG
DÜSSELDORF
Jetzt freut sich Kerber auf die Nr. 1
Durchgefallen
Aachener Region will gegen Akw Tihange klagen
Saarbr
Wie die Saarbrücker
Altersarmut füh
Saar-Kommu
in die
OSNABRÜCKER ZEITUNG
junge Welt
Neue Waffen
Regionalblock
Kurzschlüsse
Ruhr N
Freitag, 29.1.2016 • Nr. 2

Una nueva era.... ....de la salud mental

Lloraba por las noches y me derrumbaba. Nadie me veía, me escondía al anochecer y así nadie presenciaba el dolor, el sufrimiento que sentía, nadie escuchaba mis sollozos ni mi pena. Era el momento clave para exteriorizar lo que sentía, lo que percibía, lo que no podía explicar con palabras porque siempre acababan quedándose cortas. Era incapaz de describir lo que sentía porque el pecho me dolía y me asfixiaba, así que tan solo quedaba cerrar los ojos e intentar que el dolor desapareciera. Sin embargo, al día siguiente todo volvía aparecer de nuevo y yo seguía sin encontrarme.

¿Cuántas veces nos hemos preguntado cómo estamos? O ¿Qué es lo que necesitamos? ¿Somos capaces de vernos a nosotros mismos o de qué huimos?

La ansiedad y la depresión nos paralizan, nos oprimen y nos asfixian. Nos hacen creer que no podemos conseguirlo, que no podemos avanzar, que no podemos lograrlo y nos hacen pequeños, muy pequeños. Se apoderan de nuestro ser, de nuestros pensamientos, de nuestra mente, de nuestro cuerpo, se lo llevan todo y por momentos desaparecemos y dejamos de existir. A continuación, nos preguntamos dónde quedó esa persona que fuimos y no encontramos, porque únicamente quedan restos de lo que ya no somos. Sin embargo, seguimos andando pero tropezando en nuestro camino, hacemos lo que podemos, pero no es suficiente como para poder levantar la cabeza. Necesitamos alejarnos del miedo que aparece continuamente delante de nosotros y nos dice que no podemos, que no somos suficientes y nos deja sin aliento.

Se lo lleva todo, no importa lo demás cuando está presente.

El impacto del COVID-19 se ha caracterizado por un aislamiento social, generando múltiples efectos psicosociales y sentimiento de soledad, miedo tristeza e incertidumbre. Ha supuesto una nueva era en la salud mental, observándose el incremento de distintas patologías como la ansiedad, la depresión, las conductas autolíticas y el suicidio.
Es evidente, que se ha originado una gran crisis psicológica y lo hemos podido observar en la alta demanda de pacientes que presentan las patologías anteriores. Cuando hay un malestar emocional junto con la ausencia de herramientas para poder gestionar la situación o nuestras emociones, se requiere de un profesional de la salud mental.

Sin embargo, la realidad es que hay una falta de recursos de personal en los hospitales y largas listas de espera, lo cual, complica todavía más la situación.

Ante el sufrimiento psíquico se suele recurrir a fármacos y en muchas ocasiones, hay una excesiva medicalización. Así que, es importante tener en cuenta que una pastilla no es un remedio milagroso y que debe de estar acompañado de una psicoterapia. Sin embargo, teniendo presente nuestro sistema de salud mental, tan solo unos cuantos afortunados pueden hacer frente al coste económico que supone un psicólogo clínico en el ámbito privado.

Cuando una persona no encuentra razones ni motivaciones por las cuales vivir y hay un sufrimiento continuo en su día a día, se plantea qué sentido tiene su existencia. A raíz de ello, resulta muy preocupante el aumento de conductas autolíticas y del suicidio.

8:02 98%

elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/

EL MUNDO Suscríbete

Ciencia y Salud
SALUD

El Colegio de Psicólogos se organizó para atender a profes...

SALUD • 10 suicidios al día

Pocos psicólogos y muchos fármacos: el drama de la salud mental en España

Tenemos tres psicólogos por cada 100.000 habitantes, muy por debajo de otros países. La primera opción siempre es recetar fármacos

PUBLICIDAD

caser seguros Por eso queremos hacerte la vida más fácil.

PREMIUM

ROCÍO R. GARCÍA-ABADILLO Madrid

Actualizado jueves, 18 marzo 2021 - 08:52

Con lo cual, es necesario normalizar ir a terapia a pesar de la estigmatización que sigue vigente y pedir ayudar cuando alguien la necesita.

Es de gran importancia poder verbalizar cómo nos estamos sintiendo y no llegar al punto de construirnos una coraza que acaba atrapándonos y nos dificulta la capacidad de hacer frente a nuestras heridas.

Con lo cual, es necesario cuidarnos a nivel mental para poder alcanzar un mayor bienestar porque de lo contrario, nuestro cuerpo nos mandará señales de alerta indicándonos que algo no va bien mediante somatizaciones.

Por ejemplo: Cuando nos encontramos expuestos ante un suceso que detectamos como peligroso, nuestro sistema se activa de manera psicofisiológica para hacerle frente, pero cuando se experimentan trastornos asociados a la ansiedad hay una sobreactivación de nuestro organismo.

En definitiva, ¿Escuchamos suficiente nuestra sintomatología corporal o la ignoramos?

Las problemáticas que estaban latentes antes de la aparición del virus se han agravado porque el hecho de convivir con uno mismo, con sus pensamientos y emociones alejados del contexto familiar y social resulta complicado. El dolor emocional te consume, te atrapa y no te permite poder disfrutar de todo aquello que un día te hizo feliz.

Tenemos que prestar atención a una sociedad que nos pide a gritos ayuda, porque ignorar lo que ocurre no hace más pequeño el problema, tan solo lo invisibiliza.

8:08 97%

google.com/amp/s/www.eldiario.e

eldiario.es

Noticia servida automáticamente por la Agencia EFE

Salud mental: Los jóvenes de 18 a 30 son los más vulnerables tras la pandemia

Salud mental: Los jóvenes de 18 a 30 son los más vulnerables tras la pandemia

Madrid — 16 de septiembre de 2021 - 16:47 h 0

Madrid, 16 sep (EFE).- Los jóvenes de entre 18 y 30 años son los más vulnerables en cuanto a salud mental tras el confinamiento y el aislamiento vivido en pandemia, según informa

SALUD

Aumenta tras la pandemia hasta un 246% la peligrosa 'moda' de las autolesiones en menores

Las cifras de esta práctica se han disparado en 2020. Existen unas señales para que los padres detecten este problema en sus hijos ante el que los expertos recomiendan actuar con calma y dejarles cierto espacio

PUBLICIDAD

Mireia Verdejo, Psicologa y psicoterapeuta
Clinica INDE

PROXIMOS CURSOS:

CONTRIBUCIONES PSICOANALÍTICAS DE J. LACAN: LO IMAGINARIO, LO SIMBÓLICO Y LO REAL"

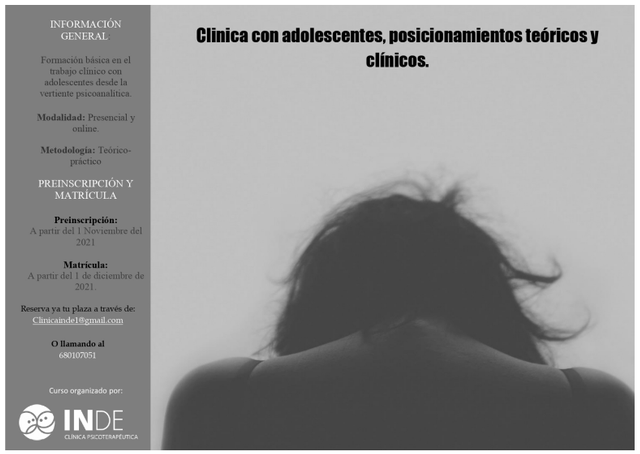
"CLÍNICA CON ADOLESCENTES, POSICIONAMIENTOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS"

El psicoanálisis de Freud ha permitido entender las conexiones entre el cuerpo y el psiquismo en la adolescencia. El cuerpo se considera la primera posesión que se adquiere en la nueva etapa de la adolescencia, forma el yo del sujeto y está relacionado con la representación mental que tenemos de nosotros mismos. Al producirse la pérdida del cuerpo infantil, se deben integrar los nuevos cambios corporales y reestructurar su identidad para poder representarse en el mundo adulto e insertarse en su grupo de iguales, separándose del lugar que ocupaba en su familia.

La incapacidad de incorporar todo lo que conlleva la adolescencia, podrá derivar a que se produzca una agresión hacia el cuerpo y una comparación patológica y denigrante. También es necesario abandonar sus identificaciones anteriores y separarse de su propio cuerpo. Como consecuencia de todo esto, encontraríamos patologías asociadas como un estado de ánimo deprimido, el trastorno de conducta alimentaria, conductas autolíticas, somatizaciones, dependencia de sustancias y el suicidio.

A lo largo de los cursos, se habla sobre los pilares del psicoanálisis y se trabajan ampliamente estos trastornos junto con casos prácticos desde un punto de vista como psicoterapeuta, explorando la dinámica familiar y entendiendo la distancia que hay entre el hijo imaginario y el real

Entender las modificaciones tanto psíquicas como corporales que se producen a lo largo de la adolescencia, son la clave para poder comprenderles y ofrecerles un tratamiento adecuado. El joven está en continua transformación y debe de pasar por los duelos evolutivos para adquirir un buen desarrollo psíquico e integrar la sexualidad y la sensorialidad



PROYECTO DE REEDUCACIÓN TERAPÉUTICA

De nuevo, hay que destacar la relevancia del proyecto de reeducación terapéutica que cuenta con el apoyo de psicólogos especializados en el ámbito educativo y su principal finalidad, es una intervención enfocada hacia niños que presentan dificultades y trastornos específicos en el aprendizaje (Dislexia, discalculia, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno del Espectro Autista, altas capacidades y discapacidad intelectual).

En este servicio, ofrecemos un espacio de enseñanza, seguridad y actividades terapéuticas, en los cuales, el niño expresa todas sus dificultades y malestares internos que le están provocando un impedimento añadido para no poder adquirir las competencias básicas requeridas respecto a su edad. Para nosotras, tan solo en este contexto de comprensión sincera del alumn@, dando prioridad a la construcción del vínculo y al cuidado del mundo emocional, podrá desarrollar todo su potencial intelectual.
Es importante tener en cuenta tantos los aspectos, educativos como emocionales sociales y cognitivos, ya que, como consecuencia de un bloqueo en los estadios anteriores se incrementará la dificultad en el aprendizaje. Por lo tanto, se trata de un servicio destinado a ofrecer una atención integral a alumnos con Necesidades Educativas Especiales, aunque también se admite alumnado con dificultades en cualquier nivel de la educación.

Los primeros pasos que hay que seguir, es realizar un diagnóstico sobre la patología para poder proporcionar un tratamiento reeducativo personalizado. Esta intervención está orientada a alumnos de cualquier edad escolar y el objetivo principal es aumentar su rendimiento mediante la integración de capacidades que todavía no se han consolidado, regular sus aprendizajes y gestionar sus dificultades. En este proceso, la familia tiene un papel activo, siendo importante la valoración y el asesoramiento familiar en las distintas problemáticas que presentan los niños a nivel educativo y conductual.
Con lo cual, para iniciar la educación terapéutica hacemos uso de 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.Finalmente, también adoptamos una posición orientadora a nivel educativo para el desarrollo y crecimiento personal, mediante el asesoramiento ante las incertidumbres sobre su futuro laboral

Para más información:
https://www.clinicainde.com/proyectos/proyecto-reeducacion/

....en curso....

SEMINARIO

PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA RELACIONAL DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y DEL ADULTO TENIENDO COMO MODELO A BION

La psicoterapia psicoanalítica relacional se subdivide del psicoanálisis clásico y se centra en la importancia de la relación terapéutica. Este vínculo va a tener una gran repercusión en el desarrollo y la evolución del paciente ya que ambas partes están interaccionando y habrá una cierta influencia inevitable en el paciente. Con lo cual, el tratamiento del sufrimiento psíquico se basa en una psicoterapia centrada en la relación y este seminario nos proporciona herramienta de cómo establecer una buena relación con el paciente y qué errores no hemos de cometer para que se dé la retraumatización del paciente. Se habla del inconsciente y de las interpretaciones del contenido de las sesiones respetando el proceso de aprendizaje del paciente.

Por un lado, se explica esta corriente desde el modelo y la tabla de Bion, como técnica terapéutica para el tratamiento de los pacientes. Se postula la existencia de la parte psicótica y no psicótica o neurótica de la personalidad y la influencia que tiene respecto a los conflictos con pacientes y la evolución de su sintomatología. También se enfatiza la importancia del eje vertical y horizontal de las representaciones mentales donde incluiríamos la sensorialidad, la imagen visual estructurante del otro, la imaginación como patología y la palabra como función estructurante y social.

Por otro lado, se estudian psicoanalistas importantes como Winnicot y Melani Kleinn y su gran aportación al psicoanálisis. También se tienen en cuenta Vygotsky, Piaget y Bandura con grandes aportaciones para el aprendizaje del trastorno mental en la infancia y adolescencia.

Finalmente, una parte de la sesión está dedicada a viñetas clínicas que aportan los psicoterapeutas, con la intención de complementar esta parte teórica previa con una parte más práctica y seguidamente, ofrecer indicaciones y herramientas para el tratamiento.