

## DISARMONIAS EVOLUTIVAS, PATOLOGIAS LÍMITES Y TRASTORNOS DE LOS APRENDIZAJES\*

R. Mises\*\*

### Resumen:

*Las disarmonías evolutivas consisten en perturbaciones complejas que comprenden de forma intrincada tanto trastornos de la personalidad como disarmonías en el desarrollo de las grandes funciones instrumentales; recientemente, desde el punto de vista estructural se han hecho precisiones importantes gracias a los estudios sobre las patologías límites en la infancia. El tratamiento exige abordajes multidimensionales que en algunos casos, necesitan del apoyo de un centro terapéutico a tiempo parcial.*

Las disarmonías evolutivas (1) del niño consisten en perturbaciones complejas, insertas en un proceso que se inicia precozmente y que conserva durante mucho tiempo potencialidades evolutivas diversificadas. Las manifestaciones clínicas se expresan a través de trastornos de la personalidad mezclados con disarmonías importantes en el desarrollo de las grandes funciones instrumentales y cognitivas; la sintomatología es

---

\* Ponencia presentada el 22 de octubre de 1991 en el curso del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, celebrado en Vitoria. Traducción realizada por Xabier Tapia

\*\* Profesor de Psiquiatría del niño en la Facultad de Medicina de París Bicêtre, Fondation Vallée, 7 rue Benserade - 94257 GENTILLY Cédex.

(1) R. MISES "Les dysharmonies évolutives de l'enfant", in "Cinq études de psychopathologie de l'enfant", Toulouse, Ed. Privat, coll "Domaines de la Psychiatrie", 1981, pp. 33-56.

polimorfa, varía de un niño a otro, y se modifica en un mismo sujeto a lo largo de la evolución.

Desde el punto de vista psicopatológico, el elemento esencial está representado por una conjunción de mecanismos estrechamente articulados entre si como en una especie de “mosaico” en el que no se acierta a adjudicar una función preponderante a uno u otro de los parámetros que lo constituyen. De esta manera, se descubren en un mismo niño síntomas, rasgos, posiciones que se sitúan en diferentes registros –neurótico, psicótico– a veces psicopático u otro. Si predominase alguno de estos parámetros, bastaría con calificar una estructura de neurótica, psicótica o psicopática pero en las disarmonías evolutivas los diferentes planos se nos muestran indisociables; en consecuencia, estas organizaciones, por definición, no se pueden reducir a ninguno de sus componentes que siempre hay que reaprehenderlos dentro de los lazos dialécticos complejos que los unen. A lo sumo, en algunos casos, cabe reconocer la prevalencia relativa de ciertos mecanismos, lo que ha permitido, por ejemplo, establecer un margen entre formas de vertiente psicótica en las que prevalecen la modalidades arcaicas y las formas de vertiente neurótica en las que ocupan un lugar importante las aberturas de un nivel más evolucionado; pero hay que utilizar con prudencia esta terminología que ya hoy en día me parece superada gracias al estudio de las patologías límites de la infancia cuya individualización a partir de un tercer eje ha permitido superar una dualidad simplificadora basada en la oposición neurosis-psicosis. Volveremos sobre ello.

Desde el punto de vista nosográfico, (2-3) dada su definición, se suelen discutir los límites entre las disarmonías evolutivas y las formas centrales de la neurosis, la psicosis, de las

---

(2) R. MISES et al “Classification Française des Troubles Mentaux de l’Enfant et de l’Adolescent”. La Psychiatrie de l’enfant, 1988, 1, 63-134. Publicado en castellano en Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil, 1990.

(3) Classification Française des Troubles Mentaux de l’Enfant et de l’Adolescent, C.T.N.E.R.H.I., diffusion PUF.

psicopatías y otros trastornos de la personalidad; pero por otro lado, también hay que precisar las fronteras con respecto a las organizaciones caracterizadas por una patología exclusiva o predominante de tipo instrumental o cognitivo. En efecto, en las disarmonías evolutivas, los trastornos del lenguaje, la psicomotricidad y la inteligencia ocupan a veces un lugar tan importante que llegan a constituirse en el motivo principal de la consulta; pero en estos casos, lejos de ser exclusivos y estar fijados, estos trastornos se suelen insertar dentro de un proceso complejo y evolutivo que nos obliga a tener en cuenta una aprehensión de los diferentes parámetros subyacentes tanto en la organización estructural como en las modalidades de intercambio e investimento que une al niño con su entorno.

Entendidas así, las disarmonías evolutivas incluyen necesariamente trastornos del aprendizaje que en el niño se expresan en primer lugar a través de los retrasos del desarrollo y después, al entrar en la escuela, a través de las dificultades en el aprendizaje escolar.

Desde el punto de vista etiopatogénico, se suele poner el acento a menudo en la precocidad y la gravedad de las carencias afectivas, sociales, y educativas y en así como aquellos acontecimientos que, muy pronto, han ocasionado rupturas y distorsiones en el establecimiento de los vínculos afectivos; todo ello correlacionado con la inscripción de fijaciones precoces que van a obstaculizar la elaboración de posiciones neuróticas evolucionadas; sin embargo, el interés por las condiciones del entorno no debería impedir el poder tomar en cuenta también y de pleno derecho los factores de tipo neurobiológico: los podemos encontrar en el origen mismo de las primeras inflexiones, por ejemplo, en los niños prematuros en los que los disfuncionamientos del sistema nervioso intervienen de forma evidente, pero sin minimizar por ello todo aquello que tiene que ver de forma paralela con las interacciones establecidas entre el niño y su entorno familiar. De lo que se deduce que resulta indispensable hacer una aproximación psi-

copatológica que impida el recurso a un modelo explicativo simple que conduciría a oponer en algunos casos la organogénesis y en otros la psicogénesis; en las disarmonías evolutivas se observa muy bien cómo pueden entrar en interrelación dialéctica las dos series de factores para mantener un proceso cuyas formas de expresión son diversas, lo que nos obliga constantemente a una aproximación multidimensional.

La forma en que acabo de situar en líneas generales el concepto de disarmonía evolutiva ha sido bien recibida por los clínicos; permite, en efecto, dar cuenta de hechos patológicos que no entran dentro de los cuadros excesivamente restrictivos de la nosografía tradicional; esta perspectiva permite así mismo proponer unas bases interesantes para una aproximación psicopatológica de orientación dinámica capaz de tener en cuenta la complejidad de ciertos trastornos evolutivos del niño; este punto de vista multidimensional permite así mismo reconocer la originalidad de los vínculos que unen al sujeto con su entorno familiar. Sin embargo, el propio éxito obtenido por este concepto de disarmonía evolutiva plantea problemas ya que a veces, se abusa tanto de él como diagnóstico que se llega a traspasar de forma indebida la frontera de las categorías limítrofes. Frente a este problema, me he dado cuenta de que la referencia psicopatológica central de las disarmonías evolutivas, es decir, la conjunción en mosaico de mecanismos psicopatológicos de diferentes niveles, ha llevado a retener sobre todo aquellas modalidades ya conocidas que pertenecen a categorías cercanas, en particular a las de la psicosis y de la neurosis; de ahí que se hayan descuidado las investigaciones centradas en la búsqueda de componentes estructurales propios de estas disarmonías evolutivas.

Recientemente me he vuelto a ocupar de este problema en unos trabajos sobre las patologías límites de la infancia (4) que

---

(4) R. MISES "Les pathologies limites de l'enfance", Paris Ed. PUF, coll "le fil rouge", 1990.

se sitúan entre las neurosis y las psicosis y que se inscriben dentro de unos procesos evolutivos complejos. Para su análisis me he basado en los estudios acerca de los estados límites de los adultos que seguramente se asemejan desde el punto de vista estructural a los funcionamientos límites de la infancia; pero hacía falta reconocer la movilidad de los procesos durante las edades más jóvenes, en comparación con la organizaciones más fijas de la edad adulta; me refiero a esto cuando introduzco en mi terminología la referencia, no ya a un “estado” sino a una “patología” límite cuyas virtualidades son mayores.

Desde este punto de partida y gracias al estudio de estas patologías límites de la infancia se pueden aportar nuevas ideas al estudio de las disarmonías evolutivas: voy a hacer un breve resumen.

En estos niños la discontinuidad de los procesos de los cuidados maternos así como la fragilidad anaclítica son constantes y llevan a una inscripción precoz de fallas narcisistas graves y de fracasos notables en los movimientos de individuación-separación; sin embargo, a pesar del daño ocasionado por esta vía al desarrollo de las bases de la vida mental, estos niños se diferencian de los psicóticos especialmente en que acceden –aunque solo sea de forma sectorial– a unas capacidades adaptativas bastante satisfactorias, apoyándose en las escisiones del yo siguiendo el modelo de “Falso Self” descrito por Winnicott.

A partir de ahí, el sujeto puede movilizar, por un lado, una serie de capacidades valoradas como suficientes por las normas habituales, pero por otro, persiste en él un pensamiento animista y prelógico, manteniéndose entre el niño y sus padres una serie de modalidades de control narcisista y de vínculo anaclítico, sostenidas por defensas arcaicas como la negación.

Así pues, la profunda heterogeneidad de estas estructuras explica el por qué de muchas de las lagunas que estos niños

presentan, sobre todo en las funciones de simbolización, de fantaseo y de ligazón. a pesar de una adaptación superficial. En la clínica habitual, se suelen observar sobre todo los fallos de organización del espacio potencial de WINNICOTT: estos niños suelen carecer de objetos transicionales y son incapaces de jugar solos en presencia de la madre y más tarde no disponen de la libertad fantasmática necesaria para poder jugar con los pensamientos y las representaciones en un espacio intermedio entre el mundo interior y la realidad externa, a partir del cual se consolida la autonomía psíquica y se desarrolla en el niño normal el placer experimentado en la ejercitación del funcionamiento mental. Por el contrario, el niño que evoluciona hacia una patología límite está afectado en su capacidad de pensar: en determinadas circunstancias, sus modalidades adaptativas se encuentran tan desbordadas que llega a experimentar un verdadero dispositivo de su espacio psíquico acompañado de fenómenos importantes de sideración. Insisto en estos mecanismos porque a las perturbaciones del pensamiento observadas en estos casos y que representan un motivo serio de fracaso en los aprendizajes escolares se añaden otros componentes que voy a tratar de evocar brevemente: se trata de *la vulnerabilidad ante la pérdida de objeto, la depresión, los daños narcisistas y los trastornos de las grandes funciones*.

Las amenazas de pérdida de objeto se suelen expresar clínicamente a través de las angustias de separación que a menudo ocupan un lugar privilegiado en el cuadro clínico adoptando la forma de fobias escolares graves y de ataques de pánico. Las manifestaciones más espectaculares se suelen observar sobre todo coincidiendo con las primeras separaciones de la madre, en el momento de la entrada en el preescolar; en los niños un poco mayores que se encuentran en educación primaria estos componentes siguen estando presentes pero suelen influir de una manera más insidiosa bloqueando los nuevos investimentos y reforzando los vínculos ritualizados y mágicos mantenidos con la madre, a menudo con la complici-

dad de ésta última; en clase, estos niños no dejan de pensar en su marco familiar y frecuentemente suelen desarrollar junto con su madre formas de reaseguramiento mutuo bastante sorprendentes como cuando está última por ejemplo viene a mostrarse desde lejos a su hijo en cada recreo.

En lo que respecta a la depresión, suele ser constante y tiene que ver con la falta de elaboración de la posición depresiva de M. Klein; clínicamente las manifestaciones depresivas suelen ser más o menos evidentes por lo que me voy a limitar a citar aquellos aspectos más relevantes en los que la actividad psíquica se encuentra masivamente obstaculizada debido a la ralentización ideo-afectiva, a la fijación a los aspectos fácticos y al repliegue hacia actividades estereotipadas y desvitalizadas. Sin embargo, en algunos niños y como reacción a las manifestaciones depresivas se suele producir una negación tanto del sufrimiento psíquico como de la impotencia dolorosa por medio de la movilización de las defensas maníacas, hasta tal punto que las actuaciones y los trastornos de conducta pueden llegar a encubrir la depresión y constituirse en el síntoma dominante de un rechazo escolar manifiesto.

Otro parámetro importante proviene de las fragilidades narcisistas inscritas ya muy precozmente. Estas últimas entrañan un sentimiento de incapacidad básica ligada a una representación de sí mismo especialmente desvalorizada; así mismo estas posiciones están alimentadas por los componentes depresivos y por la falta de disponibilidad de la vida psíquica; estos niños están afectados en su capacidad de sublimación y en su creatividad y no son capaces de elaborar ideales estimulantes ni mantener experiencias que les permitan asegurar su autoestima. En este contexto y debido a los fracasos experimentados en sus aprendizajes, especialmente en el ámbito escolar, se ven sometidos a una repetición de heridas narcisistas; bastante a menudo se ve cómo surgen en ellos sentimientos de injusticia y de perjuicio que vienen a reactivar la omnipotencia infantil: en ese momento el niño se niega a someterse a los

rodeos y a las temporizaciones impuestas por los procesos de aprendizaje; muy al contrario, refuerza las conductas activas de control y de reivindicación con respecto a su entorno: lejos de implicarse en investimentos a largo plazo estos sujetos exigen que se les dé todo y de forma inmediata. Hay muchos niños que nos llegan a la consulta en este contexto, en un momento en el que los enfrentamientos con el entorno hacen ya imposible la asistencia a la escuela.

El estudio de las patologías límites ha permitido así mismo comprender mejor la génesis y el lugar que ocupan los trastornos instrumentales y que encontramos bajo formas diferentes. Los retrasos y las disarmonías en la aparición del lenguaje o de la psicomotricidad se perfilan muy pronto, pero más tarde el motivo principal de consulta de estos niños suele ser el de los trastorno en el aprendizaje de la lectura y de la escritura; en estos casos los intentos de reconstrucción anamnésica revelan la enorme variabilidad, la forma de expresión de los primeros trastornos a lo largo de una evolución en la que se van sucediendo retrasos poco diferenciados, fases de regresión y recuperaciones parciales antes de que se afiance una patología manifiesta. A lo largo de esta historia, la aparición de perturbaciones del registro instrumental parece vincularse de forma significativa a los mecanismos centrales que acabo de situar: las dificultades de control del pensamiento, la ralentización depresiva, el daño en las bases narcisistas y la incapacidad para investir los objetos en un proyecto a largo plazo.

Estas fragilidades de fondo hacen que el niño sufra muy pronto dificultades para situarse en el tiempo y el espacio, controlar la representación de las acciones y organizar los soportes de la expresión a través del lenguaje. Desde esta perspectiva, B. GIBELLO (5) ha desarrollado una serie de investigaciones muy interesantes que precisan como se manifiestan

---

(5) B. GIBELLO, M. L. VERDIER-GIBELLO "Troubles instrumentaux et échec scolaire", *Confrontations Psychiatriques*, 1983, 23, pp. 59-80.



las alteraciones de la función semiótica en el sentido de PIAGET, en estas evoluciones disarmónicas adoptando la forma de trastornos gnósicos, práxicos y del lenguaje, trastornos que a su vez mantienen también una relación muy compleja con los retrasos y las perturbaciones del razonamiento.

Una vez más, una visión de conjunto desde esta perspectiva no prejuzga la etiología de estos trastornos instrumentales; las primeras inflexiones pueden estar inducidas por factores orgánicos o por el entorno; pero en la práctica habitual, las controversias sobre la etiología interesan menos que las orientaciones dinámicas de un abordaje clínico y psicopatológico que permita aprehender tanto los diferentes parámetros como sus interacciones dialécticas.

Al término de este inventario de los diferentes modos de expresión del proceso, debemos de subrayar también que, desde una perspectiva amplia, uno sigue sorprendiéndose por la manera en que cada uno de los componentes de estas disarmonías evolutivas se articula con los demás para acentuar la gravedad que muestra el cuadro en su conjunto. Es verdad que estos aspectos polimorfos, en mosaico, ofrecen una movilidad que supone un elemento de pronóstico favorable, pero de entrada las capacidades de reintegración son difíciles de apreciar; éstas se van perfilando principalmente a lo largo de las intervenciones curativas, pero, a condición de que estén bien adaptadas a los problemas planteados.

A partir de este nuevo esclarecimiento aportado por el estudio de las patologías límites, hoy en día estamos obligados a reconocer una especificidad propia a las formas más centrales de las disarmonías evolutivas. Además, aun siendo conveniente tener en cuenta los mecanismos psicopatológicos sobre los que acabo de insistir, no menos importante es interesarse realmente por las limitaciones funcionales y los handicaps consiguientes; en consecuencia, lejos de oponer la psicoterapia a las acciones educativas, pedagógicas y reeducativas, es fun-

damental articular estos diferentes soportes para apoyar las acciones curativas de conjunto: la principal dificultad reside en la elección de los medios a utilizar y en las formas de articulación mutua.

En la práctica habitual, cuando se procede a la confrontación de los diferentes puntos de vista aportados por los miembros de un equipo al término de un primer balance, no suele ser nada raro que algunos niños parezcan necesitar de intervenciones a todos los niveles: actuaciones en el ámbito del lenguaje y de la psicomotricidad, apoyo pedagógico, psicoterapia individual, sin olvidar el trabajo de orientación con los padres. Tal multiplicación de formas de actuación resulta inconcebible debido a que estos niños dada la heterogeneidad estructural y su persistente inmadurez en los sectores escindidos, están gravemente afectados en sus capacidades integradoras.

Frente a estas dificultades se pueden plantear brevemente dos grandes opciones que voy a presentar de forma esquemática y que van a permitir sobre todo establecer unos puntos de referencia:

- 1.º) En el momento en que se efectúa el primer balance, algunos niños se nos muestran todavía lo suficientemente adaptados en su vida escolar y familiar como para plantear una intervención a base de sesiones discontinuas que se ciñen inicialmente a un ámbito determinado: en algunos casos el eje central lo constituirá una psicoterapia, en otros una intervención logopédica o una terapia con mediación corporal: sabemos que para muchos especialistas la vertiente reeducativa no excluye el control de los aspectos transferenciales y contra-transferenciales, por lo que es posible desarrollar, a partir de unos soportes limitados, una intervención con objetivos psicoterapéuticos. Al mismo tiempo, un referente psiquiatra o psicólogo mantiene la relación con los padres y con la escuela y puede intervenir

y modular el proceso terapéutico en los momentos oportunos.

- 2.º) En el otro extremo se encuentran aquellos niños cuyo umbral de tolerancia por parte del entorno está a punto de ser superado, tanto en casa como en la escuela; a lo sumo se puede negociar todavía con los enseñantes y los padres el intento de una acción común: en estos casos me parece deseable utilizar un soporte institucional. Con este objetivo mi equipo ha creado “ *un centro de acción terapéutica a tiempo parcial*” que el niño frecuenta de dos a cuatro medias jornadas por semana pero conservando su plaza en la escuela: este dispositivo sirve de apoyo a una aproximación multidimensional de la que brevemente voy a evocar una serie de parámetros (6-7).

En el centro especializado utilizado en estas circunstancias, se procura sobre todo que el equipo trate de asegurar lo mejor posible las funciones de contención y elaboración ofreciendo reajustes adaptados a los movimientos provenientes del niño. No se trata por tanto de cumplir programas pre-establecidos y orientados fundamentalmente y de entrada hacia la realización de los aprendizajes; muy al contrario, el sujeto es acogido tal como es y se intenta sobre todo movilizar sus capacidades actuales partiendo de los intereses que él mismo va a poder expresar con el apoyo de los cuidadores. Los medios educativos utilizados son los mismos que se emplean habitualmente con niños de la misma edad o del mismo nivel y que frecuentan instituciones normales, pero estos dispositivos educativos se convierten en este caso en auténticas mediaciones psicoterapéuticas que exigen una comprensión de los investi-

---

(6) R. MISES “Les actions institutionnelles à temps partiel en pratique sectorielle”. *Information Psychiatrique*, 1982, 9, 1107-1114.

(7) R. MISES, G. SEMENOV, D. DINET, S. NUGUES, M. S. GIRAUD “L’action institutionnelle à temps partiel, son articulation à la pratique de secteur. Etude d’un cas, *Information Psychiatrique*, 1982, 9, 1115-1127.

mientos que se van perfilando mutuamente entre el adulto y los niños.

A través de las experiencias vividas de esta manera, el niño va accediendo poco a poco a nuevas posibilidades de expresión que le permiten reasegurarse en su capacidad de investimento y de realización: todo ello va generando una interiorización de la seguridad interna y un acceso al placer experimentado en el funcionamiento mental; sobre estas bases se puede ir sustentando una confrontación sucesiva con otras formas de relación más evolucionadas y que hasta el momento eran vividas como peligrosas y prohibidas.

El trabajo llevado a cabo en el centro especializado se articula con el reforzamiento de las relaciones entre el equipo de salud mental y la escuela con vistas a la instauración de unos encuentros regulares que funcionen simultáneamente como lugar de intercambio y como continente para la elaboración de los problemas planteados a diferentes niveles. En todo esto ciertamente el enseñante está participando en un proyecto de orientación psicoterapéutica, pero conserva su función específica en un registro que sigue estando orientado hacia la adquisición de conocimientos y la apertura a investimentos socio-culturales.

La ayuda que se le puede aportar a este enseñante le permite ajustar su distancia con respecto al niño y dar prioridad a actividades abiertas destinadas a apoyar los movimientos de investimento provenientes del sujeto, de manera que este último pueda traspasar al registro escolar el deseo de conocer las capacidades de realización que simultáneamente experimenta dentro de nuestro centro especializado.

Sobre este telón de fondo se van incorporando una serie de acciones específicas conducidas por reeducadores o psicoterapeutas; pero estos abordajes individualizados no se inician siempre desde el comienzo del tratamiento, a veces se espera a que el trabajo institucional haya permitido al niño li-

berarse de aquellas limitaciones principales tanto internas como externas que pesaban sobre él. De hecho, se suelen observar procesos bastante rápidos en forma de reajustes o reinvestimientos que relanzan el movimiento evolutivo en su conjunto; en estos casos se suele observar que el niño comienza a apoyarse en una serie de capacidades virtualmente disponibles pero que no utilizaba; en una segunda parte resulta más fácil comenzar a ajustar una intervención reeducativa desde un registro más fácil de delimitar.

Asimismo estas recuperaciones favorables que acabo de evocar facilitan el trabajo de orientación con los padres. Estos últimos se sienten revalorizados a nivel narcisista debido a los progresos realizados por un niño que les lleva a mirarlo de una manera en la que ya no sólo tienen en cuenta los progresos más evidentes, sino que les permite representarse su futuro de una forma diferente. A este nivel, nuestras intervenciones hacen hincapié en la comprensión de las formas de intercambio en el seno de la familia pero una vez más se trata sobre todo de delimitar y separar, por un lado, todo aquello que se inscribe dentro de unas fijaciones antiguas en las que tienden a perpetuarse unas relaciones fijas y, por otro, todo aquello que, a la inversa, tiene que ver con conflictos recientes más fáciles de abordar y que están en relación con las interacciones desarrolladas alrededor de las expresiones más molestas de la patología del niño: los descondicionamientos realizados a este último nivel facilitan un relanzamiento más general.

Este tipo de aproximaciones multidimensionales apoyadas en un dispositivo institucional tiene otras ventajas; de hecho movilizan de forma especial las tendencias reparadoras que imperan entre los cuidadores. En efecto, se observa que con estos niños disarmónicos que fracasan en la elaboración de la posición depresiva los miembros del equipo acceden a menudo a una creatividad original, perceptible tanto en el manejo de los medios institucionales como en sus intentos de conceptualización. Asimismo, se puede observar desde ángulos muy

diferentes la manera en que estos momentos de experiencias vividas y compartidas impulsan tanto en el niño como en los adultos, cuidadores o educadores, una mayor capacidad para apoyarse en las aperturas positivas que se van perfilando a diferentes niveles, en un movimiento en el que se van conjugando nuevas posibilidades de aporte narcisista como de aproximación e identificación mutuas, ayudando así de forma decisiva a la expresión de los recursos de cada uno. Este proceso de reintegración no es reducible a los progresos realizados en los diferentes ámbitos: más aun, lo que hay es un relanzamiento de un dinamismo evolutivo hasta entonces bloqueado; esta recuperación generalizada es similar a la que se suele observar en los momentos fecundos de una elaboración normal y favorece la ruptura con las repeticiones alienantes; ayuda a franquear etapas decisivas al tiempo que se inician nuevas adquisiciones a todos los niveles; en ese momento lo importante es saber acompañar al niño al tiempo que se le aportan todas aquellas ayudas puntuales que todavía estén justificadas.

Hay que recordar permanentemente las potencialidades originales de las disarmonías evolutivas; así cuando sean necesarias las intervenciones de tipo reeducativo, éstas no deben de utilizar modalidades de control demasiado rígidas ya que no estarían en consonancia con el desarrollo abierto de estos procesos dinámicos de reintegración.

## COLOQUIO

**Alberto Lasa:** Quisiera adelantarme planteando una pregunta de perogrullo: R. MISES nos ha hablado, por ejemplo, de un centro de atención terapéutica a tiempo parcial. Quisiera que nos diera unas pinceladas para describirnos en qué espacio se encuentra el centro, si es un espacio terapéutico o escolar y también que nos hable de cómo articulan esta posibilidad del niño que va y viene de un espacio escolar a un espacio terapéutico. Particularmente, cómo se resuelven los problemas que esto puede plantear, por ejemplo, problemas de orden administrativo. Quizás a R. MISES le extraña que hable de problemas administrativos para resolver una cosa tan elemental, pero es nuestra realidad.

**R. Mises:** Yo también conozco las dificultades con los problemas administrativos y voy a responderte; pero lo importante en esto, que no es nuevo, es el hecho de que uno tiene la sensación de que el niño precisa de algo más complejo que simplemente sesiones de psicoterapia y de reeducación. Mientras estos niños, incluso aunque tengan problemas de aprendizaje, sean todavía tolerables, esto no ocurre pero ¿qué pasa cuando no pueden seguir en la escuela? Había tratado de responder al problema así planteado, en un primer momento, haciendo frecuentar a estos niños el hospital de día (hay tres hospitales de día: para pequeños, medianos y adolescentes) y en este sentido no había problemas ni administrativos ni técnicos para hacerlo así; hacíamos que vinieran uno o dos días por semana a este dispositivo.

Pero se ha visto que el proceso que se sigue en los hospitales de día es de naturaleza diferente a lo que yo les he presentado antes.

Además, para algunas familias que venían a consultarnos por problemas de lenguaje y de aprendizaje no estaban en absoluto preparadas para entrar en ese dispositivo específico ya que hay referencias evidentes a entrar en eso que se llama “hospital”; además los niños que van al hospital de día son casos graves, sobre todo psicóticos, y hay problemas al mezclar con ellos a estos niños que conservan toda su potencialidad y con los que, según acabo de decir, hay posibilidades de reintegración bastante rápida.

Por todos estos motivos, nos hemos visto abocados a organizar un dispositivo propio y original.

Lo hemos creado como un anexo del dispensario, del centro médico-psicológico, donde hay un equipo que trabaja en la ciudad y con conexiones con los servicios sociales y con las escuelas.

Por tanto hay una red de conexiones fluidas mediante la cual nosotros seguimos a los niños que atendemos, y que vienen al centro para reeducación o psicoterapia.

Es un anexo de este dispositivo: hemos habilitado 3 salas, y hemos sacado del equipo base dos o tres educadores y un ATS, que aseguran el soporte institucional.

Es decir; hay una sala de actividades, una sala de actividades más sistematizadas y otra para comer y merendar; todo esto configura un soporte institucional, semejante al que se encuentra en un hospital de día pero para niños que vienen por poco tiempo.

Para la psicoterapia y la reeducación tenemos el mismo equipo del dispensario. Y el referente es también el médico o el psicólogo del dispensario.

Esto presenta una ventaja considerable: cuando veo a unos padres que vienen con un caso de disarmonía, se presentan ya con una gran reticencia y niegan la patología del niño, niegan su sufrimiento. Vienen forzados, vienen porque hay



un fracaso percibido por los enseñantes. Vienen pero están muy susceptibles y con temor a que se les haga un planteamiento terapéutico. A lo sumo pueden aceptar una reeducación ambulatoria, por ejemplo, pero nada más.

Entonces les digo: “ Señora o señores, necesita ayuda y sería mejor que pudiera venir la jornada completa durante un tiempo. Aquí hay educadores que se ocuparán de él, va a estar con más niños y así podemos ver mejor cuáles son sus dificultades y sus posibilidades”.

La ventaja es que esto se les puede plantear a los padres de una forma anodina, no es la entrada en un circuito psiquiátrico y además, para entrar en un hospital de día es preciso que la seguridad social se haga cargo mientras que en el dispensario, no. Así, los padres pueden hacerse a la idea de que se trata de un dispositivo educativo.

En todo caso, no se les miente a los padres, se les dice que hay un problema una dimensión psicopatológica que es preciso observar y que en todo caso se trata de un proceso dirigido y controlado.

**Fernando Cabaleiro:** Quería hacerle una pregunta muy breve con respecto a la diferenciación entre los estados borderline y las disarmonías evolutivas. Le agradecería que pudiera precisar un poco más.

**R. Mises:** Efectivamente, creo que me he hecho comprender mal.

He dicho que en primer lugar se había aislado el concepto de disarmonía evolutiva, situándolo entre la neurosis y la psicosis, y caracterizado por una potencialidad variable. Pero, haciendo esto no habíamos perfilado suficientemente los aspectos estructurales de estas organizaciones en lo que tienen de específico.

Además, en la terminología que utilizaba inicialmente, yo describía disarmonías de tipo psicótico y neurótico y escamo-

teaba lo que constituye el núcleo central, no completamente pero sí de cierta manera.

Pero estudiando la patología límite he retomado la disarmonía evolutiva. Para mí, hoy los términos disarmonía evolutiva y patología límite son procesos evolutivos que se sitúan en un tercer eje, entre la neurosis y la psicosis.

La disarmonía evolutiva es un concepto esclarecido por la referencia de factores tales de los de funcionamiento límite, funcionamiento narcisista, fallos en la elaboración de la posición depresiva además de los elementos que he citado.

Es así como destaca ahora la especificidad de las disarmonías evolutivas. Es mucho más claro, es otra manera de formular el problema para el clínico porque cuando un trastorno es evolutivo y se salía del cuadro de los trastornos reactivos o de las perturbaciones neuróticas banales se decía “es una disarmonía evolutiva”; ahora los casos son más específicos.

Por eso el título de mi conferencia que para este Congreso era “Disarmonía evolutivas y trastornos del aprendizaje” se cambiará para la publicación y será “Disarmonías evolutivas, patologías límites y trastornos del aprendizaje”.