

Michel Richard

Los Dominios de la Psicología

PSIKOLIBRO

<http://psikolibro.blogspot.com>

Los Dominios de la Psicología *

Michel Richard

con la colaboración de

**J. M. Fournier y
J. F. Skrzyczak**

<http://psikolibro.blogspot.com>

Colección
Fundamentos 15

Madrid
Ediciones ISTMO

Título original:
«*La Psychologie et ses domaines. De Freud a Lacan*»

Michel Richard.

Publicado por:
Editions Chronique Sociale de France, de Lyon,
en la colección «L'Essentiel».

Traductores:
Francisco Pereña, Ma.Jesús Ruiz, Julia Escobar
y Joaquín Puig.

Revisión técnica y notas: Francisco Pereña.

Portada: Javier Mudarra.

© Editions Chronique Sociale de France, 1971.
© *Ediciones Istmo* para España y todos los países
de lengua castellana;
Calle General Pardiñas, 42; Madrid-1.
Depósito legal: M-17.298/1972.
Impreso en España por Gráficas Arabí,
Calle Hermanos del Hoyo, s/n.
Torrejón de Ardoz (Madrid).
Printed in Spain

P S I K O L I B R O

Web:

<http://psikolibro.blogspot.com>

TWITTER:

<http://twitter.com/psikolibro>

Fans de PsiKolibro en Facebook

<http://tinyurl.com/haztefandepsikolibro>

Perfil de PsiKolibro en Facebook

<http://www.facebook.com/profile.php?id=699467388>

Grupo de PsiKolibro en Facebook

<http://www.facebook.com/group.php?gid=16093145438>

Grupo para Temas y Actualizaciones

<http://groups-beta.google.com/group/psikolibro>

ADVERTENCIA

Este libro viene a situarse entre una multitud de publicaciones referentes al tema de la Psicología. Pero los autores —que han trabajado en equipo—, desean evitar al mismo tiempo las dificultades inherentes a las obras muy especializadas y el caer en una vulgarización simplista. Se proponen presentar los diversos puntos de inserción de la Psicología en nuestra sociedad y llevar al lector a un enfoque crítico y totalizador de ésta. Por tal razón han mantenido siempre dos exigencias: proporcionar al lector una amplia información acerca de la Psicología e invitarle simultáneamente a problematizar la práctica psicológica tal como se ejerce en la actualidad.

Así, pues, esta obra concierne a los que enseñan —a los educadores y a los padres— pero igualmente a los estudiantes, médicos, psicólogos, a quienes trabajan en el campo social y, en general, a todos aquellos que, de cerca o de lejos, se interesan por la Psicología.

Los autores, aunque preponderantemente descriptivos cuando se trata de presentar los diversos dominios de la Psicología, no pretenden esconderse, sin embargo, detrás de las meras descripciones, sino que se han esforzado constantemente por conservar sus propios puntos de vista, su propia palabra.

NOTAS PARA LA LECTURA DEL LIBRO

El lector no debe sentirse coaccionado a leer el libro tal como está ordenado; puesto que aquí tratamos de los *dominios de la Psicología*, puede recorrer dichos dominios como quiera: bien siguiendo los caminos que él mismo vaya abriendo de acuerdo con sus intereses, bien considerando la desigual dificultad de los capítulos. Nuestra obra admite múltiples lecturas a distinto nivel.

El lector se verá ayudado por el hecho de que cada capítulo, y dentro del capítulo cada nivel, resulta relativamente autónomo. Existe, sin embargo, una progresión en el sentido de que el primer nivel es generalmente descriptivo, mientras que el último resulta más reflexivo y crítico. A pesar de ello, como se verá, la autonomía de los diversos capítulos no es total.

Hemos insistido en la pedagogía sin prohibirnos tocar algunos temas fundamentales que son los que orientan el libro y —¿por qué no decirlo?— constituyen específicas tomas de posición por parte de los autores. Tales temas constituyen verdaderos leit-motiv, indispensables, contra lo que pudiera parecer a algunos, para entender la Psicología contemporánea: temas de la adaptación, la normalidad, la función de la Psicología y de los psicólogos en nuestra sociedad, etc.

La lectura lineal puede ser sustituida por una lectura «en espiral», que tiene la ventaja de trazarse a sí misma sin seguir un orden preestablecido. Esta lectura «en espiral» la consideramos muy aconsejable, ya que no todos los capítulos, ni todos los niveles de dichos capítulos, ofrecen las mismas dificultades; así, el lector podría verse frenado, según sus conocimientos, durante el transcurso de la lectura lineal, en lo que se refiere a los temas lacanianos, la Psicología fundamental, el problema de la debilidad, el estructuralismo, etc. En todo caso, y para facilitar la comprensión, se encontrarán en el libro múltiples ejemplos.

Por lo demás, debemos aclarar que los diversos estilos literarios que pueden aparecer mezclados en nuestra obra son el fruto de un trabajo en equipo. Estas diferencias, más que un obstáculo, proyectan en realidad una luz nueva sobre temas fundamentales, sin

que por ello se rompa la unidad del libro, puesto que está concebido según un proyecto unitario.

Finalmente, el lector encontrará una abundante bibliografía de las obras fundamentales.

Este texto debe ser sólo un momento: la invitación a un viaje que el lector ha de cumplir sin quedarse, después, parado. La verdad únicamente surge de la lucha y la confrontación. Las líneas que siguen no pretenden, pues, un saber positivo, dogmático, sino que obligan al lector a mayores precisiones críticas y oposiciones, todas las cuales pueden hacer llegar a los autores por correspondencia. Cada cual tendrá así, al menos, la posibilidad de existir frente al texto.

LA PSICOLOGIA EN LA ESCUELA

«El joven Vicente manifiesta su mal carácter no sólo en el presbiterio. En la escuela de la comuna a la que asiste, y donde, en contacto con los pequeños campesinos e hijos de tejedores, aprende sobre todo groserías con las que alimentar sus cóleras, se muestra tan rebelde a la disciplina, de humor tan vengativo, tan agresivo respecto a sus compañeros, que el pastor se ve obligado a expulsarlo.»

Henri PERRUCHOT.
La Vie de Van Gogh.

«El maestro necesita conocer al niño tanto en sus particularidades individuales como en su evolución psicológica... Los maestros deben poder someter el caso a un especialista en métodos psicológicos.»

Proyecto Langevin-Wallon, 1946.

«Ciertamente, la civilización técnica exige una cierta armonía entre el hombre y su medio. Sin embargo, la función de la escuela no consiste en menospreciar la subjetividad en provecho de la norma económica, social y cultural, sino en hacer que se desarrolle educando al niño para la comprensión, el juicio y la liberación.»

Los dominios de la Psicología.

LA PSICOLOGÍA Y LA INSTITUCION ESCOLAR

«Yo charlo gustosamente con los niños, ya que, en definitiva, se supone que llegarán a ser seres razonables. En cuanto a los que ya lo son, ¡ah, Señor!»

Sören KIERKEGAARD.

1. LA ORIENTACIÓN ESCOLAR Y PROFESIONAL

El Congreso de los consejeros de orientación

Con ocasión de su XXI Congreso celebrado en Belfort, los consejeros de orientación escolar y profesional discutieron acerca de las modificaciones de su profesión y del papel que estaban llamados a desempeñar. Durante mucho tiempo la orientación sólo había concernido a las actividades profesionales, pero en 1958 tuvo lugar un cambio de denominación: de «orientación profesional» se pasó a la de «orientación escolar y profesional», subrayando así la vinculación existente entre las actividades escolares y las perspectivas y opciones profesionales. Al dar cuenta de dicho Congreso, *Le Monde*¹ escribía lo siguiente: «Detrás de la multiplicidad de tareas particulares se dibuja, aunque de forma todavía imperfecta, el perfil del consejero de orientación: es él quien debe facilitar la adaptación del individuo a su medio, actuando a la vez sobre las personas y sobre las estructuras escolares, e incluso contribuyendo al cambio. Se trata, a la vez, de proteger al individuo preso en el océano de instituciones de masas y de asegurar su necesaria inserción en esas instituciones. Ante la amplitud de tal programa cabe pensar que la profesión de consejero de orientación no ha concluido aún su evolución.»

La anarquía del sistema de orientación

En Francia, la orientación escolar y profesional presenta simultáneamente problemas financieros, jurídicos, técnicos y psicológicos. Por el hecho de estar mal definida su actividad, el consejero termina siempre por ser tributario de las decisiones administrativas, con lo que corre el riesgo de que se ponga en tela de juicio no sólo su cualificación, sino también el sentido de la profesión. Geneviève Latreille subraya, en dos artículos², la confusión reinante entre los diversos organismos de orientación, la anarquía de las decisiones ministeriales y la escasez de consejeros: «Los servicios, no coordinados oficialmente, están repartidos por todo el territorio y son, teóricamente, accesibles a toda la población. Existe por lo menos un centro de orientación escolar y profesional (OSP) por departamento (de hecho, el promedio es de algo más de tres), y centros locales de la Oficina Universitaria de Estadística (BUS) en todas las ciudades universitarias; los centros están a disposición de los adolescentes, de las familias y de los servicios sociales para ayudarles a resolver todo problema de orientación. Pero los que solicitan ayuda saben que las consultas

¹ *Le Monde* del 11-7-1970.

² «L'orientation en danger», en *Economie et Humanisme*, mayo-junio 1968; «Pour un essor de l'orientation», en *Education pour notre temps*, n.º 1, 1970. Chronique Sociale de France.

deben formularse con mucha antelación y que, pese a ello, no todas son atendidas.»

Algunas cifras

Un consejero no puede ayudar eficazmente a más de 300 jóvenes por año; al comenzar el curso 1969-1970 no había, sin embargo, más que un consejero por cada 2.300 jóvenes de segundo grado. Sería necesario multiplicar por nueve el número de consejeros de orientación para poder responder a las necesidades de los niños y adolescentes comprendidos entre los diez y los veinte años. Dicho esto, añadamos que la orientación escolar y profesional es una necesidad de la escuela de hoy, ya que constituye parte de las estructuras que sirven de lazo de unión entre la vida escolar de un niño, su elección profesional y su inserción en la vida social. Pues la misión del consejero comporta dos tareas fundamentales: primero informar, y después orientar a los jóvenes de cara a una decisión que les concierne.

Necesidad de los consejeros de orientación

La complejidad de las perspectivas profesionales y del mercado de trabajo, así como la creciente especialización que requiere el ejercicio de una profesión, han evidenciado la necesidad de informar lo más pronto posible a los jóvenes acerca del mundo laboral. Pero la unión entre la escuela y el trabajo sólo se lleva a cabo cuando el adolescente pasa a ganarse la vida por sí mismo, lo que significa, en consecuencia, que ese adolescente ya está «orientado». Precisamente por ello la información profesional debería penetrar en la escuela antes, a la edad en que el niño empieza a interesarse por la vida y, sobre todo, cuando todavía no ha sido tomada ninguna decisión relativa a su elección, elección por la que el niño muestra, al mismo tiempo, un vivo interés. La tarea de informar no se reduce, para un consejero, a redactar listas de lugares de trabajo y de profesiones (pues no es una «oficina» de información de la mano de obra), sino que consiste, fundamentalmente, en hacer conocer el contenido psicológico, técnico y humano de un oficio dado, así como su respectivo estatuto y función social. Una vez en posesión de tal información no formal, sino real, el consejero puede emprender la tarea de orientar al adolescente mediante tests, entrevistas y el estudio del libro escolar o de capacitación profesional.

Hacer una buena elección profesional

Gracias a su conocimiento del mundo socio-profesional, así como de los gustos, aptitudes y posibilidades del adolescente, el consejero puede ayudar al sujeto propiciando una toma de conciencia de éste acerca de sus posibilidades de éxito y de progreso en el medio profesional. De esta forma se evitan, al menos parcialmente, las malas elecciones, la pérdida de tiempo y la alienación en el medio de trabajo a causa de una opción profesional incorrecta. Es evidente que el niño constituye el núcleo de esta decisión; al igual que los maestros y la familia, el consejero está ahí sólo para aconsejar y proporcionar los elementos objetivos de conocimiento para el niño del medio socioprofesional.

El papel del consejero

En octubre de 1967 había en Francia alrededor de 1.000 consejeros de orientación

escolar y profesional, formados en ocho institutos (París, Marsella, Caen, Lille, Burdeos, Besançon, Estrasburgo y Lyon). Los candidatos son admitidos mediante un examen de ingreso, debiendo realizar a continuación dos años de estudios si están en posesión del título de bachiller, y un año si son licenciados en Psicología. No deben contar menos de veinticuatro años. Al finalizar los estudios permanecen durante un año como interinos en un centro de OSP y obtienen finalmente su título y el diploma del Estado mediante la superación de unas pruebas teóricas y prácticas. Una vez concluidos estos estudios, su función puede ser muy variada, ya que por consistir su misión en establecer el vínculo entre la escuela, la profesión, la familia y el niño, se encuentran situados en el punto de intersección de multitud de necesidades y actividades, como les ocurre a cuantos trabajan en el terreno de lo social. Su función participa, a la vez, de las del psicólogo, el sociólogo, el asistente social y el pedagogo. Con un pie en la escuela y otro en el mundo del trabajo, se ven obligados a tener en cuenta las necesidades de la persona en su desarrollo y también los imperativos económicos y sociales: son técnicos de la psicología y tecnócratas de la sociedad. Incluso cuando no conciben su papel de esta forma, tratan de acoplar las estructuras sociales y la subjetividad. Tal situación es ambigua y su papel resulta, con frecuencia, mal conocido; pero hay que tener en cuenta que el consejero se encuentra determinado por una sociedad que experimenta grandes dificultades en establecer lazos de unión entre la profesión y la escuela. Y el consejero de OSP es el encargado de tender ese puente entre la escuela y el trabajo por medio de los consejos que aporta a los jóvenes.

2. PAPEL DEL PSICOLOGO ESCOLAR

Psicólogos infantiles

El consejero de orientación escolar y profesional no es el único representante de las necesidades de la psicología en la escuela, ya que no es el solo encargado de orientar profesionalmente a los individuos en el medio escolar: la función del consejero va dirigida, sobre todo, al adolescente o al niño de catorce años, momento en el que el individuo debe elegir su profesión. La orientación escolar y profesional es uno más de los aspectos de la psicología en la escuela y seguramente no el esencial, incluso si esta forma de ejercicio de la psicología ha sido la preponderante en el pasado. La escuela, en efecto, comienza en el jardín de infancia, en la maternal, y cubre a continuación las enseñanzas primaria y secundaria. Por ello, los problemas psicológicos adquiere variadas dimensiones, que determinan las tareas de los psicólogos en el medio escolar: relación entre la psicología y el desarrollo afectivo e intelectual del niño, relación entre la psicología y los métodos pedagógicos y educativos, relación entre la inadaptación y la escolarización, animación de las estructuras escolares, animación de maestros y equipos pedagógicos. Por consiguiente, la tarea es múltiple, y requiere análisis en profundidad que no siempre han sido realizados, o más exactamente, que sólo han sido llevados a cabo de forma dispersa, haciendo surgir conflictos entre maestros y psicólogos en detrimento del niño y de la evolución de la escuela.

No existe la pedagogía pura, ni ha sido inventado todavía el sistema escolar ideal, por lo cual toda pedagogía y toda institución escolar han de referirse a la psicología en la medida en que lo esencial de la escuela y de la pedagogía consiste en la relación con el otro. La escuela es primordialmente una institución educacional de relación con el otro, así como un factor de socialización del niño, antes que un depósito de conocimientos que han

de verterse sobre los alumnos. Por lo demás, las características de la escuela sí consisten en establecer la transmisión permanente del saber en una relación maestro-alumno³, que es lo que constituye su fundamento. Pero también aquí la psicología, cuya misión es comprender el sentido de dicha relación y desarrollar la palabra del sujeto, encuentra en la escuela un medio privilegiado de inserción y de razón de ser, ya que en la actividad escolar subyace una actividad psicológica intensa y constante, que va desde el desarrollo afectivo e intelectual del niño a la reforma de los métodos pedagógicos y al mejor funcionamiento de la institución escolar. Un niño de seis años no manifiesta su admiración o su hostilidad respecto al maestro de la misma forma que el de trece años; tampoco tendrá las mismas posibilidades de aprendizaje, y su inserción en el medio escolar (la relación con sus compañeros, la expansión, el juego, las necesidades afectivas, la forma de inteligencia, etc.) requiere una esmerada atención sobre la marcha de su desarrollo y de su porvenir escolar y profesional. Insistimos: la vida en la escuela no se orienta solamente hacia la adquisición de conocimientos, sino que es además una situación psicológica que afecta a todo el mundo del niño.

Pedagogía y psicología se complementan

Hubo un tiempo en que pedagogos y maestros no salían del marco del empirismo y del dogmatismo por lo que se refiere a la pedagogía: el maestro era un ser sacralizado que no ponía en tela de juicio ni su papel de maestro ni la validez de su saber⁴, y como consecuencia la psicología, que es revisión constante de actitudes y de papeles, resultó ignorada durante muchos años en el ámbito escolar. Era esta una situación paradójica, ya que las nuevas necesidades que se desprenden de la extensión de la escolaridad por una parte, y de la organización del consejo y de la orientación profesional por otra, son los factores que provocarían en gran medida el auge de la psicología infantil. Así, si bien la pedagogía y la psicología no han tenido un desarrollo paralelo, de las necesidades de una ha surgido la búsqueda de la otra y viceversa. No es, por consiguiente, pura casualidad que algunos especialistas en psicología infantil sean al mismo tiempo maestros del pensamiento pedagógico: Claparède, Bovet, Descoeurde, R. Osterrieth, Piaget. Con ellos la psicología y la pedagogía han evolucionado hacia métodos más científicos y técnicos, abandonando el terreno epistemológico heredado de la moral normativa y de los imperativos doctrinarios y humanistas. En su unión con la psicología, la pedagogía ha encontrado en el niño su verdadero punto de referencia. Por otra parte, teniendo en cuenta la pedagogía, la psicología del niño se ha enfrentado con las experiencias de los maestros y educadores para los que trabaja.

Los proyectos de educación nacional

A partir de 1946 empieza a desarrollarse en Francia la psicología escolar. En 1947 apareció el proyecto Langevin-Wallon, del que extraemos aquí algunas líneas: «El maestro necesita conocer al niño, tanto en sus particularidades individuales como en su evolución psicológica. Las funciones de la enseñanza son demasiado absorbentes como para dejar al maestro tiempo libre para estudiar y aplicar los métodos de investigación que permitan

³ Cf. cap. B.

⁴ Cf. cap. B. 24

determinar, eventualmente, los índices intelectuales, caracteriales o sociales del comportamiento de cada niño. Los maestros deben, por consiguiente, someter cada caso a un especialista en métodos psicológicos...»⁵. En 1951 un comité interministerial, presidido por R. Zazzo, definió los objetivos y las funciones de la psicología: «En vista de los problemas cada vez más numerosos y difíciles que plantea la escuela, en razón del progreso y de la creciente especialización de conocimientos, de la complejidad cada día en aumento de las estructuras sociales y de las variadísimas posibilidades para las que la escuela prepara, el Comité interministerial propone la institución de servicios de psicología escolar con el fin de colaborar a una mejor adaptación del alumno a la escuela y a una más eficaz adecuación de la vida escolar a los intereses del niño:

1) El psicólogo escolar pertenece a la escuela por su elección, por ser la escuela el lugar donde desarrolla su trabajo, por la naturaleza de los problemas que estudia y por las soluciones que investiga.

2) Esta función psicológica no es nueva, sino que es la consecuencia de una diferenciación progresiva a partir de la función global de la educación y de la instrucción.

3) El psicólogo escolar no tiene problemas que le sean propios, sino que estudia con el cuerpo docente los problemas pedagógicos que plantea la escuela (materias de enseñanza, métodos).

4) Los problemas de los que se ocupe el psicólogo escolar conciernen tanto a los grupos como a los individuos.

5) La psicología escolar se ocupa esencialmente de poner de manifiesto y de favorecer las posibles cualidades del alumno más que de determinar sus insuficiencias con fines de eliminación o selección.

6) Asimismo debe tender a una observación continua (por medio de un cuaderno de observación psicológica, por ejemplo) y a evitar las conclusiones a largo plazo extraídas de un único examen.

7) Su trabajo principal consiste en atenerse al examen individual de los alumnos y a la comprensión de todos los aspectos de su personalidad»⁶.

El psicólogo es también un pedagogo

El texto del aludido proyecto perfila y sitúa la función y el estatuto del psicólogo en la escuela, al mismo tiempo que señala sus posibilidades y sus límites. Por su integración en la educación nacional, el psicólogo escolar es el hombre de la institución con todos los inconvenientes que hemos señalado anteriormente, pero es también un personaje que cobra cada vez mayor importancia debido a las necesidades de la escuela actual en materia psicológica. Son precisamente esas necesidades las que hacen que el psicólogo esté invitado a participar en el conjunto de la obra pedagógica.

3. EDUCAR, ¿PARA QUE?

La institución escolar sometida a crítica

Si la Psicología y la Pedagogía han experimentado en nuestros días un desarrollo relativamente armónico, se debe a que ambas constituyen el núcleo de las ciencias de la educación, ya que la escuela conserva formalmente la misión de consagrarse a la educación de los niños y los adolescentes, y de organizarse para dicha tarea. Sin embargo, la escuela

⁵ Proyecto Langevin-Wallon. 26

⁶ Comité interministerial, 1951.

ofrece actualmente un aspecto más parecido al de una institución devastada y sin objeto que al de una institución en posesión de sus funciones y de su propio papel. Ni siquiera el hecho de que se ponga en duda su tarea tradicional de educación y de enseñanza, impide a la escuela, incluso aunque a veces aparezca un poco incongruente, consagrarse a lo que la sociedad espera de ella en lo fundamental, es decir, a formar niños adecuándolos lo más perfectamente posible a los modelos y exigencias de nuestra civilización. El término «formar» se emplea aquí, por otra parte, con un poco de exageración. Sería preferible utilizar la palabra «conformar», que corresponde mejor a los objetivos de la escuela, no tal como son percibidos por los maestros, a los que no se pide casi nunca su opinión, sino tal como se perfilan tras veinte años de renovación de programas, de cambios estructurales y de desórdenes de todo tipo. Cada ministro francés de Educación, desde 1945, ha rivalizado con su predecesor en introducir innovaciones, retoques y nuevas concepciones de la escuela. Tal situación es tanto más lamentable cuanto que estamos siendo testigos de reformas de tipo tecnocrático que se las ingenian para complicarlo todo y hacer aparecer las cosas con un nuevo barniz, mientras que en el fondo permanecen idénticas a sí mismas: estáticas y conservadoras.

La escuela adapta al niño

Este fondo idéntico creemos descubrirlo en la palabra adaptar, que resume el por qué y el cómo de la escuela. Se apela continuamente a esta palabra mágica y eficaz, sobre todo en lo que a la educación se refiere, con el pretexto de que el papel de la educación consiste en realizar una adaptación armónica entre el individuo y la sociedad. La palabra adaptación nos inclina a pensar más bien en la máquina o en la biología que en la educación⁷, ya que no puede recibir sus normas más que de una situación determinada y de una sociedad preexistente, a la que no puede aportar nada más; el acto de adaptación no está encaminado a hacer resaltar la diferencia, el conflicto, la antinomia entre la subjetividad y las estructuras, sino que tiende, por el contrario, a reducir el desfase existente a fin de alcanzar la armonía universal y eterna entre el hombre y su medio. En un terreno distinto al de la educación en la escuela, puesto que se trata del período de perfeccionamiento de cuadros, es decir, de educación permanente, se dice en *Pédagogique et Psychologie des groupes*⁸: «Es sumamente fácil desvelar la significación de este tipo de perfeccionamiento (para los cuadros), en el que se persigue favorecer una adaptación continua a las estructuras existentes, para reforzarlas y proporcionarles una cierta perennidad. Así concebida, la adaptación se ajusta mucho más exactamente a un modelo exterior y social, lo que permite al individuo y a los grupos reducir sus tensiones al encontrar las respuestas que tienen lugar en el cuerpo social; y de esta forma el reforzamiento operado en las estructuras tiende a instaurar o a mantener una cierta forma de burocracia.»

La ingrata función del maestro

Tal parece ser, en efecto, la función a que ha quedado reducida la escuela francesa a despecho de la vigilancia y competencia de maestros y educadores; se trata solamente de

⁷ Cf. cap. U.

⁸ E. Henriquez, *Pédagogie et psychologie des groupes*, Ed. de l'Epi

conservar y de aferrarse a lo adquirido y de transmitirlo literalmente a los niños, sin tener en cuenta la aportación de la escuela ni la de los maestros en la relación pedagógica. Fundamentalmente, hay que guardarse muy bien de transmitir nada fuera de lo previsto en el programa, puesto que la transmisión de algo ajeno podría ser el cebo, no ciertamente de la enseñanza adaptativa, que coincide punto por punto con los valores sociales, sino de una enseñanza crítica, en la que la reflexión y la creación no quedarían excluidas. G. Russier⁹ rindió testimonio de lo peligroso que resulta distinguirse y ser innovador en la función de educador, ya que toda veleidad en la investigación y renovación se sanciona mediante medidas administrativas y disciplinarias¹⁰. Por este procedimiento se ha condenado a la escuela a ser algo abstracto, sin rostro y sin forma, vacío de toda perspectiva indagadora, que sólo existe para permitir a los 13 millones de jóvenes escolares prepararse para sus bodas con la sociedad burocrática de consumo. La decadencia de la función docente y el estatismo de las estructuras son las circunstancias que concurren a asignar a la escuela el papel de simple proveedora de músculos y cerebros, de acuerdo, punto por punto, con el nivel requerido para el buen funcionamiento de nuestra sociedad.

Formar espíritus en la crítica y en la libertad

Los maestros y educadores que trabajan de forma anónima y en clases sobrecargadas son los que tienen otra concepción distinta de la educación, que por su misma definición apunta a posibilitar una perspectiva del individuo respecto a su medio, con el fin de hacer que por tal procedimiento surjan sujetos existentes y libres en primer lugar; conscientes y formados para afrontar la sociedad y el medio socioprofesional, y no para alienarse en él, sino para transformarlo. ¿A qué puede tender la educación si no es a la formación del gusto por la libertad, a la reflexión, a la crítica? P. Ricoeur¹¹, en *La parole est mon royaume*, habla de esta comprensión, de esta auténtica liberación que debe representar la educación: «Yo diría que, paradójicamente, toda cultura introduce, además de un plazo en la adaptación, un factor de desadaptación, de cambio de perspectivas, de desencantamiento técnico, sin el cual el hombre moderno no puede hacer buen uso de los bienes de la civilización».

Psicólogos tecnócratas

Volviendo a la psicología, desaparecida por un momento de nuestro campo de reflexión, no se ve qué forma puede ser, al menos tal como se practica en la escuela, el elemento que introduzca ese «distanciamiento» y ese «desencantamiento» entre el hombre y la sociedad. Los tests, las entrevistas y las investigaciones pedagógicas no apuntan en sus proyectos exclusivamente a la adaptación, pero de hecho dan a los pedagogos-tecnócratas franceses los medios técnicos para evaluar y reajustar lo que está desajustado en una joven personalidad o en su porvenir profesional. Los psicólogos escolares se hallan sometidos también a esa necesidad de seleccionar y orientar con vistas a una mejor adaptación ulterior, es decir, con vistas a un mayor rendimiento cultural y económico. La psicología

⁹ Henri Lefebvre, *La vie quotidienne dans le monde moderne*.

¹⁰ ¿Se ha percibido el sentido de su suicidio? Cuesta trabajo afirmarlo en una sociedad en la que parece, con frecuencia, que sólo la muerte puede constituir la palabra que denuncia.

¹¹ Antiguo decano de la Facultad de Letras de Nanterre, en la revista *Esprit*, febrero 1955.

escolar, al no liberar al niño, contribuye a convertirlo en el hombre-modelo, erigido por una sociedad-modelo en una cultura-modelo, donde todo funciona sin averías, es decir, sin reflexión y sin alegría. Y si bien es cierto que la civilización técnica exige una cierta armonía, la función de la escuela no es la de menospreciar la subjetividad en provecho de la norma económica, social y cultural, sino la de desarrollar la comprensión, el juicio y la liberación del niño por medio de su educación.

4. LA SOCIALIZACION DEL NIÑO EN LA ESCUELA

El ingreso en la escuela

El hecho de que la escuela deba educar para la libertad y la creatividad no quiere decir que haya que dejar al niño abandonado a su propio desarrollo: el ingreso en la escuela representa para el niño un acontecimiento fundamental, ya que es en ella donde descubre o intenta empezar a vivir la vida en sociedad. Abandona su célula familiar, en cuyo seno ha realizado las primeras experiencias sociales; pero la comunicación en la familia estaba basada en el lenguaje corporal y afectivo¹². La familia no representa una abertura, sino más bien una pantalla que oculta a la sociedad; por eso es la escuela la que va a representar para el niño la salida de la célula familiar, que conducirá a su joven personalidad hacia la socialización. La transición entre la familia y la escuela no se realiza sin dificultades, hasta el punto de que tanto las maestras parvulistas como los educadores de enseñanza primaria observan durante un lapso de tiempo, variable según los niños, una inadaptación y un desequilibrio que ponen de manifiesto los problemas derivados de su inserción en ese nuevo mundo que es la escuela. El niño continúa siendo todavía muy egocéntrico, juguetón, caprichoso e inestable, y se mueve aún en un mundo imaginario que se alimenta de pulsiones y de vida inconsciente. Su deseo es todavía ilimitado, por carecer aún de las exigencias del límite, de la regla, es decir, de lo real. Inmerso en su mundo infantil, con predominio de lo pulsional y de lo imaginativo, debe, desde su ingreso en la escuela, realizar la experiencia del grupo, de la sociedad y del saber, a través de la cual el niño comienza a socializarse.

La dualidad del deseo y de la civilización

Al inhibirse el niño de los conflictos sexuales y pulsionales característicos de la fase edípica que le oponían a sus padres y, más allá de ellos, a las normas y a la educación recibida, entra en un período de calma aparente a partir del cual la socialización hace necesario el rechazo. Los psicólogos llaman a esta fase «fase de latencia», cuya duración se prolongará hasta la pubertad, es decir, hasta el momento en que despiertan los conflictos infantiles incorrectamente resueltos, y que conducirá al niño al umbral de la adolescencia. La socialización se realizará gracias a la vida en la escuela y a lo heredado, todo lo cual va a ejercer un influjo directo sobre la futura personalidad social del individuo, es decir, sobre sus comportamientos sociales, sus convicciones y sus ideas, sus conocimientos, la concepción que se formará del mundo y de la sociedad, la imagen del hombre y la percepción de su ser-en-el-mundo. Cuando se es adulto resulta difícil imaginar lo que debemos a la escuela, porque creemos que somos libres y que la imagen que tenemos del

¹² Cf. cap. E.

mundo y de nosotros mismos es enteramente producto de nuestra libre elección. Las pocas convicciones personales que tenemos (y que cada vez son menos) no pueden ser más que mínimas en relación a lo que nuestra personalidad intelectual ha recibido de las estructuras de la enseñanza y de la vida en la escuela. La importancia de este hecho es mayor si se tiene en cuenta que el niño es mucho más receptivo que el adulto respecto a todo lo que se le pueda decir o enseñar. El niño, por su condición de ser muy manejable en un sistema autoritario —como lo es aún nuestro sistema de enseñanza en Francia—, se convierte en objeto y producto de las estructuras escolares, de la misma forma que antes había sido el objeto del deseo materno. El punto clave está en ver si existen algunos métodos pedagógicos y educativos que permitan un juego suficientemente importante entre su estatuto de objeto para la sociedad y su joven personalidad que se busca y afirma. Algunas de las apasionantes experiencias realizadas por Dewey, Decroly¹³ y otros muchos pedagogos en las clases maternas, han sido tan poco difundidas que apenas han influido y orientado de forma distinta el sentido de la enseñanza. Pero a despecho del actual sistema de enseñanza, ciertos factores adquieren una influencia decisiva en la socialización del niño.

Los factores de la socialización del niño

— La vida de grupo: el niño va aprendiendo las reglas y las normas de la vida en sociedad al compás de los juegos con sus compañeros y por la constante necesidad de estar en relación con sus semejantes y con esa microsociedad que es una clase. En su adquisición de la conciencia moral, de la conciencia del otro, percibirá mejor la situación dentro de un conjunto humano donde el otro existe en igualdad con él. Los grupos de niños son verdaderos grupos: estructurados, a partir de los cinco años, a semejanza de los grupos de adultos. El niño afronta los imperativos del grupo, lo que le permite anticipar y dar sus primeros pasos hacia la socialización.

— El acceso a la racionalidad y al pensamiento lógico: Piaget¹⁴ insiste sobre la importancia de las modificaciones de la percepción en el niño. A partir de su percepción psicomotriz, que dura hasta los tres años, el niño pasa al estadio del pensamiento reflexivo y de la racionalidad. Se desprende de su egocentrismo¹⁵ (que no hay que confundir con la acepción moral del mismo término) para llegar a poseer un estatuto objetivo, autónomo e independiente de los seres y de las cosas. Abandona su concepción mágica y animista en busca de una percepción simbólica y lógica. De esta forma el niño alcanza el pensamiento desinteresado, abstracto, y se podría decir que universal. Debe ser capaz, entonces, de soportar la frustración a la que le somete un mundo que se dualiza y en cuyo seno él se revela como ser pensante y ser sociable, pero también como ser alienado. La enseñanza va a hacer posible la estructuración de la dualidad yo-otro, y a partir de ese momento va a recibir sus formas intelectuales y culturales por medio del conocimiento y de la organización del saber. Desde ahora el niño recibirá su personalidad de la sociedad, que le transmitirá, a través de la escuela, sus imperativos, sus leyes, su cultura y sus contenidos cognoscitivos.

¹³ Cf. cap. B.

¹⁴ Psicólogo suizo, especialista del desarrollo infantil.

¹⁵ Cf. cap. C.

La ideología implícita en la escolarización

La importancia que hemos concedido a la escuela es verdaderamente decisiva. El niño necesita, para su desarrollo, socializarse y adquirir conocimientos, pero las posibilidades reales de adquisición no son las mismas para todos (campesinos y obreros están en inferioridad de condiciones), debido al origen socioeconómico de los niños. El contenido objetivo de la enseñanza y de los sistemas educativos es siempre ideológico, es decir, que canaliza las concepciones, normas e ideas implícitas en nuestra sociedad, pero que no se revelan como tales. Es ahí donde se sitúa el poder de la escuela, puesto que, por estar en medio de la sociedad y recibir sus normas de ella y por ella, no puede dejar de transmitir y reflejar las ideologías circundantes. La escuela jamás es neutra (no se trata aquí de la neutralidad personal de los educadores y docentes), de forma que la pretendida condición de neutralidad ha sido una añagaza de nuestra enseñanza «laica y obligatoria». Por encima de su lenguaje, transmitido por los maestros, la escuela transmite un metalenguaje de contenido ideológico¹⁶ que la orienta y le asigna su papel. No cabe duda de que la escuela actual francesa es la expresión de una cultura esclerotizada, cuyo contenido ideológico expresa culturalmente intereses alejados de los que a su vez expresan los maestros y los niños. Ello se debe a que un niño es siempre conformado ideológicamente desde los primeros meses de su vida en la escuela: la socialización del niño no es un fenómeno aislado, puesto que la determinación cultural e ideológica de la personalidad infantil se produce simultáneamente.

¹⁶ Henri Lefebvre (citado en la bibliografía). Nos permitimos remitir al lector a las diversas obras de este autor, que muestran aquello de lo que el hombre no puede ya hablar por estar preso en el lenguaje de las estructuras, es decir, en un metalenguaje.

LA RELACION MAESTRO-ALUMNO Y LOS METODOS PEDAGOGICOS

«La tendencia natural del espíritu humano es creer antes de saber.»

Gastón BOUTHOU.

La relación pedagógica sometida a crítica

Asistimos en la actualidad a una crisis que abarca a la totalidad de nuestro sistema educativo; se está operando un profundo cambio, tanto en la universidad como en la enseñanza media e incluso en las escuelas primarias. No es posible prever sus resultados, ni tampoco dar un sentido a este cambio, salvo por parte de quienes se oponen a él. No es propósito de los autores de este libro proceder al análisis de la situación en Francia ni mostrar todos sus aspectos; lo que no ofrece dudas, en lo que nos concierne, es que la relación maestro-alumno no es la misma ni puede serlo ya. Resulta bastante significativo que sea precisamente en nuestros días cuando aparecen y se muestran a la luz pública determinados escándalos referentes a dicha relación, ya se trate de la expresión del amor en la actividad pedagógica (Gabriel Russier) o de experiencias como la droga, desaprobadas todas por una inmensa mayoría del cuerpo social; lo cierto es que en cualquier caso el profesor aparece para muchos, a causa de tales actos, como un ser perverso. Ciertamente, la relación pedagógica maestro-alumno debe sujetarse a normas que no hay que transgredir bajo ningún pretexto, sino que el profesor debe mantenerse en su papel hasta el final: su condición de profesor es permanente. Pero es significativo que, en lo que se puede llamar el folklore popular, no resulte chocante ni escandaloso hablar de la seducción de una secretaria por su jefe, mientras que se considera inadmisibile que el profesor mantenga ciertas relaciones con sus alumnos; y nos referimos no ya a las relaciones amorosas, sino a que el profesor pueda continuar su trato con los alumnos fuera de las horas dedicadas a su tarea. ¿Qué pasa, pues, pensarán algunos, para que se venga a turbar lo que hasta ahora era lo más natural del mundo, es decir, esa relación del alumno con el maestro que todos hemos conocido? Sin duda, antes había también problemas, pero no versaban sobre tal realidad. ¿Qué es, por tanto, lo que ha cambiado? y ¿qué es lo que está cambiando? He aquí la cuestión que vamos a tratar a continuación.

El maestro y su estatuto

Desde hace varios años, el estatuto del docente ha sufrido un gran cambio. Ha surgido una nueva forma de reclutamiento a todos los niveles. El maestro, como guardián y promotor de los valores sociales, va desapareciendo poco a poco. El hijo del maestro no es ya necesariamente maestro como su padre; están acudiendo a la escuela normal miembros de grupos sociales mucho más diversificados y heterogéneos. Ya no existe ese clima de cohesión que había anteriormente. Lo mismo ocurre por lo que se refiere al profesorado de enseñanza media, reclutado en campos más diversos. Ya ha dejado de existir ese espíritu de cuerpo que caracterizaba a esa enseñanza.

Paralelamente a esta diversificación estamos asistiendo a una pérdida de prestigio por parte del maestro y del profesor en la sociedad francesa. La imagen que se hace el

profesor de su papel y de su lugar en la sociedad está en función del estatuto económico que se le confiere. En general, los profesores tienen la sensación de una pérdida de prestigio y de una falta de consideración que se concreta en la insuficiencia de su salario.

De esta forma constatamos un cambio de motivaciones en la elección de un puesto que implica: un estatuto económico «particular»; la pertenencia a una administración bastante conservadora, que no admite ninguna innovación más que en la medida en que el status no sea perturbado; la ausencia de dinamismo y de períodos que permitan al docente combinar la labor de enseñanza con la preparación cultural; las inspecciones-comedia, dignas de la época victoriana, en las que la relación maestro-alumno está radicalmente falseada por el informe subsiguiente a la exhibición profesoral; una selección y un juicio basados en criterios de conocimiento y no fundamentalmente de pedagogía, y por supuesto tampoco de psicología; inspectores que prefieren la lección muy bordada y perfecta a una investigación, efectuada en común por el maestro y el alumno para lograr una expresión de la clase (deseada en los textos, pero negada en la realidad). Debemos preguntarnos: ¿supondría tal expresión para el maestro la pérdida de la palabra? ¿Perdería de esta forma un estatuto (honorabilidad, dominio de sí, seriedad, etc.) del que los jóvenes profesores no quieren ya investirse? El conflicto parece situarse, a nuestro entender, en el binomio saber-verdad, o también entre saber y expresión. Por ello es necesario explicitar, en primer lugar, los distintos métodos acerca de la relación maestro-alumno que pone en juego dicho binomio saber-verdad.

1.METODOS DE ENSEÑANZA Y DE CULTURA

La enseñanza y sus métodos no son producto del azar, sino que responden, de hecho, a una necesidad expresada por la sociedad a la que pertenecen. «Es un hecho que todo sistema educativo corresponde a un régimen económico, social y religioso, así como a una situación humana determinada. Se instruye de una forma que responda a las necesidades y a los usos de la época»¹. Pero sería engañoso creer que existe una filiación directa entre el régimen político, económico, social, y los métodos de enseñanza, ya que significaría que a un régimen democrático corresponderían métodos democráticos y que a un régimen autoritario deberían corresponder métodos autoritarios. Se puede constatar, por el contrario, la pervivencia del método de enseñanza autoritario en regímenes políticos democráticos: los nuevos métodos están extremadamente poco desarrollados en dichos regímenes. ¿Cómo explicar tal desfase? ¿Acaso es que nuestras sociedades no son, en realidad, democráticas? ¿O también, aunque se trataría de razones complementarias, que todo sistema educativo es por esencia conservador, es decir, en permanente desfase en relación a la evolución de la sociedad? En efecto, la sociedad tiende a asegurar, mediante la educación, las bases y los principios que la fundamentan. De forma que la educación tiene que ser necesariamente una institución desfasada de las otras instituciones que constituyen una cultura. Puesto que la juventud aparece como peligrosa y vive sin normas, la generación adulta tiende entonces a inculcarle principios «que han sido ya probados», y de ninguna forma le consiente nuevas búsquedas. A la incertidumbre del adulto debe corresponder la certeza en el niño; la vida agitada y desordenada debe ser sustituida por una vida apaciguada y culturalizada. Así, pues, se comprende que todo sistema de educación ha de ser forzosamente conservador en la medida en que constituye la perpetuación de valores

¹ Roger Gal, *Histoire de l'éducation*, P. U. F., pp. 6 y 7. 42

ya asegurados, y no la creación de otros nuevos. Hay, pues, un desfase constante entre la vida y la escuela y entre la investigación y la enseñanza de la misma, como existe el desfase de una generación. La razón no está en el hecho de que no haya medios de información suficientes para tal transmisión, sino en que se prohíbe introducir en el sistema educativo lo que la investigación tiene de inaudito, de llamativo, de nuevo, para preservar así lo existente. Quizá una de las razones de la crisis de la enseñanza francesa después de mayo del 68 sea la aspiración de alumnos y profesores a lo atrayente, es decir, a la vida misma. (También el amor, las drogas, el psicoanálisis, han hecho su aparición, a pesar de la oposición de los inspectores y funcionarios). Pero tales cambios no acaecen sin angustias. El carácter estable y sólido del hecho educativo se ha roto a favor de la búsqueda indeterminada de una enseñanza cuyos cauces están aún por encontrar. Alumnos, profesores y padres están presos de la angustia que produce la incertidumbre ante el cambio: los alumnos no aceptan ya los métodos tradicionales; los profesores no se sienten tampoco identificados, como se ha visto, con los valores tradicionales que deben transmitir; los padres, cuyo papel educativo es discutido por sus hijos, no encuentran la forma de sostener la imagen estable de la escuela que habían conocido. Así, sucede que a la angustia se añade el resentimiento y la incompreensión entre los padres y los profesores, entre los profesores y la administración y entre los profesores y la sociedad. En tal situación surgen, pues, los mitos: el del profesor como destructor de la sociedad que estaba encargado de defender y perpetuar, por lo que se le hace responsable de una evolución que muchos no quieren ver o que hubiesen deseado bloquear. Al perder su estatuto social, el profesor ya no puede jugar el papel de transmisor de valores, ya no es «creíble». Al no poder ni querer, por lo demás, cumplir tal función, se acelera la evolución, de cuyos aspectos negativos se le hace responsable.

2. LOS DIFERENTES METODOS DE ENSEÑANZA

El método tradicional²

El método de enseñanza tradicional se caracteriza principalmente por el recurso al principio de autoridad. Habrá que analizar la importancia de tal principio en el equilibrio pulsional entre el maestro y el alumno; por el momento, sólo intentaremos una descripción de dicho método y de sus implicaciones. El término autoridad viene del verbo latino «augeo», homónimo de un término griego que significa «producir», «hacer nacer» y «completar, cumplir». Si nos atenemos a estas significaciones, el acto de autoridad debe ser un acto creador, en el que se manifiesta e incluso se amplía tal actividad creadora. El acto de quien tiene autoridad constituye, por tanto, una actividad de «partero». Su papel es el de completar lo que se manifiesta procurando abrirle el máximo de posibilidades. Uno se puede preguntar si la relación pedagógica tradicional, que se funda en la autoridad, se caracteriza por tal disposición hacia el alumno. Ciertamente, se amplían por medio de ella sus conocimientos, pero ¿se puede decir que se abren y desarrollan en él todas las posibilidades? He aquí la pregunta que cabe plantear a propósito de dicho método.

La función de autoridad está descrita implícitamente en Durkheim, quien concibe al profesor, esencialmente, como el transmisor de una tradición sagrada. La educación es para él una cuestión de autoridad, en la que el maestro es el sacerdote de una sociedad laicizada

² Cf. cap. U.

y cuyo precepto principal, entre los que hay que imponer al alumno, es el espíritu de disciplina. Ciertamente reconoce que la sociedad evoluciona y que la actual cultura concede un lugar cada vez más privilegiado a la autonomía del individuo, pero resuelve el problema diciendo que la libertad y la autonomía consisten en interiorizar las normas de la sociedad, y que ser libre significa aceptar los valores que se imponen.

Las demás características que se atribuyen a los métodos tradicionales las resume Guy Palmade en su obra *Les méthodes en pédagogie*. Son las siguientes:

a) La simplificación, el análisis y la progresividad. Con tales características se hace honor a preceptos cartesianos que han marcado profundamente nuestra manera de comprender el mundo, como los de «dividir cada una de las dificultades que voy a examinar en tantas parcelas como se pueda y como sea necesario para resolverlas mejor» y «ordenar nuestros pensamientos comenzando por los objetos más simples y los más fáciles de conocer, para ascender poco a poco, como por grados, hasta el conocimiento de los más complejos, e imaginando incluso un orden entre aquellos que no lo tienen naturalmente» (segunda y tercera reglas del *Discurso del Método*). La enseñanza es considerada, por tanto, como la suma de elementos simples, de igual naturaleza, y debe ser entendida como un proceso acumulativo y cuantitativo; aparece, pues, como una especie de juego de construcción que asimila y reduce lo complejo a una simple adición.

b) La memorización. Se exige al alumno un esfuerzo de memorización para aprender esos elementos simples que el análisis ha descubierto.

c) La emulación viene a reforzar el principio de autoridad del que ya habíamos hablado. Los jesuitas han insistido en ella y se han desarrollado polémicas al respecto. Las ventajas consistían, para algunos, en que «la emulación representa en la escuela la vida real, con sus jerarquías, sus vitalidades y sus concurrencias. Ella habitúa al niño a apoyarse en su esfuerzo, en su trabajo y, al mismo tiempo, a no olvidar jamás los esfuerzos de los otros, el trabajo de los demás». Pero cabe preguntar si la emulación no encierra el peligro de falsear el clima de la clase y de favorecer el orgullo y la vanidad.

d) La intuición. El docente debe partir del mundo sensible, llamado concreto. Así, las instrucciones oficiales de 1887 de la enseñanza primaria francesa aconsejan: «En toda enseñanza el maestro, para comenzar, debe servirse de objetos sensibles, hacer ver y tocar las cosas, poner a los niños en presencia de realidades concretas, para después, poco a poco, ejercitarlos en extraer de ellas la idea abstracta, en componer, generalizar y razonar sin la ayuda de ejemplos materiales.» Tales instrucciones nos resultan preciosas para descubrir los prejuicios de una época reflejados en unos preceptos. Se advierte toda la influencia cartesiana, así como la de Socke: se piensa que «la idea abstracta», que es el fin a alcanzar, tiene con lo real una filiación directa que bastaría con pulir. De hecho, el mundo sensible es ya de suyo una construcción bastante compleja en el niño, y carece de la simplicidad que se le quiere adjudicar. ¿Cómo puede el niño pasar de lo concreto a lo abstracto? ¿Por medio de qué mecanismo?

En la base de todos estos postulados se encuentran diferentes tipos de psicología igualmente criticables: la psicología asociacionista, que concibe la vida psíquica como un simple juego de asociaciones entre ideas, y que trata de recomponer la totalidad de la vida psicológica por medio de la integración de estados elementales; la psicología empirista, que piensa que ningún conocimiento puede realizarse más que a partir de impresiones, y que una vez desaparecido el objeto la imagen que permanece en nosotros constituye la idea; y por último, la psicología de las facultades, que descompone al individuo en diferentes esferas (percepción, memoria) que hay que ejercitar y desarrollar mediante el

entrenamiento.

Hubert, en su *Traité de pédagogie*, califica los métodos tradicionales de didácticos y muestra que éstos abocan, por el autoritarismo, la enseñanza excátedra, el libro, la autoridad y la escritura (que viene a duplicar el método del lenguaje), a la pasividad del niño. Sobre este particular puede leerse la obra del etnólogo norteamericano Whyllie *Village in the Vacluse* (Harvard), que ha reparado en dichos aspectos observando el funcionamiento de una escuela en Francia. Ciertamente, hay que reconocer a los métodos didácticos determinado interés y cierta necesidad de ellos, por ejemplo para aprender más rápidamente diferentes datos; a parte de que hay hechos que deben aceptarse sin ninguna discusión, por ejemplo que no es malo desarrollar la memoria del niño. Pero todo depende, a fin de cuentas, de la confianza del niño en la autoridad de su maestro, en su ciencia y en su probidad. La crítica sigue radicando, pues, en la naturaleza de la autoridad.

Los métodos activos

Únicamente extremando las oposiciones se pueden contraponer de manera categórica los métodos tradicionales a los métodos activos, ya que, a menudo, la pedagogía escapa a los bellos principios teóricos que son considerados como sus rectores, y muchos pedagogos recurren con frecuencia a filosofías que en absoluto se corresponden con su práctica. No hay que tomar, por tanto, al pie de la letra todas las oposiciones que puedan existir, aunque sí deben considerarse como indicativas de diferentes direcciones. Así, no es posible afirmar que los métodos activos se oponen radicalmente a los métodos tradicionales, ya que no cabe hablar de adquisición y de aprendizaje sin que medie una cierta actividad por parte de quien aprende. Lo que en realidad distingue a los métodos activos es que se centran fundamentalmente en el interés del niño, favoreciendo su creatividad y su personal descubrimiento del mundo. Para ello es fundamental conocer al niño (sus deseos, su psicología) a fin de actuar partiendo de su mundo y no del mundo del adulto. El maestro tradicional no se preocupaba de la persona a quien instruía. J. J. Rousseau recomendaba a los profesores, en el siglo XVIII, que empezasen por conocer a sus alumnos, lo que no se hacía en aquella época.

Pero no hay que creer que los métodos activos se dirigen a una mera educación de tipo sensoriomotor, en la que el niño adquiriría únicamente una cierta habilidad motora, sino que, por el contrario, su ambición es la de formar al ser humano en su totalidad, aunque teniendo en cuenta las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo del niño. Los temas desarrollados por la nueva educación son extremadamente numerosos y, siguiendo a Piaget (*Encyclopédie française*), se pueden reagrupar en torno a dos grandes ejes:

- La tendencia individualista o individualizante.
- La tendencia socializadora o socializante.

La tendencia individualista o individualizante

a) *El método de Montessori*.—María Montessori parte de la observación de niños retrasados, entre los que constata que la actividad espontánea produce resultados claramente superiores a los de los métodos tradicionales, y de ahí su idea de trasladar dichos métodos a niños normales. Los principios de su método son los siguientes:

—Respetar la libertad del niño, con la que debe conjugarse la disciplina. Convierte en aliados la disciplina y la libertad, lo cual no sólo es posible, sino necesario y natural.

—Pone en evidencia la existencia de períodos sensibles en el niño, es decir, de períodos durante los cuales el niño puede efectuar nuevas adquisiciones. De esta forma ha sistematizado todo un conjunto de ejercicios, que varían según la edad (ejercicios de ajuste de piezas, etc.).

La pedagogía montessoriana ha tenido un gran éxito, pero hay que reprocharle, sin embargo, sus postulados teóricos, ligados a una psicología de la pura sensación y no al estudio de los mecanismos sensoriomotores.

b) *El método Décroly*.— El mismo método muestra ya de suyo su concepción de la escuela como algo perteneciente a la vida y para la vida. Se opone al preconizado por Montessori en cuanto que postula que el desarrollo mental del niño se realice a partir de lo global, de lo indiferenciado, hasta llegar al análisis. Todo el mundo conoce también el método de lectura global, que comienza por la lectura de palabras o frases cortas, en lugar del aprendizaje de letras aisladas. El globalismo no sólo se aplica a la lectura, sino que además se ha extendido a todas las actividades del niño, por ejemplo a los centros de interés. Décroly expone así los principios fundamentales de su enseñanza:

—Aplicación de un programa de ideas asociadas; estudio del niño y de su medio.

—Empleo del método de los centros de interés.

—División de la enseñanza en ramas, teniendo en cuenta las grandes formaciones psicológicas: observación, asociación y expresión.

—Preferencia de los métodos intuitivos, activos y constructivos.

—Actividad personal favorecida por la práctica de ocupaciones manuales y por el empleo de juegos educativos.

c) *El plan Dalton*.— Este método ha sido elaborado por miss Helen Parkhurst, que lo experimentó desde 1911 a 1913 en la ciudad de Dalton. Sus dos principios esenciales son: dejar al niño toda libertad y desarrollar en cada uno las facultades espontáneas que le son propias. El programa de estudio es común, y el fin es, por tanto, parecido al de la educación tradicional, por lo que se emplean igualmente algunos de sus medios. Sin embargo, cada niño tiene la posibilidad de trabajar según el plan que se fije él mismo, lo que le permitirá expresar su libertad y ejercer las responsabilidades que él mismo ha decidido asumir. El niño redacta un contrato de trabajo con un maestro que elabora un plan detallado de su tarea; después él tendrá absoluta libertad para llevarlo a cabo. El plan Dalton busca proporcionar a cada niño el sentido de la responsabilidad, basando el trabajo en el ritmo individual y las aptitudes de cada uno, y en la libertad de la disciplina interior. Otra ventaja de tal método es que el niño va conociendo de forma permanente su progreso. Sin embargo, ha sido criticado por varias razones. En primer lugar por los partidarios de los métodos activos, que le reprochan el conservar los programas y los manuales; en efecto, al comienzo del curso un folleto indica lo que debe aprenderse, y además el niño, al trabajar sólo, tiene que utilizar muchos libros. El fin de tal método es igualmente esclerotizante, en la medida en que se dirige sólo a la adquisición de nuevos conocimientos. Por último, se le reprocha el formar individualmente a los alumnos, sin abrirles a la vida social.

La tendencia socializante o socializadora

Otros métodos, aún tratando de desarrollar los mecanismos individuales del pensamiento, hacen una llamada a la sociabilidad. Tales métodos nuevos intentan que el niño viva socialmente. Los que hemos expuesto anteriormente no olvidaban del todo esta función, pero no centraban en ella su interés ya que su objetivo era la individualización. Sin

embargo, se puede muy bien completar el método Décroly, utilizado con niños pequeños, con otro método de trabajo en grupo para niños ya de diez años, edad en la que la sociabilidad comienza a desarrollarse y en la que el trabajo en común puede ser verdaderamente realizado.

a) *El método del «self-gouvernement»*.—Este método no puede reducirse a la simple autodisciplina, sino que consiste más bien en responsabilizar a los niños de todo lo que concierne al grupo: a la disciplina, a las actividades y a la gestión del mismo. De esta forma se realiza un control del grupo por sí mismo. Las ventajas que presenta tal educación son las siguientes: el niño descubre nuevos valores morales, como la cooperación, la justicia y la sanción.

—Desarrolla en él el sentido de la responsabilidad de grupo en tanto que está inserto en la sociedad, en la que participa así con pleno derecho y con pleno conocimiento de causa.

—Le proporciona igualmente el sentido de la justicia.

—La iniciativa tiende a partir de los líderes de grupo, y en este sentido cabe preguntarse si tal método es democrático. Ahora bien, como no acentúa la función de los líderes, puede representar una buena preparación del individuo para la vida democrática. Las aplicaciones son numerosas. El scoutismo es, de alguna manera, una forma de self-gouvernement. En Francia, la escuela de Roches deja a sus alumnos las cargas y funciones de la «casa»; en Estados Unidos, la «George Junior Republic of Freeville» posee una constitución calcada de la de Estados Unidos; en Inglaterra muchas «Public Schools» aplican igualmente dichos métodos.

b) *El método de trabajo en grupos*.— No hay que entender por ello un simple trabajo en común bajo la dirección del maestro, que abocaría de hecho a un trabajo solitario donde cada cual crearía para sí, sino una verdadera «colaboración libre de los alumnos». Los iniciadores de este método son: Cousinet en Francia; en Alemania Peter Petersen, de Jena; en Inglaterra Sanderson, y en Suiza Tobler. Cousinet explicó así su método en un artículo titulado *Experience de travail libre*: «Los niños se reúnen por grupos de 5 ó 6, y cada grupo elige el trabajo que quiere realizar. El trabajo escogido se ejecuta en colaboración; cada miembro del grupo aporta sus costumbres, sus conocimientos y todos cooperan a la obra común. Sólo puede ser elegido jefe aquel que se compromete a respetar la personalidad y contribución de cada uno. Si el trabajo, una vez concluido, es aceptado, entonces se vuelve a copiar en fichas, o bien en un cuaderno. El final de la jornada es el momento en el que cada equipo explica a los otros su trabajo». Dicho método tiene la ventaja de conducir al niño desde el egocentrismo que le caracteriza al sentimiento de la relatividad de sus opiniones, y por ello mismo da paso a una cierta forma de objetividad. Como dice Piaget en la *Encyclopédie française*: «Cooperación y personalidad van a la par, como egocentrismo y coacción.»

c) *El método Freinet*.— Freinet no consideraba que hubiera elaborado verdaderamente un método, sino más bien un conjunto de técnicas, que por otra parte no se pueden clasificar ni en el marco de los métodos individualizantes, ni en el de los socializantes, aunque participan de los dos. Dichas técnicas consisten en la creación del texto por los niños, que a continuación se imprime. El método de la imprenta en la escuela favorece el aprendizaje de la lectura, de la ortografía y de la escritura, además de facultar a los niños para ejercer su sentido creador.

Los métodos libertarios

Son métodos que se contraponen a los tradicionales y llevan hasta el extremo su oposición, a diferencia de los métodos de la nueva educación. Confían por completo en la naturaleza del niño, y le dejan desarrollarse en una libertad a ser posible casi absoluta. «El mayor crimen —declara uno de sus pedagogos, Helen Key—, que comete la educación actual contra el niño es no dejarle en paz.» Así, en Hamburgo, las clases no se ajustaban ni a un horario, ni a un programa anual, ni a un reparto de alumnos por aulas. Los maestros eran sólo camaradas, correspondiendo a los alumnos instaurar una disciplina, si la querían. Tal innovación condujo, evidentemente, a un fracaso total. La tentativa estaba basada en un mito, el de una naturaleza que crecería por sí misma sin ninguna sollicitación, y en el error de creer que el niño siente espontáneamente gusto por el trabajo y la tendencia social. Por último, si esta experiencia se hubiera podido llevar a cabo con éxito, los niños habrían llegado a ser totalmente inadaptados con relación a las leyes de la sociedad en la que, tarde o temprano, habrían tenido que integrarse.

En conclusión, los métodos libertarios se oponen a los nuevos métodos en la medida en que muestran una total confianza en la bondad de la naturaleza del niño, y en la medida en que, al tratar de desarrollar su libertad, no propugnan una libertad ideal y pasiva, sino más bien conquistada por el niño. Tal conquista no está, como en los métodos tradicionales, inadaptada a las fuerzas reales y a las fases de desarrollo del niño, sino que le es propuesta a éste cuando está realmente en condiciones de realizarla. El adulto interviene, pero no impone de manera unilateral y brutal su punto de vista: más bien se eclipsa a medida que el niño va llegando al deseo de autonomía.

Naturalismo y pedagogía

Sin embargo, la rápida exposición que hemos realizado de estos diferentes tipos de pedagogía pone de manifiesto, en los pedagogos, justificaciones de tipo filosófico desfasadas respecto a su práctica, e igualmente una falta de reflexión fundamental sobre estas mismas prácticas. Así, M. A. Bloch ha mostrado³ que la nueva educación reposaba sobre postulados filosóficos no deslindados por los educadores y que se conexionan con una filosofía de tipo naturalista. Tales postulados aparecen con mayor claridad con el estudio de la evolución de las sociedades y de los sistemas pedagógicos.

Por tanto, el desarrollo del niño no es jamás un desarrollo natural, sino que se inscribe siempre y se modifica en función de una sociedad dada, que ha llegado a un cierto grado de desarrollo. Los métodos de self-gouvernement que permiten al niño desarrollar su sociabilidad no son puestos en práctica por los niños mismos, en los que tal sentimiento no es natural, sino por un cierto tipo de sociedad que quiere desarrollar ese sentimiento en ellos. De esta forma parece que la oposición entre métodos coactivos (tradicionales) y métodos de educación en la libertad (Escuela Nueva) no reside tanto en un cambio intrínseco y esencial, cuanto en el hecho de que se llame métodos coactivos a los que ya no parecen corresponder, en el seno de una determinada sociedad, a las necesidades de la misma.

Asimismo se puede demostrar que los nuevos métodos de educación constituyen igualmente formas de imponer ideales al niño, ya se trate de la necesidad del trabajo en

³ En *Philosophie de l'éducation nouvelle*, P. U. F. 56

común o del gusto por la cooperación. Incluso en el caso de que la coacción sea menos evidente, aparece, sin embargo, en la imposición de normas tal vez mejor disimuladas que antes. ¿Cómo se trata, en efecto, al niño que no quiere jugar, que no quiere trabajar en común? Ese niño no deja de experimentar también una nueva coacción por parte del espíritu de grupo. Por lo demás, ya se sabe qué uso hacen los norteamericanos de las discusiones de grupo⁴: el «trabajo» en común se convierte en la ocasión para una persuasión común. Por tal motivo los métodos de la nueva educación deben ser criticados en función de una filosofía de la historia, en cuanto que comportan una cierta visión de la infancia coloreada de un naturalismo que hay que someter a crítica.

3. SABER Y VERDAD EN LA RELACION PEDAGÓGICA

Los métodos, por consiguiente, están en función del estado de una sociedad, como han señalado los estudios de algunos sociólogos; pero no deben ocultarnos la relación específica que tiene lugar entre el maestro y el alumno, y cuál es el juego afectivo pulsional que existe entre ellos. Los métodos no aportan por sí mismos nada definitivo, sino que todo se juega a nivel de la relación de un maestro, que posee un cierto equilibrio pulsional, y una historia en grupo de niños. Parece ser que todos los grandes pedagogos, a pesar de las críticas que se puedan hacer a su justificación teórica, han estado dotados de una excepcional facilidad de contacto con los niños. A pesar de sus éxitos no han sabido muchas veces encontrar los fundamentos conceptuales y filosóficos adecuados, e incluso parece que los han desestimado en su acción real sobre el niño. Hay que poner de manifiesto, por tanto, en última instancia, qué es lo que ocurre en la relación maestro-alumno en concreto.

Situación maestro-alumno

Si queremos reconsiderar, desde otro punto de vista, la sucesión de los diferentes métodos que hemos estudiado, podríamos decir que corresponden a una toma de conciencia progresiva de la relación existente entre saber y verdad. El maestro poseía, en los métodos tradicionales, un saber que era, o más bien que se hacía pasar, por idéntico a la verdad. La palabra magistral del maestro no podía ser problematizada debido a la actitud que adoptaba ante su clase: sólo él tenía derecho a la palabra; la verdad de la clase era su verdad, ya se considerara desde el punto de vista intelectual o desde la perspectiva del desarrollo afectivo que él, en ocasiones, descuidaba. Tal actitud sintetiza lo que ocurre en toda relación maestro-alumno, sea cual fuere el método de que se trate, a excepción, naturalmente, de los que excluyen al maestro, en cuyo caso no se puede ya hablar de relaciones: todo contacto pedagógico, al igual que toda relación amorosa (tiempo de noviazgo)⁵, comienza por una añagaza, o como se dirá a propósito del niño y de su madre, por una relación de tipo imaginario hecha de proyecciones y de identificaciones⁶. Lo mismo que el niño y el enamorado se proyectan en la madre y en el ser amado, el alumno efectúa sobre su maestro toda clase de proyecciones, de las que será necesario que se vaya evadiendo poco a poco. La primera ilusión que se produce es la de creer que el maestro, puesto que tiene el saber y

⁴ Cf. cap. A'.

⁵ Cf. cap. O.

⁶ Cf. cap. F.

lo imparte, posee la verdad. Hay que comprender que ningún método podrá borrar tal ilusión, sino que está ligada intrínsecamente a la situación maestro-alumno.

El maestro, ¿un seductor?

La tarea del docente no puede sustraerse a una cierta seducción. Si se analiza dicha palabra vemos que quiere decir conducir hacia sí («se ducere»), convencer, llevar a la razón. El maestro es, en tal sentido, un seductor, pero no puede jugar con la seducción so pena de bloquear toda apertura personal de su alumno, incapaz de distinguir entre saber y verdad.

La identificación entre saber y verdad se descubre igualmente en determinados enfermos mentales internados en hospitales psiquiátricos, para los cuales todo el peso del saber del psiquiatra adquiere un carácter de verdad indiscutible. El psiquiatra es quien siempre tiene razón contra la verdad del enfermo⁷, que está convencido, en última instancia, de que los demás —tanto el médico como la familia— tienen razón. El alumno no llegará a independizarse hasta el día en que desate, al fin, el nudo verdad-saber, y vaya diferenciándolos progresivamente. Si el maestro continúa sirviéndose de la seducción, el niño no podrá jamás tomar la palabra, sino que no tendrá otro discurso que el del profesor.

Pensamos que, desde mayo de 1968, en la institución escolar tradicional los alumnos han problematizado, al menos en las clases más numerosas, esta relación entre seducción y reclamo. Creen que si bien el profesor posee un saber, ello no significa que posea la verdad, por lo que deberá, en adelante, admitir la discusión sobre esa verdad que trataba de transmitir en su saber, en el sentido de dar cuenta a los existentes —sus alumnos— de los debates que él mismo se plantea. No es de extrañar en absoluto que se le rechace por medio de la angustia y el temor (como en el caso de los profesores-padres, e incluso a veces entre los alumnos) en la medida en que la escuela se convierte realmente en un campo, un lugar de discusión, donde cada cual intenta asentar su autonomía en la confrontación con la palabra del otro. Tomar la palabra y poseerse a sí mismo es siempre angustioso.

La verdadera liberación consiste (cualquiera que sea el método empleado, y no parece que los métodos de la nueva educación se hayan hecho cargo mejor del problema), en poner al descubierto las añagazas por las que debe pasar todo alumno al identificar el saber del maestro con la verdad. El verdadero maestro es aquel que, rechazando el mecanismo de defensa que puede otorgarle la autoridad, concede a los alumnos un espacio para crítica de su enseñanza. Tal concesión exige que no entren en juego, a nivel de enseñanza, problemas pulsionales demasiado graves para no sentirse atacado personalmente en esas críticas. Ahora bien, el ataque se producirá en la medida que mantenga con los alumnos una relación de seducción de tipo imaginario, dentro de la cual, si el conflicto estalla, la agresividad se volverá directamente contra él: el que seduce será atacado. Por el contrario, si deja en sus palabras una articulación posible entre el saber que representa y la verdad que busca, los conflictos de grupo en la escuela se llevarán a un nivel simbólico donde la palabra mediatizará los conflictos. Nuestro sistema educacional está saliendo ahora de varios siglos de seducción, y no es extraño que la única palabra de que dispone el adolescente para desgarrar este velo sea la agresión, ya que no conoce otras formas de palabras. El maestro tradicional debe, por tanto, soportar una agresión permanente que no

⁷ Cf. cap. I y cap. M. 60

entiende, pero que le afecta profundamente en su ser. Se encuentra como un psicoanalista que tomase las agresiones contra él como algo «directo»... con la diferencia de que el profesor no es un psicoanalista.

C
PATOLOGÍA
E INADAPTACIONES ESCOLARES

«Todo fracaso, incluso el más superficial, implica un descenso social y, correlativamente, una desvalorización.»

Jean LACROIX.

¿Malos estudiantes o escolares inadaptados?

La inadaptación a la escuela es un fenómeno que cobra cada vez mayor importancia, convergiendo en él la práctica del psicólogo escolar, la de los diferentes educadores (maestros, padres, auxiliares de educación, etc.) y la de los médicos. Las estadísticas del ministerio de Educación Nacional de Francia correspondientes a 1958-1960 estiman que el 4 por 100 de la población que frecuenta las clases primarias presenta retrasos o trastornos de orden escolar, y en este porcentaje no se incluye a los deficientes e inadaptados (de los que nos ocuparemos en el capítulo H). El porcentaje de inadaptación aumenta, además, con la edad: a los seis años, 20 por 100; a los doce años, 37 por 100 de la población inadaptada. No resulta fácil definir con claridad el criterio de «inadaptación», ya que la deficiencia afecta a ciertas categorías sociales en mayor medida que a otras, y se pone de manifiesto en mayor medida a partir de ciertos métodos pedagógicos y en menor medida a partir de otros. La inadaptación puede expresarse en relación con el ambiente de la escuela, con la enseñanza, con los métodos pedagógicos, con la disciplina institucional, con la vida de grupo, etcétera. Los niños inadaptados son llamados «anormales», «difíciles», «rezagados», «retrasados», «irregulares», pero tales designaciones son imprecisas y poco científicas; encubren, ante todo, la impotencia de la ciencia de la inadaptación escolar, que no nos revela la naturaleza ni las causas reales de esa inadaptación. Sin embargo, el progreso de la ciencia pedagógica, de la Psicología del niño y de la Sociología de la educación han contribuido, en gran medida, a profundizar en la psicología escolar y en los problemas de la inadaptación.

El déficit intelectual es observable

La observación del comportamiento en la escuela cubre un campo extremadamente amplio y exige la colaboración de maestros, médicos y psicólogos. No obstante, la inadaptación escolar propiamente dicha ha sido controlada en el campo intelectual; campo que es, en efecto, fácilmente localizable y cuantificable, pues admite la noción de medida, escala y perfil del comportamiento, que es determinable objetivamente a partir de la constancia de criterios observable. Las nociones de nivel y de coeficiente intelectual

**CUADRO DE LA DISTRIBUCIÓN
DE LOS RETRASOS ESCOLARES**

*1) Proporción de los deficientes
y de los retrasados escolares en función
de la edad y del medio socioeconómico*

Medio	Porcentaje de los deficientes				Porcentaje de los retrasados escolares			
	8 años	9 años	10 años	11 años	8 años	9 años	10 años	11 años
Labradores	1,6	4,7	5,0	8,2	2,5	2,9	9,9	13,9
Obreros (-2000 ha.)	6,4	3,5	15,1	8,7	1,6	4,1	0,0	13,4
Obreros (+2000 ha.)	1,6	3,2	8,1	17,1	1,3	4,1	6,5	6,1
Empleados, funcionarios (-2000 ha.)	1,6	5,3	8,1	7,4	4,8	0,1	0,0	8,2
Empleados, funcionarios (+2000 ha.)	0,0	1,6	5,2	5,2	0,0	1,3	2,5	2,7
Industriales-comerciantes	1,4	2,8	1,6	4,6	0,0	0,0	4,1	2,9
Profesiones intelectuales y liberales	0,0	2,5	1,5	4,0	0,0	3,0	5,2	0,0
En conjunto	1,5	4,7	8,0	8,6	2,7	1,3	6,3	7,3

El cuadro muestra:

- un mayor porcentaje de deficientes y de retrasados escolares en el medio obrero y rural que en los otros medios;
- un mayor porcentaje en el medio rural o en pueblos y aldeas que en el medio urbano;
- una progresión sensible de la inadaptación a medida de la escolarización del niño, con un mayor porcentaje de retrasos escolares entre los niños de once años.

2) *Estimación del porcentaje de inadaptados que comprende a todas las categorías de retrasos escolares y a todos los niños inadaptados*

Categoría de inadaptación escolar	Porcentaje teórico
Inadaptados escolares bien dotados	1
Inadaptados escolares medianamente dotados	10
Débiles físicos	2
Caracteriales	1
Ciegos	0,2
Sordos	1
Sordomudos	1
Semisordos	1
Enfermos crónicos	4
Inadaptados motóricos	1
Parálisis cerebrales	1
Epilépticos	0,2
Deficientes intelectuales semieducables	0,24
Deficientes intelectuales educables	2,26
Total	17,44

3) *Esquema de las causas sociales, familiares o escolares en relación con los porcentajes de retrasados escolares*

<i>Causas</i>	<i>% alumnos de clases normales</i>	<i>% alumnos de clases de readaptación</i>
Hogares disueltos	19	31
Muerte del padre y subsiguiente necesidad de trabajar de la madre.....	50	65
Hogares en los que los dos cónyuges trabajan fuera ...	50	64
Vivienda insuficiente	10	22
Retrasos escolares pese a la intensificación de las clases..	18	48
Resultados escolares inferiores a la capacidad intelectual medida por los tests de inteligencia	9	30
Vulnerabilidad de los niños medianamente dotados...	47	71
Ausenciasprolongadas...	20	31
Cambio de escuela.....	34	46

hacen aparecer una escala de valores que abarca desde los comportamientos situados por debajo de la media para los deficientes mentales (idiotas, imbeciles, débiles profundos) hasta una neta superioridad para las categorías de los mejor dotados. La mera observación de las aptitudes intelectuales no basta, sin embargo, para comprender la inadaptación cuando sus causas son de origen psicológico y afectivo: la escolarización y la vida intelectual de los individuos no constituyen en sí un fenómeno aislable, sino que, por el contrario, requieren un informe médico y psicológico completo. Un caracterial, por ejemplo, puede ser inteligente y poseer las aptitudes requeridas para una «buena» escolarización y, pese a ello, encontrarse retrasado en sus estudios debido a los conflictos y trastornos de su comportamiento. La adopción de tests por la psicología escolar y la pedagogía ha permitido analizar y descubrir las diferentes causas de la inadaptación, y también los métodos pedagógicos y clínicos que permiten hacerles frente.

1. LA MEDIDA DE LA INTELIGENCIA EN PSICOLOGIA

El método de tests

Un fenómeno específico del desarrollo de la Psicología lo constituye la aparición, en su campo y en el de la pedagogía, de las matemáticas y de la cuantificación. La posibilidad de «medir» hechos psíquicos divide a los psicólogos, conflicto que puede expresarse de la siguiente forma: ¿es la conciencia un fenómeno de observación y de

experimentación?; por consiguiente, ¿puede la conciencia, cuyo comportamiento sería el objeto de esa medida, revelar aspectos cuantificables? No queremos entrar aquí en los detalles del problema, sobre todo porque ha de tenerse en cuenta que, planteado en tales términos, no puede constituir más que un falso problema.

Una psicología experimental

El comportamiento va ligado a un cierto número de aspectos cuantitativos, y estos aspectos inventariados, enumerados, analizados, pueden estar referidos, directa o indirectamente, a manifestaciones de la vida psicológica de los individuos. El método de tests se ha desarrollado a partir de la necesidad que tenía la psicología experimental de hacerse con instrumentos de análisis y de medida precisos, objetivos, prácticos y rápidos. Dicho método ha sido utilizado en tres ambientes diferentes: el Ejército, que buscaba unos medios de clasificación rápidos y eficaces (tests de selección militar); la profesión y el trabajo, donde se trataba de seleccionar a los individuos más aptos para un puesto particular, concreto; y la escuela, donde se ha puesto de relieve la necesidad de encontrar nuevos métodos pedagógicos que estén apoyados en un conocimiento del comportamiento del niño en el medio escolar. El método de tests pretende alejar toda perspectiva subjetiva y vaga de la práctica de la psicología, con el fin de proceder, lo más científicamente posible, a la evaluación del comportamiento. El sentido práctico que pone de manifiesto su utilización consiste en la clasificación de los hombres basándose en la determinación cuantitativa de sus características y aptitudes.

¿Qué pretende medir el test? Mide aptitudes. La aptitud ha sido definida de diferentes formas por los psicólogos: para Ombredane es «la capacidad de poner en marcha, con suficiente rapidez, el tipo evolutivo de conducta más adecuado a las exigencias de la tarea impuesta, o, en su defecto, conductas de rodeo que bastan para lograr un rendimiento»; para Claparède se trata «de un carácter físico o psíquico considerado desde el ángulo del rendimiento»; Pieron¹ ve en ella «la condición congénita de una cierta modalidad de eficiencia». La aptitud representaría, por tanto, una disposición innata del comportamiento o de la inteligencia para ejecutar y adaptarse a una tarea determinada. El método del test ha de consistir, por consiguiente, en evaluar de forma normativa categorías de aptitudes que se aproximarán a la media observada en todos los individuos en relación con una situación escolar o profesional dada, situación que exige la ejecución eficaz de tales aptitudes. Según que la respuesta al test resulte adecuada o inadecuada se postulará que la aptitud existe o no existe, o existe en grado inferior, en un individuo.

Los tests son variadísimos en función de lo que se quiera medir. Nosotros vamos a centrarnos aquí en la medida de inteligencia en el medio escolar, con el fin de analizar cómo se observa y determina el comportamiento del niño en la escuela —pues la psicología escolar se practica ya corrientemente, y es probable que en un porvenir no muy lejano todos los escolares sean sometidos a tests.

¿Qué es la inteligencia, según los tests?

Los psicólogos expresan concepciones muy variadas en lo que a la inteligencia se refiere; de forma global, se la concibe como una capacidad general de adaptación consciente a nuevos

¹ H. Pieron, *La psychologie différentielle*.

problemas. Pero la definición más aceptada consiste en distinguir la inteligencia teórica —que se refiere al comportamiento simbólico, verbal, abstracto, reflexivo— de la inteligencia práctica, o posibilidad de adaptación espontánea e inmediata a una situación concreta. Hay psicólogos que hablan igualmente de inteligencia asimiladora, creadora, crítica, etc.

La inteligencia y la edad del niño

La inteligencia es concebida por los psicólogos como una función superior, organizadora y adaptadora a lo real; dicha concepción es la que prevalece para Piaget. Ahora bien, puesto que en la edad escolar existe un lazo entre el desarrollo de la inteligencia y la escolarización, la inteligencia se define fundamentalmente como la posibilidad de adquisición (fenómeno cuantitativo y cualitativo) de conocimientos, y su asimilación. El test medirá, a partir de una serie de pruebas llamadas de inteligencia, si el grado de adquisición de conocimientos es bueno en relación con la media de los niños de la misma edad. La tarea del psicólogo consiste, entonces, en medir a qué nivel de desarrollo intelectual se sitúa un niño teniendo en cuenta su edad real y el grado de sus conocimientos. Pues la inteligencia no se concibe únicamente como una facultad estática que se tiene o no al nacer, sino más bien como la aptitud para adaptarse al medio escolar, cultural y verbal. O, dicho de otro modo, la inteligencia comporta niveles de desarrollo según la edad y la escolarización del niño. A partir de ahí habrá que señalar los fracasos y los éxitos, y determinar si el niño está por encima o por debajo de la media intelectual de su edad.

Dicha concepción de la inteligencia determinada por los tests muestra que ésta se estructura según leyes de desarrollo, modos de expresión y contenidos varios², característicos de un nivel concreto y de una etapa de desarrollo del niño en edad escolar. La práctica de los tests supera así la concepción estática y abstracta de la inteligencia, e introduce una concepción empírica, organizadora y asimiladora, de lo real y de la cultura.

Inteligencia y personalidad

El test de inteligencia permite evaluar, a partir de un cierto número de pruebas escalonadas y standardizadas, la inteligencia, o lo que es lo mismo, la aptitud que hace posible la adquisición de conocimientos. Esta concepción de la inteligencia, que la Psicología ha hecho suya, permite a los psicólogos utilizar medios de análisis prácticos y manejables de cara a interpretar los problemas de la infancia en edad escolar. La escala de inteligencia, utilizada junto con otros tests, permite establecer la vinculación entre el desarrollo genético de la totalidad de la personalidad del niño y la inteligencia.

Edad mental y cociente intelectual

Las ideas de Binet y Simon.— La evaluación del desarrollo intelectual y mental de los niños por el método de tests se debe a Binet y Simon³ y data de 1905. El famoso C. I. (cociente intelectual) se ha convertido en el signo por excelencia del diagnóstico escolar y mental, reduciéndose a menudo el papel del psicólogo a determinar cuál es el cociente intelectual de un individuo mediante la aplicación de tests. Binet y Simon partían de una concepción práctica de la inteligencia general, y elaboraron los tests que constituyen la escala de inteligencia. Su idea original consistía en mostrar que ciertos problemas presentan

² Remitimos a los excelentes trabajos de Piaget, indicados en la bibliografía, sobre el desarrollo de la inteligencia en el niño.

³ Psicólogos escolares de principios de siglo.

para el niño dificultades que se expresan en términos de edad mental, y en haber encontrado, por medio de estadísticas, problemas característicos de las diversas edades para alcanzar el nivel del desarrollo mental. Binet ha propuesto la siguiente idea para la elaboración de la escala de desarrollo: «Imaginar un gran número de pruebas heterogéneas con dificultades crecientes; realizar las pruebas en un gran número de niños diferentes; anotar los resultados; ver cuáles son las pruebas satisfactorias para una determinada edad y que los niños más pequeños, de no más de un año, son incapaces de resolver por término medio; construir así una escala métrica de inteligencia que permita determinar si un sujeto tiene la inteligencia correspondiente a su edad o si, por el contrario, es superior o inferior, y a cuánto asciende tal adelanto o retraso»⁴.

En el curso de estos cincuenta últimos años los psicólogos han partido de los trabajos de Binet y Simon para mejorar los tests y profundizar las teorías sobre la inteligencia y la edad mental del niño. La psicología aplicada al medio escolar y la psicopatología de los deficientes mentales⁵ han permitido establecer la relación entre el desarrollo global del niño (fisiológico, afectivo, intelectual, psicomotor, escolar) y su situación concreta por lo que se refiere a las adquisiciones escolares. El nivel de desarrollo global del niño relacionado con el resultado de sus adquisiciones escolares, proporciona la noción de nivel mental global, o también de edad mental. Evaluar la edad mental consiste igualmente en estimar lo que hay de permanente en sus capacidades y la proporción previsible de fracasos y éxitos. La edad mental de un niño es el resultado que debe alcanzar, y que se sitúa en la media de su edad, en un momento dado de su desarrollo.

Esta edad mental se determina mediante la aplicación de multitud de tests, que sería muy largo enumerar, y se expresa de forma matemática mediante el cociente intelectual (C. I.), cifra que constituye el índice de la situación de un individuo en la escala de inteligencia, y que oscila entre 0,25 para los retrasados más profundos, 80-100 para los niños medianamente dotados y superior a 100 para los niños bien dotados. El C. I. es un cociente de edad que se obtiene dividiendo la edad mental por la edad real. La edad mental y el cociente intelectual gozan del favor de los psicólogos, ya que expresan, de la forma más directa posible, una aproximación a las leyes y factores del desarrollo objetivo de los niños.

2. LOS INADAPTADOS AL MEDIO ESCOLAR

Los niños inadaptados forman un conjunto bastante poco definido, pero poseen una característica común: su inadaptación al medio escolar y pedagógico. Son niños «retrasados» o poco «dotados» (omitiremos aquí a los deficientes mentales o a los enfermos orgánicos graves, puesto que exigen una escolarización específica según su estado, o una reeducación funcional permanente). Son muchas las manifestaciones que revelan que un niño no se adapta al medio escolar. Dichas manifestaciones afectan al conjunto del comportamiento y están vinculadas bien a causas físicas u orgánicas, bien a trastornos del desarrollo mental o el rendimiento escolar, bien a trastornos de la conducta y el carácter.

Trastornos y anomalías orgánicas

Todas las perturbaciones, defectos o accidentes que puedan afectar al cuerpo y a sus

⁴ En *Oeuvres*.

⁵ Cf. cap. C.

funciones ejercen una importante repercusión en el comportamiento escolar e intelectual del niño. La medicina escolar revela que una salud deficiente —irregularidades en el ritmo de crecimiento, trastornos endócrinos (fundamentalmente hipo o hiper funcionamiento tiroideo), retrasos psicomotores, mal funcionamiento sensorial (trastornos visuales o auditivos), deformaciones de la columna vertebral, etc.—, son un handicap para la buena marcha del trabajo escolar y el progreso psicológico del niño. Trastornos que se expresan, en el plano psicológico, por un estado de inferioridad estructurada mediante una imagen del cuerpo cuya percepción resulta negativa. Las malformaciones o defectos físicos pueden igualmente perturbar al niño en su relación con el entorno (profesores, compañeros, vida de grupo, etcétera) e inducirle a comportamientos reaccionales tales como la susceptibilidad y la agresividad, o, por el contrario, la pasividad y la ansiedad. Estas conductas paralizarán la actividad escolar e intelectual del niño o, en caso contrario, le llevarán a intentar compensar sus trastornos psíquicos mediante una movilización excesiva de energía y un trabajo escolar encarnizado para vencer su inferioridad. Pero el resultado, en cualquier caso, será un desequilibrio y una fatiga propicios a favorecer la inadaptación escolar.

Retrasados escolares de origen mental

Son los niños cuyo C. I. está comprendido entre 80 y 100, y cuyo retraso no excede normalmente a un año o dos en la edad mental; presentan una mayor pobreza de resultados en el orden intelectual y un rendimiento mediocre, que expresan el nivel de los tests y el retraso escolar. Manifiestan especiales dificultades, sobre todo para la abstracción y el juicio, y comprenden mal las relaciones (la lógica que encadena los fenómenos); su lenguaje es también pobre. Pero, por el contrario, están más dotados para el pensamiento concreto y práctico. Son, sobre todo, inadaptados en relación a un medio escolar alto o a un medio social exigente. A resultas de ello, y dada esa inadaptación, corren el riesgo de presentar comportamientos anormales, caracteriales y reaccionales. Las causas de estos retrasos escolares son múltiples, pero normalmente hay que buscarlas en el campo relacional, con sus padres, o por el lado educativo (abandonismo), en un clima familiar neurógeno, en traumatismos psicológicos de la primera infancia⁶, etc. A veces un mejor clima afectivo y social basta para modificar el retraso escolar de estos niños y para hacerles evolucionar hacia una buena adaptación.

Los retrasos escolares simples

Estos retrasos se deben frecuentemente a causas derivadas del propio medio educativo y escolar: la sobrecarga de los programas, la falta de un número suficiente de maestros para ejercer el papel pedagógico y educativo, el frecuente cambio de programas, de exámenes, de escuelas; todos los anteriores factores objetivos se conjugan, además, con dificultades de orden emotivo, como timidez, astenia, caracterialismo menor, hiperemotividad, inestabilidad psicomotriz, retrasos afectivos, dificultades para la integración al grupo y a la institución. Estos niños no padecen trastornos graves que perturben considerablemente su escolaridad, pero mantienen con frecuencia un comportamiento de fracaso o una hiperactividad intelectual que les convierte en mal adaptados al ambiente escolar, y en futuros «suspensos» en los exámenes. La actuación que

⁶ Cf. cap. E.

hay que seguir con ellos es la de estabilizar su comportamiento manteniéndoles en una relación pedagógica muy personalizada; hay que asegurarles, de igual forma, una estabilidad de estructuras, de programas, de maestros y de métodos con el fin de que vuelvan a confiar en ellos, curándoles así de su ansiedad y de su angustia. Una psicoterapia temporal, o de entrevistas periódicas con psicólogos, pueden hacer desaparecer una parte de los trastornos y curar su enfermedad en el medio escolar. Sin embargo, son necesarios los consejos pedagógicos, las clases de readaptación o la asistencia a escuelas con efectivos reducidos de alumnos, los métodos activos y los preaprendizajes precoces.

Los niños con trastornos de lenguaje

Los niños que manifiestan trastornos de lenguaje —exceptuados los sordomudos, cuyo problema es totalmente diferente— representan un importante porcentaje de la población escolar. Muy a menudo se trata de semimutismo, de inhibiciones verbales, de tartamudeo, etc. Son niños que presentan un «retraso simple del lenguaje»; se les llama de esta forma puesto que esos trastornos en realidad no están vinculados a un déficit global y general en el plano mental e intelectual. Su retraso verbal se relaciona frecuentemente con dificultades de expresión, pero asimismo de comprensión y de adquisición del lenguaje. Habitualmente los trastornos en cuestión se hallan relacionados con una mala psicomotricidad, con trastornos apraxoagnósicos y con una defectuosa estructuración del esquema corporal; afectan a la función del lenguaje en el niño y resultan de un deficiente desarrollo de la primera infancia: trastornos de articulación, tartamudeo, dificultades de expresión verbal y gráfica del pensamiento, fundamentalmente del pensamiento abstracto. Y con dificultades del primer aprendizaje escolar: lectura, escritura, cálculo, ortografía. Dichos trastornos del lenguaje proceden a veces de una constitución prepsicótica de la personalidad. Igualmente puede haber trastornos del lenguaje relacionados con trastornos motores puros (músculos, aparatos fonatorios, mal mandato cerebral, etc.) y con perturbaciones práxicas, gnósicas⁷ y afectivas.

Los trastornos témporoespaciales

Son los de los niños con mala lateralidad: zurdos no homogéneos prematuramente contrariados, zurdos disarmónicos o desadaptados. A continuación vienen los niños disléxicos, disortográficos, discalculicos, los cuales manifiestan trastornos de elaboración práxica y gnósica más que trastornos del lenguaje.

La dislexia es un trastorno muy estudiado actualmente. Los niños disléxicos son deficientes parciales en la medida en que su comportamiento está en relación con las estructuras temporo-espaciales o las funciones gnósicas y práxicas. Los disléxicos sufren inadaptación escolar, y exigen normalmente una reeducación apropiada con o sin escolaridad especializada, según sea el estado del niño.

3. LA NOCIÓN DE FRACASO Y DE INADAPTACIÓN ESCOLAR

La situación de fracaso constituye, sin duda, uno de los problemas más importantes que plantea la escuela actual a maestros, pedagogos, psicólogos, médicos, etc. Las nociones

⁷ Cf. cap. D.

«fracaso» e «inadaptación», que eran hasta ahora fundamentalmente nociones médicas, es decir, procedentes de un diagnóstico físico o psiquiátrico, están en camino de extenderse considerablemente, ya que las formas de esos fracasos e inadaptaciones se diversifican en función de la evolución de las estructuras socioculturales y de la vida que hace el niño en edad escolar. El sistema de enseñanza, basado esencialmente en la adquisición de conocimientos abstractos y en la realización de exámenes, los cambios y asombrosa extensión de los programas, la escolaridad prolongada, el superpoblamiento de las clases, la inestabilidad de cuanto circunda al medio escolar: todos estos factores objetivos, que no son suscitados por el alumno mismo, constituyen otras tantas causas de la inadaptación y del fracaso. En los comienzos de la psicología y de la medicina escolar prevalecía la idea simplista de que las causas de la inadaptación estaban en relación con dificultades intelectuales y afectivas, cuyo origen se trataba de buscar en una incapacidad del niño mismo para asegurar su escolaridad normal⁸. Ahora bien, la amplitud de los trastornos, la multitud de niños en situación de fracaso, la diversidad formal de esos fracasos, que no pueden ya expresarse únicamente a partir del lenguaje de la propia enseñanza, ¿no es todo ello, acaso, por los esfuerzos que exige, la causa principal de los trastornos del comportamiento escolar? ¿No producirá tal vez la sociedad escolar los inadaptados, debido a su propia ineptitud para asegurar a los niños una escolarización exigida en función de su medio de adquisición y de sus posibilidades intelectuales y psicológicas? ¿En qué medida la prueba de escolarización no se ha convertido, de algún modo, en algo demasiado difícil, que no ha prejuzgado los medios del niño, que no ha fijado al mismo tiempo un umbral de saturación por encima del cual el niño no puede escolarizarse más que con un sentimiento angustioso de fracaso y de imposibilidad? Ciertamente, la inteligencia del niño puede desarrollarse, progresar; el niño es muy receptivo, y sus posibilidades de adquisición son importantes, aunque no ilimitadas. Cabe decir de la escuela lo mismo que de otros campos: cuando una prueba resulta demasiado difícil, sólo una minoría de los dotados puede superarla con éxito; la mayoría, por el contrario, sólo la supera mediocrementemente, y una gran parte es incapaz de conseguirlo. Parece ser que la escuela actual produce sus inadaptados de la misma forma que el medio social produce sus locos⁹, sus alcohólicos, sus drogas y sus viejos prematuros. El niño inadaptado aparece como un marginado porque, debido a su mal funcionamiento, el sistema escolar oculta, rechazándolos, a aquellos que no puede asimilar. De todas las categorías psiquiátricas, médicas o psicológicas, la de la inadaptación es la más ideológica, por cuanto concibe el grupo, en este caso la escuela, como un sistema cuyas estructuras y funcionamiento reducen al individuo a no ser más que una pieza del engranaje, un elemento que debe adaptarse perfectamente puesto que de lo contrario dificultaría el buen funcionamiento: tiene que ser rechazado por ese sistema, igual que el organismo humano elimina los elementos que le son inasimilables. Cuanto más racionalizado es el sistema, mayor capacidad tiene de ordenar, organizar e integrar a sus elementos; pero también resulta mayor la inadaptación de los elementos que no pueden entrar como agentes de ese sistema. En la medida en que la escuela, sistema que funciona de manera burocrática y cada vez más tecnocrática, tiene como fin esencial el de preparar para la integración social y cultural, los niños que no pueden amoldarse a las exigencias de los programas y de los exámenes se encuentran destinados a ser los desechos escolares, los

⁸ Remitimos al cap. G, que pone de relieve cómo nuestra primera aproximación al niño es con frecuencia adultomórfica.

⁹ Cf. cap. I.

inadaptados para el consumo comente. Así, pues, en la práctica, el maestro se enfrenta a dos posibilidades: o se encoge de hombros diciendo, con razón, que no puede hacer nada por ese niño, o toma una decisión médico-pedagógica y le retira del medio escolar «normal» para llevarlo a poblar las clases de recuperación, de repetición, y de reeducación. El medio escolar normal está demasiado sobrecargado para que pueda asimilar a los elementos inadaptados: se establece, por tanto, una ruptura entre los niños llamados inadaptados y los que no lo son; y esta frontera, señalada por la sociedad, marcará al niño para toda su vida. Contrariamente a lo que a menudo estiman los adultos, que piensan que el niño dispone de una gran capacidad para olvidar los fracasos, la experiencia prueba que los fracasos escolares tienen una gran resonancia sobre el desarrollo de dichos niños, sobre todo a nivel de su personalidad más íntima. Además, situar a los inadaptados escolares en un medio que les separa de sus compañeros de clase es inducir al niño a sentir que no es «normal», que no es «como los otros», que es un «fracasado», incluso en el caso de que la pedagogía especial y la psicología traten de limitar tales estragos; es indicar al niño inadaptado que se encuentra más o menos abocado al fracaso. De cualquier forma, ese es el sentido que él mismo deducirá y que le va a marcar a lo largo de su vida, a despecho incluso de psicoterapias y métodos psicológicos y educativos eficaces. El papel y la competencia terapéutica y educativa no compensan siempre, en el niño, el lastre de su resentimiento, de su angustia y de su soledad. La situación de fracaso es una situación que se vive siempre en la soledad.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREY, B., y LEMEN, J., *La psychologie à l'école*, col. Le Psychologue, no. 35.
- AUZIAS, M., *L'apprentissage de l'écriture*, Bourelier, 1966. AVANZINI, G., *L'échec scolaire*, Paris, 1967; *A. Binet et la pédagogie scientifique*, Vrin, 1969; «A propos de l'immobilisme des modalités de l'éducation scolaire», *Chronique Sociale de France*, febrero 1970.
- MACHER, F., y REUCHLIN, M., «Quelques remarques techniques sur le quotient d'intelligence», *Rev. Enfance*, 1956.
- BERGE, A., y ANGOULVENT, N., «Premier bilan des activités psychologiques du lycée Claude-Bernard», *Rv. Enfance*, 1956.
- BINET, A., *Las ideas modernas acerca del niño*, Buenos Aires, 1942. *Nouvelle recherche sur la mesure du niveaux intellectuel sur les enfants des écoles*.
- BOIREL, «Formation technique et formation humaine», *Chron. Sociale de France*, 1970.
- BOREL-MAISSNY, *Langage oral et langage écrit*, Delacaux-Niestlé, 1960.
- CLAPAREDE, *La escuela y la psicología*, éd. Losada.
- BOURDIEU, P., y PASSERON, J.-C., *La reproduction*, éd. de Minuit.
- DEBESSE, M., *La psychologie et l'éducation*, col. Le Psychologue, PUF.
- DECROLY, O., *Le traitement et l'éducation des enfants irréguliers*, Bruselas, 1925; *Epreuves d'imitation, de compréhension et d'expression*, Bruselas.
- DECROLY, O., y BUYSE, *Introduction à la pédagogie quantitative*, Bruselas, 1928.
- DEWEY, J., *El niño y el programa escolar*, éd. Losada.
- DUCISING, «L'art du diagnostic et ses conséquences psychologiques», *Rev. Psychologie*, 1948.
- DURKHEIM, *Pédagogie et sociologie*, Paris, 1934.
- DOTREN, R., *L'école et la vie*, Paris, 1934.
- FREINET, C., *Ensayos de psicología sensible*, éd. Kapelus; *Los métodos naturales*, éd. Fontanella; *Pour l'école du peuple*, éd. Maspero.
- GUILLAUMIN, *La dynamique de l'examen psychologique*, PUF, 1966.
- HUBERT, R., *Traité de pédagogie générale*, PUF, 1946.
- JONKERE, T., *Qu'est devenue la pédagogie?* R. Stops, Bruselas, 1948.
- KESSLER, A., *La fonction éducative de l'école*, éd. Universitaires, Friburgo, 1964.
- LACHIEZ-REY, «Réflexions sur les tâches de l'éducation», *Chronique Sociale de France*, febrero 1970.

LATREILLE, G., *Orientation professionnelle et systèmes scolaires*, CNRS, Paris, 1966; «Orientation professionnelle et planification», *Economie et humanisme*, 1959; «L'orientation en danger», *Economie et humanisme*, ju-nio 1968; «Pour un essor de l'orientation», *Chronique Sociale de France*, febrero 1970; «Problèmes français d'orientation scolaire professionnelle». *Droit Social*, n.º 78, 1966.

LEBOVICI, S., *Tics nerviosos en el niño*, col. Paideia, ed. Miracle.

LEFEBVRE, *Le professeur psychologue*, Paris, 1949.

LE GALL, *Les insuccès scolaires*, Paris, 1954.

LOREAU, René, *L'illusion pédagogique*, éd. de l'Epi, 1969.

MEDICI, A., *L'éducation nouvelle*, Que sais-je?, n.º 14, 1941; *La escuela del niño*, col. Paideia, éd. Miracle.

NAHOUM, Ch., *L'entretien psychologique*, col. le Psychologue, PUF, 1958.

NAVILLE, P., *La formation professionnelle et l'école*, PUF, 1948.

PALMADE, G., *LOS métodos en pedagogia*, éd. Paidós.

PASSERON, J.-C, y BOURDIEU, P., *Les héritiers*, éd. de Minuit.

PIATON, G., «La problématique de la notation et suggestion», *Chronique Sociale*, 1970.

PIERON, H., «La notion d'aptitude en éducation», *Ecole nouvelle*, 1929.

REY, A., *Etudes des insuffisances psychologiques* (2 vol.), Delacaux-Nestlé, 1947.

ROGERS, C, *L'enseignement non-directif*, Dunod, 1971.

STARK, D., *Educational Psychology*, Nueva York, 1929.

UNESCO y BIE, *Les psychologues scolaires et l'éducation*.

VÁSQUEZ y OURY, F., *Hacia una pedagogia del siglo xx*, éd. Siglo xxi.

VOLPICELL, P., *Histoire de l'école soviétique*, Paris, y Neu-châel, 1958.

WALLON, M., *Principes de psychologie appliquée*, Paris, 1930.

WERNER, W. P., «Réussite scolaire et classes sociales aux U. S. A.», *Rev. Enfance*, 1930.

SAZZO, R., «Première contribution des psychologues scolaires à la psychologie différentielle des sexes», *Rev. Enfance*, n.º 2, 1948; *Plaidoyer pour les gauchers, vers l'éducation nouvelle*, Delachaux-Niestlé, 1962.

2 LA PSICOLOGIA DEL NIÑO

«He nacido sola, he crecido sin madre, sin hermanos ni hermanas, junto a un padre turbulento a quien habría podido tomar bajo mi tutela; he vivido sin amigas. No ha sido este aislamiento el que ha creado en mí ese carácter moderadamente alegre y a la vez moderadamente triste que se inflama con poco y se extingue por nada, ni bueno ni tampoco malo, insociable, en suma, y más próximo a las bestias que al hombre.»

COLETTE.

La retraite sentimentale.

«Los descubrimientos del psicoanálisis han conducido a una nueva psicología del niño. Nos han mostrado que el niño, desde su más tierna edad, experimenta no sólo las pulsiones sexuales y la angustia, sino también profundos desencantos. Junto con la creencia en la asexualidad del niño ha desaparecido también el mito del "paraíso de la infancia".»

Mélanie KLEIN.

El psicoanálisis de niños.

«En el momento del complejo de edipo, el padre instaura una prohibición fundamental, a partir de la cual se distribuyen las otras prohibiciones; se trata de la prohibición del incesto.»

Los dominios de la Psicología.

«El artista prolonga el privilegio de la curiosidad de la infancia más allá de los límites de esa edad.»
Henri FOCILLON.

1. IMPORTANCIA DE LA PRIMERA INFANCIA

En la infancia se distinguen generalmente tres períodos: la primera infancia, que comprende los dos primeros años, anteriores a la adquisición del lenguaje; la segunda infancia, a la que Piaget denomina «petite enfance», que va de los dos a los siete años; y la tercera infancia, que él llama la infancia propiamente dicha, y comprende de los siete a los doce años. Los psicólogos están de acuerdo hasta este punto; las divergencias aparecen en seguida, a la hora de deslindar los diferentes estadios en el estudio de la inteligencia o del desarrollo afectivo. Nosotros expondremos más detenidamente los tres primeros años de la vida, que son los años esenciales para todo ser humano. La tradición, marcada, como se verá, hasta estos últimos tiempos por el dominio del adulto, concedía mayor importancia a los años más próximos a la madurez. Los descubrimientos de Freud han desmitificado esta creencia: en la primera infancia acontecen verdaderos dramas que marcarán el destino de todo individuo¹. Mélanie Klein ha acentuado las tesis freudianas al afirmar que el niño, desde su primer año, entra ya en el terreno de los conflictos, como el complejo de edipo que Freud situaba a la edad de tres años. Incluso si no se está completamente de acuerdo con la cronología kleiniana, debe admitirse que una persona está formada ya a los tres años. Así Zazzo constata que a esa edad:

—El niño ha realizado lo esencial de su patrimonio hereditario.

—Ha adquirido la posición bípeda, mientras que originariamente no era más que un «tubo digestivo» sin defensa, sin posibilidad de desarrollo autónomo.

—Ha adquirido el lenguaje.

—Presenta caracteres emocionales variados. Y así se llega a la conclusión, tal vez un poco forzada, de Thorndike, que afirma que a los tres años el ser humano ha alcanzado ya la mitad del camino de su evolución mental. Es el momento en que el niño muestra oposiciones para afirmar su personalidad. El ser humano está ya encaminado en función de los fantasmas maternos y de la intervención del padre, que marcarán toda su existencia. Por tanto, vemos que no es el adulto quien da sentido al niño, sino más bien el niño el que da sentido al adulto. Es el mundo olvidado, oculto, que parece que no se ha vivido, el que nos hace vivir y determina nuestra existencia actual y adulta.

La primera relación con la madre

La importancia de los padres, y sobre todo de la madre, es capital durante los tres primeros años. A decir verdad, la historia del niño comienza antes del nacimiento; y si bien es cierto que no conocemos todavía muy bien lo que acontece en el niño durante el embarazo, podemos sin embargo analizar la prehistoria del recién nacido. Para descubrir de

¹ Cf. cap. G, «El adulto y el niño».

alguna manera lo que podemos llamar la prehistoria del niño hay que observar el medio que le espera; existe todo un terreno, todo un clima, una atmósfera que se teje entre los futuros padres o entre los padres y la familia durante la espera del nacimiento. Tiene lugar entonces una reestructuración del medio familiar. Pero el embarazo y el niño que nacerá es asunto directo de la madre, cualquiera que sea la actividad y el apoyo aportado por el padre. El niño será, al menos durante el primer año, el objeto de atención de la madre, estará ligado a su vida fantasmática, a sus proyecciones, a sus deseos. De ahí la necesidad de analizar lo que puede representar para la madre la espera del hijo.

La madre y su mundo

En primer lugar, el cuerpo que le pertenecía, que la obedecía, que era el auxiliar de sus actividades, está habitado por otro; en cierta manera está desposeída de su cuerpo, su marcha y su ritmo global se han modificado considerablemente y la relación, en suma, de su cuerpo con el mundo no es va la misma. Tal relación física se ha transformado; incluso también la relación de su cuerpo con el de su marido. Es posible, por tanto, que tema un desinterés de parte de éste, que puede manifestarse por los celos. De esta forma antiguos conflictos de la pareja pueden ser reactualizados.

—Helen Deutsh subraya que, en las últimas semanas de embarazo, se puede constatar generalmente un malestar físico con contracciones del útero, lo que con frecuencia crea en la madre un deseo de separación.

—Se da una especie de regresión, que se ve acentuada por la actitud del entorno, y se manifiesta en súbitas ansias de golosinas, etc., y en necesidad de comodidades. Es frecuente que acontezca tal regresión antes de la aparición de una nueva madurez.

—Aparecen ciertos estados angustiosos en los que el inconsciente de la futura madre juega un papel esencial: temor ala muerte, atener un hijo anormal, etc. Se ve, pues, que el clima en el que el niño va a nacer es el que la madre va a crear en función de sus propios problemas, y del equilibrio que ella pueda lograr con su marido respecto a su propia vida pulsional.

Una doble imagen

Queda por preguntarse qué es lo que representa el niño para ella, a qué imagen positiva o negativa le remite. Es una imagen doble:

— Es positiva en cuanto que el niño sirve para valorizarla, al ver que es capaz de producir, de dar la vida. Según los psicoanalistas, el embarazo permitirá a la madre reanudar la unidad primitiva que ella misma había tenido con su propia madre y que había perdido con el destete².

— Es también negativa: con frecuencia se observa que la madre, en el primer encuentro con el niño, tiene la impresión de una no pertenencia, es decir, le parece que ese niño no es el suyo. Este fenómeno se explica porque, al venir el niño al mundo, rompe todos los posibles imaginarios que la madre se había forjado respecto a él. El primer encuentro es naturalmente decepcionante, ya que la visión que la madre puede tener de su hijo es parcial, y será necesario un cierto tiempo para que se establezca una verdadera relación madre-hijo.

² Cf. cap. F, «El retorno a Freud». La fase pre-especular.

Th. Gouin de Carie dice, con razón, que la alegría que siente la madre no es por haber tenido tal niño, sino por haber traído al mundo un niño. Por lo demás, la madre siente que el hijo va a modificar su vida y la de la pareja en general; la unión que formaba con su marido se va a transformar radicalmente: de dual se convierte en trinitaria. Se realiza lo que Hegel ya intuyó: «el nacimiento de los hijos es la muerte de los padres».

El drama materno, y el drama de todo padre en general, se explica por el hecho de que su hijo, que es posesión suya y sobre todo de la madre, debe transformarse de objeto de cuidados en sujeto. Debe pasar del estado del en sí, en el que se encuentra desde el nacimiento, a una existencia autónoma en la que se constituye a sí mismo. Pero esto sólo puede conseguirlo si la madre le deja tomar la palabra, su propia verdad, dentro de la constelación familiar. Por ello la madre debe permitir al niño acceder a su propia existencia. Pensemos en la fenomenología de Husserl y de Heidegger: «dejad aparecer las cosas tal como son y como se manifiestan». La madre debe formar un ser, aunque nada más fácil que obstaculizarlo a causa de un amor absorbente. Pero el verdadero amor es aquel que se constituye por el máximo de oblatividad y que acepta la palabra del niño. Por ello los padres deben morir por sus hijos: la vida de los hijos es la muerte de los padres.

Los falsos problemas

El estudio del desarrollo psicomotor en el niño ha sido excesivamente olvidado por los psicólogos de formación libresca y parece haber quedado exclusivamente en manos de médicos, pediatras o neuropsiquiatras; durante demasiados años la dualidad cartesiana entre las sustancias corporal y espiritual ha tenido repercusión en las investigaciones psicológicas. Una marcada separación entre el cuerpo y el espíritu fue el cáncer de esta ciencia naciente: a intervalos regulares se observaban tentativas de reducir la realidad psicológica a uno solo de estos elementos, por parte tanto del materialismo como del espiritualismo. El debate fue muy animado, precisamente en lo referente al desarrollo neuropsíquico del niño. Parece, ya a primera vista, que la distinción entre lo psicológico y lo fisiológico es artificial, y sobre todo difícil de demostrar: la conducta de un individuo humano es el resultado de una totalidad que es cuerpo y espíritu. Además, algunos autores se oponen a la expresión de desarrollo psicomotor ya que es ambigua y no soluciona, por tanto, el problema de dicha dualidad. Koupernik, después de haber escrito *Le développement psychomoteur du premier âge*³, no ha vuelto a reeditar su obra una vez agotada, y ha escrito en colaboración con R. Dailly *Le développement neuropsychique du nourrisson*, cambio significativo de título que explica la voluntad de acabar con los malentendidos filosóficos, dualistas y mecanicistas, que consideran al ser humano como el resultado de una simple suma de partes. Por otro lado, se renueva hoy la crítica de J. de Ajuriaguerra y G. Bonvalot Souviran contra esta noción de psicomotricidad, quienes afirman que:

—o bien se confunde con la motricidad, considerada desde un punto de vista estático como el funcionamiento de sistemas neurológicos superpuestos; en cuyo caso el acto sería una mera adición de contracciones musculares;

—o bien se confunde con el pensamiento consciente. El acto es entonces obra «de un espíritu desencarnado», que escapa a todo estudio biológico y que no puede conocerse antes de la organización del lenguaje.

³ *Desarrollo psicomotor de la primera infancia*, Ed. Miracle, Barcelona, 1968.

Estas conclusiones ya habían sido deducidas por Goldstein e inmediatamente por Merleau-Ponty, quien en *La structure du comportement*, insiste en la noción de situación y en la de relación del organismo con el medio, que, para él, posee un cierto sentido. No se puede estudiar el cuerpo en abstracto, sino que es necesario tener en cuenta su situación, sus necesidades, su finalidad, es decir, el conjunto de factores que implican una respuesta del individuo en su totalidad. Analizar el desarrollo neuropsíquico del niño consistirá, por tanto, en estudiar de qué forma se diferencia el comportamiento, cómo progresa realmente y se organiza, es decir, cómo se estructura.

Lo innato y lo adquirido

Junto al problema suscitado por las relaciones de lo fisiológico y lo psicológico, es necesario que el estudio de los primeros comportamientos del niño plantee nuevamente, de forma experimental, el problema de la distinción entre lo innato y lo adquirido: ¿qué parte de sí mismo lleva consigo el individuo al nacer y qué le aporta la sociedad o el medio en que vive? Es fácil oponer las aptitudes del niño al nacer a las relaciones con el medio ambiente. No es posible imaginar las aptitudes aisladas, sin las condiciones exteriores de su realización; entre situación y respuesta hay un vínculo tal que logra una estrecha unión entre lo innato y lo adquirido. Estos dos elementos deben ser percibidos en su unidad dinámica, y nunca aisladamente, de tal manera que compongan esta unidad.

Maduración y aprendizaje

El último problema que se desprende de la distinción entre innato y adquirido es el del aprendizaje. En este campo no se puede separar la madurez del aprendizaje, ya que las dos funciones están indisolublemente ligadas entre sí. Es imposible pretender, como Watson, que el organismo pueda ser fabricado enteramente desde fuera. Efectivamente, sólo puede realizarse un aprendizaje cuando el organismo ha alcanzado un cierto estado de madurez: el lenguaje, por ejemplo, no puede aparecer antes de que se hayan establecido un cierto número de estructuras. Sin embargo hay períodos, llamados críticos, para ciertas formas de aprendizaje. Si el medio en que vive el organismo no le ha exigido realizar determinados aprendizajes, pasado un cierto estadio no podrá ya jamás adquirirlos; eso es lo que le sucede a los niños lobos que, una vez que han pasado el período crítico, no pueden adquirir el lenguaje. Por tanto, la noción de madurez no puede ya definirse sin recurrir a la de aprendizaje. En el manual de Boring, Langfeld y Weld citado en Carmichael, se define así esta noción: «Consiste en cambios estructurales debidos, en gran parte, a la herencia [...] pero que en parte son producto de la interacción del organismo y del medio.» Carmichael escribe en el mismo sentido: «No es posible decir, a no ser por razones prácticas, que, en cierta medida, desaparezca la madurez para dar paso al aprendizaje; se puede afirmar simplemente que el medio juega un papel en toda maduración, y que la maduración está influida por el medio.»

2. LAS ETAPAS DEL DESARROLLO NEUROPSIQUICO

In utero.—Podemos constatar durante la vida fetal:

EL DESARROLLO EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO
(Cuadro elaborado por Koupernik)

	Recién nacido	Dos años
<i>Postura</i>	Encogido en flexión.	Se sostiene de pie.
<i>Locomoción</i>	Marcha automática.	Marcha definitiva.
<i>Movilidad general</i>	Global, anárquica, explosiva, inadaptada.	Adaptada.
<i>Mano</i>	Reflejo "grasping"	Destreza manipulatoria.
<i>Vocalización</i>	Grito acompañando la actividad.	Frase de 3 palabras.
<i>Sueña</i>	19 h. sobre 24 h.	12 h. sobre 24 h.
<i>Eliminación</i>	Puramente refleja, debido a un cierto grado de tensión.	Limpieza de día (y a veces de noche), adquirida.
<i>Sentimiento de su personalidad</i>	Nulo, sin duda.	Conoce bien su nombre. Reconoce su propia imagen en el espejo.
<i>Placer</i>	Alimento, calor, equilibrio.	Amor maternal, juegos, descubrimiento del mundo, marcha, aprendizaje del lenguaje.
<i>Penas (la frustración)</i>	Hambre, frío, incomodidades, etc.	Pérdida del objeto.

Se observa que el niño ha pasado de un estado de simples reflejos adaptativos al de una autonomía locomotora.

—La aparición de reflejos propioceptivos en el curso del cuarto y quinto mes de vida en le seno materno. Por ejemplo, el feto puede sostener un palito y mover sus brazos de arriba abajo (reflejo «grasping»).

—Hacia el séptimo mes el niño ya es viable. La mielinización se efectúa de forma ascendente. Las zonas subcorticales son alcanzadas antes que las corticales propiamente dichas; esta observación permite constatar que el organismo humano va ascendiendo de un montaje elemental a una complejidad cada vez mayor.

—Cuando se da el paso de las zonas subcorticales a las corticales se da también la transición de las reacciones reflejas elementales a una mayor complejidad, a una mayor flexibilidad y a una mejor adaptación.

Desarrollo motor

Postura del niño.— Si observamos al recién nacido y la forma en que su cuerpo se sostiene, se constata una asimetría, que puede ponerse de manifiesto por el reflejo tónico cervical (R. T. C). Es un reflejo que se encuentra en el niño durante los tres primeros meses y que se convierte en patológico si subsiste. Magnus, que ha experimentado en animales, describió el reflejo así:

Se produce una extensión del miembro anterior contrario al lado hacia el que se vuelve la cabeza.

Flexión del miembro anterior opuesto, que:

Hacia los tres-cuatro meses llegará a ser sistemática. A propósito de esto⁴ Gesell nos ofrece una consecuencia importante sobre el comportamiento humano: «El hombre, a pesar de su construcción bilateral, no afronta el universo de frente. Lo afronta desde un cierto ángulo y se evade de él oblicuamente. Se desarrollan, pues, actitudes monolaterales y preferencias por determinada mano, por determinado ojo, por uno de los dos pies y otras formas de unidexidad.»

Las criaturas presentan una segunda característica además de la asimetría: la de la flexión. La evolución va desde una actitud de flexión que recuerda la posición fetal a una actitud de extensión que permitirá la marcha. La persistencia de la flexión es patológica.

Los reflejos

Son respuestas motoras que el niño manifiesta únicamente en el curso de los primeros meses de vida y que desaparecen a medida que se efectúa la corticalización. Los principales reflejos son los siguientes:

El reflejo de la marcha.— El cuerpo del niño, ligeramente inclinado, es impulsado hacia adelante; se constatan entonces varios tiempos:

—Flexión del muslo, que se inclina hacia adelante.

—La pierna se extiende.

—La punta del pie se levanta.

—«El miembro baja, el talón se acerca al suelo y lo toca en primer lugar, después le sigue la punta. Pero entonces ya el cuerpo se inclina hacia adelante, arrastrado por la extensión del músculo sobre la pierna, y se mantiene verticalmente por la contracción de los extensores de la pelvis. El otro miembro no ha permanecido inerte: se despega la punta del pie, el músculo se flexiona sobre la pelvis, inclinándose hacia adelante, luego se suceden los diversos tiempos como ocurre con el otro miembro»⁵. Tanto su ausencia en el recién nacido como su pervivencia después de los tres meses es un signo patológico.

Reflejo de enderezamiento estático.— Colocado de plano sobre los pies, el niño se endereza.

Reflejo cutáneo (plantar).— Si se le frota la planta del pie, la respuesta normal es la extensión del mismo. Pero respecto a esto no se da un acuerdo general entre los autores, ni en cuanto a su valor ni en cuanto a su nitidez.

Reflejo de Moro.— Para obtenerlo se da un golpe seco sobre el cojín o la colchoneta en la que el niño está colocado de espalda.

—O se sopla violentamente sobre su rostro

—O se lo levanta bruscamente por los pies de forma que el tronco quede despegado, mientras que la cabeza permanezca siempre en contacto con la mesa.

¿Qué observamos?

Una serie de fenómenos que no aparecen integrados entre sí. Una extensión súbita de los brazos y de las piernas con enderezamiento de la cabeza. Los brazos se ponen en cruz; de aquí el nombre de «reflejo de los brazos en cruz.» Luego los brazos vuelven a la línea media, sobre el tórax; por eso este fenómeno recibe el nombre de «reflejo del abrazo».

⁴ En Carmichael, t. I, p. 491.

⁵ André Thomas y Sainte-Anne Dargassies.

Dicho reflejo desaparece hacia el segundo o tercer mes.

Reflejo «grasping» o de presión.—Si se estimula la palma de la mano se observa el cierre de la misma. Halverson distingue dos tiempos:

—cierra la palma, en respuesta a una presión ligera;

—agarra o sujeta.

La fuerza en el agarrar es, en el recién nacido, de una media de 1.372 gr. para la mano derecha y 1.765 para la mano izquierda.

Reflejo de succión.—Su ausencia revela lesiones en el sistema nervioso central.

Reflejo de la excavadora.—Es un reflejo de orientación de la cabeza respecto al seno.

El tono muscular

El tono muscular cambia constantemente, a lo largo de la infancia, desde cero a dos años. Existe una mezcla de hipotonía (falta de tono) y de hipertonia (exageración del tono) para desembocar, por fin, en la sinergia. La sinergia es definida en el vocabulario de Pieron como la aparición concomitante, o estrechamente coordinada en sucesión, de contracciones de varios músculos o grupos musculares que se hallan normalmente asociados en la ejecución refleja o voluntaria de un movimiento, o en el mantenimiento de una postura. Se ha observado que el recién nacido presenta una flexión hipertónica de los miembros mientras que el ángulo del cuerpo es hipotónico: la cabeza, por ejemplo, tiembla. Poco a poco, con la corticalización, aparecerá la coordinación de movimientos y contracciones musculares (sinergia).

Tono de la cabeza.—En un principio la cabeza permanece bamboleante; entre el primero y segundo años el niño levanta la cabeza, pero el eje se inclina hacia adelante buscando la vertical. Si el niño está echado de espaldas y se le lleva a la posición sentada:

—En un principio la cabeza cae hacia atrás.

—A los tres-cuatro meses, la cabeza sigue el plano de los hombros.

—A los cinco meses el niño inclina voluntariamente su cabeza hacia adelante.

Tronco y posición sentada.—El recién nacido, puesto en posición sentada, presenta una cifosis (curvatura) global de la espalda.

—A los cuatro meses mantiene derecha la parte superior del tronco. Queda una cifosis a nivel de los lumbares medios.

Puede mantenerse durante algún tiempo sentado si está apoyado:

—A los seis meses la espalda está ya derecha, con un pequeño ángulo agudo entre el plano de la espalda y los miembros inferiores.

—A los ocho meses guarda la posición sentada con la espalda derecha. Puede inclinarse y volver a levantarse. Esto constituye ya una importante adquisición que enriquece el horizonte del niño.

Posición de pie.—El niño no se sostiene de pie antes de los diez meses. Al principio se apoya sobre sus piernas, sin posibilidad aún de sostenerse solo.

A los ocho-nueve meses puede sostenerse de pie con un apoyo.

Sólo a los diez-once meses, en el momento en que se perfila la lordosis lumbar, el niño podrá tenerse de pie. Se trata de una adquisición capital, ya que el niño empieza realmente a dominar el espacio inmediato. Se observa entonces una especie de ambivalencia entre la voluntad de exploración y de marcha autónoma, por una parte, y el temor a la caída por otra.

La marcha.—A los nueve-diez meses el niño puede caminar si se le sostiene por las dos manos. En esta posición el niño mira sus pies mientras marcha.

—Dos-tres semanas más tarde camina sostenido de una sola mano.

—La marcha autónoma acontece entre trece-quince meses, con variaciones entre nueve y dieciocho meses.

—Hacia los dos años aparece el balanceo rítmico de los miembros superiores.

La marcha no es una actividad automática, sino que exige una constante adaptación a los accidentes del terreno. Para el niño representa la posibilidad de dominar rítmicamente sus extremidades. Gracias a ella el niño accede a la independencia, a la alegría de la exploración, e igualmente al placer puramente muscular. El espacio que hasta ahora estaba constituido por el regazo materno se va ampliando poco a poco: el niño empieza a escapar, en todos los sentidos, del espacio de la madre.

La génesis de la prensión

El reflejo «grasping», que presenta el niño hasta el tercer mes, no constituye una prensión voluntaria, ya que no se da a no ser al contacto con el objeto. Se trata de agarrar y no de coger, ya que ésto supondría una toma intencional del objeto.

—Hacia los tres meses, cuando el niño ve un objeto, agita sus brazos, pero no puede aún cogerlo.

—Hacia los cuatro meses (sobre esto no hay acuerdo total entre los autores), puede iniciarse la prensión voluntaria. La sucesión de los movimientos del niño será la siguiente: ver-tender-tomar-atraer hacia sí.

¿Cómo atrae el niño el objeto?

—Entre cuatro-cinco meses, de forma lateral. En el movimiento de prensión únicamente interviene el hombro. Fracasa la toma del objeto.

—Hacia los siete-ocho meses, aparece un estadio intermedio. Comienza a intervenir el codo; es el estadio radiopalmar de Gesell. El pulgar sirve entonces de tope. Puede cambiar el objeto de una mano a otra.

—Finalmente, se da el acercamiento directo en el que intervienen el hombro, las articulaciones del puño y de la mano: es el estadio radiodigital. Se ve, pues, que la prensión sigue la ley del desarrollo próximo-distal: el brazo al principio actúa globalmente, sin ninguna diferenciación del codo y del puño, y menos aún de los dedos y de la mano; sólo poco a poco la toma presenta caracteres cada vez más precisos.

—Entre el cuarto y el séptimo mes, la prensión es palmaria.

—Entre el octavo mes y el año, aparece la prensión de pequeños objetos entre el pulgar y el índice, colocados en forma de pinza.

—Al final del primer año, el niño adquiere la posibilidad de soltar voluntariamente los objetos.

En lo sucesivo la mano se convierte, como dice André Thomas, en «un órgano cortical»; la oposición del pulgar permite a los primates diferenciarse de los otros

mamíferos. De aquí en adelante el niño ya no se confunde con el objeto: puede devolverlo y dejarlo a su placer. Esto tiene al menos un doble significado:

—El niño adquiere distancia con relación a los objetos. Por ello mismo, toma conciencia de las cosas, y correlativamente de sí mismo. Desde ahora el mundo, según la etimología de «objectum», está situado ante él.

—De esta forma puede ya oponerse al mundo de los padres y al mundo cultural, pero esta oposición en el primer año es todavía muy limitada y poco sistemática. Sirviéndose únicamente de la visión, el niño no realizaba una verdadera apropiación del mundo, pues para ello es necesaria la mano, dotada de un «poder táctil». Sólo la mano en el acto de coger conoce el volumen, la densidad, el peso del mundo. La mano aprehende, crea y a veces piensa; es la aliada del cerebro.

Las praxias y los estadios de Piaget

La praxia se define en el *Vocabulaire* psicológico de Pieron como una función que permite la realización de gestos coordinados y eficaces. Apenas se diferencia esta definición de la de Piaget, para quien la praxia consiste en «sistemas de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención». Sin embargo, no se piense que las praxias no existen hasta que el niño accede a la conciencia simbólica; por el contrario, el psicólogo suizo ha mostrado, y ésta es una de sus innovaciones, que comienzan ya a partir del estadio sensomotor; así, por ejemplo, aparece la succión del pulgar. La praxia, contra lo que creía una cierta psicología intelectualista, no aparece solamente una vez que el niño posee imágenes o está en condiciones de representarse, de modo abstracto, el mundo; la vida psicológica comienza por la acción, y no por las ideas o el pensamiento abstracto⁶. Piaget describe, asimismo, una inteligencia totalmente práctica orientada a la manipulación de objetos y que utiliza, en vez de palabras y de conceptos, percepciones y movimientos organizados en «esquemas de acción»⁷. Pone, como ejemplo de estos esquemas, el empleo de una vara para atraer un objeto alejado o también la acción de tirar de una alfombra para acercar algo que está fuera del alcance directo. El niño aplica estos esquemas a lo real; ahora bien, esto sucede de dos formas diferentes: por asimilación o por acomodación, conforme a las dos leyes que Piaget descubre en las relaciones del organismo con su entorno. La asimilación consiste en incorporar las cosas y las personas a la actividad propia del sujeto, en «asimilar» el mundo exterior a las estructuras ya construidas; la acomodación consiste en modificar los esquemas de asimilación en función de la situación exterior enfrentada. Piaget nos describe entonces el fenómeno «de adaptación» como un equilibrio entre las asimilaciones y las acomodaciones. La acción humana, para él, consiste exclusivamente en ese «mecanismo continuo y perpetuo de reajuste o de equilibrio». A continuación vamos a seguir la aparición y la evolución de las praxias a través de los diferentes estadios, momentos de equilibrio momentáneo que Piaget deslinda en la génesis del niño.

1.º estadio: cero-un mes.—Se da el ejercicio de reflejos. La succión, por ejemplo, denota ya en el ser humano una cierta actividad; poco a poco aparece un mayor refinamiento de dicha actividad, después una generalización como la acción de succión en vacío, y finalmente la coordinación expresada, por ejemplo, en la mano llevada a la boca.

⁶ *L'acte et la pensée*, de Henri Wallon. Flammarion, 1942.

⁷ *Six études de psychologie*, p. 18, J Piaget. Colección Gonthier

Durante este período domina la asimilación.

2.º estadio: uno a cuatro meses y medio.—En este medio tienen lugar «las primeras adaptaciones adquiridas y la reacción circular primaria».

—El niño comienza a complicar los ejercicios reflejos por integración de hábitos y percepciones organizadas.

Adquiere hábitos de succión. El niño crea un ciclo a partir del azar que le lleva a meter el dedo en la boca; esto constituye una reacción circular primaria.

—Aparecen los esquemas de fonación y de audición.

—Es el comienzo del esquema de prensión. Las praxias no surgirán hasta el estadio siguiente.

—Las conductas automáticas se diferencian y se generalizan.

3.º estadio: cuatro meses y medio a ocho-nueve meses.—Tienen lugar las reacciones circulares secundarias y los procedimientos encaminados a hacer duraderos los espectáculos interesantes; «es el estadio en que aparece la inteligencia práctica o sensomotriz».

En este estadio las conductas se matizan y se diferencian cada vez más. El niño es capaz de registrar los resultados de sus nuevas experiencias y explora.

Sus esquemas de acción se coordinan por asimilación recíproca gracias a los resultados obtenidos casualmente y que él ha conservado; llega también a distinguir medios y fines, lo que constituye la definición misma de la praxia. Un ejemplo de esto nos lo ofrece el esquema de los balanceos de la cuna y de los objetos que cuelgan a distancia del niño. En este tercer estadio puede moverse por sí mismo para impulsar el balanceo de los objetos, lo que antes ocurría por puro azar.

4.º estadio: ocho-nueve a trece meses.—Es el de la coordinación de los esquemas secundarios y su aplicación a situaciones nuevas.

5.º estadio: doce a dieciocho meses.—Tiene lugar la reacción circular terciaria y el descubrimiento de nuevos instrumentos mediante la experimentación activa.

Posee experiencia, por ejemplo, de la caída de los objetos. En este estadio el niño adquiere verdaderamente la inteligencia sensomotriz. En particular puede servirse de un palo como medio de atrapar un objeto

6.º estadio: dieciocho meses a dos años.—En este estadio se da la invención de nuevos instrumentos por combinación mental.

En resumen, para Piaget los cuatro momentos esenciales de la constitución del esquema operativo son: las relaciones circulares secundarias, la coordinación de los esquemas y su aplicación a situaciones nuevas, la reacción circular terciaria y el descubrimiento de nuevos instrumentos por combinación mental. Sin prescindir del homenaje de admiración que Piaget merece por este esfuerzo de sistematización y observación, uno se pregunta, sin embargo, si su sistema de conceptos, elaborado de manera empírica, no nos da una imagen abstracta y formal de la realidad. Hay que subrayar, igualmente, que estos estadios no hacen ninguna referencia al mundo vivido por el niño. ¿Cómo vive el niño su cuerpo? ¿Cómo vive la relación cuerpo-mundo? Hasta aquí nosotros, con Piaget, no hemos hablado como psicólogos, sino como epistemologistas. Será necesario abordar a continuación el mundo vivencial del niño.

3. EL LENGUAJE EN EL NIÑO

El niño es el único ser, nos dice Bühler, que puede mostrarnos el lenguaje en sus

orígenes. Partimos, como él, desde el grito proferido sin significación psicológica hasta llegar a la adquisición de un lenguaje simbólico común a todos los habitantes de un país determinado:

—Al mes el niño grita; emite sonidos puramente físicos.

—A los cuatro meses comienza el balbuceo, formado esencialmente por consonantes. En ese momento el niño es capaz de producir fonemas extraordinariamente numerosos que no pertenecen forzosamente a su comunidad lingüística; la adquisición del lenguaje consistirá, por tanto, en reducir, en seleccionar, los fonemas empleados en su entorno. El fonema es la parte sonora del monema;⁸ existen 34 fonemas en francés y en inglés unos cuarenta, cuya combinación infinita dará lugar a los monemas, unidades significantes mínimas del lenguaje. El adulto será incapaz de la riqueza de emisión que se da en este estadio del niño, ni podrá normalmente volver jamás a pronunciar ciertos fonemas de una lengua que es ya extranjera para él.

Según Gregoire, en el curso de esta etapa el niño guarda y modula ciertos sonidos variando el acento y la duración, lo que ya significa una variación de energía y de humor. Esto es capital ya que, como se ve, el niño ritma, en principio, la lengua antes de hablarla.

—A los ocho meses el niño comienza a reproducir lo que oye. Introduce las palabras oídas en su propio lenguaje, pero el ritmo es lo que todavía predomina.

—A los doce meses, según Gregoire, se da en el niño una multiplicidad de pseudopalabras. En este estadio predomina la jerga, se posee la magia del lenguaje fonético, el ritmo, las inflexiones, las entonaciones, pero tal lenguaje es ininteligible para otro. Entonces es cuando aparece la primera palabra o palabra-frase, así llamada porque para el niño es como si fuese una frase completa. No se crea, sin embargo, que mediante esta adquisición el niño consigue ya encontrar diferencia entre signo y significado. No está en posesión del signo lingüístico; para él el signo participa mágicamente del significado:

—A los veintiún meses el niño consigue asociar dos monemas.

—Hacia los dos años comienza a construir frases con un verbo.

Entre los dieciocho meses y los tres años el niño está especialmente atento al lenguaje que se habla en su presencia; intentará la imitación, pero es necesario subrayar que muchos niños no hacen, durante este período, progresos aparentes en la adquisición de palabras nuevas. Este hecho es sumamente engañoso, porque parece ser que registran algunos esquemas lingüísticos que no emplean todavía, aunque comenzarán a utilizarlos bruscamente hacia los tres años.

A los cinco años se produce el paso del lenguaje egocéntrico al lenguaje socializado; en esta edad el niño comienza a expresarse de manera personal .

Las condiciones que rigen la adquisición

Lenguaje y afectividad.— Se ha dicho que el primer lenguaje infantil es el lenguaje materno. Con esto se quiere indicar que el niño, para adquirir el lenguaje, deberá referirse constantemente a la afectividad materna y familiar. Hay que tomar la expresión lenguaje materno en el sentido primitivo del término. Este primer lenguaje del niño es un lenguaje emocional, que hace posible los constantes intercambios afectivos entre la madre y el niño. Algunos esquizofrénicos llegan, a causa del odio a la madre, incluso a rechazar el propio

⁸ Cf. Martinet, A., *Elementos de Lingüística general*, ed. Gredos.

lenguaje que ella les ha dado. Es el caso que describe Louis Wolfson⁹ del enfermo que no quiere ni oír, ni leer, ni hablar su lengua. Hablar no es, por tanto, una actividad puramente intelectual, sino que está estrechamente ligada a la afectividad, y esto es lo que explica que algunos niños presenten bloqueos en la adquisición del lenguaje a causa de problemas familiares. F. Rostand, en un artículo titulado «Grammaire et affectivité», nos muestra cómo la llegada de un nuevo hermano produce los celos del primogénito y su regresión lingüística; lo cual desaparece si viene a la familia desde fuera otra persona mayor que el segundón, ya que para él esto significa que su hermano no es un segundón absoluto, sino relativo. Ello le permite desbloquear la situación, y el niño no sólo retorna a sus antiguos conocimientos sino que también adquiere el pretérito indefinido, el imperfecto y el futuro. La interpretación de la regresión y del posterior progreso se apoya en el hecho de que, mediante los celos, quería regresar al estado del recién nacido que ha ocupado su lugar; pero sale de esta regresión por medio de la adquisición del esquema pasado-presente-futuro, lo cual puede expresarse así: «Yo he sido el más pequeño, pero ya no lo soy y llegaré a ser el mayor.» De esta forma se ve que el lenguaje expresa la situación del niño en el mundo, y gracias a él el niño distribuye o ritma su papel entre todos los de la constelación familiar.

Estructura y lenguaje.— Los recientes estudios realizados por los lingüistas, como los de Jakobson¹⁰, intentan esclarecer el mecanismo de adquisición de los fonemas. Sus descubrimientos son de capital importancia, ya que nos muestran que esta adquisición no es, como se podría pensar, de tipo acumulativo y aditivo. Con esto queremos decir que aprender a hablar no consiste en adquirir un fonema más otro fonema, etc., sino que existen estructuras opositivas que actúan en los fonemas; algunos forman entre ellos triángulos primordiales que se diferencian poco a poco. Aprender la lengua no consiste, por tanto, en aprender al azar tal fonema aislado, sino en retener algunos fonemas originarios y fundadores; habría, pues, un orden fijo, invariable, que presidiría la aparición y desaparición (en caso de afasia) de ciertos fonemas. De igual forma puede explicarse el hecho de que, después del balbuceo, caracterizado por un número infinito de sonidos, se produzca una brutal pérdida de sonidos, no utilizando ya el niño más que unos cuantos. A decir verdad, éstos no son ya sonidos sino fonemas; es decir, se trata de sonidos seleccionados por lenguajes humanos y que han adquirido un valor fonemático. Si se produce un descenso sensible en la producción sonora del niño, no es por incapacidad fisiológica sino por la elección que el niño ha realizado; va adquiriendo y aprendiendo el sistema de oposiciones fonemáticas. El niño se introduce así en un orden, en una estructura, en un sistema.

Remitimos para este punto al estudio de Jakobson, en tanto que nosotros extraemos esta conclusión: aprender a hablar consiste en deslizarse en un orden, en un sistema de diferenciaciones. Quiere esto decir que, cuando el niño adquiere dicho orden, tiene una «intención de comunicación» y comienza a penetrar en el mundo humano. Como veremos, este fenómeno puede ponerse en correlación con las aportaciones de Freud, Spitz y Lacan en lo que se refiere a la entrada del niño en la humanidad, es decir, en el orden del

⁹ Louis Wolfson, «Le schizo et les langues», en *Temps Modernes*, n.º 218, edición completa en Gallimard con un prefacio de G. Deleuze. (En castellano: *El esquizo y las lenguas*, ed. Proteo.)

¹⁰ R. Jakobson, *Langage enfantin et aphasie*. Ed. de Minuit. 1969.

sentido¹¹.

¹¹ «La respuesta a la sonrisa» (Spitz), «la fase del espejo» (Lacan), «la intención de comunicación» (Jakobson), sitúan en la misma fase y en el mismo sentido la entrada del niño en lo humano.

E

EL DESARROLLO AFECTIVO DEL NIÑO

«El momento en que el niño toma conciencia del poder de su llanto no es diferente de aquel en que hace de ese llanto un medio de presión y de gobierno.»

Paul VALÉRY.

El mundo del niño

El «mundo» del niño se caracteriza originariamente por una total indiferenciación entre él mismo y lo otro. El niño sólo vive en el mundo a través de los afectos de la madre, con la que está en estado de fusión-confusión. Por lo cual se comprende que no exista para él ni «yo» ni «mundo», entendiendo por este último término su madre y todo objeto exterior; y no existe ni «yo» ni «no-yo» porque el yo no puede constituirse más que por la posición de un no-yo, o, dicho de otra forma, por la posición de un término que plantee, por su resistencia, una alteridad. La conciencia de sí no es, por tanto, un dato primitivo de la infancia, sino un producto diferenciado de la actividad psíquica.

Piaget y Wallon han elaborado de modos diferentes el cuadro de la primera infancia y de los momentos de la aparición de la conciencia. Para el primero, el niño parte del egocentrismo, noción sobre la que se han cometido numerosos contrasentidos. En primer lugar, no se trata de una noción moral, sino, como ha dicho Piaget, de un concepto epistémico o dependiente de la epistemología. «Desde el punto de vista negativo, esta actitud se opone a la puesta en relación del universo y a la coordinación de las perspectivas; en suma, a la actividad impersonal. Desde el punto de vista positivo, esta actitud consiste en una absorción del yo en las cosas y el grupo social, absorción tal que el sujeto imagina conocer las cosas y las personas en sí mismas, mientras que en realidad les atribuye, además de sus caracteres objetivos, cualidades provenientes de su propio yo [...]. Salir de su egocentrismo consistirá [...] simplemente en disociar el sujeto del objeto»¹. Ciertamente, Piaget aclara que se trata de una descripción de la evolución intelectual del niño, pero en su *Formation du symbole chez l'enfant* nos muestra que sus concepciones no están muy alejadas de las de Freud, y que el egocentrismo se vuelve a encontrar en el campo afectivo. En estacita, además, observamos que Piaget no presupone, como se ha pretendido, que el niño sea primeramente consciente de sí, poseedor de una subjetividad de la que querría gozar egocéntricamente apartándose del mundo; ocurre justamente lo contrario, ya que el niño está perdido, «absorbido» en el mundo, incapaz de relativizar y tomar conciencia de sus proyecciones personales. Si para Piaget existe el egocentrismo desde un principio no es, por tanto, porque el individuo esté constituido, replegado en sí mismo, sino, por el contrario, porque es incapaz de diferenciación. Si se interpreta correctamente la noción anterior no vemos que aparezca en absoluto en ella un disentimiento fundamental con Wallon cuando éste declara, por ejemplo, que «el niño no pasa del individualismo a lo social, sino al contrario: tiene que individualizarse a sí mismo a partir de las impresiones y de las reacciones que empiezan a mezclarlo con su entorno.»

Así, pues, habiendo partido de un estado de indiferenciación, el niño llega a

¹ J. Piaget, «Quelques remarques sur l'égo-centrisme de l'enfant», *Congrès International de l'Enfance*, París, 1931.

constituir correlativa y dialécticamente su yo y su ello. Este es el curso de la génesis que nosotros vamos a estudiar en dos tiempos: en primer lugar, la constitución del objeto, es decir, el nacimiento de las relaciones objetales en el niño; en segundo término, el nacimiento del yo y de la personalidad.

1. LAS RELACIONES OBJETALES EN EL NIÑO

Lagache define así el término «objetal»: «En psicoanálisis, carácter de una tendencia o una conducta dirigida hacia un objeto, por oposición a la conducta o tendencia dirigida hacia la propia personalidad (narcisismo).» Por objetos han de entenderse los del mundo exterior, pero sobre todo los otros sujetos, como el padre y la madre. Debemos subrayar que este término «objeto», que se refiere fundamentalmente a sujetos humanos, es ya portador de una cierta objetivación del otro, y designa la posibilidad, para el niño, de poner distancia, de separarse del otro. Sin embargo, la naturaleza de tal distanciaci3n sigue siendo ambigua. ¿En qué consiste? ¿Afecta a la personalidad profunda del individuo o más bien se trata de una distanciaci3n superficial, a nivel de la simple percepci3n? La descripci3n de su génesis nos compromete ya a un cierto tipo de comprensi3n del ser humano, que, por lo demás, debemos quizá problematizar. Pero, en primer lugar, seguiremos los trabajos de Spitz² que hacen referencia a la obra de Freud.

Como hemos visto, el término objetal apunta a alguien o a algo considerado como exterior a la persona. Se comprenderá, pues, que no cabe hablar de relaciones objetales del niño pequeño, ya que no existe en él la distinción entre el yo y el mundo: el niño no sabe si el seno materno forma parte o no de su cuerpo. Wallon ha señalado que originariamente existiría una comunidad inicial en la que madre e hijo no deben considerarse como separados y distintos. El estudio de la psicogénesis del niño nos mostrará como, partiendo de su estado de indiferenciación, éste va constituyendo un yo y un mundo mediante un proceso dialéctico. Será llevado, poco a poco, a tomar conciencia, a objetivizar su cuerpo, constituyéndolo asimismo como otro en un movimiento correlativo.

Spitz distingue en la constitución de las relaciones objetales tres estadios:

- Primer estadio: estadio preobjetal, o sin objeto.
- Segundo estadio: estadio precursor del objeto.
- Tercer estadio: estadio del objeto libidinal propiamente dicho.

Estadio preobjetal, o sin objeto

Es un estadio de no-diferenciación en el que no se puede hablar de percepci3n; no existe yo ni mundo. No existe ni objeto ni relaci3n de objeto y, por consiguiente, el niño sólo obtiene una cierta clase de placer de naturaleza autoer3tica, lo que corresponde al estadio freudiano del narcisismo primario, señalado como «un estado precoz en el que el niño invierte toda la libido sobre sí mismo»³. Se trata de un momento en el que aún no está situado ningún elemento de la personalidad. No hay distinción entre lo interior y lo exterior, entre cuerpo propio y cuerpo ajeno: el seno materno es percibido por el niño como parte integrante de sí mismo.

Entre los niños de pecho no se producen reacciones a los estímulos exteriores, a

² Spitz, *De la naissance à la parole*, P. U. F., 1968.

³ J. Laplanche y J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la Psychoanalyse*, P. U. F.

menos que éstos estén dotados de una gran intensidad. Todo se realiza mediante el canal propioceptivo (los propioceptores son categorías de receptores estimulados por la actividad propia de los órganos que los contienen, por ejemplo los receptores de músculos) y el interoceptivo (categoría de receptores cuyas excitaciones provienen habitualmente de estímulos internos que constituyen el punto de partida de reflejos vegetativos. Cfr. Pieron).

En el transcurso del «diálogo» madre-niño, donde la afectividad juega el papel esencial, el niño es, por tanto, completamente dependiente de su madre; de esta forma se constituye un ciclo acción-reacción-acción, lo que significa que existe una causalidad circular y no lineal entre la acción de la madre y la respuesta del niño:

—Hacia el final de la primera semana se percibe una reacción del niño: si a un niño amamantado le coloca cualquiera en una posición horizontal, el niño vuelve la cabeza hacia el pecho de la persona que le coge en brazos (Bühler). Evidentemente se trata únicamente de una reacción reflejo, ya que el niño no ha reconocido el seno.

—Hacia los dos meses, cuando tiene hambre y se le acerca alguien, el niño manifiesta movimientos de succión. La percepción que tiene del entorno se realiza en función del hambre y de las tensiones que ésta crea en él.

El precursor del objeto: la sonrisa (tercer mes)

Hacia el segundo mes, el niño concede una atención privilegiada al rostro.

Al tercer mes, reacciona con una sonrisa. Sin embargo, la reacción ante el rostro del adulto ha de reunir ciertas condiciones para cumplirse: debe ser percibido de frente, de modo que el niño vea los ojos, y ese rostro tiene que estar en movimiento (movimientos de la boca, mímicos, etc.). La reacción no está reservada para la madre, sino que se produce ante toda persona. Esto cambiará al cabo de seis meses, en el momento en que el niño sólo reaccione frente a los «objetos» de amor, lo que constituye entonces una reacción específica.

¿Se trata ya, ahora, de relaciones objetales? Cabría responder positivamente si el niño considerara el rostro como la manifestación de una persona singularizada de entre las demás. Pero, de hecho, reacciona mediante la sonrisa a la vista de cualquier individuo, pues no percibe más que una cierta forma de «Gestalt», privilegiada, constituida por la frente, los ojos, la nariz y el conjunto en movimiento. Lo cual hace pensar en algunas reacciones animales casi automáticas suscitadas cuando se ofrecen ciertas formas y determinados colores⁴. Se trata, a este nivel, de una reacción de naturaleza animal, en la que el niño no alcanza aún a especificar un objeto singular. Observamos que reacciona tanto a un hombre como a una mujer, y que el color carece de importancia.

La reacción descrita posee una cierta rigidez y no se produce si la Gestalt cambia; por ejemplo, presentando el rostro de perfil. En tal caso el niño se encuentra perdido, y ya no reacciona. Hay que señalar, sin embargo, que se produce una reacción a la máscara cuando se presenta en las mismas condiciones que el rostro humano. En conclusión: a los tres meses, mediante la respuesta de la sonrisa, el niño no reacciona más que ante una cierta configuración bien definida, pero la persona que presenta esa configuración no es reconocida todavía como singular. Nos hallamos solamente en el estadio preobjetal.

⁴ De igual modo, en el picón macho la percepción de un «objeto oblongo, de vientre rojo», situado en su territorio, desencadena el combate; da lo mismo que esa señal sea de cartón o concretamente una picona real.

El estadio objetal

A partir del sexto mes, y hasta el octavo, se van constituyendo ciertas instancias de la personalidad: un embrión del yo, la formación de un inconsciente, del preconscious y del consciente.

Para llegar a establecer relaciones objetales será necesario que el niño esté en disposición de distinguir el objeto libidinal (de amor) del resto de las personas. A los ocho meses el niño manifiesta angustia cuando la madre (objeto de amor) desaparece de su presencia. El niño construye su yo⁵ al percibir una falta en su mundo: cuando la diada madre-niño se escinde, el niño toma conciencia de su individualidad, reaccionando mediante un sentimiento de pérdida y de deficiencia. Spitz habla aquí de la frustración como factor esencial en el desarrollo del niño (a decir verdad, la palabra frustración no es de Freud ni fue jamás utilizada por él).

¿Qué es lo específico de este momento? Anteriormente el niño sentía tensiones de tipo fisiológico. Hacia la octava semana las manifestaciones de placer y de displacer, vinculadas al hambre y la saciedad, comienzan a estructurarse. Se forma entonces un lazo entre sus llamadas y el entorno. Puede transmitir señales elementales para hacer comprender su estado; a las reacciones desordenadas suceden señales deliberadamente emitidas. Ferenczi alude a un «poderío infantil». El niño manifiesta ya únicamente temores; por ejemplo, si se le ponen inyecciones.

La evolución aludida puede resumirse así:

—En una primera etapa: cuando el equilibrio se rompe, las tensiones fisiológicas entrañan un displacer.

—En una segunda etapa: aparecen temores en función de percepciones ligadas a una experiencia desagradable.

—En una tercera etapa: surge la angustia propiamente dicha. Cuando el niño pierde a su madre (desaparece de su presencia), huye de él todo un universo familiar. Y ahí existe, verdaderamente, relación objetal, ya que reacciona únicamente ante la pérdida de la madre.

¿Qué debemos concluir de ello?

—Que la adquisición que aparece en el octavo mes no es únicamente de tipo cognoscitivo, puesto que el niño no sólo ha aprendido a distinguir un objeto de otro, sino que además reconoce «el objeto» de su amor (la madre), un «objeto» afectivamente privilegiado.

—Que la madre es el primer objeto constituido, lo que otorga a ésta un papel capital. Como veremos, su ausencia en el transcurso del período considerado puede tener graves consecuencias en la vida del niño.

—Que asimismo cabe hablar de yo en el niño, dado que objeto y yo se constituyen simultáneamente. El niño ha doblado el cabo que le permite acceder a la humanidad: de «parásito», del en-sí, comienza a ser un para-sí; sujeto muy limitado y dependiente todavía del espacio materno, pero que posee ya un embrión de personalidad.

—Que el hombre, en el curso de su desarrollo, es marcado por la angustia, que juega, si se supera, un papel estructurador. La angustia desposee, desgarrá, para permitir al hombre acceder a un dominio superior.

⁵ Freud, *Trois essais sur la sexualité*, p. 135, Gallimard, colección «Idées».

Para el transcurso del segundo año, Spitz propone un nuevo estadio, que acabaría de establecer la independencia del niño: el del sacudimiento negativo de la cabeza. Para Spitz este sacudimiento sería el primer gesto dotado de un sentido por parte del niño: un gesto de oposición y de rechazo. Ciertos autores mantienen grandes reservas, sin embargo, respecto a un tal estadio, que, a su parecer, refleja insuficientemente lo que acontece durante el segundo año y que no resulta comprobable en numerosas culturas.

El sentido de ese desarrollo

Después de la crisis de los ocho meses cabe observar algunas direcciones de sentido que caracterizan el mundo del niño:

—El niño adquiere una independencia gestual. Comienza a caminar, y no es ya el cuerpo materno lo que posee la mayor importancia, sino las palabras y los actos.

—El medio del niño es, ahora, mucho menos preparado que antes. Puede decirse que explora literalmente la casa, y su descubrimiento, realizado generalmente a cuatro patas, se efectúa con un júbilo intenso. Pero esa exploración se halla en función todavía de las angustias y ansiedades de la madre, quien suele servir de lazarillo constantemente a su hijo.

—Asimismo el niño establece un contacto concreto con los objetos; muy pronto sus juguetes son revestidos con lazos afectivos semejantes a los que se tejen entre él y su madre. En este período el niño constituye los objetos transicionales descritos por Winnicott (*La Psychanalyse*, número 5-PUF, 1959): son las fracciones de objetos (trozo de colcha, de edredón) que conserva con él para dormirse. Son a la vez parte integrante de sí mismo, pero también exteriores a él o, más exactamente, diferentes de él. La aparición de tales objetos comienza antes de los ocho meses y permiten al niño establecer una diferencia con relación a su madre, a la que siente, al mismo tiempo, constantemente presente. Los objetos en cuestión subsisten mucho después de este estadio.

— Aparecen, por tanto, fenómenos de proyección sobre los objetos, lo cual permitirá a veces al niño, mediante una relación directa con ellos, resolver los problemas con su madre. Freud, en su ensayo «Au-delà du principe de plaisir»⁶, describe el caso de un niño de dieciocho meses que presentaba un retraso importante en la adquisición del lenguaje. Tenía la costumbre de arrojar los objetos pequeños a los rincones, bajo la cama, etc., y junto al acto de arrojar pronunciaba con aire satisfecho el sonido prolongado o-o-o-o, que según la madre significaba «fort» (en alemán, lejos). Por lo demás, el comportamiento general de este niño era normal, y su entorno le calificaba como de carácter «simpático»; por último, jamás lloraba en las ausencias de la madre.

Observando los juegos del niño, que consistían principalmente en arrojar lejos sus juguetes, Freud señala que se divertía con una bobina de madera rodeada de bramante: el niño la arrojaba de manera que desapareciera de su vista, y acompañaba la desaparición con el o-o-o-o habitual. En un segundo momento, tiraba del bramante, y cuando la bobina reaparecía decía alegremente «da» (que significa «aquí está» en alemán).

Freud interpreta la anterior escena como una forma que tiene el niño de jugar al retorno de su madre. Anteriormente soportaba la marcha de la madre; ahora es él quien provoca la partida y quien tiene la posibilidad de dar lugar al feliz retorno. El niño resuelve, pues, sus problemas mediante la proyección sobre el objeto.

⁶ En *Essais de Psychanalyse*, P.-B. Payot, p.16.

Las ausencias maternas

El acceso a la constitución del objeto que hemos descrito, así como la aparición de un cierto dominio de su mundo, no son automáticos y pueden muy bien sufrir graves perturbaciones en caso de ausencia afectiva. Esto es lo que plantean los trabajos de Spitz. El cuadro que dicho autor nos proporciona de las enfermedades psicógenas de la infancia correspondiente a las actitudes maternas aparece en la página 129⁷. Aquí sólo estudiaremos las deficiencias afectivas:

Insuficiencia afectiva parcial

Caso de niños sin madre hacia los seis meses: — Primer mes: se hacen lloricones y exigentes cuando se agarran al observador.

	Factores etiológicos basados en las actitudes de la madre	Enfermedad del niño
<i>Psicógeno (factor cualitativo)</i>	Rechazo primario manifiesto	Coma del recién nacido (Ribble)
	Solicitud ansiosa primaria	Cólico de los tres meses
	Hostilidad disfrazada de ansiedad	Eczema infantil
	Oscilación entre hostilidad y mimos	Hipermotilidad (balanceo)
	Saltos cíclicos de humor	Juegos fecales
	Hostilidad conscientemente compensada	Hipertimia agresiva (Bonlby)
<i>Deficiencia (factor cuantitativo)</i>	Privación afectiva parcial	Depresión anaclítica
	Privación afectiva total	Marasmo

—Segundo mes: Los lloros se transforman en gemidos lastimeros; pérdida de peso, estancamiento del desarrollo.

—Tercer mes: Rechazo del contacto. Posición patognómica (acostados sobre el vientre). Insomnio, pérdida de peso, retraso motor, rigidez de la expresión facial.

—Después del octavo mes: El rostro está constantemente rígido. Cesan los lloros. El retraso aumenta.

Sin embargo, si entre el tercer y el quinto mes de ausencia vuelve la madre, todo desaparecerá. Spitz llama a este fenómeno depresión anaclítica.

⁷ Spitz, p. 158, *De la naissance a la parole*, P. U. F., 1968.

Ausencia materna total u hospitalismo

Precisa Spitz que para que exista depresión anaclítica es preciso que antes de la separación se hayan establecido buenas relaciones entre la madre y el niño.

Vamos a tomar como ejemplo un orfelinato donde los recién nacidos son amamantados por sus madres durante tres meses, pero que una vez destetados quedan confiados a una enfermera, que debe ocuparse de un promedio de diez niños, lo que no le deja a ésta ningún tiempo para establecer relaciones afectivas con ellos. Los cuidados físicos son perfectos; no obstante, los niños del orfelinato presentan:

- retrasos motores; permanecen completamente pasivos;
- un rostro inexpresivo; coordinación ocular a menudo deficiente;
- no son capaces de darse la vuelta en la cama;
- motricidad en forma de espasmos;
- alcanzan el nivel del idiota. Alrededor de 1/3 de esos niños mueren.

La depresión anaclítica y el hospitalismo detienen, por consiguiente, el desarrollo global del individuo. El niño no puede establecer relaciones objetales y vuelve contra sí las pulsiones agresivas que debería dirigir hacia la madre. Algunos se golpean, otros se arrancan el pelo. Pues entre el octavo y el décimo mes surge, según Spitz, la organización de las pulsiones y su control por la madre con ayuda de las relaciones objetales. El acceso a la aparición de tal relación representa una etapa capital en la evolución de todo niño.

2. LAS ESTRUCTURAS DE LA PERSONALIDAD SEGUN FREUD

Las pulsiones y la sexualidad

Acabamos de exponer el proceso de constitución del yo, que no existía al nacer. Por esto mismo Freud escribió en su ensayo *Pour introduire le narcissisme*⁸: «Hay que admitir que no existe desde el principio en el individuo una unidad comparable al yo; el yo debe experimentar un desarrollo. Pero las pulsiones autoeróticas existen desde el origen». ¿Qué hay que entender por pulsiones? ¿Y qué papel desempeñan en la obra freudiana? Se ha caído en numerosos contrasentidos a propósito de este concepto de pulsión, mal expresado en las traducciones. El término «Trieb» se traducía por «instinto», pese a que existe la palabra «instinto» en alemán, y que ésta es la utilizada por Freud cuando, se trata del instinto en el sentido fisiológico del término⁹. Pero la pulsión es un «proceso dinámico que consiste en un impulso (carga energética, factor de motricidad) que hace tender el organismo hacia un fin». Se distinguen tres momentos en el desarrollo del proceso pulsional: la fuente, que es un estado de tensión en el interior del cuerpo; el fin, que es el de suprimir esta tensión; el objeto, instrumento mediante el que se obtiene la satisfacción. Este concepto de pulsión, nos dice Freud¹⁰, es un concepto límite entre lo psíquico y lo somático.

- El fin de una pulsión es únicamente la satisfacción.
- El objeto de una pulsión es muy variable; puede constituirlo tanto un objeto

⁸ P. 84, ed. P. U. F., 1969.

⁹ ⁹Cf. discusión en el *Vocabulaire* de psicoanálisis.

¹⁰ En *Métapsychologie*, p. 18, Colección «Idees».

estilo de vida diferente, un carácter diferente. Por ello algunos psicoanalistas, como Abraham, han completado este esquema de la psicología del niño y de la psicopatología con una caracteriología, lo que muestra claramente la unidad de los puntos de vista freudianos. Describiremos ahora las diferentes fases aludidas, reuniendo en la descripción dichas caracteriología y psicopatología.

La fase oral

«La voluptuosidad de mamar absorbe totalmente la atención del niño; después le adormece o puede incluso producirle reacciones motoras, como una especie de orgasmo», declara Freud.

— Estadio oral primario (primer semestre de vida):

a) Descripción: el niño chupa. Autoerotismo: experimenta satisfacción chupando su propio cuerpo. Es pasivo.

b) Nosología: ese estadio correspondería a la esquizofrenia ¹³ como enfermedad mental.

c) Caracteriología: los orales primarios se caracterizan por su optimismo y la tendencia a comportarse como críos perpetuos: gusto por la palabra, amor a la frase mordaz e incisiva, avidez de saber.

— Estadio oral secundario:

a) Descripción: el niño muerde y devora. Freud alude a canibalismo; el niño incorpora al individuo amado. Ama y quiere destruir a la vez a la madre: es la ambivalencia. Se hace más activo, se interesa esencialmente por su cuerpo. Las satisfacciones que obtiene son de tipo narcisístico.

b) Nosología: melancolía-manía¹⁴.

c) Caracterología: se trata de sujetos cuya conducta favorita es la súplica, el pedir, la insistencia. No soportan la soledad, incluso momentánea. Manifiestan depresiones. Actividades con eclipses.

Fase anal o sádico-anal

La satisfacción libidinal está ligada a la evacuación y a la excitación de la mucosa anal. Va unido al aprendizaje de la limpieza en el niño.

Fase sádico-anal primaria

a) Descripción: Abraham ha diferenciado las dos fases sádico-anales. La primera se caracteriza por el doble movimiento ambivalente de la incorporación y de la expulsión. Freud sitúa en este estadio una polaridad actividad-pasividad anterior a la distinción de lo masculino y lo femenino. En dicho estadio la niña muestra una mayor pasividad que el niño. Nacimiento de la culpabilidad del yo.

b) Nosología: paranoia¹⁵.

¹³ Cf. cap. K.

¹⁴ Cf. cap. K.

¹⁵ Cf. cap. K.

Fase sádico-anal secundaria (3 años)

a) Descripción: El movimiento principal es el de retención. El edipo comienza en el niño¹⁶: el padre está situado como rival y la madre como objeto sexual. Además, el yo se diferencia completamente de los objetos. El principio de realidad está en marcha.

b) Nosología: neurosis obsesiva.

c) Caracteriología del estadio sádico anal: Abraham señala cuatro rasgos principales:

- voluntad de poderío, sentimiento de la unicidad;
- tendencia a no actuar más que en el último momento, a diferir la acción;
- interés por el dinero;
- tendencia meticulosa a la limpieza, el orden, la pureza.

Fase fálica (4 a 6 años)

Descripción: los órganos genitales, se convierten en la zona erógena dominante. Descarga de las tensiones por la masturbación fálica con sueños sexuales y fantasmas. En el niño se asiste al declinamiento del complejo de edipo y a su comienzo en la niña: decepcionada ésta por faltar el falo en su madre, se dirige entonces hacia el padre, y llega a dominar su castración identificándose con la madre, castrada igualmente. Mientras que en el estadio anal se oponían actividad-pasividad, ahora actúa además el binomio tener falo-estar castrado. Aparición de la vergüenza; formación del superyo.

Nosología: histeria¹⁷.

Período de latericia (7-10 años)

Se caracteriza por la desexualización y la inhibición de los fines sexuales. En el transcurso de dicho período se produce un intenso rechazo que entraña el olvido de la vivencia infantil y permite la escolarización.

Fase genital (11-12 años)

Las pulsiones parciales (anales-orales) se reagrupan bajo el primado de las zonas erógenas genitales. El acto sexual deviene el acto sexual adulto. La niña concluye la disolución de su complejo de edipo y descubre la vagina.

Hasta aquí hemos seguido el recorrido de la libido tal como Freud la concibió y sus discípulos han puesto al día a través de la cura de enfermos adultos y, más tarde, mediante la observación de los niños. Hemos visto, igualmente, que todo estadio podía ser el objeto bien de una fijación —al no acceder el niño a un estadio ulterior—, bien de una regresión —como es el caso de la enfermedad mental—. Michel Foucault¹⁸ escribe: «En resumen, todo estadio libidinal es una estructura patológica virtual. La neurosis es una arqueología espontánea de la libido». Debemos, sin embargo, preguntarnos: ¿De qué naturaleza es tal regresión? ¿Qué representa la enfermedad mental en ese cuadro? ¿Cabe decir que a lo largo de su enfermedad el adulto se convierte de nuevo en niño, como afirman numerosos psicoanalistas? Ciertamente, existen muchas analogías, pero éstas no pueden servirnos más

¹⁶ Cf. cap. F.

¹⁷ Cf. cap. K.

¹⁸ En *Maladie mentale et personnalité*, pp. 36-40.

que para una descripción de la enfermedad, ya que llegar a ser enfermo no es tanto un retorno como un «re-curso»¹⁹: «La regresión no es una caída natural en el pasado, sino una huida intencional fuera del presente». No se regresa jamás a lo que se ha vivido, sino que «es el pasado ficticio e imaginario de las sustituciones» lo que se vuelve a encontrar.

La personalidad

Hemos visto cómo se organizan genéticamente las fases pulsionales. Es preciso, ahora, esclarecer qué entendemos por personalidad. ¿Cuáles son sus diferentes componentes? ¿Cómo actúan? ¿De qué naturaleza son? ¿Qué ocurre si uno predomina claramente sobre otro? ¿Cuáles son, por último, los mecanismos que presiden su funcionamiento?

El yo

Generalmente se distingue así entre el «ello» y el «yo»: el yo es lo consciente, y el ello lo inconsciente. Ahora bien, esto en realidad es falso, particularmente por lo que se refiere al yo. Freud se dio cuenta, a través de tratamientos, de que el yo se opone a que ciertas tendencias rechazadas salgan a la luz. Hay una resistencia interna al yo, el cual posee la posibilidad de operaciones defensivas parcialmente inconscientes, o mecanismos de defensa.

Precisemos las características del yo:

- Está orientado hacia lo exterior y exterioriza las sensaciones internas.
- Su actividad es consciente y constituye el sistema percepción-consciencia que comprende, además, como hemos dicho, elementos inconscientes.
- Controla y censura, por ejemplo en el sueño.
- De él proceden los rechazos.
- Obedece al principio de realidad.
- Defiende a la persona y la adapta al entorno. ¿Cuáles son las relaciones yo-ello?
- Inicialmente el ello es lo más profundo y el yo lo más superficial. El yo es una especie de fachada del ello, la capa externa del ello.
- ¿Qué es lo que permite al yo diferenciarse del ello? El hecho de que el yo esté en contacto con el mundo exterior, que «sufra modificaciones bajo la influencia directa del mundo exterior». Pero el yo intenta, sin embargo, actuar sobre el ello y modificarlo. En otros términos: el principio de realidad que, como se ha visto, anima al yo, intentará apaciguar, canalizar, el principio de placer que busca una satisfacción inmediata, sin tener en cuenta las condiciones de posibilidad de descargar las tensiones. Ahora comprendemos mejor las relaciones yo-ello: el ello busca la satisfacción inmediata, mientras que el yo se sitúa en gran parte hacia el exterior (sistema percepción-consciencia) y busca el momento propicio para que el placer pueda ser satisfecho sin daño. De esta forma, el yo retiene las pasiones e inhibe su satisfacción. Freud hace suya la imagen del jinete: el yo sería el jinete encargado de dominar la fuerza superior del caballo (ello). Pero hay una diferencia: el jinete domina al caballo con sus propias fuerzas, mientras que el yo lo hace con fuerzas prestadas.

¹⁹ Foucault, op. cit.

El ello.—El ello está vinculado al cuerpo y en él desemboca. Sus contenidos constituyen la expresión psíquica de las pulsiones. Hemos visto anteriormente que Freud había renunciado a oponer pulsiones del yo a pulsiones sexuales en provecho de la oposición pulsiones de vida-pulsiones de muerte, y que sería el ello quien, en adelante, iba a recoger los dos tipos de pulsiones. El ello es esencialmente energía, «gran reserva» de la libido, y el yo toma su energía de ese fondo. En el ello no existe ley, ni lógica, ni organización. No obedece al principio de contradicción. No conoce la negación ni tampoco el tiempo, puesto que el tiempo no aparece más que con la consciencia. Aquí el único fin es la descarga inmediata de las tensiones, la búsqueda de la satisfacción. El ello ignora, evidentemente, las normas morales como el Bien y el Mal. Se compone, por último, de pulsiones, e igualmente de deseos rechazados.

¿Cómo cabe expresar el conflicto entre el ello y el yo? Se trata de una lucha interior, donde el ello es un estado de naturaleza: pulsión no domesticada, en estado puro; se podría decir que los niños salvajes manifiestan esta energía pura. En cuanto al yo, hace surgir la cultura, es decir, la organización de un cierto estilo de vida. Así, pues, la naturaleza está en nosotros y contiene un poderío extremo, puesto que es el ello quien posee el poder, la energía, y quien amenaza constantemente al yo. El ser humano está, por tanto, en peligro permanente de volver a caer en un estado de naturaleza y de energía pura, y no puede ignorar esa fuerza que le constituye, so pena de ser víctima de ella.

El superyo.—Aparece en la fase del complejo de edipo, en el período de su resolución. Es el momento en que el niño interioriza los personajes paternos, con los cuales se identifica. Y gracias a la imagen de los otros interiorizada por el individuo, éste lucha contra las pulsiones. Es necesario comprender, por tanto, que quienes prohíben, en el caso del superyo, no son los padres reales, sino los padres interiorizados, que normalmente castigan con mucha más severidad que los padres reales. Pues la represión que se ejerce en el ser es su propia represión; por lo cual resultará fácil concluir que la noción de interiorización es capital: el conflicto no está ya entre una realidad exterior y un yo reprimido por dicha realidad, sino entre dos instancias de la personalidad; se trata de un conflicto interior en el individuo. Si se encuentra anclado en las otras dos instancias de la personalidad —como en el caso de la melancolía o de la obsesión— el sujeto se halla entonces prisionero de autoacusaciones, reproches, deseos de castigarse²⁰.

El superyo está en relación con el ello: es el residuo de los primeros amores del ello. El superyo es quien representa a la sociedad. Hace posible la cohesión social, es decir, la reunión de unos mismos valores en una sociedad. Es, en definitiva, juez y censor del yo.

Los mecanismos de defensa

No debemos imaginar a la persona humana como compuesta, de hecho, por tres personalidades: ello-yo-superyo; es más, cuando hay separación hay enfermedad. La realidad es que el equilibrio realizado por dichas tres instancias no resulta estático, sino dinámico, y es preciso que el individuo reestructure, reequilibre constantemente, el juego recíproco de las mismas. Por último, después de esta descripción aparece el yo jugando un papel fundamental, y cierta corriente psicoanalítica ha insistido sobre esa importancia, haciendo girar en torno a ella sus investigaciones y su práctica. El yo, al ser amenazado por

²⁰ Cf. cap. K.

las pulsiones, tiene que descubrir la forma de luchar contra ellas. Freud había propuesto una hipótesis: las pulsiones del yo tenderían, por sí mismas, a la conservación del individuo (el hambre, por ejemplo, sería una pulsión del yo que permitiría al individuo conservarse biológicamente vivo) aun en el caso de que el ello le llevara a otras instancias. Incluso si el individuo renuncia a luchar contra el ello, el yo, sin embargo, organiza la lucha gracias a los mecanismos de defensa que Anna Freud ha estudiado específicamente²¹, y de los que tiene en cuenta nueve: el rechazo, la regresión, la formación reactiva, el aislamiento, la anulación retroactiva, la proyección, la introyección, la vuelta contra sí mismo, la transformación en su contrario. Vamos a describirlos uno por uno.

a) *El rechazo*.—Es el más importante de los mecanismos de defensa. Consiste en apartar de la consciencia las pulsiones y todas las representaciones (imágenes, ideas, recuerdos, pensamientos) ligadas a esas pulsiones. Se trata de una actividad inconsciente no realizada por el sujeto, sino automática. Un ejemplo nos lo proporciona el niño que no se acuerda de haber deseado a su madre. Es, para el sujeto, una forma de rechazar las pulsiones que el yo teme. Sin embargo, este rechazo, que trata de ocultar elementos que el sujeto no puede soportar, entranña la angustia y la culpabilidad. Tal mecanismo se nos muestra actuante en la histeria.

b) *La regresión*.— Para un sujeto consiste, esencialmente, en el retorno a una situación anterior. Puede ser el caso de un niño que tras el nacimiento de una hermana o de un hermano solicita, por celos, cuidados como los que se proporcionan al recién nacido.

Incluso nosotros mismos vivimos todos los días momentos semejantes; por ejemplo, para lograr serenarnos o también en el sueño.

c) *El aislamiento*.—Es un mecanismo de defensa que presentan los obsesivos. Se observan en ellos ciertos actos «aislados» de los demás actos, unos actos absurdos, incomprensibles, a los que no pueden dar un sentido; por ejemplo, la necesidad constante de lavarse. Los enfermos obsesivos tienen «tendencia a repetir los mismos actos, a reiterarlos rítmicamente, a aislarlos de los otros»²². El papel del psicólogo consistirá en volver a poner en comunicación la totalidad de los momentos de la existencia del enfermo.

d) *Mecanismos de proyección*.—La proyección es una «operación» mediante la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en otra persona o cosa cualidades, sentimientos, deseos, es decir, «objetos» que desconoce o rechaza en sí mismo²³.

Tomemos como ejemplo el fantasma del deseo homosexual tal como fue descrito por Freud en el origen de la paranoia²⁴. En un hombre afectado de delirio de persecución, el fantasma principal era éste: «Yo (un hombre), le amo a él (un hombre)». En el inconsciente, que no puede acceder a la consciencia, la frase se traduce así: «Yo no le amo, yo le odio». Para acceder a la consciencia intervendrá entonces el mecanismo de proyección: las percepciones interiores son reemplazadas por una percepción procedente del exterior: «El me odia o me persigue», traducción de «yo le odio». La frase se convierte ahora en la siguiente: «Yo no le amo, él me odia, él me persigue». Se ha producido, pues; una

²¹ Cf. A. Freud, *Le moi et les mécanismes de défense*.

²² Introduction à la psychanalyse de Frenu, p. 252. Para conocer un caso, véase la misma obra, pp. 246 y sig.

²³ *Vocabulaire de la Psychanalyse*.

²⁴ *Cinq essais de psychanalyse*, pp. 308 y siguientes.

proyección del odio hacia el exterior.

e) *La formación reactiva (o sobrecompensación)*.—Interviene para defender al yo de las pulsiones; pero en este caso el yo no sólo rechaza las tendencias, sino que, en cierta medida, insiste, acentúa ese rechazo. Alexander²⁵ cita el caso de un enfermo que no podía soportar ver sufrir a los animales y a los seres humanos. En el curso del análisis llegó a referir que de pequeño le gustaba hacer sufrir a los animales (por ejemplo, inflaba las ranas) y sometía a pequeñas crueldades a sus hermanos y hermanas. Una cortesía extremada puede surgir con el fin de superar la agresividad, perteneciendo así al marco de tal mecanismo.

f) *Identificación-introyección*.— Hemos visto que el superyo se constituye gracias a la identificación con los padres: el individuo asimila las normas de comportamiento de los padres y las hace suyas. El mecanismo actúa en la identificación con el agresor. Anna Freud cita el caso de una alumna que hacía muecas; se apercibió de que reproducía el rostro encolerizado del maestro, logrando la niña de esta forma, mediante una identificación con el tan temido objeto exterior, amortiguar su angustia.

La introyección como mecanismo de defensa correspondería a un tipo de identificación, aunque más brutal. En la melancolía hay una pérdida, real o imaginaria, de un ser querido. La persona, no pudiendo soportar esta pérdida, trata de emplazarla dentro de sí misma; pero la persona extraña así introyectada continuará siendo un cuerpo extraño al sujeto, que no podrá integrar en su personalidad. Ama ese objeto nuevo, pero también lo odia, y si le domina este último sentimiento, entonces el melancólico se mata con el objeto amado-odiado.

g) *Transformación en su contrario*. — Anna Freud cita el caso²⁶ de un niño que cada vez que tenía algún motivo para experimentar temor de castración era invadido por ardores guerreros; vestía entonces su uniforme, con el sable y otras armas infantiles, etc. De este modo, transformaba la angustia en su contrario, esto es, en agresividad.

h) *Anulación retroactiva*.—El sujeto se esfuerza en el sentido de que tanto pensamientos como actos pasados no vuelvan a tener lugar²⁷. Freud presenta el ejemplo de un individuo que tras haber retirado una rama que entorpecía el paso en un camino, arrojándola a unos matorrales, la volvió a poner donde estaba por temor a que se lastimase alguien en los matorrales.

—¿Para qué sirven los mecanismos de defensa?

Su fin es ayudar al yo en su lucha contra la vida instintiva. Según Anna Freud, reaccionan contra un triple terror:

Miedo a los instintos.—Papel importante del superyo.

Miedo real, particularmente en el niño, lo que deja entender que puede haber mecanismo de defensa incluso cuando el superyo no está formado.

²⁵ En Principes de Psychanalyse, P. B. P.

²⁶ Op. cit., p. 55.

²⁷ Cf. Cinq psychanalyses, «L'homme aux rats», p. 224, nota 3. En la edición española falta esta nota, así como otras del mismo texto. (N. del R.T.)

Miedo al poder de las pulsiones

Hemos explicado cómo entran en función las relaciones objetales, cuáles son los diferentes estadios y componentes de la personalidad y, por último, en qué consisten los mecanismos que el yo pone en juego para defenderse y adaptarse a lo real.

Todo lo expuesto ha sido escrito por Freud o, al menos, está en germen en su obra. Sin embargo, el acento puesto sobre la noción de personalidad y de yo ¿no es una de las interpretaciones, entre otras, del psicoanálisis? ¿Qué consecuencias se desprenden de ello?

«Hay actos humanos desprovistos aparentemente de sentido; son, sin embargo, necesarios al hombre en la medida en que esos actos le defienden.»

GOMBROWICZ

Más allá de lo tradicional

Hasta ahora nos hemos limitado a presentar la imagen tradicional, cada vez más extendida, del psicoanálisis y de sus desarrollos; es decir, la que insiste sobre la relación entre el individuo y los objetos, entre el yo y la realidad o, dicho en otros términos, sobre la adaptación del hombre a lo real. Ciertamente, las aportaciones que hemos descrito son fecundas. Tanto si se trata del desarrollo de Spitz sobre la génesis objetal como de los mecanismos de defensa estudiados por Anna Freud, se puede decir que representan datos positivos universalmente aceptables¹, y no sólo por parte de los analistas; pero cabe preguntarse si no estaremos, acaso, en presencia de una lectura particular de Freud que no refleja sus descubrimientos fundamentales.

1. ¿LO REAL O LOS FANTASMAS?

Un psicoanálisis de la adaptación

Tenemos que hacer constar que numerosos conceptos que parecían no problemáticos cuando los expusimos siguiendo a Spitz o a Anna Freud, no fueron jamás tematizados por el mismo Freud; y es lamentable que sean precisamente estos conceptos los más empleados, como por ejemplo el de relación de objeto, o también el de estadio de desarrollo. El *Vocabulaire* de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis afirma que «el término "relación de objeto" se usa ocasionalmente en los escritos de Freud y, si bien es inexacto decir, como se ha dicho, que Freud lo ignoraba, sí se puede asegurar con certeza que no formaba parte de su aparato conceptual.» Ahora bien, numerosos trabajos psicoanalíticos anglosajones centran sus análisis en este concepto no subrayado por Freud —ya se sabe lo que representaba un concepto para Freud: la exigencia de rigor que ponía en dicho campo—. La consecuencia de tal orientación consiste en acentuar la relación entre el individuo y el objeto, para paliar una supuesta falta de estudio de la comunicación entre los sujetos, puesto que, según se estima, la mayor parte de los conceptos psicoanalíticos se refieren al individuo aislado. Pero esta interpretación no está exenta de peligro: «En la medida en que la noción de relación de objeto pone de relieve, por definición, la vida relacional del sujeto, corre el riesgo de conducir a ciertos autores a considerar como principalmente determinantes las relaciones reales con el entorno». Mas admitir tal consideración supondría descuidar la aportación decisiva de Freud sobre la vida fantasmática y su relación con la vida real. Esta tendencia del movimiento psicoanalítico

¹ Existe en nuestros días un gran número de obras de divulgación del psicoanálisis. Pero en ellas se atiende sólo a la eficacia inmediata, a la técnica de intervención.

comporta cuatro rasgos destacables:

Un arranque artificial

En principio, la teoría de los estadios de desarrollo no es una gran ayuda para la comprensión del individuo.

La evicción del inconsciente

Es fácil observar una orientación del movimiento psicoanalítico hacia lo pedagógico y, por ello mismo, hacia una adaptación a lo real. Así, Anna Freud pretende que el transferí, al no poder realizarse con los niños pequeños, intervenga en el plano de lo real, convirtiéndose el analista en amigo del niño, y aliándose con él en contra del entorno, lo que viene a ser una violación de las teorías de su padre, según las cuales el analista ha de mantenerse neutral a lo largo de la cura. Anna, en cambio, se sirve de la angustia del niño para volverlo dócil, o le intimida por medios autoritarios, lo que constituye una manifiesta intervención del psicoanalista sobre el paciente. Melanie Klein se opone a esta auténtica «doma» del niño como preludio a la cura: «Aunque pensáramos que tal aproximación nos había de asegurar un acceso parcial al inconsciente del paciente, deberíamos renunciar en seguida a establecer una verdadera situación analítica completa, y a penetrar hasta las capas más profundas del espíritu»².

Excesiva importancia otorgada al yo

Es en este aspecto donde aparecen con mayor claridad las oposiciones entre Freud y su hija. Anna Freud se interesa fundamentalmente por el yo. Anteriormente, el psicoanálisis concernía a la vida psíquica inconsciente: «las inadaptaciones al mundo exterior no deberían entrar en el campo del psicoanálisis, que sólo se interesa por la psicología de las profundidades»³. Anna Freud describió en 1936 al psicoanálisis como un método mucho más interesado en el yo de lo que Freud hubiese deseado. Su único fin residiría, pues, en restablecer la «integridad» del yo. Como se ha visto, Mélanie Klein es más freudiana en la medida en que atiende no a criterios adaptativos, pedagógicos o similares, sino que se interesa por el inconsciente, al que intenta dar la palabra. Existe, pues, una orientación hacia un tipo de psicoanálisis que únicamente se propone la adaptación del individuo a lo real. Pero lo que Freud aporta en realidad al psicoanálisis es, ante todo, un método comprensivo, es decir, un método que pretende abarcar el conjunto y reunir la totalidad de las manifestaciones significativas de la persona, cuya adaptación no constituye más que una sola dimensión. Ocuparse en adaptar a alguien a un mundo al cual rechaza por su enfermedad, es obedecer a imperativos sociales parciales; es reducir la persona a una sola expresión, o más bien a sus males, sin preocuparse por descubrir qué palabra se articula tras los síntomas. Es confundir el yo (estatua que cada individuo se erige: imagen engañosa e interesada) con el sí mismo (aparición de una persona como tal, en contacto con su mundo y organizándolo).

² *Essais de psychanalyse*, p. 182, ed. Payot.

³ Cf. A. Freud, *Le Moi et les mécanismes de défense*, cap. 1, p. 3-9.

La tendencia a la adaptación a lo real lleva así a algunos psicoanalistas a concebir el psicoanálisis como un análisis del yo, al que se considera, por lo tanto, como función de percepción y de conciencia, es decir, del reencuentro individuo-realidad. De esta forma reducen el objetivo del psicoanálisis «a una especie de ortopedia del yo. La función de la cura se centra para ellos en la necesidad de recobrar un yo fuerte, adulto...⁴», con lo cual se olvida un poco a la ligera —como dice M. Mannoni— que la llamada adaptación «la paga el hombre al precio de la locura y de la delincuencia». Los partidarios de esta «ego psychology», como Hartmann, Kris, Loewenstein, se caracterizan por los rasgos ya señalados. «En psicoanálisis volvemos a encontrar el problema de la adaptación en relación, principalmente, con la teoría del yo; aparece igualmente como objetivo de la terapia y, por último, vinculado a consideraciones pedagógicas»⁵. Tratan de integrar en su proyecto el mayor número posible de datos (fisiológicos, sociológicos, de psicología social, etc.) para sentar así «una psicología general del desarrollo». Para conseguirlo introducen nociones como las de «esfera del yo libre de conflicto»⁶, energía desexualizada de la que el yo podría servirse, etc.; y en esta perspectiva resulta que el yo representa como un aparato de regulación y de adaptación (remitimos a la crítica, rebosante de humor, que hace Lacan de tales concepciones⁷). Por nuestra parte subrayamos únicamente que el principio de realidad al que obedece el yo es, para estos autores americanos, la adaptación. Evidentemente tal concepto, igual que el de normalidad, permanece enteramente indeterminado. Por otro lado, dichos autores vuelven a aferrarse a una noción simplista de lo real, la «buena realidad exterior»⁸, de la que precisamente Freud fue separándose progresivamente. Por último, so pretexto de objetivar el yo, lo cosifican: «Así, pues, ustedes creen que el yo puede ser tomado como una cosa, pero no seremos nosotros quienes nos traguemos ese cuento»⁹. Y, por ello, cuando el analista responde a las demandas del yo del sujeto, lo capta en la falacia de lo imaginario y falla en el acceso a su deseo. Un poco más adelante veremos las consecuencias de tal error.

Mannoni resume bien la oposición de estas dos doctrinas psicoanalíticas (la «ego psychology» de Hartmann, y el psicoanálisis freudiano vinculado a los efectos del significante en la estructuración del deseo, o escuela de Lacan) cuando escribe: «En la primera, lo que prevalece es una norma moral, la nuestra, que intentamos imponer al candidato a psicoanalista; en la segunda, lo que está en juego es del orden de la recomposición del ser: la relación del sujeto con la verdad»¹⁰.

El yo y el deseo

Podríamos decir que en un caso se trata de someter a crítica a un individuo, y de

⁴ M. Mannoni, *Le psychiatre, "son fou" et la psychanalyse*, p. 86.

⁵ Hartmann, *La psychologie du moi et le problème de l'adaptation*, p. 1, P. U. F.

⁶ Hartmann, op. cit., pp. 1 a 16.

⁷ En *Ecrits*, pp. 420 y sig.

⁸ M. Mannoni, op. cit., p. 209.

⁹ Lacan, op. cit., p. 420.

¹⁰ Mannoni habla aquí del análisis didáctico, es decir, del análisis que todo candidato a psicoanalista debe llevar a cabo con otro psicoanalista; lo cual puede aplicarse al enfermo, al que se le impone la norma de la adaptación, o sea, la de una determinada sociedad.

recordarle las normas de la sociedad en la que vive; y en el otro se trata de escuchar a un ser existente y de ayudarlo a reencontrar la palabra de su deseo. Por un lado hay que matar lo que habla en un sujeto en beneficio de lo que debería hablar para el psiquiatra, la sociedad, etc.; y por el otro se le ofrece una posibilidad de expresión, de reestructuración. El primer caso aboca a la pérdida de la existencia de la persona, reducida a un objeto, a un no-viviente, a un alienado en el pleno sentido de la palabra. Lo que hace posible las lamentaciones de una enferma a la que se consideraba curada: «Todo el mundo está contento porque estoy curada. No se dan cuenta de que eso no es lo importante. No comprenden que lo que cuentan son mis deseos, ahogados por las voces que los cercan hasta matarlos. ¿Para qué sirve que yo viva si estoy condenada a la muerte de mis deseos? Mi mal no radica en el alimento, sino en que estoy a punto de volverme loca»¹¹. O también estas palabras de un padre: «Nuestro hijo va mejor, está resignado, completamente resignado; de cualquier forma, éste es el buen camino y hay que reconocer que es francamente formidable»¹². En oposición a la «ego psychology», se ha constituido un psicoanálisis que no deja enteramente de lado la ubicación del yo, pero que intenta, por añadidura, comprenderlo verdaderamente. Ya no se trata de presentar fases, fechas, estadios, sino de dilucidar lo que esta génesis implica «sin recurrir a la idea de una diferenciación funcional, sino recurriendo a la intervención de operaciones psíquicas específicas, verdaderas avalanchas en el psiquismo de trazos, de imágenes, de formas recurrentes al otro humano». Tales operaciones son, por ejemplo, la diferenciación kleiniana entre objeto «bueno» y objeto «malo», la fase del espejo de Lacan, los fenómenos de identificación, introyección y narcisismo; y su evidencia sólo puede manifestarse si se está a la escucha del inconsciente y si no se reduce el análisis al sistema percepción-conciencia. De esta forma, Melanie Klein se diferencia de Anna Freud en que se propone «establecer una conexión directa con el inconsciente del niño»; y la analista interpreta la angustia que se manifiesta en el niño a lo largo de la cura, con objeto de descubrirle y «desvelarle la voz del fantasma». Klein está interesada en las profundidades del ser y no en lo que aflora a la realidad; los mecanismos de defensa, que hemos descrito a propósito de Anna Freud, no constituyen ciertamente una defensa contra la realidad exterior (como ésta ha pretendido durante mucho tiempo), sino que son defensas contra los fantasmas, y pertenecen por sí mismos al campo de lo fantasmático. Es así como la vida del niño viene a ser, para Mélanie Klein, una vida de tipo fantasmático que actúa sobre los dos mecanismos de identificación y de introyección.

Nos limitaremos a exponer las tesis de Lacan para explicar su perspectiva dentro de la psicología infantil. Lacan apenas se preocupa por la cronología de las fases de la infancia, sino más bien por mostrar la instauración de unos momentos estructurales que dan sentido a todo este período. Su preocupación radica en aislar la formación fantasmática e imaginaria, que capta al niño desde la más tierna edad, para describir finalmente lo que representa el complejo de edipo como acceso al mundo de lo simbólico. Aquí vamos a estudiar las tres fases fundamentales, es decir: la fase pre-especular, en la que se forman los complejos y las imágenes; la fase del espejo y, por último, el complejo de edipo.

2. LA FASE PRE-ESPECULAR

La imagen de la madre

¹¹ M. Mannoni, op. cit., p. 153.

¹² Op. cit., p. 119.

Lacan, en el tomo VIII de la *Encyclopédie Française*, hace una exposición sistemática de esta fase. La estructura familiar está marcada por el establecimiento de complejos, término que no hay que entender en el falso sentido que se le atribuye corrientemente, sino como un factor esencialmente inconsciente que se encuentra en la base de la estructura familiar¹³; es una especie de núcleo que organiza y distribuye los distintos comportamientos de la constelación familiar. Se caracteriza por una cierta constancia y una especificidad, por un estilo de vida propio en cada familia, cuyo equilibrio está en función de las diferentes pulsiones manifestadas por la pareja parental. El complejo, por su condición inconsciente y su función equilibradora, puede ser tanto un factor de progreso como de regresión para el niño que está atrapado en él. Junto a estos complejos, Lacan describe una representación inconsciente, designada con el nombre de imago, y nos muestra cómo los complejos e imágenes estructuran la génesis del niño en el interior del discurso familiar.

El primer complejo que aparece en el niño es el del destete, al cual corresponde la imagen del seno materno. La relación madre-niño no está aquí motivada por el instinto, como se decía en otros tiempos, sino que es una relación cultural, que encuentra su finalidad no en una necesidad fisiológica, sino en una decisión asimismo cultural. Por ella, el niño es excluido necesariamente de un mundo puramente biológico. «Por primera vez una tensión vital se resuelve en intención mental». Con su oposición al destete, el niño intentará perpetuar la relación que le une con su madre, que es realmente un estado de verdadera fusión; y la imagen materna quedará marcada por ese deseo de retorno a la madre, al paraíso verdadero. El complejo de destete viene a acentuar y a reproducir, a posteriori, la angustia del nacimiento, caracterizada por la asfixia, el frío unido a la desnudez del tegumento y al malestar laberíntico. Aunque Lacan piensa que no puede haber verdadera angustia en el nacimiento¹⁴, es como si tal angustia fuese vivida de cierta manera en este complejo, ya que la vida extrauterina permanece por mucho tiempo semejante a la vida intrauterina en lo que se refiere a los malestares posturales, tónicos y equi-libratorios: el ser humano está marcado por la premadurez temporal de su nacimiento. Como veremos más adelante, tal premadurez juega un papel muy importante en la fase del espejo.

La imago materna, que funciona para el niño como lugar de paraíso, puede detenerlo en su crecimiento a causa del deseo de retorno fusional a la madre. Puede así no aceptar esta separación, que instaura el destete, entre él y su madre. Por otra parte, la madre, aprovechando en cierto modo la premadurez de su hijo, puede, mediante cuidados excesivos y aparentemente necesarios, impedirle llegar a la autonomía. La imago materna hace surgir en el niño, por tanto, pulsiones de muerte, y el niño puede intentar reencontrar a la madre perdida mediante una muerte, generalmente no violenta: por anorexia, por un lento envenenamiento, por neurosis gástricas. Manifiesta así su rechazo a vivir separado de la madre. Cuando el niño llegue a dominar, a sublimar, esta imago del seno materno, la madre continuará desempeñando, sin embargo, un papel psíquico muy importante. El retorno a la unión completa podrá siempre reactualizarse en el individuo; y, de cualquier forma, seguirán siendo imágenes que traducen este complejo. «Ellas encuentran un símbolo adecuado en la habitación y su umbral, en la casa, la caverna, la cabaña». Y que aparecen también en las utopías sobre un universo totalmente unificado.

¹³ Cf. cap. N.

¹⁴ Es lo que expone O. Rank en su obra *Le trauma-tisme de la naissance*, P. B. P., n.º 121.

Los celos del niño

El segundo complejo, que surge a continuación, es el complejo de intrusión, en el que la fase del espejo marcará un momento esencial. Aparece cuando el niño toma conciencia de que otros pueden ocupar su puesto cerca de su madre y de su padre. Se trata, por tanto, de una reacción de celos que para Lacan es la base de desarrollo de la sociabilidad. Como el nombre de dicho complejo indica, el niño debe luchar contra un intruso que le roba el puesto junto a la madre; generalmente el complejo aparece con el nacimiento de un segundo hermano, produciéndose entonces una identificación del primogénito con el menor, que acarrea a menudo la regresión del primero al estado de niño de pecho, con lo cual pierde las diversas adquisiciones que le hacían independiente de su madre¹⁵. En otros casos, el niño comienza a interesarse simplemente por el otro niño, y a sentirse mucho más atraído hacia uno de sus semejantes que hacia un adulto. Se produce, pues, en el niño una cierta ambivalencia en relación al otro, de quien está celoso en la medida en que teme perder su sitio junto a la madre, pero hacia quien experimenta, al mismo tiempo, una cierta atracción. El celoso se encuentra dividido por un doble movimiento que le hace confundirse con otro, pero que le permite también comprender su diferencia a través del odio que experimenta hacia él. Por tanto, los celos sirven a un niño para hacerle tomar conciencia del otro y de sí mismo; si bien la intrusión de un segundón podrá despertar la imago del seno materno y las pulsiones de muerte.

3. LA FASE DEL ESPEJO

Gracias al espejo el niño consigue establecer una relación con el otro y tomar conciencia de sí mismo. La reacción ante el espejo es específica de la especie humana: el animal no muestra los mismos comportamientos. Preyer cuenta la historia de un pato de Turquía que habiendo perdido a su compañera la vuelve a encontrar, en cierto modo, si se le coloca ante un espejo; no se reconoce a sí mismo en la imagen, sino que cree reconocer la imagen de su compañera en lugar de la suya propia. Kohler describe, a su vez, el comportamiento de los chimpancés ante el espejo: extienden la mano hacia atrás para encontrar un congénere y se muestran muy decepcionados por estas inútiles búsquedas; se desinteresan rápidamente por tal reflejo, y tratan de tocar otro cuerpo sin poder llegar a la concepción de la imagen como doble de la realidad, sin poder captar la existencia irreal de la cosa, la imagen. La génesis de la reacción del niño ante el espejo atraviesa varias fases. En primer lugar hay que subrayar que capta con más rapidez, en el mismo espejo, la imagen del cuerpo de los otros que la imagen de su propio cuerpo.

—Sólo hacia los tres meses, según Wallon, comienza el niño a reaccionar ante el espejo.

—Hacia los cuatro-cinco meses, el niño fija esa imagen y establece con ella relaciones de interés.

—A partir de los seis meses se puede hablar ya de un verdadero comportamiento ante el espejo. El niño sonríe a su padre, a quien percibe en el espejo, pero si le habla se vuelve, sorprendido, hacia el punto de donde proceden las palabras. Todavía se trata para él sólo de un presentimiento de que el espejo muestra el doble de la realidad, pero aún no sabe

¹⁵ Cf. cap. D, «Las condiciones de adquisición del lenguaje».

que únicamente constituye un reflejo, ya que prosiguen sus maniobras de exploración detrás del espejo.

—A los ocho meses el niño, según Wallon, reacciona ante su propia imagen, como tal, en el espejo. Para ello se requiere una doble operación:

1) Captar que la imagen que ve no es él. Debe saber separar el cuerpo que siente del cuerpo que percibe.

2) Constatar que puede ser visto por otro. Su cuerpo es visible y se manifiesta a la mirada de los otros de la misma forma que la imagen del espejo. La imagen especular funciona entonces como un doble del cuerpo del niño, y es en cierto modo un segundo cuerpo. El mismo fenómeno se vuelve a encontrar en el sueño, donde uno puede figurar como actor mientras sueña; y de forma parecida se observan en el pensamiento primitivo los fenómenos de ubicación. Sólo poco a poco, mediante un proceso de intelectualización de nuestro mundo, alcanzamos a diferenciar el embrujo de la imagen de nuestra propia espacialidad.

— Por último, al cumplir el primer año, el niño, según Wallon, considera la imagen como una mera apariencia. Así, su hija, al pasar junto a un espejo con un sombrero en la cabeza, rectifica la posición del sombrero sin confundir los dos espacios. Sin embargo, tal adquisición no es definitiva y pueden observarse retrocesos: el niño a veces vuelve a explorar con su mano detrás del espejo.

La formación del sujeto

Lacan ha insistido sobre estos análisis y los sistematiza ampliando el campo de investigación: no sólo recurre a la psicología infantil, sino también a la biología y a la psicología animal. En el transcurso de la fase analizada, el niño, inferior todavía en inteligencia práctica a los chimpancés y sintiendo su cuerpo dividido, va a percibir, por anticipación imaginaria, un cuerpo unificado y dominado. Para Lacan este momento se sitúa entre los seis y dieciocho meses; es decir, la adquisición no es completa desde el principio, ni se realiza de una vez debido a que el niño va a jugar, a hacer gestos y mímica frente al espejo, y experimentará placer en el ir y volver del reflejo a la realidad por medio de la imagen y de la realidad misma. Y tal placer no se reduce a su propio cuerpo, sino que se refiere también a los objetos exteriores y a las personas de su entorno. No es, por tanto, una experiencia por la que se limite a percibir su propia imagen, sino que en ella entra también en juego el otro. ¿Cómo entender esta fase? Hay que entenderla, dice Lacan, como una identificación en el sentido de «la transformación producida en el sujeto cuando éste asume una imagen»; nos referimos aquí a la imago. El sujeto hace suya la propia imagen; no se olvide que el autor habla de transformación, por consiguiente, la identificación tiene una acción real eficaz en el comportamiento. Al asumir su propia imagen, el niño llega a comprender que puede dar un espectáculo de sí mismo, que puede verse y puede ser visto por los demás. Anteriormente sólo podía sentir su cuerpo; a partir de ahora lo ve. Antes sólo tenía excitaciones internas, que ahora pueden organizarse en un primer esbozo del «moi» (yo), en un embrión del «Je» (yo) que Lacan llama «Je (yo) especular»*.

Pero ¿por qué sucede tal cambio? ¿Qué puede significar para el niño «asumir su

* Véase al final del tomo las «Notas explicativas al texto de la edición francesa», correspondiente al capítulo 2, F, 2, letras (A) y (B), del revisor técnico.

imagen»? De hecho, lo que el niño percibe en el espejo es una forma, una «Gestalt» que posee un poder estructurante. Al percibirse a sí mismo o al otro en el espejo, el niño realiza la unidad de su cuerpo, que sentía dividido; la percepción de esta «Gestalt» tiene, pues, un poder de madurar, de precipitar el desarrollo. Lacan nos da ejemplos de la existencia de tal imagen estructurante en el reino animal. Los trabajos de Chauvín¹⁶, por ejemplo, muestran que la langosta adquiere distintas formas según viva en soledad o en grupo: cuando percibe a sus congéneres, cambia de forma y de color. La joven langosta evolucionará hacia una u otra forma según haya visto o no haya visto desde el principio a un congénere. Así, pues, la imagen especular puede servir de motor esencial en la evolución psicológica del niño.

Desde el punto de vista de la estructura del sujeto, la fase del espejo, como hemos dicho, permite el esbozo del «moi» (yo), pero éste queda marcado para siempre por el carácter imaginario de su constitución. Por ello Lacan lo llama yo-ideal*, formación esencialmente narcisista que Lagache describe como «portadora de una identificación primaria con otro ser investido de omnipotencia, es decir, con la madre». Como puede verse, estamos aún en el campo de lo imaginario, que habrá que esclarecer, pero ya sabemos que el «moi» (yo) está constituido por una «línea ficticia, reductible enteramente al individuo». Así, lo que el niño ha adquirido no es algo más, un contenido nuevo, sino una función nueva, la función narcisista que va a favorecer el repliegue sobre sí mismo y, por ello, el riesgo de intrusión del otro en él. Si el espejo constituye una fase del desarrollo en lo que se refiere a la toma de conciencia (no intelectual) de la unidad de su cuerpo, puede ser también la fuente de una nueva captación del sujeto que despierte, de nuevo, las pulsiones de muerte. Narciso, héroe preso en la complacencia de su propia imagen, la ama hasta el punto de arrojarse al agua y perecer ahogado, de igual forma que el niño puede amarse a sí mismo hasta el punto de matarse. He aquí cómo el individuo narcisista no es capaz de afrontar el mundo: no se encuentra con el otro y no puede establecer una relación de intersubjetividad. La fase del espejo hace posible un cierto conocimiento de sí mismo, pero deja surgir una posibilidad de alienación, que consiste en la fascinación que procura la propia imagen (o también la de la madre). Además, el niño corre el peligro de otra alienación: la que le causa el otro. El niño llega a comprender que es visto por otro y que el otro únicamente lo capta mediante su imagen exterior, que percibe en el espejo. El otro arranca, pues, al niño de la intimidad que poseía antes de la fase del espejo, de su intimidad inmediata. Lacan resume así la conquista fundamental de esta fase: «La asunción jubilatoria de la imagen especular por parte del ser, sumergido aún en la impotencia motora y en la dependencia de la crianza, que es la condición del hombre en este estadio infantil, nos manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica donde el «Je» (yo) se precipita en forma primordial antes de que se objetive en la dialéctica de la identificación con el otro, y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto» (*Ecrits*, página 94). Como se ve, el «moi» (yo) no constituye el sujeto propiamente dicho, sino que sólo es una de sus figuras imaginarias; será necesario que el niño se inserte en el orden simbólico para que pueda llegar al estado de sujeto. En conclusión, el niño realiza su propia unidad mediante la identificación con su imagen y con la del otro. Su «moi» (yo) se constituye, en principio, como su otro: el «moi» (yo) y el otro tienen no sólo un origen común, sino una estructura común.

¹⁶ R. Chauvin, *Le comportement social des animaux*, col. Le Psychologue, n.º 11.

* Véase nota con asterisco de la pág. anterior.

Lo imaginario

La fase del espejo participa de lo que Lacan llama lo imaginario¹⁷. Los complejos de destete y de intrusión participan también de lo imaginario, que se caracteriza fundamentalmente por una relación dual entre la madre y el niño; el hermano, en el complejo de intrusión, no es en realidad un tercero, sino que el niño lo confunde consigo mismo. En la relación imaginaria predominan dos modalidades de la vida psíquica, a saber, la agresividad y la identificación con la imagen del otro. Hay una «agresividad ligada a la relación narcisista y a las estructuras de desconocimiento y objetivación sistemáticas, que caracterizan la función del yo». Además, tal relación está abocada a la muerte, debido a la situación cerrada que representa: en lo imaginario, el individuo se pierde en sí mismo, no encuentra al otro y no desemboca en lo real. Se puede decir, como precisa Lacan, que la relación dual de tipo imaginario es parecida a las descripciones de la intersubjetividad que Sartre hace en su teatro y en *El ser y la nada*: se trata de un mundo cerrado en el que los seres se desgarran, se despedazan y se agreden por medio de relaciones sado-masoquistas y que también encontramos en la relación dual de la madre y el hijo. Será necesario que dicha relación sea superada, como en el caso del complejo de destete, para que el niño no quede reducido al estado de objeto del deseo de la madre y para que pueda acceder a su propio deseo. Pues bien, esta etapa será franqueada por medio del complejo de edipo.

4. EL COMPLEJO DE EDIPO

De lo imaginario a lo simbólico

El niño, hacia los tres-cuatro años, cambia de actitud respecto a la madre; se comporta en relación a ella, en cierta medida, como un adulto, queriendo sin duda ocupar tal lugar. Ello representa el establecimiento de deseos amorosos e incestuosos respecto a los padres. Son deseos de muerte por lo que se refiere al rival del mismo sexo, y deseos sexuales por lo que respecta al progenitor del sexo contrario. Se trata de un complejo capital para la futura evolución del ser humano¹⁸, que si no se resuelve puede despertar en el niño la atracción hacia la madre y el antiguo complejo de destete, y, como límite, las pulsiones de muerte. La resolución positiva se consigue mediante la identificación con el padre y el deseo de asemejarse a él. En la niña se supera más fácilmente, en la medida en que la maternidad futura le va a servir para resolver su complejo de destete. ¿Qué sucede en el niño durante este complejo? El niño se enfrenta al padre a causa del deseo de la madre; y el padre lo constreñirá, imponiendo su ley, a pasar de una relación dual a una relación trinitaria. El niño irá, así, de lo imaginario a lo simbólico, a lo marcado por la ley, la cultura y el lenguaje. Tal movimiento impondrá al niño la represión de su deseo de la madre y la sublimación de la imagen paterna. Esta represión, necesaria para romper con una situación sin salida como es lo imaginario, entraña una reorganización fundamental de la vida psicológica del niño: antes sólo obedecía al principio del placer; desde ahora tendrá que tener en cuenta la realidad, el principio de realidad. De aquí en adelante están ya ordenados los tres términos: lo real, lo imaginario y lo simbólico, y es este último el que fundamenta y

¹⁷ Cap. N, «El inconsciente en el discurso materno».

¹⁸ Cap. N, «La aparición del padre»

reestructura los otros dos. Como puede verse, el progreso futuro del ser humano debe pasar por tanto por la renuncia a sus pulsiones, renuncia exigida por la ley del padre, verdadero aguafiestas en la relación dual del niño con la madre. El padre interpone la mediación necesaria en la comunicación inmediata entre el cuerpo del niño y el de su mucho: de la imagen (relación inmediata del sujeto y del objeto contemplado) se pasa al símbolo, lo que implica una mediación entre los términos que une. La relación mediata, tal como la instaura el símbolo, es una relación que supone ya la intervención de una especie de pacto o de ley, con el consiguiente respeto hacia el otro. El padre aporta un elemento diferente de los dos elementos que ya actuaban en la relación madre-hijo, lo que permitirá al niño escapar de la agresividad inherente a sus relaciones imaginarias. «Así, la identificación edípica es aquella en la que el sujeto trasciende la agresividad constitutiva de la primera individualización subjetiva». Si el niño no descubre esta ley, ya sea por el comportamiento de la madre o por la ausencia del padre, entonces se expone a graves trastornos a nivel de lenguaje, a confusiones semánticas, a actos desorganizados; al fracaso, en definitiva.

La ley del padre

Se encuentran numerosos ejemplos de esta falta del padre en la obra de una discípula de Lacan, M. Mannoni. Tomemos el caso XVI, expuesto en su libro *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*. Se trata de Paul, niño de dos años y medio con anorexia e insomnio. A los diez meses tuvo crisis de violencia contra sí mismo y espasmos; el psiquiatra entonces consultado declaró: «Este niño, señora, la aniquilará si usted no lo aniquila antes; no hay tiempo que perder.» A partir de ese momento se desencadena una relación de tipo agresivo entre el niño y la madre. Después de una temporada fuera del hogar, en la que el niño duerme bien, vuelve a casa y pierde el sueño: somatiza, para dar miedo a su madre, las amenazas de que es objeto, entre otras la de que se le va a llevar a una guardería. La vida familiar está organizada de tal forma que Paul casi nunca se encuentra con adultos... Y sólo cuando surge la figura del padre en el seno de la relación de la madre y el niño comienza a tener la posibilidad de acceder al Nombre del Padre (el padre como significante)¹⁹. La psicoanalista da entonces dos consejos a la madre:

1) Libertad total, siempre que no vaya en detrimento de la de los demás (derecho a dormir, a no comer, a no levantarse, pero evitando siempre crear un ritmo «aparte» en función de los caprichos del niño).

2) Si Paul llama por la noche, que se levante su padre y le diga: «Haz lo que quieras, pero déjame con mi mujer, tenemos necesidad de dormir.»

Los trastornos desaparecieron inmediatamente. Las entrevistas se centraron rápidamente sobre el estatuto del padre, cuyo papel quería desempeñar el niño como respuesta al discurso materno, que revelaba el abandono del hijo a las criadas. Así, pues, la psicoanalista escuchó, dejó hablar a los síntomas y reintrodujo al niño en una relación trinitaria en la que la figura del padre abría su mundo al dominio de lo simbólico, lo cual le iba a permitir acceder al lenguaje y al dominio de la cultura. Para Lacan la pulsión se inscribe sobre los significantes que van a organizar el sistema simbólico, y así el padre, portador del falo, «significante de significantes», es quien inscribe al niño en este orden de forma definitiva. El significante forma una cadena sobre la que podrán actuar mecanismos tales como el rechazo, la denegación, el desplazamiento. Según Lacan, estamos penetrados

¹⁹ La noción de «Nombre del Padre» se explica en el cap. N.

por dicho orden simbólico e insertados en él de tal manera que no podemos abandonarlo sin riesgo de psicosis. Podemos llegar a comprender lo que Lacan entiende por simbólico y por juego de significantes, tomando como ejemplo el relato de la «Carta robada», de Edgar Allan Poe. En tal relato, acontecen los siguientes hechos: el primer ministro sustrae a la reina una carta comprometedor para ella en su relación con el rey; este robo se produce en presencia del rey (que lo ignora todo) y de la reina (que asiste impotente por no despertar las sospechas del rey). La carta robada es el *significante* que va a determinar ciertos comportamientos específicos de la reina, del ministro y del rey: «Sus desplazamientos están determinados por el lugar que viene a ocupar, en medio del trío, el puro significante que es la carta robada». Los desplazamientos de dicho significante, la carta que pasa de mano en mano, determinan al sujeto en sus actos y en su destino. «La carta, como también el inconsciente del neurótico, no lo abandona. Lo abandona tan poco, que lo transforma.» Hemos visto el cambio tan radical que la instauración de un acto de este tipo aporta al niño en la fase del complejo de edipo.

El síntoma o la palabra

Gracias a las aportaciones de Lacan hemos conseguido una verdadera comprensión del mundo infantil que nos ha permitido describir los diversos fantasmas que constituyen para el niño momentos sin duda difíciles, penosos y angustiosos, pero necesarios para llegar a la libertad de sujeto que desea, que existe como totalidad. Así vemos que la oposición existente entre la escuela lacaniana y los partidarios del análisis del yo no se reduce sólo a una simple polémica en la que se podría tomar partido según los gustos de cada uno, sino que compromete a toda la Psicología y a toda nuestra comprensión del ser humano. Se trata, en resumen, de saber si la Psicología se orienta hacia un tecnocratismo adaptador, que responde por ello a una dimensión superficial del ser humano, o si se compromete en la búsqueda, por parte del ser existente, de la palabra perdida, del mundo de su deseo. Para ello hay que encontrar una nueva forma de escuchar que no anule los síntomas que presentan las personas, lo que se puede conseguir fácilmente por medio de los eficaces medicamentos actuales. El médico no debe tomar el síntoma como una manifestación que hay que destruir, sino que ha de procurar reencontrar la palabra bajo el síntoma; no debe tomar como trigo limpio el discurso de los padres, que sólo hace enmudecer al hijo, sino que, como ha mostrado M. Mannoni, debe conceder la palabra al niño. «El fantasma, léase el síntoma, aparece como una máscara cuya función es la de ocultar el texto original o el acontecimiento turbador. La tarea del médico es descubrir la pregunta que el sujeto se está formulando sin saberlo; pero para ello debe aplicar el oído al lugar mismo donde surge la crisis»²⁰. Con lo cual queremos decir que no debe responder a la primera demanda de los padres cuando acuden a su consulta, como hace la psicología del yo. Ya se trate de un fracaso escolar o de una demanda de orientación o de alguna otra cosa por el estilo, hay que explicitar siempre lo que tales demandas ocultan y dar la palabra al niño atrapado en los fantasmas parentales. El síntoma es también considerado como una palabra, por medio de la cual el sujeto muestra de una forma velada, incomprensible en principio para él, su relación con el deseo. Y la escucha del deseo permite que el análisis no sea víctima de las demandas de la madre o del padre, que siempre intervienen en el plano de lo real, pero ocultan, bajo quejas aparentemente objetivas, sus propias carencias en el plano del deseo.

²⁰ M. Mannoni, *L'enfant, sa maladie et les autres*.

«Así, pues, los hombres maduros no experimentan jamás tanto horror como al ver a los no maduros. Soportan fácilmente el espíritu más destructivo a condición de que actúe dentro del marco de la madurez.»

GOMBROWICZ.

1. IGNORANCIA Y DESCUBRIMIENTO DEL NIÑO

Un paraíso perdido

El primer problema planteado por la psicología infantil es la relación entre el niño y el adulto, que éste vive, pero sobre todo piensa, de forma unilateral, ya que, como recuerda Wallon, «el niño sólo sabe vivir su infancia». Al adulto corresponde pensarla, aunque como vida «únicamente» vivida haya sido conocida también por el adulto. Así, se comprende que el niño se encuentre preso en una red de proyecciones de tipo adulto-mórfico, que son ambivalentes:

— La infancia es, a la vez, aquello que se rechaza, lo que no se quiere ya conocer, un estado en el que el ser humano es impotente e inmaduro, un período necesario pero carente de interés.

— Hay, sin embargo, otra imagen que coexiste con la anterior: la de la infancia como paraíso perdido, como mundo sin historia, de una perfecta felicidad a la que aspira, en definitiva, la vida adulta. El niño es, por tanto, el centro de los deseos, de las lamentaciones, de las esperanzas que el adulto va a tratar de resolver a expensas, evidentemente, del ser existente que es el niño.

El medio cultural y la infancia

Comprender al niño es una tarea que ha de pasar inevitablemente por la comprensión del lazo que le une a su mundo y, en particular, al adulto. Está en relación con un mundo que es primeramente el de la madre y después el del padre, para abrirse en seguida a la totalidad de las personas que le rodean; su propia llegada a la existencia, su acceso a una vida singular, no podrá realizarse sino en cuanto esté ligada a las relaciones que él mantenga con el mundo: mundo exterior, medio cultural y medio humano. El estudio de la psicología del niño nos lleva mucho más allá del estudio de una unidad aislada e independiente, puesto que nos revela un mundo, una cultura, una civilización entera que el niño recibe pero que no construye. Podemos decir, sin forzar las cosas, que por medio de la observación intensa de un niño cabría adivinar el sistema cultural que lo conforma (las relaciones parentales, el lugar de los hermanos, la función de la familia en la sociedad, etc.), lo cual demuestra que el niño está atrapado en un sistema que le va a imprimir su sello, que lo anexiona a un mundo materno y familiar y lo sumerge en su universo de fantasmas y de proyecciones. La psicología infantil nos revela cómo escapa y permanece a un tiempo prisionero de ese primer medio, cómo pasa de una pasividad puramente biológica a la constitución y al despliegue de un mundo propio. De ello se deduce que no es posible un estudio del niño si no remite al medio en que vive.

Un crecimiento mágico

El adulto suele representarse de formas muy diversas ese mundo que él mismo ha vivido. Cabe decir, incluso, que durante mucho tiempo ha ignorado voluntariamente esta etapa, ciertamente necesaria, pero carente de interés para él. La infancia significaba antes un período replegado sobre sí mismo, sin consecuencias para el adulto que iba a resultar de ella. Parecía como si se produjera una cierta ruptura entre un estadio inferior y la conquista, mediante ciertos ritos y costumbres, de otro estadio que no debía nada esencial al pasado. La historia del ser humano comenzaba, pues, con la edad adulta, la infancia dejaba al individuo virgen en cuanto a su constitución psicológica y no era más que un período que hay que pasar para conseguir la madurez psicológica. Es cierto que se reconocían los problemas de la infancia, particularmente en el campo de la escolaridad, pero se consideraban como pasajeros. Es fácil comprender, por tanto, que hayan sido los pedagogos los que, en contacto directo con los problemas de los niños, a quienes han tomado en serio, hayan exigido un mejor conocimiento de esos seres singulares. Rousseau escribía en el siglo XVIII, dirigiéndose a los maestros: «Aprendan a conocer a sus alumnos, pues no los conocen». Habría que esperar más de un siglo (Preyer, Hall, Binet) para que se aplicara esta fórmula al estudio del niño en general y no sólo al niño en período escolar. Es igualmente significativo que la obra de Freud comience por la observación y la comprensión de los enfermos adultos, y que sólo progresivamente empiece a interesarse por el estudio de los problemas psicológicos de la infancia. Sólo a partir de su hija, Anna Freud, y de Melanie Klein es cuando empiezan los psicoanalistas a ocuparse, por fin directamente, del mundo de la infancia. De la ignorancia se ha ido pasando, por tanto, poco a poco, a la observación intensa y a la acumulación de monografías, materiales que resultan imprescindibles para la constitución de toda ciencia. Sin embargo, el interés que se pone en una cosa no garantiza que se la comprenda de manera objetiva. Las observaciones realizadas por los primeros psicólogos infantiles dejan entrever una peculiar concepción del sujeto observado: de la misma forma que los occidentales describían a los primitivos con esquemas mentales elaborados por la cultura occidental, sin que pasara en absoluto por su mente el poner en tela de juicio ese examen (que algunos califican de colonialista), de igual modo, a través de las minuciosas y escrupulosas monografías que parecían querer compensar tantos siglos de negligencia, se dibujaba con toda naturalidad una cierta imagen de la infancia fuertemente teñida de adultomorfismo.

2. LA TIRANIA DEL ADULTO

La historia de la concepción del dibujo infantil

Tales concepciones consideran al niño como un adulto al que falta algo, en posesión de una conciencia semejante a la del adulto, pero que funciona peor. En este sentido, la psicología del niño es, con relación a la del adulto, lo que para muchos es la psicología patológica respecto a la psicología del hombre considerado normal, es decir, su defecto, un cliché en negativo. Pero se ignora, en este caso, el carácter positivo, original y singular de la conciencia infantil. Tomemos como ejemplo de tal forma de posición implícita de los psicólogos el caso del dibujo infantil. Aparecen tres actitudes al respecto:

—La actitud del hombre occidental hasta el siglo XX ha consistido en considerar sin interés el dibujo del niño, como si no le concerniera propiamente hablando.

—A continuación aparecen psicólogos que se interesan por las producciones

gráficas de los niños. Así, Luquet distingue diversas etapas, que se designan y cualifican con unos criterios basados en una específica concepción del dibujo en su relación con la realidad exterior por una parte, y por otra en su relación con un grado de habilidad técnica que sólo posee el adulto. El autor comienza por describir, en un primer momento, la etapa que llama «realismo fortuito», lo que significa que el niño reproduce lo real por azar; a continuación, trata de la etapa del «realismo malogrado», seguida por la del «realismo intelectual», etapa en la que el niño dibuja lo que sabe y no lo que ve. La cuarta etapa es la del «realismo visual», cuyo mejor ejemplo nos lo ofrece el adulto capaz de poner en perspectiva sobre una hoja de dos dimensiones lo que se percibe en tres dimensiones.

Tal descripción del dibujo infantil exige varias puntualizaciones:

—Los dibujos no son la copia de la realidad exterior. Se sabe que cuando las artes primitivas llegaban a esa fase es que se aproximaban a su final; la exactitud de la reproducción dominaba sobre las funciones de expresión y de comunicación vital con el mundo.

—Todas las etapas que Luquet distingue en la evolución del dibujo infantil están determinadas por un criterio único, el del dibujo en el adulto, y es más, en un adulto situado en un determinado momento histórico (comienzos del siglo XX) y en una determinada civilización (la occidental). La revolución cubista vendría a demostrar a los críticos de arte, pero no a los verdaderos artistas que ya lo sabían, que la creación artística no debe rivalizar con la reproducción fotográfica. El dibujo infantil era considerado, pues, como un negativo cuyo positivo sería el dibujo del adulto. Por tanto, es evidente que Luquet explica las producciones gráficas del niño por el descuido, la incapacidad sintética, etc. La verdad es que el dibujo infantil constituye una actividad que posee su propia positividad y especificidad, y hasta podríamos añadir que nos proporciona verdaderamente la esencia del acto de dibujar, lo que no podemos percibir en el adulto occidental presentado por Luquet, con una escolaridad específica ya terminada, y cuyo dibujo no expresa tanto el ser como el hecho, y sólo posee un valor representativo.

El niño se expresa

La relación con el mundo no es la misma en el niño que en el adulto. Este último se mueve en un mundo de objetos bien definidos y delimitados, de los que trata de hacer una transcripción lo más exacta posible; el espectáculo que reproduce es presentado, igualmente, desde un único ángulo. Los cubistas critican dicho convencionalismo e incorporan de esta forma el campo de la infancia. El dibujo del adulto sigue siendo una copia de un objeto tomado en un momento único de su historia.

El niño mantiene una relación con el mundo exterior en la que los objetos no están tan consolidados y fijos, sino que se comunican entre ellos, en un intercambio donde no cuenta ni el tiempo ni el espacio objetivos (de ahí los «errores» respecto al tiempo que le reprocha el adulto, y de ahí también la falta de «realismo»; cuando un niño dibuja una casa la presenta con todas sus fachadas expuestas sobre un mismo plano). Cuando un artista — por ejemplo Picasso — ha representado en un lienzo un rostro en todas sus expresiones, el adulto occidental ha tomado por una revolución «inhumana» la representación que él mismo había conocido en sus dibujos infantiles.

Si quisiéramos caracterizar esta oposición podríamos decir que el niño presenta el mundo en su fenomenalidad, puesto que todavía se comunica con él, mientras que el adulto representa, es decir, objetiva, el mundo en que vive, poniéndolo a distancia y situándose

frente a él. El niño vive su mundo mientras que el adulto, tal como lo concibe Luquet, se muestra en su dibujo como un espectador desligado del mundo que representa. En este sentido podemos constatar que la tiranía que ejerce la visión del adulto sobre el niño desconoce la forma infantil específica de ser-en-el mundo. El niño que dibuja es ya un ser enteramente existente, que participa en la humanidad de una forma original, y no es en consecuencia un adulto al que le falta aún alguna cosa. El adulto debe abandonar su egocentrismo, que con tanta facilidad atribuye al niño, si es que quiere llegar a conocer lo específicamente infantil.

Un resultado: el superadulthood

La confrontación adulto-niño, que consiste en comparar lo que el niño sabe y lo que no sabe hacer, lleva no sólo a verter sobre el niño nociones, conceptos y experiencias falseadas por la visión del adulto, sino también a presentarnos, a su vez, una imagen caricaturesca del adulto. Parece como si el psicólogo adulto, dotado de razón y de inteligencia, hubiese «cargado las tintas» sobre todo lo que sabe hacer para así contraponerse mejor a lo que el niño no sabe hacer. Esta es, precisamente, la crítica que ha realizado Pichon contra Piaget. De los trabajos de este último autor se desprende una imagen bastante convencional y extremadamente rígida del adulto: es mecanicista, determinista, en todos los terrenos; quiere definirlo todo. No tratamos en absoluto de rechazar todos los documentos y observaciones del psicólogo suizo, pero cabría preguntarse si no ha sido víctima implícitamente, inconscientemente, de ese adultomorfismo que acaba por volverse contra el propio adulto, de quien hace un cuadro mítico; de lo que, en psicología infantil, se ha llamado el superadulthood.

Una visión moral de la infancia

La deformación de la infancia por parte del adulto tiene también otro origen, de índole moral. Por razones morales se ha rechazado durante mucho tiempo el reconocimiento de las manifestaciones de tipo sexual en el niño. Por estar marcada la sexualidad con un signo negativo, parecía imposible que la infancia, que no es sino bondad y ausencia de pasiones, estuviera afectada por semejante manifestación. De nuevo nos encontramos la contraposición adulto-niño, con la diferencia de que en este caso la condición de adulto aparece con la calificación de impura, de definitivamente marcada por el mal, mientras que la infancia sería un período sin turbaciones, el momento de la inocencia. Fue precisamente Freud el que se atrevió a levantar ese cándido velo que recubría tal período de la existencia con su descubrimiento de que existe una fuerza de origen sexual que preside ya el destino del ser humano, y que la infancia no es de ningún modo un mundo sin crisis, ni el verdadero paraíso en el que no sucede nada. Freud revela toda una historia, toda una génesis, en el niño. Su acceso al estado adulto pasa por numerosos niveles, y cada paso no se efectúa de forma natural, sino por medio de crisis que significan paros momentáneos e incluso regresiones mediante las cuales se llega después a un estadio de desarrollo superior. Encontramos, por consiguiente, en la infancia conflictos, fases, detenciones, fijaciones, y en tal sentido ya no se nos muestra como un mundo simple, sino como un verdadero microcosmos que ofrece un campo de estudio extraordinariamente diversificado.

3. EL PROBLEMA DE LAS MENTALIDADES

La actitud contraria a esa tendencia natural del adulto a proyectarse en la realidad que estudia ha tenido en algunos investigadores tal resonancia, que han llegado a preguntarse si el niño no constituía un universo cerrado en sí mismo, donde los sucesos que allí se desarrollaran continuarían siendo incomprensibles para nosotros, los adultos. En otras palabras, ¿no será la «mentalidad infantil» completamente extraña, totalmente heterogénea, a la «mentalidad» del adulto? ¿Es la infancia un mundo inaccesible?

Hay que señalar que esta pregunta fue planteada en la misma época por Levy Bruhl (1857-1934) con respecto a la mentalidad primitiva y por Charles Blondel referida al enfermo mental. El primero había comenzado por afirmar que no podía haber comunicación con los primitivos, ya que su pensamiento obedecía a categorías diferentes. Entre ellos, por ejemplo, el principio de causalidad tiene poca relación con el nuestro: la flecha no mata por el efecto físico, sino por un poder sobrenatural («mana») del que se le ha revestido con anterioridad; por otra parte, los primitivos creen en una causalidad a distancia, que permite, por ejemplo, mediante la colocación de flechas cerca de las llamas, avivar las heridas causadas a un enemigo. Lévy Bruhl recogía gran número de hechos de este tipo en apoyo de su tesis. En la misma época Charles Blondel, por oposición a Ribot (que afirmaba la identidad entre el estado patológico y el estado normal en cuanto que el primero no era más que el engrasamiento del segundo) declaraba que el mundo del enfermo es para nosotros opaco e impenetrable. Y lo mismo suponía de la mentalidad infantil, que nos aparece tan distante de la del adulto: ¿no falsea nuestro examen sistemáticamente lo que descubre en el niño? Hoy el problema de mentalidad que se planteaba a principios del siglo XX ya no suscita en absoluto discusiones entre los psicólogos y etnólogos. Lévy Bruhl volvió sobre el tema en su conferencia de Oxford (1931) con afirmaciones nuevas: si existen diferentes mentalidades, éstas no son completamente ajenas a la nuestra, como lo prueba el que un «primitivo» puede muy bien aprender la lengua y asimilar la cultura occidental y viceversa; por otra parte, la mentalidad prelógica, caracterizada por la intervención de fuerzas mágicas, no es tampoco totalmente ajena a nuestra mentalidad: piénsese, por ejemplo, en los amuletos, en los objetos considerados como portadores de buena suerte y en los objetos de los que se piensa que curan toda clase de males; finalmente, en el niño occidental se encuentran creencias parecidas a las de los primitivos, como por ejemplo la posibilidad de actuar a distancia sobre las cosas nombrándolas.

Actualmente, en la psicopatología, el problema de la mentalidad del enfermo y del niño aparece unificado; queremos decir que, en ambos casos, es posible establecer contacto y entrar en comunicación con el enfermo y con el niño. Ciertamente, en el enfermo siempre queda una zona de desconocimiento radical, como en el caso de la esquizofrenia, pero se entra en contacto con él por el cuerpo o por medio de objetos; y en cuanto al niño, los psicoanálisis realizados por Anna Freud y Mélanie Klein demuestran la posibilidad de acceso a ese extraño universo del niño psicótico.

4. EL DOSSIER DEL PSICÓLOGO Y LA ORIGINALIDAD INFANTIL

Se puede extraer de este problema de las mentalidades primitivas, patológicas e infantiles, la conclusión común de que en todos los casos estamos en presencia de una diferencia, de un mundo que se descarta del nuestro a la vez que participa de él. El

problema es reconocer desde el principio este desfase, que según hemos visto fue ignorado durante mucho tiempo y después acentuado. Lévy Bruhl, influenciado quizá por los relatos de los exploradores y de los misioneros que se sorprendían principalmente de todo lo que difería de su propio universo cultural, pensaba que jamás podría superarse tal desfase. Por último, en patología se admite aún más explícitamente que el enfermo no es una persona a quien falte algo, sino que, como lo muestra Goldstein en *La structure de l'organisme*, es un ser capaz de reorganizar espontáneamente su mundo en función de sus propias expectativas y posee, por tanto, una manera específica de vivir el mundo. Por consiguiente, una vez reconocido tal desfase, hay que encontrar métodos que permitan captar el elemento diferente, conservando su entera originalidad: he aquí la tarea que ha emprendido Lévi-Strauss en Etnología, con su intento de alcanzar la universalidad del espíritu humano respetando, al mismo tiempo, todas las diferencias: «Si es posible conseguir una generalidad, ésta habrá de encontrarse en el seno de la diferencia misma¹ previamente a toda comparación, con lo cual quedará fundamentada sobre una base sólida». En el terreno de la psicología, el niño no debe ser considerado ni como semejante al adulto ni como absolutamente distinto, sino como esencialmente diferente, específico, polimorfo, como dice Freud. Lévi-Strauss emplea también a su vez la expresión «polymorphex culturel», con la que quiere significar que el niño no tiene, propiamente hablando, una naturaleza, sino que presenta una multiplicidad de naturalezas que la educación irá reduciendo poco a poco a una. No hay, pues, una naturaleza ni una mentalidad infantil, sino una multitud de posibilidades que serán actualizadas según el marco sociocultural en que se desenvuelva el niño. Se puede constatar cuan necesaria sería una sociología infantil que, como señala Zazzo², no existe aún prácticamente.

Las relaciones adulto-niño son, pues, posibles, pero exigen ser afrontadas con delicadeza. En el niño no hay una naturaleza eterna constituida de una vez para siempre, sino que fundamentalmente lo que existe es una relación siempre cambiante entre el niño y el marco social en el que se desarrolla. Por ello, en este campo el problema de los métodos, por medio de los cuales se acerca el especialista al niño, resulta crucial. Deberían ser dinámicos para adaptarse a la génesis del niño: los tests, por ejemplo, no valdrían más que para un cierto momento. Pues es un hecho que algunos tests, cuya finalidad es medir una facultad estable como la inteligencia, no «rinden» de la misma forma según las diferentes edades del niño, sino que son más exactos en un determinado estadio de desarrollo, lo cual nos demuestra que el material de observación debe ser pensado en función de un sujeto en constante reestructuración.

¿Cuáles son los distintos métodos que utilizan los psicólogos para conocer al niño?

— En principio, la observación atenta, que comienza en el siglo XIX: es la época de las biografías de unos niños atentamente vigilados desde su nacimiento. A dichos trabajos se entregaron sabios como Darwin, Preyer, Stern, etc.

— También aparecen a finales del siglo XIX los cuestionarios, en particular la encuesta de Hall de 1891, sobre el contenido del espíritu infantil.

— El test de Binet-Simon (1905) viene a proporcionar un instrumento de observación mucho más riguroso. Algún tiempo después:

— Las estadísticas permitirán una explotación matemática de los resultados.

— Por último, un poco más tarde, Freud nos proporciona, a partir de análisis

¹ Jean Pouillon, en *Raceethistoire*, cf. Cl. Lévi-Strauss, col. Médiations, p. 97.

² En *Conduite et conscience*, t. I, p. 22 (1954).

realizados con adultos, datos esenciales para una verdadera comprensión de la psicología del niño. Sin embargo, hay que subrayar que Freud no practicó jamás el análisis directo infantil, y que el del pequeño Hans³ se realizó a través de las notas que le aportaba el padre del niño. Los discípulos de Freud, su hija Anna y Mélanie Klein, aplicaron métodos opuestos para el psicoanálisis infantil, y así mientras la primera se comprometía en relaciones interpersonales con el niño, lo cual suponía la violación de la norma de neutralidad preconizada por Freud como base de toda práctica psicoanalítica, la segunda⁴, por el contrario, remontaba el obstáculo de la falta de palabra en el niño por medio de la técnica del juego (los enfermos disponían de diversos juguetes y el psicoanalista interpretaba los juegos del niño).

El tratado de Carmichael⁵ abarca siete elementos que permiten conseguir información por parte del psicólogo infantil:

- 1) El comportamiento presente del niño, incluido su rendimiento verbal.
- 2) Las producciones del niño, tales como los dibujos, las cartas, los cuadernos, etc., que constituyen documentos permanentes.
- 3) La documentación a partir de informes de la familia, de la escuela, de establecimientos oficiales, de higiene social, etc., incluidos los tests.
- 4) La introspección en el niño, que aunque no ofrece una gran seguridad para establecer hechos objetivos, permite, sin embargo, como se ha visto en el caso del psicoanálisis, una reconciliación del niño con su breve historia.
- 5) Los recuerdos del niño y del adulto respecto a su vida anterior.
- 6) Los recuerdos de la vida del niño conservados por las personas que han estado ligadas a él.
- 7) Las apreciaciones sobre los padres, los hermanos y otros familiares del niño, o sobre el medio, la cultura y otras condiciones en las que se desarrolla.

5. LA REFLEXION EN PSICOLOGIA INFANTIL

Una simple biografía no basta, sin embargo, para situar la psicología infantil. El psicólogo no puede creer en una recolección inocente de datos en el campo de la infancia, sino que con los numerosos materiales que posee debe resolver el problema de la selección y organización de los mismos. ¿Debemos distinguir fases, períodos, estadios, en la evolución del niño? ¿Con qué criterios se deben fijar dichos estadios? ¿Corresponden a una distinción real o sólo existen para el teórico? Es sorprendente constatar, al recorrer el monumento que constituye el *Manual de psicología del niño* en tres tomos, de Carmichael, que los problemas metodológicos, en el sentido de reflexión fundamental sobre el objeto que se estudia, ocupan muy poco espacio. Podría decirse, por el contrario, que la psicología infantil en Europa ha vivido sólo de los mencionados conflictos respecto a la concepción de la infancia, ya sea la polémica Wallon-Piaget, Mélanie Klein-Anna Freud o las investigaciones de Claparède, Rey, Binet, Luquet, Piéron y Bourjade. Se trata siempre de tentativas de esclarecimiento acerca de la esencia de lo infantil, de un intento de comprensión fundamental, en la que el método de acercamiento y estudio ofrece una visión ya orientada de la infancia. La Psicología norteamericana, tal como se nos muestra

³ *Cinq psychanalyses*, PUF.

⁴ *La psychanalyse des enfants*, PUF.

⁵ 1946, t. I, pp. 22-23.

en ese tratado, presenta un constante decir «objetivo» sobre el niño, pero no proporciona ningún elemento de comprensión. En su prefacio, Zazzo declara su decepción al respecto y por el hecho de que ningún autor europeo es citado por los psicólogos norteamericanos. Se trata de dos mundos cerrados el uno para el otro. ¿Cuál de los dos ganará? ¿Está ya al menos planteada la cuestión? ¿Será una psicología acéfala, incapaz de problematizar sus presupuestos, de criticar su punto de partida, su situación, su función y, sobre todo, el objeto de su estudio, la que triunfará en Europa? Lo que sí se puede temer es lo siguiente: ¿Qué psicólogo será capaz, en lo sucesivo, de partir de su especialidad para desembocar en una visión unificada, es decir, comprensiva, de su trabajo? ¿Se podría decir que las discusiones y divergencias entre Wallon y Piaget, a pesar de que a veces su incompreensión es un poco forzada, son inadecuadas para fundar una ciencia? Obras recientes como las de F. Dagognet⁶ han mostrado que los médicos y los psicólogos modernos se orientan cada vez más hacia una acumulación meramente cuantitativa de hechos, rechazando todo tipo de discusión llamada «filosófica» o fundamental. El interés de la obra de Piaget reside en vincular la observación rigurosa con una problemática sobre las estructuras del conocimiento: el psicólogo se desdobra en dicha obra en un lógico y en un epistemólogo. La obra de Freud, a pesar de las críticas que se le puedan formular en cuanto a falta de observación directa del niño, nos permite captar el sentido del pensamiento infantil. Resulta, por lo demás, sumamente significativo que unas obras aparentemente tan distintas como las de Piaget y Freud coincidan en muchos puntos referentes a la forma de concebir el establecimiento de las relaciones objetales, como han demostrado los trabajos de Th. Gouin-Décarie⁷. Los estudios de Spitz, inspirados en el psicoanálisis, han revelado igualmente los elementos fundamentales para comprender las relaciones madre-hijo⁸. En resumen, consideramos indispensable, en Psicología, que se ordenen las observaciones según unos principios estructurantes. Se hace necesario que la masa de material recogido encuentre su apoyo en un esqueleto teórico. La psicología infantil no puede ser una mera compilación de observaciones, sino que ha de instaurar una metodología que le permita organizar sus fundamentos. De esta forma escapará al positivismo seudocientífico, que presenta sus resultados como normas a inculcar, hecho que sucede en la Psicología norteamericana actual⁹.

BIBLIOGRAFIA

- AUBRY, J., *La carence des soins maternels*, PUF, 1955. BERGERON, *Les manifestations motrices spontanées chez l'enfant*, Hermann, 1947; *Psicología de la primera infancia*, éd. Miracle. MOLK, L., *Das problem der Menschwerdung*, 1926 (trad. fr. en col. Arguments, 1960).
- BRUNET, O., y LEZINE, I., *Le développement psychologique, la premier année de la vie de l'enfant*, PUF, 1957.
- BUYTENDIJK, F. J. J., *Traité de psychologie animale*, PUF.
- CARMICHAEL, *Mandai de psicología del niño*, éd. El Ateneo.
- DEBESSE, M., *La crise d'originalité juvénile*, PUF, *Encyclopédie Française*, t. VIII.
- FRAISSE, «Étude comparée de la perception et de l'estimation de la durée chez les enfants et chez les adultes», *Rev. Enfance*, 1948.
- FREUD, Anna, *El yo y los onecanismos de defensa*, editorial Paidós.
- FREUD, S., *Obras Completas*, ed. Biblioteca Nueva.

⁶ *La raison et les remèdes*, PUF, 1964.

⁷ *Intelligence et affectivité chez le jeune enfant*, Neuchâtel, Delachaux-Niestlé, 1962.

⁸ Incluso si sus posiciones son criticables, como se ha señalado en el capítulo anterior.

⁹ Cf. V.

GOUIN-DECARIE, T., *Intelligence et affectivité chez l'enfant*, Delachaux, 1962.

GRATIOT-ALPHANDERY y ZAZZO, R., *Traité de psychologie de l'enfant*, PUF, 1969, t. I. *Histoire et généralité*, t. 2. *Le développement biologique*.

GREEN, A., «L'objet (a) de J. Lacan, sa logique et la théorie freudienne», *Cahiers pour l'analyse*, n.º 3.

JAKOBSON, R., *Essais de linguistique générale*, éd. de Minuit; *Langage enfantin et aphasie*, éd. de Minuit, 1969.

JANET, P., *Les débuts de l'intelligence; l'évolution de la mémoire et de la notion de temps*.

KLEIN, M., *Psicoanálisis de niños*, ed. Hormé, Buenos Aires, 1964; *Contribuciones al psicoanálisis*, ed. Hormé; *Amor, odio y reparación*, éd. Paidós; *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, ed. Paidós.

LACAN, J., t. VIII de la *Encyclopédie française*. El deseo y su interpretación en «Las formaciones del inconsciente», ed. Nueva Visión (Buenos Aires); «Le stade du miroir comme formation de la fonction du Je», *Ecrits*, éd. Le Seuil.

LEBOVICI, S., «La relation objetale chez l'enfant», *Psychiatrie de l'enfant*, 1960.

LEBOVICI, S., y SOULE, M., *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, PUF, 1970.

MALSON, L., *Les enfants sauvages, mythes et réalités*, col. 10-18.

MANNONI, M., *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*, Gonthier 1965; *Le psychiatre, son "fou" et la psychanalyse*, Seuil, 1970, y las obras citadas anteriormente.

MERLEAU-PONTY, M., *Les relations avec autrui chez l'enfant*, C. D. U. (ed. cast.: *Dos relaciones del niño con los otros*. Facultad de Fil. y Letras de Córdoba (Argentina).

OSTERRIETH, P., *Psicología infantil*, ed. Morata.

PIAGET, J., *Seis estudios de psicología*, éd. Seix-Barral; *Le langage et la pensée*, Delachaux; *La formation du symbole*, Delachaux; *El nacimiento de la inteligencia en el niño*, ed. Aguilar; *Introduction à l'épistémologie génétique*, PUF, 1950. *Revista Enfance Aliénée*.

SAFOUAN, M., «Le phallus dans le rapport mère-enfant», inédito.

SPITZ, R. A., *De la naissance à la parole*, PUF, 1969; *No y Si*, ed. Paidós.

Vocabulaire de psychanalyse de Laplanche y Pontalis, PUF.

WALLON, *Les origines du caractère chez l'enfant*, PUF, 1949; *De l'acte à la pensée*, Flammarion, 1942 (tr. esp. en ed. Proteo); *L'évolution psychologique de l'enfant*, A. Colin, 1941; «Buts et méthodes de la psychologie», *Enfance*, enero del 63.

INADAPTACION Y REEDUCACION

«Durante días y semanas se obstinó en hacerle tocar y palpar, alternadamente, dos pequeños objetos: un alfiler y después una pluma... Pues no dudaba ni un instante que alguien estaría allí, en el fondo del abismo... El cuerpo parecía deshabitado... y un día, finalmente, vio cómo este impassible rostro de Laura se iluminaba en una especie de sonrisa.»

André GIDE.

La Symphonie Pastorale

«En el inicio del problema del retraso mental, el psicoanálisis, aunque no niega el papel del factor orgánico en muchos casos, no lo mantiene, sin embargo, como explicación radical. Todo ser disminuido *es* considerado, de entrada, como un sujeto que habla, un sujeto que, mediante su palabra, dirige una llamada, busca el hacerse comprender, se constituye, de cierta manera, en su relación con el otro.»

Maud MANNONI.

L'enfant, sa maladie et les autres

«Condenado a su debilidad tanto por la institución como por sus padres, el niño deficiente mental se encuentra frente a un rechazo inconsciente y generalizado. La raíz de ello está en el rechazo primordial de la madre, quien no admite que nadie se interponga entre ella y su hijo débil.»

Los dominios de la Psicología

PERSPECTIVA MEDICOSOCIAL DE LA INADAPTACION

«Desde hace un siglo la medicina realiza progresos innegables al descubrir miles de nuevas enfermedades.»
Louis SEUTENAIRE.

La inadaptación juvenil

La inadaptación juvenil ocupa un lugar de los más destacados entre los grandes problemas sociales de nuestro tiempo; está a la orden del día en los discursos de los políticos, en los periódicos, en la televisión. La opinión pública se muestra confusamente sensibilizada respecto a todo lo que se refiere a esta categoría social que es la inadaptación. En Francia, la ambigua toma de conciencia de estos últimos años significa, por una parte, que la sociedad y la colectividad comienzan a salir de su indiferencia, si no de su desprecio, pero también revela reflejos sociales de defensa, de malestar, es decir, de propaganda y explotación políticas del fenómeno. El término «inadaptado» está de moda, pero alude a preocupaciones muy distintas según se le asocie vagamente a la crisis de la juventud, a la droga, a los gamberros, a los neuróticos, a los monstruos, a los anormales, etc.

R. Lafond describe así al niño inadaptado: «Unas veces se trata de un joven a quien sus anomalías, la insuficiencia de sus aptitudes, su deficiencia general o su defectuoso carácter colocan al margen, o en conflicto prolongado, con la realidad o las exigencias del entorno según su edad y origen social». [...] «Otras veces se trata de un joven cuyas aptitudes y eficiencia son suficientes, y su carácter normal, pero cuyo medio no resulta adecuado a sus necesidades corporales, afectivas, intelectuales o espirituales». [...] «Finalmente, puede tratarse de un joven inadaptado o deficiente que vive en un ambiente de por sí inadecuado.» Vemos, pues, que a partir de la distinción de Lafond la inadaptación es entendida de un modo «objetivo»: por una parte significa una falta de madurez psicofisiológica y social, y en este sentido se refiere a la imposibilidad que tiene el niño de llevar a cabo un crecimiento normal, corriente, ordinario; por otra es concebida como la imposibilidad, por parte del medio, de aportar todo lo necesario a la expansión y desarrollo del niño. Por lo demás, las definiciones existentes, que las hay a cientos y basadas en diversos criterios biológicos, genéticos, psicológicos, médicos y sociales, resultan inadecuadas para abordar en profundidad este tema de la inadaptación juvenil. Sin embargo, las estadísticas siguen revelando, con la claridad y simplicidad de los datos, lo agudo del problema: cerca del 10 por 100 de la población juvenil de Francia debe ser considerada dentro de la categoría de inadaptada. Y estas mismas estadísticas prevén un considerable aumento del fenómeno en los próximos años.

En nuestra sociedad, cuando la opinión pública toma conciencia de dicho fenómeno lo aborda partiendo del desconocimiento: no ve en los inadaptados más que deformes, anormales, afectados por actitudes parasitarias. Son seres que hemos visto en la calle, en grupo, o cuyo rostro desagradable contemplamos en cualquier revista, o que conocemos vagamente porque alguno de ellos figura entre nuestros vecinos. Ese primer contacto fugaz, que nos produce cierta repugnancia y algo de angustia, es el que va a persistir

indudablemente en una opinión pública muy mal situada frente a la inadaptación. Pues parece como si la opinión pública mantuviera una postura de escisión entre el rechazo y la necesidad de tomar conciencia del problema para actuar a partir de una actitud caritativa: «Cuando un adulto se encuentra ante un semejante que no responde a la imagen preestablecida, oscila entre la actitud de rechazo y la de caridad... Todo ser humano que hace imposible, debido a su estado, determinadas proyecciones, provoca siempre malestar en el otro»¹.

Estadísticas de la infancia inadaptada^{2*}

La importancia de la población infantil y juvenil inadaptada de los cinco a los diecinueve años se ha determinado en Francia por medio de la comisión «Infancia inadaptada» que ha preparado el V Plan. Dicho Plan admite, como base de cálculo, una población juvenil de 12.300.000, que comprende el espacio de edad de cinco a diecinueve años, cuyo volumen total debe ser, según el I. N. S. E. E., más o menos constante en el transcurso del período 1965-1970:

«De una cifra total de 800.000 nacimientos en Francia podemos decir que nace y sobrevive como mínimo un retrasado cada veinte minutos, es decir, 75 cada día o 525 cada semana.»

No existen estadísticas oficiales respecto al número de niños inadaptados de cero a cinco años o de adultos de más de veinte años; se supone que el número de estos últimos es aproximadamente de 200.000. Por lo que se refiere a los deficientes mentales, si tenemos en cuenta las cifras establecidas por dicha comisión, cabe afirmar que hay 1.000.000 de individuos afectados (comprendidas todas las edades).

¿Quiénes son los inadaptados?

Ningún otro campo —exceptuado, quizá, el campo de la psiquiatría— puede ofrecer, como lo hace la psicopatología, tal cantidad de etiquetas y clasificaciones médicosociales para definir a la inadaptación. Esas etiquetas se multiplican, como ocurre con los frascos de una clasificación farmacológica, y los términos empleados en ellas no sólo no son humanos o poéticos, sino siquiera psicológicos. Cabe pensar que tal deficiencia en el lenguaje nosográfico constituye el reflejo de un determinado sentido de la inadaptación tal como la conciben la sociedad, los expertos clínicos, los médicos, los psicólogos, los administradores: mediante una etiqueta que se supone muy científica y racional, pero desprovista de todo sentido humano, la sociedad conjura el mal, un mal que se ceba en Francia sobre casi 1.200.000 niños para quienes ni la naturaleza, ni la herencia, ni la sociedad, han sido clementes. Términos tales como «idiotas», «imbéciles», «retrasados», «débiles», «tontos», evocan más la Edad Media («el tonto del pueblo») que nuestro siglo, y proporcionan las pinceladas del paisaje de la inadaptación, plagado de una cohorte fantástica y oculta de pequeños monstruos con rostros inexpresivos que sufren su destino en medio de una desgracia incomprensible e inaccesible. El mundo de los

¹ Maud Mannoni, *Le psychiatre, son fou et la psychanalyse*.

² En la revista *Nos enfants inadaptés*, UNAPEI, número extraordinario, 1968.

* Véase al final del tomo las «Notas explicativas al texto de la edición francesa», correspondientes al capítulo 3, H, letra (C), del revisor técnico.

Naturaleza de la inadaptación de los deficientes mentales	Porcentaje en relación a la población juvenil	Distribución de competencias		Número de estadios existentes			Evolución numérica de los inadaptados
		Educación	Asuntos sociales	Menos de 14 años	Más de 14 años	Total	
Débiles mentales simples	3 %	3 %	---	52.905	1.973	54.878	369.000
Débiles ligeros Trastornos asociados	0,55 %	0,25 %	0,30 %	7.992	4.992	12.984	67.650
Débiles medios	1 %	0,35 %	0,65 %	13.253	6.995	20.248	123.000
Débiles profundos	0,75 %	---	0,75 %	9.009	4.427	13.436	92.250
Retrasados profundos	0,25 %	---	0,25 %	---	---		30.750
TOTALES	5,55 %	3,6 %	1,95 %	83.159	18.387	101.546	682.650
Deficientes motóricos	1,175 %	0,70 %	0,475 %	3.639	2.820	6.459	144.525
Débiles sensoriales	0,157 %	0,12 %	0,037 %	7.017	3.614	10.631	19.311
Niños que presentan trastornos del comportamiento y de la conducta	5 %	---	---	8.968	21.310	30.278	615.000

Según las últimas estadísticas aparecidas hay en Francia 2.700.000 personas inadaptadas, físicas o mentales, o sea, más del 5 por 100 de la población total.

En 1970 (junio) se estima que hay 1.200.000 deficientes adultos, de los cuales 170.000 débiles mentales.

En los jóvenes (de 3 a 20 años incluidos), sobre un número de 14.000.000 se estima:

165.000 enfermos motóricos cerebrales y no cerebrales.

35.000 enfermos sensoriales (sordos, ciegos, etc.)

450.000 débiles ligeros.

250.000 débiles medios y profundos.

600.000 caracteriales.

Las plazas disponibles son muy insuficientes. Los establecimientos especializados sólo pueden acoger al 40,3 por 100 de los niños débiles mentales; respecto a los adultos, sólo el 2 por 100 de las necesidades son cubiertas.

(Fuente: Diario «Le Monde», 6-7 diciembre 1970)

inadaptados es un mundo cerrado, condenado al ostracismo por la sociedad, la cual se siente culpable por tener que soportar a unos niños que —piensa— constituyen un desafío a la pureza e integridad del género humano. El cuerpo médicosocial no ve otra solución —en principio para la sociedad, y de rebote para los niños— que convertir la inadaptación en un problema de higiene mental y social.

1. LOS NIÑOS DEFICIENTES FISICOS

Para caracterizar al deficiente físico la Organización Mundial de la Salud ha propuesto la siguiente definición: «Es todo niño que durante un período de tiempo considerable se encuentra en la imposibilidad, a causa de su estado físico, de participar plenamente en las actividades propias de su edad, relativas tanto a los campos social, recreativo y educativo como al de su orientación profesional.»

a) Deficientes motóricos.—En esta categoría se cuentan unos 400 individuos, menores de veinte años, por cada 100.000 habitantes. Su clasificación se basa en la noción de inadaptación y de educabilidad, y de ella es posible deducir cuatro grupos:

— Los deficientes que no tienen esencialmente afectadas las estructuras nerviosas y sí interesados principalmente los huesos, las articulaciones y las partes blandas. De ahí surgen las malformaciones o las monstruosidades, secuelas de enfermedades infecciosas, de heridas y traumatismos de importancia.

— Los deficientes que tienen afectadas las estructuras nerviosas periféricas; como, por ejemplo, el caso frecuente de la poliomielitis, de algunas parálisis obstétricas y de afecciones congénitas, así como de algunas heridas o traumatismos de los plexos nerviosos.

— Los deficientes que tienen afectadas las estructuras nerviosas centrales: así, las enfermedades motoras cerebrales, que con frecuencia son secuela de una encefalitis y de heridas, traumatismos o tumores, o también la degeneración de la médula, de la columna y sobre todo del encéfalo. El prototipo lo constituye la parálisis cerebral infantil.

— Enfermedades motóricas graves de tendencia evolutiva; así, por ejemplo, las miopatías y miotonías con debilitamiento físico. A ellas se asocia la enfermedad motórica cerebral con retraso profundo.

b) Deficientes sensoriales.—En primer lugar tenemos los deficientes auditivos, que integran dos grupos:

— Los sordos totales y sordomudos, cuyo número en Francia era de 22.000 el año 1957. Se considera como tales a quienes poseen un déficit superior a los 60-70 decibelios, no oyen la voz humana por fuerte que sea y no pueden adquirir el lenguaje, salvo que ya hablasen antes de sobrevenir la sordera;

— Los hipoacústicos o los diacústicos semisordos, cuya sordera se sitúa entre los 20-60 decibelios; pueden adquirir el lenguaje, pueden mejorar. Su número incluye el 5 por 100 de la población escolar.

Las consecuencias de la deficiencia auditiva se traducen normalmente en un retraso en la marcha, ligeros trastornos del equilibrio y, eventualmente, en un retraso del desarrollo afectivo y mental.

En segundo lugar, los deficientes visuales: en Francia se contaban 42.663 ciegos en 1946. Consideramos como tales a quienes no perciben las formas, el color o la luz, y a ellos se asimilan los que tienen menos de 1/10 de agudeza visual. Después vienen los deficientes visuales parciales o malos videntes, que presentan de 1 a 4/10 de agudeza visual; constituyen del 1 al 2 por 100 de la población escolar. Entre estas dos categorías se sitúan

los niños considerados generalmente como ciegos, pero que en realidad son deficientes que conservan restos visuales y resultan susceptibles de reeducación según que puedan o no orientarse, distinguir los colores, leer en negro o realizar dibujos.

Las consecuencias de la deficiencia visual pueden entrañar dificultades intelectuales, pobreza de vocabulario, confusión espaciotemporal, inmadurez práxica y gnósica, trastornos afectivos, pobreza de expresión verbal; pero es normal que a estas consecuencias acompañe, como compensación, la tenacidad, el espíritu de curiosidad y análisis, etc.

c) Niños enfermos crónicos.—Son los que sufren los trastornos siguientes:

— Afecciones respiratorias crónicas: tuberculosis pulmonar, asma, bronquiectasia. Los trastornos de adaptación consiguientes con específicos, dependiendo del tipo de la enfermedad crónica: inadaptación a la cura, inadaptación debida a la cura con secuelas de orden psicossomático o de tipo reactivo, etc.

— Afecciones cardíacas o reumáticas, congénitas o adquiridas: resultan deficientes en un 70/80 por 100 de los casos. Hay que destacar el caso de los niños encamados, el 30 por 100 de los cuales requieren un período de reeducación de seis a dieciocho meses en centros especializados.

—Otras enfermedades crónicas: afecciones sanguíneas, oseoarticulares, alérgicas, endócrinas, etcétera. También hay que incluir la debilidad física: niños enclenques, físicamente retrasados, afectados de enanismo o gigantismo, etc.

Los niños deficientes físicos plantean problemas, en primer lugar, de orden médico; la gravedad de la deficiencia se halla en función de su naturaleza, su origen, su duración y, en la mayoría de los casos, de la deficiencia funcional resultante. Sin embargo, el aspecto médico del asunto no hace más que confirmar el aspecto psicológico, centrado en la relación del niño con su enfermedad³, con el medio hospitalario o reeducativo, y su frecuente incapacidad para adaptarse al medio profesional, social y cultural. ¿En qué medida son educables, recuperables o utilizables en el sentido de que puedan ocupar su lugar en la sociedad?

2. LOS NIÑOS DEFICIENTES INTELECTUALES

El problema que plantea el definir a los deficientes intelectuales es una tarea sumamente difícil y depende de los criterios que hayan sido utilizados para definir la deficiencia, su gravedad y su nivel de educabilidad:

— El informe de la O.M.S.⁴ propone la siguiente terminología, basada fundamentalmente en el cálculo del C.I., o cociente intelectual⁵ (edad mental en función de la edad real) y en la que se conserva la terminología tradicional:

³ Cf. Cap. N.

⁴ Informe número 75 de la O.M.S., Ginebra, 1954.

⁵ Cf. Cap. C.

Terminología y C. I.	GRADO DE INSUFICIENCIA MENTAL			Caso límite
	Grave	Media	Ligera	
Terminología. .	Idiota	Imbécil	Débil	Poco dotado
		Imbécil Profundo Ligero		Débil ligero
C. I. . . .	0-19	20-49	50-69	70-80/90

Los norteamericanos, por medio de la Sociedad Americana de Psiquiatría, proponen los términos siguientes:

- Severa (insuficiencia profunda), para calificar a los grupos medios e inferiores, cuyo C.I. no pasa de 50;
- Modesta (insuficiencia media), para calificar al grupo superior, cuyo C. I. varía entre 50 y 80;
- «Mild» (insuficiencia ligera), para calificar a aquellos cuyo C. I. varía entre 70 y 100:

GRUPO INFERIOR	GRUPO MEDIO	GRUPO SUPERIOR
Idiota	Imbécil	Débil ligero
Dependiente	Semidependiente	Independiente marginal
Ineducable	Semieducable	
Caso institucional	Retrasado profundo	
Grado inferior muy profundo	Grado medio profundo	Grado superior moderado
C.I.:0-25	C.I.:25-50	C. I.: 50-75

En esta categoría de inadaptados lo dominante es la deficiencia mental independientemente de cualquier deficiencia física; el déficit afecta al nivel psíquico y psicológico, y la inadaptación resultante es, fundamentalmente, de orden escolar, cultural y relacional. Dicho déficit psíquico puede ser primario (retraso congénito, predisposición caracterial, constitucional, etc.) o secundario (trastornos del comportamiento por carencia educativa, perturbación familiar y social, etc.).

a) *Los deficientes intelectuales educables.* — Son los deficientes medios y ligeros, los cuales no suelen despertar de inmediato la inquietud de los padres. En un principio su comportamiento no difiere del de los otros niños, pero a la larga la deficiencia se hace manifiesta en función de las necesidades de la escolarización y la socialización. Binet y Simon consideran débil a «todo niño que sabe comunicarse con sus semejantes por la palabra y por escrito, pero que presenta un retraso de dos-tres años en sus estudios, sin que

tal retraso se deba a una escolaridad insuficiente»⁶.

Se piensa ahora, después de un control de tests y balances psicológicos, que estos niños tienen capacidad, gracias a las técnicas medicopsicológicas, pedagógicas y sociales, para responder a sus propias necesidades elementales y para integrarse, por medio de una profesión, en una vida social de tipo casi normal, aunque nunca dejan de necesitar un medio acogedor y reeducativo. Tienen un C. I. nunca inferior a 65, pero su techo es una edad mental de diez años, una vez cumplidos los catorce de edad. La Comisión francesa de nomenclatura de jóvenes inadaptados los define de la siguiente forma:

«El débil ligero o simple es un individuo cuya inferioridad intelectual es lo suficientemente ligera como para pasar desapercibida a los demás y obligar al clínico, que sospecha su existencia, a recurrir a medios especiales para demostrarla y evaluarla. En lo referente a su inteligencia, presenta una serie de rasgos que son los característicos de la estructura del pensamiento infantil anterior a los nueve-diez años: predominio de las funciones de adquisición sobre las funciones de elaboración; predominio del pensamiento sensoactorial, es decir, práctico y concreto, sobre el pensamiento lingüoespeculativo; dificultad para situarse en el punto de vista del otro, y también para tomar conciencia de las operaciones de su propio pensamiento. Desde la perspectiva del carácter cabe señalar: atención inestable, falta de juicio y de autocrítica, credulidad y sugestibilidad, vanidad, oposición y terquedad, irritabilidad.»

A estos niños se les aplica habitualmente los calificativos de «niños retrasados» o de «débiles medios o ligeros»; son niños que normalmente se destacan por una subeducación importante y por un C. I. inferior a la media. El examen de los mismos se orienta al estudio de la inteligencia, a la capacidad para adquirir conocimientos escolares y al análisis de su grado de madurez social. De hecho, su retraso o debilidad sólo pueden ser percibidos a través del desarrollo: únicamente al llegar a la adolescencia o al entrar en la vida adulta se distinguen del grupo social por su inmadurez⁷ tanto intelectual como social, y ello debido a las exigencias de la vida adulta y madura.

b) *Deficientes intelectuales semieducables*.—Se consideran como tales:

— Los niños deficientes que, gracias a una pedagogía y una educación especializadas, pueden mejorar y adaptarse profesionalmente, aunque siempre tienen necesidad de ser vigilados y protegidos en su medio de vida o de trabajo, o en ambos a la vez (asistencia de la familia, de una institución; empleo y trabajo protegidos, etc.). Su C. I. nunca resulta inferior a 50-55, y su nivel mental jamás llega a superar los nueve años a la edad de catorce. Padecen frecuentes trastornos físicos, psicomotores y sensoriales; sus funciones de elaboración están muy reducidas, pero tienen, sin embargo, la posibilidad de adquirir el lenguaje y la higiene personal, así como una escolarización muy elemental, pudiendo llegar a resolver problemas concretos complejos. Siempre se encuentran más o menos afectados por trastornos instintivos y afectivos, de maduración motora, praxica y gnósica.

3. LOS IMBECILES PROFUNDOS Y LOS IDIOTAS

Los diferentes grados de retraso mental se van escalonando desde el grado más bajo, el idiota, al inmediatamente superior, el imbécil. Binet define al idiota como «un niño que

⁶ Binet y Simon, *Les enfants anormaux*.

⁷ Cf. cap. G.

nunca puede llegar a comunicarse con sus semejantes por medio de la palabra, es decir, que resulta incapaz de expresar verbalmente su pensamiento ni comprender el pensamiento verbalmente expresado por otros, siempre que no existan trastornos de audición ni de los órganos fonatorios que expliquen esta pseudoafasia, enteramente debida a una deficiencia intelectual. Si tenemos en cuenta que un niño de dos años puede comprender la palabra de otro en orden a sus más simples necesidades, se verá entonces lo fácil que resulta la distinción entre un idiota y un normal»⁸.

Doll y Binet clasifican también como retraso mental a la imbecilidad. Pero mientras Binet insiste en el déficit intelectual lingüístico y cultural, Doll, por el contrario, completa esta definición mediante indicaciones relativas a la madurez social: «Los imbéciles son los capaces de aprender a hacer frente a sus necesidades personales, a protegerse contra peligros normales y a realizar, bajo vigilancia, simples tareas rutinarias. Pero resultan incapaces de sacar un provecho apreciable de la enseñanza escolar o de adquirir algo más que una habilidad profesional muy elemental. Para muchos, los imbéciles se hallan a medio camino entre los idiotas y los débiles. Saben expresarse verbalmente, pero sus ideas son muy pobres. Son muy negativos y sólo llegan a ser útiles si están bien dirigidos. Poseen escasa capacidad de iniciativa. Su carácter es dulce más que agresivo o pleiteador. Presentan un desarrollo mental que concluye normalmente a los diez o doce años al llegar a una edad mental de Binet de tres a siete años inclusive. Alcanzan la madurez social generalmente a los quince años, con una edad mental oscilante entre los cuatro y los nueve años»⁹.

Los imbéciles profundos y los idiotas tienen un C. I. inferior a 0,35 y no superan la edad mental de cinco años a los catorce de edad. Son enfermos mentales muy profundos, cuya vida de relación resulta reducidísima; no caminan ni hablan, y sus facultades afectivas y motoras son casi nulas. Sólo poseen capacidad para algunas adquisiciones de memoria y para un cierto adiestramiento. Este es el caso de los idiotas. En cuanto a los imbéciles profundos, están más evolucionados: son capaces de adquirir el lenguaje y la higiene personal, pero no la escolarización; su pensamiento es intuitivo.

Hasta ahora los imbéciles y los idiotas eran considerados como ineducables, pero el perfeccionamiento de las técnicas educativas ha permitido que actualmente se consigan ya notables progresos, en muchos casos, si son tratados a tiempo.

Respecto al número de deficientes intelectuales existentes en Francia resulta muy difícil presentar estadísticas, pero basándonos en los estudios de Heuyer, Piéron, Mme. Piéron y Sauvy, que orientaron la elaboración del II y III Plan en favor de la infancia inadaptada, podemos adelantar las cifras siguientes, relativas a la población juvenil de cinco a diecinueve años¹⁰:

— deficientes profundos: de 50.000 a 80.000, o, lo que es lo mismo, del 0,50 al 0,75 por 100 de los jóvenes; de este porcentaje la mitad son idiotas;

— deficientes semieducables: alrededor de 180.000, o sea, el 1,75 por 100 de la población de la edad consignada;

— deficientes educables: alrededor de 200.000, o sea, el 2 por 100 de la población referida.

— Total: 450.000 niños, o sea, el 4,3 por 100 de la población francesa comprendida

⁸ Binet y Simón, *Les enfants anormaux*.

⁹ Doll, artículo citado, p. 1348.

¹⁰ Heuyer, Piéron, Mme. Piéron, Sauvy, *Le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire*, PUF, 1950.

entre los cinco y los diecinueve años son deficientes intelectuales. La misma proporción se observa en los demás países, ya que la O.M.S. estima un porcentaje global del 4,5 por 100. El doctor Claude Kohler señala que hay tres niños deficientes intelectuales por cada dos niñas afectadas por la misma enfermedad¹¹.

4. LOS CARACTERIALES Y LOS DELINCIENTES

Las estadísticas

También el tipo de estadísticas sobre los delincuentes resultan muy difíciles de establecer, ya que están en función del grado de previsión de la sociedad considerada, previsión que se establece mediante un archivo jurídico y médicosocial. Respecto a dichas estadísticas hay que tener siempre en cuenta el grado de tolerancia que tal sociedad admite: según sea este grado, un acto de fuga momentánea o de robo menor será o no considerado como acto delictivo. El informe anual de la Dirección de Educación Vigilada de Francia relativo al año 1958 ofrece las cifras siguientes:

— En 1958, 18.000 jóvenes menores de dieciocho años (16.865 muchachos y 2.035 muchachas) fueron juzgados en la metrópoli; de ellos, 3.339 tenían menos de trece años, 6.550 contaban de trece a dieciséis años y 9.002 de dieciséis a dieciocho años. Comparando estas cifras con las de años anteriores se observa de 1939 a 1942 un aumento de 12.165 a 34.781; después, una disminución progresiva hasta 1954; posteriormente, un aumento regular de 1954 a 1958. Este último aumento resulta del 15,5 por 100, superior al aumento de jóvenes de ocho a dieciocho años en el transcurso de este período (4,6 por 100). Se da el mismo fenómeno en los jóvenes vagabundos y en los delincuentes; 2.084 en 1958 (1.067 muchachos y 1.107 muchachas) contra 1.811 en 1957. Por lo demás, 5.138 menores de un total de 23.540 fueron internados en centros especializados, o sea, el 22 por 100. Hay que añadir que los correctivos familiares (demandas de las familias para educar a sus hijos), que eran de 2.442 en 1957, pasaron a 2.656 (1.335 muchachos y 1.321 muchachas) en 1958¹².

El niño caracterial

Para definir al caracterial, los médicos y los psicólogos se encuentran con mayores dificultades que en el caso de los deficientes mentales: trastornos de conducta, de comportamiento, de carácter, son conceptos que se asemejan, pero que no son sinónimos.

G. Heuyer, en su *Introducción a la psiquiatría infantil*, define el carácter como un «conjunto de tendencias emotivo-afectivas, hereditarias o adquiridas, que regulan las relaciones del individuo con las condiciones del medio»¹³. En dicha obra cabe encontrar tres precisiones sobre el carácter que responden a las exigencias de la patología:

— Innato, de origen constitucional: es el conjunto de tendencias procedentes de la herencia o de origen congénito, adquiridas en el útero. Es, pues, el carácter que se tiene desde el nacimiento.

— Dependiente del medio: carácter formado por la educación, en el que se incluyen las cualidades morales y psicológicas, y que constituye la personalidad adquirida. Se

¹¹ Claude Kohler, *Deficiencias intelectuales*, ed. Miracle.

¹² Los autores se excusan de la escasa actualidad de estas estadísticas, que tienen simplemente un valor indicativo.

¹³ Cf. cap. E.

pueden considerar como factores componentes de la estructuración del carácter los económicos, los sociales, los familiares, los culturales, los geográficos, las relaciones intersubjetivas y los pedagógicos y de escolarización.

— Carácter en sentido amplio: de qué forma ha reaccionado y reacciona una personalidad en el curso de su historia, y en relación con su medio frente a las exigencias del proceso de maduración, mediante un comportamiento específico que la caracteriza como tal. Se trata de una perspectiva genética y, sobre todo, psicológica.

El perfil caracterial

Los trastornos del carácter o de la conducta no afectan, como en el caso de los deficientes, a las capacidades ni a la integridad física, mental o intelectual del caracterial. Los trastornos del carácter son fundamentalmente de orden relacional y social, y se refieren en realidad al medio social y psicológico del individuo.

Hay que destacar:

— Los trastornos de temperamento y de comportamiento. Se trata de niños inestables, difíciles, hiperemotivos, ansiosos, coléricos, vanidosos, agresivos, medrosos, embusteros, etc. Los trastornos son constantes o específicos de una situación ante la que el individuo reacciona de un modo habitual y constante. Dichos trastornos aparecen también en individuos normales, pero el caracterial los acentúa y los vive de manera muy intensa, como consecuencia de unos rasgos de conducta considerados ya anormales, ya a veces abiertamente patológicos. El caracterial es un desviado en la medida en que se desvía de un comportamiento habitual de la sociedad. Esos trastornos de comportamiento y el desvío señalado entrañan, con frecuencia, irregularidades en el campo de la emotividad y de la afectividad, e igualmente en el campo imaginativo e intelectual.

— Los trastornos relacionales debidos a la infancia: los trastornos del comportamiento pueden manifestarse en el plano motor (caso del niño que padece inestabilidad) o con trastornos alimenticios, esfinterianos, enuresis, alteración del sueño, y en el plano afectivo: acción de plegarse al entorno o, por el contrario, reacción violenta y agresiva al contacto, con rechazo sistemático del otro, etc. Estos trastornos relacionales constituyen, por regla general, el resultado de un mal proceso de maduración: los caracteriales se encuentran normalmente fijados en un nivel determinado de su desarrollo o en un período infantil de la constitución de su personalidad¹⁴. Cabría resumir lo anterior señalando la existencia de una inmadurez que impide al individuo un comportamiento relacional adaptado.

— Los trastornos sociales debidos al medio. Se observa con frecuencia que los caracteriales han vivido en un medio familiar y social difícil: parejas desunidas, padre brutal o alcohólico, dificultades económicas y financieras, carencias afectivas, etc. Existe una relación entre la constitución caracterial y el medio social y familiar donde se desarrolla la personalidad, sin que muchas veces ese medio constituya una causa directa y necesaria, pues no todos los niños de medio social y familiar difícil terminan siendo caracteriales y, por otro lado, existen muchos caracteriales que no proceden de medios difíciles.

Resulta posible afirmar, por consiguiente, que las causas concurrentes en el desarrollo de una personalidad caracterial son diversas:

¹⁴ Cf. cap. K.

- causas fisiológicas, referidas al sistema nervioso y endocrino;
- causas psicológicas, referidas a una constitución innata y estructural;
- causas psicosociales, referidas a la relación entre el niño y un medio difícil.

Estos tres tipos de causas pueden determinar tres tipos de personalidad caracterial, según que la causa principal sea la fisiológica, la psicológica o la social, y dichos tipos exigen asimismo un modo específico de educación y tratamiento: terapéutico, medicamentoso, psicoterapéutico o terapia de grupo. En muchos casos, el trastorno caracterial va acompañado de un germen neurótico o psicótico¹⁵.

La delincuencia juvenil

Bajo esta categoría se agrupan una multitud de jóvenes, la mayoría de ellos menores, que presentan en común el hecho de plantear problemas médicos, sociales y legales. Son niños o adolescentes cuyos actos delictivos suponen un comportamiento desviado respecto a la ley, ya sea ésta moral, social o familiar. Su principal problema consiste en la inestabilidad y la perturbación afectiva precoz, lo que hace muy difícil su adaptación social; por ello llegan, como consecuencia del delito o del acto antisocial, a caer en el ámbito de actuación de la Policía, los tribunales y los centros de reeducación. Las formas de esta delincuencia son muy diversas: robos (sobre todo por parte de los chicos), denuncia calumniosa, delitos sexuales (sobre todo por parte de las chicas), agresiones a golpes con heridas, incendios, homicidios. La delincuencia juvenil alcanza su cota más alta durante la pubertad, con un máximo de extensión y gravedad a los dieciséis años. Pero entre los siete y los doce años es más importante de lo que se piensa, aunque después, entre los doce y los trece, baja.

A nivel jurídico, un niño puede ser citado ante los tribunales franceses cualquiera que sea su edad. Sin embargo, la legislación francesa de 1912 postula que si bien el niño de trece años es ya capaz de discernimiento, la mayor edad penal no se alcanza hasta los dieciocho. Una vez dictada sentencia seguida de medidas represivas, con consecuencias penales y reeducativas, éstas pueden prolongarse hasta que el interesado alcance la mayoría legal de veintiún años. Vemos, pues, que la sociedad se protege del peligro de la delincuencia restringiendo la libertad del menor y limitando el derecho educativo de los padres, de modo que el delincuente se halla a la vez bajo tutela jurídica por mediación del juez tutelar y bajo tutela estatal a través de la Dirección de Salud Pública (casas de reeducación, asistencia social, medicina social).

El delincuente no plantea problemas psicológicos específicos distintos a los que plantea el caracterial o el inestable; por tanto, debemos abordar este tema de la delincuencia juvenil desde un punto de vista social y sociológico. Hace años, el diagnóstico psiquiátrico o psicológico tenía un carácter estático o inmutable: la delincuencia era una perversión constitucional y la manifestación de un carácter antisocial. Para la opinión pública, el delincuente es el «fracasado», el «gamberro», el «organizador de líos» que pone en peligro el orden social establecido y que por ello merece el castigo; de ahí el carácter eminentemente represivo que conservan, aun en nuestros días, la justicia y las instituciones de reeducación referidas a los jóvenes. Hay algunos progresos en materia de reeducación y de legislación infantil, pero en nuestra sociedad industrializada lo cierto es que la delincuencia progresa constantemente, sin que se estudie la estructura social y sin que se

¹⁵ Cf. cap. K.

denuncien las causas económicas, etc., del fenómeno. De esta forma, los médicos, los psicólogos, los educadores, se convierten, quieran o no, en los conservadores de una situación, pues como consecuencia de la delincuencia se crea la posibilidad de la marginación social y legal de una parte de la población juvenil, y esta marginación se ve reforzada, a su vez, por el sistema jurídico y reeducativo que ha de actuar en la represión del delito.

LA DEBILIDAD MENTAL DISCUTIDA

«—Me duele la cabeza...

—¿Dónde? Enséñame dónde te duele la cabeza.

—Aquí...—y mostró su muslo cerca del ano.

—¿De quién es la cabeza que está ahí?

—De mamá...

Esta respuesta dejó estupefactos a los padres presentes.»

Maud MANNONI.

1. LA OBSERVACION Y EL DESCUBRIMIENTO DE LOS NIÑOS INADAPTADOS

Una de las tareas que se ha impuesto la sociedad respecto a la infancia inadaptada es la de la prevención mediante la higiene mental y social. Antes del período de la actual organización, el niño inadaptado vivía recluido, alejado de toda actividad social y de toda relación. Era el «idiota del pueblo», el «atrasado», el «loco», al que se trataba de evitar o se desconocía, según su peligrosidad. Actualmente, con el desarrollo de la medicina infantil para inadaptados y de los institutos de educación especializada, el niño inadaptado tiene la posibilidad de ser acogido por diversos servicios médicosociales. Pero las familias dudan aún en confiarles sus hijos y someterlos a un examen médico y psicológico. Veremos posteriormente el significado de tal conducta por parte de los padres, que se convierten así en cómplices inconscientes de la enfermedad de los hijos.

El descubrimiento

El descubrimiento de los trastornos puede hacerse en el propio seno familiar por los padres, el médico de la familia o el asistente social del sector. Puede que se haga en el medio escolar por la maestra del jardín de infancia, por el maestro o, fuera ya del marco familiar, por la Policía. Tan diferentes descubrimientos tienen consecuencias importantes, ya que el niño entrará en instituciones diferentes, con métodos y fines educativos que en nada se parecen. Así, un niño ligeramente débil mental entrará en un instituto medicopedagógico si ha sido descubierto en la consulta de higiene mental; si el descubrimiento ha tenido lugar en la escuela, será orientado hacia clases de perfeccionamiento; y si es descubierto por la Policía, será confiado al juez de menores, que lo encomendará a su vez a una institución de educación vigilada. Del lugar en que se descubra su debilidad dependerá el porvenir del niño, y sólo por azar será llevado a una institución u otra. El carácter mal organizado y poco sistemático en la prevención entraña, con frecuencia, una pésima orientación pedagógica y terapéutica de los niños inadaptados. Es necesario, por tanto, descubrir en seguida sus deficiencias y las del ambiente, así como los factores de orden médico y psicológico de la inadaptación, para orientar al niño y llevar a cabo lo más pronto posible el tratamiento médico, la psicoterapia pertinente y la educación especializada deseable, a fin de que el deficiente no se estanque en una

cronicidad de la que le sería muy difícil salir. Para orientar a un niño inadaptado es necesario hacer un balance clínico y psicológico completo desde su nacimiento, desde los primeros meses de vida.

El historial clínico

¿Cuáles son los elementos constitutivos del historial que sirven de criterio de diagnóstico? He aquí una descripción del doctor Long:

— Condiciones, circunstancias y motivos del descubrimiento.

— Informe familiar y social: antecedentes familiares (abuelos incluidos) y personales (embarazo, parto, nacimiento, primer desarrollo, crecimiento, enfermedades), ambiente intelectual, socioeconómico, conflictos familiares eventuales; comportamiento habitual del niño desde su primera infancia, sus diversos ambientes y la historia personal con sus incidencias; finalmente, sus gustos, actitudes, deseos y «hobbies».

— Informe pedagógico: historia escolar, aptitudes, comportamiento habitual con los maestros y compañeros, causas de las ausencias de clase, etcétera.

— Examen psicológico: nivel mental mediante la utilización de un test verbal, tests de «performance» o proyectivos, nivel escolar y a veces nivel motor.

— Examen médico y entrevista psiquiátrica, que se realizará en primer lugar sobre el niño desnudo, anotando su estado general, sus dismorfias o enfermedades, el biotipo dominante, así como el resultado del examen visceral neurológico, psicomotor y sensorial, y la existencia eventual de trastornos de lenguaje, de gnosias y praxias, y de la estructura temporoespacial; dicho examen analizará también su base mental, los conflictos dominantes, los elementos subyacentes a su estructura psíquica, los modos de reacción y contacto, y se completará mediante entrevista con la familia.

— Pueden resultar necesarios algunos exámenes complementarios: examen motor o verbal, pruebas psicológicas o pedagógicas, audiogramas o electroencefalograma, informe judicial, numerosas entrevistas, etc.

Sólo cuando se haya realizado el examen completo podrá darse un diagnóstico y un pronóstico. Si los trastornos son superficiales y pasajeros, bastarán simples consejos o determinados medicamentos; si, por el contrario, son profundos y duraderos, entonces serán necesarios diversos tratamientos terapéuticos: tratamiento médico, psicoterapia, reeducación, internamiento prolongado. A veces el examen efectuado en una o dos consultas se muestra insuficiente, y entonces conviene confiar al niño a un servicio de observación por un tiempo más o menos largo (observación en un centro hospitalario, observación en un medio abierto con un equipo médico-psicosocial).

2. ANALISIS DE LOS NIÑOS INADAPTADOS

Podemos observar que, a través de los diferentes medios con que puede descubrirse, la debilidad mental ha sido abordada por los juristas, por los administradores de los centros o por los responsables de las instituciones. Se trata sobre todo de un acercamiento formal, jurídico, legalista y pragmático, que tiene por finalidad el proveer a la sociedad de los medios para su propia defensa. De esta forma se desemboca en el aislamiento y la objetivación de la debilidad, cuya misma presión mantiene al débil en su debilidad porque se piensa que nada tiene que decir. De ahí la extraordinaria proliferación de tutelas, vigilancias, control e instituciones que hablan y actúan en nombre del débil, y que terminan

por no conocer que el débil tiene en su silencio su propio lenguaje y su propia subjetividad, a partir de la cual despliega el sentido de su deficiencia y de su enfermedad. El archivo jurídico-administrativo concerniente a los niños inadaptados revela que la institución, por su excesiva categorización y su manía de clasificación, mantiene al débil en un silencio que le impide invocarse a sí mismo e invocar al otro, y hacer lo mismo con su mundo. Su historia es una serie de etiquetas, de controles de sus gestos y de sus actos, de serios y graves informes médicos y psicológicos. Es el «caso del débil, caracterial, idiota, retrasado» al que la sociedad quita, sin saberlo, toda posibilidad relacional; he aquí una de las dimensiones de la institución en cuanto al débil y a la infancia inadaptada en general.

Una alienación sutil

Otro tipo de alienación más sutil, ya que toma la forma de la verdad y del saber médico, pesa permanentemente sobre la inadaptación y la debilidad, y sobre todo pesaba en los siglos pasados, en los siglos de la luz racional e intelectual (desde el Renacimiento hasta el siglo XIX), que no supieron mirar de frente la debilidad mental porque ésta representaba lo otro, lo sin sentido y lo irracional, pues la locura era como el cuerpo: ininteligible, sin méritos, sin conocimiento. Pero el siglo XIX la compensaría de haber tenido que sentarse en el banquillo, gracias a la conceptualización y racionalización, a través de la ciencia médica y psiquiátrica, de todos los trastornos de la locura y la debilidad. Remitimos para este tema a las magníficas obras de Michel Foucault, de Jacques Lacan, de Maud Mannoni, y, en cierta medida también, a las de Binswanger sobre la historia y el significado de la locura, en las que se encuentran investigaciones analíticas, lingüísticas y existenciales a través de las cuales se intenta reinstaurar al sujeto en su debilidad, precisamente en el punto donde puede decirnos algo; es decir, se le sitúa frente a «su palabra, que determina una verdad que le es ocultada, velada, o que ya no le pertenece». Porque el débil ha sido desposeído de sí mismo y el médico, abandonando su función como tal, se ha erigido, a partir de su ciencia, en organizador de esta verdadera prisión que eran, y que son aún parcialmente, los hospitales psiquiátricos y los institutos de reeducación. No se trata de negar la abnegación, la competencia y la buena voluntad del cuerpo médico, sino de revelar qué papel exacto ha jugado frente a la debilidad mental: qué estructuras hospitalarias, pedagógicas y sociales ha producido sin ser consciente de ello, y cuyo resultado han sido formas camufladas de ignorancia y de represión que impiden realizar una terapia que dé la palabra al retrasado y a su debilidad. Lo que han intentado es dominar la debilidad por procedimientos seudocientíficos, pero no se han esforzado por encontrar el sentido de la relación médico-enfermo¹ en un proceso auténticamente terapéutico. Actualmente, gracias al psicoanálisis y a la investigación pedagógica, los médicos comienzan a abrirse a la psicología del débil, aunque desgraciadamente en su diagnóstico invocan más una psicología experimental y estadística que una verdadera psicología de las profundidades, es decir, una psicología fundamental.

Represión y tecnocratismo

La utilización de test de nivel de edad mental y de cociente intelectual constituye, una vez más, un método ambiguo en extremo, puesto que consiste esquemáticamente en

¹ Cf. cap. M y cap. B.

poner en manos del médico unos medios técnicos más precisos y racionales que definen al débil como aquel que se encuentra más bajo, por debajo de la media: el que carece de tal capacidad, de tal aptitud o de tal nivel de desarrollo mental, corporal, motor, verbal, etc. Pero por técnica y científica que parezca esta constante referencia del cuerpo médico a la psicología empírica y experimental, deja siempre escapar en el examen efectuado, habitualmente negativo, la historia del niño y de su enfermedad. Los conceptos de maduración, de nivel de desarrollo, de madurez moral y física² son inadecuados para comprender el problema del retraso mental. Es necesario denunciar la extraña complicidad de algunos médicos y psicólogos a quienes la práctica social y cotidiana de la psicología experimental les proporciona los medios modernos y tecnocráticos para una nueva forma de alienación de los retrasados mentales: el suyo es realmente un balance muy pobre para este sector de la actividad médica, que por otra parte goza hoy en día de tanta consideración.

Pero sobre todo es la muerte de la psicología de los débiles lo que los psicólogos causan cuando se limitan a hacer tests, a amontonar niveles de edad mental y a dar a las instituciones de reeducación esos ridículos informes psicológicos y esas pobres síntesis. La función del psicólogo en los establecimientos para niños inadaptados debe tener un significado fundamental y permanente que no se reduzca al consabido «métome-en-todo» psicológico, sino que debe constituir un recuerdo constante y cotidiano a los médicos, a los educadores y a todos los que gravitan en torno a la institución y dentro de ella, de que el débil no es un objeto experimental del saber médico o pedagógico, sino que posee su propia palabra y su propia verdad, cuya ardua búsqueda es el único fin de la medicina y de la terapéutica.

3. LOS FANTASMAS MATERNOS Y EL NIÑO DEBIL DE NACIMIENTO

Una enfermedad fatal

La situación del débil aparece de buenas a primeras ligada a lo que se llama la organicidad de su enfermedad, sobre todo por lo que se refiere a los retrasados graves y a los mongólicos. Esta causa de la enfermedad, planteada como orgánica y genética, le da un carácter de incurabilidad y fatalidad: el niño es declarado por el cuerpo médico como irrecuperable, aun en el caso de que la madre vaya de consulta en consulta con la esperanza de discutir el diagnóstico dado como definitivo. Ya desde la cuna el niño comenzará, pues, a sufrir su destino, y se convertirá en un asiduo de las consultas médicas y posteriormente psicopedagógicas. Desde entonces su existencia queda trazada, sin que jamás se pueda discutir o problematizar el carácter de esa debilidad, sino que, por el contrario, los diferentes diagnósticos, la medición del nivel de su desarrollo mental y todo lo que la institución le dará en su vida posterior sólo le servirá para confirmar el carácter estático y definitivo de su situación. Sin embargo, la cuestión fundamental sigue siendo la de saber si la debilidad procede de una causa orgánica o si no será más bien el resultado de la historia de un niño que es mantenido en su debilidad.

Recientes investigaciones tienden a mostrar que lo imaginario es el resultado de una integración recíproca del cuerpo y del lenguaje; de ahí que el hombre carezca de centro o esté descentrado por su situación entre el cuerpo y el lenguaje. En el niño, el acceso a la

² Cf. cap. G.

palabra y al lenguaje marca la imposibilidad del retorno al cuerpo, en particular al cuerpo de la madre³ como lugar seguro y estable. El lenguaje protege de la regresión, siempre posible, a las formas de vida corporal de los primeros meses de desarrollo del niño. Ahora bien, el aspecto fundamental del débil, subrayado por los psicólogos y por los médicos, es justamente esta ausencia del lenguaje, esta ligazón con el cuerpo de la madre, de la que no puede desprenderse para nacer y existir como subjetividad. Se trata de un análisis parcialmente válido por lo que se refiere al origen de la psicosis en el niño. Queda, pues, por saber por qué es imposible al débil el acceso al lenguaje, y si el cuerpo materno no constituye, quizá, un punto esencial en su debilidad. Se trata de averiguar si en las relaciones madre-hijo débil existen estructuras de orden relacional que constituyan la génesis misma de la debilidad. En tal sentido, el carácter orgánico de la debilidad aparecería como secundario, y sería así posible llegar a una comprensión de la misma en su propio mundo, es decir, a una psicología de la debilidad.

Los fantasmas maternos

Lo imaginario se sitúa y se enmarca generalmente, según Lacan, en los fantasmas primitivos, es decir, en el lenguaje corporal que resulta de los deseos de la madre. Los fantasmas forman el primer núcleo del sentido y la estructura profunda del comportamiento humano, y particularmente lo imaginario, que constituye un modo fundamental de existencia en el débil. Este modo de existencia por lo imaginario introduce una modalidad sumisa y pasiva, que si permanece llega a tomar el carácter de un encadenamiento, de una imposibilidad radical para lograr el lenguaje y la subjetividad. Es lo que podríamos llamar globalmente el determinismo psicológico de la primera infancia. Ahora bien, Lacan y Mannoni nos muestran que el mundo imaginario únicamente podrá ser negado, desesclerotizado, por la palabra del otro, la cual sólo será posible para el niño a través de la de sus padres⁴, en particular de la del padre o del analista (en el marco de una psicoterapia). Dicha palabra es la única posibilidad que tiene el niño para acceder a la suya propia. Ahora bien, en el caso del débil, nada ni nadie habla al niño, puesto que se trata de un mundo en el que el otro no existe; y el niño carece de la posibilidad de llegar a su propia palabra, ya que los fantasmas, fuente de la debilidad, constituyen un límite más que una posibilidad; pues su condición de factores de la misma hace que sea por el lado de la madre, lugar significativo por excelencia, donde se desarrollan los primeros fantasmas y en el que hay que situar la palabra del otro.

Toda esperanza de mejoría y de cura parcial de la debilidad implica interrogantes sobre el papel de la madre del débil en la estructuración psicológica de su hijo: el destino de la debilidad no está en investigar sobre la organicidad de la enfermedad, sino sobre los papeles parentales de los que depende la historia mítica del niño débil. Este se halla en el mito familiar con el puesto de débil, que le es asignado tanto por sus padres como por la sociedad. Únicamente la psicoterapia puede hacer salir al niño del mito familiar y social al que está encadenado, con objeto de ayudarlo a lograr su propia historia. El psicoterapeuta va a convertirse, precisamente, en ese otro cuya palabra hará nacer la del débil; será el mediador que interrumpe, que rompe, la relación dual madre-hijo débil, mediación esencial, ya que sin ella no hay posibilidad de acceso a la palabra personal y al lenguaje.

³ Cf. cap. F.

⁴ Cf. cap. N.

Al liberar los fantasmas maternos o infantiles, el psicoterapeuta anula el carácter inevitable de la enfermedad y considera al débil en su propia subjetividad, en su propia palabra de débil. Lo que constituye, pues, el campo de la psicología de la debilidad es reintegrar al sujeto como sujeto de su discurso de débil.

La madre es la dueña de la vida y de la muerte del hijo débil, y la enfermedad de su hijo le afecta en su narcisismo; así se llega a la pérdida de toda referencia de identificación: es el pánico ante una imagen de sí misma que ni puede reconocer ni amar a través del hijo. La relación de amor madre-hijo tiene, en estos casos, un cierto sabor a muerte, ya que las pulsiones de muerte están presentes aunque la madre no sea consciente de ello. Tal sabor de muerte es negado, invertido y sustituido por un amor heroico de muerte, es negado, invertido y sustituido por un amor sublime: «Yo soy la madre de un niño débil.»

Esta condición de debilidad constituye una situación en que la madre y el niño forman una unidad, hasta el punto de que el deseo de la muerte del hijo es correlativo al deseo suicida por parte de la madre, que vive la debilidad del hijo como un castigo y una falta. Al afectar el diagnóstico de debilidad del hijo a la propia persona y a la propia vida de la madre, adquiere para ella el significado de una sentencia de muerte.

Por tal motivo, buscará en el médico un consejo, un apoyo y una ayuda constantes, pero al solicitarlo «lo está rechazando, sin embargo, en la medida en que el diagnóstico del médico es la condena de su hijo y, consiguientemente, su propia condena». Va de consulta en consulta, pero ¿qué busca?; ¿la cura?, imposible; ¿un diagnóstico?, ya tiene muchos; ¿una verdad?, tampoco, puesto que sólo ella está en posesión del sentido de dicha debilidad. El médico es el testigo de una búsqueda de seguridad y al mismo tiempo de angustia⁵.

La ausencia del otro

Comoquiera que el niño no tiene aun lenguaje, deviene juguete (objeto del deseo materno) del lenguaje del otro, sin poder instaurar el suyo propio. No dispone del significante y no puede evitar entrar en el orden del significante de la madre, en el que está preso. Ya hemos visto que, en el caso del débil, este orden significante era planteado por la madre sólo a partir de la debilidad de su hijo, que no es, por consiguiente, un otro para ella: no se disocia de ella, sino que tiene que permanecer en este statu quo o experimentar una regresión, de forma que nunca accede así al lenguaje. En el débil no existe el lenguaje del otro depositado en él, lo que constituye la matriz originaria de toda posibilidad de lenguaje personal, y por ello no puede poseer el dominio del signo ni, en consecuencia, de la escolarización. En otros términos, la palabra tercera, habitualmente la del padre, no podrá fundar la posibilidad del yo («Je») y del tú del lenguaje, y al no poder el padre fundar tal posibilidad resultará imposible la separación de la diada madre-hijo, y no se podrá significar dicha relación. Por tanto, la ausencia del padre impedirá al niño hacerse presente y llegar al significante, que es lo propio del desarrollo del niño «normal» y que constituye el carácter típicamente humano del hombre. Y si no accede al significante, no accederá tampoco a la situación edípica, momento esencial, según Freud, de la constitución de la personalidad⁶.

4. LA PSICOTERAPIA DE LOS DEBILES PROFUNDOS

⁵ *L'enfant arriéré et sa mere*, Maud Mannoni.

⁶ Cf. cap. E.

Joelle

Condenado tanto por la institución como por sus padres a no ser más que un débil, el niño deficiente se encuentra frente a un rechazo consciente y generalizado, cuyo origen está en el rechazo primordial de la madre, que no admite la posibilidad de una psicoterapia: no consiente que nadie se interponga entre ella y su hijo, hasta el punto de que incluso el padre queda excluido del diálogo. Maud Mannoni cita el ejemplo de Joelle:

«Joelle es una preciosa niña de ocho años, condenada desde su nacimiento por tres profesores: es —dicen— una mongólica, y no hay posibilidad de que camine.»

«A los dos años y medio fue atendida por un especialista alemán que declaró que la niña tenía las siete vértebras cervicales bloqueadas. Días más tarde, la niña caminaba y sus tics desaparecían. Después comienzan para la madre las tareas de la educación: quiere que su hija, que no tiene ya por qué ser una enferma torpe, sea instruida. Pero el contexto público es tal que sin su madre Joelle está perdida. ¿Es eso todo? Examinó a la niña sola, a pesar de la oposición de la madre. ¿Qué pasa? [...] Un desarrollo inhibido por parte de la niña (expresado por diversas enfermedades somáticas) y un pánico por parte de la madre, quien irrumpe tres veces en la consulta para ver si Joelle está aún allí (es decir, si Joelle vive aún).» Después M. Mannoni añade: «En muchos casos análogos se rechaza toda tentativa de psicoterapia, porque la madre no puede admitir, si no es muy difícilmente, la intromisión de un tercero: lo cual hace que el niño escape en cierta medida a la ley del padre; la madre será quien, por sí sola, le asigne su lugar. Y continuará así la ronda de médicos, pero ahora tratando, como sea, de encontrar una causa orgánica, «corregible»⁷.

La oposición materna a la psicoterapia tiene otras manifestaciones, como son el rechazo a enviar el hijo a las instituciones especializadas, la intransigencia y agresividad global contra médicos y educadores, el miedo de los padres a la influencia que puedan ejercer los educadores sobre su hijo débil⁸, la saña que ponen las asociaciones de padres de niños débiles al controlar las instituciones de reeducación, etc.

El niño, síntoma de la madre

La mayoría de las veces los padres se oponen a toda posibilidad de psicoterapia bajo diversos pretextos: sólo quieren consultar al médico para «asegurarse», y no pretenden otra cosa que información sobre el retraso mental e intelectual, oponiéndose generalmente a un enfrentamiento psicológico de la debilidad. Dicho de otro modo, sólo buscan informaciones de tipo médico y psicológico que confirmen, por medio de un diagnóstico o un cociente intelectual, el carácter incurable de la debilidad. Se niegan a interrogarse sobre sí mismos y, de hecho, no consienten el «remover la debilidad de su hijo». Tal renuncia se explica, en parte, por el papel que representan y la angustia ante la que ellos mismos se encuentran, que les viene de los propios fantasmas que actúan como medios de defensa contra los sentimientos de muerte y contra los sentimientos suicidas. El carácter neurótico de los padres de los débiles desplaza el problema de la debilidad del hijo hacia el caso de la madre: al realizar la madre la propia neurosis a través de la debilidad de su hijo, lo está

⁷ *L'enfant arriare et sa mere*, Maud Mannoni, p. 21. (Se puede constatar que los enfermos mentales o quienes les rodean siempre buscan a su enfermedad una causa orgánica.)

⁸ Este hecho es subrayado por muchos educadores: los padres no admiten verse sustituidos por ellos.

situando ya como débil incurable⁹. El niño por tanto la protege y se convierte en síntoma de su enfermedad, incluso aunque en términos generales busque y quiera su curación. Este carácter patógeno de la relación madre-hijo excluye, pues, la posibilidad de atender sólo al hijo: únicamente puede emprenderse una psicoterapia con el hijo si la madre está dispuesta a la propia curación. En la medida en que el médico desconozca hasta qué punto la madre está implicada en la debilidad del hijo, en la medida en que se convierta en cómplice inconsciente de la incurabilidad de la enfermedad, en esa misma medida no hará otra cosa que refugiarse en un diagnóstico negativo con carácter científico, que no tendrá otra función que la de quitar la palabra al niño. ¿Puede y debe jugar el médico otro papel? He aquí uno de los temas que abordaremos en el capítulo siguiente.

Fuera de la psicoterapia, cualquier medida médica o pedagógica que se adopte sólo dará resultados muy parciales, porque no llegará al fondo psicológico de la debilidad. En efecto, sólo la psicoterapia puede captar el sentido de la relación madre-hijo débil y modificar ese papel de débil asignado al niño dentro de la constelación familiar. En la medida en que la psicoterapia dé la palabra al débil, en esa misma medida éste podrá romper el bloqueo de su situación y constituirse en un ego. La organicidad juega, en la debilidad, el papel de pretexto para sufrirla como destino; por otro lado, supone una concepción de la naturaleza en estado puro, en la que la debilidad constituiría un error genético que sería el origen de todos los otros errores. La misma reeducación está expuesta a un resultado nulo si no interviene una psicoterapia que proporcione al niño débil su dimensión de sujeto. En la medida en que el niño sigue siendo el parásito de la madre, en esa misma medida ni su inteligencia, ni su motricidad, ni su cuerpo, ni su lenguaje, pueden pertenecerle¹⁰. La psicoterapia compromete al débil a acceder a la existencia.

⁹ Esto hace pensar en un proceso psicológico en el que el niño no es más que el síntoma de la enfermedad de la madre, la cual es, a su vez, el síntoma de la enfermedad de sus propios padres. Hay una verdadera genealogía de la enfermedad mental.

¹⁰ Cf. cap. D.

INSTITUCION Y REEDUCACION

«El personal cobra para estar ahí; los pacientes, no.»

David COOPER.

La institución en el banquillo

A través del papel y la función de las instituciones de reeducación podemos perfilar el sentido que da la sociedad a su función educadora. Las instituciones para la infancia inadaptada han dejado de ser organismos caritativos de carácter religioso para convertirse en importantes medios de educación, estructurados y organizados en servicios de higiene mental y social, donde se percibe la preponderancia de la función estatal tanto en la concepción y estructura como en el establecimiento de los fines pedagógicos y terapéuticos y de los medios para conseguirlos. Frente a esta institucionalización metódica, muchos educadores especializados, cuadros administrativos, psicoanalistas, médicos y psicólogos, piensan que la institución está en crisis, y que las estructuras educativas para la infancia inadaptada sufren falta de medios y, sobre todo, carecen de perspectiva auténticamente terapéutica. De ahí el conflicto creciente¹ entre los responsables y los burócratas de la institución por un lado, y quienes, por su trabajo médico, psicológico o pedagógico, están en relación constante con los niños inadaptados. Existe un desajuste entre el mundo de los inadaptados y sus cuadros marginados (psicólogos y educadores) por una parte, y por otra la sociedad que protege, y se protege a sí misma; lo cual dota de un significado contrario, de hecho, a los fines terapéuticos y pedagógicos que requiere la infancia inadaptada. He aquí el problema que subyace en la tensión existente entre las instituciones que apuntan a la integración de los niños inadaptados y la marginación patológica.

*Reunidos en Versalles*²

Los educadores especializados de 49 naciones se han preguntado sobre el lugar que ocupan en la sociedad. En Francia, el total de los jóvenes socialmente inadaptados (12 por 100 de la población global) es superior al de víctimas de otras plagas sociales (tuberculosis, cáncer, alcoholismo, accidentes de carretera). Para ocuparse de ellos hay 12.000 educadores, de los cuales sólo la mitad son diplomados. El VI Plan prevé 24.000. Se concederá un diploma del Estado cada año, a partir de julio de 1970, a 1.800 educadores especializados, que saldrán de 32 escuelas diferentes. Esta profesión de educador especializado está en franca evolución. Los primeros educadores especializados concebían su trabajo como un apostolado de entrega a los otros: querían adaptar los jóvenes que les eran confiados a una sociedad cuyos valores aceptaban. Después de varios años, los educadores de los países más avanzados, incluidos los Estados Unidos, parecen atravesar

¹ 1Por ejemplo, el conflicto surgido en un I. P. M. de Peaugres (Ardèche), donde la directora y su marido fueron despedidos.

² VII Congreso Internacional de Educadores de Jóvenes Inadaptados (A. I. E. J. I.), 6-10 julio 1970, Versalles.

una crisis; ya no aceptan ser, según su propia terminología, «perros guardianes», y no sienten siempre la necesidad de someter los niños inadaptados a los valores de la sociedad actual. ¿Es recomendable que el educador sea cómplice de un individuo asocial, o que lo sea de una sociedad con la que no está siempre de acuerdo? El VII Congreso ha intentado definir al educador como un mediador que actúa sobre el niño y sobre todo lo que a él concierne en el entorno que le afecta: educación, urbanismo, medio familiar. Su actuación se situaría así entre el niño y la sociedad, debiendo respetar las dos cosas. El educador especializado no es, propiamente hablando, ni un docente, ni un animador de los ratos libres, ni un asistente social, ni un terapeuta, sino que más bien desempeña algo de cada una de estas funciones, y tal pluralidad constituye otra de sus ambigüedades. «¿Debemos entonces imaginarnos al educador especializado como el pivote de un equipo que reagruparía a profesores, psicólogos, asistentes sociales? He aquí una de las preguntas que las comisiones se plantearon en el curso de sus trabajos. ¿Existe la infancia inadaptada? Dos acontecimientos recientes, el de un padre que ha abreviado los sufrimientos de su hija, débil física y mental, y el de un menor, culpable de secuestro y asesinato de otro menor, están ahí para recordar la gravedad del problema y su actualidad»³. El aludido artículo, a la vez que informa de los trabajos realizados por los educadores especializados, expone muchos problemas al respecto:

—Insuficiencia de educadores especializados frente al creciente número de inadaptados.

—Oposición a vincular el fin educativo con los fines impuestos oficialmente, que constituyen un reflejo de las normas de la sociedad.

—La propia situación de crisis y la marginación de la profesión.

—Una nueva concepción de la profesión en virtud de la cual llegaran a convertirse en animadores de un equipo pedagógico y terapéutico.

1. LA RELACION PEDAGOGICA Y EDUCATIVA

Cuando se descubre a un niño inadaptado y se le examina, se le orienta —según el diagnóstico, la gravedad de su estado y los métodos terapéuticos y educativos preconizados— hacia un centro de educación que se hará cargo de él en forma de interno o externo, en medio abierto o cerrado. Se le separa, por tanto, de su familia, y se le confía a una institución que será la encargada de una cuádruple tarea:

—Vigilar la evolución médica y asegurar el control de la salud del niño por medio de cuidados y consultas más o menos frecuentes, según la necesidad.

—Vigilar la evolución mental por medio de un control psiquiátrico realizado periódicamente, a veces, con posibilidad de psicoterapia.

—Controlar la evolución del comportamiento y del desarrollo psicomotor y verbal por el psicólogo encargado de cuidar al niño, que ha de valerse de entrevistas psicológicas y de la evaluación, por medio de tests, de sus progresos o estancamientos.

—Controlar regularmente la conducta y las relaciones del niño en su vida cotidiana mediante los educadores especializados, el personal de la institución y a través de las sesiones de «síntesis» periódica, en las que se discute en grupo cada caso con el fin de situar el momento del niño y ver qué perspectivas pedagógicoterapéuticas se ofrecen en esa fase de su evolución.

³ Artículo en *Le Monde* del 3 de julio de 1970.

Las instituciones especializadas son de dos clases genéricas, según que el niño tenga o no necesidad de unos cuidados médicos y pedagógicos que hayan de prolongarse durante mucho tiempo.

Los niños fuera de la institución

a) El niño que sólo necesita un control periódico puede permanecer en el seno familiar e ir cada cierto tiempo a la consulta que se le asigne. Para los casos en que el niño no tenga que separarse de su medio familiar existen indicaciones médicas y pedagógicas. Puede ser orientado también hacia otra familia, confiado a otros padres o a amigos. Si se trata de dificultades escolares, se le orientará hacia clases de perfeccionamiento, donde puede progresar por medio de métodos educativos y pedagógicos más adecuados que los métodos pedagógicos clásicos. En el caso de niños normales bastará con clases de readaptación o repetición; en todo caso puede, finalmente, entrar en un internado escolar o profesional normal, donde su evolución habrá de ser seguida por los maestros.

b) El niño que necesita un control constante y claramente especializado puede permanecer también en su medio natural y escolar:

— Sin embargo, se someterá a curas periódicas, las llamadas «curas ambulatorias», por ejemplo en un centro médico-psicopedagógico que permita llevar a cabo la terapia adecuada, la posible psicoterapia y la reeducación especializada. La cura puede hacerse también en los centros de observación cuya función es curativa, o en un servicio de prevención e higiene. Finalmente, si bien después de cierto tiempo, algunos niños tienen la posibilidad de ser reeducados en un medio abierto y natural, en el seno de grupos de niños o adolescentes, por equipos de educadores especializados denominados equipos de prevención. La terapia y reeducación de este tipo se emplea, sobre todo, con delincuentes, vagabundos, huidos y, en la actualidad, con los drogadictos.

c) El niño enfermo mental grave es sometido a cuidados pedagógicos y medicopsicológicos en internados especializados, en los IMPRO (Instituto médico-profesional) o en los IMP (Instituto médico-pedagógico). Se trata de niños a quienes generalmente se considera como ineducables y fuera de toda posibilidad terapéutica (encamados, idiotas, retrasados profundos, etc.). Puede tratarse de niños que fueron sometidos durante dos o tres años a reeducación, pero que han probado su ineducabilidad (semieducables, débiles, con miopatía evolutiva, etc.). Finalmente, pueden ser deficientes mentales afectados también por una enfermedad mental o neurológica crónica, como por ejemplo los epilépticos, los psicóticos o los dementes, con quienes resulta bastante problemático emprender una terapia dinámica.

Las actividades en el IMP

El nivel mental de los niños que entran en el IMP gira desde los 50-55 de C. I. máximo, hasta los grados más bajos (salvo en los agitados graves, que no pueden adaptarse a las normas de grupo ni a la institución). Suelen estar como internos o semiexternos, en cuyo caso vuelven a casa por la tarde. Hay tres grandes tipos de actividades que definen los métodos y los objetivos de la reeducación:

— Educación psicomotriz: consiste en la educación del movimiento, del

funcionamiento del cuerpo y, sobre todo, de la toma de conciencia del cuerpo vivido⁴. Se trata de enseñar a los niños a estructurar su forma corporal y a orientarse temporal y espacialmente. La orientación en el espacio comprende muchos ejercicios, tales como saltar, caminar, danzar, que tienen la finalidad de facilitar la adquisición del ritmo. La orientación en el tiempo consiste en una toma de conciencia de la duración temporal, lo cual es bastante más difícil de conseguir. Interesa la educación sensorial (ver, clasificar, nombrar, contacto con la materia, etc.), la educación del movimiento (habilidad manual, control de los movimientos, precisión del gesto), el estímulo de la atención, la promoción del gusto artístico. La educación psicomotriz está en la base de toda reeducación, ya que consiste en hacer que el niño tome conciencia de su cuerpo, de sus movimientos, es decir, de su yo. Tiende a establecer un vínculo entre la perfección del cuerpo y el sentimiento del yo y del mundo⁵.

— Educación manual: hay una actividad para cada día y para cada clase, bajo la responsabilidad del educador especializado: grafismo, dibujo, modelado, pintura, etc., fabricación de pequeños objetos y también utilización de juegos poco complicados que sirven para educar las funciones psicomotoras. Se trata de llevar al niño a una conciencia de su cuerpo, en relación con la materia, por medio del trabajo y de sus manos: conciencia de la utilidad de las cosas, de la relación medio y fin, para así desarrollar la capacidad de destreza y de expresión, y la creatividad.

— Educación verbal: no se trata de una escolarización, que es de ordinario imposible, sino de enseñarles algunas palabras cuidando la pronunciación, normalmente deficiente. Se les enseña también a contar y a realizar operaciones muy simples, pero abstractas, y se les relatan historias sencillas con objeto de proporcionarles un centro de interés, como, por ejemplo, una en que intervenga un animal y se ejecute una sola acción.

— Educación para la vida de grupo: es muy difícil de llevar a cabo porque estos niños suelen carecer de sociabilidad; sin embargo, pueden realizar tareas comunes (paseos, rondas, juegos colectivos). Están poco capacitados para actuar en grupo practicando un juego regido por una regla determinada; de ahí la necesidad de juegos muy elementales que permitan la toma de conciencia del otro y que hagan posible el esbozo de la percepción de las relaciones sociales.

Se pueden distinguir en la mayoría de los IMP cuatro grupos de personas, cada uno de los cuales cumple funciones bien definidas según la necesidad de la institución y según su trabajo y su respectiva especialización:

— El grupo educativo y permanente, que comprende a los educadores y maestros de jardín de infancia especializados, al frente de los cuales hay un educador jefe y el director. Tales puestos están normalmente cubiertos por personal femenino. Es un grupo que está en contacto permanente con los niños y dirige las diversas actividades y los ejercicios pedagógicos de reeducación; constituye el núcleo base en constante relación con los niños, a los que sigue en su evolución, y forma de hecho el sustituto materno y el centro educativo. Dicho personal tiene actualmente un estatuto profesional definido y posee un diploma del Estado.

— El grupo de funcionamiento y el personal administrativo: personal de oficinas, cocinas y, en general, todos aquellos que se ocupan de las tareas materiales sin realizar funciones educativas precisas; sin embargo, también este personal está en contacto asiduo

⁴ Cf. cap. T.

⁵ Cf. cap. U.

con los niños, sobre todo cuando éstos se hallan en edad de ayudar al propio funcionamiento material de la casa.

—El grupo paramédico: tiene un estatuto marginal y funciones menos concretas. Comprende a la enfermera, la asistente social, el psicólogo, el fisioterapeuta, el logopediatra. No están en contacto permanente con los niños y sólo llevan a cabo intervenciones especializadas, conforme a las necesidades de un niño determinado o a las prescripciones médicas o pedagógicas.

— El grupo médico: comprende generalmente un médico responsable del IMP y diversos especialistas: pediatras, psicoanalistas, psiquiatras, neurólogos, etc., según las necesidades del Instituto. El grupo médico lleva a cabo, de hecho, el control de la evolución física y mental de los niños, y el propio IMP funciona bajo su dirección. Su estatuto de médicos les aleja del IMP y, por consiguiente, tienen escaso contacto con los niños fuera de las consultas medicopsicológicas. Ahora bien, su trabajo de colaboración con los otros grupos les obliga, a veces, a permanecer más tiempo en el centro y a una mayor disponibilidad.

Estos cuatro grupos constituyen la base médicopedagógica de todo IMP; sus tareas, así como su misma formación y el grado de responsabilidad, no siempre les llevan a una unidad de acción y de método (aunque en los últimos años se han producido grandes progresos en este sentido). De ahí los continuos conflictos y tensiones, que se deben a múltiples causas.

2. EDUCADORES, PSICÓLOGOS, MÉDICOS Y PSICOTERAPEUTAS

El educador especializado

El educador especializado ha comenzado a poblar el paisaje social del trabajo profesional. Cuenta con la consideración de la opinión pública, que le compece por trabajar en un medio anormal, duro y exigente, con frases de este estilo: «Usted tiene mucho mérito»... «Usted realiza un trabajo formidable y, sin duda, muy difícil»... «Es horroroso trabajar constantemente con esos pobres niños»... «Eso debe ser para reventar, pero apasionante». He aquí las expresiones más frecuentes. El público confiere prestigio y admira al educador especializado.

Y, sin embargo, el educador especializado no está tan seguro de estar realizando un «buen trabajo», ya que se halla en el corazón mismo de un sector de la población cuyos miembros dudan de acepciones como «anormal», «patológico», «marginado». Comprende el papel educativo que realiza con los niños inadaptados, pero se encuentra inmerso en un conflicto permanente. Por un lado representa a la sociedad, y por ello debe educar, reeducar, censurar y reprimir a veces los actos considerados asociales o antisociales, con cuyas actitudes se constituye en puente de unión entre la sociedad llamada normal y el niño anormal, convirtiéndose en mediador de la integración social; pero, por otro lado, está en constante roce con el mundo de la patología, en el interior del universo de los niños deficientes, que representan la franja oculta de una sociedad que aparta de su vista lo patológico, ese mundo sin valor social y sin perspectiva profesional ni conyugal. El educador especializado siente a veces la tentación de decir que estos niños están contentos como son, y que no hay ninguna razón para conducirlos a una sociedad en la que encontrarán más dificultades e injusticias que si permanecen segregados. Por ello rechaza el

prestigio de su profesión, porque se siente marginado, fuera de la sociedad, como los mismos niños que le han sido confiados. Por lo demás, hay también una parte congruente en su trabajo: se trata de una labor interesante, aunque tiene la impresión de no ser más que un guardián, un peón, un vigilante, sin posibilidad de intervenir en las causas, en los orígenes de la infancia inadaptada, como hace el terapeuta en el plano subjetivo o la asistente social en el plano familiar o en el de las estructuras sociales.

Situado en el límite entre lo subjetivo y lo social, lo normal y lo patológico, está siempre caminando sobre la cuerda floja, como culpable de su fracaso si se propone educar (los escasos progresos son lentos) y como culpable también de su éxito con los niños cuando piensa que éxito social e inadaptación son términos incompatibles en una sociedad tan racional como la nuestra, que hace que el deficiente, aun en el caso de que realice claros progresos, nunca pueda ocupar su verdadero lugar. Por ello el educador especializado es un excluido: de la sociedad porque le margina, y de la infancia inadaptada porque no consigue una comunicación con su mundo. En constante búsqueda de solución para su problema, puede que su misma profesión le obligue a vivir dichos conflictos y contradicciones hasta el punto de que la marginación llegue a constituir su especificidad.

<http://psikolibro.blogspot.com>

El médico, el psicólogo y el psicoterapeuta

El médico del IMP, como todos los médicos que están en contacto con la infancia inadaptada, termina siendo siempre el motor de la institución, puesto que sólo él posee, en última instancia, el poder médico. Sus gestos y sus palabras son la expresión de un discurso que admite a la institución como tal y que categoriza la inadaptación a partir del diagnóstico. El es quien rige el orden curativo, quien pronuncia y constata los progresos, quien prescribe el tratamiento; en una palabra, él es el responsable ante la sociedad. En el fondo, es el personaje mejor situado respecto a la institución, de la que procede y emana el papel y la función de cada cual: se le presta obediencia, sus palabras son decretos y sus reacciones se observan y siguen con atención⁶; si surgen conflictos o problemas, él es, como último recurso, quien puede decidir las cosas. Pero el status jerárquico del médico de un IMP se encuentra a menudo en contradicción con las exigencias de un equipo que, aunque sujeto a una distinta disciplina, practica los mismos métodos pedagógicos. Ajeno porque es médico y próximo porque es el único responsable, posee así una especie de omnipresencia casi mítica, que es respetada por todos. Representante de la institución, guardián de la ley médica, dogmático en su saber y en sus decisiones, hoy día problematiza, sin embargo, sus tareas, porque no se siente cómodo en el papel de guardián de la institución, y porque ha tomado conciencia de su posición en el seno de las contradicciones entre la sociedad y la marginación.

En virtud de esta toma de conciencia, se ve ayudado actualmente por el psicoterapeuta, cuya técnica y fines terapéuticos se acomodan con dificultad a una institucionalización de la psicoterapia para niños inadaptados⁷. El psicoterapeuta rechaza las etiquetas médicas y psiquiátricas y se propone dar la palabra a los débiles. De tal intento resulta que la práctica del psicoterapeuta va en contra de los fines de la institución —que tienden a recluir al inadaptado en su inadaptación—, lo cual hace que esté en permanente conflicto con el papel formal confiado al médico. Finalmente, también el psicólogo se

⁶ Cf. cap. M.

⁷ Cf. *Le psychiatre, «son fou» et la psychanalyse*. Maud Mannoni.

pregunta pacientemente por su lugar en el IMP e intenta hacer algo más que determinar los C. I. o rectificar, si es necesario, los niveles de desarrollo mental; por no ser ni terapeuta, ni médico, ni educador, sus papeles específicos son ambiguos, poco definidos. Si quiere ser el animador del grupo se enfrenta entonces a la administración y al director; si quiere realizar alguna tarea clínica se gana las antipatías del cuerpo médico, que se arroga él solo la ciencia del diagnóstico y del tratamiento, incluso en el caso de que éste sea de orden psicoterapéutico⁸. Por todo ello termina consintiendo en recoger las migajas —aplicar ciertos tests y hacer alguna entrevista—, hasta el punto de que da la impresión de ser un intruso que viene a comerse el pan de otro⁹, salvo que, como va sucediendo cada vez con mayor frecuencia, se le permita ejercer su oficio de psicólogo: elaborar el diagnóstico en colaboración con el médico y contribuir al tratamiento psicoterapéutico. Si el educador especializado es un marginado y si el médico es un patrono*, el psicólogo es, a su vez, un menor que en su profesión desgraciadamente se ve obligado, muy a menudo, a aceptar tal papel.

3. LA INSTITUCION DE REEDUCACION EN CONFLICTO CON LAS NECESIDADES DE LA PSICOLOGIA DEL DEBIL

Los «niños retrasados» son encerrados por la sociedad en una clasificación y en un papel cuya problematización se evita. El prejuicio llega hasta el mismo mundo de los psicoanalistas, muchos de los cuales niegan que sea posible una terapia de retrasados. Por haber sido objeto de la angustia materna, sometido a reeducaciones de toda índole, considerado como causa perdida y sometido a diversos «emplazamientos», el débil aprende así a esperar su verdad y su palabra del otro. Sin embargo, no todo camino al lugar del sujeto le está vedado. El libro de M. Mannoni¹⁰ es el primero en intentar demostrar que el débil es capaz de entrar en una relación psicoanalítica válida. Si el estudio de Maud Mannoni se centra sobre la dependencia del niño atrasado respecto a la madre «es porque, en principio, es de ella más que de nadie de quien recibe un estatuto de objeto que no puede abandonar, sobre todo porque si lo abandona la madre misma se sentirá problematizada en su profundidad; la aventura del débil es una aventura colectiva». Este texto de Maud Mannoni muestra hasta qué punto el problema de la institución de reeducación, en su papel y su estatuto, está en contradicción con la aparición de una psicología de la debilidad y con las necesidades de la psicoterapia.

La ambigüedad de la institución

Creada inicialmente para proteger a la sociedad y al niño débil la institución funciona como una prolongación técnica y social del cuerpo materno: es la madre socializada, puesto que juega el papel de la madre real del débil. Se siente a sí misma como la madre, cuidadora, protectora, pedagoga, generosa, que da al débil su posibilidad de

⁸ Existe un conflicto latente entre los colegios de médicos y los sindicatos de psicólogos.

⁹ Cf. cap. V.

* Véase al final del tomo las «Notas explicativas al texto de la edición francesa», correspondientes al capítulo A, T, 2, letra (D), del revisor técnico.

¹⁰ *Le psychiatre, «son fou» et la psychanalyse.*

reeducación y de inserción parcial en la sociedad. Pero esta función maternal de la institución no introduce la ruptura radical entre el sentido de dependencia en relación a la madre y la necesidad de dar la palabra al niño débil. La institución es el medio, ampliado y socializado, que tienen los padres para intervenir en la pedagogía y en la terapia del débil. He aquí, por lo demás, lo específico de la intervención de los padres, quienes de la misma forma que se interponen en el cuadro de una psicoterapia entre el hijo y el terapeuta, para excluir así la intervención de un tercero, de igual forma quieren recuperar, por mediación de la Asociación de Padres, su papel educativo delegado en la institución, que es legítimo en el plano moral, pero demasiado ambiguo en el plano educativo y terapéutico. Uno de los caracteres principales de la debilidad reside no precisamente en sus causas orgánicas, sino, sobre todo, en la dependencia radical del débil respecto a ese sustitutivo materno que es la institución.

La dependencia adquiere múltiples formas

— La primera de ellas es la forma médica: la etiqueta nosográfica que se coloca como conclusión de un diagnóstico inicial entraña una cadena de indicaciones y medidas que van encaminadas a aniquilar en el débil toda posibilidad de encontrar su propia verdad. Nada nuevo tiene que buscar: es «el débil», empaquetado, atado y embalado, como una esencia universal del saber medicopsicológico, sin posibilidad de acceso a su propia existencia histórica como yo («Je»)*. El débil se convierte así en el espejo pasivo sobre el que médicos, psicólogos o especialistas leen su propia ciencia y proyectan su propia racionalidad. Esta racionalización de la vida del débil se manifiesta y se expresa mediante complicadas etiquetas: el débil se mueve constantemente en el mundo abstracto del diagnóstico, del test y de las síntesis, que lo convierten en un ser abstracto y que muestran el carácter anormal y excepcional de su condición. Condición que en el fondo es la misma que la de un animal de laboratorio, al que entregan a diversos tratamientos, experiencias y tests, y que está sometido a una verdad previa que el investigador intenta descubrir en él¹¹. Así, pues, como objeto que es de hipótesis científicas, de investigaciones médicas y de atención pedagógica, el débil está encadenado a las necesidades racionales del saber médicopedagógico.

— La segunda forma es la pedagógica: el débil se encuentra en una sutil dependencia respecto al medio institucional, puesto que está rodeado de gente que le exige un progreso sensorial, motor y verbal que todos los educadores esperan de él, ya que su función consiste precisamente en hacerle progresar. Ahora bien, sucede con el débil lo que con los países subdesarrollados en el terreno cultural: el que sabe posee la verdad, y el otro es necesariamente dependiente porque ni tiene aptitud, ni capacidad, ni determinados niveles; no dispone de ninguna verdad y ha de esperarlo todo del otro. Las innovaciones pedagógicas representan, ciertamente, un progreso en la ciencia de la reeducación, pero no rompen radicalmente con la tradición institucional, que desconoce el discurso singular del débil y mantiene por ello las necesidades de su propia razón de ser como institución. Como dice Maud Mannoni, «el que cuida (la institución, el educador), toma parte en este discurso (sus racionalizaciones científicas pueden encubrir la necesidad de justificar su posición de

* Véase al final del tomo las «Notas explicativas al texto de la edición francesa», correspondientes al capítulo 3, J, 3, letra (E), del revisor técnico.

¹¹ Cf. cap. A'.

custodio) que sitúa en su centro al «enfermo» y su «enfermedad»; un «enfermo» que termina..., como el psiquiatra, por adaptarse a la imagen de su «enfermedad» tal como el otro la configura»¹².

¿Una rebelión de los débiles?

Cuando los hombres están descontentos de su suerte se rebelan, quieren destruir las estructuras e intentan establecer otro tipo de poder. Lo que origina la rebelión no es un acto de violencia, sino que siempre hay una mediación, la de la conciencia, que no puede soportar tal encadenamiento y siente la necesidad de abolir el orden establecido.

El débil no se encuentra nunca entre estos rebeldes, aunque a veces se den actos de rebeldía contra la autoridad en los IMP. Y no se rebela porque desconoce la oportunidad de problematizar el medio en que vive. Hecho para ser dependiente, el débil ha soportado hasta ahora la suerte que le han asignado la sociedad y sus custodios. Su debilidad forma parte de esos mitos que se consideran inevitables e inamovibles por siempre jamás: el mito de la herencia psicológica, que señala al hombre un destino bien definido; el mito de la naturaleza en estado puro, que comete a veces la equivocación de producir monstruos; el mito de la razón que lucha contra la locura y el retraso mental; el mito de la angustia del débil que tiene miedo y siempre se mantiene a distancia; el mito de la higiene mental, médica y social, que coloca al débil en un lugar donde «no contamine a la gente normal». Todos estos mitos, y otros parecidos, son expresión de los «fantasmas colectivos», a los que el débil sirve de contrapeso inconsciente y que toman la forma de la justicia, de la caridad y de la buena conciencia burguesa y humanista. El débil es el único que no percibe el sentido de dichos mitos y ni siquiera puede decirlo, pues se le ha prohibido para siempre la palabra, y sin ella no es posible la rebelión. Por todo lo cual no se vislumbra que los débiles cambien sus condiciones de vida, ya que su «enfermedad» es una enfermedad del habla.

Esta es la razón por la que ellos existen como personajes también míticos, semifantasmas, semimonstruos, semihumanos, encerrados en muros protectores, y suscitan a la vez la piedad, la generosidad, el enigma y la repulsión. Son seres deformes, sin porvenir, porque carecen de presente ante sí mismos; son seres sin palabra, sin cultura, sin fe, por la imposibilidad de llegar a su propio lenguaje. Son seres pasivos y solitarios porque no pueden comunicar su pena ni su alegría de vivir. Sin embargo, viven y existen, la mayoría de ellos felices, incluso sin tomar conciencia de su felicidad; o quizá son felices a causa de esa falta de conciencia.

Quién sabe si un día, mediante la liberación de su palabra, podrán llevar a cabo los actos que rompan los límites de su debilidad. ¿Es utópico, pues, pensar en la rebelión de los débiles?

BIBLIOGRAFIA

ABRAMSON, J., *L'enfant et l'adolescent instable*, PUF, 1940.

ABRAMSON y KOPP, «L'échelle métrique du développement de la motricité chez l'enfant et chez l'adolescent», en *Hygiène mentale*, 1936.

AJURIAGUERRA, J. de, «Evaluation et pronostic de la dysphasie chez l'enfant». *Ysychat. de l'enfant*, 1965.

ALEXANDER, W. P., «Escala de Alexander para la medida de la inteligencia práctica». *TE A*.

¹² *Le psyvchiatre, «son fou» et la psychanalyse*, Maud Mannoni.

AMADO, G., «Douze ans de pratique médico-pédagogique», *Psych. de l'enfant; Los niños difíciles*, col. Paideia, éd. Miracle.

AUBRY, J., «La relation du rééducateur du langage et de l'enfant» (journées de los centros psicopedagógicos), mayo 1968.

BELEY, *Niños inestables*, col. Paideia, éd. Miracle.

BIEZMANN, *El Rorschach en el niño de tres a diez años*, éd. Aguilar.

BELLAK, L., y BELLAK, S. S., *Bellak Children's Apperception Test, TEA*.

BERGES, J., y LESINE, I., «Test d'imitation de gestes. Techniques d'exploration du schéma corporel et de praxies chez l'enfant de trois à six ans», Masson, 1963.

BINET, A., *L'étude expérimentale de l'intelligence*, Schleicher, 1903.

BINET y SIMON, *Les enfants anormaux*, A. Colin, 1907; «L'intelligence des imbéciles», *Année psychologique*, 1909; *La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants*, Bourrelier, 1934; «L'arriération», en *Année psychologique*, 1910.

BINET, A., *Le développement de l'intelligence chez les enfants*, A. Colin, 1901.

BUCK, J. M., *Educateur à la dérive*, Bruges, 1953.

CESSEUN, *Comment évaluer le niveau intellectuel*. Bourrelier, 1950.

COOPER, *Psiquiatria y antipsiquiatria*, Paidós.

FAY, M., *L'intelligence et le caractère, leur animalité chez l'enfant*, Paris, 1934.

FAU, *Psychothérapie des débiles mentaux*, Paris, 1966.

FREUD, A., *Psicoanalyse de niños*, éd. Hormé.

HILDRETH, A., *Bibliography of mental test and rating scales*, Nueva York, 1939.

KLEIN, M., *Psicoanalyse de niños*, Hormé.

KOHLER, CL., *Deficiencias intelectuales*, col. Paideia, éd. Miracle.

KOHLER, CL., y THEVENIN, *Jeunes déficients mentaux*, Bruselas, 1967; *Les problèmes neuro-psychiatriques et médico-pédagogiques*, Paris, 1963.

KHOELER, *La inteligencia de los monos superiores*.

LANG, *La infancia inadaptada*, Col. Paideia, éd. Miracle.

LEMAY, M., *El cabecilla en los grupos de jóvenes inadaptados*, col. Paideia, ed. Miracle.

MANNONI, M., *El niño retrasado y su madre*, ed. Fax; *L'enfant, sa maladie et les autres*, ed. Seuil, 1967; «Le sais bien... mais quand même», *Temps Modernes*, 1964; «L'atard et son sauvage», *Temps Modernes*, 1964.

LE MERLET, *Sondage sur la nature et les causes du retard scolaire dans les cinq premières années de scolarité*. Enfance, nov. 1954.

MICHAUX, *El niño perverso*, col. Paideia, ed. Miracle.

NÉRON, *El niño vagabundo*, col. Paideia, ed. Miracle.

OLERON, *Etude sur les capacités intellectuelles des sourd-muets*, PUF, 1940.

PIAGET, *La psychologie de l'intelligence*, Colin.

PICHON-RIVIERE, «Quelques considérations sur le transfert contretransfert dans la psychanalyse des enfants», *Rev. Franc. de Psychanalyse* (enero-feb. 1952).

PRUDHOMEAU, *Les enfants déficients intellectuels*, Paris, 1949.

REY, A., *Etude des insuffisances psychologiques* (2 vol.), Delachaux-Niestlé; *L'examen clinique en psychologie** Coll. le Psycho., n.º I.

ROBIN, G., *Las dificultades escolares*, col. Paideia, ed. Miracle.

ROUDINESCO y THYSS, «L'enfant gaucher, étude clinique, signification physiologique, problèmes pédagogiques», *Enfance*, n.º 1 y 2, 1948.

STERNAL, «Qu'est-ce que consulter pour un enfant?». Journées de estudio del centro psico-pedagógico.

SUTTER, *Los niños mentirosos*, col. Paideia, éd. Miracle.

TOSQUELLES, «Pédagogie et psychothérapie institutionnelle», *Psycho. Institutionnelle*, n.º 2 y 3; «La pratique de maturation thérapeutique chez les débiles mentaux profonds», Aupetit, 1966.

VASQUEZ y OURY, *Hacia una pedagogía del siglo XX*, éd. Siglo XXI.

VIAUD, G., *L'examen psychographique de l'intelligence*, Lamartin, Bruselas.

ZAZZO, *L'intelligence et le quotient d'âge*, PUF, 1946; «Une recherche d'équipe sur la déficience mentale», *Enfance*, 1960.

**LA PSICOPATOLOGIA Y
LA PERSPECTIVA MEDICA**

«Para mí la locura era como una inmensidad sin fronteras, ilimitada, plana, como un país mineral, lunar, frío como las estepas del polo Norte. En esta inmensidad, todo es inmutable, fijo, cristalizado, inmóvil... La gente se mueve estrambóticamente... Quiero huir a la locura para escapar de este miedo que me invade.»

M. A. SECHEHAYE.

Diario de una esquizofrenia

«¿Pero en qué se distingue el enfermo mental en cuanto hombre, entendido a la luz de la presencia humana, del hombre sano? La enfermedad es una flexión de lo auténtico.»

Henry MALDINEY.

Cours de psychologie générale, Lyon, 1965

«El arsenal jurídico-administrativo referente a las enfermedades mentales pone de manifiesto que la institución, por su excesiva categorización y por su manía de clasificar, mantiene al loco en silencio.»

Los dominios de la Psicología

K LA CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

«El loco no es un hombre que ha perdido la razón. El loco lo ha perdido todo menos la razón.»
G. K. CHESTERTON.

Neurosis y psicosis

Esta primera parte referente a la psicopatología y a la psicoterapia, intenta ser fundamentalmente descriptiva. Ciertamente, la enfermedad mental, como concepto, ha hecho crisis; por ello puede parecer poco interesante hacer una descripción sistemática de un fenómeno del que estamos poco seguros, y cuyos criterios de evaluación son normalmente imprecisos y se hallan en constante evolución¹. Sin embargo, no hay que olvidar que la clasificación actual de las enfermedades mentales en nosografía, aunque sujeta a revisión, es, no obstante, el resultado histórico de la práctica psiquiátrica en diálogo constante con su objeto. Por ello, una comprensión profunda de las clasificaciones psiquiátricas actuales y de su semiología subyacente exigiría un estudio sobre algo así como una «historia de la locura» que permitiese conocer las relaciones complejas que existen entre el médico y el enfermo, no en cualquier momento, sino en el momento preciso en que se encuentran frente a frente. Como tal estudio de la evolución dialéctica de dichas relaciones sobrepasa ampliamente los límites de esta obra, nuestro propósito inmediato es presentar el cuadro de las enfermedades mentales tal como aparece en la psiquiatría actual. En realidad, ni la nosografía ni sus referencias reemplazan en ningún caso la relación directa médico-enfermo; pero es, sin duda, un instrumento indispensable para el diagnóstico y para la consiguiente elección terapéutica.

Se acostumbra a clasificar las enfermedades mentales en dos grandes categorías: las neurosis y las psicosis. Nosotros añadiremos al estudio de las neurosis y las psicosis lo que se suele conocer con el nombre de perversiones. ¿Son las perversiones enfermedades mentales? Tal pregunta no va a ser resuelta en este libro, ya que el concepto de enfermedad mental es demasiado impreciso. Señalemos sólo el hecho de que las perversiones se manifiestan como comportamientos patológicos cuya explicación física es muy insegura, por lo cual su estudio pertenece al campo de la psicopatología.

La distinción actual entre psicosis y neurosis es el resultado de una evolución, generalmente compleja, que ha ido eliminando poco a poco los trastornos que, por razones serias, se piensa que tienen su origen en una lesión del sistema nervioso; así fue descartada, por ejemplo, la epilepsia, a la que a veces se confundía con la histeria o con la enfermedad de Parkinson. De forma global, y sin entrar en una discusión que está aún abierta y en la que han participado analistas de la categoría de Freud, por ejemplo, se suele estar de acuerdo en definir las neurosis y las psicosis como sigue:

- a) La neurosis se caracteriza por trastornos considerados como leves, suficientes

¹ *Nacimiento de la clínica*, Michel Foucault. *Discours, parcours et Freud*, Luwig Binswanger.

para ser percibidos subjetivamente, pero no para manifestarse exteriormente con perturbaciones importantes del comportamiento aparente. El neurótico «consulta al médico, pero no es enviado al sanatorio».

b) La psicosis designa un conjunto de afecciones consideradas como graves y que perturban el comportamiento aparente del sujeto. Afecta a la personalidad misma del sujeto. El término alienado expresa bien su sentimiento de ajeneidad². Las afecciones psicóticas son características del alienado.

Hasta ahora no hay nada definitivo sobre la relación entre la neurosis y la psicosis. ¿Se trata de una diferencia de grado (de gravedad)? ¿Se trata, por el contrario, de una diferencia de naturaleza, como quieren los freudianos? Una nosografía tiende a establecer el cuadro preciso sobre el que se pueda establecer a su vez una terapia, ya sea psicoanalítica o de cualquier otro tipo. Solamente el estudio de los modos psicoterapéuticos podrá decidir sobre la diferencia real que existe entre psicosis, neurosis e incluso perversiones.

1. LAS NEUROSIS

Lo más importante de las investigaciones realizadas en el terreno de las neurosis lo hicieron Freud y sus seguidores en el campo psicoanalítico. Hay que tener en cuenta que se tiende a confundir la especificidad clínica de la neurosis con la propia teoría psicoanalítica, ya que ésta se basó en el análisis del conflicto neurótico; y desde entonces la clasificación sigue dependiendo, en gran medida, de los trabajos de Freud. Después de Freud el término neurosis ha adquirido una notoriedad que sobrepasa el cuadro clínico; es más, mientras que Freud reservaba el término neurosis a un número preciso y limitado de afecciones, hoy día, por el contrario, se oye hablar de neurosis de todo tipo no sólo entre el gran público, sino también en los círculos psicoanalíticos y afines. La extensión del término ha llevado, con frecuencia, a confundir la neurosis como trastorno específico —neurosis de angustia, neurosis fóbica— con algunos síntomas que, en sentido estricto, pueden ser o psicóticos o neuróticos; la llamada «neurosis de carácter» constituye un buen ejemplo de dicha confusión. De hecho, la neurosis de carácter no es una neurosis en sentido estricto, sino sólo la descripción de un conjunto de síntomas que pueden ser, y son normalmente, de orden psicótico o prepsicótico.

A fin de no confundir los problemas, sólo nos referiremos a continuación a trastornos que implican una estructura neurótica determinada; de aquí que acepciones tales como «neurosis de destino» o «neurosis de carácter» queden automáticamente excluidas. El conjunto de las neurosis se divide en cuatro grandes tipos: neurosis obsesiva, neurosis de angustia, neurosis traumática e histeria. Existe un caso especial, la neurosis de transferencia, que no es una afección que necesite cura, sino un comportamiento que corresponde a un estadio determinado de la cura psicoanalítica.

A) *Las neurosis obsesivas*

La neurosis obsesiva es una entidad nosográfica aislada por Freud hacia 1895:

—H. Ey la define como «un estado de conciencia incoercible y penoso, originado por algo inoportuno contra lo que el sujeto lucha; esta lucha consciente es característica de

² La alienación (mental) va unida al sentimiento de ajeneidad, principalmente en la esquizofrenia. Aconsejamos al respecto la lectura del *Diario de una esquizofrenia*, de Sechehaye, F. C. E.

los estados obsesivos»³. Sus consecuencias son el sentimiento de dificultad y de angustia. En la medida en que la lucha es consciente estamos ante una neurosis.

—Hay que subrayar, por tanto, que el sujeto vive la obsesión como una coacción y que la angustia es defensiva; se trata de un mecanismo de defensa contra la invasión de la obsesión. Finalmente, el conflicto intrapsicológico puede ser proyectado, y aparecer entonces como exterior.

Resumen histórico

La neurosis obsesiva corresponde a la monomanía de Esquirol. De Clérambault había ya observado automatismos mentales. En el plano afectivo y emocional, Morel hablaba de delirio emotivo. Finalmente, los estudios de Janet llevaron a la diferenciación del temperamento psicasténico, que implica una tensión psicológica. Janet observó en el psicasténico un sentimiento de deficiencia, una escrupulosidad y un reforzamiento de las defensas; pero la obsesión sería sólo un aspecto de la psicastenia. Freud, por último, hizo de la neurosis obsesiva la expresión patológica de los mecanismos de defensa propios de la fase sádico-anal⁴, con particular importancia los de la retención y del dominio de los esfínteres. El niño es obligado a plegarse a la educación; he aquí la base del mecanismo de retención y de la erotización de la misma.

Cuadro clínico

Se distinguen tres grupos principales de neurosis obsesivas:

- neurosis obsesivas ideativas;
- neurosis obsesivas fóbicas (obsesión-fobia);
- neurosis obsesivas impulsivas (obsesión-impulsión).

a) *Obsesión ideativa*.—Es la forma típica de la idea parásita. Puede ser un caso de conciencia, un escrúpulo, un problema político, un problema metafísico, etc. Las ideas se imponen de un modo parasitario al neurótico, lo cual implica la rápida aparición de defensas vividas en un plano mágico. El enfermo vive la obsesión como algo mágico que le ataca, e intenta desembarazarse de ella por el mismo medio. Se constata entonces la aparición de rituales obsesivos; son ritos conjuratorios que se repiten y se anulan continuamente: por ejemplo, un acto repetido se hace la primera vez y se deshace la segunda. Las formas más frecuentes son la locura de la duda, la locura del tocar (¿estará limpio?, en la que el rito conjuratorio es el lavado), la repetición de palabras o números, etc.

b) *Obsesión fóbica*.—En este caso el mecanismo de defensa es muy diferente. El fóbico no reacciona creando algo que pueda conjurar el ataque, sino por una angustia difusa o por el pánico. La angustia engendra la angustia, y así se produce una regresión cada vez más profunda. La fobia está más cerca de la histeria que de la obsesión ideativa, que se caracteriza por la actividad intelectual.

La fobia es aquel investimiento de un objeto o de una situación que imprime un carácter de prohibidas a ciertas cosas, funciones o representaciones. La situación así

³ H. Ey, *Encyclopédie médico-chirurgicale*.

⁴ Cf. cap. E.

investida aparece entonces como paralizante, terrorífica o, incluso, sincopal. En la fobia hay que dar mucha importancia a lo simbólico: por ejemplo, en una fobia de objeto todo lo que puede picar tiene una simbología fálica; la fobia de contacto es el símbolo de una contaminación; la fobia a los caballos de Hans simboliza la relación con el padre. A veces el sistema fóbico se extiende hasta el punto de paralizar toda la vida del enfermo⁵.

c) *Obsesión impulsión*.—El sujeto lucha contra un acto ridículo, nocivo, inmoral, criminal, etc., cuya realización siente como un deber. Lo característico de la obsesión impulsión es la lucha, ya que el sujeto jamás pasa al acto. En efecto, si pasase al acto entonces acabaría el juego esfinteriano. Lo importante en la neurosis obsesiva es el dominio.

Todo el placer se encuentra en la retención, en el dominio de la impulsión. El individuo vive su poder por la retención, y por ello muy rara vez realiza la impulsión. El sujeto siente que puede ser fuerte, que puede matar, suicidarse, robar, etcétera. Su poder y su placer se miden según su capacidad para dominar tales posibilidades. Dichos sujetos se caracterizan por una sobreestimación de sí mismos.

Tratamiento de la neurosis obsesiva

— Un tratamiento superficial resulta a veces suficiente, mediante tranquilizantes y curas de relajamiento.

— Para un tratamiento profundo sólo existe la cura psicoanalítica. Si la neurosis no es muy antigua, el pronóstico resulta generalmente favorable, pero la cura es larga: de cuatro a cinco años.

B) Las neurosis de angustia

Fue también Freud quien aisló la neurosis de angustia, como había aislado la neurosis obsesiva. Anteriormente se la confundía con la neurastenia o con la histeria; de todas formas, la mayoría de las veces resulta difícil de diferenciarla de la fobia. Esta dificultad para el diagnóstico de la neurosis de angustia se debe a que la angustia es el síntoma neurótico más frecuente. Según Freud, el síntoma fundamental de dicha neurosis es una angustia difusa y permanente. El sujeto vive en una alerta constante, con brotes de angustia paroxística que no están relacionados con un objeto o una persona determinados, lo que la diferencia de la fobia.

1. *Estudio clínico*.—La angustia puede llegar hasta el terror y el desvanecimiento.

a) Componentes somáticos:

— respiratorios: disnea, pseudoasma, hipo, bostezo, estornudo;

— cardiovasculares: palpitación, taquicardia, espasmos, etc.; aumenta la tensión arterial;

— digestivos: deglución difícil, náuseas, diarreas o estreñimientos emotivos,

⁵ Remitimos al caso del «pequeño Hans», en los *Cinq psychanalyses*, S. Freud. (Se refiere al caso de «Juanito», que aparece en los *Historiales clínicos*, de las Obras Completas, t. II, ed. Biblioteca Nueva. N del R. T.)

anorexia o exceso;

— neuromusculares: carne de gallina, sudor, picor.

b) Componentes psíquicos:

Toda una gama de manifestaciones de la angustia puede formar parte del cuadro clínico: espera temerosa de un peligro, empeoramiento imaginario de la existencia, desorden. A diferencia del melancólico, el angustiado vive proyectado hacia el futuro, no se refugia en su pasado. Teme lo que va a suceder, no lo que ya ha sucedido.

c) Desde el punto de vista psicoanalítico, la angustia es considerada como una forma de existencia que tiene una significación determinada:

— la angustia puede ser el residuo de una pulsión rechazada: la pulsión ha perdido su objetivo;

— la angustia puede ser una señal de peligro. Desde el momento en que el sujeto penetra en una zona peligrosa, la angustia hace su aparición.

2) *Diagnóstico y tratamiento.*—Para el diagnóstico diferencial hay que distinguir, sobre todo, entre angustia neurótica y angustia psicótica; se trata de saber si se guarda o no se guarda contacto con el yo, con la personalidad:

— En la neurosis hay un yo que se defiende.

— En la psicosis, la irrupción de la angustia es total e inunda completamente la personalidad del sujeto, con la cual éste pierde toda posibilidad de contacto.

La base mental del sujeto angustiado (neurótico) es el temperamento psicasténico de Janet: duda, meticulosidad, inquietud permanente, ningún entusiasmo, fatiga anuladora del esfuerzo. El esfuerzo permite la relajación de la angustia.

En lo que se refiere al tratamiento, la cura medicamentosa por medio de tranquilizantes, barbitúricos u opiáceos en pequeñas dosis es relativamente eficaz a corto plazo, pero deviene normalmente una nueva fuente de angustia. Sólo la cura psicoanalítica clásica constituye un tratamiento real y eficaz.

C) *La histeria*

La histeria es la clase típica de enfermedad sin sustrato orgánico de base. H. Ey la caracteriza por «la hiperexpresividad somática de las ideas, de las imágenes y de los afectos inconscientes». Freud habla de conversión, es decir, expresión, en forma somática, simbólica, alusiva y teatralizada a la vez, de los conflictos, del drama inconsciente. En virtud de la conversión somática, el histérico puede mostrar cualquier tipo de cuadro patógeno. Por lo demás, es especialmente sensible a la sugestión.

Resumen histórico

Platón ya había insistido en el aspecto erótico y genital de la histeria. Otros subrayaron su aspecto contagioso. En el siglo XIX Charcot, en París, hizo un estudio fundamentado de la histeria muy especialmente referido al elemento relacional y sexual de las manifestaciones histéricas. Janet insistió en el aspecto simbólico de dichas manifestaciones. Finalmente, el cuadro clínico de la histeria fue aislado, de forma precisa, por Freud y Breuer⁶, quienes, sobre todo, descubrieron un modo eficaz de tratamiento.

⁶ *Etude sur l'hystérie*, Freud y Breuer.

Estudio clínico

Se distinguen tres tipos fundamentales de histeria:

- las grandes crisis de Charcot;
- la histeria de conversión;
- la psicosis histérica.

a) *Las grandes crisis de Charcot.*—Tienen principalmente un interés histórico porque ya no se ven en Europa, mientras que antes habían constituido una importante forma de expresión. Charcot las describe comparándolas con la epilepsia. A diferencia del epiléptico, el histérico no llega nunca a la inconsciencia total. Por otra parte, la crisis epiléptica es más rápida. Por lo demás, el histérico no tiene espasmos (la respiración bloqueada del epiléptico) ni coma de reposo.

En la histeria el teatralismo juega un papel importante, particularmente el teatralismo postural⁷. Hay trances histéricos que no debemos confundir con los espasmos epilépticos: son meros aspectos clownescos.

b) *La histeria de conversión.*—Es la expresión somática y simbólica de conflictos inconscientes. Existen muchas modalidades:

- la modalidad motora. Las parálisis sin base orgánica, que son generalmente alusivas ya sean funcionales o localizadas. La dificultad está en que dichas parálisis histéricas pueden estar reforzadas por verdaderas parálisis orgánicas;
- los espasmos, tortícolis, hipos, vómitos;
- la modalidad sensorial: ceguera o sordera sin base orgánica.

c) *La psicosis histérica.*—El nombre está mal elegido; en ningún caso se trata de psicosis, ya que el yo no se encuentra afectado. Esta psicosis histérica se manifiesta bajo múltiples formas: amnesias lagunares, fugas, depresiones. El histérico se diferencia del melancólico en que éste quiere realmente morir, no desea nada, mientras que aquél es desgraciado porque quiere algo y no tiene ningún interés especial en morir.

Diagnóstico y tratamiento

Las características de la histeria son la sugestibilidad y la mitomanía. La estructura histérica es extremadamente plástica: el histérico no es un simulador, sino un convencido. La específica sensibilidad de la histeria para la persuasión indujo a Charcot a tratarla por medio de la hipnosis, técnica que ha sido progresivamente abandonada. Otro aspecto de la histeria es el teatralismo, que consiste en una falsificación inconsciente de la realidad. La frigidez y la ninfomanía son, con frecuencia, trastornos de origen histérico. El histérico muestra un carácter inconstante y superficial, que se manifiesta en la dramatización histérica: se engaña a sí mismo y a los demás.

En lo referente al diagnóstico diferencial, hay que distinguir la histeria de la esquizofrenia. Asimismo hay que evitar confundirla con cualquier tipo de enfermedad orgánica.

⁷ Importancia de los fenómenos de histeria colectiva y del comportamiento de las masas.

El tratamiento por medio de tranquilizantes o cura de relajación sólo aporta una mejoría pasajera. Únicamente la cura psicoanalítica se muestra satisfactoriamente eficaz; el pronóstico es, generalmente, bueno, y el tiempo necesario para la curación, relativamente corto: de dos a cuatro años. La dificultad reside en que el enfermo tiende a no acudir a la entrevista con el psicoanalista.

D) *Las neurosis traumáticas*

Se trata de un tipo de neurosis en la que la aparición de síntomas sigue a un shock. Este shock se produce, de ordinario, en una situación en la que el sujeto siente peligrar su vida (en la infancia, por ejemplo, se puede tratar de un peligro real o imaginario).

La neurosis traumática se caracteriza, en líneas generales, por una crisis de angustia paroxística en el momento del shock (trauma), que puede llegar hasta el estupor o la confusión mental. A continuación el shock saca a la luz una estructura neurótica preexistente, o entra a formar parte del contenido del síntoma; el síntoma, por ejemplo, puede constituir una repetición de una situación traumática. Está generalmente indicado un tratamiento psicoanalítico.

2. LAS PSICOSIS

Mientras que en la neurosis la personalidad del sujeto lucha contra una afección vivida como penosa, en la psicosis, por el contrario, la propia personalidad del sujeto está gravemente afectada: la psicosis deja inevitablemente huellas, aun en el caso de que haya éxito en la cura. En la psicosis se produce una ruptura entre el yo y la realidad. Freud dice que el yo está sometido al dominio del ello, de las pulsiones⁸.

Desde el punto de vista histórico, la elaboración del concepto de psicosis ha sido una tarea más ardua y difusa que en el caso de la neurosis, porque no puede concebirse solamente como lo contrario de la neurosis. Por lo demás, nos parece que, habida cuenta de los límites de esta obra, carece de interés hacer una exposición del problema. El estudio de las neurosis se sitúa en un campo relativamente bien organizado, lo que no ocurre con las psicosis. La presentación nosográfica que sigue tiene que ser por ello menos sistemática y menos precisa que la que se hizo para las neurosis; en este punto es el objeto quien decide. Se suelen distinguir cuatro grandes grupos de psicosis:

- la melancolía;
- la manía y a veces la psicosis maníacodepresiva;
- la esquizofrenia;
- los delirios sistematizados crónicos.

A) *La melancolía*

H. Ey define así la melancolía: un trastorno afectivo que se manifiesta por un estado depresivo, generalmente paroxístico, y está constituida por el carácter doloroso del contenido consciente, la abolición de la voluntad, las ideas pesimistas y la ansiedad.

Descripción clínica

⁸ Cf. cap. F.

El período de iniciación es raramente agudo. Se trata de personas fácilmente depresivas (64 por 100), normales o eufóricas (36 por 100). Las causas desencadenantes son el hastío, las penas y el fracaso. De ordinario se trata de la pérdida de algo importante, aunque a veces un acontecimiento agradable puede desencadenar la melancolía. Las mujeres resultan, desde el punto de vista estadístico, más afectadas que los hombres. Además hay que tener en cuenta el recrudecimiento de la melancolía según las estaciones: los afectados se sienten incapaces de soportar el cambio de vida que les impone el cambio climático (primavera y otoño).

Cuadro clínico

Se distinguen cuatro formas de melancolía: la simple, la ansiosa, la estuporosa y la delirante.

a) *La melancolía simple*.—Constituye el fondo común de todas las demás. Presenta todas las manifestaciones del dolor: tristeza, mirada adusta, cejas fruncidas, llanto, etc. En el plano motor se observa una inhibición y un desinterés por toda actividad pragmática; en el plano psíquico la inhibición es a veces total. El sujeto habla muy lentamente, y con frecuencia se encierra en un mutismo total. Su semblante es rígido. Se prolonga el tiempo de reacción. Las respuestas por quinestesias humanas en el test de Rorschach son raras. Los sujetos dicen con frecuencia que se sienten vacíos por dentro, sin existencia, y su hastío es general. Un melancólico es incapaz de encontrarse en una situación agradable. De ordinario padece de insomnio, y cuando se duerme es asaltado por pesadillas. La característica principal es un pesimismo profundo, una especie de tendencia al aniquilamiento, cuyo síntoma fundamental es la propensión al suicidio y el suicidio real. Los melancólicos realmente quieren morir, hasta el punto de que representan, de hecho, alrededor del 70 por 100 de los suicidas.

b) *La melancolía ansiosa*.—En este caso predomina el elemento ansioso sobre el depresivo. Son enfermos agitados; y tal agitación les lleva al suicidio, por lo que resulta absolutamente necesario calmarlos.

c) *La melancolía estuporosa*.—El enfermo está inerte: ni habla ni come. Hay que saber diferenciar esta melancolía de otros tipos de anorexia y estupor.

d) *La melancolía delirante*.—Esta forma añade a la melancolía simple un elemento delirante, que el enfermo mostrará hablando de modo estrepitoso. El contenido de sus delirios es netamente depresivo: autoacusación, culpabilidad, enfermedad incurable o, incluso, inmortalidad, ya que considera la muerte como una liberación. El tema puede ser único o múltiple dentro de un mismo delirio. En el plano biológico, el enfermo presenta todas las características de la emoción profunda. En el plano analítico, Minkowski insiste en las perturbaciones de la vivencia temporal: el melancólico carece de futuro. Freud y Mélanie Klein subrayan la supresión de la relación con el objeto. El objeto perdido es introyectado como objeto malo.

Tratamiento del melancólico

Debe ser hospitalizado, ya que constituye un peligro tanto para sí mismo como para los demás. El entorno debe mostrarse estricto. Para desculpabilizarlo no hay que ser amable, sino neutro y a veces hasta agresivo. El tratamiento medicamentoso puede incluir a veces los opiáceos; también se han utilizado los electroshocks; ahora se utilizan más los antidepresivos. La cura psicoterapéutica es muy delicada, y su pronóstico generalmente desfavorable.

B) La manía

Es un estado de alteración psíquica que se caracteriza por la exaltación del humor y del tono afectivo, por la agitación motora y por la extrema volatilidad de la vida psíquica. La manía puede presentarse en forma de exceso maniaco puro, pero normalmente en tal exceso maniaco se intercalan fases depresivas cíclicas: es la psicosis maníacodepresiva.

Descripción clínica

— Agitación aguda con tonalidad eufórica, furiosa a veces. Hay una gran liberación del instinto (alimenticio-sexual). Sin embargo, los maníacos hablan más de lo que hacen; con frecuencia, liberación agresiva, versatilidad.

— Agitación psicomotriz: los síntomas más frecuentes son rostro agitado, rojo, ojos inyectados de sangre, mímica, vestimenta estrofalalaria, gritos, vociferación o extinción de la voz. El relato es muy barroco y va a la par con la fuga de ideas.

— La tonalidad afectiva es eufórica: el enfermo incluso niega sus dificultades. Es un enfermo familiar. Encuentra el placer en sí mismo, su mundo vivencial es narcisista. El juego maniaco no es real, sino una negación de la realidad. En el plano psíquico, el enfermo da señales de fuga de ideas, de ausencia de seriedad y con frecuencia de una grosería manifiesta. No come o no bebe, o a la inversa. El mundo vivencial del maniaco es ávido y agresivo, y se sitúa a nivel oral. El maniaco está lleno de propósitos, pero realiza muy pocos; vive el tiempo con antelación, al contrario que el depresivo. Tiene la sensación de ser todopoderoso.

— En el plano psicoanalítico se da una identificación con el objeto bueno introyectado: es el retorno a la omnipotencia narcisista. La proyección del sujeto reemplaza la relación de objeto. Existe una fusión entre el yo del sujeto y su ideal del yo. El deseo se satisface de modo alucinatorio.

— Hay que distinguir la manía simple de la manía delirante; esta última es rara, y está constituida por delirios de filiación, poder, invención, riqueza, etc. Para el diagnóstico también hay que distinguir la manía manifiesta de las manías sintomáticas de otras afecciones: el cuadro maniaco puede ser el síntoma de una esquizofrenia o de una parálisis sifilítica. Hay que diferenciarla, igualmente, de la manía de los alcohólicos.

El tratamiento

Es indispensable la hospitalización, aunque los enfermos se oponen generalmente a aceptarla. Cura de reposo. Tratamiento medicamentoso con neurolépticos; hay que actuar rápidamente y con energía. Tales tratamientos no cambian la estructura psicótica. El acceso

maniaco de ordinario se cura, pero hay inevitables recaídas. La enfermedad puede evolucionar hacia la cronicidad o, en el caso de los jóvenes, hacia la esquizofrenia

C) *La esquizofrenia*

La esquizofrenia es una afección grave; y es la psicosis más frecuente. Afecta sobre todo a los jóvenes y adolescentes. Si no se cuida, esta afección evoluciona lentamente hacia la demencia. Según la edad se pueden diferenciar las siguientes formas clínicas:

- antes de los 20 años: hebefrenia;
- de 20 a 25 años: catatonía;
- después de los 25 años: esquizofrenia paranoide (delirante).

El sexo del individuo no parece intervenir ni en su frecuencia ni en su gravedad.

A nivel genético se observa que los hermanos de esquizofrénicos tienen un 10 por 100 de riesgo de llegar a serlo también. En los jóvenes ese porcentaje llega al 76 por 100. Sin embargo, si los niños no han sido cuidados por la madre, entonces los porcentajes pierden toda significación precisa.

- A nivel morfológico, el esquizofrénico es un leptosomático (alto y delgado);
- en el plano caracterial, el esquizofrénico es frío, inhibido, rígido, encerrado en sí mismo y mal adaptado socialmente;
- en lo que se refiere a los inicios de la esquizofrenia, las numerosas investigaciones llevadas a cabo no han podido determinar nada concreto a nivel biológico, y los factores neurológicos permanecen asimismo muy indeterminados.

— Los factores familiares son, por el contrario, más importantes. Se puede hacer la siguiente descripción del retrato de la madre del esquizofrénico: una persona rígida, muy captadora, cuyo hijo forma parte de ella misma⁹: se entrega al hijo como único objeto posible. El drama estalla cuando el joven adolescente debe abandonar la tutela materna¹⁰. Entonces todos los acercamientos que establece el enfermo son transferencias maternas masivas. La madre del esquizofrénico es una madre patológica, normalmente una neurótica. Las circunstancias desencadenantes son múltiples; en general, cualquier situación traumática para el individuo. La esquizofrenia puede ser aguda o progresiva.

Estudio clínico

Tres formas:

- la hebefrenia, sin trastorno motor y sin delirio;
- la catatonía, que presenta trastornos de índole motora;
- la paranoide, que es la forma delirante.

a) *La hebefrenia*.—El cuadro clínico es extremadamente variado y complejo. Fundamentalmente se observa una baja aparente de la afectividad y al mismo tiempo una discordancia afectiva (rarezas, risas discordantes, aspecto desarreglado, etc.). Señalemos igualmente una cierta afectación que no siempre es fácil de diferenciar del teatralismo

⁹ Es interesante vincular el modo de relación con el hijo en el caso de la madre del esquizofrénico y en el de la madre del débil (cf. cap. I).

¹⁰ Cf. cap. O.

histérico. La actividad sexual aparece inhibida (impotencia, frigidez) o exagerada (ninfomanía).

b) *La catatonía*.—El enfermo presenta trastornos motóricos, que van ligados a un sistema psicológico de defensa. Es muy difícil conseguir el contacto. Vive muy intensamente sus experiencias alucinatorias. Lo característico es el negativismo. Con frecuencia se desarrollan estereotipias. La catatonía puede ser estuporosa: incoherencia verbal y motora, larvada o periódica (accesos). Parece como si el enfermo estuviese muy alucinado.

c) *La paranoide*.—El sujeto vive experiencias alucinatorias y de influencia. Sobre este fondo delirante se desarrolla un delirio secundario, cuyos temas pueden ser muy variados: desmembramiento corporal¹¹, metamorfosis, pensamientos obsesivos, temas megalomaniacos, etc. Tales temas son expresados en términos muy abstractos y poco afectivos. Se manifiesta, como en la hebefrenia, el aspecto discordante. Se constatan también especiales barreras, como lapsus en el pensamiento y trastornos del lenguaje. El esquizofrénico reprime su afectividad, pero ésta no desaparece.

Tratamiento

El tratamiento medicamentoso es muy variado y depende de los diferentes casos. La cura psicoanalítica simple es imposible; sin embargo, algunas tentativas complejas, como las de Gisela Pankow¹², han producido resultados interesantes.

D) *Los delirios sistematizados crónicos*

Se designa con este nombre a un conjunto de enfermedades que se distinguen de la esquizofrenia porque en ésta el delirio no está sistematizado. Comprende un amplio grupo de enfermedades, del que sólo retendremos las dos más importantes: la paranoia y la psicosis alucinatoria crónica.

La paranoia

La paranoia tiene, de ordinario, un comienzo lento e insidioso; después, una evolución crónica a través de un sistema delirante duradero e imposible de romper. El punto fundamental es que hay conservación, ya veces hiperutilización, de las grandes estructuras intelectuales: la voluntad, la memoria, el juicio, la observación, etc., que se ponen al servicio del delirio. La característica de la paranoia es una psicorrigidez con egocentrismo y sobreestimación de sí mismo, de la que se deriva el orgullo y la desconfianza. Freud¹³ insistió en la importancia de la homosexualidad latente: habría una transformación de la pulsión amorosa en pulsión agresiva. Según Nacht y Récamier, la hiperatracción homosexual sería, como en el caso de la esquizofrenia, una reacción contra la angustia del desmembramiento.

¹¹ Cf. Imagen del cuerpo en la esquizofrenia, cap. L.

¹² Cf. *L'homme et sa psychose*.

¹³ Remitimos al caso de Presidente Schreber en *Cinq psychanalyses*, S. Freud (*Paranoia y neurosis obsesiva*. Alianza Editorial. N. del R. T.)

1) *Cuadro clínico.*—Dos formas: la forma pasional y la forma interpretativa.

a) La forma pasional: Está caracterizada por la exaltación, con una idea dominante no justificada racionalmente. El sujeto parece normal fuera del campo de su delirio. Las formas delirantes más importantes son: la reivindicación, los celos, la erotomanía.

— el delirio de reivindicación: enfermos muy pleiteadores que protestan contra todo el mundo;

— el delirio de celos: sin razón objetiva, que impulsa incluso a matar;

— el delirio erotomaniaco: el enfermo tiene la ilusión delirante de ser amado; está dispuesto a hacer cualquier cosa para que el ser amado confiese abiertamente su amor.

b) La forma interpretativa es el prototipo de delirio paranoico: la locura razonadora. El tema más frecuente es la persecución, ya sea exógena o endógena. Este delirio se caracteriza por su estructura en red: todo es interpretado, todo tiene un sentido; todo es una encuesta judicial.

2) *La evolución.*—La mayoría de las veces dichos delirios se hacen crónicos e irreversibles; cuanto más intelectualizado está un delirio, mayor es su duración. De ordinario el enfermo presenta dos facetas: una delirante, mientras que el resto de su existencia es normal. A veces el delirio es cíclico, es decir, aparece y desaparece. Tales enfermos son homicidas en potencia y, con frecuencia, en acto.

La psicosis alucinatoria crónica

Fue aislada por Gilbert Ballet en 1911. El criterio de la edad es muy importante para su diagnóstico: antes de los treinta años se está ante una esquizofrenia; después, ante delirios crónicos. Como en la paranoia, el delirio es lo primero (es el primer síntoma que aparece). Delirio y alucinación surgen al mismo tiempo; generalmente se trata de una voz que dice groserías, sobre todo en el caso de las mujeres. El sujeto intenta justificarse: puede atacar a alguien (que le decía groserías) o bien puede afirmar que seres sobrenaturales le envían mensajes, etc. Hay tentativas de sistematización, pero no tan sólidas como en la paranoia. La psicosis alucinatoria crónica es muy impresionante, y por ello los enfermos son hospitalizados rápidamente. De este estado no se evoluciona nunca hacia la demencia. El pronóstico de curación es mucho más favorable que en el caso de la paranoia.

El tratamiento de los delirios sistematizados crónicos

El gran paranoico es prácticamente incurable: el predominio del elemento intelectual hace muy desfavorable el pronóstico. En el plano medicamentoso se utilizan neurolépticos medios. Los resultados varían radicalmente. Para la psicosis alucinatoria crónica el pronóstico es más favorable. A nivel de medicamentos, el tratamiento es el mismo. En lo que se refiere al tratamiento psicoterapéutico, es generalmente muy difícil establecer el contacto. Se suele utilizar el psicodrama y la psicoterapia de grupo.

3. LAS PERVERSIONES

Así como es relativamente fácil clasificar las neurosis y las psicosis, no sucede lo

mismo con las perversiones; su número es considerable y debemos renunciar a hacer una descripción sistemática. Pero tengamos en cuenta lo siguiente: la distinción entre psicosis y neurosis se hacía a nivel de la personalidad, del yo... En la perversión, como, en la neurosis, la personalidad no está afectada. Lo que distingue la perversión de la neurosis es que en la perversión el yo no se defiende de los impulsos; no es, por tanto, vivida de forma penosa. Así se explica la dificultad de su cura: el perverso no quiere ir al médico. Se ha dicho que las perversiones eran el negativo de la neurosis, es decir, la manifestación en bruto, no rechazada, de la sexualidad infantil.

El punto importante que las constituye es, pues, la ausencia de rechazo; sin embargo, Freud ha demostrado que intervienen otros modos de defensa, por ejemplo la negación de la realidad y la división (spaltung)* del yo, que recuerdan los que intervienen en la psicosis.

Citemos como ejemplos de perversión la homosexualidad, el sadismo, el masoquismo, el «voyeurismo», el exhibicionismo y el fetichismo. Una definición general de la perversión podría ser la siguiente: «La perversión es una desviación referida al acto sexual «normal», entendido como coito que tiende a la obtención del orgasmo mediante la penetración genital con una persona del sexo contrario».

* Véase al final del tomo las «Notas explicativas al texto de la edición francesa», cap. A, K, 3, letra (E) del revisor técnico.

4. CUADRO DESCRIPTIVO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

PSICOSIS

	<p><i>simple</i>: fondo común —vivencias dolorosas y sus manifestaciones en la expresión—, disminución psíquica y motora, de la mímica, de la palabra —dolor moral—, vida interior, pesimismo, suicidio.</p> <p><i>ansiosa</i>: predominio del elemento ansioso sobre el elemento depresivo —agitación que hay que calmar a toda costa—, suicidio; cuando la ansiedad se hace muy intensa puede desembocar en la sideración.</p> <p><i>estuporosa</i>: el enfermo permanece inerte —inhibición y mutismo total—; toda actividad desaparece, particularmente la alimentación.</p> <p><i>delirante</i>: elementos delirantes, autoacusación, culpabilidad, pero también inmortalidad (muerte = liberación), persecución, negación (que expresa su privación), exageración en el sentido de la condenación, castigo, angustia metafísica, preguntas que se plantean siempre de una forma dramática.</p>	
Melancolía		
Manía	<p><i>hipomanía</i>: euforia ligera, pero activa.</p> <p><i>manía simple</i>: el maniaco conserva todas sus facultades intelectuales.</p> <p>Manía delirante: filiación, poder, invención, riqueza, etc. (furias).</p>	
	<p><i>formas agudas desde el principio</i>: explosión delirante, acceso confusional, melancolía o manía atípica, manierismo y discordancia.</p> <p><i>formas progresivas</i>:</p> <p><i>pseudoneuróticas</i>: formas alimenticia, genital, plástica, obsesiva (obsesión sin continuidad), fóbica (indeterminada), histérica (la histeria es de rápida evolución)</p>	<p><i>hebefrenia</i>: discriminación aparente de la afectividad, desinterés por lo concreto, rarezas, discordancia afectiva, originalidad, pérdida de las iniciativas adoptadas, manierismo, trastornos sexuales.</p> <p><i>catatonía</i>: trastornos motóricos, experiencias alucinatorias intensas, negativismo, estereotipias, a veces desaparición brusca de los trastornos, agresividad. — 1) estupor catatónico: negativismo dominante, incoherencia verbal y motora (crisis de extrema violencia); 2) catatonismo larvado: menos intenso; 3) periódico: desaparición espontánea de los trastornos</p>
Esquizofrenia	<p><i>pseudosicóticas</i>: depresiva, de personalización, de transformación, de delirio con tendencia al delirio de persecución.</p>	<p><i>paranoide</i>: experiencia alucinatoria y de influencia, delirio secundario no sistematizado.</p> <p><i>temas</i>: desmembramiento, extrañeza, metamorfosis, influencia (imposición de pensamientos, de proposiciones), alucinaciones sexuales, megalomanía, lenguaje abstracto, muy poco afectivo.</p> <p><i>reivindicación</i>: muy pleiteadores, deseo de recepción pasiva, idealistas apasionados, reformistas, seductores, perspectivas parciales.</p>
	<p><i>pasional</i></p>	<p><i>celos</i>: intuición; persuadidos de que se les engaña, llegan a matar</p>
Paranoia	<p><i>interpretativa</i></p>	<p><i>erotomanía</i>: ilusión delirante de ser amado, espera, dilación, rencor; están predispuestos a la locura razonadora típica.</p> <p><i>persecución</i>: estructura en red, investigación, interpretación de detalles, perspectivas parciales, evolución crónica e irreversible.</p>
Psicosis alucinatoria crónica	<p><i>Sensorial</i></p>	<p>Alucinaciones auditivas (desagradables), alucinaciones visuales (más raramente; es como si estuvieran contemplando una representación cinematográfica, se les golpea, se les toca, etc.)</p>
	<p>Elaboración sistemática; a veces, megalomanía.</p>	
Delirios fantásticos	<p><i>imaginación</i>: ausencia de afirmaciones racionales o pasionales, separación del plano normal y del plano del delirio.</p>	

NEUROSIS

<p>Neurosis obsesiva <i>Tratamiento psicoanalítico (tranquilizante y relajamiento)</i></p>	<p><i>obsesión ideativa</i>: idea parásita, aparición de defensas vividas en un nivel mágico; se vive la obsesión como mágica y se intenta desembarazarse de ella por el mismo medio; ritos, conjuros, repetición por anulación, ritos de lavarse, por ejemplo, reiteración de palabras, de números, etc.</p> <p><i>fobia</i>: mecanismo de defensa diferente, reacción por medio de una angustia difusa o por el pánico; regresión en la angustia; se colorea de prohibición la situación, acto, representación u objeto; importancia del símbolo; los sistemas fóbicos son extensivos y pueden llegar a paralizar toda la vida del enfermo</p> <p><i>obsesión impulsión</i>: lucha contra un acto, lucha característica; si el sujeto pasa al acto, entonces termina el juego; actos menores; el placer está en el dominio (carácter); el sujeto vive su poder en la medida en que tiene algo que retener o que dar; sobreestimación de sí mismo; siente la posibilidad de matar, de ser fuerte, etc.</p>
<p>Histeria <i>Psicoanálisis (tranquilizantes)</i></p>	<p>1) <i>gran crisis de Charcot</i>: puede durar muchos días; teatralismo postural, trances, pataleo (crisis de nervios), síncope, hipo, risas, tos, contracciones.</p> <p>2) <i>Histeria de conversión somática</i>: parálisis funcional (muy alusiva) de localización (por ejemplo, la mano, mutismo), espasmo, tortícolis, hipo, vómitos, trastorno de la sensibilidad, ceguera o sordera (investigar la significación), trastornos viscerales, espasmos intestinales, vaginismo.</p> <p>3) <i>psicosis histéricas</i>: amnesia lagunar, fugas, depresiones (el melancólico solo quiere morir; el histérico es desgraciado porque quiere algo).</p>
<p>Neurosis de angustia <i>Tratamiento: psicoanálisis (tranquilizantes)</i></p>	<p>angustia difusa, alerta permanente (labilidad del campo, carácter dubitativo, meticuloso, falta de entusiasmo), astenia (fatiga) que disminuye el esfuerzo, angustia mayor que puede llegar al terror y al desvanecimiento, manifestaciones somáticas numerosas, dispirea, palpitación, taquicardia, espasmo, dificultades en la deglución digestiva, poliuria emotiva, temblor, sudor, picor, ansiedad vertiginosa, orticaria gigante, zumbido de oídos, debilidad visual, manifestaciones psíquicas: empeoramiento imaginario de la existencia; el angustiado vive en el futuro (el melancólico en el pasado); espera ansiosa de peligro desorden, a veces estupor.</p>

LA CURA DEL ENFERMO MENTAL

«Nuevo y certero triunfo de la locura: este mundo que cree medirla y justificarla por medio de la psicología es quien debe ahora justificarse ante ella.»

Michel FOUCAULT.

*Psicoterapia y clasificación
de las enfermedades*

La nosografía presentada anteriormente pretende ser fundamentalmente descriptiva, y como función descriptiva sólo tiene un sentido metodológico. En efecto, el cuadro nosográfico actual es únicamente el resultado de la historia de la práctica psiquiátrica y psicoanalítica; por ello es esencial pasar al estudio de los métodos psicoterapéuticos, porque, aunque a veces se basan en el cuadro nosográfico, dicho cuadro es, sin embargo, el resultado de la práctica. Pero no se trata más que de una justificación secundaria, ya que el proceso de la práctica, comprometida en la historia, es dinámico y, por tanto, poco importa, en última instancia, que un elemento preceda al otro, puesto que la interacción es constante. Lo que queremos decir es que para la psicología en general y para la psicoterapia en particular, debe haber un constante ir y venir entre la práctica y la teoría¹. Si la teoría guía a veces a la práctica, aquella no tiene sentido si no pone a prueba sus conceptos mediante una práctica concreta, lo que significa que la nosografía, tal como aparece hoy día, no se plantea como un saber eterno, sino constantemente problematizado por la práctica terapéutica. En consecuencia, sólo a través del estudio de la práctica psicoterapéutica se puede llevar a cabo una crítica de la nosografía psiquiátrica.

El estudio que vamos a hacer a continuación intenta ser a la vez una presentación sumaria de los métodos psicoterapéuticos, de su objeto, de sus fundamentos, de sus dificultades y, al mismo tiempo, la demostración o al menos la exposición de que es el hombre mismo lo que en la psiquiatría se ventila, y que sólo ocupándose del hombre puede la psiquiatría preguntarse a sí misma acerca de su sentido². La psiquiatría se establece sobre la complejidad humana del hombre-enfermo, sobre el hombre-psiquiatra y sobre sus relaciones mutuas. Consiste, pues, en las relaciones establecidas entre médico y enfermo³. Y a nivel de dichas relaciones, hombre enfermo-hombre psiquiatra, se desarrollan los diversos métodos psicoterapéuticos. ¿Quién es normal? ¿Quién enfermo? ¿Quién lo decide? ¿En qué se distingue el hombre enfermo del hombre sano? No todas estas preguntas podrán encontrar respuesta en nuestro estudio, pero como tales preguntas constituyen la base de todos los métodos y técnicas psicoterapéuticas.

¹ Cf. cap. T. Es interesante observar que en la obra de Freud, teoría y práctica se invocan recíprocamente: tal invocación no encuentra, en nuestra opinión, otro parecido en la historia más que en la obra de Karl Marx.

² Cf. cap. U.

³ Cf. cap. M.

1. PSICOTERAPIA Y ENFERMEDAD MENTAL

El objeto y el fin de la psicoterapia o, mejor aún, de las psicoterapias, es tan difícil de determinar como las relaciones entre teoría y práctica, ya que en realidad ambas cuestiones se implican mutuamente. Aparte de saber quién está enfermo y quién no lo está, lo cual se resuelve en la práctica por la función del médico, no basta con decir que la psicoterapia tiene como objeto curar. ¿Curar es suprimir los síntomas de la enfermedad o, por el contrario, consiste en intervenir, mediante un análisis del individuo enfermo como posibilidad humana, en la estructura misma de su personalidad? Si queremos llevar la cuestión hasta el final nos podemos preguntar, con todo derecho, si lo que busca la psicoterapia es una verdad científica o una eficacia práctica: ¿suprimir los síntomas de la enfermedad, o conducir al enfermo, mediante un análisis en profundidad, al reconocimiento de sí mismo, de forma que quepa esperar un efecto terapéutico? El ejemplo que aducimos a continuación ilustra bastante bien el problema: Un enfermo, siempre muy tranquilo y sosegado, presentaba fuertes impulsos hacia el suicidio. Una psicoterapia, considerada exitosa, suprimió estos impulsos, pero el comportamiento escurridizo y tranquilo del enfermo se cambió por un comportamiento con marcados trazos caracteriales. ¿Estaba curado dicho individuo o no⁴? El psicoterapeuta respondía afirmativamente; los padres del enfermo pensaban que, por lo que a ellos se refería, era peor que antes. ¿Quién tenía razón? O, más bien, ¿la tenía alguno de ellos?

Con este ejemplo se puede ver que la psicoterapia no es nada simple: los criterios son extraordinariamente inseguros. Es más, el caso citado demuestra que el juicio del enfermo no cuenta. Son muchos los enfermos que piensan que nada ha cambiado, y hasta consideran la psicoterapia misma como un timo o una estafa; pero descubren que el mundo exterior sí se ha modificado respecto a ellos. Sin hablar de aquellos otros que siguen sintiéndose lo mismo que antes, que siguen sufriendo mucho, pero que, como por azar, empiezan a triunfar en sus empresas mientras que anteriormente cosechaban fracasos. Podríamos decir que, incluso el enfermo o el ex enfermo, no tiene que creer que, necesariamente, estaba equivocado; pues ¿quién podrá probar que sus nuevas disposiciones son el resultado de la psicoterapia?

La incertidumbre es, quizá, la dimensión esencial de la práctica psicoterapéutica. Las técnicas, incluso las más experimentadas, pierden su seguridad ante la originalidad radical de cada enfermo. A este respecto, la multiplicidad de métodos no es una debilidad, como suele pensarse normalmente, sino, por el contrario, la condición de posibilidad de toda práctica auténtica y eficaz.

Tal autenticidad, por desgracia, no facilita la exposición, sino todo lo contrario; exponer los diversos métodos psicoterapéuticos es un riesgo cuando se sabe que, incluso entre los psicoanalistas que sin duda utilizan el método más fundamentado y más definido, el acercamiento al enfermo es de tal naturaleza que al final cada uno de ellos emplea una técnica que le es propia. Es más, por lo que se refiere al psicoanálisis existe lo que se llama la cura tipo o cura «standard», es decir, una cura cuyos elementos esenciales son comunes en la práctica de todos los psicoanalistas; pero cuando se pasa del examen de la neurosis al de la psicosis, no se encuentra un acuerdo común sobre los momentos claves de la intervención, ni siquiera en lo referente a las formas de comunicación entre el enfermo y el psicoterapeuta.

Los métodos basados en la palabra

⁴ Cf. cap. U.

En tales condiciones, cualquier tentativa de exposición de las diversas psicoterapias no puede menos de considerarse parcial y, con toda seguridad, sectaria. Sólo nos proponemos dar a continuación ejemplos de métodos que representan las tendencias actuales más importantes. Un apartado ulterior servirá para añadir al estudio de los métodos propiamente psicoterapéuticos un examen rápido de las prácticas psicofarmacológicas. Hubo un tiempo en que existió un conflicto manifiesto entre quienes basaban su método en el diálogo, en la palabra, y quienes lo hacían en procedimientos farmacológicos. Si queremos expresarlo esquemáticamente, unos querían curar la enfermedad mental por medio de la intervención material en el cuerpo del enfermo, y los otros pretendían que, por ser una enfermedad del espíritu, exigía una intervención por y en el espíritu. El conflicto no ha desaparecido aún en lo que respecta a la explicación del origen de la enfermedad —no es claro, por ejemplo, que la esquizofrenia no implique aspectos orgánicos—, pero ha sido completamente superado en lo referente a la psicoterapia misma: se utilizan al mismo tiempo medios farmacológicos y medios psicoterapéuticos propiamente dichos.

Esta exposición excluye a priori el examen de los métodos concernientes a enfermedades mentales de origen claramente orgánico como, por ejemplo, las técnicas médicas utilizadas en el tratamiento de la epilepsia o de la demencia. Con tal exclusión no se pretende un reforzamiento de la antigua separación entre el alma y el cuerpo (todo el mundo sabe que la medicina estima actualmente una distancia cada vez menor entre uno y otro), sino que quiere decir, simplemente, que la terapia necesaria para el examen de esas enfermedades se basa fundamentalmente en la medicina somática, incluso si se considera, a veces con razón, como medicina psicosomática.

Dicho método psicoterapéutico tiene su fundamento en la palabra, en la comunicación que puede establecer el psicoterapeuta con el enfermo, pero esta misma comunicación constituye, además, el punto de sus divergencias. A través del concepto de inconsciente, central en el psicoanálisis, es el modo de comunicación lo que está en discusión. La psicoterapia existencial intenta, con la noción de presencia, determinar la relación con el mundo, específica en el enfermo mental. El problema del cuerpo en los psicóticos, tal como G. Pankow lo enfoca, tiene la finalidad de proporcionar un medio de acceso, de comunicación por tanto, al mundo del enfermo. Finalmente, la empatía de que habla Rogers es el medio de que dispone el psicoterapeuta para crear una relación humana excepcionalmente desprovista de amenaza.

A todo ello habría que añadir el método de la psicoterapia de grupo, que se centra en el problema de la comunicación interpersonal. Todos los métodos psicoterapéuticos pretenden ser eficaces a través de la dinámica que pueden establecer en las relaciones médico-enfermo, pero los conceptos que presiden este establecimiento o instauración son muy diversos, y de ellos dependen las distintas modificaciones en la copresencia del médico y el enfermo, y quizá también que el tipo de «curación» sea diferente.

2. LOS METODOS PSICOTERAPEUTICOS

No se trata de hacer una exposición de todos los métodos psicoterapéuticos; sólo serán examinados los apuntados anteriormente. Comenzaremos con el psicoanálisis, porque históricamente fue el primer método que utilizó ese medio privilegiado que es la palabra en la relación terapéutica. Además constituye, de hecho, la única técnica que ha alcanzado una cierta universalidad.

El psicoanálisis

Freud es el padre del psicoanálisis. Todo el mundo conoce la importancia, hasta entonces insospechada o rechazada, que dio a la sexualidad en el análisis de las neurosis y, mucho más ampliamente, en el desarrollo, sano o enfermo, de la personalidad⁵. Tal importancia es hoy día aceptada, normalmente con reservas, por todos los médicos. Lo que nos proponemos es determinar el tipo de relación que instaura el psicoanálisis, y de qué forma dicha relación tiene en la práctica un efecto terapéutico.

A este respecto habrá que preguntarse sobre la práctica misma del psicoterapeuta, y en particular sobre los momentos decisivos que aparecen en la cura. El fenómeno del *transfert* es fundamental en este punto. Pero para que estas preguntas puedan formularse habrá que dilucidar, en primer lugar, la noción de inconsciente.

El inconsciente

El concepto de inconsciente ha sido con frecuencia discutido⁶. Hay que reconocer que en nuestros días se ha impuesto ya tanto en el plano científico como en el lenguaje vulgar. Sin embargo, sólo adquiere un valor operativo ligado a los conceptos de pulsión y de rechazo⁷. «El proceso de rechazo no consiste en suprimir, en aniquilar una representación, exponente de la pulsión, sino en impedir que se haga consciente. Decimos entonces que se halla en estado «inconsciente», y podemos aportar pruebas convincentes de que, pese a permanecer inconsciente, puede producir efectos, algunos de los cuales terminan por alcanzar la conciencia»⁸. Esta cita de Freud permite conocer la relación más simple que existe entre dichos tres términos: lo rechazado actúa sobre una pulsión (su representante) de forma que esta permanece inconsciente. Freud distingue, pues, tres niveles: el consciente, el preconscious y el inconsciente. Una representación es consciente si aparece en nuestra conciencia y es percibida como tal. Son preconscious los pensamientos o representaciones cuya débil intensidad hace que no pasen el umbral de la conciencia, pero si ésta aumenta pueden entonces aflorar a ella. Los pensamientos o representaciones inconscientes no es que sean débiles, sino que son excluidos de la conciencia por fuerzas vivas, por mecanismos de defensa⁹.

Los fenómenos inconscientes son dinámicos y están dotados de una cierta eficacia sobre el comportamiento de los individuos, aunque la persona desconozca la causa real de su conducta. Según Freud, los sueños constituyen el medio privilegiado para identificar los contenidos inconscientes dinámicos que representan las pulsiones rechazadas. En el transcurso de la cura psicoanalítica, el análisis de los sueños es un medio de investigación con frecuencia decisivo: «El sueño es la realización de un deseo». Esta fórmula tan conocida significa que un deseo, o representante de la pulsión que no puede manifestarse en la realidad, se satisface de modo imaginario en el sueño. A este nivel intervienen todos los mecanismos, como la disimulación, la condensación, la deformación, el desplazamiento, la figuración, etc., que utiliza la pulsión para manifestarse aún a pesar de las defensas.

⁵ Cf. cap. E.

⁶ J. P. Sartre, «Bosquejo de una teoría de las emociones». *El ser y la nada*.

⁷ Cf. cap. E.

⁸ S. Freud. *Metapsicología*.

⁹ Cf. cap. E.

Según Freud, las enfermedades mentales, y las neurosis en particular, son en cierta medida el equivalente del sueño, es decir, la neurosis es el medio de expresión que encuentra el deseo para manifestarse. El ejemplo más típico es el de la histeria, en la que el conflicto existente entre un deseo inconsciente y la resistencia a ese deseo se manifiesta corporalmente por una contracción, una parálisis, dolores, etc.¹⁰

Lo que no se debe olvidar, por su importancia, es que el método psicoanalítico se basa en la idea de que la neurosis es la expresión de un conflicto existente entre un deseo inconsciente que tiende a realizarse, y una instancia, también inconsciente, que le prohíbe manifestarse, a la cual llaman los psicoanalistas el superyo. El superyo es como el representante interno de la moralidad, de la cultura, de la familia, de la sociedad, que filtra los deseos aceptables para todas esas instancias que él entraña y prohíbe¹¹ a los otros mostrarse, manifestarse como tales. El psicoanalista tiene, por consiguiente, la misión de descubrir el conflicto existente entre el superyo y los deseos, que es el que origina el comportamiento neurótico. La hipótesis terapéutica reside en que en la medida en que el enfermo tome conciencia de tal conflicto, en esa misma medida desaparecerán los síntomas, que son la expresión del mismo. La exposición simple, e incluso simplista, que acabamos de hacer, permitirá quizá comprender cómo se realiza en concreto la cura psicoanalítica.

La práctica psicoanalítica

La cura psicoanalítica se propone conseguir, mediante una relación verbal que implica unas formas determinadas, que el enfermo tome conciencia del conflicto que dio origen a sus trastornos y lo asuma como tal. Freud ha demostrado que los deseos más decisivos y más reprimidos, rechazados por el superyo, son justamente los deseos de orden sexual; en particular ha mostrado que los deseos incestuosos, que aparecen en la fase del complejo de edipo¹², están generalmente en la base de los trastornos neuróticos. La neurosis sería, en cierta medida, el resurgimiento —bajo forma de síntomas— de deseos infantiles referidos a la madre y al padre. Por ello se puede hablar de regresión: el neurótico, a nivel afectivo, regresa realmente a un tipo de relación vivida en una fase anterior, en la fase del complejo de edipo. Este tipo de relación puede describirse como un deseo de posesión de la madre y una rivalidad que implica agresión e identificación con el padre. La cura psicoanalítica se propone, a través del diálogo que establece o a través de los sueños del paciente o de sus asociaciones libres, conducir al enfermo a la manifestación, ante el psicoterapeuta, de los deseos que caracterizaban sus relaciones edípicas. El momento en el que el psicoanalista interviene como el equivalente del padre o de la madre es el *transfert*. Se trata de un momento privilegiado en la medida en que el psicoanalista, merced al diálogo directo, puede devolver al paciente el sentido de su comportamiento. Por lo demás, la ventaja de este método consiste en que los comportamientos agresivos —*transfert* negativo— o amorosos —*transfert* positivo— se manifiestan verbalmente, lo que produce la toma de conciencia, que el paciente debe llevar a cabo, de los deseos latentes que existen en el origen de su trastorno.

¹⁰ Cf. cap. K y T.

¹¹ Ver en particular el papel del padre como prohibición originaria (cap. N y cap. E) y en la constitución del superyo.

¹² Cf. cap. E y cap. N.

El transfert

Es necesario abordar ahora con más minuciosidad la cuestión del transfert, ya que de ella depende todo el proceso de la psicoterapia. Muchas preguntas surgen al respecto: en lo relativo al psicoanalista, sobre su comportamiento, sobre sus reacciones; en lo que se refiere al enfermo, ¿qué es lo que expresa por medio de esta reproducción de las relaciones infantiles?, ¿cómo puede confundir al psicoanalista con su padre o con su madre? (y más hoy día, en que los enfermos conocen generalmente los rudimentos del psicoanálisis y saben, por tanto, aunque sólo sea a nivel intelectual, que el origen de su enfermedad reside en la regresión a una fase infantil, aunque tal conocimiento, sin embargo, no les cura); finalmente, en todo lo que respecta a las relaciones entre psicoanalista y enfermo: ¿cómo se desarrollan? El análisis que hacemos a continuación del transferí no pretende responder a todos estos interrogantes; sólo se propone intentar la comprensión de lo que sucede en ese momento preciso y qué sentido tiene para el propio enfermo.

El psicoanalista no es un verdadero interlocutor

Hay que responder a la primera pregunta que plantea este diálogo: ¿Por qué la relación verbal psicoanalítica es más privilegiada que las demás relaciones que el enfermo puede establecer con el otro? La respuesta es muy simple en apariencia: porque el psicoanalista está sometido a un modelo teórico que va a determinar su lugar y su función; ahora bien, ni este lugar ni esta función tienen otro sentido que el de hacer aparecer en el paciente lo que S. Leclair llama «el discurso a tumba abierta»*. Dicho de otra manera, si el transferí aparece en la situación analítica es porque el psicoanalista no dialoga: su palabra es una no-respuesta, un reenvío especular de la propia pregunta del paciente. El psicoanalista refrenda: lleva al paciente al debate con su goce¹³. No es ni puede ser un verdadero interlocutor. Por medio de su discurso lo que hace es proporcionar al enfermo la oportunidad de hablarse y de encontrar su palabra; de que ahí, en el espacio de esta posibilidad, en el que el enfermo se debate con su goce, la relación terapéutica facilite la abertura de la articulación del paciente con su mundo, juego que puede practicar porque su interlocutor no responde, porque el psicoanalista es un ausente que deja vacío el lugar adecuado para la instauración de la relación con los otros.

Esta somera exposición permite comprender la obligación que tiene todo psicoanalista de ser una presencia-ausencia, cuya función consiste, solamente, en marcar un vacío que deberá llenar el discurso del enfermo, situándose en él en relación con su propio mundo. Uno de los puntos más importantes de todo psicoanálisis es, pues, el comportamiento mismo del psicoanalista, que debe evitar lo que se llama el contratransfert, es decir, una reacción mediante la que manifiesta, respecto al paciente y respecto a sí mismo también, sus propios deseos inconscientes. Por ello, el planteamiento de esta relación debe ser el de una radical ausencia: el enfermo lo habla todo solo, y recupera, al menos en parte, su propio discurso. Las relaciones enfermo-psicoanalista no admiten porvenir porque el psicoanalista es un falso interlocutor, un falso actor. El transferí es lo

* Véase al final del tomo las «Notas explicativas al texto de la edición francesa», correspondientes al cap. 4, L, 2, letra (G), del revisor técnico.

¹³ S. Leclair, *Psicoanalizar* (pág. 177 de la ed. castellana. N. del R. T.).

que se desarrolla en un espacio vacío, abierto por el no-discurso del psicoanalista.

La presencia-ausencia

Por medio del *transfert* el enfermo es sometido a un tema único, que le conduce a la escena primitiva, el edipo, y que instaura el goce, el deseo y su prohibición. A partir de ese momento, poco importa que el paciente conozca intelectualmente —es decir, en sus generalidades— la estructura del edipo; el *transfert* resulta eficaz porque, a través de la presencia-ausencia del psicoanalista, desarrolla su situación única, su deseo original, bajo la forma específica de su individualidad. Hay que entender el *transferé* no como la transposición del deseo o del conflicto de una persona —el padre, por ejemplo— a otra persona —el psicoanalista—, sino como la transposición, en dichas relaciones, de una presencia-padre o madre a una ausencia. Por medio de esta ausencia, el deseo, el conflicto, puede manifestarse y hasta ser asumido, ya que la prohibición que pesaba sobre él desaparece y da lugar a un espacio vacío donde puede desarrollarse.

A modo de resumen, y para mayor claridad, cabe decir que el *transferé* no es la simple transposición de una situación conflictiva a otra, sino que esta otra situación es sólo aparente: la situación psicoanalítica posee dinámica propia precisamente por su carácter de ausencia, de vacío.

Habría que decir mucho más sobre el psicoanálisis, tanto en lo que se refiere al plano terapéutico como al de las estructuras psicológicas que el propio plano terapéutico ha permitido, y permite todavía, sacar a la luz. Pero el presente estudio sólo se propone poner de manifiesto el tipo de relación terapéutica que el psicoanálisis implica. A través de algunas notas sobre el inconsciente y sobre el *transferé* intentamos demostrar que la relación psicoanalítica no es ni una relación amistosa positiva, de persona a persona, ni una mera relación de frustración; es decir, que rechaza la protección o la condena que el enfermo viene precisamente a buscar. Pues si la relación psicoanalítica es eficaz, ello se debe a que pone en juego dos términos completamente heterogéneos: el inconsciente, el sujeto inconsciente, y una ausencia en la que dicho sujeto inconsciente puede manifestarse.

La psicoterapia existencial

Este tipo de psicoterapia, menos corriente que el psicoanálisis, tiene sus fundamentos o, mejor, su inspiración, en la obra de Heidegger¹⁴. Se basa en el concepto de presencia más que en el de inconsciente. El psiquiatra alemán Ludwig Binswanger¹⁵ representa especialmente esta tendencia. Frente al psicoanálisis, que ha dirigido todo su trabajo sobre la neurosis, la psicoterapia existencial se ha interesado fundamentalmente por los psicóticos, y por los esquizofrénicos más en concreto.

Este tipo de psiquiatría insiste en el hecho de que el enfermo mental es en principio un hombre, e interpreta la dimensión general del hombre como presencia («*dasein*»). Heidegger define en los siguientes términos la noción de presencia: «la presencia es un siendo en el ser del que depende su ser». Ello significa que el modo de existencia del hombre es la problematización de lo que él es: ser o ser-como-problema es la misma cosa para el hombre. La analítica existencial de Heidegger ha intentado revelar esta relación con

¹⁴ *El ser y el tiempo*, M. Heidegger.

¹⁵ Cf. cap. U.

el sí mismo que caracteriza la presencia humana, y por ello la psiquiatría existencial de Binswanger interpreta la esquizofrenia como una enfermedad estrictamente humana, referida a esa relación con el sí mismo que es la presencia. En resumen, se puede decir que la psiquiatría existencial se caracteriza por el análisis del modo de presencia de los enfermos ante sí mismos y ante el mundo, y por la pertinente intervención terapéutica. ¿Cómo actúa dicho análisis? Por el estudio de las grandes estructuras —estructura de comunicación y estructura espacio-temporal—, significativas de la presencia y sus formas, ya sean sanas o deficientes. «La presencia aprehende como mundo lo que ella misma es originariamente»¹⁶, dice Binswanger; lo cual significa que el análisis psiquiátrico debe comprender y abarcar la historia del enfermo, ya que esta revela las estructuras del mundo, del tiempo, del espacio y de su propio cuerpo¹⁷. A través de la historia del enfermo, el psiquiatra puede reconstruir su modo de presencia en el mundo. La psicoterapia existencial se caracteriza, por tanto, más por una forma de análisis que por una práctica específica: todos los medios psicoterapéuticos son buenos con tal de que su utilización esté en función del análisis del mundo del hombre enfermo examinado.

Un ejemplo del propio Binswanger nos aclarará dicha forma de análisis: se trata de un caso de esquizofrenia paranoide. Una mujer, Suzanne Urban, piensa que su marido tiene cáncer. Poco a poco todo el mundo de la enferma es invadido por el tema del cáncer. Posteriormente desaparece el cáncer como tema y queda sólo lo terrorífico: el delirio de persecución. He aquí muy esquemáticamente, el análisis de Binswanger respecto al nacimiento de este delirio: la enferma vive en un mundo de terror en el que, por la fase que precede al delirio, el tema del cáncer y no el del marido canceroso, que sería el propio de una mujer normal, invade la totalidad del mundo; no hay distinción entre lo próximo y lo lejano, entre el espacio propio y el ajeno. Una parte del mundo, el cáncer, domina la totalidad: el mundo ha quedado para ella sin ninguna posibilidad, ya que una sola posibilidad ocupa el horizonte. Entre la enferma y el cáncer se da una ósmosis, sin que exista espacio alguno libre: ella misma existe únicamente por la mediación del tema del cáncer, y toda novedad es excluida; todo es «canceroso». Poco a poco, el tema objetivo, el cáncer como enfermedad real, pierde su sentido por el mismo investimento efectuado y sólo queda el terror. Es entonces cuando sobreviene el momento crucial, ya que el terror, o más bien la angustia y la confianza, son los dos a priori afectivos de la existencia. La enferma ha anulado, en este caso, la confianza, y el mundo se muestra bajo la forma de lo terrorífico, dando lugar a la aparición del delirio. La emancipación de lo terrorífico tiene su origen en las palabras del urólogo, que, después de explorar a su marido, le había anunciado el cáncer: la expresión «el cáncer» se convierte así en el clima del mundo entero. La lectura del importante libro de Binswanger es indispensable para una comprensión profunda de su pensamiento; este ejemplo sólo da una ligera idea del modo comprensivo que implica la psicoterapia existencial. ¿Dónde está el término presencia, que aparecía como el lugar privilegiado en la relación del enfermo con el mundo? En el caso de la enferma en cuestión, dicha relación pasa por el cáncer, después por el terror, y todo en la medida en que es invadido el espacio dinámico de juego, de relación con el sí mismo, con lo cual se cierra toda posibilidad. La relación del enfermo con su mundo es defectuosa: se reduce a la repetición de lo terrorífico sin abertura posible.

¹⁶ Binswanger, *Le cas Suzanne Urban*.

¹⁷ Cf. cap. T.

El acercamiento a los psicóticos en Giséla Pankow

Giséla Pankow es una psicoterapeuta alemana que ejerce en Francia desde hace años y que generalmente analiza en lengua francesa. Preocupada por la dificultad, y quizá la imposibilidad, de practicar el psicoanálisis con los psicóticos, dirigió su atención a la «imagen del cuerpo» en estos enfermos. Antes de practicar un psicoanálisis es necesario, según su opinión, llevar a cabo una reestructuración corporal, de la imagen que el enfermo tiene de su cuerpo, y de ello vamos a tratar a continuación. En la neurosis, el yo¹⁸, la unidad del individuo—unidad también corporal— está intacto: la personalidad no está disociada. En la psicosis, dicha instancia —el yo o la unidad del cuerpo— aparece disgregada. Pankow dice que «el hombre psicótico es engullido por el proceso de disociación en la vivencia de su cuerpo»¹⁹. Tal disociación del cuerpo vivido es para ella tan importante que toda su práctica terapéutica va a tener como objetivo la reestructuración del cuerpo del enfermo.

Funciones de la imagen del cuerpo

La imagen del cuerpo²⁰ tiene una doble función. Una es la de estructuración formal o espacial, que asegura «una vinculación dinámica entre las partes y la totalidad del cuerpo». Cuando esta unidad formal es destruida, como por ejemplo en la esquizofrenia, se dice que el cuerpo está disociado: una parte del cuerpo vale por la totalidad. Una segunda función de la imagen del cuerpo se refiere a la estructura corporal, no tanto como forma, sino como contenido o sentido; y cuando tal función es defectuosa, como por ejemplo en los delirios crónicos no esquizofrénicos, entonces es desconocida por el enfermo la función parcial, generalmente la sexual, de una parte del cuerpo. El problema del psicoterapeuta es, en consecuencia, conseguir reestructurar, formalmente o desde el punto de vista del sentido, el cuerpo disociado del enfermo.

Freud ya había reconocido la imposibilidad de efectuar el psicoanálisis con psicóticos, por cuanto éstos no podían entrar en interrelación con otro. Para que ésta sea posible, Pankow intenta llevar al enfermo a que reconozca los límites de su propio cuerpo. En efecto, en la medida en que el enfermo es incapaz de distinguir su propio cuerpo, como una unidad, del resto del mundo, y particularmente del cuerpo del otro, en esa misma medida es incapaz de entrar en relación con alguien, de captar al otro como tal otro, puesto que no puede captarse a sí mismo como uno. Su método se propone devolver dicha unidad y su sentido al psicótico, cuyo cuerpo está disociado. Igual que el psicoanálisis, el método de Pankow se basa también en la relación verbal; pero como en los psicóticos no hay transferi, ello obliga a utilizar unos medios específicos para entrar en el mundo del enfermo. Uno de esos medios privilegiados es, según ella, el dibujo, y sobre todo el modelado, ya que este exige al enfermo un contacto con la materia muy favorable al reconocimiento, por parte del mismo, de las sensaciones corporales, es decir, de la función real del cuerpo. A veces resulta muy difícil conseguir que el enfermo toque la masa, pero, en todo caso, si se llega a lograr que modele alguna cosa, se tiene la posibilidad de penetrar, por poco que sea, en su mundo devastado. Dos técnicas son entonces posibles. A través del objeto modelado se puede investigar cuál es la dinámica de las relaciones existentes para el enfermo, ya sea con el entorno social, ya sea entre los objetos o entre los hombres. Al

¹⁸ Cf. cap. K.

¹⁹ *L'homme et sa psychose*, G. Pankow.

²⁰ Cf. cap. T.

interrogar al enfermo, a propósito de su modelado («¿A quién podría-pertenecer tal objeto?»), la pregunta puede permitir «estructurar un mundo desvelado por las relaciones objetales» que se inscribe en la historia del sujeto. Y dichas relaciones objetales — relaciones con los objetos de deseo— permitirán reconocer la demanda y el deseo. Pero ello sólo es posible si la estructura del cuerpo está formalmente intacta, si únicamente falta el sentido. La segunda técnica interviene cuando «el enfermo es incapaz de reconocer el objeto que ha modelado como parte de un mundo espacial organizado»²¹. En tal caso, hay que interrogar al enfermo como si él mismo fuese el objeto que ha modelado, como si el objeto valiese por la totalidad de su cuerpo.

Estas técnicas se basan en la idea de que el deseo del enfermo se manifiesta en torno a imágenes dinámicas, lo que se llama fantasmas, y de que el modelado puede ser una vía de acceso a dichos fantasmas. Por medio de las imágenes dinámicas, o fantasmas, el enfermo puede ser llevado al reconocimiento de su deseo. Este método teórico se llama «estructuración dinámica»²². La psicoterapia no se propone satisfacer al enfermo, sino ayudarle a formular demandas, a reconocer los deseos inconscientes; por consiguiente, sólo cuando el enfermo haya reconocido su cuerpo, y los deseos que en él se manifiestan, podrá reencontrar al otro, es decir, salir de la psicosis.

Karl Rogers y la no-directividad

Karl Rogers es un psicoterapeuta norteamericano de formación teórica ecléctica, cuya historia personal y actividad profesional le han llevado a plantear una tesis según la cual una psicoterapia debe llevarse a cabo no en función de teorías extrañas a la experiencia del paciente, quien constituye su centro, sino en orden, sobre todo, a su beneficio, y por ello el propio paciente debe ser también el guía. Lo que debe constituir la base de la reorganización posterior de su comportamiento es la toma de conciencia que efectúa el enfermo de su experiencia individual. El médico interviene sólo para ayudar, sostener y acompañar el esfuerzo del paciente. Con esta tesis Rogers excluye cualquier intervención de tipo psicoanalítico, como la interpretación de los sueños y las frustraciones, que haga posible el *transfert*.

La hipótesis rogeriana consiste en mostrar que el hombre tiene siempre la suficiente capacidad, al menos latente, para sentir y comprender lo que le hace sufrir²³. Tal capacidad le permite, según Rogers, reorganizarse a sí mismo y conseguir una mayor actualización de lo que es. La capacidad de comprensión respecto a sí mismo, incluso cuando no es teórica y explícita, resulta, pues, suficiente para que cada uno integre, sin trastornos, la experiencia inmediata. Rogers añade que dicha capacidad tiende a realizarse, incluso en el individuo enfermo. La cuestión que se plantea, en realidad, es la siguiente: ¿cómo se llega a enfermo mental?, a lo cual responde Rogers con su teoría del yo.

Para este psicoterapeuta, la vida es un dinamismo que obliga a cada individuo a actualizar las potencialidades de su organismo y de todo lo que la experiencia le permite captar como favorable a sus necesidades. Algunos de estos aspectos se manifiestan en la conciencia de sí, que se organiza para formar el yo, el cual, aunque cambiante, se estructura, sin embargo, de forma coherente y se convierte en una parte de la experiencia

²¹ Cf. cap. E.

²² *Structuration dynamique dans la schizophrénie*, G Pankow.

²³ *Psychothérapie et relations humaines*, Karl Rogers.

del sujeto y, al mismo tiempo, en guía normal del comportamiento. Para que tal función de guía pueda ser real, es necesario que el yo sea realista, es decir, que se base en la experiencia auténtica. Para ser normal se requiere, por consiguiente, un acuerdo del yo con la experiencia total. La totalidad de la experiencia debe estar disponible para el yo, y nada debe ser radicalmente excluido del campo de la conciencia. Desgraciadamente, el sujeto, para satisfacer sus necesidades —la de ser bien considerado por otro, por ejemplo— disimula algunos sentimientos y automáticamente no los reconoce como sentimientos propios, aunque los sienta.

Por tanto, esta autorrepresión, basada en la necesidad de relación con el otro, retira de la conciencia todo un cúmulo de experiencia, lo cual hace que el yo no esté en relación con la totalidad de la experiencia del sujeto. He aquí en qué consiste para Rogers la personalidad neurótica: el yo dirige el comportamiento del individuo fuera de una parcela importante de la experiencia, que reaparecerá a despecho del yo, puesto que el hombre es siempre capaz de reestablecerse él mismo, aunque tal capacidad, cuando trata de ser actualizada, se haga muy angustiosa porque el yo se siente amenazado.

Por ello el terapeuta debe establecer con el enfermo una relación humana desprovista de toda amenaza: tiene que crear una situación en la que pueda ser asumida la totalidad de la experiencia individual sin que ello venga a crear conflictos con el otro. Esta relación es no-directiva o, mejor dicho, centrada sobre el sujeto, ya que se prohíbe interpretar y únicamente se intenta acompañar al enfermo en la búsqueda. En tal sentido es muy simple definir el trabajo del terapeuta: se trata de ofrecer al enfermo una relación humana positiva, calurosa, capaz de permitirle abrirse a su propia experiencia y realizar así una reorganización en torno a un yo «realista». Por ello, el psicoterapeuta debe ser auténtico, abierto y receptivo respecto al sentimiento del enfermo; debe dar prueba de empatía, es decir, sentir él mismo el mundo del enfermo que le acompaña. Debe constituir para él una presencia verdadera, y demostrarle finalmente una incondicional consideración.

La terapia rogeriana se basa en la idea de que la función del terapeuta sólo es una mera condición favorable a un trabajo que realiza el enfermo mismo. La justificación de esta tesis reside en el hecho de que una empresa solamente puede resultar exitosa si la lleva a cabo quien va a salir beneficiado de ella. Sin intentar una crítica —que sería por lo demás difícil, habida cuenta de los resultados obtenidos por Rogers— es innegable, sin embargo, que la parte teórica de la obra de Rogers es relativamente floja; en particular, su obstinación sistemática en considerar la contradicción, el conflicto, como momento dinámico, parece no sólo discutible, sino francamente ideológico.

3. LA PSICOFARMACOLOGIA Y LOS METODOS SEDATIVOS POR ALTERACION DEL SISTEMA NERVIOSO

Los métodos psiquiátricos utilizan hoy, de común acuerdo, los métodos psicoterapéuticos y los concernientes al cuerpo físico del enfermo. Esta utilización simultánea es reciente, pero sus orígenes respectivos son de inspiración opuesta. La psicofarmacología se ha desarrollado hace muy poco tiempo, mientras que las técnicas sedativas por alteración del sistema nervioso se basan en una idea muy antigua: se pensaba que un gran número de síntomas provenía de una irritación cerebral, y por ello se trataba de encontrar los medios de eliminar tal irritación; he aquí el origen de las sangrías y de las purgas que se practicaban aún a principios del siglo XIX. A esta idea vino a añadirse otra:

la de las localizaciones cerebrales. Algunas técnicas que se utilizan todavía hoy son herederas de aquellas viejas teorías de hace varios siglos.

Los métodos sedativos por alteración del sistema nervioso

Son de tres tipos: los electroshocks, el coma insulínico y la psicocirugía.

1) La frecuencia de su uso es variable, pero la eficacia es siempre dudosa y muy discutida. En especial la psicocirugía ha hecho por desgracia, durante muchos años, verdaderos estragos, bajo la práctica de la lobotomía —seccionamiento de los lóbulos frontales—, en todos los países, pero sobre todo en Estados Unidos. Se prescribía dicha intervención en caso de hiperemotividad, de angustia y de obsesión, y tenía por objeto únicamente la desaparición de un síntoma. Parece que los casos de «éxito» son muy escasos y siempre traen consigo nuevos problemas, sobretodo de orden neurológico. Los resultados deplorables son, por el contrario, muy numerosos. Es incomprensible que aún no se haya abandonado enteramente esta técnica.

2) El problema del electroshock es más complejo. Este método tiene, al menos, la ventaja de no producir ninguna destrucción orgánica. Se basa en la idea de un antagonismo existente entre epilepsia y psicosis. Por ello su empleo consiste en producir un shock eléctrico capaz de provocar una crisis semejante a la epilepsia, puesto que se piensa que por medio de ésta desaparecerán los síntomas psicóticos. Su eficacia es del mismo tipo que la de los métodos de shock de los siglos XVIII y XIX. Se sabe que un shock muy fuerte o un peligro pueden hacer desaparecer la ansiedad o la depresión. Otras terapias convulsivas, fundadas también en el antagonismo epilepsia-psicosis, se realizan mediante la inyección de una alta dosis de cardiazol, que provoca una crisis epiléptica²⁴.

3) El coma insulínico precedió históricamente al electroshock. Se trata de sumergir al enfermo en la nada con el fin de reconstruir su personalidad. La inyección de insulina, en dosis elevadas, provoca una depleción de los vasos, en especial de los vasos sanguíneos, que se vacían de sangre. El resultado es equivalente al electroshock, aunque menos peligroso a nivel neurológico (a causa del electroshock se producen a veces accidentes cerebro-vasculares).

La psicofarmacología

La psicofarmacología no sólo intenta un efecto sedativo, sino sobre todo un efecto regulador. A partir de la mitad del siglo pasado se han llevado a cabo varias investigaciones referentes a los opiáceos. La posterior intensificación de las investigaciones trajo consigo una mayor diversificación de los productos. Hoy los neurolépticos se han hecho indispensables en el tratamiento psicoterapéutico.

A dichos tratamientos habría que añadir las terapias fisiológicas, como la cura de sueño, la hibernación, las terapias vasculares o celulares y las terapias por medio del condicionamiento, etc. Aparte de las psicoterapias propiamente dichas, no hay que olvidar todos aquellos métodos que intentan la desaparición de un síntoma en un período más o menos corto, con lo cual la estructura patológica del individuo no queda desvelada y, en consecuencia, tampoco puede ser atacada de forma real. Sin embargo, lejos de criticar tales

²⁴ Este método sirve mucho más al sadismo «inconsciente» del psiquiatra que al enfermo. Es realmente escandaloso que aún subsista en psiquiatría tal procedimiento.

métodos, hay que tener en cuenta que gracias a ellos el ambiente psiquiátrico hospitalario actual no tiene nada que ver con el de hace algunas decenas de años. Por lo demás, abren la posibilidad de nuevas terapias: la psicoterapia de grupo, cuya ausencia en tales centros es sin duda un fallo, la ergoterapia, etc.

LA RELACION MEDICO-ENFERMO

«La única garantía de la salud, de las buenas costumbres y del orden es la ley del trabajo mecánico rigurosamente ejecutado.»

Pinel PHILIPPE,

Una de las afirmaciones de la psicología actual respecto a la enfermedad consiste en decir que la enfermedad no es un en-sí, es decir, que no está situada en un individuo y replegada sobre sí misma; que no se la puede situar, por tanto, en un organismo aisladamente considerado. La enfermedad acontece en un campo intersubjetivo; el enfermo no es enfermo aisladamente, sino en relación con un mundo físico y humano, que le ayuda o le impide constituirse como tal enfermo. Así, pues, la enfermedad no se define de una vez para siempre por quien se siente mal, sino que el estatuto de enfermo depende del medio natural, que permitirá o no permitirá su enfermedad, y sobre todo del medio cultural (familia, entorno, médico, sociedad), que otorgará reconocimiento a determinada enfermedad y se lo negará a otra, pero que de todas formas va a modelar los síntomas en función de criterios procedentes del campo cultural.

La enfermedad se constituye, pues, en el cuerpo de un individuo, pero en relación con un determinado mundo socioeconómico, que será el que aporte o no aporte las razones para su establecimiento o instauración como enfermo. La enfermedad desemboca, finalmente, en una relación bilateral entre un individuo y el médico. Nosotros vamos a fijarnos solamente en el aspecto psicológico de esta relación médico-enfermo.

1. LA PREHISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Entendemos por prehistoria de la enfermedad el momento en que un individuo siente una modificación de su ser-en-el-mundo y decide ir al médico. Este momento es capital, ya que nos muestra los criterios de la enfermedad o, más bien, los síntomas que alarman normalmente al individuo. Poco a poco se hilvanará en torno a estos síntomas todo un contexto familiar y social que va a modelar, detener o acentuar estas primeras manifestaciones que el propio individuo quizá ha creado.

De esta forma, la relación médico-enfermo es el resultado de una gestación que desemboca en la consulta. Es evidente que dicha prehistoria juega aparentemente un papel mucho menos importante en el caso de las enfermedades específicamente orgánicas: una enfermedad viral, por ejemplo; en este caso parece que el afectado es únicamente el cuerpo, y que aquí poco tiene que hacer la psicología. Sin embargo, no se puede negar que el desencadenamiento de una enfermedad de este tipo implica una reestructuración inmediata, y generalmente inconsciente, del ser-en el-mundo del enfermo. Su presencia en el mundo se encuentra modificada en cuanto a la relación con su cuerpo, con el medio humano que lo envuelve, con su propia vida fantasmática y respecto al equilibrio pulsional que establece con su familia o con el medio humano en que vive. La enfermedad, cualquiera que esta sea, somática, psicosomática o psicológica, surge como una novedad, aunque esperada, temida o rechazada, quizá, pero con la que un ser-en-el-mundo tiene que contar. Jamás está uno

solo en el proceso desencadenante de la enfermedad: el otro está presente.

La llegada de la enfermedad

La cuestión está en saber cómo llega un individuo a considerarse enfermo. Lo cual sucede cuando un individuo constata, por sí mismo o por un tercero, una modificación de su actitud ante el mundo. Puede acontecer, cosa muy frecuente, a nivel de un sentimiento de malestar general no localizado, que le hace tomar conciencia de su cuerpo. Si puede considerarse como señal de «normalidad» una especie de olvido del cuerpo en las acciones ordinarias, podemos decir que el sentimiento de enfermedad surge precisamente cuando el cuerpo se hace notar por su pesadez, su resistencia a actuar, etc. Para Goldstein, este sentimiento se basa no tanto en las modificaciones de contenido, como el pulso o la respiración, sino sobre todo en el trastorno del desarrollo de los fenómenos vitales. El individuo constata en su cuerpo reacciones desordenadas y hasta catastróficas. La enfermedad es vivida por el individuo «como una conmoción de su existencia». Pero la decisión de enfermedad sólo puede ser tomada por referencia al ser individual, a cada organismo específico relacionado con un entorno determinado; así, por ejemplo, individuos con un corazón demasiado pequeño pueden vivir sin problemas dentro de un determinado marco u oficio, pero no podrían realizar otro tipo de tareas más difíciles. La enfermedad y la salud se sitúan, pues, a nivel de la estructura del organismo, como función de un individuo determinado y de su medio específico. Goldstein define en este sentido la salud como «la perfecta correspondencia entre las manifestaciones exteriores de la vida de un individuo y sus propias necesidades biológicas tal como resultan de la confrontación de la situación de su vida exterior con su capacidad funcional fisiológica»¹. El sentimiento de malestar nace cuando hay discordancia entre el organismo y su medio; la persona siente que el cuerpo se resiste a sus propósitos, que no es ya un auxiliar en el control y dominio del mundo.

En este malestar, que es común y general, se insertarán las diferencias específicas en función de la constitución de cada individuo según su edad, raza, sexo, etc., y también en relación al medio cultural que frecuenta; dicho medio cultural puede aceptar un determinado tipo de enfermedades y rechazar otro. Así, Koos², estudiando la relación existente entre la clase social a la que pertenece un individuo y la sensación de tener síntomas mórbidos, como por ejemplo la pérdida de apetito, el dolor lumbar reiterado, la tos pertinaz, el dolor muscular o articular persistente, la menstruación excesiva, constata que «en las clases altas el 57 por 100 de quienes pierden el apetito lo consideran un síntoma mórbido, en las clases medias esta proporción es del 50 por 100 y en las clases bajas del 20 por 100». Para la tos pertinaz las diferencias son mayores; desde un 77 por 100 en las clases altas hasta el 23 por 100 en las clases bajas; para los dolores articulares y musculares, desde un 80 por 100 hasta un 19 por 100.

El «enfermo» y su entorno

El individuo reacciona, pues, de forma muy distinta al malestar, en función del cuerpo social al que pertenece; pero lo que en última instancia le determina para ir o no ir al

¹ *La structure de l'organisme*, Goldstein.

² Citado por Laín Entralgo, *El médico y el enfermo*, ed. Guadarrama, pág. 170. (N. del R. T.)

médico son las relaciones que tiene establecidas con su propia vida pulsional de acuerdo con la del entorno. Así, algunos individuos reaccionan ante esos «fallos», sin duda objetivos, rechazándolos; no quieren permitirse el lujo de una enfermedad que para ellos representa un peligro como puede ser la angustia, el temor a la muerte, a la regresión, e intentan continuar sus actividades ordinarias mientras puedan. Otros, por el contrario, consideran serios estos síntomas y van a la consulta para que se les diga si son o no son enfermos; se remiten así a la palabra del médico. La imagen de la enfermedad es relativamente clara si nos limitamos al estudio de las enfermedades somáticas como una infección, una fractura, etc. A tal nivel, como dijimos, puede ya que algunos mecanismos psicológicos impidan a ciertas personas considerarse enfermas y el aceptar, en consecuencia, un tratamiento, y si lo hacen será sólo bajo la presión del entorno, lo que nos muestra la estrecha ligazón enfermo-enfermedad-medio. Sin embargo, existen enfermedades más difíciles de discernir, de origen psicosomático, con síntomas mucho menos resueltos —como las dispepsias, el estreñimiento, las jaquecas, la obesidad, algunos fallos cardíacos, la dolencias funcionales—, que suelen plantear problemas tanto al médico de medicina general como al especialista. Son personas que se llaman enfermos, pero que no pueden ser consideradas tales por el médico, que no percibe ningún trastorno orgánico preciso; vuelven, pues, sin el estatuto que buscaban. ¿Son o no son enfermos? En el curso de la entrevista médico-enfermo se juega la implantación o establecimiento de un estatuto, la mayoría de las veces rechazado.

Una identidad rechazada

Frente al «enfermo» no reconocido está el «enfermo» que no quiere serlo, pero que lo es por las presiones que al respecto ejercen la sociedad y su entorno; en este caso, el medio impone la no aceptación de una determinada conducta un tanto desviada de las normas.

Así tenemos que Laurent³, de cuarenta y dos años, se encontró internado a los veinticuatro años por unos Servicios de Urgencia en un hospital psiquiátrico porque una tarde se puso a amontonar los muebles de su casa, escribiendo sobre una especie de banderola estas palabras: «Yo busco mi identidad». Este acto provocó la angustia de su madre y del médico: «Está loco, nos va a matar; dejadle solo en casa; y una ambulancia vendrá a buscarlo mañana por la mañana». Laurent había vuelto a colocar los muebles en su sitio, pero esto no impidió que al día siguiente empezase su «vida» en el hospital. Desde entonces renuncia a toda palabra personal: ¿Para qué, si de aquí en adelante se le rechaza la identidad? Ni siquiera cuenta ya con salir; se le ha colocado allí, y allí sigue «Desde hace veinte años soy obligado, por mi bien, a vivir bajo un techo que mi madre ha elegido». De esta forma Laurent ha admitido una enfermedad que no siente, y ha sido bautizado como «enfermo». Con el paso del tiempo acepta ese «estar en la vida» a falta de que se le permita existir.

La enfermedad del otro

Se observan, en casos infantiles, trastornos que con frecuencia no son más que la actualización de problemas parentales; el niño es entonces enfermo en función de otro o de

³ M. Mannoni, *Le psychiatre, "son fou" et la psychanalyse*, p. 116.

otros cuyas enfermedades manifiesta. Remitimos aquí a los numerosos ejemplos que presenta M. Mannoni a través de sus obras. Cita, por ejemplo, el caso de Jacques⁴, de treinta y nueve años, que está en el manicomio desde los dieciocho. La cuestión es el «su» de su enfermedad. En efecto, el padre era un enfermo delirante. El niño fue confiado por la madre a la abuela, que lo sobrealimentaba como respuesta a necesidades propias, pero no permitiéndole la manifestación de sus deseos. Cuando Jacques quiere tomar por sí mismo las decisiones sobre su futuro, la cólera del padre lo reduce a su lugar, es decir, al puesto de delirante, en lugar del padre. Las predicciones familiares tendrán, pues, que realizarse; Jacques no tiene salida: es necesario que asuma el papel de loco. Así se cruzan dos discursos: «Yo tengo hermanos desemparejados que provienen de óvulos corto-circuitados de mi madre», explica el padre (en libertad); «yo era muy joven cuando me di cuenta del estado de mi padre», comenta Jacques (internado). ¿Quién está loco: el padre o el hijo? En resumen, hemos visto que la enfermedad es, ante todo, un «proceso intersubjetivo»; el enfermo es considerado como tal en relación siempre a un mundo o a otro. Como dice Canguilhem: «No existen trastornos patológicos en sí; lo anormal solamente puede ser apreciado dentro de una relación»⁵. Por tanto, hay que estudiar esta relación médico - enfermo en la que desemboca todo el camino anteriormente descrito. En la entrevista médico-enfermo vienen a cristalizarse todos los conflictos de que hemos hablado; la enfermedad será reconocida, decidida, escuchada o rechazada por un individuo neutro que posará su mirada científica sobre los síntomas. Vamos a describir las características de esta mirada médica.

2. EL MEDICO Y SU ENFERMO

La enfermedad es determinada por la mirada médica, que en lo referente al enfermo hace la división entre lo que es relevante y lo que no lo es. El médico, en función de la formación recibida, es quien acepta o rechaza determinados síntomas del enfermo. La mirada médica procede, pues, de un terreno de conocimiento, terreno epistemológico que depende de los diferentes estadios y de la propia constitución de la medicina, basada en la dualidad de cuerpo y espíritu y limitada a ocuparse sólo del cuerpo; pero ni siquiera de un cuerpo vivo, que desea, sino de un cuerpo-muerto, de un cuerpo-objeto, de un cuerpo-cadáver. Por ello Foucault presenta su obra titulada *El nacimiento de la clínica* como una arqueología de la mirada, ya que la mirada pone a distancia el espectáculo que contempla, objetiva lo que percibe y lo sitúa en un espacio sin vida y sin tensión. «En este libro se trata del espacio, de la angustia, de la muerte; se trata de la mirada»⁶. El gran progreso que realiza el médico del siglo XVIII consiste en pasar de una descripción de los síntomas del enfermo puramente fantasmática, a una verdadera enumeración perceptiva y cualitativa de lo que el médico puede ver. La clínica es, probablemente, la primera tentativa, después del Renacimiento, de fundar una ciencia basada únicamente sobre un campo perceptivo y una práctica atendida al ejercicio de la mirada. De esta forma, el método establecido por Bichat en el siglo XVIII extrae su verdad del propio fracaso, a saber, del cuerpo muerto. Mediante la observación de los cadáveres se constituye la ciencia médica: la anatomía clínica. «Abrid algunos cadáveres: veréis desaparecer rápidamente la oscuridad que la sola observación no había disipado»⁷. El espacio de la mirada médica está hoy día aún delimitado por este nacimiento de la observación, realizada sobre un cuerpo congelado, y ha adquirido una indudable positividad gracias a sus métodos de análisis; ello

⁴ Op. cit., p. 121-122; cf. también el cap. N, p. 156.

⁵ *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.

⁶ Pág. V.

⁷ Citado por Foucault, op. cit., p.148. (Ed. cast.. Siglo XXI, p. 209.)

se debe a una reorganización de todo el ámbito hospitalario, al nuevo estatuto dado al enfermo y a un método de lectura que permite ver diciendo lo que se ve. Esta estructura, en la que se articulan el espacio, el lenguaje y la muerte, y que se llama en suma el método anatómico-clínico, constituye la condición histórica de una medicina que se aplica y recibimos como positiva. «Cuando la muerte se ha convertido en el «a priori» concreto de la experiencia médica, entonces es cuando la enfermedad puede desgajarse de la contranaturalidad y tomar cuerpo en el cuerpo vivo de los individuos»⁸. Foucault nos recuerda que de la misma forma que la psicopatología hizo posible la psicología, igualmente la ciencia del individuo nació de la muerte. La subjetividad no representa ya la individualidad, sino que es reemplazada, por el contrario, por la objetividad. El individuo enfermo es considerado por el médico esencialmente como cuerpo, aunque hayan surgido otros métodos para «completar» el método anatómico-clínico.

El médico contemporáneo, cuya mirada es aún más perspicaz y cuyos instrumentos de análisis objetivan con más seguridad el menor de los síntomas, es hoy una víctima de las limitaciones de su mirada. Ciertamente, se puede decir que lo ve todo, pero a partir de ahí deviene sordo a lo que se dice en su presencia.

El discurso del enfermo es sólo el enunciado que pone sobre la pista; después ya no es necesario: el laboratorio hará lo demás. Si la mirada tiene algunos fallos, los especialistas llevarán a cabo una prospección más localizada y sabrán lo que oculta el útero o el hígado. Pero ¿qué es lo que el médico no entiende?

El viaje de la enferma

Presentemos un ejemplo de esta sordera médica. Se trata de una señora de treinta y dos años, casada, sin hijos. Ya había mostrado trastornos epigástricos y torácicos que habían inducido al médico de medicina general a mandarla a un especialista; este último no observa nada de anormal y declara: «Está muy satisfecha, y espero haberle dado mayor seguridad». Poco después vuelve, quejándose, esta vez, del tórax. Es enviada a una clínica fisiológica para un examen radiológico. Se le aconsejan masajes después que manifiesta un origen muscular o fibroso de sus trastornos; los masajes no le sirven de nada. El médico piensa entonces en una apendicitis crónica. Se consulta a un ginecólogo que no se pronuncia; se llama después a un cirujano que «aconseja a la enferma entrar en un hospital para ser operada de apendicitis». La señora lo hace. Pero las quejas de la enferma continúan, cambiando con frecuencia de localización; una vez es la cavidad ilíaca, otra vez la espalda. Se agarra al médico con discursos que a éste le enervan hasta el punto de que la va rechazando poco a poco. Los dolores en la espalda deciden al médico a enviarla esta vez a un cirujano-ortopedista, que aconseja un tratamiento fisioterapéutico. La enferma intenta entonces seducir al médico y acude cada semana a importunarle. El médico termina por mandarla al trabajo, y ella, sintiéndose vejada, no vuelve en un año. Transcurrido este tiempo reaparece intentando el mismo juego incomprensible, llegando incluso a acercar su pie al del médico y a poner su mano sobre la de él. Poco a poco el médico, que empieza a adquirir una formación psicológica, presta mayor atención a las palabras de la enferma. A partir de ello mejoran los síntomas. «Pero hicieron falta cuatro años y una apendicectomía para que llegara la hora de esta entrevista. Mea culpa»⁹.

⁸ Foucault, op. cit., p. 198 (p. 276 de la ed. cast.).

⁹ M. Balint, *Le medecin, son malade et la maladie*, P. B. Payot, n.º 86, p. 19-20-21.

Se pueden extraer de este ejemplo las siguientes enseñanzas:

— El médico tiene sólo una visión organicista de los trastornos de la enferma. Únicamente ve este aspecto; su capacidad de comprensión se reduce a responder inmediatamente a las demandas de su paciente, referentes a su cuerpo. El médico no puede, a causa de una formación exclusivamente organicista, desvelar el problema del sentido de esas demandas, que toma al pie de la letra. Así se establece un juego de demandas inmediatamente colmadas; la enfermedad circula entonces entre el propio cuerpo de la enferma y el médico, que se siente impotente para detenerla. El movimiento es constante; los síntomas nacen, desaparecen, vuelven. Cuando cree haber captado algo, rápidamente se desvanece.

—Se podría decir que nos hallamos en pleno campo de lo imaginario, donde el médico está preso de las exigencias y demandas de la enferma. De la misma manera que la madre responde normalmente a las demandas de su hijo atiborrándole de comida, por ejemplo, y anticipándose incluso, y malogrando con ello, la aparición del deseo autónomo en el niño, así el médico se ve arrastrado a un círculo que no puede romper más que con el despido definitivo, agrediendo a la enferma cuando ésta juega la carta de la seducción. Aquí se vuelve a encontrar la oposición agresión-seducción que caracteriza las relaciones imaginarias del niño con su madre¹⁰.

— La enfermedad circula por el cuerpo de la enferma igual que ésta circula por los diferentes servicios de los distintos especialistas. A cada dolor le corresponde un médico determinado. La enferma, que hace hablar a la totalidad de su cuerpo para plantear un problema que pone en juego su existencia como conjunto, es tratada, sin embargo, como un cuerpo-objeto completamente disociado. Ella, que puede con tanta facilidad comunicar sus trastornos a través de todo el cuerpo, es examinada, sin embargo, órgano a órgano. El médico establece únicamente relaciones con un objeto parcelado; sólo se interesa por una parte de su cuerpo, sin ponerla en comunicación con las otras y, sobre todo, sin plantear siquiera el problema de una persona como totalidad cuerpo-espíritu. No hay una relación entre dos presencias, entre dos seres humanos, sino entre una presencia, la del médico, y una parte de un cuerpo, el de la enferma.

La lección del viaje

Todo esto sucede, además, a causa de lo que Balint llama la «connivencia del anonimato». Es decir, el médico de medicina general, al enviar a su enferma al especialista, declina la responsabilidad; pero tampoco el especialista se siente enteramente responsable de una enferma que no es «su» enferma. Se asiste así a una mutua descarga de responsabilidades y a una serie de consejos que se siguen no se sabe bien por qué: «Las decisiones vitales son tomadas sin que nadie se sienta plenamente responsable». Además, la relación entre el médico de medicina general y el especialista no resulta eficaz, ya que el primero muestra sentimientos ambivalentes respecto al segundo; se siente como un alumno ante su maestro, pues con frecuencia resulta que es su profesor. Por lo demás, las cuestiones de esta omnipresencia no se formulan con claridad, y muy rara vez llegan a materializarse.

Se produce así un progresivo rechazo de la enferma, debido al hecho de responder inmediatamente a sus primeras demandas. El médico ha realizado concienzudamente el trabajo, pero comprende, desgraciadamente demasiado tarde, que-la enferma le habla otro

¹⁰ Cf. cap. F.

lenguaje, que los dolores de su cuerpo remiten a un drama mucho más profundo. La enferma se instala poco a poco en la enfermedad, y el médico no podrá ya, a pesar de su posterior buena voluntad, cambiar la situación.

Pero hay que subrayar, de entrada, que esta enferma no se considera a sí misma como enferma desde el punto de vista psicológico, y se opone en consecuencia a una psicoterapia. Pero si el médico hubiese escuchado y hubiese dado su verdadero sentido a los primeros síntomas, habría permitido a la enferma expresarse sobre el objeto de sus verdaderos problemas, y ella, de este modo, habría podido decidir, de común acuerdo con el médico, si era o no era necesaria la psicoterapia. Por el contrario, se encerró en un círculo de gratificación-frustración que le impedía enfrentar sus verdaderos problemas. El proceso que sigue es, en este caso, tan negativo para la enferma que ésta no acepta el ofrecimiento del médico cuando le propone la psicoterapia; la enferma va entonces a otro médico, y se entabla el mismo juego de demandas orgánicas y respuestas por medio de exámenes físicos. Es ya demasiado tarde para intervenir y lograr cambiar algo; pocos años después es el marido el que irá a la consulta gravemente enfermo. El problema de la pareja surge sin ninguna posibilidad de cura, ya que no se respondió a tiempo a los verdaderos problemas de esta mujer.

Observamos, por tanto, que la mirada médica contemporánea tiene a mal abrirse a la dimensión de la persona como totalidad (cuerpo y espíritu); totalidad que es, de esta forma, objetivada en el cuerpo desde un principio y durante un largo recorrido a través de especialistas que la despedazan, sin aprehender su unidad ni reinstaurarla en un ser existente. Lo que el enfermo dice es considerado como un discurso de síntomas y no como una palabra que expresa el sufrimiento de un ser.

El hecho de no escuchar la palabra de un existente no es una situación específica de la entrevista médico-enfermo en el caso de una enfermedad orgánica; también se da en el hospital psiquiátrico. Siempre hay alguna queja planteada por una persona que procede realmente del ambiente del internado, de la misma forma que en la consulta psicológica las quejas del niño son en realidad las quejas de la madre. Así, pues, el psiquiatra, preso de las exigencias de la sociedad (que propugna el orden) y de los padres (que encuentran toda salida inviable en lo referente al hijo «insoportable»), cumple un papel normativo de consolador, que debe conducir al individuo a la resignación gracias a los medios medicinales y a las presiones morales. Esto, de rebote, hace que el individuo entre en un anonimato voluntario, en el que ya no habrá lugar para ninguna manifestación de su identidad, para ninguna manifestación personal¹¹. El saber del psiquiatra dará razón de todas las resistencias de su enfermo. El saber barre y mata la palabra; «si el paciente recibe, como única respuesta a su angustia, el silencio de un médico que sabe lo que padece y que no tiene ninguna necesidad de oír lo que le dicen, entonces no verá otra salida que desaparecer, como sujeto hablante, sumido en una clasificación nosográfica»¹². El diagnóstico impide toda palabra: se ha pronunciado la condena y se asiste a una progresiva fijación de las conductas de un enfermo, que no es ya otra cosa que un muerto viviente.

3. LOS FANTASMAS EN LA RELACION

Nos hemos limitado a una descripción realista de lo que sucede en el encuentro médico-enfermo, pero más allá de esta relación y de sus fundamentos hay un juego de

¹¹ Cf. M. Mannoni, op. cit., p. 21.

¹² Op. cit., p. 24.

fantasmas, de pulsiones, de lazos afectivos, que reviven en el transcurso de dicho encuentro. En principio el paciente va a la consulta con una imagen implícita del médico, imagen formada por los mitos de una determinada sociedad, que elige de entre ellos los que le conviene. J. P. Valabrèga¹³ intenta reagrupar un cierto número de fantasmas referidos al médico que tienen en común el no considerarlo como hombre:

- Es un superhombre (mago-chamán).
- Es un sacerdote (un sacerdote médico).
- Es un hombre (con sensualidad) viril, pero se la niega el paciente (negación).
- Es un hombre, pero mayor, viejo (como el hechicero, que siempre tiene el aspecto de un viejo); es decir, un hombre incompleto o un hombre que ha reemplazado la sexualidad por la sabiduría y la experiencia, «un hombre que no es un hombre siendo un hombre»: un hombre ambivalente.
- Es un ser desencarnado, despersonalizado, un hombre sin cualidades, una «pura función institucional».
- Es un hombre castrado, o impotente, o invertido; un hombre no como los otros; un ser ambisexual.
- Es como una mujer, o como niño.
- Finalmente, no es un ser humano, sino una cosa. Y el «no es un ser vivo» puede llegar, entiéndase bien, hasta significar la muerte, su muerte.

Además, el médico se identifica inconscientemente con esos fantasmas, y se siente literalmente perdido si el enfermo los ignora. Hemos visto, en el caso de la enfermedad relatada por Balint, el pánico que hace presa del médico cuando es tomado como ser humano sexuado y susceptible de seducción. La sexualidad, aunque constituye el fondo del encuentro (piénsese en los juegos sexuales de los niños sobre el tema del doctor), no ha de salir sin embargo a la luz. El médico debe ser considerado como un ser asexuado: sobre la base de estos fantasmas, que pertenecen al dominio de la Antropología (queremos decir que todo individuo los posee inconscientemente, incluso aunque nunca sean revelados), van a surgir los fantasmas específicos del enfermo y el médico. Esto adquiere una importancia capital en la entrevista psicológica, donde los fantasmas del psicólogo no deben nunca llegar a sustituir, en el momento de la interpretación, a los del propio enfermo. Tenemos un magnífico ejemplo de ello en la persona misma de Freud, en una de sus historias clínicas, la del «hombre de los lobos». Freud estaba entonces en plena discusión con Jung y quería, a toda costa, encontrar un caso que le diese la razón al respecto. Esto hizo que no mostrase respeto a su paciente, que le faltase la paciencia necesaria para que fuesen surgiendo progresivamente los fantasmas. Por lo demás, se encontró con un enfermo extremadamente hábil e intuitivo para percibir los propios fantasmas de Freud: «Insiste en su discurso sobre los significantes sensibles del inconsciente de Freud». Así, cuando el enfermo refiere uno de sus sueños, este último piensa entonces que el análisis ya ha concluido y que su paciente había conseguido un recuerdo que le liberaba totalmente de sus problemas. Ahora bien, de lo que se trataba en realidad era de que el mismo Freud había llegado a reconciliarse con una parte de su vida pulsional e inconsciente:

- «He soñado que un hombre arrancaba las alas a una «Espe».
- «¿Espe?», pregunta Freud, «¿qué entiende usted por esto?».
- «Ya sabe usted, ese insecto que tiene rayas amarillas en el cuerpo y que puede picar. Esto debe ser una alusión a Grouscha, a la pera de rayas amarillas.»

¹³ J. P. Valabrèga, *La relation thérapeutique malade-médecin*, Flammarion, 1962.

— «Usted quiere decir Wespe* (avispa en alemán)», corrige Freud, etc.¹⁴.

Sólo vamos a analizar lo que hace el paciente del significante «amarillo» para llegar a afectar al inconsciente de Freud. Aparece que lo amarillo, bajo la forma de «jaspeado de amarillo», es un significante cuyo análisis publicó Freud en *Los recuerdos encubridores*, análisis que conduce del vestido amarillo, llevado por Gisèle Fliess, su primer amor, al recuerdo encubridor de las flores arrebatadas a su prima Pauline. Cuando el enfermo evoca un vestido amarillo, entonces Freud piensa en seguida en el amarillo de un vestido de muchacha. De esta forma se produce, en perjuicio del enfermo, un cambio de fantasmas y de significantes que sitúa a Freud en el camino de su propia historia y no en la del enfermo. Este último presentará, años más tarde, un principio de psicosis que tratará Ruth Marc Brunswick, quien no se dejará seducir esta vez como Freud.

La ignorancia del enfermo

<http://psikolibro.blogspot.com>

Hemos visto que la relación médico-enfermo convocaba y revivía fantasmas que con mucha frecuencia, y a pesar de ser negados por el médico, determinaban el destino del enfermo y de su enfermedad. Porque el médico tradicional, organicista, al no considerar más que una sola causa de la enfermedad desdeñaba la dimensión de la existencia y de la presencia del ser humano; lo cual es más grave por el hecho de no existir ninguna enfermedad ante la que no reaccione el individuo con todo su ser. Además, las llamadas enfermedades orgánicas resultan cada vez menos «puras y diáfanas». Con esto queremos decir que, en nuestros días, se asiste a un incremento considerable de las enfermedades psicosomáticas, en las que a un malestar orgánico corresponde siempre un malestar de toda la persona. El médico debe, cada vez más, considerar al ser en su totalidad. Pero la evolución no se produce en los servicios hospitalarios, donde el funcionamiento del hospital niega constantemente la presencia del ser humano en su cuerpo y en su mundo: el enfermo se convierte en un cuerpo-objeto al que se aplican patrones internos y externos, y que apenas puede tomar la palabra en el curso de las «visitas», cuando un grupo de personas hace una inesperada y súbita irrupción en su mundo. La «necesidad» de llevar a la par la cura y la investigación va normalmente contra el respeto debido a la persona en cuanto dotada de palabra, de deseo y de angustia. Todo esto, negado constantemente a nivel de las estructuras, deja al enfermo solo ante el problema de la muerte, que tiene siempre presente aunque sea considerada como ausente. El enfermo, expuesto a la regresión que se acentúa y fuera de su mundo familiar, está en situación de alienación. El hospital es, en consecuencia, el lugar donde no puede existir, propiamente hablando, una relación médico-enfermo. No hay posibilidad para un encuentro, porque para que este se produzca se requiere que entren en presencia dos subjetividades y que éstas sean receptivas de lo que mutuamente se dice. Aquí solo hay la imposición de un saber que, seguro de su nivel técnico, se aplica sin enunciarse. El enfermo bien merece el título de «paciente», en el sentido de ser pasivo; será por tanto un «buen enfermo» si no hace preguntas, si toma los medicamentos sin crear problemas, etc.

Junto a esta medicina hospitalaria hay algunos médicos de medicina general que prestan cada vez mayor atención a la dimensión de lo humano, cosa que, por lo demás, no

* Véase al final del toma las «Notas explicativas al texto de la edición francesa», correspondientes al cap. 4, M, 3, letra (H), del revisor técnico.

¹⁴ Leclair, de quien tomamos este análisis, en *Cahiers pour Vanalyse*, n.º 5.

les han enseñado en la facultad. Habría que preguntarse si el sistema de los cursos actuales es el más conveniente para una verdadera formación. Balint prepara a los médicos mediante una especie de autoformación por medio de la discusión de casos, en la que participan médicos de medicina general, psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas. En este campo no basta la buena voluntad: es indispensable que el médico adquiera una verdadera formación para que aprenda a no dejarse engañar en cuanto a las quejas que le formulan sus enfermos. El peligro, común por lo demás a médicos, psicólogos y psicoanalistas, es dejarse guiar por las quejas reales que formula el sujeto¹⁵. Hay que saber ver detrás de esas quejas lo que ocultan, y no considerarlas trigo limpio, ya que remiten a una cuestión que el mismo enfermo no puede aún formularse con claridad; y de esta forma lo real remite al estudio del fantasma que empapa y constituye lo real. «Lo real, para Freud, es lo que permanece siempre incognoscible», lo cual quiere decir que nunca existen para el ser humano situaciones objetivamente claras a las que pueda dar una constante respuesta transparente. La relación médico-enfermo, si existe, revive fantasmas que el psicoanalista y el psicólogo deben desvelar. Aunque el papel del médico no consista en esto, no debe, sin embargo, dejarse engañar por dichos fantasmas. El problema que subsiste es el de poner al día un método de escucha que deje salir a luz a los fantasmas. Desde luego, no lo va a hacer la psicología norteamericana actual, obnubilada por el tema de la adaptación a lo real.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, K., *Oeuvres comètes*, T. I: *Rêve et mythe*; T. II: *Développement de la libido; Les différences psychosexuelles entre l'hystérie et la démence précoce*, ed. Payot. Están publicados en castellano: *Psicoanálisis clínico*, ed. Hormé, y *Estudios sobre psicoanálisis y psiquiatría*, ed. Hormé, obras que recogen lo más importante de la obra de Abraham.
- ANZIEU, D., *Les mémoires projectives*, PUF, 1965.
- AULAGNER, P., «Remarques sur la structure psychologique», en rev. *La psychanalyse*, n.º 8; «Essai d'approche d'une conception psychanalytique des psychoses», *Cursos del Hospital Sainte-Anne*, 1964 (inédito); *Le désir et la perversion*, Le Seuil, 1967.
- BALINT, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, P. B. Payot, n.º 86.
- BARUK, *Psychose et névrose*. Que sais-je?, n.º 221.
- BASTIDE, R., *Sociología de las enfermedades mentales*, Siglo XXI.
- BAUDOIN, *La psychanalyse, actualité scientifique*, 1937-39.
- BEETSCHEN (colectivo), *L'hôpital... ce nerdier*; multicopiado, marzo 1969, Lyon.
- BERGE, A., *Les psychothérapies*, col. Le Psychologue, número 51.
- BYCHOWSKY, G., y DESPERT, J. L., *Techniques spécialisées de la psychothérapie*, PUF.
- BINSWANGER, *Le cas Suzanne Urban*, Desclée de Brouwer; *Le rêve et l'existence*, Desclée de Brouwer.
- CASSIRER, *Pathologie de la conscience symbolique*.
- COOPER, *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Paidós.
- DALBIEZ, *La méthode psychanalytique et la méthode freudienne*.
- DENIKER, *Psychopharmacologie*. Que sais-je?, n.º 1216.
- DESHAIES, *Psychopathologie générale*, PUF; *Psychologie du suicide*, col. Le psychologue, n.º 6.
- DESOILLE, *Le rêve éveillé en psychothérapie*, PUF.
- EY, H., *Etudes psychiatriques* (3 tomos), Desclée de Brouwer.
- FOUCAULT, M., *Historia de la locura en la época clásica*, F. C. E.; *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI; *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós.
- FRAISSE, *Psychologie du temps*, PUF; *Les conduites temporelles et leur dissociation pathologique*, Rev. Encéphale 52; *Etude expérimentale des conduites temporelles*, Année psychologique, 1955.
- FREUD, *La histeria*, Alianza Editorial; *Psicopatología de la vida cotidiana*. Alianza Editorial; *Historiales clínicos*, en O. C, ed. Biblioteca Nueva, t. II; *Introducción al psicoanálisis*, Alianza Editorial; *Compendio del*

¹⁵ Cf. el ejemplo dado en el cap. N.

psicoanálisis, B. N., t. III; *Metapsicología*, B. N., tomo I.
 GAUFMANN, *Asiles*, ed. de Minuit, Paris, 1968.
 GENTIS, *Les murs de l'asile*, Maspero, W70.
 GLOVER, *Technique de la psychanalyse*, PUF.
 ISRAEL, *Le médecin face au malade*, col. Psychologie et Science humaines, n.º 25, ed. Dessart.
 JANET, *La forcé et la faiblesse psychologique*, Maloine.
 JASPERS, K., *Psychopathologie générale*, PUF.
 KLEIN, M., *Les origines du transfert*, Revue française de psychanalyse, 1952; *Psicoanálisis de niños*, Hormé.
 LACAN, *Ecrits*, Le Seuil, 1966.
 LANTERI-LAURA, *Lapsychiatrie phénoménologique*, PUF.
 LECLAIRE, *Psicoanalizar*, Siglo XXI; *Psychothérapie des psychoses*, Rev. Evolution psychiatrique, 1958.
 LEBOVICI y MAC DOUGALL, *Un cas de psychose infantile*, PUF, 1960.
 LEMPIERE, Th., *Les grandes maladies mentales*, Le psychologue.
 MALDINEY, M., *Qu'est-ce que comprendre?*, Rev. de métaphysique et morale, 1961.
 MANNONI, M., *Le psychiatre, "son fou" et la psychanalyse*, Le Seuil.
 MANNONI, O., *Rêve et transfert*, Rev. La Phychanalyse, volumen 5.
 MERLOO-JOST, A. M., *Le suicide*, ed. Dessart, col. Psychologie et sciences humaines.
 MINKOWSKI, E., *Le temps vécu*, L. D'Artrey; *La esquizofrenia*, Paidós; *Le problème du temps en psychopathologie*, Rev. Recherches philosophiques, 1932.
 NEYRANT, M., *Solitude et transfert*, Revue Psychanalyse, enero 1970.
 PALMADE, G., *La psychothérapie*. Que sais-je?
 PANKOW, G., *Structuración dynamique de la squizophrénie*, Hans Huber, Berna; *L'homcne el sa psychose*, Aubier.
 RITZ DE LA GROTE, *La folie à iravers les siècles*, Laffont, Paris.
 ROGERS, *Psicoterapia centrada en el cliente*, Paidós.
 RORSCHACH, *Psicodiagnóstico*, Paidós.
 SECHEHAYE, *Introduction à une psychothérapie des schizophrènes*, PUF, 1954; *Diario de una esquizofrénica*, FCE.
 SZASZ, *Le mythe de la maladie menlale*, Rev. Médecine et Hygiène mentale, Ginebra 1962.
 SZONDI, *Psychodiagnostic experimental des pulsions*, PUF.
 TOSOUELLES, «Introduction au problème du transfert en psychothérapie institutionnelle», *Rev. de psychothérapie institutionnelle*, n.º 1.
 UEXKHULL, Th. V., *Lamédecinepsychosomatique*, col. Idées, n.º 105.
 VALABREGA, J. P., *La relation thérapeutique, la relation malade-médecin*, Flammarion, 1962.
 WERTHEIMER, «Justificationetrésultatsd'unepsychochirurgie», *Rev. phüosophique*.
 WINNICOTT, *Psychoanalysis and the sense of guilt in maturational processus and the facilitating environment*. Hogart Press, 1955.
 WYTSCH, *La personnalité du schizophrene*, PUF.

NOTAS EXPLICATIVAS AL TEXTO DE LA EDICION FRANCESA

CAPITULO 2,F,2

(A) Como se sabe, la lengua francesa distingue entre «moi» y «je», cumpliendo el primero fundamentalmente funciones gramaticales de atributo y de sujeto el segundo. Contra lo que pueda parecer, Lacan, a quien siguen los autores en esta exposición, no distingue, desde el punto de vista conceptual, estos dos términos. Lo que Lacan hace insistentemente es una demarcación del sujeto respecto del yo, lo que en el orden del «lenguaje» se traduce en la «escisión (Spaltung) [que] se opera por cualquier intervención del significante, entre el sujeto de la enunciación y el sujeto del enunciado» (Ecrits, página 770).

Sin embargo, los autores —cada vez más numerosos— que siguen a Lacan tienden a una diferenciación en el sentido de concebir el «moi» como la instancia de la tópica freudiana, o espacio de lo imaginario para Lacan, y el «je» como el sujeto presente en su ausencia en su discurso «imaginario», que se instaura por el acceso a lo simbólico.

Los autores del libro no hacen en este momento tal distinción, sino que permanecen fieles a la letra lacaniana. En alemán el único término existente al respecto es «Ich» (N. del R. T.).

(B) «Moi ideal» en francés, «Ichideal» en alemán.

Conviene advertir que en Freud no aparece una clara diferenciación conceptual entre «Ich ideal» e «Ideal Ich». Lagache y Locan fueron los primeros en diferenciar «Moi ideal» e «Ideal du Moi». Mientras que «Moi-ideal» (yo-ideal) constituiría una instancia de autosuficiencia narcisista, el «Ideal du Moi» (Ideal del yo), «heredero del narcisismo primario», va estrechamente ligado al Super-yo, «heredero del complejo de edipo».

Por lo demás, esta distinción tiene su base en la misma obra freudiana, en la que a veces es difícil hacer una clara distinción entre «Ideal Ich» e «Über Ich» (Super-yo). Para Lagache: «La psychanalyse et la structure de la personnalité», en La Psychanalyse, París, 1958.

Para Lacan: «Remarque sur le rapport de Daniel Lagache», en Ecrits, ed. Le Seuil. Para Freud: «El yo y el ello», en Obras Completas, ed. Biblioteca Nueva. Aconsejamos, además, la lectura de El narcisismo primario, ¿estructura o estado?, de André Green, ed. Proteo (Buenos Aires). (N. del R. T.)

CAPITULO 3,H,1

(C) En nuestro país carecemos de estadísticas sobre el tema. El informe FOESSA recoge una estadística que el Departamento para la Salud, el Bienestar y la Educación del Gobierno de los Estados Unidos suministra sobre el porcentaje de «atrasados mentales» en España, que sería del 2 por 100 sobre el total de la población española. Naturalmente, es imposible determinar la fiabilidad del dato. Cfr. Informe FOESSA del año 1970, tabla intercalada entre la p. 668 y la 669. (N. del R.T.)

J,2

(D) En Francia al jefe de un servicio hospitalario se le llama «patrono». N. del R. T.)

J,3

(E) Véase la nota (A). Aquí el uso de «Je» tiene el sentido de sujeto de su propio discurso, negado en el caso del débil por el discurso del otro, fundamentalmente los padres, y, de otra forma, por el saber médico institucional. (N. del R.T.)

CAPITULO 4,K,3

(F) «Spaltung» es un término freudiano que ha cobrado especial importancia a partir de los trabajos de Lacan.

En alemán significa escisión, corte, hendidura, y los manuales alemanes de psiquiatría lo utilizan para definir la esquizofrenia. En Freud se trata de un concepto correlativo al de «refente»; en Lacan (que nada tiene que ver con el uso psiquiátrico del término), y se refiere al necesario descentramiento del sujeto respecto al discurso, a su exterioridad respecto al lenguaje, en donde está preso. De aquí que Lacan diga, al hablar del sujeto del inconsciente, que «la alienación constituye la forma de ser del sujeto» (Ecrits, p. 840).

Aconsejamos al respecto la lectura de «Position de l'inconscient», de Jacques Lacan, en Ecrits, p. 829 *passim*. También, «La suture; éléments de la logique du signifiant», de Jacques-Alain Miller, en Cahiers pour l'Ana-lysé, 77.⁰ 1. E igualmente los apuntes críticos a este último: «Marque et Manque: a pro-pos du zéro», de Alain Badiou, en Cahiers pour l'Analyse, n.º 10. (N. del R. T.)

L,2

(G) Leclair dice literalmente «le discours a vide ouvert»; la traducción castellana: «un discurso abierto al vacío» (Psicoanalizar, página 177, Siglo XXI). El contexto hace ver con mayor claridad el sentido: «Así como el médico invita a su paciente a decir: «vivo en la calle Ledru Rollin, número 33», para detectar la trabazón de su lengua, el psicoanalista invita a la palabra para sorprender el orden o la libertad que preside el despliegue de su no-sentido... No hay otro artificio, en el psicoanálisis, que el de provocar la suspensión necesaria de nuestra «comprensión», por lo que su decir podrá finalmente desplegarse» (p. 175-177). (N. del R. T.)

M,3

(H) El traductor español —López Ballesteros— traduce «Wespe» por abeja («Historiales clínicos», en O. C, t. II, p. 828, ed. Biblioteca Nueva). Posiblemente ello se debe a la mejor descomposición castellana del término, con lo que se guardaría un mejor paralelismo con la que hace el paciente de lengua alemana en cuestión. A nosotros esto nos parece completamente incorrecto, ya que «Wespe» significa avispa y no abeja, sobre todo si atendemos a su sentido inconsciente; como nos decía un paciente, «la abeja es un bicho que da miel y pica, la avispa sólo pica». Nosotros hemos mantenido la expresión original alemana, como hacen igualmente los traductores franceses Marie Bonaparte y R. Loewenstein (Cinq psychanalyses, p. 397, PUF). (N. del R. T.)

P S I K O L I B R O