

MODALIDAD DE APRENDIZAJE EN TRASTORNOS PROFUNDOS DEL DESARROLLO

Alicia Risueño* - Iris Motta**

(*)Lic. en Psicología. Lic. en Psicopedagogía. Prof. Asociada Dto. de Biología Área humanística Universidad Argentina John F. Kennedy. Directora del Curso de Posgrado en Neuropsicología Dinámica de la Universidad Kennedy. Presidenta Sociedad Argentina de Biopsicopedagogía sabpp@fibertel.com.ar / aliciamas@fibertel.com.ar

(**) Lic. en Psicopedagogía. Prof. JTP Dto. de Biología Área humanística Universidad Argentina John. F. Kennedy. Secretaria del Curso de Posgrado en Neuropsicología Dinámica de la Universidad Kennedy. Secretaria Sociedad Arg. de Biopsicopedagogía imotta@koalasy.com.ar

El aprender sólo se da desde lo real del cuerpo, lo imaginario de la psique y lo simbólico de lo socio-cognitivo, entendiendo el aprender como un proceso biopsicoaxiosociocognitivo

El presente trabajo presenta al aprendizaje desde una visión integrativa partiendo de una neuropsicología del desarrollo en la que cuerpo, psique y mente se conjugan para dar paso a la posibilidad que tiene el humano de apropiarse de la realidad de un modo particular, lo cual sin duda repercute en el modo en que actúa sobre e interactúa con ella. Es imposible en los albores del tercer milenio descartar el cuerpo, y en especial el cerebro, de la participación activa en los procesos de aprendizaje. Pero encontramos aún quienes al referirse al cerebro pasan como por arte de magia a la conducta desde ópticas rígidas y estereotipadas en la que una zona determinada dará como resultado un proceso cognitivo esperable. Peor aún, también encontramos a quienes pretenden eliminar del marco referencial palabras tales como neurona o neurotransmisor. Olvidan que el hombre hace, siente y piensa y que por lo tanto su conducta es el resultado de la integración de funciones neurosomáticas, la estructura psíquica y organizaciones sociocognitivas. Es de ahí que el pensar en procesos y esquemas inteligentes suponen un orden de jerarquización en el que la vida psíquica mucho tuvo que ver y el cerebro posibilitó tanto la estructura como la organización del pensamiento y lenguaje. El por ello que planteamos aquí la articulación trípica y señalamos que desde una Neuropsicología Dinámica Integral se puede abordar al hombre transdisciplinariamente y fundamentalmente como humano.

La existencia del humano implica necesariamente un orden simbólico en el que está inmerso y que lo condiciona. Este orden simbólico tiene dos vertientes: el lenguaje y las relaciones de parentesco. “El pasaje de la naturaleza a la cultura está determinado por la presencia de leyes que rigen la relación sexual, es decir que se pasa del acoplamiento a la alianza (Levi-Strauss, 1981).

La prohibición del incesto que surge de esta ley parental implica, según Berestein (1978) el pasaje de la naturaleza a la cultura. Es a través del grupo familiar que dicho tabú (el tabú al incesto) opera en el sujeto y se constituye como un intermediario entre él y la cultura. En las diferentes estructuras (neurosis, psicosis, perversiones) podemos observar como este “no al incesto” toma distintos matices. Si bien el autor mencionado no incursiona en la estructura inconsciente del retardo mental, nos parece oportuno homologar algunos criterios que nos permitan comprender la dinámica psíquica de estos niños.

El niño autista se rige generalmente con las leyes del proceso primario y con el principio del placer. Como señala Wainer la esencia de la enfermedad es la imposibilidad de conocer al otro y a los objetos. No sólo presentan alteraciones orgánicas sino que el compromiso es también psíquico y socio-cognitivo.

Sabemos que el compromiso funcional del sistema nervioso está presente, pero no escapa que además existe un deseo de “des-conocer” o conocer de acuerdo a este principio de placer y proceso primario. Este desconocimiento favorece el ocultamiento de las fantasías incestuosas de sus padres permitiendo mantener un status quo familiar patológico, principalmente mantener el status quo patológico de la pareja parental.

Se necesitan tres generaciones para estructurar este “no-conocimiento” que en muchos casos se sostiene por otras tantas generaciones más. En estas familias, desde las concepciones psicoanalíticas, los padres no han podido elaborar el complejo de Edipo y traspasan a sus hijos la conflictiva.

Habría por otro lado una herida narcisista: el engendrar un hijo discapacitado. Ellos serían incapaces de ceder el conocimiento, asegurándose de ésta manera el control de la “sexualidad”. La dinámica familiar se presenta con una madre simbiótica y un padre ausente.

La función paterna asegura la transmisión del conocimiento y la estructuración psíquica en un interjuego dialéctico. La ausencia garantiza el enquistamiento en un vínculo simbiótico. La imposibilidad de ir siendo en un

mundo con otros los instala en la ceguera edípica y los condena a una existencia inauténtica y frustrada.

El hombre como “animal óptico” (Cuatrecasas) sólo puede desarrollar sus potencialidades a través de la mirada que en primera instancia es la mirada de la madre. Esta madre que hace de la existencia del hijo su prolongación, evita la incorporación del tercero y no autoriza la entrada de la función paterna a partir de la palabra. En los trastornos profundos del desarrollo, los niños quedan inmersos en una mirada desestructurante, sin un orden psíquico y por lo tanto sin una sistematización cognitiva.

Los trastornos del lenguaje que presentan pueden relacionarse con esta imposibilidad de incorporar la ley del padre. El lenguaje como función simbólica es la representación de la ley paterna. No sólo es una madre que retacea la entrada del tercero, sino también un padre que evita por sus propias fantasías edípicas, triangularizar el vínculo.

Freud señala en “Inhibición, síntoma y angustia”: “El síntoma sería pues, un signo y un sustituto de una inlograda satisfacción de un instinto, un resultado del proceso de represión... Según ello, toda formación de síntomas es emprendida con el solo y único fin de eludir la angustia... En este sentido pueden calificarse de síntomas todas las inhibiciones que el yo se impone”.

Este enfoque retoma Wainer G. (1982) para hablar de “gnoseopatía”, trastorno de conocimiento, considerando que esta enfermedad constituye un síntoma neurótico: “el no saber o no conocer” acerca de lo que se debe ignorar: la sexualidad.

El estilo de los primeros aprendizajes marcan el modo, tono y forma de los posteriores aprendizajes del hombre. Estas primeras experiencias se relacionan con el proceso de estructuración psíquica y modelan sistemas cognitivos propios. Esto se observa en la clínica psicopatológica.

Los niños autistas, aún los que han logrado la reversibilidad operatoria, presentan una estructura operatoria concreta, caracterizada por el animismo y preponderantemente asimilativa, llegando en algunos casos a la hiperasimilación. Su manejo de la realidad a partir del predominio del principio del placer sobre el principio de realidad, lo lleva a operar con la lógica del proceso primario. Tanto en el niño autista como en el niño que presenta retardo mental se pueden homologar estos procesos. En la clínica, ambos cuadros suelen presentarse camuflados y cuando comienza a organizarse lo cognitivo con el correr del tratamiento queda al descubierto la estructura psíquica que lo sustenta. La rigidez del pensamiento y la imposibilidad de la descentración muestra más que en otros cuadros psicopatológicos la

singularidad con la que se relacionan con los otros. Esto es lo que hace decir a Wing que "...los niños autistas de bajo funcionamiento viven en su propio mundo, mientras que los niños autistas de un nivel alto de funcionamiento viven en nuestro mundo, pero a su manera..."¹

Justamente por la falta de armonía entre los aspectos psíquicos y cognitivos aparecen en estos niños importantes decalajes verticales que se manifiestan en grandes diferencias de rendimiento en distintos aspectos del desarrollo. Así, dentro de la gran variabilidad que presenta el espectro autista, algunos niños presentan excelentes habilidades motoras y no desarrollan la comunicación verbal (autismo clásico no fluente) mientras otros se manifiestan locuaces, casi pedantes, e hiperlécicos pero con gran torpeza motriz (Síndrome de Asperger).

Sin embargo, aunque con distintas formas de manifestarse, el denominador común es la prevalencia de los esquemas propios del sujeto por sobre la acomodación a las exigencias de la realidad, lo que da por resultado la falta de adaptación al mundo compartido, tal como lo atestiguan los criterios diagnósticos utilizados en el DSM IV (Ver apartado al final). De este modo, hay un predominio de la asimilación de la realidad, que según Piaget, no se refiere a una incorporación pasiva de los objetos del mundo sino más bien al proceso de modificación que de los mismos realiza el sujeto a partir de los esquemas con los que opera. Hasta aquí no parecería haber demasiada diferencia con la percepción normal ya que la misma nunca es totalmente objetiva sino que está teñida de subjetividad. Pero las diferencias se patentizan en la falla o falta del proceso complementario, la acomodación. Este momento de la espiral hacia el equilibrio en la relación sujeto-mundo es la que permite la modificación de los propios esquemas para que los mismos se enriquezcan en el intercambio y sean cada vez más potentes. Cuando este proceso dialéctico se ve alterado el desempeño psicocognitivo es rígido, viscoso, falto de creatividad y en algunos casos hasta bizarro. Así pueden verse un uso parcial y anómalo de los objetos (dentro de lo que se cuenta la falta de interacción diferencial con otros seres humanos, que en realidad son tomados como otros objetos comunes indiferenciados del resto) y un conjunto de interés muy restringido y que en general no coincide con los de los demás en ese momento.

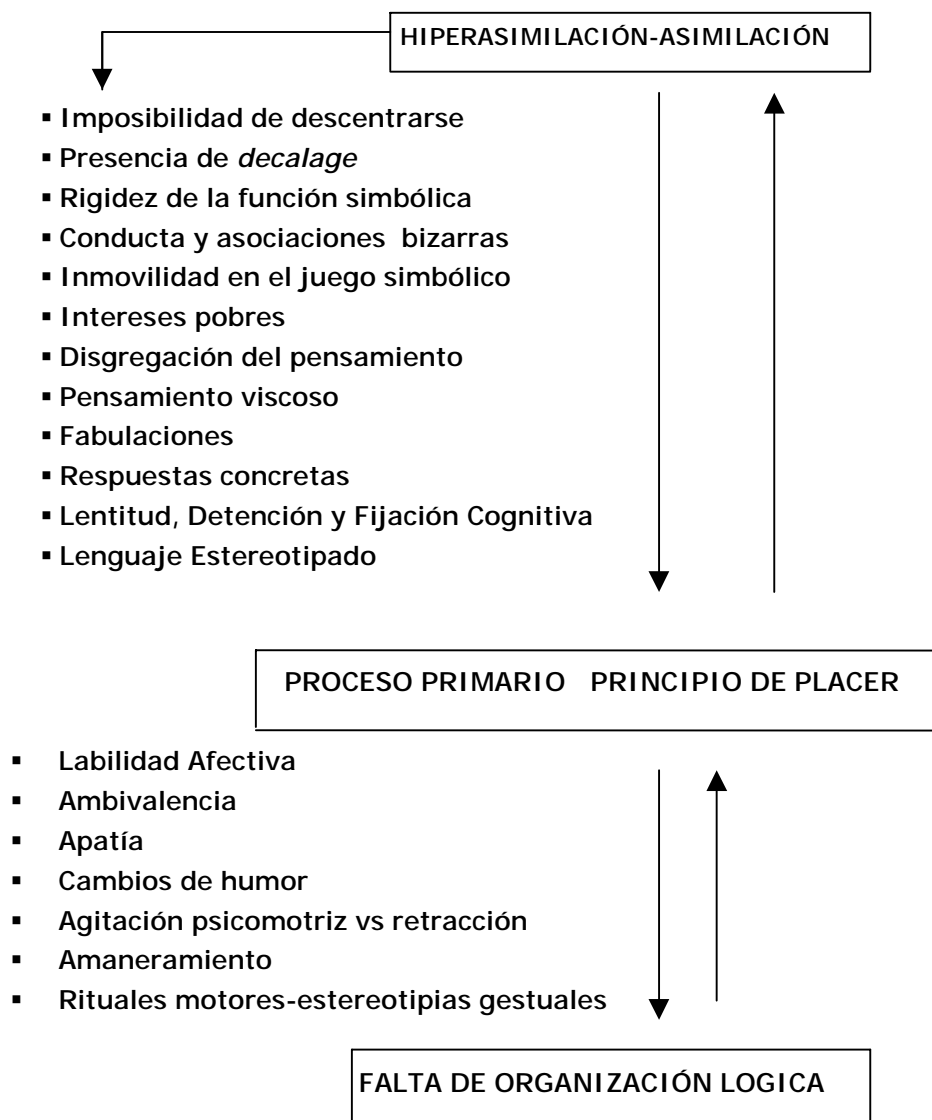
Esta falta de flexibilidad para la modificación de los propios esquemas operativos genera muchas de las manifestaciones afectivas características de estos pacientes: labilidad afectiva, irritabilidad, cambios repentinos de humor, estados de ansiedad, falta de tolerancia a la frustración; cuando se ejerce mucha fuerza sobre un objeto que no se dobla, el objeto se rompe. Dichas manifestaciones afectivas son entonces reacciones a la vivencia de derrumbe

¹ Williams, K. (1995). Comprender al estudiante con Síndrome de Asperger. p. 2

que pueden producir los más mínimos cambios ambientales, que no pueden ser interpretados ajustadamente. No es casual que se haya encontrado que la serotonina (neurotransmisor relacionado con la modulación afectiva, la ansiedad, la agresividad y que actúa como factor trófico y moderador de la diferenciación neuronal durante el desarrollo, y que en situaciones normales se produce en menor cantidad en los adultos que en los niños) en los autistas *no* disminuye su tasa de síntesis y liberación como se espera.

El cuadro que se presenta a continuación resume las características asociadas a la modalidad hiperasimilativa de acercamiento a la realidad de estos pacientes.

EL APRENDER EN LOS PDD



TRASTORNOS PROFUNDOS Y DIFUSOS DEL DESARROLLO (PDD)

TRASTORNO AUTISTA

CRITERIOS DIAGNOSTICOS SEGÚN EL D.S.M. IV

A- Un total de por lo menos seis ítemes de 1), 2) y 3) , con por lo menos dos de 1) y uno de 2) y 3)

1) Impedimento cualitativo en la interacción social, manifiesto por dos o más de los siguientes criterios:

- a) Marcado impedimento en el uso de múltiples conductas no verbales, tales como mirada frente a frente, expresión facial, posturas corporales y gestos para regular interacciones sociales.
- b) Falla para desarrollar relaciones con pares de acuerdo con el nivel del desarrollo.
- c) Marcado impedimento para expresar placer por la felicidad de otra gente.
- d) Falta de reciprocidad social o emocional.

2) Impedimentos cualitativos en la comunicación , que se manifiestan a través de uno o más de los siguientes criterios:

- a) Retraso o falta del desarrollo del lenguaje hablado (no acompañado por un intento de compensarlo a través de modos alternativos de comunicación, como gestos o mímica)
- b) En individuos con habla adecuada, marcado impedimento en la habilidad para iniciar o mantener una conversación.
- c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje, o lenguaje idiosincrásico.
- d) Falta de juego simbólico variado y espontáneo o de juego social imitativo apropiado para el nivel de desarrollo.

3) Patrones de conducta, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, tal como se manifiesta a través de una o más de las siguientes características:

- a) Preocupación centrada en uno o más patrones estereotipados y restringidos de interés, anormal en intensidad o enfoque.
- b) Adherencia aparentemente compulsiva a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- c) Manerismos motores estereotipados, repetitivos, (por ejemplo aleteos o movimientos peculiares de manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo) .
- d) Preocupación persistente por partes de objetos.

B) Retrasos o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, con comienzo anterior a los tres años de edad : 1) Interacción social, 2) Lenguaje tal como se usa en la comunicación social, 3) Juego simbólico o imaginativo.

C) No corresponde mejor a síndrome de Rett o a trastorno desintegrativo de la niñez.

SINDROME DE RETT

Es una encefalopatía progresiva que afecta a las niñas, de etiología desconocida. Presenta durante el primer mes hipotonía muscular y retardo madurativo. Su aparición es entre el 6º y 36 mes, pero la incidencia mayor es el 18º mes.

La pérdida de las adquisiciones cognitivas (lenguaje, regresión autista) caracterizan el cuadro. La motricidad se encuentra afectada principalmente en el uso pragmático de las manos, con estereotipias de frotamiento o torsión de las mismas.

Los signos neurológicos que acompañan son de carácter piramidal, crisis epilépticas y apraxias respiratorias. En un registro E.E.G. aparecen ondas de baja amplitud durante la vigilia. Durante el sueño se presentan alteraciones paroxísticas focales o generalizadas.

La TAC presenta atrofia ,y las investigaciones químicas son negativas.

No se registran tampoco trastornos neonatales y el desarrollo inicial es satisfactorio.

Criterios Diagnósticos según el DSM IV

A) Desarrollo normal al menos hasta los primeros seis meses tal como se manifiesta por lo siguiente:

- 1) desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
- 2) desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros seis meses.
- 3) Circunferencia normal de la cabeza en el momento de nacer

B) Comienzo de lo siguiente entre los cinco y cuarenta y ocho meses:

- 1) Deceleración del crecimiento de la cabeza.
- 2) Pérdida de los movimientos propositivos de las manos, previamente adquiridos, con el desarrollo de movimientos estereotipados (por ejemplo, retorcerlas o frotarlas una con otra)
- 3) Pérdida del compromiso social temprano (si bien frecuentemente la interacción social se desarrolla más tarde)
- 4) Aparición de marcha o movimientos del tronco pobremente coordinados.
- 5) Marcado retraso e impedimento del lenguaje expresivo y receptivo con retardo psicomotor severo.

TRASTORNO DESINTEGRATIVO DE LA NIÑEZ

Criterios Diagnósticos según el DSM IV

A) Desarrollo aparentemente normal al menos los dos primeros años, como se manifiesta por la presencia de comunicación verbal y no verbal apropiada, relaciones sociales, juego y conducta adaptativa.

B) Pérdida clínicamente significativa de las habilidades adquiridas previamente en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- 1) Lenguaje expresivo o receptivo
- 2) Habilidades sociales o conductas adaptativas
- 3) Control de esfínteres rectal o vesical
- 4) Juego
- 5) Habilidades motoras

C) Anormalidades del funcionamiento en al menos de las siguientes áreas:

1) Impedimentos cualitativos en la interacción social, manifestados en por lo menos dos de las siguientes características:

- a) Marcado impedimento en el uso de múltiples conductas no verbales tales como mirada frente a frente, expresión facial, posturas del cuerpo y gestos para regular la interacción social.
- b) Marcado impedimento para expresar placer por la felicidad de otra gente.
- c) Falta de reciprocidad social o emocional.

2) Impedimentos cualitativos en la comunicación, manifestados a través de por lo menos una de las siguientes características:

- a) Retraso o falta total del desarrollo del lenguaje hablado (no acompañado por un intento de compensarlo a través de formas alternativas de comunicación, como gestos o mímica)
- b) En individuos con lenguaje adecuado, marcado impedimento en la capacidad de iniciar o sostener una conversación con otros.
- c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- d) Falta de juego simbólico variado y espontáneo o de juego social imitativo apropiado para el nivel de desarrollo.

3) Patrones de conducta, intereses y actividades restrictos, repetitivos y estereotipados, que incluyen estereotipias motoras y manierismos.

D) No corresponde mejor a otros trastornos difusos y profundos del desarrollo específicos o esquizofrenia.

SINDROME DE ASPERGER

Criterios Diagnósticos según el DSM IV

A) Impedimento cualitativo en la interacción social, manifestado a través de por lo menos dos de las siguientes características:

- 1) Marcado impedimento en el uso de múltiples conducta no verbales, tales como mirada frente a frente, expresión facial, posturas corporales y gestos para regularla interacción social.
- 2) Falla para alcanzar relaciones con pares apropiadas al nivel del desarrollo.
- 3) Marcado impedimento para expresar placer por la felicidad de otra gente.
- 4) Falta de reciprocidad social o emocional.

B) Patrones de conducta e intereses y actividades restrictos, repetitivos y estereotipados.

C) Falta de un retraso en lenguaje clínicamente significativo (por ej., uso de palabras aisladas a los 2 años, de frases comunicativas a los 3 años).

D) Falta de retraso de desarrollo cognitivo clínicamente significativo, tal como se manifiesta por el desarrollo de habilidades para desempeñarse solo acorde con la edad, conducta adaptativa y curiosidad por el entorno.

E) No reúne criterios para otro trastorno profundo y difuso del desarrollo (PDD).

TRASTORNOS DEL DESARROLLO PROFUNDOS Y DIFUSOS NO ESPECIFICADOS DE OTRA FORMA (INCLUYE AUTISMO ATÍPICO)

Criterios Diagnósticos según el DSM IV

Severo impedimento profundo y difuso en el desarrollo de interacciones sociales recíprocas, habilidades en la comunicación verbal y no verbal, o desarrollo de conductas estereotipadas, intereses y actividades. Estos trastornos deben ser considerados cuando los criterios no concuerdan con un "PDD", esquizofrenia, trastorno de personalidad esquizoide o trastorno de personalidad evitativa.

- A) Autismo atípico: los casos no concuerdan con los criterios para trastorno autista por edad más tardía de comienzo, sintomatología atípica, sintomatología sutil, o todas las anteriores.
- B) Trastorno de Asperger: grosero y sostenido impedimento en la interacción social y patrones de conducta, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, que ocurren en el contexto de un desarrollo cognitivo y del lenguaje preservado.