

Horacio Foladori.

La preocupación por la Educación Especial ha aumentado considerablemente en los últimos años. El proyecto de creación de los Grupos Integrados de la SEP - así como la apertura de licenciaturas en Comunicación Humana con especialización en problemas de aprendizaje (Morelos y Tlaxcala), la existencia del Instituto Nacional de la Comunicación y la proliferación de instituciones privadas dedicadas a dar tratamiento a los trastornos que se presentan en dicho campo, han abierto una serie de discusiones teóricas, técnicas, institucionales, escolásticas algunas de ellas que muestran el clima del trabajo científico, así como las investigaciones y desarrollos en el área. Las repercusiones de la polémica han inundado otras esferas como, por ejemplo, las diferencias entre un técnico y un profesional y las discusiones sobre invasiones de campos de trabajo denunciadas por Licenciados en Psicología y Licenciados en Comunicación Humana y por técnicos específicos del área educativa.

De más está decir que el campo de la Educación Especial abarca una serie de problemas demasiado variados para que pueda constituir siquiera una unidad. Lo de "especial" se explica en oposición a lo "natural", en ese sentido da cuenta de la necesidad de recurrir a procedimientos y técnicas para incidir en el aprendizaje de sujetos para los cuales los procedimientos habituales, "naturales", no resultan suficientemente eficaces. "Especial", designa algo por exclusión más que por definición de su contenido. Todo lo que no es educable según los sistemas institucionalizados normales, "naturales", habituales, forma parte de la Educación Especial. Por tanto, este sector de la educación agrupa trastornos del proceso de enseñanza-aprendizaje de variada estirpe como pueden ser: las dislexias, las debilidades mentales, los trastornos orgánicos mínimos, los trastornos orgánicos severos (parálisis cerebral, p. ej.), trastornos del comportamiento de variada etiología (psicopatías, perversiones, agresiones, inhibiciones, autismos, etc.) deficiencias sensoriales de grados variables (hipoacusias, cegueras, etc.), trastornos psicomotrices, en fin, cualquier cosa que muestre que el niño fundamentalmen-

(+) Publicado en la Nave de los Locos N° 7, Primavera 1984, UMSNH, Morelia.

te, es incapaz de mantener un proceso de aprendizaje como la mayoría de los seres de su edad(*). Este enjambre de trastornos supone a su vez una variadísima gama de técnicas de rehabilitación, cada una de las cuales obedece a planteamientos teóricos discímiles y que abarcan técnicas de rehabilitación psicomotriz, terapia del lenguaje, emocional, técnicas psicopedagógicas, la utilización de aparatos y de prótesis, medicación, etc., procedimientos que a su vez requieren de complejismos mecanismos diagnósticos, sobre todo en aquellos casos límites, en donde el diagnóstico diferencial se hace imprescindible pero incierto. Frente a este panorama parece, a todas luces, que hemos perdido al niño, al ser humano global como sujeto sufriente de tal o cual trastorno y preocupado por su ser. Hemos perdido su interrogación, su interlocución, restándonos un cuerpo afectado, enfermo, incapaz y disgregado en áreas del comportamiento que nos recuerda aquellas viejas teorías de las funciones psíquicas, hoy ya -en algunos casos- por fortuna, superadas.

El panorama teórico no nos permite abandonar este panorama sombrío. Originalmente, el conductismo pretendió apropiarse de este campo (como de otros) mostrando al poco tiempo su propia incapacidad para dar cuenta de todos los fenómenos del mismo. En algunos casos de individuos fuertemente dañados, mostró su eficacia; para los "entrenables". Afortunadamente, el contar en México con especialistas que trabajaron con Piaget (y que actualmente son altos funcionarios de la SEP) planteó un vuelco teórico y técnico que aún no se procesa definitivamente, más que nada porque en muchas Escuelas de Psicología aún Piaget no es estudiado en profundidad; los egresados como psicólogos educativos transmiten los enfoques mecanicistas skinerianos. La idea de los grupos integrados pretende plantear también un enfoque interdisciplinario que pueda redundar en valoraciones más objetivas del trastorno diagnosticado. Por último, desarrollos neurofisiológicos vinculados a la problemática del lenguaje, también fueron bien recibidos en algunos subgrupos, reeditándose en nuevas versiones, algunos planteos reflexiológicos.

(*) Algunos teóricos piensan el problema de la Educación Especial desde las posibilidades de curación o mejoría. Frente a tal maremagnum de trastornos, podríamos clasificarlos en aquellos que son susceptibles de una mejoría importante, incluso de una alta definitiva (como pueden ser algunas dislexias, algunos trastornos emocionales o conductuales, aquellos trastornos que requieren de un aprendizaje específico (Braille o lenguaje de sordomudos) o de aparatos (lentes, audífonos, etc.); de otro grupo de trastornos cuyos tratamientos tendrán que continuar durante casi toda o toda la vida del individuo y que tendrían mejorías en forma sumamente lenta por lo que requerirían de cuidados especiales en forma permanente (tal es el caso de las debilidades mentales, las parálisis cerebrales, trastornos neurológicos de envergadura etc.) Este enfoque que toma en cuenta la gravedad del daño tie

Sin embargo, todos estos enfoques carecen de una teoría de la significación, del sentido del trastorno, de la ubicación en un discurso individual y familiar que de cuenta de los usos, de los beneficios que el síntoma provee, así como del deseo familiar que soporta el trastorno, que explica la presencia de un cuerpo sufriente y gozante con el síntoma, que incorpore una historia (no de datos aislados y fríos) viviente que le de sentido. Y esta carencia se plantea en todo su apogeo cuando se pretende comunicarse con los padres del niño.

Hace tiempo, un alumno egresado de una carrera de este tipo me dijo "Nos pasamos estudiando al niño, el diagnóstico y las técnicas de rehabilitación durante 4 años, pero cuando nos recibimos nos damos cuenta que el principal problema siempre está en los padres. Con ellos, no sabemos qué hacer". Otro ejemplo es el problema de las clínicas de asistencia: el débil mental deberá ser tratado toda la vida pero un servicio asistencial tiene siempre posibilidades limitadas ¿Cómo entrenar a los padres para que sean ellos los que -luego de un tiempo- realicen los ejercicios? Me comentaba un especialista "Si citamos a todos los padres para darles un curso sobre lo que le sucede a sus hijos y las técnicas de entrenamiento que proponemos, desertan al poco tiempo". Otro alumno me preguntaba ¿Cómo hago con esa madre que me detiene cada vez que paso por aquí, para contarme acerca de las peleas con su marido?. Yo tengo que atender al niño, no puedo ocuparme de ella. Parece ser que hay algo que no es entendido por los técnicos, que no puede ser escuchado, no hay una oreja para oír sino una palabra para etiquetar. El modelo atomizado de áreas supone una concepción del individuo, efecto de una sumatoria de las mismas: ninguna área resultará privilegiada con respecto a las demás. Craso error, porque la información de todas las "áreas" es transmitida por la palabra, eje sobre el cual se abren como en abanico, las más variadas significaciones y sentidos del cuerpo, del movimiento, del intelecto, de las emociones, de los deseos....los sentidos del síntoma cualquiera sea éste. La respuesta técnica es no dejar hablar, recurrir a un cuestionario (entrevista cerrada) que se bambolea entre generalidades y detalles, algunos de ellos insignificantes, como pretendiendo "hacer la historia clínica" (confundiendo historia con cronología y clíni-

ne repercusiones en la preparación del técnico, ya que demandará de éste un alto grado de capacidad de frustración, así como del análisis y planteo general del caso; la familia se verá seriamente afectada en su vida cotidiana y, consecuentemente, las relaciones entre sus integrantes. Ello requerirá -como veremos- de un manejo más cuidadoso de la entrevista con padres.

ca con enfermedad) ¿para deducir qué?: A qué área pasarlo para profundizar el diagnóstico a través de las técnicas ya conocidas. Ya hemos mostrado en un artículo anterior(+) las implicaciones de este tipo de trabajo realizado desde un psicólogo que no fue enseñado a escuchar y cuyo escudo -el cuestionario- resulta en una defensiva fóbica frente al compromiso que genera el demandante. Y acá no hay términos medios; las entrevistas semi-abiertas (¿o semi cerradas?) no existen: o pregunta el técnico o habla el demandante. Si pregunta el técnico, el padre interrogado con testa, no habla. Por ello, además de psicología del niño, trastornos del lenguaje, rehabilitación y prácticas, el técnico debe aprender a escuchar. Pero cosa curiosa; "Entrevista" no figura, en general, en los planes de estudio, en la currícula, siempre se la toma como un instrumento más, siendo que en realidad es el instrumento, el único.

La entrevista con padres.

Cuando los padres solicitan una consulta con el técnico para plantear un problema de aprendizaje de su hijo, todas las indicaciones parecen coincidir en la necesidad de comenzar por escuchar qué tienen ellos que decir, qué plantean como necesidad, de qué se quejan, qué los preocupa, en fin, que desarrollen en la forma más libre posible el motivo por el cual han concurrido a solicitar asistencia.

Frente a estas circunstancias solo resta escuchar e introducir en el momento propicio alguna pregunta que sirva a su vez para ampliar el campo y nunca para cerrarlo. Pero también, será necesario realizar algún pensamiento acerca de cómo es que esos padres llegan a la entrevista, en qué estado anímico, cómo se describen a ellos mismos, cuáles son las carencias que manifiestan frente al entrevistador. Estos padres que son portadores de un hijo dañado (algo le sucede que no puede ser solucionado por ellos mismos, por ello requieren de ayuda exterior) se convierten en la concreción de un retorno, de la acción de un boomerang, ya que es su hijo, producto de ellos, lo que significa que ellos lo han dañado, quien sabe debido a qué proceso de las pulsiones más agresivas. Así, la culpa es un elemento que pre-existe a la situación de entrevista y la determina, ya que la expectativa de dichos padres apunta a una confirmación de la misma a través de la palabra del entrevistador. Pero también, a una liberación de la culpa por la vía del técnico es-

(+) H. Foladori, La identidad del Psicólogo, La NAVE DE LOS LOCOS No. 6, UMSNH, - 1984.

pecializado que puede muy bien -según el modelo de la confesión- perdonarles el mal que han causado. Y no es raro como veremos, que el técnico pueda caer en una o en otra posición: ya sea para acentuar definitivamente la participación que han tenido en los orígenes del daño, ya para pretender atenuar muchas veces con explicaciones -justificaciones- la culpa sentida.

Ahora bien, si como se señalaba, en el caso de Educación Especial hay niños muy dañados, vale decir, niños que no podrán ser dados de alta nunca, y otros con menor grado de daño que sí podrán ser vueltos a la vida cotidiana, es de suponer un grado más considerable de culpa para aquellos daños más permanentes, no en una relación mecánica sino en función de un supuesto: qué tan dañado los padres se imaginan que está su hijo; lo que puede tener diversos puntos de contacto con la realidad del daño. En suma, si bien es esperable que a más daño real exista más culpa, ello no se da siempre así, sino en función de la hipótesis que los padres se hacen acerca del monto del daño causado. La propia escucha (algunos que no comprendan la dinámica de la entrevista, la llaman pasiva) aporta no solamente a un esclarecimiento paulatino de las determinaciones del daño sino también a una elaboración progresiva de la culpa. Y además demuestra la necesidad de asistir paralelamente a los padres y a los hijos, en aquellos casos en los que se solicita asistencia para un hijo. Cuando en realidad la demanda es del propio padre (el hijo en términos generales, está bien, pero ha sido el padre el que ha cursado su demanda a través de su hijo), tratar al hijo, equivale a re-cargarlo de aspectos que no le pertenecen y congelarlo en una enfermedad que no le es propia. Mannoni ha demostrado, con casuística, de qué manera debe manejarse el caso: negándose a ver al niño cuando ha habido una indicación precisa hacia los padres.

Por ello la norma propone facilitar un continente también para el padre (o ambos), hecho que apunta considerablemente aquello que se pueda ir trabajando con el niño. De lo contrario el padre agudiza sus sentimientos de rechazo al tratamiento porque:

- 1.- Si se siente tan necesitado de ser escuchado como su hijo, es también porque se siente con carencias. Debe ser por tanto, tan amado como su hijo, por el técnico. Se trata de un padre o madre, que más que ubicado en el lugar del padre, se coloca como hermano de su propio hijo. El técnico oficiará así, el lugar de padre de ambos, quien tendrá el cometido de cuidarlos, escucharlos y brindarle un marco de seguridad para su crecimiento. La situación de celos domina esta etapa.

- 2.- El dejar al padre fuera del tratamiento, del hijo, confirma la culpa que el padre tiene en tanto productor de la enfermedad o del daño. "Lo malo y dañino mejor dejarlo afuera". El técnico se convierte en un mejor padre, más idealizado que sí sabe como tratar al hijo dañado; y más aún tendrá que corregir lo destruido por el padre. El padre se siente entonces anulado como padre e implícitamente culpado por el técnico de lo sucedido.

Esta situación genera en los padres, fuertes sentimientos ambivalentes, donde progresivamente dominan los deseos de fracaso del tratamiento del hijo, para confirmar que el padre no es tan malo en el fondo, ya que si ni el técnico es capaz de curarlo, entonces él tampoco podía haberlo hecho. Este proceso, al acentuarse, produce la ruptura de la idealización del técnico, el descreimiento y la huida del tratamiento culpando al técnico de incapacidad.

De este modo, si bien los padres concurren solicitando ayuda para su hijo y manifiestan el deseo de que se cure, en el fondo, en un plano inconsciente, desean fervientemente que el técnico no pueda hacer nada. Está planteado desde el inicio la situación de rivalidad, que si no es adecuadamente manejada, lleva a la interrupción del tratamiento. En este marco, toda mejoría agudizará el sentimiento de desvalorización de los padres. El conflicto se plantea entonces entre un polo de mejoría del niño y de aumento de culpa de los padres, y otro donde el fracaso del tratamiento apoya y refuerza el narcisismo de los padres, lo que a su vez disminuye su culpa. Callejón sin salida que parte del error de aceptar las permutas en los roles habituales de la familia.

Actualmente no veo otra salida que la de respetar la situación real y partir de ella:

- 1.- Enfocar la escucha a los padres hacia un apoyo para ayudarlos a tratar a sus propios hijos, rompiendo la fantasía de los padres de considerarse a sí mismos como hermanos de sus propios hijos. Son adultos (a pesar de la persistencia de aspectos infantiles) y el técnico todo lo que puede hacer es ayudarlos a entender mejor lo que sucede con su hijo para instrumentar aproximaciones más reparatorias y útiles. Si el propio padre puede ver que una nueva estrategia de su parte hace mejorar a su hijo, disminuirá consecuentemente la culpa lo que le permitirá reconocer el papel "asesor" del técnico sin tanta rivalidad.

- 2.- Centrar las entrevistas con los padres en la relación de ellos con sus hijos y no en los padres mismos, lo que trae como consecuencia un autoetiquetamiento que hacen los padres de enfermedad. Si ellos deben recibir tratamiento es porque es cierto que han producido el daño. En los hechos, los padres no podrán hablar de sus hijos sin hacerlo de ellos mismos, por lo que los efectos serán necesariamente terapéuticos. En este sentido el padre debe sentir que desde la primera entrevista se está trabajando con su hijo y no directamente con ellos. Que la primera aproximación al hijo es a través de esta entrevista y sucesivas y que este material es imprescindible para el técnico y para él mismo. Los padres traen al hijo como "paquete" a ser dejado, cosa que debe ser rechazada de plano.
- 3.- El renunciar al "paquete" también es romper la idealización del técnico. Sin el padre y sin su colaboración, no es posible iniciar ningún tipo de tratamiento. El técnico es el primero en proponer una relación de colaboración y romper en los hechos aquella rivalidad con la que viene el padre. Comienza por reconocer su desconocimiento, su incapacidad y su impotencia: es menos capaz que el padre para tratar al hijo, debe apoyarse en éste si quiere poder sacar algún fruto de la terapia iniciada. Pero también propone una relación de trabajo, con sus parámetros de tiempo y espacio que darán cuenta de la ausencia de milagros en los procesos terapéuticos.
- 4.- Se le permite al padre vivir un proceso, con todo lo que implica de dinámico, arduo, obstaculizado y facilitador. No queda al margen de algo que no puede evaluar por sí mismo, un ministerio que es, en última instancia, comprendido intelectualmente. Si el padre participa del proceso no puede escapar a una visualización progresiva de lo que el avance terapéutico implica en su calidad de camino sinuoso, con obstáculos y con llanos, con ritmos diversos, alegrías, corajes y tristezas que lo convierten en un hecho nuevo en su vida. Por último, me parece pertinente realizar alguna reflexión acerca de la expectativa de curación. Cuando estamos frente a un niño muy afectado, supongamos un niño mongólico, nuestro deseo estaría dirigido a "curarlo", vale decir, transformarlo en un niño natural, normal, que abandone la etiqueta de "especial". Claro está que nuestros conoci-

mientos nos dirán que ello es imposible y que toda mejoría lograda estará encaminada a que pueda lograr algún grado de autonomía relativa, que haga que los padres no tengan que estar todo el día pendiente de lo que hace. Al no lograr ese efecto nos sentimos descorazonados y frustrados. Pero nuestra expectativa como técnicos no necesariamente debe coincidir con la de los padres. Es probable que ellos también deseen tener un hijo "normal", pero también es imposible que estén muy urgidos por solucionar un aspecto muy parcial del comportamiento del niño que les produce un verdadero trastorno familiar. Por ejemplo, que el niño pueda comer sólo, puede ser sentido por los padres como un extraordinario progreso que los libera a su vez, de un cuidado permanente del niño. Por ello, me parece prudente poder trabajar con estas expectativas -tanto las del técnico como la de los padres- para discriminarlas y evitar en el proceso, contaminaciones y adoctrinamientos que nada tienen que ver con la esencia del trabajo psicológico.

El problema de las expectativas aparece en el trabajo clínico, en el síntoma del deambular que realizan muchos padres para obtener atención adecuada para sus ojos. Muchas veces, hay toda una historia de entrevistas y atenciones en diversos centros terapéuticos y con distintos técnicos -que ofrecen diagnósticos diversos-, fenómeno cíclico (repetición) que debe ser interrumpido. A veces, este deambular se debe, causalmente a la ausencia de una escucha adecuada de la demanda de los padres; si ellos pretenden que el servicio se haga cargo de su hijo y la institución se los devuelve, de hecho, prueban en otro lado para lograr el objetivo. En otras ocasiones, la expectativa de duración del tratamiento nada tiene que ver con las condiciones reales en que se encuentra el niño, y el padre abandona el servicio con el argumento de que en cinco o seis sesiones no vio mejoría alguna o que el servicio no era todo lo "serio" (sin saberse qué se quiere decir con eso) que se requiere en un caso de esa naturaleza. En todos estos casos surge claramente la ausencia de un trabajo con los padres, los implícitos en la relación superan a lo explicitado y lo no dicho configura un campo de incertidumbre que a mediano y largo plazo minan el trabajo del técnico.

La gravedad del niño, la duración del tratamiento, los sacrificios o costos (en sentido amplio: económicos, de tiempo, de reorganización familiar, de selección de actividades, etc.) son siempre puntos de urgencia a considerar perma-

nentamente, ya que constituyen el marco que define las condiciones de posibilidad para que todo tratamiento se realice.

B I B L I O G R A F I A

- DOLTO, F. El caso Dominique, S. XXI
México, 1973.
- Psicoanálisis y Pediatría, S. XXI
México, 1974.
- Tener hijos/1. ¿Niños agresivos o niños reprimidos?
Paidós, Barcelona, 1981.
- Tener hijos/2. ¿Tiene el niño derecho a saberlo todo?
Paidós, Barcelona, 1981.
- El juego del deseo. S. XXI
México, 1983.
- MANNONI, M. El niño retrasado y su madre,
Editores Fax, Madrid 1971.
- La primera entrevista con el psicoanalista
Granica, B.A. 1973.
- et. al.: Psicosis infantil
Nueva visión, B.A. 1971.
- El niño, su "enfermedad y los otros"
Nueva visión, B.A. 1976.
- La Educación Imposible, S. XXI
México, 1979.