

El Centro Médico Psicopedagógico Salesiano

Emilio Gambirasio *sdb*



Universidad Politécnica Salesiana

EL CENTRO MÉDICO PSICOPEDAGÓGICO SALESIANO

EMILIO GAMBIRASIO *SDB*

EL CENTRO MÉDICO
PSICOPEDAGÓGICO SALESIANO

Nota introductoria del Dr. Patricio Bermúdez



2012

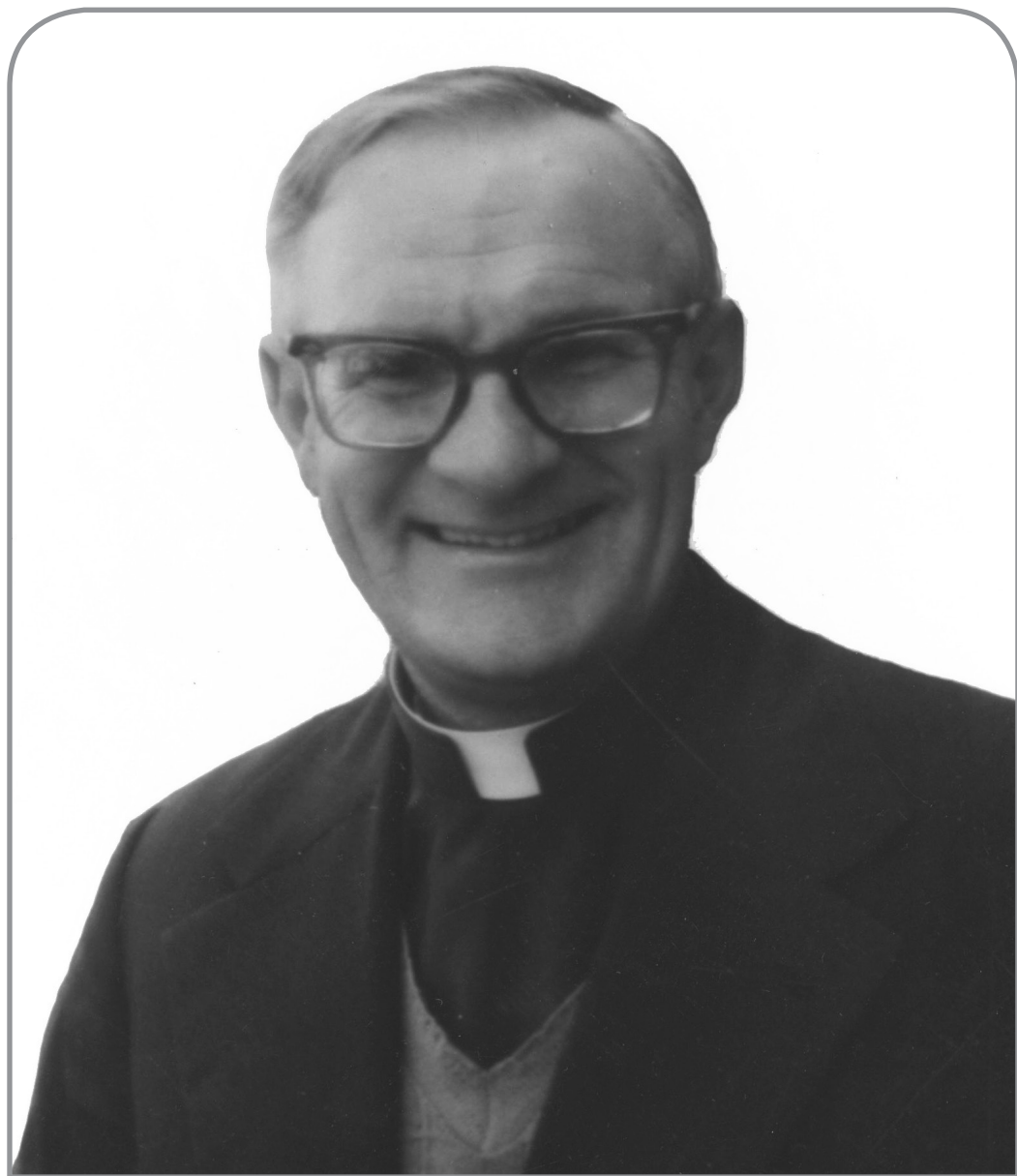
EL CENTRO MÉDICO
PSICOPEDAGÓGICO SALESIANO
Emilio Gambirasio *sdb*

1era. edición: © Universidad Politécnica Salesiana
Av. Turuhuayco 3-69 y Calle Vieja
Casilla: 2074
P.B.X.: (+593 7) 2050000
Fax: (+593 7) 4088958
e-mail: rpublicas@ups.edu.ec
www.ups.edu.ec

Diseño
diagramación,
e impresión: Editorial Universitaria Abya-Yala

ISBN UPS: 978-9978-10-095-0

Impreso en Quito-Ecuador, febrero 2012



Emilio Gambirasso *sdb* (1922-1991)
Fundador del Centro Psicológico Salesiano

ÍNDICE

Presentación	11
--------------------	----

Primera parte

Notas biográficas y testimonios sobre el P. Emilio Gambirasio *sdb*

Patricio Bermúdez

1. Introducción	14
2. Notas biográficas.....	14
3. Testimonios.....	17
4. Síntesis de su libro.....	25

Segunda parte

El Centro Médico Psicopedagógico

P. Emilio Gambirasio

Prefacio.....	34
El hombre y la ciencia.....	35
La elección del tema	35
La composición o síntesis mental.....	40
La redacción o elaboración	41
Trabajo e higiene mental	42
Estructura externa de la exposición:.....	47
Introducción	47

CAPÍTULO PRIMERO

Motivaciones del Centro

I. Variedad de los problemas	59
1. Datos empíricos.....	60
2. Clasificaciones científicas.....	64
II. Complejidad de los problemas.....	74
1. El problema de la deficiencia mental	74
2. El problema del fracaso escolar	76
3. El problema de la conducta	81
III. Conclusión.....	86
Bibliografía	87

CAPÍTULO SEGUNDO
Organización del Centro

I. Las competencias.....	91
Premisa: Criterios para la constitución del equipo	91
1. El equipo de base.....	97
Conclusión.....	117
2. Relaciones externas del Centro	118
II. Metodología del trabajo en equipo	121
1. Los métodos de investigación científica	121
2. Las fases del trabajo en equipo.....	124
III. Locales e instrumentos de trabajo	126
IV. Gestión y administración	134
V. Conclusión	134
Bibliografía.....	135

CAPÍTULO TERCERO
Actividad diagnóstica del Centro

I. La anámnesis y la encuesta social.....	139
1. Objetivos.....	140
2. La encuesta social	141
3. La ficha anamnésica	144
II. El examen médico-psiquiátrico	148
III. El examen psicológico.....	155
IV. La síntesis diagnóstica	158
V. Conclusión	167
Bibliografía.....	168

CAPÍTULO CUARTO
Actividad terapéutica del Centro

I. Acción sobre el individuo.....	174
1. El tratamiento médico.....	175
2. El tratamiento psicoterapéutico	177
3. Tratamiento pedagógico	191
II. Acción sobre el ambiente, particularmente familiar	195
1. Terapia de sostén o apoyo	197
2. Psicoterapia sistemática.....	198
3. Psicoterapia de grupo sobre los padres.....	198
4. El 'social case work'.....	199
III. Otros tipos de asistencia extra familiar	201
IV. Postratamiento (<i>after care</i>).....	202
Bibliografía.....	203

CAPÍTULO QUINTO
**Conclusiones derivadas de la experiencia realizada en los
centros médicos psicopedagógicos (CMPP)**

1. Necesidad de comprender y ayudar al niño desadaptado como individuo y persona.....	207
2. Necesidad de una acción preventiva y de <i>dépistage</i>	210
3. Necesidad de una colaboración entre la psicología, la psiquiatría, la pedagogía y demás ciencias aplicadas al hombre para la solución de los problemas del niño desadaptado	214
4. Necesidad de una organización asistencial de acuerdo con un plan completo y unitario	220
5. Necesidad del CMPP como entidad competente para el estudio y tratamiento de los problemas de la inadaptación juvenil	222
6. Necesidad de trabajar en espíritu de equipo	225
7. Necesidad de una formación de base común.....	228
Conclusión.....	229

PRESENTACIÓN

El Centro Médico Psicopedagógico Salesiano remite a una historia de trabajo y generación de conocimientos que contribuyó desde sus inicios a la organización de los departamentos de orientación y bienestar estudiantil en los colegios, fundamentalmente, de la ciudad de Quito.

Este libro ha tenido un largo proceso de elaboración y fue concebido por el Doctor Patricio Bermúdez Contreras como un homenaje póstumo a la figura y legado del Padre Doctor Emilio Gambirasio *sdb*. Sin pensarlo, también se ha constituido en un reconocimiento al equipo de profesionales que lo acompañaron a lo largo de las décadas de los 60', 70' y 80' en la constitución del Centro y en la difusión y permanencia de su trabajo aún después de su muerte.

Quienes conformamos en la actualidad el Centro Psicológico Salesiano, nombre con el que se reinauguró en el año 2002, y la Carrera de Psicología de la Universidad Politécnica Salesiana sentimos que la publicación de este libro obedece a la necesidad de hacer visible una parte fundamental del desarrollo de la psicopedagogía ecuatoriana al estilo salesiano.

La edición e impresión de esta obra no caminaron a la par de los deseos de Dios y de la expectativa de su co-autor/compilador, el Doctor Patricio Bermúdez, quien falleció meses antes de que la publicación culminase. Por esta razón, este libro también guarda entre sus páginas su legado y las enseñanzas de vida que atesoramos quienes tuvimos la suerte de conocerlo y trabajar con él.

La intención del Dr. Bermúdez fue rendir un justo reconocimiento a la figura de Emilio Gambirasio escribiendo acerca de las enseñanzas y aprendizajes a través de la mirada de sus estudiantes y colaboradores más cercanos. Pero, en el transcurso de las primeras entrevistas, decidió que el mejor homenaje que le podía rendir era transcribir la traducción realizada por el mismo autor de su tesis doctoral para publicar el único registro escrito que existe sobre su pensamiento –los demás, están en la memoria, los apuntes y material de mimeógrafo y el corazón de sus alumnos.

Por esta razón, el libro se dividió en dos partes: la primera traza notas biográficas y recoge las entrevistas realizadas por el Doctor Bermúdez a colegas, discípulos y amigos del Padre Gambirasio; y la segunda, transcribe en su totalidad su tesis doctoral.

La tesis fue elaborada a partir de las experiencias y las ideas del Padre Gambirasio acerca de la organización de un centro de atención psicopedagógica. Los ejes giran

en torno a tres aspectos: la figura/función del educador, el proceso de enseñanza – aprendizaje y el desarrollo de la metodología de lo que actualmente denominamos “psicopedagogía clínica”.

Tomando en cuenta los años en los que el autor desplegó su obra y trabajo, podemos entender el uso de términos tanto pedagógicos como clínicos hoy en desuso o que han sido sustituidos por otros en razón del desarrollo disciplinar y su influencia en la generación de nuevos conceptos para interpretar los problemas psicológicos.

María José Boada
Directora Carrera de Psicología
Universidad Politécnica Salesiana
Quito, febrero de 2012

PRIMERA PARTE

Notas biográficas y testimonios sobre el P. Emilio Gambirasio *sdb*
Patricio Bermúdez

1. Introducción

Reconocer una oportunidad nos da una ventaja; aprovecharla es una suerte; disfrutarla es marcar una ruta. Y si es un grupo de oportunidades, esto ya traza un camino.

La primera oportunidad vino de Italia, en la persona del padre Gambi, como cariñosamente se le designaba. Sonrisa franca, mirada cierta, poseedor de una riqueza de conocimientos psicotécnicos y ganas de entregarlos. Siempre con la respuesta adecuada; exigente, pedía entrega, disciplina y constancia; esas llaves abrían el cofre de sus saberes. Era, además, un maestro que formaba con el ejemplo: su trabajo era su forma de orar.

La segunda oportunidad surge gracias al espíritu salesiano de María José Boada, defensora de la obra tanto académica como social. Acogió con certeza y amplitud el rescatar la memoria de un grande de la obra psicopedagógica, detalle que retrata su espíritu en una época en que la gente no gusta el reconocer el mérito ajeno.

La tercera oportunidad nace en un mundo donde el cambio es la regla; mantener algo parece ser prohibitivo, más aún si no se lo ha iniciado. Dalila Heredia da ejemplo de postura ante lo que recibió como herencia. Ella alentó el cumplimiento del proyecto guiándolo por sendas de utilidad para beneficio de la Universidad.

Cuarta oportunidad, María Eugenia, honra su persona y su cargo al impulsar el reconocimiento al padre Gambi. Siempre pendiente de utilizar sus ideas, su material, y ser la digna continuadora del trabajo y del espíritu del Centro Salesiano.

Una de las razones del fracaso actual de las instituciones es descuidar y no valorar el origen de personas e instituciones. Al ignorar las raíces repetimos los mismos errores. No es el caso de la obra del padre Gambi y del Centro Psicopedagógico Salesiano que mantiene altos criterios científicos aunados al método que Don Bosco nos transmitió a través del padre Gambi.

Aceptemos sus ideas, sigamos su ejemplo, y así tendremos siempre una carta abierta a la esperanza.

2. Notas biográficas

El padre Emilio Gambirasio nace el 21 de marzo de 1922, en Bérgamo, Italia, cerca de Sotto Il Monte, pueblo natal del Papa Juan XXIII, con el cual guarda parentesco. Tenía 13 años de edad cuando su madre, antes de morir, le pide ingresar al aspirantado.

Profesa el 16 de agosto de 1941 para luego ir a Roma a realizar sus estudios filosóficos. Más adelante asiste al Pontificio Ateneo Salesiano, cerca de Turín, donde realiza estudios pedagógicos y psicológicos.

En julio de 1946 obtiene el título de licenciado en Filosofía y Pedagogía con especialización en Psicología. Continúa su formación en el aspirantado de Turín, casa de preparación de misioneros, allí realiza su tirocinio hasta febrero de 1948.

En septiembre de 1947 es destinado al Ecuador; algunos problemas demoran su partida, finalmente, el 26 de febrero de 1948, llega junto con el padre José; tiene un emotivo encuentro con el hermano mayor, el padre Santiago, quien había llegado al Ecuador en diciembre de 1935.

Es enviado a Cuenca como profesor de Filosofía y Pedagogía. Algunos de sus alumnos serán los futuros superiores de la provincia salesiana del Ecuador.

Enseña también Estadística, Psicometría, Orientación Vocacional, Orientación Profesional, Latín y Griego. Parte de sus actividades las cumple en el oratorio del padre Carlos Crespi. En octubre de 1949 viaja a Quito al teologado de El Girón.

El 29 de junio de 1953 es ordenado sacerdote por el Cardenal Carlos María de la Torre, cuenta con la presencia de los hermanos, el padre José y el padre Santiago.

El padre Gambi inicia su obra prolífica en el Instituto Superior Salesiano con la dotación de una enorme cantidad de pruebas, cuya traducción del italiano y validación estadística él realiza. Este trabajo se constituyó en el inicio y el fundamento de la obra psicopedagógica que abarcó a todo el Ecuador.

Crea una impresionante "batería", con más de trescientas pruebas, todas con sus respectivos manuales y tablas estadísticas. Además, adquiere aparatos de psicometría para conformar el único y más moderno laboratorio de psicología en el Ecuador.

Para ayudar a los niños especiales crea la escuela de educación especial y para preparar personal competente promueve cursos de posgrado en cooperación con la Comisión Fullbright del Ecuador. Esta escuela contó con la colaboración de brillantes profesionales en el área de Diagnóstico y de Procesos de enseñanza y aprendizaje.

Durante el proceso hubieron paréntesis en las que actuó como secretario inspectoral y luego como párroco encargado de la parroquia San Juan Bosco de La Tola.

En 1978 se sintió motivado a retornar a Italia con el objeto de actualizarse. Allí permaneció un año y medio dirigiendo el Centro Psicológico y de Orientación, en Novara, conjuntamente con el Dr. Carlos Franchini y su esposa, especializada en

electroencefalografía. Esto despertó su anhelo para implantar en el Ecuador esta modalidad.

Adquirió nuevas experiencias, métodos e instrumentos, realizando contactos muy importantes; en Roma, se relacionó con el padre Viglietti. También realizó visitas a España, Suiza, Francia e Israel para recoger elementos de su especialidad.

El 10 de enero retorna al Ecuador y es destinado a Macas como director de esa comunidad para brindar orientación al Normal de Macas. En este lapso edita la *Psicología y didáctica del aprendizaje* destinado a los normalistas.

El Padre provincial lo envía a Quito como Director del colegio Don Bosco. Allí permanece un año, tiempo en el cual madura y edita una batería decimológica destinada a la orientación, que había ensayado en Macas.

Dicta también un curso para los educadores de la CONFEDC y otro a los promotores vocacionales de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana, utilizando en especial la batería decimológica.

En 1981 el provincial llama al padre Gambi al Instituto Superior Salesiano para reorganizar el Centro de Orientación Vocacional, dictar cátedra, dirigir y promover el Centro Médico Psicopedagógico.

Paralelo a estas actividades profesionales, no faltaron las actividades pastorales en La Tola, La Vicentina, donde se construyeron o terminaron iglesias, con todos los actos litúrgicos, catequísticos y pastorales. Igualmente, desde 1964, promueve al Hogar María Auxiliadora en La Tola.

Destaca en el Instituto Superior Salesiano como profesor de Orientación Vocacional y Profesional; de Estadística y Técnica de laboratorio.

Consolidado el Centro Salesiano Psicopedagógico, se constituyó la base y modelo de la excelencia de la atención psicopedagógica. Sus innumerables pruebas, su laboratorio, su modalidad de trabajo, sus magistrales elaboraciones estadísticas, la implementación del electroencefalógrafo y, en especial, la conformación de un brillante equipo de colaboradores determinaron que se pueda brindar un servicio de alta calidad a un ínfimo precio.

Destacamos que su esfuerzo e inventiva lograron adaptar las más de trescientas pruebas a la realidad socioeconómica del Ecuador, estructurando *Baremos* para todo el Ecuador.

El padre Gambi tuvo el acierto de rodearse de un equipo de profesionales de primer orden. Destaca el doctor José Luis Elsitdie en el área de Neuropediatría; y su amigo, brazo derecho y secretario, Rubén Albán.

Al centro acudieron centenares de personas, atendándose efectivamente a un 90% de quienes confiaron en el sistema salesiano, el padre Gambi, pero sobre todo en el modo de operar del equipo de profesionales.

Todo pedido era satisfecho de manera personal por el padre Gambi, quien en un inicio escuchaba para luego describir lo que él llamaba: “las competencias”. El padre Gambi determinaba qué pruebas se debían administrar.

El éxito del trabajo radicaba en la intervención de todos los profesionales, quienes entregaban sus informes particulares para, en una sesión final de conjunto, efectuar el diagnóstico compartido y la modalidad de atención. Entre los encargados de realizar los tests se destaca la actuación certera de José Ignacio Donoso, con un alto sentido de responsabilidad y seriedad en sus informes.

Los valiosos datos suministrados por la trabajadora social, permitían comprender en profundidad el ambiente que rodeaba a la persona atendida y en casos especiales, los informes a profundidad del padre José Espinosa y del licenciado Rodrigo Garzón con pruebas muy especiales. Ambos con seriedad académica y rigor científico.

El informe final, posterior al análisis del caso lo entregaba el padre Gambi, con una dosis de creatividad excepcional. Los padres salían orgullosos de sus hijos y los hijos salían optimistas, esperanzados y con su autoestima fortalecida. Con estas bases resultaba imposible dudar que el tratamiento lograba resultados positivos.

La electroencefalografía permitía incorporar con certeza la comprensión del polo somático.

Otro aporte era la atención a personas y aspirantes a la vida religiosa. En estos casos la ciencia guiaba las aptitudes y discriminaba los problemas que tan dura vocación conlleva.

3. Testimonios

Son incontables las personas que recibieron formación directa, o una ayuda oportuna, el consejo apropiado, la eficaz reprimenda y también una sólida ayuda espiritual. Señalemos tan sólo algunas.

El primero de ellos, que además se convirtió en su brazo derecho, colega y confidente, a quién el padre Gambi orgullosamente lo presentaba como “mi secretario”,

Rubén Albán. Rubén arreglaba todos los problemas, con él había que tratar la parte económica, los cuadros estadísticos, los turnos, la venta y calibración del material, etcétera; personaje multifacético, presentamos su testimonio:

Entrevista a Rubén Albán

El encuentro: En el año de 1968, un amigo, el señor Manuel Ríos, que laboraba en la Librería LNS, me enseñó una serie de dibujos que graficaba para la tesis doctoral del padre Gambi.

Los trabajos: En el año de 1969, el señor Ríos me propone tomar parte de las labores, en especial en torno a una materia que el padre Gambi dictaba en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

El reto: El trabajo de estadística se torna familiar, el padre Gambi decide que puede incursionar en la psicoestadística.

Las pruebas que aprendí eran aplicadas, corregidas, tabuladas y evaluadas para que el padre Gambi las transmita en la consulta al paciente y a los padres de familia. Incursionamos también en el manejo de aparatos, como deterímetros.

Crecimiento: El prestigio del Centro Médico Psicopedagógico fue rápido y determinó el incremento del personal.

El *staff* lo conformaban el neurólogo, el psiquiatra, la trabajadora social, los correctores de tests; todos tenían una ardua labor.

El Ministerio de Educación se interesó en las fichas psicopedagógicas para los orientadores vocacionales de los colegios fiscales y particulares. El padre Gambi abordó la redacción, diseño y reproducción en el mimeógrafo; mientras que la clasificación de archivo era del suscrito.

Otros colegios y escuelas de otras provincias llegaron al centro en busca de asesoría y orientación.

La Universidad Católica de Guayaquil solicitó la presencia del padre Gambi y la mía para dictar la cátedra de Psicoestadística al curso de egresados.

Algunas industrias y empresas solicitaban la evaluación psicológica de su personal.

Sumaban casi mil pruebas con sus correspondientes manuales, claves y cuadros estadísticos. Igualmente, un bien dotado laboratorio, el mejor de su época, nos permitía atender la enorme demanda de todo el Ecuador.

Testimonio de Rodrigo Garzón Caba¹

En el largo y sinuoso camino de mi vida, he tenido buenos y malos momentos, que lo han marcado cada minuto. Un buen momento fue cuando conocí al padre Emilio Gambirasio, profesor de origen italiano, que dictaba clases en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la cátedra de Test Mentales; en aquel entonces, yo estudiaba en el segundo curso y tenía 22 años.

Con el fin de ocupar mi tiempo fui al centro médico psicopedagógico, allí estaba Gambi, como Fundador y Director, investigando, creando, analizando, dispuesto a compartir su sentido de misión; entonces fue, cuando escuché la campana de su voz, para alinearme en un vasto entrenamiento en el área experimental y psicotécnica y ser admitido en sus filas para continuar en sus proyectos de investigación.

Su lema: el servicio a los demás con autoridad, basado en confianza y participación; escuchando y compartiendo sus ideales; abordando, día a día, los problemas con lógica, porque así era el perfil que solicitó a todos quienes querían ser sus colaboradores, los que deseaban seguir sus pasos y su guía.

Llevarle científico es acertado, líder de principios y procedimientos. Fui su aprendiz analítico. Él estuvo inmerso en el campo de la investigación de los reactivos psicológicos, preparando unos, corrigiendo otros, adaptando e interpretando de acuerdo a nuestro medio y realidad.

Fui un aprendiz pragmático, por esa razón me dio su lugar, específicamente cuando se ausentó del país y fue a Argentina.

Seguí sus huellas y a su regreso continuamos sirviendo a la comunidad necesitada de guía y orientación psicopedagógica con su frase favorita: “como si fuera ayer”. Así continuó liderando y contagiando a los demás de su energía. Pese a esto, llegó el mal momento. No duró mucho tiempo su acompañamiento puesto que su salud se quebrantó súbitamente y apareció el fantasma melancólico del regreso, volvió a Italia en busca de alivio para su salud. Le retaba y desafiaba la muerte, pero en esta competencia, por primera vez, perdió.

Es difícil poner la fecha exacta a este recuerdo que nos convoca al dolor y la tristeza, pero a veces esos recuerdos son los que fortifican, dejando en sus pupilos, su energía y amor por los demás, el ejemplo en el servicio, su huella de infatigable formador de juventudes, de espíritu recio e investigador incansable.

1 Docente de la Carrera de Psicología. Universidad Politécnica Salesiana.

Gracias padre Emilio Gambirasio Srippa, por ese buen momento en que te conocí, por haberme permitido compartir de la fuente de tu ciencia y sabiduría y alcanzar los logros de éxito y gloria siguiendo tus huellas.

Testimonio de J.I. Donoso²

Comenzaré pidiendo permiso para escribir desde mis propias vivencias porque no dispongo de otra referencia sobre mi maestro el padre Emilio Gambirasio. Llegué a su mundo por obra del destino, como he llegado a las más decisivas situaciones en mi vida: sin planificación, cabeza ni ruta determinadas.

Era bachiller para 1966. Mantenía controversia diaria con mi papá. Yo quería ser actor de teatro. Él, que “tuviera una profesión decente”. Decentes eran por aquel entonces apenas tres profesiones: médico, abogado o ingeniero.

La controversia se resolvió por la mediación de un sacerdote amigo quien determinó que yo estudiaría psicología. Y lo más importante, podría seguir con el teatro si no interfería con mis estudios. Psicología, alquimia, astrología astronáutica, igual ignoraba el contenido y sentido de la disciplina a la que me encaminaban.

Me encontré casi en seguida frente a los ojos interminables del padre Gambi. Después de una estación de paso por el escritorio del padre José Espinoza, me encontré sentado en un pupitre del Instituto Superior Salesiano de Filosofía y Pedagogía, seglar y despistado, entre muchos aspirantes (ellos sí) al sacerdocio.

Casi sin intervalo empecé a trabajar en el Centro Médico Psico pedagógico Salesiano. Mi maestro me entregó su tesis doctoral del mismo nombre, para que me empapara del proyecto. Aún conservo esa publicación, fresquita.

Para entonces. El Instituto tenía una visión de notable avanzada. Dirigido a la formación de la juventud, comprendía y asumía dos espacios innovadores,

1. El mundo audiovisual³ y los medios de comunicación social.

2. El gran aporte a la educación que ha sido desde luego, el entonces llamado Centro Médico Psicopedagógico Salesiano. La vitalidad y capacidad de renovación que ha mostrado a lo largo de su historia, son la prueba mayor de su vigencia y necesidad.

Entre sus contribuciones definitivas a la educación voy señalar las más significativas:

2 Pontificio Ateneo Salesiano, en Roma.

3 Hasta hoy, esta orientación hacia los medios de comunicación social es un pilar fundamental en el proceso formativo de la juventud.

Juventud en medios cambiantes: La necesidad de atender a las demandas de un mundo que se acelera en su proceso de cambio y transformación social. La gente joven, atrapada en el cambio veloz, necesita un espacio de acogida y guía.

Acompañamiento desde la multidisciplinariedad: Esa guía, que es, más bien, un proceso de acompañamiento personalizado, se la ofrece desde un equipo multidisciplinario. Este, no podía estar mejor integrado bajo la coordinación del padre Gambirasio. Perspectivas de trabajo social, psico-pedagogía, y medicina. Es decir, una visión integral del desarrollo de la persona.

El equipo con el que compartí vida, junto con el trabajo y aprendizaje permanentes, estaba conformado por:

- Dirección y psicopedagogía: padre Emilio Gambirasio.
- Psicología clínica: padre José Espinoza.
- Medicina y neurología: doctor José Luis Eltsidié.
- Trabajo social: sor Paglino (religiosa de origen francés).
- Estadística: Grupo que dirigía Rubén Albán.

También conformaban el equipo de trabajo, recuerdo a Rodrigo Garzón y Patricio Bermúdez.

En un contexto: En su entorno. Familia, comunidad y necesidades propias, con respeto a las culturas y orígenes.

Qué se valoriza: Nada es gratis y todo cuesta, en todos los sentidos. Sin nunca confundir valor, con precio. Servicio y atención, sin paternalismo.

El diálogo como fundamento: El diálogo es la esencia. No es un diálogo solitario. Nadie es “un caso”, es una persona con una familia y crece dentro de esta.

La niñez y adolescencia son especiales: Los niños, niñas y adolescentes primero. Con especial interés y comprensión de sus intereses.

Servicios a la comunidad educativa

Lo anterior marcó la atención directa, allí no terminaba el sentido del *Centro*. Consciente de las limitaciones de los departamentos de orientación de los colegios y escuelas, el servicio amplía su trabajo para atender o guiar el trabajo de psicología y orientación en las instituciones que lo requerirán, de cualquier tipo que fuesen.

Con papel y lápiz,⁴ el trabajo minucioso del departamento de estadística recogía los tests aplicados para su procesamiento. Baremos, centiles, rangos, curvas. Miles de cuadraditos hechos por un grupo de hermanos y jóvenes dotados de paciencia infinita, devolvía a las instituciones educativas la información que guiaba las decisiones de estudiantes primero ante la hora de las 'especialidades' que ofrecía el bachillerato siempre prematuramente y luego, a la hora de la temida decisión vocacional.

Diagnóstico y terapia: El padre Emilio Gambirasio era quien generalmente, recibía a la persona que demandaba atención en el Centro Médico Psicopedagógico. La ficha de registro señalaba particularizadamente, la ruta de intervención.

En las citas necesarias se cumplía la aplicación de la batería de tests indicada. En el área intelectual en los comienzos, se aplicaba la prueba de Terman-Merrill. Más tarde, se realizaba el Weschler (WISC, WAIS) Goodenough de la figura humana; el Raven, (niños o adultos), o el test de Dominós. En el área de la personalidad, al inicio el Minnesota y, posteriormente, el California eran para la población adulta, los más utilizados. En el área del desarrollo, con niños y niñas pequeños, se aplicaba la escala de desarrollo de Gessell. Para los estudios de orientación vocacional y profesional, se contaba con cuestionarios de origen español (Ibáñez) reeditados en Colombia. No se descuidaba la visión ética. Tests de valores (Spranger, Allport).

El padre José Espinoza, en su campo clínico, utilizaba pruebas de diagnóstico del tipo del Rorschach, TAT (adultos) CAT (niños y niñas). El dibujo de la familia (Corman). En estudios más profundos o cuando se sospechaba la presencia de trastornos neurológicos utilizaba el test de figuras Gestáltico viso-motor de Bender, junto con un cuidadoso formato de entrevista psicológica. Su trabajo profesional se apoyaba mucho en distintas aplicaciones de psicografismo.

La institución contaba, además, con aparatos y equipos que permitían completar la visión diagnóstica. Hay taquistoscopios, aparatos para medir tiempos de reacción, y juegos para experimentar las destrezas psicomotrices.

Con un informe de los resultados obtenidos, la carpeta llegaba a manos del neurólogo. La evaluación médica y neurológica, completaba el proceso diagnóstico. El Centro cuenta también con un equipo de electroencefalografía. Hay, así mismo, equipos para evaluar la visión y hacer audiometría.

4 Aunque ahora nos parezca que la computadora estuvo siempre aquí.

La entrevista e informe de Trabajo Social en la familia y escuela o colegio y la entrevista que el padre Gambirasio realiza a padres y madres de familia aportaban con los elementos suficientes para las sesiones de estudio en las que participaba el equipo completo. Así se definía el proceso de intervención que de allí se llevaría a cabo en las sesiones que se consideraban necesarias.

No creo equivocarme al pensar que este modelo de intervención socio-psicoeducativo marcó de forma pionera, el desarrollo y evolución de lo que se hizo y se hace en el campo de estas profesiones hasta el día de hoy.

Me gradué de licenciado con una tesis sobre el juego. El padre Gambi, me consiguió mi primer trabajo como orientador y profesor en el colegio Normal Carlos María de la Torre. Hoy estoy seguro de haber aprendido más en el diario trabajo en el centro, continuado con las clases de teatro por las noches en la Escuela de Arte Dramático de la Casa de la Cultura Ecuatoriana, que en las (a veces atragantadas) horas de pupitre y pizarrón.

Bueno, he de decir que mi sentido estético no mejoró, temblaba cuando el padre Gambi decidía ‘decorar’ alguno de los espacios en los que su presencia dominaba. El centro era desventurado en ese aspecto: descuadernado, amontonado. En algunos rincones había cuadros y figuras de dudoso gusto, pero sus espacios eran cálidos y amables. Y destaco una rara condición: siempre se hallaba donde debía estar lo que allí se había dispuesto que estuviera.

Recuerdo que en los casi seis años que permanecí junto al padre Gambi y su Centro, un adolescente tardó en aprender, sin percatarse, a trabajar porque nunca lo vio inactivo. Sea tecleando interminablemente en su inmensa máquina (eléctrica!) sobre matrices abigarradas de texto; sea dándole vueltas sin parar al mimeógrafo, sus enormes manos campesinas contrastaban con la delicadeza de sus acciones. Horas de diálogo. Verdadero diálogo, con jóvenes y grupos familiares sin mirar horario ni calendario. Junto con descubrir el valor y sentido del trabajo, encontró también el del dinero. Eran pocos los sueres, pero le daban autonomía de la casa paterna.

Aprendió a servir, porque el servicio era lo medular en el accionar de todos los días. Servicio prioritario para quienes menos opciones tuvieron de acceso a la atención de ‘persona a persona’.

Eficiencia. Nada a medias, nada mal hecho y ni de broma no encontrar algo que hacer. Nunca aprendió del todo la rara cualidad del padre Gambi, saber leer a las personas más allá de sus palabras, intuir y dar en el clavo, con el matiz de su infinita caridad. Una disposición ilimitada del ánimo hacia los demás.

Dejé de ir al centro y me perdí en otros medios y trabajos, hasta que mucho tiempo después, nos encontramos de nuevo. Alguna vez me dijo que había tenido sobre mí, la esperanza de que me hiciera salesiano.

Recordé entonces, cuando en un *test* de orientación profesional yo había seleccionado las respuestas que me orientaban al trabajo teatral y el padre Gambi tachó mis expectativas de irreales. En esos días, andaba yo por las tablas y hacía giras con el grupo de Teatro Ensayo de la Casa de la Cultura. ¿El sacerdocio o el derecho? bueno, los realizaron las personas que me acompañaron en el crecimiento, mi maestro uno y el otro, mi padre.

Entrevista al Dr. José Luis Elsitdie:

El doctor manifiesta haber conocido al padre Gambi en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; ambos dictaban cátedra e inmediatamente compartieron una visión de trabajo basados en un ideal, un ideal de servicio a través de una atención médico psicológica.

El doctor expresa que el eje del funcionamiento del centro fue “el trabajo en equipo”, poderosa herramienta que les vinculó, a tal grado que jamás tuvieron una discordia, peor una discusión. Esto permitió que dos intelectos preparados, con caracteres fuertes, se armonicen. El doctor Elsitdie manifiesta que la clave para esta compenetración fue una forma de apostolado.

Ni el arduo trabajo ni las dificultades científicas los detuvieron. El factor económico no contaba para dos espíritus preparados para el servicio a los demás.

El doctor Elsitdie, figura eminente buscado aún en ámbitos internacionales, no abandonó esta oportunidad de servicio y se consagró como el director científico del Centro Médico Psicopedagógico Salesiano.

La obra del padre Gambi fue registrada en un libro que vamos a transcribir completamente. Este libro, cuya primera edición fue publicado en Quito (1968) por el Instituto Superior Salesiano fue su tesis. Esta fue redactada siguiendo los lineamientos

de un gran salesiano, el padre Luigi Bogliolo S.D.B, cuya obra, es un clásico que guió la conquista final para la graduación de muchísimos estudiantes.

Esta reedición es una invitación a la reflexión y utilización de sus principios, pues no han perdido actualidad y nos permitirán guiar a nuestros actuales estudiantes por senderos de alta calidad científica.

4. Síntesis de su libro

El libro del padre Gambi guió múltiples investigaciones, tesis y trabajos prácticos. De sus notas de clase y de varias obras basadas en sus conceptos sintetizamos sus principales aportes que dinamizaron la efectividad del Centro Médico Psicopedagógico Salesiano.

Bases del Centro psicopedagógico

La eficiencia de esta institución descansa sobre una doble base:

- Los principios que la sustentan.
- El método de trabajo.

La constitución de un equipo es el medio adecuado para que la ayuda sea verdaderamente eficaz.

El equipo de base y sus competencias se organizan según los principios de la psico-pedagogía-médico-social, bajo la concepción del trabajo en equipo.

- El enfoque clínico del sujeto.
- La actitud clínica pedagógico didáctica.

Integración del Equipo Médico psicopedagógico.

Lafón introduce un doble criterio en la constitución del equipo: una constitución vertical que comprende las varias competencias en un respectivo campo de especialización y una constitución horizontal, con relación a los diversos fines y servicios.

Gerda de Bock presenta un cuadro sinóptico de un equipo cuya actividad gira alrededor de cuatro polos opuestos de una circunferencia:

- El polo somático.
- El polo psíquico.
- El polo social.
- El polo normativo.

Según esta concepción, el polo somático le corresponde al médico o más exactamente al psiquiatra.

El polo psíquico al psicólogo.

El polo normativo al pedagogo.

El polo social al asistente social.

Entre estos cuatro extremos, cada competencia llega a unirse a con su opuesta pasando por puntos intermedios, representados por otras competencias. Es así como, partiendo del polo somático y subiendo hacia el polo psíquico encontramos al: Pediatra, al fisioterapeuta, al psicoterapeuta, al psicoanalista, al psicólogo clínico y al psicotécnico. De éste, en dirección hacia el polo normativo, tenemos al psicólogo pedagogo, al pedagogo (ortopedagogo) al consejero espiritual.

Del polo normativo, hacia el polo social se hallan el funcionario, el administrador, el jurista, el policía de niño y luego vuelve al polo somático inicial a través de la higienista, la enfermera social, el médico social y escolar, según la visión de Gerda de Bock.

M.M. Gutiérrez y Rollero prefieren la concepción del equipo en forma de círculos concéntricos:

El primer círculo, denominado también núcleo del equipo, está constituido por el paidopsiquiatra, el psicólogo, el pedagogo y el asistente social.

El segundo círculo comprende a los consultores, representantes de la ley como el juez y el criminólogo; representantes de la religión (Ministro del culto); representantes de la administración (administrador, ecónomo).

El tercer círculo lo forman los representantes de la reeducación (ortofonista, de la motricidad. Representantes de la educación como educadores y familiares. Representantes de la psicoterapia y de la medicina y por último los representantes de la asistencia social.

Se concibe al equipo integrado por estas cuatro competencias:

El paidopsiquiatra.

El psicólogo.

El asistente social.

El pedagogo.

El paidopsiquiatra

Es un profesional de altísima formación, pues combina un profundo conocimiento de psiquiatría de niños y adolescentes. Es quien detecta mediante el análisis somático y comportamental, los datos e interpreta los hechos para elaborar una síntesis.

También ejerce funciones de pedagogo y director de las intervenciones de todo el equipo.

Esta denominación, más que indicar las personas, quiere señalar la competencias necesarias para que ningún aspecto de los problemas estudiados por el Centro quede al margen, y , por lo mismo sin solución.

Con relación al Director del equipo se admite que no es necesaria una quinta persona: el cargo puedo tomarlo una de las competencias, generalmente el paidopsiquiatra.

También se recalca que el paidopsiquiatra debe poseer una formación humanista. Sin duda es un hombre de espíritu especial que canaliza el éxito de la acción del equipo y su eficacia terapéutica.

El psicólogo

Evalúa la estructura mental del niño, sus tendencias, aptitudes, comportamiento, etcétera, para obtener una visión completa.

El psicólogo realiza una función investigativa en relación a la seguridad y valoración de los tests y la construcción de nuevos instrumentos.

El psicólogo debe adaptar las técnicas a los problemas, y no los problemas a las técnicas.

También debe conocer los principios de estadística y sus métodos para valorar los resultados de los tests.

Conocimientos de psicología social que le permita conocer el desarrollo del niño dentro de las situaciones culturales.

El pedagogo

El pedagogo es quien aporta el punto de vista educativo. Giaccone afirma que las indicaciones proporcionadas por el equipo socio-médico-sicológico no hallan una suficiente relación por falta de traducción en términos pedagógicos.

Hoy día, es universalmente admitida la necesidad de un experto pedagogo formado para actuar al nivel clínico, y en algunos casos para dirigir el equipo.

El Pedagogo es el teórico de la educación en el interior del equipo, pues, aplica los métodos educativos especiales que necesitan los diferentes tipos de inadaptación. Para llevar a efecto con eficiencia su finalidad educativa, necesita un conocimiento cabal de toda la personalidad del niño, desde el punto de vista médico, psicológico y social. Solo con esta base puede pronunciarse a cerca de la acción educativa o reeducativa. En este sentido el pedagogo viene a ser como un guía espiritual dentro del equipo.

Al pedagogo le toca también llevar a los padres de familia y a los educadores las resoluciones e indicaciones de carácter educativo, estudiadas en el centro, para hacer realidad la adaptación del sujeto en el tratamiento.

Todas estas funciones del Pedagogo exigen de él una preparación pedagógica y clínica. Su preparación científica requiere conocimientos de Pedagogía General, de Psicología general y Diferencial, de Metodología y Técnicas Educativas. Sobre esta base científica general debe adquirir una preparación especial.

El asistente social

Su finalidad dentro del equipo es colocar al niño en un ambiente familiar y social por medio de diversas técnicas.

Para ello toma contacto con los padres y parientes del niño.

Contribuir a la anámnesis para realizar una encuesta social.

Su función diagnóstica y anamnésica estudia minuciosamente todos los elementos de irregularidad del niño en su aparecer y desarrollo según el ambiente físico, económico y social, y definir la personalidad de los padres parientes y educadores en relación afectiva y educativa. Añádase a esto un estudio profundizado para evidenciar factores hereditarios, biológicos y culturales que puedan presentar dificultades en el curso del dinamismo del niño.

Esto permite al asistente social conocer el comportamiento del menor en los diversos lugares que frecuenta y formarse una idea exacta de esos ambientes y su influjo sobre el niño.

En resumen el Centro se identifica con el equipo, de tal manera que el Centro es el equipo y el equipo es un organismo estructurado, horizontal y verticalmente

con responsabilidad colegial y personal, dedicado a un trabajo pluridimensional y unitario, y animado por un espíritu que es el 'espíritu de equipo'.

El director del equipo no significa serlo de cada caso particular, ya que la responsabilidad es colegial.

Relaciones externas del Centro

La primera labor externa del centro es la Propaganda, dirigida a profesionales y a instituciones para que cooperen con el centro.

Esta propaganda también abarca: cursillos teóricos y prácticos, conferencias, discusiones, etcétera.

La información debe llegar a los maestros, quienes a menudo se hallan incapacitados para comprender la labor del centro, por no conocer el trabajo del mismo. Muchas veces la oposición que nace entre los padres y otros sectores sociales viene de la consideración de la Pedagogía Especial como una segregación, lo cual es totalmente opuesto al espíritu del equipo.

La síntesis diagnóstica

La actividad diagnóstica del equipo debe llegar a la formulación de un diagnóstico sintético del caso, que no es ni parcial de cada competencia, ni la suma de los mismos, sino una elaboración del equipo sobre la base de esos exámenes parciales para llegar al conocimiento pleno y perfecto del caso. El diagnóstico emitido en la reunión de síntesis tiene dos características fundamentales: la totalidad y la preocupación pedagógica.

Cada competencia ha explorado los diversos sectores de la estructura física, intelectual, social, de la personalidad del niño pero corresponde al equipo como tal, pronunciarse sobre la realidad total del niño, como función específica propia ya que solo él posee todos los datos y conocimientos para la emisión del diagnóstico, que a su vez se orienta a un tratamiento sico-pedagógico. La preocupación pedagógica es el elemento esencial de la síntesis y la que presenta el caso desde un punto de vista global y unitario.

En la reunión de síntesis el siquiatra, el psicólogo, el asistente social y el pedagogo deben llegar a una formulación diagnóstica común como resultado de confrontación y profundización de sus respectivos puntos de vista. Ya no se trata de hablar de disturbios sino de formular, sobre la base de la descripción de estos disturbios, las hipótesis relativas:

- a su origen: si se trata de disturbios reaccionales y pasajeros o si son estructurales y crónicos,
- a los conflictos patógenos: externos y conscientes o si internos e inconscientes,
- a la personalidad del niño: estudiada desde el punto de la estructura síquica, teniendo en cuenta los mecanismos afectivos, somáticos y reaccionales,
- a las relaciones interfamiliares,
- al estado socioeconómico de la familia,
- a los inconvenientes y recurso de los diversos ambientes y grupos dentro de los que vive el niño.

Todo esto debe terminar en una síntesis que sea el reflejo fiel de la estructura y dinamismo del niño.

El diagnóstico sico-pedagógico, abarca, afirma el padre Ríos, tres aspectos fundamentales:

- Un aspecto pluridimensional.
- Un aspecto estructural.
- Un aspecto normativo.

Que se completan e integran en una síntesis unitaria de la realidad médico-sico-pedagógicas.

La visión pluridimensional recoge datos biológicos familiares, escolares, culturales de los que se podrá deducir la conducta del sujeto.

La visión estructural del yo del sujeto para dar una visión dinámica del sujeto.

El aspecto normativo considera el clima educativo partiendo de la educación familiar.

Los casos que se presentan en Centro generalmente tienen como base actitudes educativas inadecuadas por parte de los padres. A esas actitudes debe dirigirse el diagnóstico directivo, es decir, a crear un ambiente educativo familiar adecuado, mediante consejos a los padres, hermanos y familiares, a sugerir posibles tratamientos médicos, a indicar orientaciones en orden a la vida.

El diagnóstico sico-pedagógico, finalmente debe hacer comprensibles al educador y a los padres de familia aquellos términos científicos que se caracterizan al diagnóstico psicológico y psiquiátrico y adquieren un valor especial a la luz normativa.

El concepto de que el grupo despersonaliza al individuo volviéndolo amorfo, es reivindicado por el valor del grupo, pues, permite un medio de vida esencial sin el cual el hombre no podría ser verdaderamente humano y solo en cierto caso y bajo condiciones determinadas puede degenerar en amenaza de lo humano. Solo con una

comprensión clara del valor del grupo se puede afirmar la dignidad del individuo y su independencia.

Acción sobre el ambiente, particularmente familiar

Cuando la causa del disturbo o desadaptación no está en el individuo sino en el ambiente, el centro tiene que actuar sobre éste. Esta acción sobre los padres va desde la simple insinuación y consejo hasta una terapéutica sistemática. A veces conviene hablar más que de niños difíciles de situaciones y ambientes difíciles que inconscientemente se oponen al desarrollo del niño, quien no puede sanar sino a condición de vivir en un ambiente sano y equilibrado de los adultos.

Los métodos usados por el centro para cambiar la actitud de los padres son varios: Pueden comenzar con los primeros datos anamnésicos. Unos pocos coloquios pueden hacer cambiar la visión y crear una actitud de los padres favorables para los hijos. Las formas más simples son:

- a. *Los consejos.* al emprender la consulta médico-sico-pedagógica, los padres suelen pedir consejos. Esta es una actitud positiva de los padres y por ello el consejo debe ser científicamente fundado.
- b. *Psicoterapia Sistémica.* A veces los simples consejos no bastan para corregir las anomalías de los padres. Se requiere entonces una intervención sistémica paralela a la del niño o solo para ellos. A veces los padres presentan al centro a sus hijos buscando disimuladamente una consulta para sí mismos.
- c. *Psicoterapia de grupo con los padres.* El grupo de padres ejerce una acción terapéutica, ya que por la experiencia ajena pueden comprender lo que les paso a sus propios hijos.
- d. *Trabajo social.* Este método se realiza mediante una labor social y psicológica sobre el ambiente familiar y toda su constelación, no solo a los padres. Esta metodología generalmente realizada por el asistente social.

SEGUNDA PARTE

El Centro Médico Psicopedagógico

P. Emilio Gambirasio *sdb*

Prefacio

Emilio Gambirasio

El hombre y la ciencia

“Todos los hombres por naturaleza desean saber” es la primera y solemne afirmación que hallamos al inicio de los libros de metafísica aristotélica. Como para decir: esta es la naturaleza del hombre, un ser deseoso de saber.

Observación profunda y digna de aquel incomparable investigador del hombre y de las cosas que fue Aristóteles. Conocer es el instinto más profundo de la naturaleza humana, es la insaciable sed que le acompaña durante toda la vida. Más sabe y más desea saber: la sed crece proporcionalmente con la ciencia; no hay agua capaz de extinguirla.

Ninguna época como la nuestra ha visto más estruendosos progresos científicos; ninguna época, más que la nuestra, ha logrado nuevas conquistas científicas. El afán de investigación acerca del significado de las cosas y de sus relaciones determina el desarrollo de la civilización y de la historia humana; así como también el desarrollo histórico de cada individuo, desde su nacimiento hasta la muerte.

Entre las múltiples instituciones humanas que van al encuentro de esta fundamental exigencia de la naturaleza hay una que tiene la misión específica y esencial de formar y educar el espíritu científico del hombre: la *UNIVERSIDAD*. Es aquí donde la investigación y el estudio pierden los caracteres prevalentemente pasivos que tenían en las clases anteriores para dejar el puesto a la actividad vital y personal del hombre. Las mismas lecciones universitarias, con su aparato científico, constituyen a menudo otros tantos ensayos de investigación.

Si luego, a las lecciones, se agregan los trabajos prácticos de investigación en contacto vivo con la experiencia y la competencia de profesores iluminados, maestros del saber científico, la Universidad puede trocarse en realidad en *alma mater* de la ciencia. Se observa hoy día en nuestras universidades una neta reaparición de orientaciones y métodos científicos, una reafirmación de las finalidades, esencialmente científicas, de la enseñanza universitaria por encima de los eminentemente profesionales. Y, en efecto, el espíritu científico no dificulta, absolutamente, las finalidades profesionales; antes bien les da vigor potenciándolas y fecundándolas mientras podría suceder que el prevalecer de los intereses profesionales llegue, sino a excluir, por lo menos a eludir las finalidades científicas.

Es de desear que se proceda siempre decididamente en este camino, el más conforme con nuestras tradiciones culturales y con los caracteres de nuestra civilización latina que siempre ha subordinado la técnica a la ciencia. Ésta, por otra parte, es la exigencia del humanismo auténtico. La afirmación de las finalidades preferentemente científicas de los estudios superiores constituye una afirmación de la jerarquía de los valores y de los intereses supremos de la persona humana. Según la concepción humanística de toda nuestra historia. Todo al servicio de la persona humana, que en su aspecto más elevado es la inteligencia; es decir, el espíritu vivificador y dominador de la materia que halla en el saber, por el saber, sus alegrías más profundas y puras. La ciencia es, en una palabra, la finalidad natural suprema del hombre aquí abajo.

No hace falta insistir sobre estos conceptos universalmente reconocidos, en ocasiones de manera muy implícita. Las finalidades esencialmente científicas de la Universidad son reconocidas universalmente de tal manera que la coronación de las mismas queda siempre consagrada por aquel ensayo de investigación científica personal que es cabalmente la tesis de laurea. De aquí la importancia de la metodología científica general para el que está a punto de coronar el curso de sus estudios universitarios.

La elección del tema

La elección del tema es el primer problema que resolver por el estudiante en su trabajo: ¿qué tema debo escoger?, ¿cuál argumento se adapta mejor a mi mentalidad, a mí índole, a mis posibilidades?

Problema de gran importancia cuando se reflexione que una elección acertada o no puede determinar el triunfo o el fracaso de una carrera científica. Problema que implica el más vasto problema de la especialización, con todas sus ventajas y desventajas.

La especialización, hoy en día, es una triste necesidad ya no es posible ser enciclopedias ambulantes como lo fueron Demócrito, Aristóteles, Alberto Magno, etcétera. Todas las ciencias han tomado desarrollos inmensos en amplitud y profundidad, han dado origen a una cantidad de subdivisiones, constituyendo ciencias *a se* y cada una de las cuales basta para empeñar plenamente la vida entera de un hombre.

Basta pensar en los diversos, vastísimos campos que ofrece cada una de las ciencias naturales, la Química, la Física, etcétera. La especialización tiene la gran ventaja de crear seguridad, da competencia en la propia especialidad pero no deja por esto de tener todos los inconvenientes de la especialización, que es esencialmente limitación, que es saber parcial. Una especie de aislamiento intelectual, una unilateralidad

de visión con el peligro, no raro, que la unilateralidad del objeto con la fuerza del hábito se refleje en el sujeto mismo.

He aquí entonces el matemático que lo ve todo en función matemática de cálculos, fórmulas, medidas, como si a esto se redujera toda la realidad. He aquí al físico incapaz de salir de una mentalidad física, rígidamente parcial, temporal, atomista, de la realidad. He aquí al médico incapaz de ver en el hombre algo más que el aspecto corpóreo y material.

De aquí la necesidad de tener presente que el saber no se halla encerrado en un pozo reducido y pequeño de la propia especialización. Esto se lo obtiene cultivando y completando, con constantes lecturas informativas, la propia cultura general; ésta es la que hace al hombre entero, completo, desvinculados de las cadenas de una visión parcial y egoísta y le infunde aquel sentido de modestia que no desdeña aprender siempre también de los demás.

Como quiera, la elección del tema tiene tal importancia que decide e incide profundamente en la vida del joven. Una brillante coronación de los estudios universitarios es una magnífica palanca que sirve para afrontar con más confianza el mar de la vida. Sugerimos algunas normas que la metodología, el buen sentido y la experiencia proponen al respecto:

1. Pensar con tiempo

Posiblemente no esperará orientarse para la elección del tema solamente en vísperas de la conclusión de los estudios universitarios. El estudiante inteligente y previsor comenzará a orientarse con tiempo hacia el campo de su investigación, por lo menos en el penúltimo año de universidad. Decidirse pronto sobre este punto, aunque sea con el parecer de personas que le puedan aconsejar, puede ahorrarse meses enteros de tiempo y desilusiones tardías.

Notamos de paso que el mismo sector científico puede hoy día presentar variadísimas posibilidades de investigación según la diversidad de los períodos históricos o aspectos doctrinales.

2. Tener en cuenta las propias inclinaciones naturales

En igualdad de condiciones conviene siempre dar preferencia a aquella rama del saber hacia la cual nos sentimos inclinados naturalmente. El estudiante universitario ya puede conocer la índole de su ingenio con su experiencia, confirmada por el éxito en los estudios. Esto podría constituir un óptimo indicio para orientarse.

No es indiferente para un individuo ser médico o ingeniero, abogado o profesor, filósofo o científico. Aquí es oportuno recordar, también para las carreras científicas, el grave problema de la falta de orientación profesional.

Los estudios relativos a esta cuestión, en estos últimos años, se han desarrollado y profundizado, pero aquí apenas podemos indicarlos. La historia está para documentar el éxito brillante de ingenios en un determinado campo hacia el cual se sentían inclinados y en el cual se han dedicado, superando a veces dificultades y contrastes con peligros y hemos dicho que el mismo problema puede ser afrontado desde diversos puntos de vista; histórico, teórico, etcétera.

Todos estos diversos puntos de vista pueden presentar posibilidades de investigación completamente diferentes con exigencias, intereses, dificultades netamente diversas. Para dar un ejemplo sacado de la Filosofía; un trabajo sobre Historia de la Filosofía se presenta con características netamente distintas según, qué atañe a la filosofía de la edad antigua, medieval o moderna. Un tema sobre Historia de la filosofía griega por ejemplo, exige una buena preparación filológica clásica y se enfrenta con dificultades que derivan de la escasez o fragmentariedad de las fuentes que han quedado, por no decir, con la incertidumbre de la hermenéutica que presenta una mentalidad tan lejana de la nuestra. Una toma sobre la filosofía medieval, supuesto que no sea facilitado por buenas ediciones de las fuentes que interesan, podría exigir largas y fatigosas investigaciones de manuscritos con todas las dificultades para la lectura y determinación del texto genuino, con la exigencia de una buena práctica paleográfica. Un trabajo sobre la Filosofía moderna implica casi siempre un trabajo de investigación bibliográfica sea por el número de publicaciones, sea por la dificultad de determinar influjos y fuentes, sea también por la arbitrariedad de la terminología. Si luego el candidato careciese de sentido crítico el trabajo vendría a reducirse a una mera exposición material, más o menos completa.

Al igual que para la filosofía, lo propio debe decirse, análogamente, con relación a todas las demás ramas del saber.

3. Tener en cuenta las propias capacidades

No escogerá un tema de exegesis platónica o kantiana el que no se siente fuerte en griego o en alemán, o por lo menos tenga la posibilidad de un seguro y rápido adiestramiento.

Tampoco un filósofo escogerá un tema de crítica matemática o científica sin un profundo conocimiento de estas disciplinas.

4. *Calcular las propias posibilidades*

No basta el examen de las propias inclinaciones y capacidades. A pesar de estos requisitos podría darse el caso que sea difícil o imposible tener a la mano los instrumentos de trabajo: bibliotecas, libros, revistas. Podría inclusive darse el caso de un tema sugestivo cuyo material se halla esparcido en un cúmulo de revistas americanas no poseídas por las bibliotecas italianas o viceversa, o de un autor medieval cuyas obras se hallan en muchas bibliotecas privadas de difícil acceso y consulta; distantes las unas de las otras, con las consiguientes dificultades de carácter económico.

Sin embargo, diremos a continuación, cómo muchas dificultades de esta clase hoy día se pueden superar mediante los modernos inventos de la técnica y la organización nacional e internacional de las informaciones bibliográficas.

5. *Originalidad y utilidad*

Las características principales de una disertación doctoral deben ser las de la originalidad y utilidad. Solamente con esta condición el trabajo científico podrá ser, de conformidad con su finalidad esencial, una contribución nueva al progreso científico.

Será un autor, un escrito, un problema histórico o teórico no estudiado todavía o también ya estudiado, pero resuelto falsamente y del cual tenemos en mano la clave para una solución verdaderamente nueva y original. Una buena Visión bibliográfica del sujeto en cuestión y el consejo de un competente podrá iluminarnos respecto de la medida de originalidad, utilidad o no.

6. *Precisión y proporciones limitadas*

Es preferible que el tema se mantenga entre límites, más bien, reducidos y bien determinados. Una exagerada amplitud de proporciones exige grande dispersión de energías y de tiempo, con el peligro que al fin resulte un trabajo apagado y privado de interés.

El candidato debe tener clara la meta a alcanzarse. También para obtener esta finalidad podrá servir mucho el consejo del profesor.

7. *El parecer del profesor y de los competentes*

Cuando el tema es propuesto directamente y espontáneamente por el profesor, casi todas las dificultades arriba indicadas, desaparecen. Su competencia y experien-

cia pueden inmediatamente orientar hacia la elección, indicar el modo de superar las dificultades, indicar las metas a alcanzar.

Esto a menudo es imposible por el excesivo número de candidatos o también por la multiplicidad y gravedad de los compromisos y ocupaciones de los profesores mismos.

Entonces, no es difícil consultar estudiosos, serán escritores, bibliotecarios, aficionados que han dedicado pacientemente toda su vida a la ciencia. He conocido a un botánico que, sin haber nunca enseñado esta asignatura en la Universidad, sin haber escrito libros al respecto realizó colecciones y descubrimientos tales en su rama, que conquistó el aprecio y la atención de los mejores botánicos del mundo; los mismos que, no raras veces, se dirigían a él para informes.

Cuántos temas para tesis doctorales hubiera podido sugerir, con éxito seguro, en el campo de su especialización.

Toda Universidad bien organizada y ordenada conserva los elencos de los temas escogidos, desarrollados e impresos. Tales elencos constituyen la mejor ejemplificación que pudiéramos dar.

Hay que desprenderse generosamente de observaciones demasiado subjetivas, preconcebidas, hechas; equilibrio en saber rectamente valorar los elementos resolutivos, capacidad de penetración en saber descubrir la mentalidad del autor, sus intentos y sentimientos, las dificultades, su modo de juzgar hombres y cosas.

Es, por lo tanto, indispensable un buen conocimiento del ambiente histórico en el cual vivió, de la lengua, de la cultura, etcétera.

También podemos distinguir dos tipos de crítica interna: la crítica de la interpretación o hermenéutica y la crítica de la autoridad o del valor.

a. La crítica a la interpretación o hermenéutica

Ya que la primera virtud del hombre de ciencia es la docilidad a la voz de la verdad o, si se quiere, menos abstractamente, a la voz de la experiencia humana integral que nosotros vivimos en el nuncio de nuestro conocimiento, la crítica de la interpretación exige ante todo fidelidad, obediencia, auscultación silenciosa de la música de la verdad. La experiencia integral no se queda en un aspecto particular de la verdad, no se cierra en la unilateralidad de un aspecto. Hoy día somos llevados de una enfermedad toda moderna del exteriorismo, a quedarnos sólo en los aspectos exteriores, materiales, cuantitativos, espaciales de la realidad que forma el objeto de nuestra experiencia. Somos perezosos en investigar los aspectos más profundos, ultra físicos que, sin embargo, tocamos inmediatamente con la potencia trascendente de nuestro conocimiento.

Auscultar, luego la verdad, todas las resonancias de la verdad, despojándonos de prejuicios de nuestra subjetividad, volver a adquirir la ingenuidad del hombre puro, del hombre en cuanto hombre que no se deja dominar por otras naturalezas (hábitos), constituidas por inútiles super estructuras, derivantes de prejuicios de la mentalidad moderna.

He aquí las condiciones esenciales para llevar una buena crítica de interpretación para la cual, no podemos dar normas especiales porque varía con el variar de los temas.

b. Crítica del valor interno del contenido

Hemos llegado a la palabra última y definitiva que puede decir la crítica. ¿Qué valor representa esta obra, esta fuente, este estudio? ¿Cuál es el valor de las ideas que se sostienen en ella?

Nuevamente se presenta la necesidad de tener un grande espíritu de docilidad a la verdad, al dato objetivo. El espíritu científico auténtico está todo aquí. Es evidente que este juicio definitivo no se puede dar sin una buena preparación, diríamos, sin una madurez de pensamiento, fruto de todos los estudios remotos y próximos que han llevado al candidato a la víspera de su doctorado. Es evidente también que no se puede hacer a menos del juicio ya dado por otros competentes sobre la cuestión, o sobre cuestiones semejantes.

Para ayudar a una exacta formulación del juicio definitivo pueden ser de óptimo auxilio las recensiones de plumas competentes.

La composición o síntesis mental

Hasta aquí el trabajo se presenta bajo el aspecto de “análisis” de los datos estudiados; la crítica es una forma de análisis. Pero el análisis es para la síntesis, se descompone para unir y reconstruir. La mente humana no analiza sino para, sintetizar, o mejor hay siempre en el hombre, en el conocimiento humano, dos aspectos inseparables: analítico- sintético. El trabajo de investigación y de crítica del cual hemos hablado en los capítulos anteriores estaba todo él informado, iluminado y guiado por las exigencias de la síntesis que venía, poco a poco, aclarándose siempre más en nuestro espíritu. Se trata ahora de desarrollar y volver bien preciso y explícito aquel trabajo de síntesis más o menos completo que hemos venido realizando a través del camino de nuestras búsquedas y nuestras críticas.

Si observo mi material, ahora que el trabajo, de heurística, de documentación y de crítica está terminado, hallaré *grosso modo* tres tipos de anotaciones. Las ano-

taciones sacadas directamente de las fuentes, las obtenidas por estudios anteriores o marginales al mío, y en fin, mis pensamientos personales, mis notas críticas, las hipótesis, los acercamientos que se han presentado, las sugerencias que han nacido a lo largo del camino recorrido. Se trata ahora de componer todo este material, de ordenarlo para formar una disertación bien construida, armónica, que responda a las exigencias de mi estudio. La multiplicidad de los datos debe casi espontáneamente estructurarse alrededor de una unidad orgánica de una idea que todos los domina, que a cada uno da su puesto.

El plan provisional que podía ser un precioso auxiliar para orientar la investigación debe caer para ser sustituido por los resultados definitivos de los hallazgos. “El trabajo de síntesis, observa Soranzo (240), a más de ser trabajo de mente es el arte de saber manipular los instrumentos adquiridos por la razón humana, el uso de los medios de prueba proporcionados por la lógica, el ejercicio de las varias formas de raciocinio”.

Medios útiles para el intelecto, para profundizar los datos, descubrir conexiones y dependencias, especialmente, cuando se trata de establecer verdades históricas, son las hipótesis, las analogías los acercamientos. De aquí surgen las interdependencias de los hechos, de los acontecimientos, de los datos históricos y doctrinales.

La sabiduría del investigador se pone a prueba en este trabajo de síntesis: el buen sentido, el gusto de las proporciones, deben dictar el justo equilibrio haciendo evitar superfluidades, redundancias, incoherencias.

La redacción o elaboración

La elaboración de la cual hemos hablado en el capítulo anterior es la mental; es la impostación mental de la disertación. Se trata ahora de redactar con la pluma la composición mental con el fin de comunicar a los demás los resultados de nuestras investigaciones. No faltan tampoco sobre este punto las dificultades, particularmente para los principiantes. Se trata en suma de escribir un libro científico. ¿Cómo se redacta una obra? He aquí algunas normas prácticas sugeridas por los maestros del método; especialmente Van Steenberghe.

1. *Estudiar un modelo*: Es un principio intuitivo. Viendo como está hecho un libro se aprende a escribirlo. Conviene por lo tanto tomar entre manos un buen trabajo, una buena monografía, posiblemente sobre tema análogo al estudiado y estudiar atentamente su estructura. Especialmente cuando se

tratare de una obra dictada por una pluma conocida y reconocida como autoridad y competencia científica, tendremos siempre una guía incomparable para orientación.

2. *Componer ensayo de redacción parcial:* Una parte, un capítulo, una cuestión que se podrá someter al juicio del profesor para luego poner en práctica eventuales observaciones relativas a la redacción definitiva.

3. *Elaborar un plan definitivo de redacción:* Antes de redactar, se procede a dividir cuidadosamente en secciones, partes, capítulos, párrafos la construcción mental, según las exigencias del trabajo.

El plan definitivo debe brillar especialmente por su claridad, simplicidad, naturalidad. "La exposición no puede comenzarse, ni comenzada puede proceder sueltamente y seguramente, si antes el plan preciso, circunstanciado del trabajo no ha sido establecido; hay que tomar conciencia de donde se quiere comenzar, del camino a recorrerse y de la meta".

Trabajo e higiene mental

Agregamos ahora las normas técnicas, dos capítulos de índole diversos, bastarán algunas indicaciones someras que sirvan para llamar la atención sobre el problema más que para resolverlo a cabalidad.

El hombre es esencialmente un ser espiritual y corpóreo. Toda su actividad al igual que su ser es espiritual-corpórea. No hay actividad humana que no lleve el sello de la condición corpórea humana, hasta la actividad intelectual, el aspecto más sublime de la vida humana lleva consigo los caracteres de la espacialidad y temporalidad, en aquel razonar 'discursivo', que es casi un caminar de la inteligencia hacia la conquista de la verdad, asimilada poco a poco, por partes casi espacialmente y temporalmente según un 'antes' y un 'después'. De aquí la necesidad de trocar el cuerpo en dócil instrumento del pensamiento. La actividad intelectual no puede echar de menos al cuerpo; su rendimiento, esta de alguna manera, condicionado por el funcionamiento del cuerpo; el buen funcionamiento del cuerpo condiciona el buen funcionamiento del espíritu. Vuelve a la mente el conocido adagio latín; *mens sana in corpore sano*. Si bien es verdad que algunos grandes genios vivieron siempre en condiciones enfermizas, como Leopardi, Pascal, Beethoven, etcétera, este hecho no hace sino confirmar la regla. Ciertamente en mejores condiciones de salud, estos grandes hubieran podido producir mucho más y mejor.

1. *El alimento*

Las estadísticas de la psicología experimental infantil demuestran que el porcentaje mayor de los niños, de las escuelas primarias que tienen mayor rendimiento escolar pertenece a las familias de buenas condiciones económicas. Se puede afirmar en general, que el buen éxito para la generalidad de los niños, está en proporción con el nivel de las proporciones económicas familiares. Resulta evidente que el primer factor es el factor alimento, que debe estar en proporción cuantitativa y cualitativa con las exigencias del hombre de estudio. En tiempos de hambre universal los estudios ciertamente no han florecido. La cantidad debe ser suficiente, la calidad en proporción debe estar adaptada a la vida de escritorio.

Sin embargo, es preciso recordar también a este respecto la gran virtud de la sobriedad y templanza. “No basta ser parcos, observa un especialista en la materia, sino que si se quiere realmente evitar toda clase de disturbios gástricos, con las respectivas dañinas consecuencias, es absolutamente necesario que el trabajador intelectual, adulto, nunca coma a saciedad, y un poco menos sin verdadero apetito. no basta luego realizar una sola comida, ser muy parcos y frugales, sino que hay que tomar la costumbre de no comer si no se tiene verdadero apetito y nunca seguir el consejo: ‘El apetito llega comiendo’”. (Fermi *Fatica psichica e psico-fisica*, Roma, pag.294.). Todo exceso en la comida trae consigo como efecto inmediato una flojera o un adormecimiento más o menos duradero de las energías psíquicas con inmediata disminución del rendimiento intelectual. Bienaventurados los que saben tener el justo medio acerca de este punto tan importante “Suficiencia, calidad, sobriedad”; son tres palabras que resumen todo lo que se podría decir sobre el argumento.

2. *El sueño y la recreación*

Los higienistas de la fatiga psíquica recomiendan e imponen a los estudiosos tomar a su tiempo y lugar un merecido descanso. Una atención prolongada puede llevar al agotamiento.

Cuántos jóvenes dañan su vida con prolongados momentos llenos de frivolidades que solo debilitan sus energías. Una larga aplicación de varias horas en la mesa de trabajo, más que un acto de heroísmo podría ser perfectamente un acto de pereza. Podría ser imperada por la fuerza de la inercia.

El hombre de estudio debería hacer también cada día un poco de gimnasia. “El que no halla tiempo para hacer cada día un poco de gimnasia, hallará tiempo para enfermarse”.

La luz, el aire y la posición son otros tantos factores, que son menester tener presentes si se quiere que el rendimiento de las horas de estudio suba al nivel más alto posible.

3. *El silencio*

Ante esta palabra los espíritus superficiales no la pueden entender. Para ellos, el silencio es sinónimo de vacío, aislamiento. No saben que el silencio permite a la mente la expansión de vida, de comunión. El ruido, la chacota, es el lenguaje de la materia.

Las maravillosas invenciones de nuestro siglo de la ciencia, conducen con su abuso al superficialismo. Mariposear de periódico en periódico, de revista a revista, de romance a romance dispersa una cantidad de energías preciosas que no volverán ya más.

4. *El espíritu del trabajo*

Demasiadas cosas tendríamos que decir si quisiéramos tan solo indicar la personalidad y la psicología del trabajo intelectual; hemos de limitarnos a pocas pinceladas. Cualquier trabajo, de manera especial el trabajo intelectual, es una misión estrictamente personal. Es la expresión de la personalidad, su manifestación y florecimiento. Una personalidad es una novedad, una originalidad, una singularidad irrepetible. Es imposible que se den dos personalidades idénticas. Es imposible luego que se den dos idénticas misiones a realizarse y, por lo tanto, dos trabajos idénticos. Cada personalidad tiene un trabajo suyo propio y una misión a realizar en el conjunto social y cósmico que solamente ella y ninguna otra puede realizar.

Misión nobilísima, por lo tanto, la de la formación de la personalidad del hombre de estudio cuyo éxito o fracaso implica la salvación o la ruina de un sinnúmero de valores individuales, sociales y cósmicos. Aquí abordamos los intereses más altos de la pedagogía humana.

Ningún otro trabajo está destinado a una mayor esfera de eficiencia que el trabajo intelectual. Los trabajadores de la inteligencia, sabido es, siempre han sido los guías de la humanidad, aun a pesar suyo. Prácticamente es en ellos donde vienen a sumarse todos los valores humanos; es sobre ellos que gravita una responsabilidad de proporciones indefinibles. La historia está allí para proclamar que la grandeza o la ruina de los pueblos tienen su raíz profunda en las ideas difundidas por los hombres de pluma y de pensamiento. El trabajo material queda inexorablemente limitado en los angostos límites del espacio y del tiempo, mientras el trabajo intelectual no conoce límites impuestos por el tiempo y la materia; sus influjos buenos o malos sobreviven a los siglos y

no pueden ser contenidos por límites espaciales. Nosotros respiramos aún hoy día la atmósfera intelectual creada por pensadores que vivieron hace decenas de siglos. De una manera o de otra su pensamiento ha penetrado, ha empapado de sí mismo, ha dado forma a nuestra civilización. La obra del pensamiento es en realidad *aere perennius*.

¿Cómo se forman los hombres de pensamiento? A menudo llegan a serlo sobre la base de un conjunto de dotes a duras penas superiores a la mediocridad. La buena voluntad, tiene una función de primer orden en su evolución. El pensador y el hombre de genio es así como un santo, fruto de esfuerzos constantes, calmados, pacientes: Galileo, Newton, nos enseñan: el genio a menudo es larga paciencia, como el santo es férrea perseverancia. Para producir obras de genio, que tengan un influjo duradero entre los hombres, no hace falta nacer genios; una inteligencia ordinaria con el auxilio de una voluntad enérgica puede llevar a maravillosos resultados. El desarrollo armónico de la inteligencia y de la voluntad, más aún de todas las facultades humanas es el terreno propicio para el genio. Las excepciones a esta regla las hay, pero se acercan a lo monstruoso.

Muy oportunamente el estudio ha sido definido “una oración a la verdad”. Una oración lo es en realidad porque así como es fatigoso rezar bien (razón por la cual son tan pocos los que saben rezar), así también es duro estudiar seriamente, porque el estudio supone una ascesis natural, al igual que la oración supone una sobrenatural. Sería muy relativa la comparación entre las dos ascesis. Es sintomático que la ascética de Payot, intencionalmente concebida fuera de cualquier elemento religioso, se haya encontrado admirablemente con la ascesis cristiana de San Francisco de Sales, al cual Payot repetidamente y explícitamente alude, y de quien recibe no pocas normas y no pocos principios. En realidad es así: una seria vida de estudio y de investigación supone dedicación total, sacrificio, renuncia de sí mismo, “todo aquel complejo de virtudes en suma que se podrán también decir, más o menos, negativas, pero que son tales que sin ellas no hay lugar para las virtudes positivas.

Ya hemos indicado que la primera virtud del investigador y es la humildad intelectual, la cual a su vez funda y da origen a la *docilitas* al dato, a la experiencia, a la verdad. Ella permite oír la voz de la verdad, de adherirse a ella, serle fiel.

La gran culpa del idealismo moderno, y no solamente del idealismo es la de haber faltado, por lo menos en forma más clara que cualquier otra forma moderna de pensamiento, a la humildad intelectual. Más que conquistarla, el idealismo, de manera particular, ha pretendido crear la verdad, más que consentir en ella ha pretendido imponerse, hacerla violenta, esclavizarla a sus propios caprichos. No queremos con esto condenar al idealismo a la pena capital porque, a pesar de tantas desviaciones,

hay en esta posición mental muchas exigencias de verdad que inútilmente se buscarían en otras filosofías.

La humildad intelectual para ser eficiente, quiere ser acompañada por las más bellas virtudes humanas, especialmente la fortaleza, la constancia, la sinceridad, la libertad de todo prejuicio. Ser uno mismo, hombre: He aquí la grande condición para la conquista de la verdad; la verdad es el alimento intelectual del hombre sano. Mientras más el hombre es hombre, más estará dispuesto a adherirse a la verdad, a obedecer a sus preceptos. Todo esto constituye una renuncia supone una ascesis, un pleno dominio de la razón sobre las pasiones inferiores, fruto de un entrenamiento fatigoso, largo, perseverante. Y ahora una palabra para los creyentes. Todas estas condiciones se verifican plenamente en una intensa vida cristiana, que es cabalmente la actuación de las normas ascéticas propugnadas por las mejores escuelas de espiritualidad aparecidas a través de los siglos en la historia de la Iglesia, desde San Francisco de asís hasta San Juan Bosco.

El trabajador intelectual cristiano para realizar las condiciones espirituales de su trabajo, no tiene necesidad de dos ascéticas distintas. Le sobra la práctica integral de su cristianismo, que es potencia, perfeccionamiento de todos los valores humanos de los cuales recibe su linfa vital, la obra del genio. Se puede sin más afirmar que la obra del genio, por lo general, en tanto es tal, y en cuanto se apoya, consciente o inconscientemente, voluntariamente o no, sobre fundamentos cristianos.

En todo caso, queda fuera de duda, y la experiencia lo confirma plenamente, que la fe no sofoca al genio, no lo obstaculiza, sino lo alimenta, lo enriquece y desarrolla.

No es de maravillarse que lo que condiciona la ascensión hacia la verdad sea lo mismo, que condiciona la ascensión hacia Dios.

Para la redacción definitiva según Van Steenberghe debe ser claro, económico, natural.

- *Claro.* Evitando abundantes subdivisiones por la exagerada preocupación de clasificaciones lógicas. Es mejor reunir los argumentos en una serie de capítulos divididos en artículos.
- *Económico.* Se busca eliminar las repeticiones. Se expone en primer lugar los elementos generales y luego los detalles. Se evitará, por ejemplo, exponer los mismos hechos: una vez a propósito de la vida del personaje, una segunda por sus escritos, etcétera.
- *Metódico.* Conforme con el proceso normal del raciocinio, evitando anticipaciones o futuras demostraciones, por ejemplo: citar en el primer capítulo

que en el tercer capítulo demostraremos tal y tal asunto Este procedimiento provoca desconfianza.

- *Natural.* Es decir, conforme, en la medida de lo posible con el orden real: sucesión de acontecimientos, trabazón de causas, jerarquía de influjos.

Estructura externa de la exposición:

- *Prefacio.* Propone la finalidad, las circunstancias, los métodos del trabajo. Justifica eventuales deficiencias, lagunas, agradecer a los que contribuyeron. El prefacio debe ser breve y modesto. Dígase lo verdaderamente útil.
- *Introducción.* Tiene por finalidad aclarar los presupuestos de la cuestión tratada. Una introducción histórica como la breve reseña de las fuentes. Precisar lo adquirido por otros estudios y lo que de original se persigue. Aparece entonces claro el interés y la utilidad científica del trabajo.
- *El cuerpo de la exposición.* Constituido por el desarrollo del plan definitivo del trabajo. Con una buena distribución que sirve para la orientación inmediata del lector.
- *El estilo.* "El estilo es el hombre". Escribir bien no es fácil; es a la vez don de naturaleza y fruto de largo ejercicio. Recomendar un estilo simple, claro, eficaz.
- Evítense los periodos largos. El estilo es la vestidura de la obra, buscando naturalidad y solidez sin afectación.
- *La conclusión.* Recoger los hilos de la disertación en una breve conclusión clara y distinta, señalando las consecuencias, los resultados alcanzados, los problemas nuevos que se derivan de éstos, sin dejar de mencionar la posibilidad de profundizaciones y eventuales búsquedas ulteriores y colaterales.
- *Los índices.* Se impone en toda publicación científica, mejor si la bibliografía es razonada que permite una rápida visión acerca de la producción relativa al argumento. El mejor criterio para la redacción es el alfabético por autor. O puede darse el caso de un índice cronológico. Deben figurar los libros citados en el curso de la disertación, o que complete todo aquello que se ha escrito sobre el argumento. Conviene sujetarse a esta fatiga por amor a la ciencia.

Introducción

El educador tiene como tarea ayudar a resolver los problemas de los niños y niñas; esta intervención es posible tras realizar un estudio atento de la estructura y conducta del niño y su ambiente.

Frente a los problemas comunes a la educación, en cuanto tal, el educador se enfrenta a problemas específicos y a problemas típicos de determinados alumnos que presentan particulares dificultades para el desarrollo normal de la labor educativa.

Estos alumnos reciben diversas denominaciones y, comúnmente, son llamados: alumnos difíciles, alumnos problema, alumnos inadaptados, entre otros, en una palabra: alumnos diferentes de los demás; cabalmente por sus particulares dificultades para realizar la tarea educativa.⁵

La educación tradicional no ha desconocido el problema y también ha tratado de resolverlo recurriendo a los medios de que disponía: a veces por medios comprensivos sobre la base del estudio, en ocasiones empírico, del niño y sus problemas; pero, acaso, la mayoría de las veces, con medios coercitivos y negativos, con base en los principios apriorísticos, terminando por reconocer el fracaso de una intervención no educativa por falta de fundamentos biológico y psicológico, dinámico y social.

El desarrollo de las ciencias psicológicas aplicadas y de la misma pedagogía han revelado que no se puede tratar al niño problema, difícil o inadaptado, de la misma manera que al niño que tiene un comportamiento normal. Para este niño no son suficientes los principios generales de la Psicología y de la Pedagogía, sino que se requiere un estudio especial del caso concreto. Es particularmente mérito de Healy⁶ haber abierto por primera vez el camino para el estudio y el tratamiento científico del niño 'molestado por disturbios psíquicos y de la conducta' mediante la creación de las clínicas psicológicas.

La fórmula de Healy: "Estudiar al niño en todo su ambiente", ha aportado una nueva metodología que implica la introducción de varias disciplinas y el empleo de diversas técnicas. Desde este momento la Psicología, la Psiquiatría y la Pedagogía, en cuanto se aplican al estudio del niño problema, son llamadas a realizar un estudio clínico del caso individual.

5 Louttit C. M.: *Clinical Psychology for exceptional children*, Harper, New York, 1957, p. 6. La terminología americana emplea los términos de "Problem children, Exceptional children, teddy boys", etcétera.

Cfr. del mismo Louttit: *Clinical Psychology*, Harper, New York, 1947.

6 Anderson II.: *Les cliniques psychologiques pour l'Enfance aux Eats Unis et l'œuvre du Dr. Healy*, Deiachaux Neuchatel, 1929.

La nueva técnica es la del trabajo en equipo, donde el psiquiatra, el psicólogo, el asistente social y el pedagogo se funden para una única finalidad: el estudio y el tratamiento del niño desadaptado.⁷

Las clínicas psicológicas en los diversos países han tomado diversos nombres: Child Guidance Clinic (U.S.A.); Offices médicopedagogiques (Francia); Centres psycho-médico-sociales (Bélgica); Centri medico-psico-pedagogici (Italia). Pero bajo estas denominaciones, o cualquier otra, ellos significan un nuevo método y una nueva técnica: el método clínico y la técnica del trabajo en equipo.

El traspaso a Europa de la Child Guidance Clinic ha abierto nuevas posibilidades de desarrollo a la consultación médico-psicológica, particularmente por la mejor profundización y la orientación en sentido psicopedagógico.⁸

En este medio siglo de vida de las clínicas psicológicas, tres son los grandes problemas que ella ha planteado:

1. El problema del estudio del niño difícil y desadaptado.
2. El problema de las relaciones entre la psicología, la psiquiatría, la pedagogía y demás ciencias aplicadas al hombre.
3. El problema de la técnica del trabajo en equipo.

Antes y después del nacimiento, el niño es un organismo inmaduro. Los procesos vitales: respiración, digestión, circulación, entre otros, se hallan funcionando pero sus movimientos son limitados e incoordinados: la locomoción es imposible y el niño depende de otros.

7 Arnou C.: *Structure des cliniques médicó-psychologiques et importance du travail d'équipe*. Communications, París, 1955.

8 Arnou: *La clinique médico pedagogique de Anvers, A. Crianca. Portuguesa, año VII, Lisboa, 1948-1949*, pp. 107-120.

Berge A. - Angoulvent N.: *Premier bilan des activités du Centre psychopédagogique du Lycée Claude-Bernard*, Enfance, n. 1950.

Ibid.: *Le Centre psychopédagogique du lycée Claude-Bernard por l'insegnement secondaire, A. Crianca, Portuguesa, año X, 1950-1951*.

Bollea G.: *I Centri médico psico-pedagógici e l'organizzaticne dell' Igiene mentale indantile in Italia*, Educazione nuova, M.C.C. 1949, Roma.

Trevenin L.: *Les Child Guidance Clinics en Arnerique, Sauvegarde de l'Enfance*, n. 1, 1951.

Actes des journéss internationales des Centres psychopédagogiques de langue francaise, París, 1955.

Primer Congreso Internacional de UMOSEA, Roma, 1960.

Al hecho del nacimiento siguen muchísimos otros que condicionan el desarrollo siguiente durante las diversas etapas de la edad evolutiva: infancia, niñez, adolescencia y juventud.

Si bien se divide la edad evolutiva en etapas, en realidad el desarrollo es algo continuado y continuo, aunque determinadas características se evidencien más en un periodo que en otro.

Desde otro punto de vista, en una segunda dimensión, el proceso evolutivo se divide en sectores particulares que en realidad no se hallan separados en la vida del niño: el desarrollo físico, emotivo, social y de la personalidad.⁹

Estos sectores se hallan entrelazados de tal manera entre sí que desembocan en una conducta compleja que es lo que Louttit llama: "*The unic self o the individual*".¹⁰

Todo esto trae consigo una problemática muy variada y compleja, aún en el campo de la normalidad, esto es, de la educación normal y común, en la adaptación individual.

En el individuo normal, en ciertos momentos de su desarrollo, se pueden hallar, y de hecho se hallan, problemas o dificultades de diverso género, para solucionar las cuales necesitan una ayuda especial.

La necesidad de un estudio o diagnóstico para la solución de sus problemas se impone imperiosamente cuando la dificultad no es muy grande y no exige un estudio más profundo ni una intervención especializada; se soluciona con relativa facilidad.

Sin embargo, hay conductas aparentemente normales que en realidad nada tienen de normal, y que ocultan problemas que en un estudio superficial no se alcanza a descubrir, y desde luego a dominar.

Además, hay una enorme cantidad de problemas que oponen serias dificultades para una educación normal y común: se trata de auténticas anomalías de orden físico, intelectual, emotivo, social, de la personalidad entera, que exigen un estudio especializado, más profundo, de parte de personas competentes para realizarlo: son los problemas del niño difícil e inadaptado.

Dellaert lo afirma al sostener que: Su rasgo común es un carácter negativo, un disturbio que les impide, por lo menos temporalmente, adaptarse a su ambiente natural que es la familia.¹¹

9 Louttit C.: *Clinical Psychology for exceptional children*, 1957, p. 13.

10 *Ibíd.*, p. 13.

11 Dellaert: *Problèmes et solutions. La clinique médico-psicologique our en.fants el adolescents —ses metodes et Action*, Anvers, 1955.

Resulta difícil clasificar los motivos de los diversos disturbios, se encuentran en múltiples causas que se manifiestan de diferente manera.

Por las características con las que se presentan ante los ojos de sus padres y de los educadores se pueden reducir a tres tipos:

1. Disturbios físicos.
2. Disturbios intelectivos.
3. Disturbios emotivos y de la conducta.¹²

El profundo conocimiento de la estructura y del desarrollo de la personalidad, desde el punto de vista físico-psíquico del ambiente donde se desarrolla el niño es una guía preciosa para el estudio de los disturbios que se presentan en la edad evolutiva y de su génesis.

Los americanos llaman a estos niños *Exceptional children* o *problem-children*.¹³

En terminología clínica, con esta denominación se entiende el tipo que se aparta de la norma o que presenta problemas, de cualquier género que ellos sean.

El *Dictionary of Education* emplea los sinónimos de *'child atypical'* y lo define:

A child who deviates markedly above or below the norm of is group in respect to one or several mental, physical, or social traits, or any combinatio of these, so as to create a special problem in regard to his education, development, or behavior.¹⁴

En Italia se emplea la terminología *ragazza difficile*.¹⁵

Sin embargo, siempre resulta difícil determinar cuándo un niño sale de la norma o tipo. Ello exige conocer antes la norma o tipo.

E' normale per noi —afirma Balconi— quel bambino che presenta a una determinata età tutte le caratteristiche tipiche della sua fase evolutiva, con i suoi lati negativi e positivi (se vogliamo vederli con occhi di adulti), che reagisce alle situazioni incresciose, accetta la realtà, gioisce delle cose piacevoli, sa amare e farsi amare, sa reagire secondo le proprie possibilità.

12 Busnelli C.: *Cinque anni di attività direttiva del Centro médico-psicopedagogico di Roma dell'E.N.P.M.F.*, *Infanzia Anormale*, n.15, 1956, p.38.

13 Louttit C. M.: *Clinical Psychology for exceptional children*, Harper, New York, 1957, p. 6.

14 Cfr. Calonghi L., Grasso P.G.: *La Psicología clínica al servizio dei ragazzi difficili*, Salesianum, 14, 1952, pp. 544-557.

15 Marcella Balconi: *I bambini difficili*, *Infanzia Anornnale*, n. 1, 1953, p. 20.

Es una realidad que muchos niños se apartan de su rango normal y forman el grupo de aquellos que presentan especiales problemas de adaptación, pero es verdad también que pueden ser ayudados por medio de un estudio clínico, consejos e intervenciones especiales. Esta es la finalidad de los centros médico psicopedagógicos: “estudiar todos los aspectos de un niño en particular, con el fin de proveer a su adaptación y a su futuro desarrollo, a la luz de los datos de la psicología, de la psiquiatría y de la pedagogía, directamente llamadas para dirigir el diagnóstico y la terapéutica del caso clínico”.

El desarrollo de la psicología, de la psiquiatría y de la pedagogía hacia fines del siglo pasado ha permitido a estas tres ciencias aplicadas al hombre hallar su punto de contacto.¹⁶

La psiquiatría, en efecto, ha traído su aporte desde los estudios que han profundizado el problema de las relaciones entre el ‘soma’ y la ‘psique’, particularmente a través de las conquistas relativas a la teoría somática de las emociones, derivadas de un más profundo conocimiento del sistema neuroendócrino.¹⁷

Más recientemente los americanos han enunciado el concepto de Medicina psicosomática,¹⁸ donde se ha demostrado la importancia de los estudios de la psicología fetal que demuestran las enormes repercusiones que tienen en el desarrollo del niño, no solamente las graves alteraciones a cargo del sistema nervioso, sino también particulares ‘predisposiciones’ debidas a la debilidad del mismo.

El estudio de la genética ha abierto nuevos caminos y ha traído nuevas problemáticas en el plano nosográfico y, sobre todo, profiláctico. La fase actual del estudio del progreso genético se caracteriza por las observaciones directas de los cromosomas.

En un 50-70% de los casos —afirma M. Gutiérrez—, el déficit del desarrollo intelectual puede considerarse como una variación extrema, en sentido negativo de los

16 Giuseppe Giulio Giordano: *Significato e funzioni del CMPP* Infanzia Anormale, n. 6, 1954, pp. 207-217.

17 Buscaino V. M.: *I Centri Encefalici dei riflessi ernotivi*, Riv.. Psicol. 16, 117, 1920, citado por Giuseppe Giordano, *ibíd.*, 1 c.
Cfr.: también del mismo Buscaino; *Biologia della vita emotiva*, Zanichelli, Bologna, 1921.

18 Cfr. Bozzo A.: *Pedagogia psicosomática*, Orientamenti Pedagogici, año III, 1956, p. 546 ss. Particularmente interesante a este respecto la revista “Medicina psicosomática”, trimestral, Ed. Universo, Roma.
Sobre el argumento que nos interesa cfr. F. Di Biagio: Tentativo di inquadramento clinico della psicosomatica, en *Medicina psicosomatica*, 144, n. 1, 1959.
Cfr. También Bollea G.: *Evoluzione storica e attualità della Neuropsichiatria infantile*, Infanzia Anormale, n. 37, 1960, pp. 141-163.

procesos que llevan al desarrollo psíquico ligado a la presencia de genes hereditariamente transmisibles, estableciendo una correlación entre el nivel intelectual de los padres y el de los hijos.¹⁹

A estos estudios hay que agregar las concepciones modernas de la psiquiatría dinámica, donde los puntos de contacto con la psicología son más íntimos, hasta no permitir en ocasiones determinar los límites entre las dos ciencias.²⁰

La psicología por su parte, a través de la técnica de los *tests*, al lado de otras técnicas tradicionales, particularmente de la observación, la encuesta social y el coloquio, elevados al grado de instrumentos científicos de diagnosis y terapéutica, ha aportado un medio de primaria importancia a la psiquiatría, de tal manera que ésta, en el estudio del caso clínico, no puede prescindir de su auxilio.

Uno de los campos a los cuales se ha aplicado la psicología desde finales del siglo pasado y comienzos del presente, es sin duda el campo clínico, esto es el 'estudio del individuo'.

La psicología como ciencia clínica "es aquella área de la psicología aplicada que se relaciona con la adaptación de la conducta del individuo".²¹

En este sentido el método clínico en psicología se concibe, hoy en día, como "La aplicación de los principios psicológicos y de las técnicas psicológicas a los problemas de un individuo".²²

La actitud clínica ya no se considera como exclusiva del médico:

19 Cfr. el estudio clínico de M. M. Gutiérrez y S. Dellarovere: "Genitori e fratelli per il bambino oligofrenico," *Infanzia Anormale*, n. 35, 1959, pp. 860-872.

20 Cfr. Freud Sigmond: *Ma vie et la Psychoanalyse*, Trad. de Marie Bonaparte, París, Gallimard, 1938.

Freud Anna: *Le traitement psychoanalytique des enfants*, París, Presses Universitaires, 1951.

Klein Melaine: *La Psychoanalyse des Enfants*, Trad. Boulanger J. B., París, Presses Universitaires, 1959.

Heuyer M. G.: "Psiquiatría y Psicoanálisis", *Revista de Psicología General y Aplicada*, n. 33, 1955, pp. 123-128.

21 "Clinical psychology is that area of applied psychology which is concerned with the behavior adjustment of the individual" en Louttit C. M. *Clinical Psychology of exceptional children*, Harper, New York, 1957, p. 1.

22 Louttit, 1957.

Cfr. el estudio de W. Watson R. I.: *The clinical method in Psychology*, Harper, New York, 1951.

Ella appartiene —afirma Zavalloni— ad ogni psicologo e non solamente allo psicologo che apporta professionalmente la sua collaborazione alla clinica medica; ad ogni psicologo che si occupa di individui normali o disadattati.²³

La psicología clínica tiene que llegar a la individualización, la más sistemática y completa posible, de los casos particulares.²⁴

Para obtener este objetivo necesita de un método clínico.

El término clínico, según Brown, puede emplearse de varias maneras:

—para designar un método particular de estudio.

—para designar un sector de la psicología aplicada.²⁵

En realidad las dos acepciones son interdependientes. La Psicología, en cuanto se aplica al estudio del caso individual, necesariamente tiene que aplicarse al sujeto y su curación o adaptación a través del procedimiento diagnóstico y terapéutico.

Su área de trabajo es amplísima: problemas de la conducta, del retraso mental, de las condiciones psicósomáticas, de los defectos físicos, de los defectos del habla, de las psiconeurosis y psicosis, etcétera.²⁶

La pedagogía de su parte, con la afirmación de los principios de la 'educación funcional', pone como fundamento el conocimiento integral de la personalidad del niño y, consiguientemente, de los procesos psíquicos y biológicos que se hallan a la base de la misma.²⁷

-
- 23 Zavalloni R.: *La Psicologia clinica nello studio del ragazzo*, Vita e Pensiero, 1957, p. 3.
Cfr. También los siguientes artículos que enfocan esta misma cuestión:
Rey A.: *La Psychologie clinique. Ses aspects theoriques et pratiques*, Arcbjv. Psicol, Neurolog, Psiciat., 14, 1953, pp. 16-38.
Zazzo Rene: *Les ambigüités de la notion de la Psychologie clinique*, Archiv, Psicol. Neurol, Psych., 14, 1953, pp. 39-49.
Musatti C.: *La Psicologia e Clínica psicologica*, Atti del Symposium de psicología clínica, Arch. Psicol. Neur, Psych., 1953, pp. 140-153.
- 24 Cfr. Lagache D.: *La methode clinique en Psychologie humaine*, en *Mélanges*, 1945, IV; *Etudes phylosophiques*, 4, 1946, pp. 177-90
- 25 Brown A. W.: "Methods and techniques in Clinical Psychology", en Andrews T. G.: *Method of Psychology*, New York, John Wiley, 1948, pp. 569-594.
- 26 Un amplio panorama se puede hallar en Pennington L. A. and Berg I. A.: *An introduction to clinical psychology*, New York, Harper, 1949.
Cfr. También: Rubinstein E. A. and Loor M.: *Survey of clinical practice in Psychology*, New York, International Universities Press, 1954.
- 27 Cfr. Eduardo Claparède: *l'Education fonctionnelle*, París, Neuchatel Delachaux et Niestlé, s. f.

La pedagogía moderna ha sentido la necesidad de aplicarse a un estudio pedagógico-científico y clínico del niño.

Bajo varias denominaciones han aparecido corrientes pedagógicas inspiradas en este mismo principio: la educación *sur mesure*.²⁸

La pedagogía activa en efecto ha centrado su atención sobre las necesidades e intereses del niño.

El contacto con la psicología y la psiquiatría no podían menos, sino crear un clima de mutua comprensión y poner las bases para una mutua colaboración.

Por otra parte, la preparación psiquiátrica y psicológica de varios pioneros de la pedagogía moderna, ha permitido un coloquio, en plano científico, entre la psicología, la psiquiatría y la pedagogía: Ovidio Decroly en Bélgica; María Montessori en Italia; Adolfo Ferrière y Eduardo Claparède en Francia y Suiza, han encabezado un movimiento ordenado a un estudio científico de la pedagogía, centrada sobre el niño y sus intereses.²⁹

Este mutuo coloquio entre estas tres ciencias ha preparado el ambiente ideológico propicio para una colaboración en terreno práctico en el diagnóstico y tratamiento del individuo normal y anormal.

28 Ferrière Adolfo: *L'école sur mesure à la mesure du maître*, Genève, chez l'auteur, 1991. Edic. italiana: La Scuola su misura e la misura del maestro, Firenze, Marzocco, 1958.

29 Estos conceptos se hallan desarrollados, de varias maneras, en muchos libros y revistas. Consúltese, entre otros:

Ovidio Decroly - R. Buyse: *Introduction à la Pédagogie quantitative*, Bruxelles, Maurice Lamartin, 1929.

Decroly O.: *Le traitement et l'éducation des enfants irréguliers*, Bruxelles, Maurice Lamartin, 1925.

Hamaide Amelie: *La méthode Decroly*, Neuchatel, París, Delachaux et Niestlé, 1922.

Durand Sussanne Marie: *Valutazione di Decroly, Pedagogia e vita*, Brescia, La Scuola, 1954, Serie XV, n. 4, pp. 386-390.

Montessori María: *Manuale di Pedagogia scientifica*, Napoli, A. Moreno, 1935.

Ibid.: *Il Metodo della Pedagogia scientifica applicato all'educazione infantile nelle case dei bambini*. Città di Castello, casa Ed. S. Lupi, 1909.

Barbera Mario: *L'educazione nuova e il metodo Montessori*, Milano, Ancora, 1946.

Edouard Claparède: *L'école su mesure*, París, Delachaux & Niestlé, 1953.

Ibid.: *L'Education fonctionnelle*, París, Neuchatel, Delachaux et Niestlé, 19...

Titone Renzo: *Eduardo Claparède psicologo e pedagogista del funzionalismo*, Brescia, La Scuola, 1958.

Para una visión sintética de la orientación moderna, cfr. Mario Simocelli: *Lineamenti di storia della Pedagogia*, EDUCARE, Pas-Verlag, Zürich, 1962, cap. VIII.

Perelló Julio: *Historia de la Educación*, Instituto Superior Salesiano, Quito, 1967.

La idea del trabajo en equipo había madurado en sede ideológica y se imponía ahora como exigencia práctica para el estudio y el tratamiento de todo el niño en todo su ambiente.³⁰

En las clínicas psicológicas estas tres ciencias tenían que tomar cuerpo y constituirse en una realidad, adoptando un método común: el método del trabajo en equipo; única fórmula posible para la solución de los problemas de la adaptación del niño.

Este método se ha aplicado eficazmente en las clínicas psicológicas Child Guidances y Centros médico psicopedagógicos (CMPP), donde la psicología, la psiquiatría y la pedagogía intervienen en la persona de sus respectivas competencias, para el estudio y la adaptación del niño desadaptado.³¹

La finalidad de estos Centros es la de acoger a los niños y asegurar un servicio de consulta accesible, destinado para diagnosticar, y si es posible, curar todas las anomalías neuropsiquiátricas de la infancia, desde los disturbios ligeros, hasta las psicosis; desde la desadaptación escolar hasta las oligofrenias profundas.

De esta manera el CMPP llega a ser el primer núcleo de una higiene mental modernamente entendida.

La necesidad de esta colaboración se desprende del principio: “estudiar a todo el niño en todo su ambiente”, lo que solamente se consigue mediante el trabajo en equipo, sobre la base de un cuadro completo de la personalidad del niño, considerada en todos sus aspectos:

1. Somático.
2. Psicológico.
3. Social.
4. Pedagógico.³²

Las experiencias realizadas hasta ahora han demostrado no solamente la verdad de los principios que sustentan el método del trabajo en equipo en los centros MPP, sino la necesidad de que esta metodología cobre mayor empuje y llegue al mayor número posible de sujetos que se hallan en dificultades para el ajuste de su personalidad, dentro del ambiente en el cual son llamados a vivir.³³

A pesar de las oposiciones en el campo teórico y práctico, la técnica del trabajo

30 Anderson H.: *Las clínicas psicológicas y la obra del Dr. Healy*, Espasa Calpe, Madrid, 1935.

31 Anderson, *ibíd.*

32 Zavalloni R., 1957, p. 31.

33 Zavalloni R., *ibíd.*, p. 31.

en equipo se ha abierto el camino sobre la base de los hechos y la firmeza de los principios y, en varias partes, está superando la fase de la propaganda ideológica para organizarse en una entidad competente en orden a la solución de los problemas de la infancia desadaptada.

Los problemas que presenta la juventud actual y el desarrollo de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas claman cada día más la adopción y la extensión de la metodología médico-psico-pedagógica a realizarse en los Centros de Guidance infantil y M.PP.

Aunque la historia de los CMPP no cuenta con muchos años de vida, creemos que hay suficiente material para sacar algunas conclusiones válidas en línea de principios, y la experiencia realizada ofrece una técnica que, si bien puede y debe ser mejorada en sus varias aplicaciones, sin embargo, se la puede considerar como una conquista definitiva: “la técnica del trabajo en equipo para el estudio y el tratamiento del niño desadaptado”.

Nuestro trabajo tiene por fin estudiar la organización y el funcionamiento que debe realizarse en un CMPP, fundado en el principio del trabajo en equipo para la solución del problema del niño. difícil y desadaptado.³⁴

34 Cfr. Sivvano Chiari: *La funzione dei centri di orientamento professionale e di consulenza scolastica, secondo le esidenze della scuola d'obbligo*, Orientamenti Pedagogici, año V, 1958, p. 808 ss.

Motivaciones del Centro Médico Psicopedagógico

I. Variedad de los problemas

La problemática que el CMPP está llamado a estudiar y resolver es de una variedad y complejidad enorme y, sin duda, a pesar de los pasos dados en este campo, mucho queda todavía por hacer.

No tenemos la pretensión de analizar toda la problemática médico-psico-pedagógica, pero si queremos señalar los aspectos de esta problemática, de donde se deduce la necesidad del CMPP y de una organización y funcionamiento del mismo, que permita en realidad estudiarla de la manera más cabal posible para indicar la correspondiente y más acertada terapéutica.

En este capítulo analizaremos cuán variada es esta problemática y, en vía de ejemplificación, tres problemas fundamentales hacia los cuales van a desembocar muchos otros problemas de menor entidad, considerados separadamente, pero que juntos piden una intervención especializada.

Hoy en día la educación se ha vuelto más difícil que nunca. Nos hallamos frente a casos individuales espinosos y a una transformación de la base normal necesaria para la acción educativa.

Se ha realizado un cambio profundo en la estructura de la familia y en las condiciones del trabajo, así como en la estructura social y condiciones de vida.³⁵

Nuestro siglo de ciencia y técnica —afirma Zavalloni— incide enormemente en la personalidad y formación del niño.³⁶

En el desarrollo normal del niño, como ya tuvimos la oportunidad de anotar, hay periodos que el educador llama 'difíciles' y donde los medios ordinarios de la educación resultan ineficaces. Cuando son de breve duración la crisis se supera fácilmente, pero el descuido en una intervención tempestiva puede trocarse de

35 P. G. Grasso: *Gioventù di metà sócolo*, Ave, Roma, 1954.

36 Zavalloni R.: "La Psicología clinica nello studio del ragazzo", *Vita e Pensiero*, 1957, p. 37.

manera permanente y, por lo tanto, puede volverse grave y exigir la intervención de un CMPP .

Cuando su duración se prolonga y es persistente constituye una justa preocupación para los padres y educadores y se impone entonces la intervención del Centro como condición necesaria para su solución.³⁷

1. Datos empíricos

Los problemas que mueven a los padres, educadores, asistentes sociales y entes varios a consultar el CMPP son vistos e interpretados de diversa manera.

En realidad, en muchos casos el problema no existe, o, si se presenta, no es de la naturaleza definida o descrita por los interesados, particularmente los padres de familia.

De todas maneras, supuesta la existencia del problema, su naturaleza solamente se podrá determinar luego de un examen científico apropiado por medio de la observación, de los tests, del coloquio y varias técnicas de investigación.

La casuística recogida y analizada en los CMPP ya es relativamente abundante y presenta una variedad enorme de motivaciones diversas según el distinto punto de vista de los informadores.

Los padres de familia, maestros y profesores informan de distinta manera. Significativa es la encuesta de María Ignez Longuin quien, por medio de entrevistas libres y espontáneas, ha podido recoger varias motivaciones que aducen los padres y demás personas interesadas en la educación del niño.³⁸

Las entrevistas se desarrollan sin cuestionarios rígidos, ni esquemas preconcebidos, desde el primer contacto con los padres u otras personas, a pedido de la misma familia, sobre 1.000 casos de niños de 0 a 15 años, con el fin de recoger las informaciones; así como era posible captarlas de labios de los padres y demás personas entrevistadas.

La psicóloga observa que raras veces ha recogido la misma motivación: en circunstancias distintas ésta se presentaba de manera distinta. Es así como por ejemplo,

37 Sobre la problemática del niño difícil se puede hallar una buena información sobre varios problemas en Zulliger H.: *Il ragazzi difficili*, trad. de V. Bacci, Editrice universitaria, 1951, p. 31.

38 Betti Katzenstein Schoenfeldt e María Ognez Longhin: "Motivos de consulta a un Centro de Orientação infantil" em S. Paulo, *Revista de Psicologia normal e patológica*, n. 4, 1959, pp. 381 ss.

respecto del mismo sujeto se motivaba su conducta o problema con estas palabras: "No tiene iniciativa, es flojo, es apático".

Como se puede observar fácilmente es una motivación empírica y subjetiva que tiene que ser estudiada con otros medios y criterios.

La autora, teniendo en cuenta otras clasificaciones, como las de Camerón, Bukle Lebonici, Kanner, elaboradas con criterio científico, aún presentándolas con su carácter de empíricos y espontáneos, engloba en ocho grupos toda la vasta problemática y motivaciones de carácter sintomatológico manifiesto. Creemos que es suficientemente comprensiva, aunque no exhaustiva, para ofrecernos un cuadro de esta misma problemática y la reproducimos a continuación:

I. Grupo: Disturbios de orden evolutivo y fisiológico

- Alimentación
- Retraso del habla
- Sueño
- Enuresis
- Inestabilidad
- Excitabilidad
- Dolores diversos
- Dificultades para caminar
- Cansancio
- Fácil cansancio
- Vómitos
- Nervioso

II. Grupo: tics

- Morder uñas
- Parpadear
- Chupar el dedo
- Masticar la bufanda y la cobija
- Retorcer los cabellos

III. Grupo: Perturbaciones con el mundo exterior

- | | | |
|--------------------|--------------|-----------|
| a) Agresión | Temor | Pelea |
| Celos | Agresividad | Incendiar |
| Hurto | Dominador | Maiioso |
| Rebeldía | Delincuencia | Mentira |
| Desobediencia | Impulsividad | |

b) Aislamiento

- Apatía
- Desvanecer
- Soñador
- Timidez
- Cerrado
- Pasividad
- Mutismo parcial
- Sin amigos
- Imaginación exagerada

c) Regresión

- Comportamiento infantil
- Dependencia
- Egocentrismo
- Ideas de suicidio
- Manías de dolencias

- | | | |
|--|---|--|
| <p>d) Miedo de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agresión - Objetos - Tempestad - Animales - Accidente - Dios - Fuerza Poderosa - Dolencia | <p>e) Problemas sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Homosexualismo - Maliciosidad - Exhibicionismo - Preocupaciones Menstruales - Problema de pubertad - Masturbación - Agresión sexual (Pasiva O Activa) | <p>f) Relaciones con el mundo de los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perder - Superorden - Gasta dinero - Desorden |
|--|---|--|

IV. Grupo: Desequilibrio intrapersonal

- Sentimiento de inferioridad
- Infelicidad
- Insatisfacción
- Tristeza
- Inseguridad
- Lloro exagerado
- Miedo nocturno
- Miedo de quedar solo — de la muerte
- Tartamudeo
- Ansiedad
- Tentativa o deseo de suicidio
- Emotividad
- Fuga en la lectura
- Introversión

V. Grupo: Perturbaciones en la producción mental o en relación con la escuela o jardín o tareas mentales

- Falta de aprovechamiento escolar en general, o en determinado campo
- Repetición
- Rehusa ir a la escuela
- Desentendimiento con la profesora
- *Esquece*
- No se concentra
- Indisciplinado
- Demasiada ambición

VI. Grupo: Deficiencia de orden orgánico

- Retraso general
- Retraso mental
- Sordera
- Ceguera
- Movilidad perjudicada
- Lesiones orgánicas cerebrales
- Alejamiento
- Asma
- Hemofilia
- "Fisura"
- Deficiencia de pronunciación

- Deficiencia de visión
- Alergia
- Wordblind

VII. Grupo: motivos ambientales

- Separación de los padres
- Adopción
- Pérdida de uno de los padres
- Pérdida de un ser querido
- Modificaciones, como cambio para otro lugar
- Desacuerdo entre los padres o miembros de la familia

VIII. Grupo: Orientación

- Escuela profesional
- Escuela de método educativo

N.B.-En este último grupo se hallan las situaciones comunes, que no piden sino una orientación educativa y vocacional y no provocan, como tales, problemas de conducta.

Sobre la base de los datos recogidos, he aquí el esquema con la frecuencia de los casos que en él se colocan.

Grupo	Clasificación	Frecuencia No. Absoluto	%
I.	Disturbios de orden evolutivo y fisiológico	388	18,5
II.	Tics	94	5,2
III.	Perturbaciones en las relaciones con el mundo exterior	519	28,5
IV.	Desequilibrio intrapersonal	232	12,7
V.	Perturbaciones en la producción mental, o en relación con la escuela, o jardín, o tareas mentales	272	14,9
VI.	Deficiencias de orden orgánico	201	11,0
VII.	Orientación educacional o vocacional	48	2,6
	Totales ³⁹	1.824	100

39 En esta tabla se tienen en cuenta otros casos estudiados anteriormente. Cfr. en *Revista de psicología normal e patológica*, ibíd, afio III, n. 1, pp. 28-35.
 Consulte también, Bicudo Virginia Leone, *Anotacoes de aulas*. Servico de Higiene mental, Sau Paulo, 1948. Así mismo: *O centro de Orientacao juvenil*, Departamento Nacional da crianca, N. Y., cre., n. 155, Río de Janeiro, 1956.

2. Clasificaciones científicas

Se impone una clasificación científica de los problemas de la inadaptación juvenil para una justa evaluación de cada problema, en sí mismo, y dentro del cuadro general en que vienen a colocarse.

Se han intentado varias clasificaciones que no pueden ser definitivas por cuanto muchos puntos quedan oscuros y en este sentido se puede afirmar que todavía estamos en el inicio. No obstante los esfuerzos realizados han echado mucha luz para una mayor comprensión de la problemática.

Es sin duda en Norteamérica donde la psicología clínica ha desarrollado una vasta acción en favor del niño difícil y desadaptado, recogiendo preciosas experiencias que han permitido individuar grupos de problemas, sobre la base de los datos sintomáticos y etiológicos, en los cuales vienen a englobarse muchos otros.

Un ensayo de síntesis, con abundante documentación causística clínica, lo hallamos en Louttit en sus dos obras: *Clinical Psychology* y *Clinical Psychology of exceptional children*.⁴⁰

Louttit reúne la problemática clínica alrededor de los siguientes puntos:

1. Problemas correlados con las capacidades (abilities)

- Deficiencia o debilidad mental.
- Retraso escolar.
- Incapacidades específicas.
- Capacidad mental superior.

2. Problemas de la conducta (Primary behavior)

- Problemas de la conducta.
- Delincuencia juvenil.
- Defectos del habla.
- Problemas de la personalidad.

3. Problemas correlados con las 'organic disabilities'

- Defectos sensoriales.
- Disfunciones neurológicas y físicas.

Es con base en esta problemática que Louttit define a los 'exceptional children' cuando dice que "son 'exceptional children' aquellos que de alguna manera se apartan de las normas físicas, mentales y comportamentales".⁴¹

40 Louttit C. M.: *Clinical Psychology*, Harper, New York, 1947.

Louttit C. M.: *Clinical Psychology of exceptional children*, Harper, New York, 1957.

41 Exceptional children who deviates in some way from physical, mental, or behavioral norms", Louttit C. M. *Clinical Psychology of exceptional Children*, op. cit., p. 9.

El criterio para la discriminación de los *exceptional children* se formula a partir de el principio que regula el desarrollo normal del niño en los sectores: físico, intelectual, emotivo, y de la personalidad.

Estos problemas deben ser científicamente analizados desde puntos de vista sintomatológico, etiológico y terapéutico.

Zavalloni, enfocando la problemática clínica reduce a cuatro los grandes problemas del niño desadaptado:

1. Retraso escolar.
2. La personalidad.
3. La conducta.
4. Deficiencias del organismo.⁴²

L. Calonghi y P. G. Grasso, sin la pretensión de querer ser completos y poniendo particularmente el acento sobre los problemas de la conducta, proponen un cuadro sintético de la problemática que estamos analizando, señalando los aspectos etiológicos fundamentales de cada problema.⁴³

Según estos autores tres son los grandes problemas de la adaptación dentro de los cuales se divisan otros subproblemas:

1. Problemas de deficiencia intelectual (fáciles de diagnosticarse, para los cuales, sin embargo, hay pocos remedios).
2. Problemas de deficiencia escolástica: deficiencias generales y específicas. Pueden ser causados o por deficiencia intelectual o por disturbios afectivos o dificultades del aprendizaje.
3. Problemas de conducta.⁴⁴

—*Problemas de independencia excesiva* frente al ambiente que se manifiestan en recriminaciones rebeliones, agresividad.

La causa puede hallarse en la naturaleza del ambiente o en un fenómeno de frustración.

42 Zavalloni R.: "La Psicología clínica nello studio del ragazzo", *Vita e Pensiero*, 1957. (Trad. castellana, Marfil, 1963).

43 L. Calonghi-P. G. Grasso: *La psicología clínica al servizio del ragazzi "difficili"*, Salesianum, 1952, n. 4, pp. 548 ss.

44 Los autores insisten particularmente sobre esta categoría de problemas, por razón de su frecuencia en la casística clínica.

—*Problemas de ansiedad*, que se manifiestan en una pasividad, timidez e inquietud excesivas.

La causa se debe hallar en el ambiente o en un fenómeno de frustración o en la conciencia, más o menos, clara de una amenaza para la cual no se ve la posibilidad de una respuesta.

—*Problemas de inestabilidad afectiva*, que pueden tomar formas diversas: reacciones emotivas exageradas por falta de control, impulsividad, agitación, inestabilidad de humor.

La causa aquí debe buscarse, más bien, en la constitución individual.⁴⁵

—*Problemas de sexualidad anormal* (homosexualidad, exhibicionismo, etcétera).

La causa puede deberse a una predisposición orgánica o a la influencia del ambiente. En general estos fenómenos se acompañan de otros disturbios.

—*Problemas inherentes a disturbios psicomotores* que pueden manifestarse en la escritura, en la palabra, en tics, etcétera. En general tienen también un aspecto psicológico y pueden estar ligados a complejos o conflictos emotivos.

—*Problemas puestos por actitudes antisociales*, de tipo perverso (mentiras, hurtos..., en formas anormales).

Su causa puede hallarse en predisposiciones orgánicas o en influjos del ambiente.

Los autores a los cuales nos referimos hacen notar que los disturbios indicados, no entran en la categoría de los disturbios netamente patológicos, como serían:

- *Las psicosis menores* o psiconeurosis (histeria, psicoastenia, entre otras).
- *Las psicosis mayores* o psicosis propiamente dichas.

Estas clasificaciones generales, bajo diferentes criterios, se hallan en muchos autores que tratan este argumento, pero inútilmente se buscaría una clasificación problemática única. La razón se halla en la dificultad de determinar claramente la sintomatología y la etiología de los diversos problemas, así como su naturaleza íntima.

Los primeros psiquiatras infantiles, imbuidos de nociones constitucionalistas, hablaban de disturbios del carácter, que ellos clasificaban según las grandes tendencias de los temperamentos: perversidad, paranoia, etcétera.

Los A.A. actuales en cambio tienen una concepción más dinámica de la psiquiatría y, a menudo, ponen de relieve los conflictos y las reacciones que éstos provocan.

La cuestión se complica además por las dificultades de una nomenclatura que no es internacional ni por todos admitida. Un considerable esfuerzo en este sentido se ha

45 En más de un caso habrá que ver si no ha habido crisis de convulsiones epilépticas.

realizado en el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, en el cual participaron varios países de Europa Mediterránea: España, Grecia, Italia, Portugal, Turquía, Yugoslavia; y, además, Bélgica, Suiza y Francia. Sin embargo, han quedado todavía muchas dudas y ambigüedades.⁴⁶

Si de las clasificaciones generales pasamos a ulteriores clasificaciones, resulta siempre más difícil presentar un cuadro orgánico y completo.

En vía de ejemplificación indicamos las conclusiones de este Congreso que ha dedicado buena parte de su tiempo al estudio de la clasificación problemática y que Buckle D. y Lebovici nos presentan de la manera que vamos a indicar, de acuerdo con el criterio *sintomatológico*.⁴⁷

Los dos autores nos presentan una detallada descripción problemática desde dos puntos de vista: estático y dinámico.

A. Clasificación descriptiva de los disturbios (*troubles*) del comportamiento⁴⁸

1. Estos disturbios pueden ser:

- Señalados espontáneamente por los padres y por todos aquellos que se ocupan del niño.
- Puestos en evidencia en la encuesta anamnésica.
- Soportados o no por los diversos cambios del niño.

2. Estos pueden ser:

- Antiguos y persistentes.
- Antiguos y temporales.
- De aparición reciente.

3. Se enumeran según la edad del niño:

a. Durante el curso de la primera infancia (de 0 a 2 años)

- Anorexia:
 - a veces acompañada de vómitos;
 - a veces primitiva en apariencia;
 - a menudo ha sobrevenido con ocasión de *Sevrage*.
- Disturbios del sueño:
 - insomnio con despertar frecuente;
 - insomnio 'durable' con gritos incesantes.

46 Cfr. Primer Congr s Mondial de Psychiatrie, Paris, 1950, vol. VII, en *Psychiatrie infantile: Comptes rendus des sances*, Paris, Hermann, 1952.

47 Buckle D. Lebovici S.: *Les Centres de Guidance infantile*, Organización Mondiale de la Santé, Genève, 1958, cap. VI.

48 Kennet Camer n, *Clasificacao sistemática na psiquiatria infantil*, publ. en la Revue de Psychiatrie infantile, Dez, 58, año 25, n. 6.

- Disturbios de carácter neurológico:
 - convulsiones;
 - espasmos '*du Sanglot*';
 - dificultades motóricas (retraso de la deambulaci3n).
- b. Durante el curso de la segunda infancia:
 - Anorexia.
 - Disturbios esfintéricos:
 - enuresis diurna;
 - enuresis nocturna.
 - encopresis.
 - Masturbaci3n:
 - '*mauvaises habitudes*'⁴⁹ como la onicofagia.
 - Destrucci3n de juguetes, etc3tera.
 - C3leras.
 - Dificultades familiares:
 - indisciplina;
 - celos;
 - otras dificultades.
 - Ansiedad:
 - terrores nocturnos;
 - sueños ansiosos;
 - peque±o ceremonial '*du coucher*';
 - ritos y costumbres bizarras;
 - peque±as fobias de animales.
 - Disturbios del lenguaje:
 - mutismo total;
 - mutismo extrafamiliar;
 - retraso del lenguaje (vocabulario y sintaxis);
 - disturbios de la articulaci3n.
 - Dificultades para el contacto social:
 - en los juegos;
 - en las '*cr3ches*';
 - en los jardines de infantes y en las escuelas maternas.
- c. Durante el curso de la tercera infancia (de 5 a 8 a±os). En la familia, los mismos disturbios que en la fase anterior se pueden observar tambi3n en 3sta y pueden agregarse nuevas dificultades:
 - Anorexia.
 - Disturbios esfintéricos.
 - Masturbaci3n.

49 Correspondiente del ingl3s *nervous habits*.

- Cóleras.
- Malas costumbres (onicofagia).
- Dificultades en las relaciones familiares:
 - hostilidad;
 - celos (hacia el padre, la madre, los hermanos y hermanas).
- Mentiras:
 - de defensa;
 - de fabulación;
 - de calumnia.
- 'Vols':
 - pequeños 'vols' familiares;
 - 'vols' alimentares o 'd'argent';
 - 'vols' con efectación o disimulación;
 - 'vols' importantes;
 - 'vols' generales con distribución de sus productos.
- Ansiedad: las mismas manifestaciones que en el periodo anterior, pero también fobias organizadas, ritos sistemáticos (lavado compulsivo de las manos, por ejemplo).
- Disturbios del lenguaje:
 - retraso simple;
 - retraso global;
 - disturbios de la articulación;
 - 'bégaiemen';
 - mutismo total o extrafamiliar.
- Disturbios psicomotores (en particular tics).
- Disturbios de orden histérico (pseudoparálisis, etcétera).

En clase:

- Rechazo a la escuela (fobia escolar).
- Clase 'buissonnière'.
- Dificultades específicas (dislexia, disortografía, discalculia).
- Inestabilidad psicomotora.
- Indisciplina, etcétera.

En la vida social:

- Aislamiento.
- Agresividad.
- Crueldad hacia los niños o animales.

d. Durante el curso del periodo prepubertario (de 8 a 11 años)

- En familia: los mismos disturbios que se han podido observar anteriormente.
- En el ambiente escolar: las dificultades precedentes son acompañadas de retraso escolar global.
- En la vida social: el comportamiento disocial lleva a la predelincuencia.

Síntomas de orden neurótico o psicótico se organizan de manera que imitan los de la psiquiatría del adulto.

e. Periodo pubertario (cerca de 12 años)

—Las dificultades del comportamiento familiar o escolar son las mismas, pero avivadas por la presión de las exigencias sociales.

—Los síntomas de tipo neurótico o psicótico pueden manifestarse.

—El comportamiento antisocial se organiza:

- entre los niños: rebeliones, fugas, homosexualidad;
- entre las niñas: rebeliones, prostitución, etcétera.

Este comportamiento antisocial puede manifestarse en el interior de un grupo o individualmente.

f. En todas las edades, el Centro de Guidance puede ser consultado por casos relevantes de práctica pediátrica llamada 'psicosomática', por ejemplo:

- disturbios digestivos (constipación);
- disturbios cutáneos (exema);
- disturbios respiratorios (asma);
- obesidad.

B. Clasificación dinámica y estructural de los disturbios del comportamiento⁵⁰

1. Los disturbios del comportamiento son la expresión:

- ¿De una encefalopatía congénita masiva?
- ¿De una insuficiencia intelectual?
- ¿De una ineptitud específica?
- ¿De un disturbio de naturaleza orgánica (epilepsia)?

2. Los disturbios del comportamiento son la expresión más o menos tardía de organizaciones patológicas precoces correspondientes a desviaciones instintivas o constitucionales.

- Perversidad;
- Inestabilidad psicomotriz permanente.

3. El comportamiento de los niños es realmente disturbado o es mal tolerado por el ambiente, en particular por el ambiente familiar o escolar.

4. Esta intolerancia es esencialmente la consecuencia de dificultades en la interrelación padres-niños, maestros-niños, etcétera, o de dificultades de orden socioeconómico.

50 Para llegar a esta clasificación en su aplicación, es necesario que todos los técnicos de los Centros colaboren para la encuesta anamnésica y diagnóstica. La desadaptación del niño deberá estudiarse bajo todos sus aspectos.

5. Si el comportamiento es realmente disturbado, es una respuesta a conflictos actuales con el '*entourage*'
6. En este último caso, esta reacción puede ser considerada a pesar de su carácter de inadaptación, como sobrevenida en un niño que por otra parte ha desarrollado normalmente.
7. Las reacciones del niño se hallan ligadas a organizaciones patológicas estructuradas y duraderas (estados preneuróticos y prepsicóticos).

Los disturbios del comportamiento pueden, por lo tanto, partirse en cuatro grandes clases estructurales:

a. Disturbios del comportamiento manifiestamente ligados a una lesión orgánica:

- Encefalopatía infantil.
- Oligofrenia importante.
- Ineptitud específica.
- Inseguridad motórica.
- Epilepsia '*avéréé*'.

b. Disturbios del comportamiento como expresión de organizaciones patológicas por desviación instintiva o congénita.

- Perversidad.
- Esquizoidia.
- Inestabilidad.
- Impulsividad (noción de epileptóide).
- Desequilibrio funcional de la personalidad (psipatías).

c. Disturbios reaccionales del comportamiento.

- Tensiones y reacciones en la familia, de expresiones diversas.
- Tensiones y reacciones en el ambiente escolástico, de expresión diversa.
- Disturbios reaccionales a la miseria económica.
- Disturbios a clasificarse esencialmente bajo el signo de la intolerancia familiar (madres perfeccionistas, etcétera).

d. Disturbios que manifiestan organizaciones patológicas y estructurales:

En el adolescente:

- Neurosis.
- Psicosis.
- Estados neuróticos en el niño:
 - manifestación de tipo histérico;
 - ansiedad con manifestaciones fóbicas u obsesionales y organización estable de la ansiedad;
 - ansiedad expresada por comportamientos autopunitivos.
- Estados prepsicóticos en el niño:
 - desarmonías evolutivas;

- excitación crónica con angustia que se manifiesta en un mundo fantástico primitivo;
- inhibición grave con mutismo;
- atipia y autismo.

Entre otras clasificaciones podemos citar a la sintomática de Camerón quien considera al niño bajo tres aspectos:

1. Como organismo en desenvolvimiento.
2. Como organismo que reacciona al medio ambiente.
3. Como individuo basado en sus capacidades primarias, en su experiencia, pero único, como personalidad, con moldes que adquirió, en la consecución de sus metas instintivas, ambiciones sociales y finalidades conscientes.

Con base a esta concepción, Camerón presenta un código descriptivo en las siguientes clasificaciones:

1. Desenvolvimiento:

- Perjuicios físicos o mala salud.
- Perjuicios intelectuales.
- Variación del tipo de personalidad.

2. Reacción:

- Disturbios de hábitos primarios.
- Disturbios de hábitos secundarios.
- Disturbios motóricos.
- Disturbios educativos o de trabajo.
- Síntomas psíquicos inferiores a un síndrome psiconeurótica.
- Síntomas somáticos de origen funcional.
- Síndromes psiconeuróticas.
- Entidades psicósomáticas establecidas.
- Síndromes de lesiones cerebrales orgánicas
- Síndromes psicóticas.

El Centro de Orientación juvenil del Departamento da crianca de Río de Janeiro, sobre la base de una profunda y vasta experiencia, clasifica los problemas de inadaptación infantil en tres dimensiones:⁵¹

- En cuanto al tipo,
- En cuanto a la estructura,
- En cuanto a la duración.

Con relación al tipo, los subproblemas se subdividen en varios grupos:

51 Cfr. O *Centro de Orientacao Juvenil*, Departamento nacional da crianca, Colecao N. N. Cfr., n. 155, Río de Janeiro, 1956.

Cfr. también Kanner León: en *Personality and the behavior disorders grouping based on complaint and symptoms*. Approved by the committees on statistics of the New York Stats Department of Mental Higiene.

Del mismo cfr. *Tratado de Psiquiatria infantil*. Ed. Zig-Zag, Santiago de Chile, 1951.

- Problemas de la personalidad: manifestados predominantemente en las relaciones con el medio.
 - Problemas de la personalidad: manifestados predominantemente en la formación de los hábitos.
 - Problemas de la personalidad: manifestados predominantemente por reacciones emocionales inadecuadas.
 - Problemas de la personalidad: manifestados predominantemente por disturbios de conducta que entran en choque con el medio social.
 - Problemas de adaptación escolar.
 - Problemas de salud, como problemas de personalidad.
 - Problemas comunes de la adolescencia: creados por las dificultades propias de la adolescencia.
-

Como fácilmente se puede deducir del estudio de estos esquemas la problemática presenta el niño inadaptado, aunque, evidentemente no todos los problemas se verifiquen en un solo individuo, es de una variedad tal que el mismo estudio científico halla serias dificultades en ordenarlos y clasificarlos.

Cada Centro se resuelve por formular un esquema que a falta de exactitud científica tenga por lo menos utilidad práctica en espera de ulteriores profundizaciones.

Nosotros creemos que en el estado actual de los estudios, y por mucho tiempo aún, no se puede llegar a proponer un esquema que se pueda aceptar como definitivo, aún dejando margen para ulteriores precisiones.

Solo hemos querido evidenciar su variedad, la diversidad de criterios que se establecen para su clasificación y estudio, con el fin de poner de relieve la urgencia de los CMPP para su estudio científico; condición indispensable para toda intervención terapéutica indicada con exactitud de datos.

Cada uno de estos problemas, aunque no formulados científicamente; pero vividos intensamente, preocupan a los padres, quienes en realidad se hallan en tal dificultad que, a pesar de su buena voluntad y esfuerzos positivos para hallar una solución, no la pueden encontrar sea por falta de conocimientos, o por la falta de medios apropiados.

Hay que llegar a la naturaleza del problema y a las causas que lo han planteado para dar con una solución acertada.

II. Complejidad de los problemas

A la variedad y multiplicidad de los problemas hay que agregar su complejidad, la misma que postula su estudio científico.

De hecho ningún problema de inadaptación se encuentra aislado sino que se encuentra en conexión con otros, estableciendo relaciones de causas y efectos en cadena que resulta difícil diagnosticar.

No pudiendo detenernos en el estudio de cada uno de ellos, hemos de poner nuestra atención sobre tres, en línea de ejemplificación y sin la pretensión de agotar el argumento, vastísimo por otra parte, que son las motivaciones más frecuentes que llevan a los padres a la consulta en un CMPP:

- El problema de la deficiencia mental.
- El problema del fracaso escolar.
- El problema de la conducta.

Cada uno de estos problemas es de tal complejidad que justifica plenamente la actividad del CMPP empeñando seriamente al equipo que lo constituye.

1. El problema de la deficiencia mental

Sin duda una de las motivaciones que preocupan a los padres a consultar el CMPP es la deficiencia mental de la cual se hallan afectados muchos niños.

El estudio de la deficiencia mental ha puesto de relieve que ésta no se debe considerar como una enfermedad, sino como un síntoma.⁵²

Este concepto —afirma Bollea— ha hecho que los Centros M.PP llegasen a un planteamiento sustancialmente distinto en el estudio y recuperación del niño deficiente.

En efecto, los estudios bioquímicos —sostiene el mismo Bollea— están aclarando muchas etiologías y abren esperanzas terapéuticas nuevas. Las oligofrenias dismetabólicas, por ejemplo, confundidas hasta hace pocos decenios con el grande grupo de las cerebropáticas, hoy tienen su individualidad sobre todo bioquímica y, para muchas de ellas, ya no son prometedoras las intervenciones terapéuticas con dietas especiales.

52 Bollea G.: “Evoluzione storica ed attualità della Neuropsichiatria infantile”, *Infanzia Anormale*, n. 37, 1960, pp. 141-163.

Una exposición sintética de los varios aspectos que presenta la problemática del niño retrasado se puede hallar en Cromwel Lue L.: *Selected aspects of personality development in mentally retarded children*. Exceptional children, Setiembre 1961, pp. 44-51

La genética de su parte abre nuevos caminos y suscita nuevas problemáticas en el plano nosográfico y, sobre todo, profiláctico.

La fase actual del proceso genético se caracteriza por las observaciones directas de los cromosomas: formas clínicas varias ligadas a la oligofrenia, como por ejemplo, el mongolismo; actualmente se explican como formas cromosomáticas aberrantes o con alteración numérica de los cromosomas: "E'un campo pieno di promesse, che é appena agli inizi".⁵³

Desde el punto de vista genético la solución del problema requiere un conocimiento cabal de las leyes de la herencia mental y las varias etiologías de la oligofrenia.

Sabido es —plantea M. Gutiérrez— que en un 50-70% de los casos, el 'déficit' del desarrollo intelectual puede considerarse como una variación extrema en sentido negativo de los procesos que llevan al desarrollo psíquico, ligado a la presencia de genes hereditariamente transmisibles, y que en estos casos existe una correlación entre el nivel intelectual de los padres y el de los hijos.⁵⁴

La embriología, por otra parte, abre un campo vastísimo para el estudio de la deficiencia mental.

Estos estudios llevan a cambiar muchas ideas relativas a la etiología de los varios grupos de cerebropáticos. En efecto, el huevo o el embrión, en sus primeras fases de desarrollo pueden ser alterados por situaciones orgánicas irreversibles a cargo de los padres: estados de intoxicación crónica (alcoholismo), sífilis, decaimiento físico por enfermedades crónicas debilitantes, edad muy avanzada, etcétera.⁵⁵

Nueva luz han traído los estudios de neuro-psico-fisiología sobre la psicomotricidad. Estos estudios llevan a revisar todo el problema de su diagnóstico y de la reeducación del niño deficiente.⁵⁶

El estudio del niño oligofrénico —manifiesta Bollea— es uno de los más complejos. No es su nivel mental el que interesa, si no el grado y el tipo de insuficiencia mental, el análisis de los mecanismos neurofisiológicos que lo determinan y el neurodinamismo de las diversas formas del desarrollo anómalo.⁵⁷

53 Bollea G., *ibíd.*, 1. c.

54 Gutiérrez, M. M. - S.: Dellarovere; Genitori e fratelli per il bambino oilgofrenico, *Infanzia Anormale*, n. 35, 1959, pp. 860-872.

55 M M Gutiérrez S Deliarovere, 1 c. *ibíd.*.

56 Cfr. Bollea G.: *Principii generali di psicopatologia dell'età evolutiva*, Atti del XXVII Congresso della Società italiana di Psichiatria, 1959.

57 Bollea G. 1. c. *ibíd.*

Muchos otros problemas pone la oligofrenia; de aquí la necesidad de una diagnóstico precoz para su descubrimiento tempestivo. Los estudios actuales llevan a la conclusión de que la primera y más eficaz curación de las oligofrenias debe anticiparse a la edad escolar y preescolar, o sea a los primeros años de la vida.

Los medios modernos de verificación en el campo de los síndromes orgánicos (electroencefalografía, pneumoencefalía-bioquímica, virología), están introduciendo una verdadera revolución en el campo de las demencias infantiles.

Desde el punto de vista psicopedagógico la deficiencia mental levanta una no menos grande y difícil problemática. Es un hecho que el deficiente, o débil mental, necesita trato especial, pues su deficiencia impide que siga el curso común de la enseñanza.

Para el niño oligofrénico la asistencia a la escuela en una clase para normales significa fracaso escolar y el surgir de otro problema: el problema de su ocupación.⁵⁸

Los estudios, desde Binet y De Sanctis, han evolucionado enormemente y las teorías se han sucedido a las teorías.⁵⁹

Su complejidad es tal que la solución de los problemas del niño débil mental y deficiente, postula necesariamente la intervención del equipo médico psicopedagógico para llegar a un diagnóstico acertado y realizar la correspondiente terapéutica. Evidentemente estos problemas los padres y educadores, desprovistos de conocimientos y medios especiales, no pueden resolverlos: se impone, so pena de no resolver el problema o resolverlo mal, la intervención clínica.⁶⁰

2. El problema del fracaso escolar

La deficiencia mental lleva natural y necesariamente al fracaso escolar; pero no todo fracaso escolar es debido a deficiencia mental.

58 Roche M.-Kohler C. Khohler S.: *Le jeune debile mental dans le monde normal du travail*, Sauvegarde de l'Enfance, n. 4-5, 1960, pp. 349-357.

59 Cfr. Binet A.: *Les idées modernes sur les enfants*, 1911.
Pieron H.: *Le Development mental et l'intelligence*, París; Alcan, 1929.
Gesell A. - Ilg E.: *Le jeune enfant dans la civilization moderne.*, París, P.U.F., 1952.

60 Coleman J. C.: *Group therapy with parents of mentally Deficients children*, Journal of Mental Deficiency, 1957, pp. 700-704.
P. Sammer Pietro-Marchesi Mara: *I disturbi del carattere negli insufficienti mentali*, Ragazzi d'oggi, n. 2, 1963, pp. 31 ss.
Duche: *L'Enfant débile mentale, l'Ecole des parents*, n. 8, 1961, pp. 24-35.

La experiencia clínica ha puesto de manifiesto que el mayor número de fracasos escolares no es debido a deficiencia mental, o solo a deficiencia mental, como comúnmente se cree, sino a otros factores.

De los datos recogidos sobre el *dépistage* de 60 primeras clases 'R' por psicólogos escolares en distintas ciudades de Italia y con el empleo de una batería de tests analíticos completa, cuestionarios para los alumnos, familiares, maestros, resulta que, dejando a un lado la deficiencia intelectual, los factores que más han influido en el fracaso escolar son:

—las malas condiciones de salud y las carencias familiares (hogares deshechos, pobreza), particularmente en la escuela elemental;

—en la escuela secundaria se nota un porcentaje más alto en los conflictos internos conexos con la desadaptación familiar o la crisis puberal: el insuceso, durante la adolescencia es debido, a una profunda 'inseguridad' afectiva, agudizada por la actitud educativamente equivocada adoptada por profesores incapaces respecto de ellos.⁶¹

Según Berrini, los factores por los cuales un alumno registra fracaso escolar y no se adapta a la disciplina y a la vida escolar pueden ser de dos órdenes:

—El alumno presenta deficiencias 'intrínsecas': intelectuales, sensoriales, motóricas, somáticas, aptitudinales, que lo hacen incapaz de adaptarse al progreso o al ritmo de la clase.

—El alumno es sano y dotado, pero con anomalías ambientales y disturbios psicológicos: presenta dificultades de adaptación que se manifiestan en escaso rendimiento, en disturbios de la conducta. Estos dependen:

- de *carencias socioeconómicas*: pauperismo, superpoblación, promiscuidad, inseguridad material, enfermedades, sociales, disocialidad;
- de *carencias educativas*: diseducación, incoherencia, hiperproteccionismo;
- de *carencias afectivas*: hospitalismo, abandono, padres separados, inseguridad, etcétera.

61 Cfr. B. Bartoleschi-A.Groppelli: *Criterii per la prevenzione del ritardo scolastico (risultati di un d'epistage in 60 prime classi 'R'*, *Infanzia Anormale*, n. 35, 1959, pp. 873-887.
Cfr. también la relación de Dino Origlia a la *International Review, of education*, 1957, n. 2, pp. 155-164. Mayer R. Prevetelli A Polieri L. *Lo studio sul disadattamento scolastico. Infanzia Anormale*, n. 4, Nov.-Dic. 1960.

Berrini, M. E.: "Il significato e la causa dei disadattamenti scolastici", *Revista italiana di Medicina e Igiene della scuola*, 1956, 2, pp. 129-145.

Un estudio documentado sobre este punto y que sustancialmente coincide en verificar esta etiología es: M Balconi y M. E. Berrini: *Sul disadattamento scolastico in prima elementare, infanzia Anormale*, n. 36, 1960, pp. 7-42.

El artículo indicado al principio recoge las conclusiones elaboradas sobre la base de los datos estadísticos indicados.

A las mismas conclusiones llegan varios estudios positivos.

Saulo Sirigatti coincide con Berrini cuando afirma que la inadaptación escolar encierra causas de orden diverso como son: los disturbios afectivos y somáticos, que las personalidades suficientemente armónicas manifiestan una clara tendencia a alcanzar la adaptación y que las dificultades escolares resultan ligadas a factores variamente combinados y graduados, de orden somático, intelectual, aptitudinal, afectivo caracterológico o ambiental. Saulo Sirigatti, *Contributo allo studio dell'adattamento scolastico nelle classi di avviamento professionale*, Atti del XII Congresso degli Psicologi italiani, 1958, pp. 344 ss.

Cfr. C. D. Kemp Leslie: *Environmental and other characteristics determining attainment in primary scholls*, The British Jour. of Educational Psychology, 1955, pp. 67-67. Este autor reduce a cinco los factores determinantes del Insuceso escolar: ambiente familiar y social en el cual el sujeto vive; el estado físico; la inteligencia y las aptitudes generales y particulares; el temperamento; sus intereses, su orientación y los aspectos dinámicos de su personalidad; la escolaridad pasada.

Origlia: *Insucesso e fattori familiari*, Scuola di base, 1958, n. 3-4, p. 27, subraya como de notable importancia tres factores de insuceso escolar que derivan de la educación familiar:

- el hiperproteccionismo,
- el exceso de motivación al suceso; y,
- la disparidad cultural entre los padres e hijos.

Como efecto del hiperproteccionismo, en el plan escolar, el insuceso toma formas de una "falta de maduración", de una cierta puerilidad en la expresión, de un atraso en el desarrollo de las operaciones mentales de tipo lógico.

Resultado típico del exceso de motivación al suceso es el 'surmenage', la timidez, el ansia y los varios complejos de inteligencia.

Por fin, en los casos de diferencia y disparidad cultural entre padres e hijos, toman una actitud polémica contraria a los problemas culturales que interesan al hijo, quien se encierra en su autodidactismo.

En esta misma línea Ragonese G y Scarsella M.:

...estudio dell'ambiente familiare nella etiologia delle caratteropatie dell'età evolutiva, Igiene mentale, 1957, n. 1, pp. 169-183, sobre la base de una encuesta realizada sobre un grupo de niños sicilianos de escolaridad atrasada, indican que el 51% tenían a sus padres casi privados por completo de cultura; 43% tenían padres violentos, brutales y desinteresados de la educación; y 8,3% una madre con acentuado hiperproteccionismo.

Berrini, ya citada, llega a afirmar que el responsable del retraso escolar en el 70% es el factor familiar.

Rabassini y Ripo: *Rilievi sulle condizioni socio-familiari e sulla personalità di 40 minori irregolari (del CMPP de Treviso)*, han denunciado que el 50% de los retrasos escolares se deben al factor socioeconómico.

María Kaczinska: *Succés scolaire et intelligence*, Ed. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, París, s.f., afirma que la relación entre suceso escolástico y las condiciones de vida familiares, cuando éstas son insatisfactorias (desde el punto de vista del alojamiento, entradas, confort), los insucesos escolásticos son tres veces más numerosos de lo normal.

A estas conclusiones llegan las variadas encuestas, de más importancia aún que las llevadas por Kaczinska, de parte de 14 miembros del Seminario de Pedagogía sociológica de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Libre de Varsovia bajo la dirección de H. Radlinska.

Zavalloni R.: *I Problemi del ritardo scolastico en 'La Psicologia clinica nello studio del ragazzo' Vita e Pensiero*, Milano, 1957. p. 236, habla de la falta de comprensión por parte de los padres: "conceden poco tiempo al descanso, razón por la cual el alumno llega cansado a la clase; les confían demasiados trabajos domésticos... o son irregulares en el régimen alimenticio o éste no es apto; otros padres turban el espíritu del niño e introducen confusión, le fatigan, le quitan el tiempo necesario para el movimiento y el juego".

Ya los centros han recogido muchas motivaciones de insuceso escolar que hallan su nido en el ambiente familiar, así como existen varios estudios al respecto: Entre otros consúltese: Rouart Julien; Narlian Raymonde —Simon Janine; *L' échec scolaire— La Psychiatrie de l'enfant*, n. 2, fasc. III, 1960, pp. 333-403.

Luigi Calonghi: "Sviluppo intellettuale e livello socio-económico della famiglia", *Orientamenti Pedagogici*. 1960. n. 6. pp. 1014-1027.

Idem: Il disadattamento affettivo, *Orientamenti Pedagogici*, 1956, n. 5, pp. 756, ss.

A. Coletta: "L'ambiente familiare condizionatore del successo scolastico e del coportamento", *Orientamenti Pedagogici*. n. 6, 1958, pp. 1068, ss.

G. Lutte: L'intelligenza e successo negli studi e nella professione, *Orientamenti Pedagogici*, n. 1, 1960, pp. 377.

Existen además otros factores difícilmente diagnosticables, pero que influyen potentemente en la determinación del fracaso escolar, particularmente en el sector de los intereses. Como en toda educación también en la adaptación escolar los intereses constituyen aquel misterioso factor que Alexander, llamaba factor de actividad e interés.⁶²

Ellos son condicionantes y tienen el poder de variar los resultados escolásticos, aunque solos no pueden explicar y ser causa total del insuceso escolar.

Ada Fonzi, contrariamente a la 'opinión común' entre los psicólogos y los datos recogidos en los CMPP respecto del influjo del ambiente familiar, particularmente de carácter afectivo, tiende a disminuir un tanto su influjo en la desadaptación del suceso escolar.⁶³

62 Alexander W. P.: *British J. Psychol - Monogr.*, Suplemento, 1935, pp. 7.

63 Ada Fonzi: *Successo e insuccesso come schemi di riferimento nella formazione di opinioni e atteggiamenti in Adolescenti*, Rivista di Psicologia Sociale, 1959, 3, pp. 211-233.

Andreani Dentici, explorando varios aspectos del problema sobre pocos sujetos, habla de una inferioridad comportamental que mantendría a estos sujetos en un nivel concreto, no abstracto, de respuestas a reacciones socialmente menos aptas.

De esta manera, se confirmaría el factor X de Alexander, supuesto como hipótesis al lado de los factores G, V, P, que representan la actividad y el interés del suceso.⁶⁴

Mientras los tres factores intervienen de manera diversa en el suceso escolar, el factor X es siempre importante: depende del temperamento, del carácter, de factores somáticos y psíquicos, del ambiente.⁶⁵

La frecuencia con la cual alumnos de primera elemental —afirman Balconi y Berrini— también normodotados, son señalados a los CMPP, demuestra que los dos momentos particulares por los que atraviesa el niño, una experiencia nueva y compleja y el momento del desarrollo que el niño está atravesando, pueden agravar disturbios preexistentes o turbar la evolución del niño y, por lo tanto, causar desadaptación permanente.⁶⁶

El horario escolar, el ritmo de la enseñanza que no tiene en cuenta varios factores, el caso omiso que se hace del necesario periodo de adaptación, el peso excesivo de las tareas en casa, son causas, aunque no solas, del insuceso escolar.

No raras veces, observan siempre Balconi y Berrini hay contradicción entre el ambiente y las normas de vida del niño, y las exigencias de la escuela: “Il bambino, entrando a scuola ha bisogno di sentirsi accettato così come esso é”.

El proceso de integración al grupo y de identificación con la maestra, necesario para estimular interés y empeño en el estudio, no tiene que ser disturbado por actitudes que subrayen las eventuales di-semejanzas entre los alumnos como tampoco actitudes pietistas, o críticas, también si son dirigidas al ambiente; pues estos factores pueden incidir y de hecho inciden en el fracaso escolar.⁶⁷

Otras causas se hallan en la desambientación ligada a la inmigración, particularmente si es reciente; el cambio de escuela y de maestra: la adaptación y el interés para el estudio suponen una relación afectiva positiva entre alumno y maestra: pues la interrupción brusca de esta relación y la inserción; así mismo brusca en un nuevo

64 G (General); V Verbal; P (Práctico).

65 Cfr. Lepore y Bruno Biscutti: *Fattori del rendimento scolastico in una ricerca sperimentale di osservazione*, Scuola Secondaria, 1959, 23, pp. 1155-1169.

66 M. Balconi-Berrini: *Sul disadattamento scolastico in prima elementare*, *Infanzia Anormale*, n. 3, 1960, PP. 742.

67 *Ibid.*, p. 13.

grupo escolar, la adaptación a una nueva maestra con actitudes y métodos diversos, causan en el niño desorientación si es que no interviene parte de la maestra y familiares una ayuda individual:

Nella nostra casistica si é visto che il cambiamento di insegnante provoca sistematicamente difficoltà nell'apprendimento anche a condizioni intellettuali ed ambientali buone.⁶⁸

Conclusión. Es importante anotar que está variedad de factores, numerosos y en muchos casos de difícil diagnóstico por ser menos evidentes y a veces imperceptibles, hacen el problema del insuceso escolar muy complicado y está claro que exige de una intervención especializada para su detección.

Las causas se hallan en el mismo individuo, en el ambiente y hay que ir en busca de las mismas. Para hallarlas no es suficiente un solo individuo ni una sola competencia. Solamente el equipo M.P.P. se halla en condición de llevar a cabo este trabajo, a veces largo y más que todo difícil. Es todo un mundo que hay que explorar: el mundo del niño, su estructura, sus capacidades intelectual y físicas, afectivas; el mundo que lo rodea: familiar, escolar, él también saturado de problemas cuyo influjo se repercute en el niño, quien los vive sin hallar muchas veces la fuerza para soportarlos: entonces el fracaso viene a resultar un efecto natural.

3. El problema de la conducta

En la actualidad, el más grave problema de la psiquiatría infantil —afirma Bollea— es sin duda el problema de la desadaptación, que se manifiesta en la anomalía del carácter y de la conducta. El autor duda en llamarlo el problema 'número uno' de nuestro siglo.⁶⁹

La aceptación del principio de la realidad y el adecuarse a ella es propio de la naturaleza humana. Sin embargo, en ciertos momentos históricos, debido a la demasiada rápida y profunda transformación del mundo externo, este adecuarse resulta más difícil: el mundo objetivo, familia o sociedad es más frustrante.

68 Balconi-Berrini, *ibid.*, p. 15.

69 Bollea G.: *Evoluzione storica e attualità della neuropsiquiatria infantile*, *Infanza Anormale*, u. 37, 1960, pp. 141-163

En estos momentos se siente la necesidad de estudiar la cambiada posibilidad de adaptación, analizar la alterada relación entre el yo y el mundo externo con el fin de impedir el preocupante aumento de estos síndromes de desadaptación.⁷⁰

La delincuencia en los menores, las fugas, el pequeño hurto, los *teddyboys* están en aumento.⁷¹ El problema de la repetición y de la no aceptación escolar preocupa cada día más. El ansia, las fobias, los tics, los tartamudeos, la anorexia, los traumas afectivos, los síndromes de oposición con reacciones autísticas o agresivas son los problemas más urgentes de la psiquiatría.⁷²

El psicoanálisis, sin duda, así como la psicología genética proporciona datos preciosos para la comprensión del problema.

Las investigaciones psicológicas y psicopatológicas experimentales del recién nacido, las observaciones filmadas de Gesell, han llevado un aporte al estudio longitudinal del comportamiento, así como las de Spitz sobre la génesis de las relaciones objetuales.

Spitz, Bowlby y Rudinesco han abierto todo el gran capital de las carencias afectivas del primer año de vida, de las avitaminosis psíquicas, poniendo toda una serie de problemas en el plano científico como diagnóstico y profiláctico.⁷³

En los periodos siguientes de la vida del niño otros problemas asoman: la conquista del mundo externo (3-4 años); la conquista del pensamiento (7-8 años), etcétera.

Todos estos estudios, de pertenencia de la psicología y de la psicopatología de la edad evolutiva dan a la psiquiatría, los medios para luchar en favor de esa masa de desadaptados.⁷⁴

Migliori M., en su relación a la I Conferencia Internacional de UMOSEA, resumiendo el pensamiento de los congresistas, afirma que es universalmente aceptado el principio según el cual la inadaptación juvenil que suscita el problema de la conducta es un hecho complejo sobre el cual se repercute un conjunto de factores, individuales, familiares y sociales estrechamente conexos.

70 Cfr Duché D. J. : *Les evolutions des situations d'inadaptation*, Sauve garde de l'Enfance, n. 1, 2, 3, 1962, pp. 69-84.

71 Bollea G.: 1. c. ibíd.

72 Boflea G.: 1. c. ibíd.

73 Spitz R. A.: *La première année de la vie de l'Enfant*, Presses Universitaires de France, 1958.

74 Cfr. Mehry Rassekh-Ardjomand: *l'Enfant-problème et la rééducation*, Delachaux et Nistlé, 1962. Barbano Ugo: *Aspetti psicopedagogici dei disturbi del carattere nell'età evolutiva*, Ragazzi d'oggi, n. 2, 1963, pp. 9-11.

Actualmente estos factores ya no son observados bajo el aspecto estático, o vistos en su valor particular, sino según la importancia que presentan progresivamente en la dinámica de los casos y en el curso de las interrelaciones entre las energías evolutivas individuales y los estímulos del ambiente, según las diferentes edades, y los diversos momentos de la personalidad.⁷⁵

El término ‘infancia inadaptada’ comprende una categoría extremadamente vasta de sujetos, pues se aplica desde el niño abandonado hasta el niño delincuente, pasando por el deficiente, difícil y anormal.

“Nada es más difícil que la terminología, dice Lafon, y se discutirá todavía por mucho tiempo sobre la elección del vocablo ‘enfance inadapté’ y esto resulta del hecho mismo que la noción de inadaptación es una noción relativa: ella cambia según los tiempos, los lugares, las concepciones políticas, filosóficas y religiosas”.⁷⁶

El mismo Lafon propone la definición dada por Lagache al Consejo técnico francés de la Infancia deficiente o en peligro moral, en 1944, modificándola un tanto para precisar, justamente según nuestro juicio, que la inadaptación puede aplicarse no solo al niño, sino también al ambiente en el cual él vive:

Il s’agit tantot d’un jeune sujet, que ses anomalies, l’insuffisance de ses aptitudes ou de son efficience générale, ou le défaut de son caractère, mettent en marge ou en conflit prolongé avec les réalités ou les exigences d’un entourage conforme a son age et á son origine sociale tantot d’un sujet jeune, dont les aptitudes et l’efficience sont suffisantes et le caractère normal, mais que souffre d’un milieu non conforme á ses besoins corporels, affectifs, intellectuels ou spirituels; tantot en fin, d’un jeune inadapté ou déficient, vivant dans un milieu non conforme.⁷⁷

La inadaptación juvenil, cualquiera que sea su forma, aun la más somática en apariencia, tiene además un ‘halo’ social más o menos extenso. Existe demasiada tendencia, ante los disturbios del comportamiento, a volver los ojos solo al pasado, pero lo que en realidad más importa naturalmente es el comportamiento futuro. La inadaptación juvenil no es una o más enfermedades, más o menos

75 Cfr. Lafon R.: *Psychologie différentielle des inadaptations juveniles*, Sauvegarde de l’Enfance, n. 1, 2, 3, 1960, pp. 36-66. Relación al XI Congreso de Unar, octubre, 1959.

Interesante es también el artículo de Rouart J.: *Le Conflit affectif de l’adolescence*, Sauvegarde de l’Enfance, n. 4, 1963, pp. 303-312.

76 Lafon R.: Exposé général de la I^a Conferencia Internacional de UMOSEA (Roma, abril de 1960), en Sauvegarde de l’Enfance, n. 5-6, 1961, p. 361.

77 Lafon R.: 1. c. ibíd.

atenuadas, sino un verdadero 'fléau' social, "acaso el más grande del tercer cuarto del siglo veinte".⁷⁸

Lagache y Heuyer, como fruto del trabajo de la comisión de nomenclatura y de la clasificación de jóvenes inadaptados, llegan a dar esta definición del mismo diciendo que es aquel que:

...l'insuffisance de ses aptitudes ou les troubles de son caractère ou de son comportement, et quelquefois, l'association de ses deux causes d'origine héréditaire ou acquise, mettent en conflit prolongé avec les exigences à l'âge et au milieu social de l'enfant.⁷⁹

Según estos autores, la inadaptación resulta en general:

- de la anomalía de estructuras psicossomáticas o de crisis sin su desenvolvimiento;
- de la no satisfacción de las necesidades del niño al ambiente;
- de un desequilibrio de fuerzas entre el ambiente y el niño; sea por la hipertrofia del 'moi', sea por su disminución, realizándose este desequilibrio por variaciones lentas o por rupturas bruscas.⁸⁰

Consecuencia de la inadaptación social en el individuo son: dolor moral (correspondiente al dolor físico causado por el órgano enfermo): entonces se verifica malestar, insatisfacción; inseguridad que entraña angustia, agresividad, culpabilidad y luego nueva angustia; reacciones de defensa que se orientan según las disposiciones naturales hacia la agresividad, el repliegue o la regresión.⁸¹

Elas manifiestan la necesidad de protegerse contra las agresiones o frustraciones del ambiente.

¿Cuáles son los criterios a seguirse para la determinación de la inadaptación social?

78 Lafon R.: *ibíd.*

79 Citados por Mathis, Sauvegarde de l'Enfance: *La notion d'adaptation en psychopathologie infantile*, u. 7-8, 1956, p. 53.

80 Mathis: *ibíd.*

81 R. Lafon: *La psychopédagogie médico-sociales*, P.U.F., 1950.

Cfr., entre otros a De Francó F.: *Concetti nosografici nelle caratteropatie dell'età evolutiva*, Atti del XXVII Congresso della Società Italiana di Psichiatria, 1959.

Así mismo: Brutti Carlo: *L'attuale nosografia dei disturbi del carattere nell'età evolutiva*, Ragazzi d'oggi, n. 2, 1963, pp. 5-6.

Se han empleado varios métodos. Los AA. franceses (Heuyer, Lafon, Le Guillant, Kohler, entre otros) descomponen el balance de un sujeto en un número más o menos importante de rúbricas (unas 50 en general), tratando de hallar su correlación con los resultados de la catamnesis.

S. y L. Clueck, Bowlby, han comparado cada delincuente con su correspondiente sujeto normal con las mismas características generales y han estudiado las diferencias típicas.

Los criterios que se han derivado para determinar la inadaptación pueden hallarse:

a. En la familia:

- Alcoholismo paterno, herencia psicopática.
- Familias jóvenes o de más de cuatro hijos, disociación familiar.
- Nivel económico bajo.
- Padre moralmente o materialmente ausente.
- Madre ausente o demasiado débil. (Estas nociones son las menos discutidas).

b. En el ambiente extrafamiliar:

- Colocaciones familiares demasiado numerosas.
- Internado de reeducación.

c. En el niño:

- Nivel mental demasiado bajo (respecto de su negatividad existe común acuerdo),
- Variable frecuencia escolar.
 - Ausencia de juegos.
 - Precocidad de preocupaciones sexuales.
 - Perversiones, esquizoidias, inestabilidad, impulsividad. Indiferencia, rebeliones repetidas no ocasionales.⁸²

La conjugación de estos factores o ellos separados producen la inadaptación social en el niño y, por ende, la alteración de su conducta.

82 Cfr. Premier Congrès mondial de psychiatrie, París, 1950, en *Sauvegarde de l'Enfance*, Número Especial, 1951.

Existen además elementos imprevisibles, como las circunstancias sociales, que así mismo llevan a la inadaptación.⁸³

III. Conclusión

Del estudio de los varios factores que intervienen en la determinación de la conducta anormal (y no hemos señalado sino los principales y de forma incompleta) se llega a la misma conclusión a la que nos ha llevado el estudio de los dos problemas anteriores, la deficiencia mental y el fracaso escolar, necesitan la intervención del equipo médico psicopedagógico para la detección de los mismos y en la correspondiente corrección y reeducación del niño desadaptado.

A pesar de los estudios realizados, en la inadaptación juvenil que se manifiesta en una conducta anormal todavía queda un problema a estudiarse de manera más profunda y creemos no exagerar si afirmamos que en este punto, acaso más que en los dos problemas antes estudiados y otros más, estamos en el inicio.

El trabajo clínico, sin duda, ha recogido hechos y datos positivos, pero en realidad el estudio de la conducta humana es de una complejidad tal que solamente un estudio profundizado desde todos los puntos de vista: biológico, psicológico, pedagógico y social, permiten echar un poco de luz para una mejor comprensión.

83 Para una ulterior información y aclaración del problema útilmente se puede consultar: Joubert Henri: *Jeunesse en danger*, París, Librairie Arthème Fayard, 1960.
 SIAME: Fanciulli in difficoltà nella famiglia e nella scuola, "Convegno del 6 dicembre, por M. T. Rovigatti, Roma, SIAME, 1961.
 Zazzo R.: *Conduites et Conscience, Nepchatel, Delachax et Niestlé*, 1962. Coster Sylvain: Les facteurs constitutif de l'adaptation, La Service Social, n. 1, 1961, pp. 1-16.
 Chiareno Aldo: Delinquenza minorile, problema médico, didattico sociale, La Difesa del ragazzo, 1960, pp. 1-46.
 Alberto Carmois: *Il dramma dell'inferiorità nel fanciullo e nell'adolescente*, Psicologia e Vita, SEL, 1959. (Traducción de Geremia Dalla Nora).
 Dollard J., Doob L., Miller N. E., Mowrer C. H., Sears E. E.; *Frustration and aggression* (1939), rit, New Haven, Yale Univer. Press, 1961.
 Buss A. T.: *Psychology of aggression*, New York, 1961.
 Ada Fonzi: *Prove sperimentali in tema di frustrazione nell'infanzia*, XIII Congresso degli psicologi italiani, Rivista di psicologia, año LV, fasc. IV, p. 406, 1961.
 Franco Formari: *Aspetti negativi e aspetti positivi della frustrazione nella formazione e nella strutturazione dell'io*, XIII Congresso degli psicologi italiani, Rivista di Psicologia, año 55, fasc. Iv, 1961, p. 422 ss.
 En este mismo número interesante es el artículo de M. Bertini: *Il trattamento dell'isolamento nella sua determinazione dinámica e strutturale*, pp. 319 ss.
 Así mismo Amedeo Dalla Volta: *revisión del concepto de frustrazione* pp. 383-389, particularmente con relación a la ley del obstáculo, como principio esencial para el desarrollo y la adaptación del comportamiento.

El niño desadaptado, por otra parte, no podrá modificar su conducta hasta cuando no se quiten los obstáculos que han motivado la desadaptación y, por lo tanto, la conducta anormal.

Esta vasta problemática solamente la puede afrontar un equipo competente y científicamente preparado, que estudie, caso por caso, la etiología real, histórica, de la desadaptación, a través del conocimiento profundo del individuo y del ambiente que lo rodea, para descubrir los múltiples factores que determinan la conducta anormal.

Las varias competencias, en efecto, cada una en su sector y todas juntas en el estudio de todo el niño, son las que mejor pueden emprender un estudio completo dentro del cual cada factor tiene su significado e importancia en la génesis de la desadaptación.

Su complejidad hace que no solamente los padres de familia y educadores desprovistos de una adecuada preparación no puedan resolverla, sino que ni siquiera cada profesional, aisladamente, sin la contribución y el aporte de las demás competencias, tampoco puede resolver toda esta enorme problemática, pues resulta imposible a cualquier especialista abordar todos los campos.

Bibliografía

- ACKERSON, Luton: *Children's behavior problems*, Chicago: University Chicago Press, 1931.
- ANDRY, R. G.: *Delinquency and parental pathology. A study in Forensic and Clinical Psychology*, London: Methuen & Co., 1960.
- ARNVING, J.: On the aetiology of impaired Hearing in about 500 Childrens in the Danish schools for the deaf. Proceeding of the international Course in Paedaudiology, Groningen Univ., 1953.
- BAKER, H. J.: *Introduction to exceptional children*, Rev. ed. N. Y.: Macmillan, 1953.
- BAYLEY, N.: *Mental growth during the first three years*, Worcester, Mass. Informe resumido en Barker S. G., Kounion, J. S. Writh H. F, ed. 1943, *Child behavior and development*, New York, 1943.
- BENDA, C. E.: *Mongolism and cretinism*, New York: Grune and Stratton, 1946.
- BERIDER, Lauretta: *Aggression, hostility and anxiety in children*. Springfield Ill Thomas, 1953.
- BENDER, L.; Maslov A. H.: *Trastornos mentales y emocionales*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- BENNET, Ivi: *Delinquent and naurotic children*, London : Tavistock Publications, 1960.
- BENO, N. et al.: *Les enfants nerveux. Leur dépistage et leur traitement par les Services Médico-pedagogiques*. Delachaux et Niestlé, Neuchatel, 1947.
- BERKOWITZ y Rothman: *El niño problema*, Buenos Aires: Paidós, 1967.

- BERRINI, M.: *Relazione sull'attività del CMPP di Milano nel triennio 1948-50. Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 1951.
- BERRINI M. E.: *Il significato e le cause dei disadattamenti scolastici*, Riv. ital. di Medicina e Igiene della Scuola, 1956.
- BERRINI, M.: *Ritardo scolastico e ambiente. Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 285, 1951, n. 9.
- BERRINI, M.: *Osservazioni sul disadattamento scolastico in una scuola per gracili*, *Infanzia Anormale*, 1953, pp. 189-197.
- BEUTNER, K. R. y Hale N. G.: *Guía para la familia del enfermo mental*, Buenos Aires: Paidós, 13. A., 1967.
- BLAINE GRAHAM, B. y McArthur Charles C.: *Emotional problems of the student*, Appleton-Century Croft, 1961.
- BRONNER, Augusta: Baylor Edith M. H. and Murphi J. Préntice: *Reconstructing behavior in youth. A study of problem children in foster families*, Alfred A. Knopf, New York. 1929.
- BROWN, J. S.: *The motivation of behavior*. New York: McGraw-Hill, 1961.
- BUCKLE-LEBOVICI: *Les Centres de Guidance Infantile*, O.M.S. Genève, 1956.
- CAHN R.-Capul M-Cahn Filachet. *Le devenir des enfants inadaptés*, *Bian psiquiatrique, intellectuel, scolaire et socio-professionnel chez. 450 enfants huit a douze ans après leur séjour en Centre d'observation. Sauvegarde de l'Enfance*, nors. 7-8. 1961. Todo el número.
- Cahn R.: *Les structures psychopatologiques des enfants inadaptés*. *La Psychiatrie de l'Anfant*, PUF, París, V, 1, 1962.
- CANESTRARI, R.: *Problemi di interazione sociales in un gruppo di ragazzi disadattati*. Comunic. al Congreso Internacional de Prevención y Defensa social, Milano, 1956.
- CANGUILHEM, G.: *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et la pathologique*, Clerment-Ferrand, 1943.
- CESA BIANCHI, M.: *Purpose and activity of the Centre of educational and vocational Guidance of the Municipality of Milano*. Ufficio di Igiene e Sanità, Marzo, 1960.
- CIASER, Kurt y Eisenberg Leon: *A Privacao do carinho materno exerce sobre a crianca os seguintes efeitos*. *Revista de Psicologia Normal e Patologica*, n. 4, 1960, pp. 824-850.
- CRUICKSHANK, W. M.: (ed) *Psychology of exceptional children*, New York: Prentice-Hall, 1955.
- DEBULST, C.: *Criminels et valeurs vécues: étude clinique d'un groupe de jeunes criminels* - Louvain Publications Universitaires, París, Beatrice-Nauwelaerts, 1960.
- EYSENCK, H. J.: ed. *Handbook of Abnormal Psychology*, New York: Basic-Books, 1961.
- FLYNT, Betty M.: *The security of infants*, University of Toronto Pres, 1959.
- FONZI, A.: *Problemi di psicologia infantile*, Torino: Einaudi, 1957.
- GESELL: *Psicología evolutiva de 1-16 años*, Paidós, B. A., 1966.
- GESELL, A.: *Embriology of behavior*, New York: Harper, 1945. Trad. Castellana, Buenos Aires: Paidós, 1967.

- GORDON, Ira J.: *Human development from birth through adolescence*, New York: Harper, 1962.
- GREENACRE, P.: *Perturbaciones de la afectividad*, Paidós, 1967.
- Ibíd. *Trauma desarrollo y personalidad*, Paidós, 1967.
- Ibíd. PELLI, A.: *Il contributo del CMPP agli Istituti al momento dell'ammissione*, Parte I, Ragazzi d'Oggi, XI, n. 2, 1960, pp. 11-14; Parte II, Ragazzi d'Oggi, XI, n. 3, 1960, pp. 13-16; Parte III, Ragazzi d'Oggi, XXI, 6-7, 1960, pp. 13-15.
- GROPPELLI, A.: *La capacità intellettuale degli irregolari della condotta segnalati dalla scuola secondaria, dagli istituti di rieducazione. Atti del Convegno nazionale sui problemi degli irregolari della condotta nell'età evolutiva*, Roma, Enero, 1956.
- GUTIÉRREZ, M. M.: *I sovradotati, Orientam*, Pedagogici, n. 2, 1956, p. 2 ss.
- GUTIÉRREZ, M. M.: *Gioventù antisociale, Orientam*, Pedagogici, n. 3, 1955, p. 183 ss.
- GUTIÉRREZ del CASTILLO, M.: *Experiencias del Instituto Municipal de Educación de Madrid en la asistencia a la infancia inadaptada*. Bordón, nos. 113-114, 1963, pp. 93-98.
- HEALY, William: *The individual Delinquent*, Little, Brown, Boston, 1915.
- HEALY, William: *Mental Conflicts and misconduct*, Little, Brown, Boston, 1917.
- HEALY, William: *The practical value of scientific study of juvenile delinquents U.S. Children's Bureau Publication*, n. 96, Washington, 1922.
- HURBOCK, E.: *Psicología de la adolescencia*, Buenos Aires: Paidós, B. A., 1967.
- JOHNSON, W.: *Speech problems of children*. New York: Grune and Stratton, 1950.
- JOUBREL, Henry: *Jeunesse en danger*, París : Libraire Artheme Fayard, 1960.
- KOLB Lawrence-Masland Richard & Cooke Robert E.: *Mental retardation*. William & Wilkins, 1962.
- LEWIS, H.: *Deprived children (The mershal experiment A. social and clinical study)*, London, 1954.
- MAUCO, Georges et al.: *L'inadaptation scolaire et sociale et ses remédes. Cahiers de Pédagogie moderne*, París, Editions Bounelir, 1959
- MAYAR, W.-Gross y otros: *Las enfermedades mentales en el niño y adolescente*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- MINKOWSKI, M.: *La esquizofrenia*, Buenos Aires: Paidos, 1967.
- MONTAGN, M. F.-Ashley: *Prenatal Influences*. Charles C. Thomas, 1962.
- MORAGAS, J.: *Niños oligofrénicos*. Publicaciones médicas José Janés 1949.
- NEUMEYER, Martin A.: *Juvenile delinquency in modern Society* (3ª ed.) Van Nostrand, 1961.
- PAYNTER, Richard H. and Blanchard Phillis: *A study of educational achievement of problem children*, New York: Commonwealth Fund., 1929.
- ROSSI, M.: *Problemi médico psicologici della adolescenza*, Roma: Ed. Paoline, 1955:

- ROVIGATTI, M. T.: *Il problema del minorati psichici*, Arti grafiche Rovigo, 1950.
- SARASON, Seymour B. - Davidson Kennet S. - Lighthal Frederick F, Waite Richard R. - Rucush Britton K.: *Anxiety in elementary school children. A report of research*, New York, London: John Wiley & Sons, 1960.
- SARSON, S. B.: *Psychological problems in mental deficiency*, 2 ed. New York: Harper, 1953.
- SCHEIFELE, M.: *The gifted child in the regular classroorn*, New York: Bureau of publications, Teachers College, Columbia Univer, 1953.
- SOULÉ, Michel - Solé Nocile: *Lénurésis. Etude clinique, diagnostique, et thera peutique*, París : PUF, 1960.
- SPITZ, R. A.: *Il primo anno di vita del bambino*, Firenze: Edit. Universitaria, 1962.
- THORPE, Lous P. - Johnson Virginia.: *Child Psychology and development* (3 ed.), Ronald Press, 1962.
- WATSON, Robert I.: *Psycology of the child. Personal, social and disturbed child development*, New York: J. Willey & Sons, 1959.
- WALLIN, J. E. W. et al.: *El niño deficiente físico, mental y emocional*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- ZAVALLONI, R.: *La psicologia clinica nello studio del ragazzo*, Vita e Pensiero, Milano, 1957.
- ZAZZO, R.: *Conduites et conscience*. Neuchatel, Delachaux et Niestlé, 1962.

Organización del Centro

La eficiencia de toda institución descansa sobre una doble base: los principios que la sustentan y la organización que dirige la acción.

Los CMPP se fundamentan a base del principio de la necesidad absoluta que tiene el niño desadaptado de una ayuda para resolver sus problemas y la constitución de un equipo como el medio más idóneo para que esta ayuda sea verdaderamente eficaz y apropiada.⁸⁴

En este capítulo, desde un punto de vista estático, queremos estudiar la constitución del equipo, considerando las competencias que lo componen, su metodología de trabajo y los medios de que dispone para su realización, dejando para el capítulo siguiente, desde un punto de vista dinámico, el estudio de su actividad diagnóstica y terapéutica.

I. Las competencias

Premisa: Criterios para la constitución del equipo

La organización del Centro médico psicopedagógico, según los principios de la Psico-pedagogía médicosocial actual, se basa, esencialmente, en la concepción del trabajo en equipo.

El equipo no es una estructura postiza y artificial, una de las tantas formas organizativas posibles para la solución de los problemas de la inadaptación, sino una estructura necesaria, derivada de la misma naturaleza de los problemas, que, de otra manera, no hallarían su solución adecuada.

84 La organización del Centro, de hecho, halla su unidad en la aceptación del equipo, en función del cual se ha de estudiar la metodología y los medios de trabajo.

La necesidad de trabajar en equipo, a más de ser justificada por la multiplicidad y complejidad de los problemas, se deriva también de la imposibilidad de que un solo hombre pueda conocerlo todo y remediarlo todo.⁸⁵

La constitución del equipo médico psicopedagógico descansa sobre dos criterios fundamentales:

- El *approche* clínico del sujeto
- La actitud clínica pedagógico-didáctica en el estudio y en la solución de las dificultades de integración y adaptación del sujeto.⁸⁶

En línea de principio no se ha de excluir del equipo a ninguna competencia que sea necesaria para el estudio y el tratamiento del caso clínico.

La razón de afirmar este principio es que se consideran a determinadas personas, por otra parte competentes en otros sectores, por ejemplo: educativo, incapaces de trabajar en equipo para la realización de un trabajo clínico, sea por su mentalidad, como por sus conocimientos y técnicas diversas de trabajo.

Pero no hay ninguna oposición entre la actitud clínica y la pedagógica, antes, por el contrario, en el equipo deben llegar a una estupenda integración. Nada impide en efecto que el pedagogo, como observa Carlos Traversa, pueda ejercitarse en una experiencia 'clínica' de tratamiento y estudio de un determinado sujeto, así como es posible que un psiquiatra o un psicólogo sepan colocar al sujeto en estudio y tratamiento clínico en una dimensión y perspectiva educativas más universales.⁸⁷

Admitido este principio surge el problema de quiénes integran el equipo médico psicopedagógico.

Hay dos maneras diversas de concebir el equipo: una macroscópica y otra microscópica.

La concepción macroscópica tiene en cuenta un gran número de competencias que, de ser posible reunir las y coordinar las, sería lo ideal para el estudio y tratamiento del caso clínico. Pero de hecho, en muchos centros, esto resultaría imposible.

85 Cfr. Lafon R.: *Unité et complexité de la inadaptation juvenile*. Sau veg. de l'Enfance, n, 5-6, 1961, p. 365.

86 Cfr. Carlos Traversa: *per una classificazione diagnostica specifica ai CMPP*, Quaderni di Ragazzi d'Oggj, n. 5, 1958, relación al segundo Congreso de los C.M.P.P, del E. N. P. M. F.

87 *Ibid.*

Lafon introduce un doble criterio en la constitución de este equipo: la constitución vertical del equipo, que comprende a las múltiples competencias que deben intervenir en el ramo de su respectiva especialización y acción y la actividad horizontal con relación a los diversos servicios (*dépistage*, diagnóstico, acogida, decisión, reeducación y pos curación) en los cuales se colocaría el personal necesario. En su relación al primer Congreso de Umosea, Lafon presenta un cuadro de organización de un equipo completo de conformidad con estos criterios⁸⁸; pero más que insistir en su constitución material pone de relieve la necesidad de que exista unidad en la multiplicidad, la misma que se halla en el *esprit d'équipe*, expresión de unión, de un fin común.

En el mismo primer Congreso de UMOSEA, siempre según esta visión macroscópica, Gerda de Bock presenta un cuadro sinóptico de equipo macroscópico que podríamos llamar 'tetrapolar', pues considera la actividad de los centros psicopedagógicos como una actividad polarizada alrededor de cuatro polos opuestos en una circunferencia:

- Somático.
- Psíquico.
- Social.
- Normativo.

La oposición se supera por medio de una cadena de especializaciones que vienen a colocarse sobre la circunferencia de manera que los extremos se unen formando una perfecta síntesis.

Según esta concepción, el polo somático le corresponde al médico y, más exactamente, al pedopsiquiatra.

- El polo psíquico, al psicólogo.
- El polo normativo, al pedagogo.
- El polo social, al asistente social.

Entre estos cuatro extremos, pasando por puntos intermedios, cada competencia llega a unirse a su opuesta.

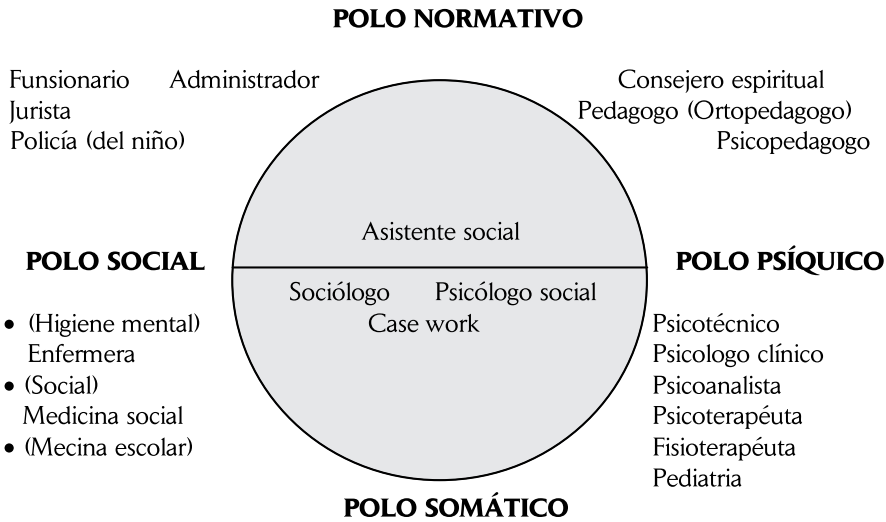
El autor citado se complace en representar su concepción de esta manera:⁸⁹

88 Lafon R. : *Unité et complexité de l'inadaptation juvenile*. Sauvegarde de l'Enfance, nos. 5-6, 1961, pp. 365-367. Relación de la Primera Conferencia Internacional de UMOSEA (Roma, 1960).

89 Gerda de Bock: *Troisième rapport introductif*. Ière Conférence Internationale de l'Union Mondiale des Organismes pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence, Roma, 1960. Cfr. también: *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 5-6, 1961.

Gráfico 1. La concepción tetrapolar del equipo médico-psico-pedagógico

(Gerda de bock)



Según esta concepción del equipo, entre los cuatro polos extremos, pasando por puntos intermedios, cada competencia llega a unirse a su opuesta.

M. M. Gutierrez y Rollero prefieren concebir el equipo en forma de círculos concéntricos, donde, en un primer círculo, vendría a colocarse lo que los autores llaman 'núcleo del equipo'.⁹⁰

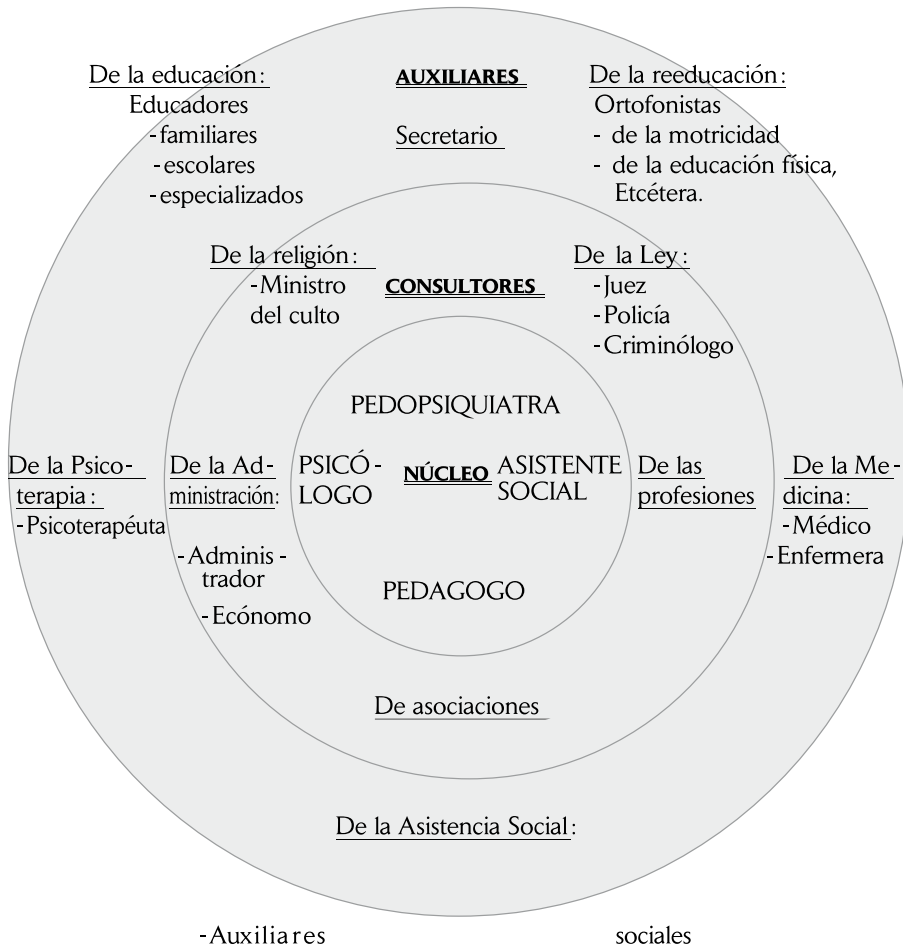
El núcleo, según esta concepción, vendría a constituirse por el pedopsiquiatra, el psicólogo, el pedagogo y el asistente social; en un círculo sucesivo toman puesto los consultantes (representantes de la Ley, de las administraciones y de la religión), cuya prestación se pediría vez por vez, según los casos, para aclarar los problemas que presenta el diagnóstico y recibir consejo competente para el tratamiento; en un tercer círculo se hallarían los auxiliares, es decir aquellos especialistas que, en determinados casos, deberán especificar ulteriormente la diagnosis y seguir más directamente una terapia (psicoterapeuta, ortofonista, reeducador de la motricidad, etcétera).

90 M. M. Gutierrez y P. Rollero: *Lo spirito e l'azione di équipe nei Centri Médico-psico-pedagogici alla luce del Congresso dell'UMOSEA*. Orientamenti Pedagogici, 1960, n. 4, p. 780, ss.

Esta concepción, si bien no es definitiva por cuanto la naturaleza de los problemas, el estadio del desarrollo actual de los estudios todavía dejan muchos puntos a aclararse, tiene en cuenta la constitución mínima del equipo y esencial a la vez, representada en el núcleo y su ulterior ampliación según las diversas posibilidades y exigencias.

A continuación presentamos su expresión gráfica para una visión intuitiva del mismo.

Gráfico 2. La concepción en círculos concéntricos del equipo médico psicopedagógico (M. M. Gutiérrez - P. Rollero)



La praxis y la ideología americanas conciben el equipo según estos tres criterios:

- Vertical.
- Horizontal.
- Integral.

Según esta concepción, como observa Claudio Busnelli, en un primer tiempo el equipo se organiza según el *concept of callateral service*, por el cual los colaboradores trabajan estructuralmente jerarquizados en sentido vertical.

En un segundo tiempo interviene el concepto de *collaboration* donde es el conjunto como tal, como unidad orgánica, el que prevalece, en sentido horizontal.

En un tercer tiempo, o según una tercera fórmula, llamada de *integration*, cada especialista es llamado a colaborar según sea necesario o menos, en sentido integral.⁹¹

Esta constitución es típica de la Child Guidance Clinic americana.

Sin embargo es tal la problemática que difícilmente se podrá llegar a una sistematización perfecta: la práctica exige acomodos varios, impuestos por razones circunstanciales que se escapan a una determinación fija.⁹²

La dificultad de constituir el equipo médico psicopedagógico es de carácter ideológico y técnico: ideológico porque no se ve en qué puntos, concretamente, se unen y diversifican las múltiples competencias; técnico porque la coordinación de actividades tan diferentes entre sí parece rebelarse a todo esquema.

A pesar de ello, la experiencia clínica ha demostrado no solamente la posibilidad y utilidad de la constitución del equipo médico-psico-pedagógico, sino su necesidad.

Un estudio más profundizado permitirá determinar ulteriormente el radio de acción de cada competencia en su especialización y en la acción de conjunto.

91 Claudio Busnelli: *La preparazione del medico psiquiatra Direttore*. Relac. al II Congreso de los CMPP del E. N. P. M. F., en *Ragazzi d'Oggi* (Quaderni), n. 5, 1957, pp. 46-47.

92 “La Psychopédagogie médico-sociale qui s’occupe des problemes de tous les jeunes sujets ayant besoin des mesures éducatives, sociales, médico-psychologiques et médicales, différentes de celles que l’organisation actuelle d’un nation libre prévoit pour le plus grand nombre des ses habitans ... est d’un complexité telle qu’il est tres difficile, en parlant de techniques et techniciens qui s’y rattachent d’arriver a un certaine systematization”. Gerda De Bock, Troisième rapport introductif, lére Conference Internationale de UMOSEA, Roma, 1960, p. 2.

1. El equipo de base

La indeterminación de los principios trae consigo la cuestión relativa a la constitución del equipo de base. Las competencias son muchas, diríamos tantos son los problemas específicos a resolverse, pero su intervención simultánea resulta prácticamente imposible.

Creemos perfectamente acertada la concepción de M. Gutierrez que distingue el núcleo del equipo y las demás competencias en consulentes y auxiliares.⁹³

Se trata, de determinar las competencias que necesariamente entran en la formación del equipo y que no pueden faltar sin que falte algo esencial a la constitución del mismo.

La fórmula comúnmente aceptada es la que concibe el equipo formado de las siguientes competencias:

- Pedopsiquiatra o neuropsiquiatra.
- Psicólogo.
- Asistente social.
- Pedagogo.

Con esta denominación, más que indicar las personas físicas, se quiere indicar la competencia absolutamente indispensable para que ningún aspecto esencial a la obra del centro quede al margen y, por lo tanto, sin solución, pues una misma persona física puede desempeñar las funciones de dos competencias distintas. Queda la cuestión del director del equipo. Generalmente se admite que no es necesaria la presencia de una quinta persona física, sino que una de las competencias, generalmente el pedopsiquiatra, tomará a su cargo la dirección respetando aquello que Bollea llama 'jerarquía horizontal', es decir las atribuciones de cada competencia.

Esta composición es la aceptada y estudiada desde diversos puntos de vista en congresos nacionales e internacionales como el 'Colloque' de Losanna⁹⁴, celebrado en 1956; el II 'Convegno' de los CMPP del E.N.P.M.F, Roma, 1957⁹⁵; la primera Conferencia internacional de la UMOSEA, Roma, 1960.⁹⁶

93 M. Gutierrez-P. Rollero: *Lo spirito e l'azione d'équipe ne CMPP alla luce del Congresso della UMOSEA*. Orientamenti Pedagogici, n. 4, 1960, pp. 780 ss.

94 Cfr. la monografía de Buckle-Lebovici: *Les Centres de Guidance Infantile*. O. M. S. Genève, 1958.

95 *Quaderni di Ragazzi d'Oggi*, n. 5, 1958, todo el número.

96 *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 5-6, 1961, todo el número.

En el 'Convegno' de Turín, octubre de 1961, se ha llegado al acuerdo que, en línea de principio, el CMPP para su función diagnóstica y terapéutica multidimensional debe estar constituido por:

- Neuropsiquiatra infantil.
- Psicólogo.
- Pedagoga.
- Asistente social.⁹⁷

La dificultad para la composición del equipo deriva también de la naturaleza de la profesión, que no siempre, ni en todas partes, goza de las garantías jurídicas para el ejercicio clínico de la misma.

En estos casos los centros tienen que acudir, para las responsabilidades jurídicas, a profesionales que tengan el título correspondiente reconocido, por ejemplo, en medicina. Pero es evidente que la actividad clínica del centro postula una especialización autónoma en pedopsiquiatría, allá donde no existe. Es el caso también del psicólogo cuya profesión no es reconocida⁹⁸, así como de otras profesiones no calificadas para el trabajo clínico.

Nosotros creemos que estas cuatro competencias, respectivamente de la medicina, de la psicología, de la asistencia social y de la pedagogía forman el núcleo central del equipo médico psicopedagógico, desempeñando cada una funciones específicamente distintas pero que hallan su punto de unión en el fin común, esto es la adaptación del niño desadaptado.

A continuación estudiaremos sus funciones respectivas dentro del equipo.

1.1 El pedopsiquiatra

En la concepción y en la praxis actual de los CMPP, es universalmente reconocido como el personaje principal.

En todos los países, pero especialmente en los de formación latina, afirman Buckle y Lebovici, el Pedopsiquiatra o psiquiatra de niños, es considerado como el personaje que tiene las mayores responsabilidades dentro del equipo, aquel cuya formación y cuyas obligaciones designan para dirigir el trabajo del equipo en todas sus etapas.⁹⁹

97 Cfr Bollea G.: *Piano di Organizzazione della Psichiatria infantile in Italia*. *Infanzia Anormale*, n. 50, 1962, p. 660.

98 Cfr también M. D. Negri-G. Ferretti y F. Bertamino: *Il servizio di Igiene mentale infantile nell'ambito dell'ONMI: problemi attuali*. *Infanzia Anormale*, n. 50, 1962, pp. 670-671.

99 Buckle-Lebovici, 1956, p. 47.

Como director del equipo M.P.P.:

Il medico psichiatra é l'elemento di sintesi. Si attende da lui la diagnosi e l'indicazione del trattamento, cioè a dire la comprensione globale, scientifica e veritiera del caso, e così pure le direttive coordinate, giustificabili ed applicabili di quanto è necessario per il trattamento.¹⁰⁰

Si bien es verdad que la síntesis diagnóstica es obra del equipo, sin embargo, desde su punto de vista, debe descubrir, a través de la historia familiar e individual del niño, así como del conocimiento de su estado actual, sea físico como psíquico, el significado íntimo y viviente del comportamiento examinado, interpretar los hechos, elaborar una síntesis que sea la imagen verídica y clara a la vez del niño en examen y que permita una explicación realista y comprensiva a la vez de toda la evolución anterior y la situación presente. En ciertos casos habrá que profundizar ulteriormente el diagnóstico para asegurar las diversas intervenciones psicoterápicas que el estado del niño exigiere. En caso de intervención psicoterápica el psiquiatra deberá controlarla, cualquiera sean sus modalidades, así como debe controlar los resultados de las curaciones verificadas.¹⁰¹

Aunque la función de llevar los coloquios con los padres y aquéllos que pertenecen al parentesco corresponda al asistente social, el psiquiatra, como el que se halla de manera particular al corriente de los problemas relacionales, no puede no tener coloquios clínicos con los niños y sus padres, pues son especialmente estos coloquios que permiten al pedopsiquiatra reconstruir toda una realidad hecha pedazos y hallar el significado de la conducta actual para un tratamiento adecuado y acertado.

Egli scruta con predilezione —afirma Dellaert, citado por Busnelli— le sfere emotive o affettive, dove tutte le impressioni, influenze e suggestioni, tutti gli urti, contrarietà e conflitti, in sintesi tutte le esperienze vitali sensibili e morali possibili hanno le loro ripercussioni e la loro reazione.¹⁰²

Con relación al equipo, el pedopsiquiatra desempeña varias funciones:

- Amplía el horizonte de los diversos miembros del equipo y les participa su cultura, así como él mismo es beneficiado por la de ellos.

100 Claudio Busnelli: "La preparazione del medico psichiatra direttore". *Quaderni di Ragazzi d'Oggi*, n. 5, 1958, p. 44.

101 *Ibid.*, p. 47.

102 *Ibid.* Cfr. también Buckle-Lebovici, *op. cit.*, p. 30.

- El pedopsiquiatra, en cierta manera, como afirma Mathis, se trueca en pedagogo para el equipo, más allá del equipo y, a menudo con el equipo.¹⁰³
- Donde la complejidad de los problemas exigiera la colaboración de todo el equipo generalmente es el pedopsiquiatra quien dirige las investigaciones.

Esta triple función del pedopsiquiatra en el seno del equipo — cultural, pedagógica y directiva— es universalmente reconocida y de hecho en los CMPP, de manera más o menos directa y sistemática las realiza.

Fuera del equipo o, mejor, al lado del equipo, el pedopsiquiatra, allá donde es posible es quien toma a su cargo la enseñanza práctica y teórica de los alumnos stagiaires pedopsiquiátricos, adiestrándoles en la práctica clínica y proporcionando los conocimientos que ésta exige en, su campo específico.

En realidad las funciones del pedopsiquiatra son muchas y delicadas sea con relación al niño, como con relación a los padres de familia y a la sociedad y a la marcha del equipo: acaso sea el que lleva la mayor parte de la responsabilidad que cae sobre el equipo, aunque él no sea el equipo, pues cada miembro tiene su responsabilidad personal.

Es cabalmente esta multiplicidad y delicadeza de funciones la que postula una formación adecuada, larga en el tiempo y profunda en su contenido. Sin duda la formación del pedopsiquiatra es una de aquéllas que exigen la más alta especialización.

Dejando a un lado la cuestión del origen pediátrico y psiquiátrico de la pedopsiquiatría, es un hecho que el pedopsiquiatra tiene que tener una formación de base completa: médica, biológica, filosófica, psicológica y humanista en el sentido más amplio y extenso de la palabra.¹⁰⁴

El pedopsiquiatra, sin lugar a duda debe tener una formación neurobiológica suficiente y, en particular conocer perfectamente la medicina somática del niño, no solamente en su patología, sino también en todos los aspectos que conciernen al crecimiento y desarrollo del niño, y la psiquiatría. Estas son las premisas indispensables para afrontar el problema de la consultación médico-psiquiátrica.

103 Mathis: Comunicación al Congreso de UMOSEA. *Sauvegarde de l'Enfance*, n. 5-6, p. 467. El autor aquí toma la palabra pedagogo en sentido amplio para indicar la importancia de su intervención sea con relación al niño, como al equipo y demás interesados del caso.

104 Cfr. Claudio Busnelli: *La preparazione del medico psichiatra direttore*, op. cit., p. 42.

Al igual que los demás miembros del equipo, el pedopsiquiatra, tiene que familiarizarse con todas las técnicas del trabajo en equipo.

A menudo el psiquiatra es también el psicoterapeuta más calificado del equipo. Este aspecto llevaría a la discusión relativa a la utilidad de una formación psicoanalítica, particularmente si se considera que actualmente el psicoanálisis inspira una gran parte de las técnicas psicoterápicas aplicadas a la infancia. De todas maneras el pedopsiquiatra no puede carecer del conocimiento de los mecanismos esenciales de la psicología dinámica y relacional. De todos modos, el pedopsiquiatra no podrá de ninguna manera aplicar las técnicas psicoanalíticas sin una previa preparación en esta materia.¹⁰⁵

Si aceptamos, como de hecho se acepta, que en el CMPP el Neuropsiquiatra es el Director del equipo, su preparación científica y técnica tiene que ser integrada por una formación humanista en el sentido más amplio de la palabra, como observa perfectamente Busnelli.¹⁰⁶

Y en verdad hay virtudes para las cuales el pedopsiquiatra director tiene que ser particularmente sensibilizado, entre las cuales la caridad, la prudencia, la humildad... en una palabra la 'humanidad'.

Siendo que la posición del pedopsiquiatra en el equipo es de preeminencia, deberá saberse integrar en el mismo y muchas veces tendrá que abordar el dominio de los demás técnicos a quienes por otra parte tendrá que respetar.

Todo esto implica la asimilación de un espíritu que no siempre es fácil de conseguirse y que sin embargo es condición fundamental para: el trabajo en equipo: 'sa culture général, son experience du maniement humain et la tournure expérimentale de sa formation font très souvent du médecin le 'spiritus rector' de l'équipe.¹⁰⁷

De lo dicho se desprende la necesidad de una especialización en neuropsiquiatría de niños, especialización que pide un *curriculum* de estudios generales previos y luego una preparación esmerada en psiquiatría y psicología del niño, de las técnicas de

105 Cfr. sobre este punto AA: *A formacao dos psicoterapeutas de criancas.*

A crianca portuguesa, a. XVII, 1958, n. 1, pp. 185-218.

También: A. Van Krevelen: *La formazione del Pedopsichiatra.* *Infanza Anormale*, n. 33, 1959, pp. 518-523.

106 Claudio Bunelli, op. cit., ibíd.

107 Mathis: *Relación al Congreso de UMOSEA. Sauvegarde de l'Enfance*, n. nos. 5-6, -961, p. 46.

investigación social y psicológica, así como de la pedagogía y por fin una preparación especial para dirigir el trabajo de equipo y realizar relaciones interhumanas.¹⁰⁸

La función del Pedopsiquiatra en el equipo médico psicopedagógico ocupa sin duda un puesto insustituible y clave para el estudio del niño desadaptado y su terapéutica.

1.2 El psicólogo

La presencia del psicólogo en el equipo es tan esencial como la del pedopsiquiatra, en su respectivo campo de acción.

Mucho se ha discutido sobre la figura del psicólogo y, más que sobre la persona, sobre el campo específico de su trabajo, particularmente con relación a la profesión del pedopsiquiatra.¹⁰⁹

Sin duda la profesión de psicólogo es muy reciente y con relación a la actividad clínica se le puede considerar como un *homo novus*.

Existe acuerdo en admitir que el examen psicológico jamás tiene que ser realizado sino es por examinadores competentes y experimentados, pero resulta difícil determinar lo que, propiamente, debe ser el psicólogo, y, más particularmente, el psicólogo clínico.

El *Código Ético de la American Psychological Association* define así al psicólogo: 'practica la psicología una persona que, de manera independiente, aplica la leyes y preceptos de la vida mental y emplea los principios, los métodos y los procedimientos psicológicos en los diversos campos de las actividades humanas, sin emplear drogas, teniendo como fin el diagnóstico psicológico, la clasificación, la guía, la medida, la valuación, la reeducación, la apreciación, el análisis, la selección, el Consejo, todo en vista de una mejor adaptación del ser humano'.¹¹⁰

Varias son las funciones del psicólogo clínico. Ante todo el psicólogo **juza**, esto es: procede al examen estático de las aptitudes y disturbios del comportamiento

108 En Italia existen ya dos Universidades que otorgan esta especialización: Roma y Milán, Universidad Católica.

Cfr. también: De Sanctis y Bollea; *Pér una specializzazione in Neuropsichiatria infantile*, risultato e commenti del Questionario. Il lavoro Neuropsichiatrico, 10, p. 165, ss.

G. Mora: *Compiti e formazione del Pedopsichiatra. Infanzia Anormale*. N. 1, 1953, pp. 56-70.

109 Cfr. Gerdá E.: *Diálogo entre el Psiquiatra y el Psicólogo clínico*. Revista de Psicología General y Aplicada, n. 49, 1959, pp. 129, ss.

110 *Bolletino di Psicologia Applicata*, nos. 1, 2, 3, Febrero-Junio de 1954.

que los tests, y particularmente los tests que permiten medidas cuantitativas, revelan relativamente al niño.

Históricamente, el ejemplo más significativo del examen psicológico lo representan los tests de inteligencia, pues sin duda el psicólogo es llamado a pronunciarse sobre la inteligencia.¹¹¹

Pero la práctica clínica ha revelado que los niños que llegan al centro no presentan siempre, ni todos ellos, deficiencias o anomalías de la inteligencia, lo que justifica un análisis preliminar antes de realizar tests de este tipo.

Pero la principal tarea del psicólogo clínico no es tanto la de aplicar los tests, cuanto de interpretarlos. Ahora bien, la interpretación, para que sea verídica, debe tener en cuenta la *performance* total del niño, dentro de su ambiente histórico presente y pasado, lo que solamente es posible conseguir a través de la historia del sujeto y la discusión a fondo con los demás miembros del equipo.¹¹²

Toca al psicólogo dar una evaluación objetiva al máximo de todo lo que constituye la estructura mental del niño, las tendencias instintivas, los rasgos del carácter, la emotividad, la sensibilidad, actitudes, manera de reaccionar, comportamiento, hasta hacer viva la personalidad compleja del sujeto así como es y debe ser entendida.

El psicólogo, al igual que el psiquiatra, elabora su diagnóstico, que no es el definitivo, sino un balance psicológico a estudiarse luego con los demás miembros del equipo.¹¹³

Este diagnóstico, evidentemente, supone un *approche* clínico experimental fundado en la utilización de los tests e integrados con otros instrumentos de investigación, como el coloquio.

Con los datos que el psicólogo recoge, en la reunión de síntesis, el psicólogo contribuirá a la diagnosis integrada, como afirma Ángela Groppelli, a la prognosis y a una realística indicación del tratamiento proporcionando también un juicio sobre la evolución del sujeto.¹¹⁴

111 Es el concepto introducido por Binet y que por mucho tiempo ha prevalecido. Cfr. Bient-Simon: *Nouvelles Recherches sur la mesure du niveau intellectuel des enfants des écoles*. *Année Psychot*, 17, París, 1911.

112 Cfr. la figura del Psicólogo clínico en Zavalloni R.: *La Psicologia clinica nello studio del ragazzo*, Vita e Pensiero, 1957, Particularmente pp. 21-28.

113 Carlos Traversa: *L'irregolarità della condotta: modalità strumentali della diagnosi*. *Infanzia Anormale*, fasc. 16, 1956.

114 Ángela Groppelli: *La preparazione dello psicologo*. *Quaderni di ragazzi d'Oggi*, n. 5, 1958, p. 58.

Otra tarea del psicólogo clínico es la de verificar las hipótesis formuladas sobre la psicología del niño. Es particularmente en este sector que el psicólogo aplica los tests proyectivos u otros tests que las hipótesis sugirieren. En efecto, el psiquiatra puede haber formulado, por ejemplo, la hipótesis de que el disturbo del comportamiento del niño es debido a tal o cual mecanismo neurótico. Al psicólogo le corresponderá verificar mediante tests apropiados (por ejemplo, el test Rorschach) la existencia o menos de dicho mecanismo.¹¹⁵

Una tercera función del psicólogo clínico es la de desempeñar una función terapéutica particularmente importante dentro de las terapias de carácter educativo, como sería el caso de la readaptación de los niños que aprenden a leer con un largo retraso.¹¹⁶

El psicólogo clínico desempeña una función de investigación. La importancia considerable de las investigaciones relativas a la seguridad y al valor de los tests, la construcción de nuevos tests y la validez de las conclusiones obtenidas que se aplican particularmente al elemento afectivo e imaginativo del comportamiento del niño, muestran la amplitud de la actividad del psicólogo clínico.¹¹⁷

Pero su trabajo resultaría incompleto sin la intervención de los demás miembros del equipo que, con su aporte, echan luz sobre los datos recogidos con las técnicas psicológicas.

La verdadera figura del psicólogo clínico tiene sentido y significado dentro del equipo donde su acción diagnóstica y terapéutica halla la integración necesaria.

Todas esas funciones, así como la que debe desempeñar dentro del equipo y en las relaciones interhumanas, exigen una preparación adecuada del psicólogo clínico, sea dentro del aspecto profesional como interrelacional. La preparación profesional del psicólogo exige una formación de base (aptitud y personalidad) y una preparación científica (teórica, técnica y práctica). Lagache así describe la figura del psicólogo:

– Interés por la psicología: particularmente bajo su forma concreta y aplicada.

115 Cfr. Musatti C. L.: *Psicologia clinica e clinica psicologica. Atti del Symposium di Psicol. Clinica*, 1953, pp. 140-143.

116 Hurban H. J.: *Lo psicólogo nella pratica psichiatrica giornaliera*. Archiv. Psicol. Neurol., 14, 1953. pp. 50-68.

117 Cfr. Nissen R.: *L'Investigation scientifique en Psychologie clinique*. Revue Psychol. Appli. 3, 1953, pp. 127-146.

Cfr. también Buckle-Lebovici: *Les Centres de Guidance Infantile*. O. M. S., Genève, 1958, p. 39, ss.

- Cultura base de nivel universitario; que abra al conocimiento y comprensión de la naturaleza humana con experiencia variada y rica.
- Posición frente a las responsabilidades específicas: la psicología no es solamente ciencia, sino arte. El psicólogo por lo tanto debe adaptar las técnicas a los problemas y no los problemas a las técnicas. El psicólogo debe tener capacidad para trabajar en equipo.
- Aptitud en las relaciones con los demás: debe ser simpático, respetuoso, tolerante; debe tener tacto, discreción, paciencia, bondad, comprensión intelectual.
- Posición frente a sí mismo: con claridad de principios y seguridad en la acción.¹¹⁸

Siendo que todas las decisiones que se toman en los CMPP descansan sobre datos psicológicos, pues la razón por la cual el niño es llevado al centro es casi siempre de orden psicológico, se imponen para el psicólogo conocimientos especiales para formular su diagnóstico completo del caso.

Con relación a su formación específica, el psicólogo llamado a trabajar en un CMPP, debe conocer a fondo la psicología clínica, así como ciertos aspectos somáticos del desarrollo y la psicología pedagógica.

Sin embargo, por completa que fuere la formación de base y la específica o profesional, no es suficiente para preparar al psicólogo en la práctica de los exámenes clínicos. Se impone una formación pos universitaria con *stages* en centros para adquirir la práctica en este género de actividad.

Buckle-Lebovici ponen de relieve particularmente seis áreas de la formación pos universitaria del psicólogo clínico:

1. El psicólogo clínico tiene que conocer la teoría y la práctica de muchos test y particularmente hallarse en la condición de interpretarlos.
2. Debe asimismo, para poder evaluar los resultados de los test, conocer las leyes de la estadística y saber aplicar sus métodos.
3. Se impone un estudio sobre el desarrollo social del niño en todas las situaciones sociales y culturales dentro de las cuales viene a hallarse y por lo tanto conocer la psicología familiar.
4. El estudio de la psicología social tiene que ser completado por un aprendizaje en materia de psicología relacional: psicología interindividual y psicología dinámica

118 Lagache D.: *De l'aptitude au métier de Psychologue*. Bulletin de Psychologie, I, 10, pp. 6-9.
Cfr. también Fauville: *La formation du Psychologue clinicien*. A Crianca Portuguesa, a. VIII, 1950, pp. 213-239.

del grupo, para lo cual es imprescindible el aprendizaje de las técnicas del coloquio clínico, base importante de su trabajo.

5. En caso de que el psicólogo deba dar consejos o acudir a procedimientos psicoterapéuticos, necesita, evidentemente, de una formación psicoterapéutica.

6. La formación psicoanalítica no se puede todavía considerar como obligatoria; de todas maneras, cuando fuera necesario, los conocimientos de esta materia resultan de gran utilidad.¹¹⁹

De hecho, como es natural, cada Universidad elabora sus programas y sería difícil encontrar uniformidad, pues los diversos puntos de vista que presiden a la formulación de los mismos ponen en primer plano determinadas exigencias y criterios, pasando otros a ser descuidados o no suficientemente evaluados.

Queda, sin embargo, el hecho, como observa Wright, que: *Seule un formation théorique solide, complété par des connaissances cliniques en psychologie générale comme en psychopathologie, permet au psychologue d'apporter une contribution valable au sein de l'équipe.*¹²⁰

Al lado de la preparación científica y técnica se exigen en el psicólogo condiciones que son de mucha importancia para el ejercicio de su profesión.

Ángela Groppelli subraya la importancia de la vocación psicológica, pues exige dedicación y amor a la niñez, mientras Wright insiste sobre la necesidad de que el psicólogo tenga un equilibrio psíquico, indispensable en el estudio de los diversos aspectos de la personalidad, tan complejo y sutil, particularmente cuando se trata de un sujeto en edad evolutiva.¹²¹

Con relación al trabajo en equipo, el psicólogo, más que ningún otro, debe tener una marcada sensibilidad que permite establecer aquella corriente de comprensión que debe haber en las relaciones interhumanas del trabajo en grupo, como es el que tiene que realizar en el CMPP¹²²

119 Buckle-Lebovici, op. cit., p. 41-42.

120 Wright: Relación presentada al I Congreso de UMOSEA. *Sauvegarde de l'Enfance*, 5-6, 1961, pp. 48.

121 Ángela Groppelli: *La preparazione dello psicólogo*. Quaderni di ragazzi d'Oggi, 5-6, 1958, p. 61.

122 Cfr. Germain José: VII reunión anual de la Sociedad española de Psicología. *Revista de Psicología General y Aplicada*, n. 58, 1958, pp. 345-349. Se exponen sintética, pero claramente los requisitos y características de la profesión del psicólogo.

En la misma Revista cfr. AA. Normas éticas de los psicólogos, n. 57, 1961, pp. 19-126.

1.3 El pedagogo

Es quien aporta al equipo médico psicopedagógico el punto de vista de la educación. Sin embargo, su figura de parte de algunos sectores, particularmente médico, es discutida por cuanto se le considera como incompetente para realizar un trabajo clínico. Pero existe también, como observa Giaccone, el hecho contrario, esto es que las indicaciones del tratamiento que hoy día pueden ser proporcionadas por un equipo socio-médico-psicológico no hallan una suficiente realización por falta de traducción, en términos pedagógicos, de la indicación misma.¹²³

De hecho, en la actualidad, es universalmente admitida la necesidad de un experto pedagógico, pero en muchos casos su inserción en el equipo resulta imposible por falta de pedagogos debidamente preparados para realizar un trabajo clínico serio, pues, *a priori*, no se puede sostener que el 'pedagogo' en cuanto tal sea radicalmente incapaz de trabajar clínicamente en un equipo médico psicopedagógico; es por lo tanto problema de formación, no de incapacidad radical.

En lugares donde el pedagogo ha recibido una conveniente preparación para actuar a nivel clínico, su intervención se ha mostrado eficiente, no sólo para formar parte del equipo, sino también, supuesta la debida preparación, para dirigir el equipo. Las experiencias realizadas en este sentido han demostrado la eficiencia de su intervención.¹²⁴

La figura del pedagogo en el seno del equipo es difícil de definirse. Si por una parte la exigencia educativa es esencial al equipo médico psicopedagógico, como justamente sostiene Bollea, esta figura debe ser estudiada ulteriormente.¹²⁵

En efecto, si por una parte no es el filósofo de la educación, el teórico, por otra no se identifica, de por sí, con ninguno de los educadores especializados. Hemos consultado a este respecto, para una aclaración de conceptos, al Prof. M. Gutiérrez, quien, refiriéndose al objetivo de nuestro trabajo, gentilmente nos ha contestado en estos términos, introduciendo las debidas distinciones:

Lei deve distinguere tra il pedagogo che fa parte dell'équipe, e l'educator di un centro di osservazione o di rieducazione; é vero che l'educatore di Ufl: Centro di

123 Giaccone: Intervención en el II "Convegno" de los CMPP del ENPMF. *Quaderni di Ragazzi d'Oggi*, n. 5, 1958, p. 13.

124 Este experimento se ha realizado, positivamente, en el CMPP del Instituto Superior de Psicología del Pontificio Ateneo Salesiano donde el Pedagogo, ordinariamente, dirige el equipo.

125 G. Bollea: *Evoluzione storica e attualità della Neuropsichiatria infantile. Infanzia Anormale*, n. 37, 1960, p. 161.

Osservazione può alle volte essere il pedagogo dell' equipe di quel Centro, ma lei parla nella tesi di CMPP ambulatoriali, cioè, ai quali vanno i ragazzi per essere esaminati e poi tornare a casa. Il compito di questo pedagogo é quello di indicare la metodologia educativa e seguire caso per caso, dopo che medico, asistente sociale e psicologo hanno presentado lo stato di cose. Deve evitare le confusioni con altri tipi di pedagoghi o pedagogisti: non si tratta del teorico ma del metodologo.¹²⁶

La finalidad pedagógica, a más de la médica y psicológica del Centro, es la que determina el campo de intervención del pedagogo en orden a las medidas de carácter educativo.

En este sentido, el pedagogo, de la misma manera que las demás competencias en su respectivo campo, se presenta como el técnico de la educación, que asegura, en el interior del equipo, funciones específicas, consistiendo su contribución técnica en aplicar los métodos educativos especiales que necesitan los diferentes tipos de inadaptación.

Para llevar eficientemente a efecto, su finalidad educativa, el pedagogo espera de todos los miembros del equipo una colaboración eficaz particularmente en orden a un conocimiento cabal de toda la personalidad del niño desde el punto de vista médico, psicológico y social, sobre cuya base solamente puede pronunciarse acerca de la acción educativa o reeducativa a realizarse.

En el seno del equipo, sin duda, el pedagogo se halla en el centro de muchas situaciones; por una parte debe informar a los otros técnicos y por otra coordinar, en el interés del joven, aquello que los otros técnicos pueden aportarle y, por fin, en ciertos casos, conformarse escrupulosamente a la línea de conducta que puede ser indicada por un determinado especialista, particularmente por el psiquiatra, y modelar en consecuencia la naturaleza de las relaciones con el joven.

El pedagogo debe tener por delante la visión total de las finalidades educativas en orden a las cuales tienen que orientarse sus intervenciones e indicaciones metodológicas y hacia las cuales tiene que orientar a los demás miembros del equipo. Un problema educativo, en efecto, solamente puede ser comprendido si se coloca dentro del marco total de las finalidades educativas, a la luz de las cuales se deben tomar las medidas terapéuticas. En este sentido, de alguna manera, el pedagogo viene a constituirse como un guía 'espiritual' del equipo mismo.

126 Carta con fecha 30 de julio de 1963. Para una mayor aclaración de la figura del pedagogo como miembro del equipo. Confr. M. Gutiérrez-P. Rollero: *Lo Spirito e l'azione di equipe nei Centri M.P.P. alla luce del Congresso dell'UMOSEA*. Orientamenti Pedagogici, 1960, n. 4, p. 780, ss. Allí también se estudia la figura del Pedagogo como director del equipo, en vista particularmente de la finalidad educativa del C.M.P.P.

Al pedagogo le corresponde asimismo llevar a los padres de familia y a los educadores, en términos comprensibles, las resoluciones e indicaciones de carácter educativo tomadas en la reunión del equipo sobre la base del conocimiento científico del niño, para, de esta manera, trocar en realidad la educación o reeducación; en una palabra, la adaptación del sujeto en estudio y tratamiento.

Estas funciones, de las cuales, en último término, depende el que el trabajo del equipo no quede únicamente en la fase de estudio, exigen una conveniente preparación pedagógica y clínica de parte del pedagogo.

Su preparación científica requiere conocimientos de pedagogía general, de psicología general y diferencial, de metodología y técnicas educativas.

Desde el punto de vista práctico le es indispensable una experiencia de base entre los niños normales. Sobre la base de una preparación científica y técnica educativa general, el pedagogo tiene que adquirir una preparación especial que supone conocimientos psicológicos profundizados, la práctica de métodos y procedimientos particulares a evaluarse dentro de un contexto determinado para elevar al niño al nivel del sujeto normal.

Inútilmente se buscaría uniformidad en la elaboración de planes y programas universitarios para la preparación del pedagogo como miembro del equipo. En este sentido mucho queda por hacer.

En la práctica clínica se trata de remediar esta deficiencia con una formación pos universitaria y la inserción en el equipo de educadores especializados en distintas ramas de la educación: de la palabra, de la motricidad, etcétera.¹²⁷

127 Cfr. Joubrel: Relación al Congreso de UMOSEA, en *Sauvegarde de L'Enfance*, nos. 5-6, 1961. Educateurs. Son presentados desde el punto de vista de su relación con el equipo.

Así mismo, Pinaud: *La formation des éducateurs des enfants inadaptés* en France. A Crianca Portuguesa, a. X., 1951, pp. 87-96.

Rogaux: Le point de vue des maitres d'atelier. *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1960, pp. 219-225.

Carmen Nobilé: Le point de vue des éducateurs. *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1960, p. 208.

Rovigatti M. T.: *Il Pedagogista dell'équipe per il ricupero dei disadattati. Esperienze sociali*, III, 2, 1962, pp. 57-62.

Vernet Marcel: "Le Pédagogue et l'évolution des techniques pédagogiques". *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1963, pp. 100-111.

Occulto R. Volpe G.: "Il ruolo dell'educatore della gioventú disadattata nell'équipe". *Esperienze di Rieducazione*, VII, nos. 3, 4, 1960, pp. 65-74.

Esta formación de pedagogos especializados para trabajar en equipos M.P.P. es una de las necesidades más urgentes.

1.4 El asistente social

Competencia absolutamente necesaria para integrar el núcleo del equipo.

Originalmente, el asistente social no era sino una ayuda dentro de una acción caritativa que poco a poco ha tomado una forma oficial: la de los servicios de asistencia social.

Según fue desarrollándose la acción en favor de la infancia inadaptada, los asistentes sociales se han trocado en colaboradores de los pedopsiquiatras.

Actualmente, el Asistente social especializado forma parte de un equipo donde se encuentran educadores, médicos, psicólogos, etcétera, cada uno de los cuales tienen sus métodos de *approche* y sus medios de acción. Dentro del equipo, el asistente social tiene como finalidad la de colocar al niño en su ambiente familiar y social por medio de diversas técnicas particularmente mediante el *social case-work*.

Existe acuerdo en atribuir como función específica del Asistente social:

1. El tomar a su cargo el contacto con los padres y parientes del niño.
2. El contribuir para la anámnesis con el fin de realizar una encuesta social y contacto múltiples con toda clase de personas.¹²⁸

Existe discordancia en cambio cuando se trata de determinar su campo de acción con relación a la terapéutica.¹²⁹

Con relación a la primera finalidad, que podemos llamar preparatoria, corresponde al asistente social efectuar el primer *approche* con el niño y la familia y asegurarse si el caso es o no uno de aquellos que el equipo puede abordar. En caso afirmativo, el asistente social explica a la familia y al mismo niño, cuando es posible, las condiciones de trabajo del centro. En esta misma fase no le será difícil al asistente social formarse una opinión relativa a la situación del enfermo y su ambiente.

Con relación a la segunda finalidad diagnóstica y anamnésica, el asistente social tiene que realizar un minucioso estudio de todos los elementos de irregularidad del

128 Cfr. Arnould: "Le point de vue des Assistentes sociales". *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1960, pp. 202-207.

129 Gerda De Bock: *Toisième rapport introductif. Ière. Conference Internationale de la Union Mondiale des Organismes pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence*, Roma, 1960, pp. 31-32.

niño en su aparecer y involucrarse, colocando el desarrollo y la vida del sujeto en el ambiente físico, económico-social en el cual ha vivido, definiendo a la vez la personalidad de los padres, parientes, educadores en su relación afectiva y educativa.

A ello debe agregarse un estudio profundizado para evidenciar aquellos factores hereditarios, biológicos, ambientales, culturales que pueden tener una mayor relación causal en el cuadro de las dificultades en el dinamismo de las relaciones interfamiliares.¹³⁰

Sus informaciones provienen de distintas fuentes: del contacto personal con el niño y el ambiente; de los datos recogidos durante el curso de la encuesta.

Todo esto permite al asistente social conocer de manera precisa el comportamiento del menor en los diversos lugares que frecuenta, formarse una idea exacta de esos ambientes, estudiar las alteraciones de los mismos y del niño, en una palabra formular sus opiniones colocándose desde el punto de vista del niño y del ambiente. La discordancia entre los dos puntos de vista a menudo aclara la desadaptación social.

De esta manera, el asistente social contribuye al diagnóstico y al tratamiento del menor y se trueca en un elemento de coordinación entre el equipo de los técnicos y cada una de las personas que en toda circunstancia y en todo grado mantienen una unión con el niño desadaptado.¹³¹

Con relación a la tercera finalidad, la terapéutica, se puede afirmar que el trabajo del *environnement*, es decir el trabajo necesario en vista de una modificación del ambiente, de los elementos exteriores o de la actitud de otras personas que tratan *vis á vis* con el niño, es la tarea esencial del asistente social, pues a él le corresponde el restablecimiento del equilibrio tratando de volver apto el ambiente que acoge al niño y mejorar sus relaciones interhumanas.

Es el asistente social quien puede proporcionar las mejores indicaciones cuando la colocación de un niño en instituciones de reeducación se hace necesaria o se imponen medidas prácticas de orden económico, mejoramiento de la habitación, cambio de escuela, etcétera. La remoción de las causas materiales y ambientales nocivas al cliente es a menudo condición previa para una ulterior intervención sobre los factores de carácter emocional, intelectual y físico.

130 Cfr. Gabriella Brunoni: "La preparazione dell'Assistente sociale". *Quaderni di Ragazzi d'Oggi*, n. 5, 1958, p. 2. ss.

131 Gabriella Brunoni, *ibíd.*, p. 67.

A noi risulta —afirma Michela De Francesco en su relación en el II ‘Convegno’ de los CMPP del ENPMF— che la serenità di una famiglia viene spesso turbata dalle privazioni di cui essa é colpita. Infatti quando manca in essa un minimo di sicurezza economica, una abitazione adeguata, un vitto sufficiente, degli abiti decenti, al disagio apportato da tali fattori viene ad aggiungersi spesso la carenza affettiva ed educativa conseguente allo stato di avvilitamento in cui i genitori versano. Ciò si ripercuote dolorosamente sul minore che non trova nella famiglia quell’armonia e quella comprensione che sono indispensabili per un sano sviluppo fisico psichico.¹³²

La metodología del *case work* es de aplicación corriente cuando se trata de ayudar a los padres a desempeñar su función educativa lo mejor posible. Gracias a los conocimientos de las relaciones interpersonales, el asistente social explica a los padres y personas que forman el *entourage* del niño los mecanismos que presiden a las relaciones entre el mismo niño y el adulto, de manera que los adultos pueden llegar a comprender al niño y a sí mismos.

En efecto, haciendo más comprensible la actitud del niño, su comportamiento se vuelve más aceptable; los sentimientos de culpabilidad de los adultos, a veces sin fundamento, vienen a disminuir y los padres, a más de comprender mejor al hijo, se ponen en condición de colaborar eficazmente a la labor terapéutica.

Esta breve descripción de las finalidades y funciones del asistente social, a la vez que ponen de relieve la importancia de esta profesión¹³³, postulan una preparación seria desde el punto de vista teórico, práctico y técnico.

La formación del asistente social varía de país a país: en América tienen una base de estudios universitarios de cuatro años pero con una marcada tendencia hacia las ciencias sociales y las ciencias biológicas. A esta formación siguen dos años de la Escuela Social que contempla:

- Dos cursos de *case work* para la infancia y *case work* familiar y psiquiátrico.
- Tres cursos de psiquiatría: el desarrollo normal de la personalidad desde la infancia hasta la vejez; disturbios del comportamiento del niño y psicopatología.
- Cursos electivos que abarcan problemas de delincuencia minoril y psiquiatría clínica.
- Cursos de estudios sociales, legislación social, asistencia pública.

132 Michela De Francesco: “Il trattamento psicopedagogico e sociale dei varii tipi di soggetti da effettuarsi in famiglia”. *Quaderni di Ragazzi d’Oggi*, n. 5, 1958, p. 142-3.

133 El trabajo social se ha trocado en profesión independiente.

A estos cursos siguen *stages* o en clínicas de adultos o en las Child Guidance clinics con supervisión de la Asistencia Social, Psiquiatría y Consulta del Psiquiatra.¹³⁴

En Europa, las cosas siguen otro curso. Muchas escuelas de servicio social se contentan con proporcionar una formación base que no parece suficiente particularmente para los asistentes sociales especializados en psiquiatría y *guidance*. En estas escuelas los asistentes sociales adquieren un conocimiento general de sociología, economía, medicina y derecho, en la medida en la cual estas materias tienen relación con el trabajo social.

También se realizan *stages* prácticas dentro de organismos que emplean trabajadores sociales. Sin embargo, así como se hallan hoy día las cosas, esta preparación resulta insuficiente para un trabajo serio en un CMPP. Se impone una formación más especializada, particularmente centrada sobre la teoría y la práctica del Social *case work*. Los conocimientos necesarios para esta finalidad se han de adquirir en cursos de perfeccionamiento en psiquiatría o en psicología infantil.

Se impone así mismo la necesidad de que el asistente social tenga conocimiento de los métodos psicoterápicos, sus bases, así como de la medicina psicoanalítica.

Para su perfeccionamiento práctico es indispensable que el asistente social tenga contacto con los niños normales e inadaptados, sea en las escuelas como en los internados de educación y reeducación.

La forma más práctica es sin duda la de participar en el trabajo de clínicas especializadas y particularmente en centros de *guidance* y centros M.P.P., en contacto con equipos perfectamente entrenados en el trabajo clínico.

Con relación a su calificación generalmente se otorga un diploma, de conformidad con modalidades y exigencias particulares.

A pesar de los esfuerzos realizados en orden a la formación del asistente social, creemos que todavía queda mucho por hacer no solamente respecto del número de personas que se entregan a esta labor, sino más particularmente en orden a su formación. Estos objetivos evidentemente se conseguirían con mayor facilidad con un reconocimiento oficial de la profesión de asistente social. La importancia de su

134 Cfr. Gabriella Brunoni, op.cit., pp. 78-79. También Buckle-Lebovivi: *Les Centres De Guidance Infantile*, O.M.S., Genève, 1958, pp. 29-30, donde esboza la figura y funciones del Asistente social, así como su preparación en orden a su profesión.

misión sea dentro del equipo como fuera de él es tal que solamente una preparación esmerada hará que su labor sea eficiente.¹³⁵

1.5 El director del equipo

En todo organismo se necesita una dirección. También en el equipo M.P.P., como organismo, se impone una dirección que regule y coordine el trabajo de cada miembro.

No parece necesaria la introducción de una persona distinta de las competencias que hemos señalado como integrantes del equipo, pues una de ellas puede tomar a su cargo la dirección del mismo.

La praxis generalmente adoptada establece que el director del equipo sea el médico neuro-psiquiatra, por su preparación clínica y por las garantías jurídicas.

No obstante, salvadas siempre las garantías jurídicas y la debida preparación, no hay por qué excluir de la dirección del equipo a otra competencia distinta del neuropsiquiatra. Puede ser perfectamente, como opina M. Gutiérrez (y la experiencia, aunque limitada, no ha demostrado lo contrario), un psicólogo en posesión de una adecuada preparación y capacidad para coordinar también las intervenciones médicas y neuropsiquiátricas del especialista del equipo. El citado autor y Rollero van más allá y afirman que en un centro que no se halla agregado a una clínica neuropsiquiátrica, sino a un instituto de psicología, la presencia de un director no médico presenta mayores ventajas.¹³⁶ Es el caso del CMPP del Pontificio Ateneo Salesiano donde la mayor parte de los casos presentan problemas de carácter escolar o caracterial que no llegan a formas verdaderamente psiquiátricas. La experiencia ha demostrado que este tipo de relación, no estrictamente médica, evita un excesivo *shock* a las familias que, con razón o sin ella, sufren cuando se establece una relación médica.

135 Cfr. Arnould C.: *Role el formation des Assistantes sociales psychiatriques en Etats Unis*. Service Sociale, Bruxelles, n. 3, 1948.

Ibíd: *La formation des Assistentes sociales aux Stats Unis*.

Ibíd: *L'évolution du point de vue social en Médico pédagogie*. Saint Suc Medical, Louvain, n. 1, 1951.

Arnould: "Le point de vue des Assistentes Sociales". *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1960, pp. 202-207.

De Jough J.: *Il Case-work nei programmi della Scuole di Servizio sociale*. Ed. AA. I. Roma.

Duocastella Rogelio: *La aportación del Servicio Social en la atención a la infancia y a la adolescencia*. Publicaciones al servicio del niño español. Ministerio de la Gobernación, marzo de 1961, p. 15.

136 M. Gutierrez-Rollero: "Lo spirito e l'azione d'équipe nei Centri M. P. P. alla luce del Congresso dell'UMOSEA". *Oriantamenti Pedagogici*, a. VI, 1960, p. 73.

En el caso particular que estamos estudiando, el director del equipo es un pedagogo y además sacerdote. Pues esta condición de pedagogo y sacerdote ha favorecido, en muchos casos, el trabajo en equipo, particularmente a través del coloquio con los padres.

No se puede, por lo tanto, excluir que el psicólogo o el pedagogo, con el respaldo de una conveniente preparación, puedan tomar a su cargo la responsabilidad de la dirección del equipo; antes bien, desde el punto de vista educativo, el pedagogo se halla en mejores condiciones para enfocar los problemas del niño desadaptado dentro de un marco educacional más amplio y completo, y dictar aquellas normas educativas que solamente resultan acertadas dentro de ese marco.

Hay que observar que ser director del equipo no significa necesariamente serlo de cada caso particular. La responsabilidad de cada caso es colegial, esto es del equipo como tal. Solamente en casos excepcionales un miembro, que debe ser el más competente, toma a su cargo la responsabilidad.

Concluyendo, diremos que para ser director del equipo, éste debe ser quien por su preparación, por sus títulos y capacidades directivas sea el más apto para el desempeño de esa función, sin determinar, *a priori*, a ningún miembro en particular.

Por otra parte, el equipo no es un grupo monárquico, sino democrático y como observan Buckle y Lebovici, en un grupo democrático la autoridad del *leader*, en el cual vendrían a identificarse todos los miembros del equipo, es libremente reconocida por los mismos.¹³⁷

En la elección del director, a más del aspecto orgánico hay que tener en cuenta también todo lo referente a la psicología del grupo. El director del equipo tiene que garantizar estos tres factores:

- Orgánico
- Funcional
- Emotivo

En efecto, la falta de capacidad organizativa y directiva haría del equipo algo caótico e inerte, mientras la falta de calor emotivo lo privaría del entusiasmo y del sentido 'humano' que regula la interacción de los miembros.

137 Buckle-Lebovici: *Les Centres de Guidance Infantile*, OMS. Genève, 1958, p. 28: "si un équipe fonctionne harmonieusement, les problèmes d'autorité et de discipline n'existent plus. Il est seulement clair que la responsabilité incontestée de l'action del équipe tout entière repose sur l'un de ses membres: celui que les habitudes culturelles, una formation technique plus approfondie, l'age et l'autorité sociale désignent tout naturellement pour cette tâche".

Quedando intactos los principios que hemos sustentado, de hecho, como están hoy día las cosas, la dirección del equipo se confía al médico neuropsiquiatra como al que mejor puede desempeñar estas funciones.¹³⁸

Con todo, si la figura del director, en términos generales, resulta relativamente definida, no lo es cuando se trata de determinar en concreto sus atribuciones y funciones.¹³⁹

El consejero director tiene la responsabilidad del Centro, a él le corresponde coordinar las actividades de su servicio y prever y organizar el trabajo, asegurar las relaciones con las autoridades, realizar las comunicaciones a las autoridades escolares, a los servicios públicos y a los familiares. Es el director quien comunica las conclusiones obtenidas en el centro. De manera particular, dentro del equipo, al director le corresponde, teniendo en cuenta sus responsabilidades, su formación, su disponibilidad, recoger la síntesis que determina la acción del equipo. La presencia y la intervención del director en las reuniones en las que se discuten los casos, lleva a los miembros del equipo a elevarse por encima de consideraciones técnicas y teóricas de cada especialista para enfocar los problemas dentro de un marco más universal e integral.¹⁴⁰

138 Bovet, citado por Claudio Busnelli en su relación al II “Convegno” de los CMPP del ENPMF: la preparazione del Medico neuropsichiatra direttore. Quaderni di ragazzi d’Oggi, n. 5, 1958, p. 47, presenta las siguientes razones para que el médico neuropsiquiatra sea Director: “Il medicho pichiatra, indipendentemente dalle sue funzioni tecniche specifiche, potrebbe essere chi fa da tratto d’unione nel collegio dei ricercatori che si interessano al problema della consultazione... La sua furmazione biológica e psicologica nel medesimo tempo, l’nteresse che porta generalmente ai problemi sociali, la conoscenza che acquisisce dal punto di vista giuridico per la pratica medico legale, la comprensione dei problemi educativi che gli sovente possiede, per motivi di ordine professionale e personale, ne fanno una persona atta a venir a capo a tutti i compiti richiesti da questo settore, o almeno egli possiede una suffiiente conoscenza per poter tentare di conciliare i punti di vista, cosa alla quale la sua attività psicoterapista dovrebbe a lui conferire una attitudine supplementare”.

139 “El director es el miembro del equipo que se halla investido de confianza quien asegura la responsabilidad general de todas las tareas que incumben al personal y a todos los técnicos, quien coordina la acción de los mismos, quien se interesa del control y la síntesis de cada caso de los niños de los cuales él es responsable ante su empleo, la familia y la sociedad”. Cfr. “Las comunicaciones presentadas al Congreso de UMOSEA”, *Sauvegarde de l’Enfance*, nos. 5, 6, p. 464 por Bertolini y Lévièvre. Cfr. también la relación de Bascou, *ibíd.*, p. 409.

140 Para una ulterior información sobre las funciones del Director Cfr. Moniteur Belge de 26 de julio de 1957, donde se reproduce el Decreto real de 4 de Junio de 1956 que determina la legislación relativa a los centros médico-psico-sociales y en particular la Instrucción General para el funcionamiento de los centros M.P.S.

El director debe crear el clima, el ambiente del cual se deriva el equilibrio y la fusión del equipo, y por lo tanto asegurar la *liaison*, sea entre los miembros del equipo como entre los diversos servicios que colaboran en la solución del caso.

Desde un punto de vista práctico, la organización y distribución del trabajo del equipo son de su incumbencia.

Asimismo son de su competencia la recepción de los sujetos a examinarse, la determinación del plan de trabajo, el horario, las medidas a tomarse, la convocatoria de los miembros, etcétera.

No es nuestra intención la de enumerar todas sus funciones en todos sus detalles, sino señalarlas en grandes líneas. Pero toda determinación quedaría ineficaz si el director no asegurara, ante todo, su función principal que es la de establecer, en el seno del equipo, la *liaison* organizativa, dinámica y afectiva, sin la cual el director mejor preparado nada conseguiría.

Es cabalmente esta triple finalidad la que exige adecuada preparación para desempeñar su función de guía y coordinador. El director del equipo, por lo tanto, debe tener aquellas cualidades 'humanas' que lo hagan acepto a todos y cada uno de los miembros y demás personas con las cuales tiene que tratar.

Como director del equipo tiene que tener un conocimiento cabal de la problemática de la inadaptación juvenil, un conocimiento suficiente de las técnicas de los miembros de su equipo para poder, sin entregarse totalmente a uno u otro de ellos, hacerlos trabajar según sus medios y según las necesidades para las cuales él queda en estado de atención.

Es ésta una preparación que, necesariamente, debe agregarse a su formación específica en el marco de su profesión.

Conclusión

De lo dicho hasta aquí, la organización del centro depende esencialmente de la estructura del equipo, del entendimiento que existiere entre los miembros del mismo sea desde el punto de vista ideológico como desde el punto de la coordinación del trabajo, de la preparación profesional de cada miembro y de la sensibilidad para los problemas de la desadaptación juvenil.

El centro médico psicopedagógico viene a identificarse con el equipo de tal manera que el centro es el equipo y el equipo es un organismo estructurado vertical y horizontalmente, con responsabilidad colegial y personal a la vez, dedicado a un

trabajo pluridimensional y unitario, animado por un espíritu que les es propio: el *esprit d'équipe*.

Cada miembro del equipo, aisladamente, es impotente para estudiar y resolver la múltiple y complicada problemática de la desadaptación infantil y, por lo tanto, debe reconocer sus límites; pero dentro del equipo encuentra su complemento en la competencia colateral y de la fusión del trabajo de todos los problemas hallan su solución de tal manera que el equipo es la solución.

2. Relaciones externas del Centro

Por perfecto que fuere un equipo y su trabajo excelente, se impone una colaboración entre el Centro y las instituciones médicas, educativas, sociales, familiares.

Particularmente en los centros urbanos bien desarrollados un conjunto de relaciones personales establecerá contactos con los demás centros, escuelas, hospitales, autoridades judiciales, instituciones varias como los hogares para niños, los centros de observación, los establecimientos especiales de reeducación, los servicios de asistencia pública, las instituciones sociales privadas que se ocupan de la adopción los establecimientos y escuelas para niños retrasados o inadaptados, así como los servicios de previsión social, etcétera.¹⁴¹

El equipo no es una unidad cerrada, sino abierta, y cada vez que el caso lo exigiere así como está dispuesto a dar su aporte también está dispuesto a recibirlo o pedirlo cuando lo necesitare. Por lo tanto, cuando particulares dificultades postulan la intervención de competencias distintas de las del equipo, éste solicitará la colaboración de dichas competencias sea para aclarar como para profundizar el caso en estudio y tratamiento. El equipo necesita de elementos preparados que puedan colaborar con él en la solución de los casos.

Sin negar la competencia de determinados profesionales en su respectivo campo, hay que afirmar que con relación a la idea de la asistencia en equipo, en no raros casos, la propaganda debe comenzar cabalmente con ellos, pues a menudo los profesionales se adjudican el monopolio de la intervención clínica, negando toda competencia al equipo del Centro. La colaboración de esos profesionales solamente se podrá conseguir cuando estén convencidos de la verdadera y real necesidad de un trabajo en equipo para la asistencia al niño desadaptado.

141 Sobre este punto cfr. nos. 1, 2, 3 de *Sauvegarde de l'Enfance*, dedicados a las relaciones externas del equipo.

Acaso sea ésta la primera labor que debe realizar un equipo respecto de sus relaciones externas: la propaganda para convencer a profesionales e instituciones a colaborar con el centro. Por otra parte, el centro, sin esa colaboración, muy poco o casi nada podría hacer.

Muchas instituciones, en efecto, tienen en su seno a médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, jueces, miembros del cuerpo de policía, etcétera, que, diversamente, pueden colaborar con el centro. Se trata de sensibilizar e todos ellos a los problemas del niño desadaptado.

La forma con la cual se puede realizar esta propaganda varía evidentemente y depende también de las posibilidades del centro. Como quiera que se la realice, (por medio de conferencias, discusiones, cursillos teóricos y prácticos, etcétera), queda la necesidad de que, fuera del centro, éste pueda contar con una positiva colaboración cada vez que sea necesaria.

El Centro, de conformidad con sus objetivos, no solamente necesita ayuda de las instituciones y profesionales, sino también de la familia y de la colectividad al servicio de las cuales viene a establecerse.

En varios lugares existen escuelas para informar a los padres de familia y hacerles partícipes de los principios que presiden a la labor del centro, así como a la asistencia infantil en general.¹⁴²

La colaboración de los padres resulta sumamente preciosa en la acción del *dépistage*, así como durante todo el curso de la terapéutica; pero esta colaboración es nula o negativa cuando no existe una sensibilización para la labor del centro.

Más aún; a menudo los padres aclaran sus propios problemas, que proyectan en el hijo, cabalmente gracias a este contacto con el centro que informa y, por lo tanto, realiza una labor de prevención.¹⁴³

Los organizadores del Congreso de UMOSEA (Roma, 1960), como observa Gutiérrez, han sentido la necesidad de invitar a un miembro calificado para exponer el punto de vista de las familias con relación al equipo, pues el papel de la familia en la acción del equipo es de capital importancia y debe ser debidamente considerado. El

142 Isambert A.: *l'Education des parents*, vol. I, PUF, París, 1960.

143 Henny R.-Honoré B.-Royer Y.: *Evolution de l'action éducative mené aupres des parents directement par les écoles de des parents ou par intermédiaire des services sociaux, médicaux ou d'Enseignement*. Groupe familial, Julio 1960.

Ofr. Meyer M.: *Action éducative des médecins sur les parents*. Groupe familial, Julio 1959.

Honoré B.: *La formation en psychopédagogie familiale*. L'Hygiene Mentale, n. 4, 1962, pp. 202-212.

mismo Congreso ha tenido afirmaciones trascendentales que el citado autor resume de esta manera:

Sulla base delle recenti posizioni scientifiche e della pratiche rieducative (che tendono a riconoscere alla famiglia funzioni preeminenti nella rieducazione e a questa istituzione, ritenuta la piú naturalmente favorita, si ispirano gli istituti di rieducazione, ad esempio quelli di tipo familiare) si pone l'accento sulla necessità di una stretta collaborazione tra famiglia ed équipe sia nella fase diagnostica che nella fase terapéutica. La collaborazione della famiglia é, in un certo senso, necessaria al lavoro d'équipe, come la collaborazione dello stesso soggetto in esame o in cura: si pone sullo stesso livello, anzi é spesso la condizione della collaborazione del figlio.¹⁴⁴

Esta propaganda en favor de una colaboración eficiente debe llegar a los maestros que a menudo no se hallan en capacidad de comprender la importancia de la intervención del centro. Después de los padres de familia, los maestros son sin duda los primeros en ser llamados a colaborar con el centro; colaboración que, por otra parte, no pueden aportar sin los conocimientos básicos que presiden al trabajo del centro, pues es sabido que un gran número de clientes vienen de las escuelas. Particularmente preciosa resulta su colaboración en la detección de las inadaptaciones.

Es menester insistir sobre la necesidad de esta colaboración y, por consiguiente de la debida preparación, también porque no es solamente cuestión de ignorancia, sino que, en no raros casos se observa en el sector docente no sólo desconfianza, sino oposición a la actividad del centro.

La razón de la oposición que existe sea entre los padres de familia como en otros sectores sociales, es que la pedagogía especial es considerada como una segregación. Nada más opuesto al espíritu y a los principios que sustentan un centro: el centro se ordena a una mejor comprensión del niño y así a una educación más adecuada.

No podemos detenernos en el estudio particularizado de todos los sectores que de una u otra manera pueden colaborar con el Centro para el mejor desarrollo de su labor en favor de la niñez desadaptada, pero sí queremos insistir sobre la necesidad de esta colaboración para la vida del centro y, más que para ésta, para: el bien del niño desadaptado. Para conseguir esto es necesaria una acción de propaganda entre los profesionales, la familia, sociedad y la escuela, propaganda que debe desarrollarse en forma sistemática, sobre la base de principios científicos, ordenados a una mayor

144 Gutierrez M.-Rollero P.: *Lo Spirito e l'azione dé équipe dei CMPP alla luce del Congresso dell'UMOSEA*. Orientamento Pedagogici, 1960, n. 4, p. 784.

comprensión del niño en una acción de conjunto dirigida por el equipo médico psicopedagógico.¹⁴⁵

II. Metodología del trabajo en equipo

El CMPP, como organismo que trabaja científicamente, tiene necesariamente que adoptar una metodología científica en la realización de sus objetivos: una metodología general y una metodología especial propia.

1. Los métodos de investigación científica

El CMPP, en su *approche* clínico, no puede prescindir de los principios que regulan la metodología del trabajo científico en general, esto es de la observación y la experimentación bajo todas las formas que la técnica moderna presenta.

No es nuestro objetivo estudiar ahora la metodología de la investigación científica en general, sino poner de relieve aquellos aspectos que, de manera especial, dicen relación con el trabajo médico psicopedagógico.

La primera fuente de información de que se vale el Centro es sin duda la misma información.

Siendo la conducta humana la resultante de múltiples factores la información, aplicada científicamente, proporciona una serie de datos, de variada proveniencia, pero de suma importancia para el conocimiento completo del niño. En el seno del equipo la competencia especialmente preparada para recopilar estos datos es el asistente social, particularmente a través de la técnica del coloquio. Gracias a su preparación, el asistente social, distinguiendo lo esencial de lo accidental, lo verídico de lo imaginario o falso, organiza las informaciones recogidas, y trata de dar una primera interpretación a las mismas, la misma que deberá ser luego evaluada, criticada e integrada por el equipo en posesión de ulteriores datos recogidos por otros medios científicos. De hecho, la información toma cuerpo en la elaboración de la ficha anamnética de la cual hablaremos tratando del diagnóstico.

145 “Vi è necessità urgente di formare alla comprensione dei problemi tipici della psicologia clinica gli educatori nel senso più vasto della parola: i genitori nella famiglia, gli insegnanti nella scuola, gli assistenti nei movimenti giovanili, i giudici nei tribunali, i medici nella cliniche, i sacerdoti nella cura d’anime” R. Zavalloni. *La Psicologia clinica nello studio del ragazzo*. Vita e Pensiero, 1957, p. 39.

La información en los C.M.P.P. toma dos aspectos: el estudio biográfico y el estudio de documentos.

El estudio biográfico toma el nombre de 'historia clínica'. La historia clínica, en palabras de Cerda, se construye a partir de los datos que suministran las personas de la familia, sus conocidos y el mismo sujeto. El estudio biográfico es una técnica clínica de la cual no se puede prescindir, puesto que no se puede enfocar ningún problema psicológico o psicopatológico ni médico en general, si no se conocen en su interacción cronológica, en su articulación, los acontecimientos que han actuado sobre el individuo y las reacciones que en él se han desencadenado y le han hecho llegar a ser lo que en aquel momento es.¹⁴⁶

El estudio de documentos trata de examinar y evaluar los productos de la actividad psíquica del sujeto: trabajos escolares, diarios personales, cartas, dibujos, etcétera.

Las técnicas modernas permiten evitar fáciles errores típicos de información, pero es sobre todo dentro del equipo, tratándose de los CMPP, donde los datos de la información reciben su carácter de validez en coincidencia con los demás datos obtenidos mediante la observación y la experimentación.

La observación, llevada científicamente, es otro método del que se vale el CMPP para el conocimiento del niño. El Centro la aplica sea en su forma sistemática como en su forma espontánea sin perder por esto su valor científico. La observación permite captar al niño en su momento histórico y vital. En manos expertas es fuente de preciosos datos que, de otra manera, resultaría imposible obtener.

La observación espontánea toma este nombre porque no sigue un orden preestablecido en el estudio de la conducta como tampoco trata de provocar una determinada conducta, sino que el observador capta la conducta misma en su desarrollarse espontáneo y libre, aunque de parte del observador no se halla ausente un esquema dentro del cual viene a ser interpretada la conducta.

Antes bien, dentro de la metodología del Centro, esta característica de espontaneidad, de captar al niño en su desenvolverse natural es de capital importancia para la comprensión de los problemas del niño.

Esta forma, sin embargo, al igual que la información, debe ser sujeta a estricta crítica dentro del equipo, quien se halla en condición de purificarla de eventuales escorias o de falsas interpretaciones de parte del observador.

146 E. Cerda: *Psicología aplicada*, Herder, Barcelona, 1962, p. 367.

En su forma sistemática, la observación se lleva a cabo particularmente en los Centros de observación, en los internados, semi internados (lugares abiertos o bajo libertad vigilada) de parte de los educadores especializados, los psicólogos, los psiquiatras y los maestros, quienes encuentran un inmenso campo para explorar.

Si bien la finalidad inmediata del Centro no es el adelanto científico, no obstante, no contradice a sus finalidades específicas el que el Centro adopte la experimentación. Sin duda, el Centro tiene por finalidad el estudio concreto del niño, único e irrepetible en cuanto individuo y persona y, por lo tanto, el Centro, en cuanto tal, no es llamado a formular leyes generales; en una palabra a experimentar; pero si por experimentación se entiende la metodología por la cual se crean situaciones determinadas para obtener respuestas significativas y válidas para el bien del sujeto y de la ciencia a la vez, no se ve la razón de negar al Centro una labor que tenga valor universal, a más que individual.

El Centro, además de servir al niño desadaptado, debe servir también al progreso científico. Por otra parte, para cada hecho probado existen múltiples hipótesis que deben ser previamente demostradas y no se pueden demostrar, sino a través de la experimentación llevada con criterios estrictamente científicos.

La experimentación, así como beneficia al sujeto en estudio y tratamiento, viene a beneficiar también a los demás niños desadaptados, pues los problemas de cada uno, de alguna manera, son problemas de todos y todos pueden beneficiarse de la adaptación de otros.

Si bien queda en pie la necesidad de la experimentación, sin embargo hay que evitar entusiasmos inconsiderados, por ejemplo: aplicando test con finalidad clínica cuando éstos no hubieran sido contruidos con esta finalidad, o no fueran adaptados para dicha finalidad.

No es aquí el lugar de tratar la cuestión de los métodos científicos a que hemos aludido, pues tanto la información como la observación y la experimentación son todavía un tema abierto, a pesar de los adelantos realizados en este sentido y de las técnicas elaboradas para su aplicación.¹⁴⁷

Sin embargo hay que observar que ninguno de estos métodos, considerados exclusivamente y 'a se' es suficiente para el estudio de los problemas de la inadaptación. En realidad, en manos del equipo, son momentos distintos de un único proceso al cual necesariamente tienen que adaptarse: el proceso clínico.

147 Cfr. L. Calonghi, *Educare*, Vol. II, Pas-Verlag, Zurich, 1962.

Esta metodología, en su práctica aplicación, puede inspirarse a doctrinas y métodos psicoanalíticos. En efecto, hoy en día muchos Centros interpretan los datos recogidos a la luz del psicoanálisis, así como el psicoanálisis orienta las diversas técnicas diagnósticas y terapéuticas; no obstante, la metodología en cuanto tal, así como no está ligada al psicoanálisis, tampoco lo está a determinadas doctrinas; de hecho la ideología que está a la base de los miembros del equipo orienta hacia diversas interpretaciones obtenidas por medio de la metodología científica la cual por su naturaleza presenta los hechos en su realidad objetiva.

Por lo tanto, no hay que confundir el dato obtenido científicamente y su ulterior interpretación: el dato en cuanto tal es válido; su interpretación depende de la validez o menos de la doctrina a la luz de la cual es estudiado.¹⁴⁸

2. Las fases del trabajo en equipo

En posesión de la metodología estrictamente científica y técnicas específicas (que no hemos desarrollado por cuanto cada competencia en su respectivo campo de acción, a más de la metodología general que preside a todo trabajo científico, necesariamente aplica los procedimientos y técnicas de su respectiva profesión) el equipo en cuanto tal tiene una metodología que deriva de la naturaleza misma de su acción: la diagnosis y la terapéutica, de donde se infieren dos fases obligatorias de su trabajo: la fase diagnóstica y la terapéutica.

2.1 La fase diagnóstica

Durante esta fase cada competencia, de acuerdo con un plan de trabajo preestablecido y aplicando su propia metodología, realiza el *approche* clínico tratando de formular, desde el punto de vista de su especialidad un juicio diagnóstico provisional acerca de la existencia o menos del problema, de su gravedad y un pronóstico favorable o desfavorable en vista del tratamiento ulterior. Este diagnóstico y pronóstico necesariamente debe ser provisional, pues cada competencia enfoca el problema desde su punto de vista, el mismo que debe ser integrado con el punto de vista de las demás competencias.

Es así como la fase diagnóstica, en terminología del Prof. M. Gutiérrez, se realiza en dos 'niveles' distintos: el nivel médico-psicológico-asistencial y el nivel de estudio específico.¹⁴⁹

148 E. Cerdá: *Psicología aplicada*, 1. c., p. 367, ss.

149 De nuestros apuntes tomados durante las lecciones de Psicología clínica dictadas por el Prof. M. Gutiérrez, durante el primer semestre del año lectivo de 1962-1963, P. A. S. Roma.

- Quedando en un nivel médico-psicológico-asistencial las respectivas competencias realizan una serie de exámenes y un trabajo de recopilación de datos de orden médico asistencial psicológico y social sobre cuya base se elabora una 'síntesis provisional genérica'. En base a este juicio es posible determinar, con más exactitud, el tipo de diagnóstico a profundizarse para un mejor conocimiento del sujeto en orden a la formulación del diagnóstico específico.
- En un segundo nivel de estudio específico, de conformidad con los resultados proporcionados por la primera síntesis, se pasa al estudio del sector particularmente interesado para la solución del problema, sector que puede ser escolástico, profesional, de la personalidad, etcétera, según la naturaleza del problema, que se ha presentado en el estudio anterior.

En cada sector trabajan las respectivas competencias que pueden ser las mismas que han actuado en la primera fase de la síntesis provisional, pero que ahora se aplican al estudio más profundizado del problema aparecido. En este segundo momento la responsabilidad cae sobre la competencia encargada de estudiar el sector en cuestión.

A veces los sectores a profundizarse son más de uno: cada competencia se dedica entonces a una ulterior profundización de su problema específico.

Sobre esta base de estudio (médico-psicológico-asistencial y específico) es posible elaborar, en la reunión de síntesis, el diagnóstico definitivo en vista del tratamiento adecuado.¹⁵⁰

La síntesis final es la expresión sintética de la primera fase del trabajo en equipo: el diagnóstico.

El diagnóstico, por lo tanto, constituye una parte esencial del trabajo en equipo y solamente superada esta fase es posible pasar a la acción terapéutica.

2.2 Fase terapéutica

Con el diagnóstico específico o síntesis diagnóstica y la correspondiente indicación terapéutica se cierra la primera fase para dar comienzo a la segunda, en la cual también se halla empeñado todo el equipo: la terapéutica. Todo el equipo a través de cada competencia se halla empeñado para que la terapéutica indicada sea debida-

150 Esta es la modalidad empleada sistemáticamente por el equipo del CMPP del Instituto Superior de Psicología del P.A.S. de Roma. Otros Centros sin embargo, si bien no la adoptan para todos los casos, de hecho trabajan en el segundo nivel de estudio específico cuando determinados casos lo exigen.

mente realizada. Si bien, según la indicación y resolución tomadas en la reunión de síntesis, la terapéutica se realice en un determinado sector de determinadas competencias, los demás miembros del equipo no se portan pasivamente sino que se hallan listos para llevar su aporte cada vez que éste se hace necesario sea con ulteriores exámenes de control, sea con una positiva intervención en el marco de su respectiva competencia. De todas maneras, aunque la terapéutica se confiere a un miembro del equipo, no deja por esto de ser controlada y favorecida por todos los demás, pues el que realiza la terapéutica no es un determinado profesional, sino el equipo, por medio de determinado o determinados profesionales los cuales por lo tanto trabajan *in solidum* sea en orden a la responsabilidad terapéutica o en orden a su real realización.

Pero estos dos temas, el diagnóstico y la terapéutica como actividades del equipo, los hemos de estudiar en el capítulo siguiente; aquí solamente hemos querido poner de relieve el aspecto organizativo.

No entramos en cuestiones del plan de trabajo y horario, pues cada Centro, de acuerdo con sus finalidades, medios de trabajo y posibilidades, necesariamente tiene que organizar su trabajo de acuerdo con un plan, elaborar su horario y modalidades de atención clínica. Solamente nos limitamos a subrayar su importancia para el regular funcionamiento del Centro y para la consecución de sus fines específicos.¹⁵¹

III. Locales e instrumentos de trabajo

Los objetivos y finalidades que el Centro se propone han de ser los que determinan su ubicación, los locales necesarios y los varios instrumentos de trabajo que el Centro necesita.

No es el caso de entrar en detalles, inútiles por otra parte, si se considera la variedad de exigencias y posibilidades que impiden dar una regla única; pero es básico el principio que debe presidir a la instalación de locales, adquisición de aparatos e instrumentos: su funcionalidad. Todo aquello que de alguna manera favorece una mejor atención al niño será conveniente que el Centro lo adquiera, así como todo aquello que de alguna manera entorpece el trabajo en favor del niño tendrá que ser eliminado.

Es un principio de evidencia inmediata, pero en la práctica, en no raros casos, priman criterios secundarios en desmedro del fin principal: será el ingeniero que

151 Para una detallada exposición relativa al plan de trabajo y horario particularmente en orden a los servicios a prestarse en favor de la escuela y orientación profesional cfr. G. Lutte: "l'Orientation en Beligque", Tesis de Doctorado, P.A.S., Roma, 1959.

de conformidad con sus fines arquitectónicos se hallará en capacidad de realizar una construcción, desde su punto de vista, perfecta, artística... pero desde el punto de vista médico psicopedagógico sin utilidad práctica. Tocaré al equipo dictar los criterios médico-psíquico-pedagógicos que deben seguirse en la construcción de un Centro MPP Sobre esta base el ingeniero podrá realizar su ideal edificio.

Lo propio dígame de los instrumentos, aparatos, etcétera, de los cuales necesariamente el Centro tiene que estar provisto. No resulta fácil vencer la tentación de conseguir, permitiéndolo los medios de que se dispone, aparatos último modelo inútiles para un Centro, sea porque determinados instrumentos a más de ser costosísimos no se usarían sino en rarísimos casos para los cuales más útilmente se acudiría a un consultorio especializado, sea porque el Centro no dispone de técnicos preparados para su manejo.

Más grave naturalmente es el caso opuesto: que el Centro carezca de aquellos locales e instrumentos que resultan indispensables para la consecución de sus finalidades.

No creemos superfluo recordar aquí otro principio que debe presidir a la fundación y funcionamiento de un Centro, esto es el principio de la autonomía e independencia.

Una dependencia externa al Centro en lo relativo a locales e instrumentos de trabajo, por lo menos para los casos ordinarios, vendría a entorpecer su labor con enorme desventaja para los clientes que el Centro es llamado a servir.

Con relación a la ubicación del Centro hay que tener en cuenta algunos criterios muy bien evidenciados por Buckle y Lebovici.¹⁵² Hay que considerar:

- El tipo de niños que el Centro va a servir.
- Las instituciones médicas, educativas, sociales con las cuales el Centro establece sus relaciones.
- La facilidad de acceso y los medios de transporte.
- El personal que trabaja en otros servicios.
- La posición, geográfica y el ambiente climatérico, etcétera.

Sin embargo, sin descuidar lo demás, el criterio base para la ubicación del Centro debe ser el positivo servicio del niño en función del cual el Centro se establece.

152 Buckle-Lebovici: *Les Centres de Guidance*. Infantil, OMS., Genève, 1957, p. 112.

Cuando un Centro tiene que servir a un sector limitado de una ciudad, es aconsejable ubicarse en el sector mismo, sea por razones de orden práctico, sea para reforzar en los interesados el sentimiento de que el Centro participa directamente a la vida de la colectividad.

De la misma manera sería aconsejable que los Centros que han sido creados particularmente para las necesidades de un grupo de alumnos o de un tribunal para niños o determinadas instituciones, sea establecido cerca de los servicios administrativos con los cuales el Centro es llamado a colaborar más estrechamente.¹⁵³

Los Centros que sirven a pequeñas ciudades, aldeas o regiones rurales, deberán establecerse preferentemente en las localidades que ellos toman a su cargo; no será raro el caso que el personal de estos Centros no se halla en el lugar sino en determinados días de la semana.

Este principio de funcionamiento intermitente es a veces aplicado de manera general cuando se piden equipos móviles que acuden metódicamente a las regiones rurales según un horario previamente establecido.

El coloquio de Losanna (18 de agosto - 20 de septiembre, 1956), recomienda el uso frecuente de equipos móviles de este tipo porque en muchos países resulta difícil reclutar a un personal especializado suficientemente numeroso.¹⁵⁴ En Francia este ensayo ha dado óptimos resultados.¹⁵⁵

Estos criterios tratan de salvaguardar la atención debida al niño desadaptado. De hecho, en la práctica, por consideraciones de orden financiero y disponibilidad de locales, habrá que llegar a una solución de compromiso, como en el caso en el cual el Centro tenga que servirse de aulas escolares, hospitales o locales de la administración pública. En estos casos es esencial para el Centro mantener su autonomía e independencia para evitar cualquier entorpecimiento en su actividad diagnóstica y terapéutica.

En concreto, las circunstancias y las posibilidades económicas determinan una ubicación; en estos casos habrá que adaptarse siempre que quede en pie la positiva ventaja, siquiera mínima de los clientes.

153 Buckle D.-S. Lebovici: *Les Centres de Guidance Infantile*, op. cit., p. 112.

154 *Ibid.*

155 Cfr. Bascou en su relación a la 1º Conf. Internac. de UMOSEA (Roma, 1960), en *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 5, 6, 1961, p. 410, ss.

El CMPP debe poder disponer de todos aquellos locales y dependencias que sus funciones y actividades requieren. Su número no puede determinarse *a priori*, sin embargo algunos de ellos son indispensables. En línea de principio, cada miembro del equipo debería poder disponer de un local propio para el examen médico psiquiátrico, para los exámenes psicológicos, para la entrevista con los padres, para la reunión del equipo, para los instrumentos, etcétera.¹⁵⁶

Pero más que señalar numéricamente esos locales queremos insistir sobre su funcionalidad. Un mismo local en efecto puede servir para finalidades distintas quedando firme el principio que una actividad no entorpezca la otra.¹⁵⁷

En su disposición habrá que tener en cuenta la facilidad de movimientos y utilización, con el fin de evitar idas y vueltas inútiles que, a más de ser molestosas, son causa de desperdicio de tiempo que más útilmente se puede emplear en su trabajo eficiente.

Además que a los principios de higiene y de edilia en general, los locales de un Centro deben conformarse a los principios de orden psicológico y pedagógico, de manera que los mismos sean no solo estéticos sino psicológicamente agradables, lo que no carece de importancia sobre todo tratándose de un CMPP

Asimismo, la colocación de aparatos e instrumentos varios en los distintos locales debe cuidarse de manera tal que su manejo y utilización se hallen a la mano, lo que no dejará de resultar de gran ventaja para los exámenes y labores clínicas de parte de las respectivas competencias.

El descuido de estos principios en la ubicación, distribución de locales e instalaciones varias podría disminuir, si no anular, gran parte del trabajo de un equipo competente.

El Centro, para desarrollar una labor científica eficiente, debe asimismo disponer de instrumentos. Sin pretender entrar en detalle, queremos señalar unos criterios generales que deben presidir a su elección y adquisición.

Ante todo es evidente que el Centro necesariamente debe servirse de instrumentos. El criterio base a seguirse es que cada competencia debe poder disponer de los instrumentos específicos de su profesión: el médico de instrumentos médicos, el psicólogo de instrumentos para los exámenes psicológicos, etcétera.

156 En Quito hay el CMPP del instituto Superior Salesiano.

157 Buckle-Lebovici, *ibíd.*

Aquí tomamos la palabra instrumento en sentido amplio, desde los aparatos médicos, hasta los test, ficheros y demás accesorios que cada competencia y el equipo como tal necesita, para los exámenes médicos, psicológicos, la encuesta social, etcétera.

Todo Centro debe disponer de los aparatos indispensables para el examen sensorial y biométrico, necesarios para un chequeo general del estado físico del sujeto. El gabinete médico no puede carecer del antropómetro; de los aparatos necesarios para el examen de la vista (como sería la caja optométrica luminosa, una inscripción para la visión de cerca, las tablas de Stilling para la medición de la capacidad de distinción de colores); del oído (como sería el audiómetro); de la respiración (espirómetro); de la presión (esfigmomanómetro) y demás aparatos que permiten establecer el estado de las condiciones físicas del sujeto sea en su regularidad como en eventuales anomalías.

Para el examen psicológico los instrumentos clásicos son los test, sea para el estudio de la inteligencia, como del carácter y de la personalidad. El empleo de los test es indispensable en un Centro, pero también hay que tener un cuidado especial en la selección de test que sean realmente válidos. En la variedad enorme de test que existen actualmente no siempre es fácil orientarse: no se trata tanto de disponer de numerosos test cuanto de test válidos. En la actualidad cada Centro adopta, de conformidad con criterios generales y particulares, un determinado número de test que aplica regularmente en el examen de todo niño y otros que aplica según las exigencias del examen psicológico de cada niño en particular, con relación a sus problemas específicos. Sería de desear que, en los varios Centros, existiera una cierta uniformidad en la selección de los test, sea para controlar la validez de los mismos como para los efectos estadísticos. De hecho esta uniformidad no existe. Si quisiéramos aunque sea solo enumerar los varios test empleados en los diversos CMPP y de Guidance infantil su lista sería muy larga y por otra parte incompleta.

Más útilmente se podrán consultar fuentes autorizadas donde, a más de encontrar una descripción y enumeración más completa, es posible hallar un juicio de valor.

Clásica es la edición de Buros O. K.: *The fourt mental measurements year-book*, Highlan Park, N. J. Gryphon Press. 1953.

Cfr. también Anastasia A.: *Psychological testing*, New York, MacMillan, 1954.

Béla Székety: *Los test*. Kapeluz. Buenos Aires, 1960, 1, 2, 3 Vol.

Falorni M. L.: *Lo studio psicologico dell'intelligenza e della motricità*. Gli Esami Psicologici, (Collezione psicologica). Firenze, Editrice Universitaria, 1952.

Falorni M. L.: *Lo studio psicologico del carattere e delle attitudini*. Gli Esami psicologici (Collezione psicologica), Firenze, Editrice Universitaria, 1954.

Pichot P.: *Les test mentaux en psychiatrie, I. Instruments and methodes* (Bibliothèque de Psychiatrie). París. P.U.F., 1959.

Methodes d'investigation de la personnalité, en *Traité de Psychologie appliquée*, T. II. París, P.U.F., 1952. (Edic. Castell. Paidós).

Cerdá E.: *Psicología Aplicada*. Herder Barcelona, 1963. A más de señalar, siguiendo un orden sistemático, numerosos test, presenta un juicio sintético de mucho valor respecto de los más aplicados y más universalmente empleados.

Es conocida la enorme bibliografía existente relativa a los test en su conjunto, y de cada test en particular, lo que nos dispensa, aquí, de un estudio particularizado que, por otra parte no es objeto específico de nuestro trabajo donde solamente queremos señalar las líneas generales de los instrumentos a emplearse en los CMPP

Otro instrumento, aunque de naturaleza diversa, de que se sirve particularmente el asistente social y el pedagogo, es el coloquio, cuya técnica actualmente ha sido elevada al grado de científica. Ahora bien, para que el coloquio o entrevista sea llevado debidamente, todo Centro tiene que elaborar una guía que sirva para la recopilación ordenada de los datos. Esta guía es fundamental sea para ahorrar tiempo, sea sobre todo para recoger aquellos datos que en realidad tienen valor para el diagnóstico. También con relación a estas guías o cuestionarios no existe uniformidad y de hecho cada Centro elabora sus propios cuestionarios más o menos completos, pero al igual que para los test, con fines estadísticos, es de desear una cierta uniformidad siquiera en lo relativo a cuestiones más fundamentales, lo que tampoco existe.

A más del material necesario para cada competencia, el Centro tiene que disponer de todo aquello que sirve al equipo, en cuanto tal. Un Centro necesariamente debe disponer de accesorios varios que si no son de estricta necesidad, sin embargo son muy útiles para el desarrollo de una labor más eficiente: espejos metálicos, registradores, aparatos fotográficos, etcétera. La técnica moderna permite disponer de varios instrumentos que no es el caso enumerar, sea porque toda oficina modernamente equipada dispone de ellos sea porque son generalmente conocidos.

Queremos más bien insistir sobre el criterio que debe hallarse a la base para la adquisición de los mismos. Es equivocado querer reunir el mayor número posible de material, aparatos e instrumentos. Debe en cambio primar un criterio selectivo sea en orden a la calidad como a la cantidad. Hay Centros en efecto que disponen de abundante material pero sin utilización práctica, careciendo por el contrario de lo que en realidad sería necesario poseer. Otros menos equipados desarrollan una labor eficiente porque se ha procedido con criterio selectivo funcional.

Su número y variedad dependen naturalmente de las exigencias de cada Centro, pero el criterio cualitativo debe prevalecer sobre el cuantitativo. El que un aparato o un test sea más costoso no significa de por sí que también sea más útil y funcional. No siempre es fácil, cuando los medios económicos lo permiten, vencer la tentación de ostentación convirtiendo de esa manera el Centro en un lugar de exposición para los visitantes.

No se trata de eliminar una cierta elegancia, antes, por el contrario, es muy recomendable en un Centro que debe ser psicológicamente acogedor, no perder de vista lo que el Centro es: un lugar para el estudio y tratamiento del niño desadaptado.¹⁵⁸

Antes de poner término a esta cuestión, creemos necesario señalar el instrumento de necesidad absoluta para un Centro: *el Dossier*. El *Dossier* de hecho es el espejo del trabajo que se desarrolla en el Centro.

Su composición y redacción varía de Centro a Centro y de país a país de conformidad con exigencias locales y según una nomenclatura que no siempre coincide por falta de un acuerdo internacional. En un principio, en muchas consultaciones, el *Dossier* extremadamente reducido, abarcará una ficha de datos generales elaborados sobre la base de un interrogatorio sistemático (generalmente realizado por el asisten-

158 El art. 3 del Decreto Ministerial de 16 de Julio de 1957 de Bélgica (publicado en *Moniteur Belge*, 26 de Julio de 1957 y citado por G. Lutte en su tesis Doctoral, P.A.S., Roma, 1969, pp. 60-63), determina la organización material y administrativa, las atribuciones del personal, las justificaciones de la actividad y el equipo de CMPP El anexo primero establece particularmente el equipo mínimo que todo Centro debe poseer.

te social), los resultados de los test a los cuales había sido sujetado el niño y el parecer del psiquiatra. Pero con el tiempo y desarrollo de los Centros de *guidance* infantil y los CMPP, el *Dossier* se ha vuelto cada día más voluminoso y complejo.

El principio a seguirse no es que el *Dossier* sea o no voluminoso, sino que en realidad sea un medio funcional para el estudio y tratamiento del niño y para las finalidades estadísticas y científicas: debe ser la reproducción sintética y completa a la vez del caso en todas sus fases diagnóstica y terapéutica.

El 'Colloque de Losanna' por medio de una comisión nombrada explícitamente para el efecto, ha estudiado de manera particular la composición del *Dossier* que reproducimos así como Buckle-Lebovici. op. cit., p. 129, la presentan (pp. 131-132):

1. —Estado civil (nombre, apellido, fecha de nacimiento, dirección etcétera).
2. —Motivación de consultación.
3. —Circunstancias en las que la consultación ha sido recomendada (para aquellos que es a consecuencia de algún hecho).
4. —Informaciones previamente conocidas.
5. —Ambiente familiar:
 - a. Religión.
 - b. Constelación familiar.
 - c. Personas que viven en el hogar
 - El padre (estado civil, historia de su familia e historia personal, estadio de las relaciones del padre con su propia familia y personal).
 - La madre (las mismas informaciones del padre y además gestaciones sucesivas: niños, niños muertos y *fausses couches*).
 - Hermanos y hermanas.
 - d. Historia de *menaje* (relaciones de la pareja, disociaciones familiares, etcétera).
 - e. Sustitutos familiares paternos y maternos (igual información para el padre y la madre respectivamente).
 - f. Relaciones del niño con sus hermanos y hermanas.
 - g. Nivel de vida de la familia.
 - Tipo de familia y clase social,
 - Salarios e indemnizaciones.
 - Alojamiento.
 - Atmósfera familiar.
6. —El niño
 - a. Historia personal: gestación, *accouchement*, accidentes obstétricos, estudio de las graves consecuencias del desarrollo, anotando la fecha de aparición y eventuales dificultades (dientes, alimentación, sueño, motricidad, aprendizaje esfíntérico, etcétera, vacunas).
 - b. Antecedentes patológicos:
 - De orden médico (enfermedades, intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, separaciones eventuales de la madre).
 - De orden neuro-psiquiátrico (es necesario conocer todos los síntomas que han podido manifestarse durante la vida del niño, que persisten o que han desaparecido).
 - c. Balance escolar o profesional.
 - d. Colocaciones eventuales.
 - e. Actividades extra-escolares y relaciones sociales.
7. —Examen físico, en particular desde el punto de vista del desarrollo, de las vísceras, de la motricidad.

8. —Examen psicológico.
9. —Examen del Asistente social.
10. —Examen psiquiátrico.
11. —Resumen de las conferencias de síntesis.
12. —Acta de las sesiones de psicoterapia.
13. —Relación sobre las medidas terapéuticas o educativas de las cuales el niño ha sido objeto.
14. —Relación sobre las diversas intervenciones ante los padres.
15. —Cuenta de los diversos exámenes posterapéuticos.

Para que el *Dossier* sea un espejo fiel del caso y de la actividad del equipo es indispensable que los datos en él recogidos tengan la mayor garantía de objetividad.

El *Dossier* no debe ser un instrumento estático, sino dinámico: todos los hechos históricos se hallan en relación de dependencia y la manera con la cual son vividos tiene mayor importancia que su aparición cronológica y cada uno de ellos es característico de la vida del niño, de su familia y de su ambiente.¹⁵⁹

El *Dossier* además debe reunir cualidades que le deben ser propias, como es la amplificación de las redacciones escritas, sin por ello descuidar nada de lo que es de positivo interés para el caso.

Su presentación debe ser tal como para facilitar la conservación y clasificación.

Es conveniente así mismo que tengan un formato 'estándar', propio de las hojas para escribir a máquina, reservando, de ser posible, un color especial para las informaciones de cada técnico.

Debe ser de fácil manejo y consultación *in loco* o llevado, cuando el caso lo exigiere, a otros Centros.

Es absolutamente necesario, para los efectos estadísticos, que el *Dossier* sea puesto al día.

Por fin no debe ser accesible al público sino guardar la máxima reserva para que el secreto profesional sea estrictamente asegurado.

Concluiremos este punto observando que, si bien los locales, su ubicación y disposición, los instrumentos y aparatos, así como otros accesorios son necesarios al equipo, sin embargo todo ello adquiere valor en manos de un equipo profesional y técnicamente preparado y, sobre todo, animado de verdadero entusiasmo para ir al encuentro de la juventud desadaptada. Entonces aún con medios reducidos, pero

159 Cfr. Zavalloni R.: *La Psicología Clínica nello studio del ragazzo*, Vita e Pensiero, 1957, pp. 60-66.

suficientes, el equipo podrá realizar una labor eficaz en favor de la juventud para la cual ha sido constituido.

IV. Gestión y administración

No pretendemos aquí exponer los principios básicos del arte administrativo que presiden a toda organización que necesita medios económicos, sino señalar algunos aspectos que interesan particularmente a los Centros.

Ya hemos indicado la necesidad de que el Centro, para que pueda desarrollar su actividad dentro de un clima de libertad, debe gozar de autonomía no solamente funcional sino también económica, pues, según el refrán: 'quien paga manda'.

La razón fundamental se halla en la finalidad misma del Centro el cual se establece en función del niño desadaptado y no de intereses económicos o de entidades en cuanto tales: tribunales, escuelas, hospitales, etcétera.

V. Conclusión

Cuando su independencia profesional queda al seguro es indiferente que, administrativamente, se anexe al Ministerio de Justicia, de Previsión Social, de Sanidad, de Educación o cualquier otra entidad que se sustente con sus propios medios.

Con relación al personal que se compone el equipo es de desear que todos sus miembros trabajen a tiempo completo, remunerándolos, evidentemente, de manera adecuada. El hecho de que el personal se consagre solamente a esa labor tiene enormes ventajas sea para los clientes, o para la labor científica consiguiente.

Por otra parte, toda actividad que este personal juzgare debe emprender con el fin de mejorar su formación y enriquecer su experiencia, deberá incluirse en el horario normal de su trabajo y ser considerado como integrante de sus funciones.

Acaso no sea superfluo insistir sobre este punto, pues las responsabilidades que imponen las funciones del Centro y el cuidado con el cual éstas tienen que ser emprendidas, exigen que el personal goce de seguridad financiera total y pueda consagrarse exclusivamente a sus funciones para que no se halle en la necesidad de aceptar trabajo externo con la sola finalidad de aumentar su peculio.

Con relación a la contribución financiera de parte de los padres, no raras veces presenta sus dificultades. De hecho, cada Centro resuelve el problema a su manera, pero en línea de principio creemos conveniente y justo que los padres aporten su contribución, lo que favorece una conciencia más clara de su responsabilidad y ani-

ma a colaborar eficazmente para la acción terapéutica que, sin esa colaboración, en muchos casos, se volvería imposible.

Prácticamente habrá que tener en cuenta las posibilidades financieras de los padres, lo que sugerirá en cada caso el variar de la contribución mínima obligatoria.

Cabe notar que esta medida no carece de inconvenientes, pues pide la averiguación del estado económico lo que no deja de resultar odioso. Muchos Centros resuelven la cuestión dejando facultativa la contribución.

Como quiera que sea, el Centro en tomar su resolución, tiene que cuidar que el niño no sufra daño por ello.

Son válidos para el Centro los principios que regulan toda administración, pero es preciso anotar que una buena administración no deja de influir positivamente sobre la marcha del Centro, la actividad del equipo y la confianza de los clientes, pues es signo de seriedad en el trabajo.

Bibliografía

- AA.: *L'Esprit et l'action d'équipe, Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 5,6. Ambos números dedicados exclusivamente al estudio del equipo, así como se estudió en la Primera Conferencia Internacional de UMOSEA (Roma, 1960). Artículos varios y Relaciones.
- AA.: "La formación des principaux techniciens qui s'occupent de l'Enfance inadaptée". *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1951. Completamente dedicados a esta finalidad.
- AA.: XI Congrès de l'UNAR. *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1960, varios artículos sobre los diversos miembros del equipo desde pp. 202-261.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION: "Normas éticas para psicólogos". *Revista de Psicología General y Aplicada*, n. 40, 1956, pp. 697-714.
- ARNOU C.: *L'évolution du point de vue social en médico pédagogie*. Saint Suc. 1, 2, 3, 1960, pp. 202-207.
- ARNOU C.: *Role et formation des Assistentes Sociales Psychiatriques en Etats Unis*. Service Sociale, Bruxelles, n. 3, 1948.
- ARNOULD: "Le Point de vue des assistentes sociales". *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1960, pp. 202-207.
- BARONI, A.: *Y problemi di Pedagogía sociale. La Scuola Brescia*, 1955.
- BAUMGARTEN, Franziska: "Reglas básicas para un Código Internacional de Ética para Psicólogos". *Revista de Psicología Normal e patológica*, año VII, 1961, nos. 1, 2, 3, pp. 397-401.
- BERMAN, G.: *Las Psicoterapias y el psicoterapeuta*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- BRUNORI, Gabriella: "La preparazione dell'assistente sociale". *Quaderni di Ragazzi d'Oggi*, n.

- 5, 1958. Relación al II 'Convegno' de los CMPP del ENPME.
- BUCKLE, D.: *Observations sur le role du Psychologue dans l'équipe de Guidance infantile. Colloque sur les problèmes de Guidance Infantile*, Losanna, 1956.
- BUCKLE, D. y Lebovici S.: *Les Centres de Guindance infantile*, O.M.S. Genève, 1958.
- CERDÁ, E.: "Diálogo entre el Psiquiatra y el Psicólogo clínico". *Revista de Pedagogía General y Aplicada*, n. 49, 1959, pp. 129.
- CORNIL, P.: *Le role de juge des mineurs. Revue Penale Suisse*. Vol. 75, 1959.
- CHIARI, S.: *La figura del Consigliere di O.P. Homo Faber*, 1954, p. 15.
- DE MENASCE, Giovanni (Mons): "La formazione dell'Assistente sociale per il trattamento del caso individuale". *Quaderni di informazione per Assistenti sociali*, n. 22, 1953, pp. 29, ss.
- DE JOUGH, J.: *Il case-work nei programmi delle scuole di Servizio Sociale*. Ed. AA. I-Roma.
- DE SANCTIS C.-Bollea G.: *Per una specializzazione in Neuropsichiatria infantile. Lavoro Neuropsichiatrico*, Roma, n. 8, 1951.
- DE SANCTIS, C.-Bollea G.: "Per una specializzazione in Neuropsichiatria infantile. Programma della scuola di specializzazione della Università di Roma". *Infanzia Anormale*, n. 33, 1959, pp. 532-534.
- DÍAZ, Arnal Isabel: "La higiene mental del Educador especializado". *Revista de Educación*, noviembre de 1960, pp. 72-78.
- DÍAZ, Arnal Isabel: "La licenciatura en Psicopedagogía de la infancia inadaptada". *Revista de Educación*, n. 153, 1963, pp. 114-117.
- DORON: "Le point de vue des psychologues". *Sauvegarde de l'Enfance*, nos, 1, 2, 3, 1960, pp. 236-241.
- DUODECASTELLA, Rogelio: *La aportación del Servicio Social en la atención a la infancia y a la adolescencia*. Publicaciones al servicio del niño español. Ministerio de la Gobernación, marzo de 1961.
- FAUVILLE, A.: "La formation du Psychologue clinicien". *A Crianca Portuguesa*, 1948-1949.
- FAUVILLE, A.: "La formation du psychologue clinicien". *A Crianca Portuguesa*, a. VIII, 1950-1951, pp. 236-239.
- FARWELL, G.-Peters H. J.: *Guidance reacting for conselors*. Chicago: Rand McNally, 1960.
- FAZIO, C.; De Negri M.: "La specializzazione in neuropsichiatria infantile". *Infanzia Anormale*, n. 51, 1963, pp. 91-100.
- GEMELLI, A.: *La professione dello psicologo nel mondo moderno. Archi. Psicol. Neurol. e Psichiatria*. Fasc. IV, julio-agosto, 1956.
- GERDA de Bock: *Troisième Rapport introductif*. Lére Conférence international de la UMOSEA, Roma, 1960.
- GERMAIN, José: VII Reunión anual de la Sociedad Española de Psicología. "La profesión del

- psicólogo". *Revista de Psicología General y Aplicada*, n 58, 1961, pp. 345-349.
- GOBBI, Elio: "L'équipe Médico-pédagogique". *A Crianca Portuguesa*, a. XIV, 1954-1955.
- GRASSO, P. G.: "Il codice etico per gli psicologi". *Orientamenti Pedagogici*, n. 5, 1958, pp. 880, ss.
- GRASSO, P. G.: "La formazione professionale dello psicologo". *Orientamenti Pedagogici*, n. 5, 1957, pp. 744, ss.
- GROPPELLI, Angiola: "La preparazione dello psicologo". *Quaderni di Ragazzi d'Oggi*, n. 5, 1958, pp. 53, ss.
- GUTIÉRREZ, M. M.: Rollero: *Lo spirilo e l'azione d'équipe nei CMPP ella luce dell'UMOSEA*. *Orientamento Pedagogici*, 1960, n. 4, pp. 773-784.
- HAMILTON, G.: *Teoría e práctica del Servizio sociale*. Ed. Universitaria-Firenze, 1953:
- ISAMBERT, A.: *L'Education des parents*. Col. Paideia, París, P.U.F.: 1960.
- JEGER y Mac Dongell (AA II): "Preparazione al servizio sociale e condizioni di lavoro dell'Assistente sociale". *Quaderni di informazine per Assistenti sociali*, p. 23, n. 16-17, 1962-1953.
- KREVELEN, A. Van: "La formazione del pedopsichiatra". *Infanzia Anormale*, n. 3, 1959, pp. 518-523.
- LAGACHE, D.: "De l'Aptitude au metier de psychologue". *Bulletin de psychologie*, 1, 10, pp. 6-9.
- LANG, J. L.: "Le role et le point de vue des medecins". *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1960, pp. 242-248.
- LAFON, R.: "L'équipe de Psycho-pédagogie-médico sociale". *Sauvegarde de l'Enfance*, n. 1, 1950, pp.38, ss.
- LEWIS, K. M.; Thomas F. L.: *Papers on the role of the Psychiatric Social worker*. *British j. of Psychologic, work*, n. 4, 1950, pp. 18-20.
- MATHIS-MAUER: "L'équipe médico-social et psychopédagogique itinérante de Strasburg". *Sauvegarde de l'Enfance*, n. 7-8, 1958, pp. 620-627.
- MATHIS: "Le point de vue de l'équipe psychopédagogique médico-sociale". *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1960, pp. 257-261.
- MEIGNANT, P.: "Médicins et Psychologue". *Sauvegarde de l'Enfance*, n. 8, 1954, pp. 723-729.
- MORA, G.: "Compiti e formazione del Padopsichiatra". *Infanzia Anormale*, n. 1, 1953, pp. 56-70.
- MORA, G.: "Sur quelques aspects du problème de la specialité en psiquiatrie infantile au point de vue de l'éthique professionnelle". *A Crianca Portuguesa*, a. XIII, 1953-1954.
- NOBILÉ: "Le Point de vue des éducateurs". *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1960, pp. 208-211.
- NOUEL, Rony: "Le travailleur social et l'évolution des techniques sociales". *Sauvegarde de*

- l'Enfance*, nos, 1, 2, 3, 1963, pp. 168-188.
- OCCULTO, R.-Volpe G.: "Il ruolo dell'educatore della gioventú disadattata nell'équipe". *Esperienze di rieducazione*, VII, n. 3-4, 1960, pp. 65-74.
- OSSICINI, A.: "La ragione della preparazione psicologica degli assistenti sociali". Extracto de *Rivista Prevenzione degli infortuni*, ENPI, año 7, n. 3-4, 1955.
- PAULUS, Jean: "Les rapports du médecin et du psychologue". A *Crianca Portuguesa*, a. VIII, 1950-1951, pp. 57-65.
- PASTEU, G.: "Role de l'Assistante sociale à la clinique de psychiatrie infantile". A *Crianca Portuguesa*, a. X, 1951-1952, pp. 99-108.
- SAUGET: "Le personal des Centres médico-psychologiques ou psychopédagogiques". VI Congreso de UNAR, Montpellier, octubre de 1954, en *Sauvegarde de l'Enfance*, X, 1955, pp. 224-228.
- REIK, Theodor: *Cómo se llega a ser Psicólogo*, Buenos Aires: 1967.
- ROVIGATTI, M. T.: "Il Pedagogista dell'équipe per Il ricupero del disadattati". *Esperienze Sociali*, III, 2, 1962, pp. 57-62.
- TRAVERSA, Carlo: "La preparazione del Medico Psichiatra Direttore". *Quaderni di Ragazzi d'Oggi*, n. 5, 1958, pp. 34, ss.
- VELLA, Gaspare: "L'essenziale carattere clinico della collaborazione in équipe". *Esperienze di Rieducazione*, n. 3-4, 1961, pp. 39-45.
- VERNET, Marcel: "Le Pédagogiques". *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1963. pp. 100-111.

Actividad diagnóstica del Centro

La actividad del C.M.P.P. se desarrolla alrededor de dos objetivos: la diagnóstico y la terapéutica. Ninguna terapéutica es posible sin un previo y acertado diagnóstico. Son dos actividades, distintas evidentemente, pero inseparables y constituyen una sola cosa, pues el diagnóstico sin la consiguiente terapéutica resulta inútil para el niño desadaptado; y una terapéutica sin el diagnóstico sería ciega y produciría más daños que ventajas.

Debemos, por lo tanto, distinguir las dos actividades, en cuanto la una no se identifica con la otra, pero no separarlas, pues el diagnóstico, de alguna manera precede, acompaña y sigue a la terapéutica. En ciertos casos, el mismo diagnóstico se convierte en terapéutica en cuanto la aclaración de los problemas sugiere la correspondiente adaptación de la conducta.

Para que el tratamiento surta el fin que se propone, esto es la curación o adaptación del niño, es de necesidad absoluta que el equipo conozca exactamente la enfermedad o el problema que afecta al niño. Este conocimiento tiene que abarcar al niño en toda su totalidad y en sus relaciones con el ambiente familiar y social, que lo rodea para descubrir los conflictos y mecanismos de defensa que en él han surgido determinando la inadaptación.

Para conseguir esta finalidad se impone un triple diagnóstico:

1. Anamnéstico o encuesta social.
2. Médico psiquiátrico.
3. Psicológico.

Deben integrarse mutuamente y completarse para desembocar en un diagnóstico sintético, reflejo fiel de la realidad del niño y su ambiente, en orden al tratamiento psicopedagógico. Es lo que vamos a analizar en el presente capítulo.

I. La anámnesis y la encuesta social

La anámnesis en un Centro M. P.P. juega un papel de primaria importancia. Se puede afirmar que, en el campo de los disturbios, del comportamiento de los niños y adolescen-

tes, la encuesta anamnésica es la *conditio sine qua non* para la formulación del diagnóstico y la indicación terapéutica. La encuesta anamnésica, en efecto, tiende a reconstruir no solamente la historia de los disturbios que han llevado al niño a acudir al Centro, sino también la historia de la familia, sea en el plano personal como sociológico.

La anámnesis, a más de orientarse al diagnóstico, a menudo se convierte en terapéutica, pues los padres, en la entrevista anamnésica, frecuentemente cambian de óptica eliminando el carácter dramático de los conflictos y provocando una reacción más natural y tolerante con relación al niño, que termina en una mutua adaptación.

Dada su importancia diagnóstica y terapéutica a continuación vamos a considerar los objetivos que con ella el centro se propone, la técnica de que se vale y la ficha anamnésica como medio de expresión.

1. Objetivos

Por medio de la anámnesis, el Centro persigue tres clases de objetivos:

1. La recopilación de datos personales, familiares y sociales, lo más objetivamente posible, que de alguna manera pueden concurrir a aclarar el caso. Aún el hecho, al parecer más insignificante para el equipo, puede ser el principio de una cadena que ha llevado, uniéndose a una grande diversidad de factores, a la inadaptación del niño. Solamente por medio de la anámnesis, el equipo puede llegar a hallar ese anillo inicial.¹⁶⁰

2. Recolección de datos subjetivos sobre los resortes dinámicos profundos del comportamiento del niño y sus padres.

3. Realizar una distanciaci3n en las quejas y conflictos intrafamiliares y crear, en los padres y familiares, un cambio de 3ptica habitual en sus relaciones con el ni1o. De esta manera es posible llegar a conocer al individuo (anámnesis individual) en su estructura y dinamismo f3sico y psicol3gico, y su ambiente (anámnesis social) en el cual el ni1o se desenvuelve y vive y con el cual se halla en conflicto.

El equipo necesita, por medio de la anámnesis, llegar a la reconstrucci3n de la historia del caso en cuyo marco solamente es posible comprenderlo en toda su realidad psicol3gica, individual y social.

Es, sin duda, una conquista de la psicología moderna el sentido de la historicidad de la existencia humana para explicar su conducta. Ningún dato, aisladamente, es

160 Cfr. Oldfield J.: *The psychology of interview*, London, Methuen, 1947.

significativo sino que toma su verdadero valor en el contexto histórico y devenir fisiológico y psicológico del niño dentro de su ambiente.¹⁶¹

Sobre la base de estos conocimientos el equipo podrá proceder a exámenes más detenidos en los diversos sectores donde se producen los disturbios, pero teniendo siempre a la vista la realidad total del niño y su ambiente, presente y pasado y proyectándose también hacia el porvenir.

2. La encuesta social

La técnica que utiliza el equipo para el diagnóstico anamnésico es la encuesta social a través del coloquio o entrevista. No es aquí el lugar de hablar de las técnicas que regulan el desarrollo del coloquio como tampoco sus principios. Para ello se puede consultar monografías ya numerosas a las cuales enviamos.¹⁶² Aquí solamente queremos poner de relieve lo que interesa a la actividad del Centro en posesión de este poderoso medio diagnóstico y terapéutico.

En la práctica clínica su empleo es necesario e insustituible. Si bien todos los miembros del equipo deben conocer su técnica, sin embargo, en orden a la encuesta social, el técnico del coloquio es el asistente social. El entrevistador, no obstante, no es un recopilador de hechos y fechas relativos al desarrollo psicosomático del niño sino que tiene que llegar a penetrar el significado de los datos históricos, lo que significa que el entrevistador no debe detenerse solamente en sus manifestaciones externas sino tratar de comprender sus relaciones causales. Esta comprensión no puede ser algo subjetivo, que brota de la fantasía más o menos despierta del entrevistador, sino fundada en la realidad histórica del desarrollo de niño y su ambiente. Por otra parte, resulta sumamente difícil anotar objetivamente hechos y comportamientos.

161 Cfr. Scarcella M.: "Anamnesi e tipologia nei fanciulli immaturi affettivi". *Infanzia Anormale*, 1959, n. 32, pp. 343-350.

Cfr. también Santoro L.: *Importanza dell'indagine familiare ambientale come contributo a diagnosi e trattamento*. Comunicación al II "Convegno" Nacional de los CMPP del ENPMF. *Quaderni di ragazzi d'Oggi*, n. 5, 1958, pp. 201-204. Ackerman N. W.: *Diagnóstico y tratamiento en las relaciones familiares*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1958. Cibelli S.: *Considerazioni sulla carenza ed abbandono affettivo nella età evolutiva*. *Infanzia Anormale*, 28, 1958, pp. 433-438.

162 Cfr. entre otros: Young P. V.: *L'intervista nel servizio sociale*, trad. de E. Vacca y M. Pittalunga, Roma, Astrolabio, 1952; Bingham W. V.: *How to interview*, 3 ed. New York, Harper, 1941; Garrett A.: *Interviewing. Its principles and methods*, New York, Family Welfare Assoc. Amer., 1942; L. Ancona: *I fondamenti psicologici del colloquio e la sua utilizzazione in psicologia*. *Arch. Psicol. Neurol. e psichiat.* 1957, 18, pp. 215-260; Charles Nahoum: *L'Entretien psychologique*, Paris, P.U.F., 1958; Pasquasy R.: *L'Entretien psychologique*. Centre libre d'Orientation professionnelle, n. 1, 1952, pp. 9-14; Twila Neely: *A study of errors in the interview*. Columbia Univ. 1957.

Fácilmente se acumulan juicios relativamente al niño y sus padres y el ambiente que no corresponden a la realidad. A menudo el entrevistador no preparado traiciona su personalidad reflejándose en sus juicios carentes de fundamento objetivo.

De aquí se deduce la necesidad de una formación personal y profesional para evitar errores que vendrían luego a repercutir sobre el diagnóstico final del equipo emitido sobre bases anamnéticas falsas. Las técnicas modernas permiten evitar muchos errores; sin embargo, el entrevistador no queda completamente inmunizado contra posibles errores, los mismos que, en el seno del equipo, y sobre la base de la coincidencia o menos de los datos con los resultados obtenidos por otras técnicas, serán luego criticados y debidamente evaluados de manera que la anámnesis sea objetivamente verídica.

Los autores que hemos citado en la nota anterior, y otros más, dan reglas y normas para obtener la máxima objetividad pero es solamente en el seno del equipo donde esta garantía de objetividad alcanza su grado máximo, mientras, por otra parte, el equipo no puede prescindir de los datos recogidos mediante la encuesta social.

En la práctica clínica adoptada por los Centros, el coloquio o entrevista se desarrolla en tres momentos distintos y en cada momento se siguen modalidades diversas con fines diversos.

Es de suma importancia para el Centro el primer *approche* con los padres y; parientes y con el niño.¹⁶³

La primera entrevista se realiza cuando los padres entran en primer contacto con el Centro. Si bien este primer encuentro no tiene finalidad, estrictamente anamnética, sin embargo se orienta a ella. En este primer coloquio es posible saber, por ejemplo, si el niño ya ha sido examinado por otros Centros, particular que tiene gran importancia pues significa o que la familia no ha quedado satisfecha de la intervención del Centro anterior (por escasos resultados, por la lentitud en el trabajo, etcétera) o solamente porque sigue la rutina de pasar por todos los Centros que se prestan para ello. Esta actitud explicable en los padres no puede ser aprobada por el Centro y sin más este puede proceder al rechazo de una consultación juzgada inútil. Pero el Centro al realizar el rechazo deberá motivarlo. En caso de aceptación habrá que proceder a la consecución de toda la documentación que consta en el *dossier* del Centro anterior, lo que hará ahorrar tiempo y trabajo. Este estado de cosas naturalmente supone un entendimiento entre los diversos Centros. Por otra parte, estos casos no son raros y este primer *approche* se hace necesario.

163 Buckle-Lebovici: *Les Centres de Guidance infantile*, O.M.S., Genève, 1958, cap. II.

El primer *approche* y las primeras impresiones son de enorme importancia para la colaboración sucesiva de los entrevistados, razón por la cual el entrevistador tiene que establecer relaciones óptimas para el desarrollo de toda la encuesta.

Luego del primer *approche*, que puede durar una o dos sesiones, y que sirven para establecer un contacto favorable para la elaboración de la anámnesis, se pasa a la segunda fase cuya duración varía según el tiempo disponible, la personas, las circunstancias etcétera.¹⁶⁴

Es absurdo pensar que los padres sin más entren en el juego de estos coloquios sin antes comprender su utilidad. En general, los padres no admiten que se hable de ellos, pues quieren hablar de los disturbios y anomalías del niño. Entra en la técnica del coloquio anamnésico dejar que los padres se entretengan en la descripción de estos disturbios dándoles, de esta manera, la posibilidad de desahogar la energía que se halla acumulada en sus quejas. El asistente social orientará luego el coloquio tomando como punto de partida ese mismo resentimiento provocado por los disturbios y anomalías del niño:

Los padres con el entrevistador establecen una relación ambivalente en cuanto adoptan una actitud de entrega o de agresividad, de sumisión o de rebeldía. La actitud agresiva a menudo es disimulada e inconsciente. El entrevistador tiene que adoptar una actitud neutra lo más posible, manteniendo su calma y dedicándoles todo el tiempo posible.

Buckle y Lebovici creen que se debe evitar el interrogatorio sistemático y dirigido al que algunos Centros creen se debe someter a los padres luego de la primera entrevista. Sin duda el entrevistador tendrá que llevar a los padres a abandonar la forma interrogativa para llevar el coloquio en forma natural. Entra en el espíritu del Centro el que toda relación humana se establezca de la manera más natural posible.

Los coloquios anamnésicos deben ser consignados por escrito según las diversas técnicas que la ciencia moderna ha puesto al alcance del entrevistador y según las normas generales que regulan el coloquio.

Hay técnicos que toman notas durante el coloquio y en muchos Centros ésta es la práctica adoptada. Esta modalidad presenta sus inconvenientes sobre todo con relación a la espontaneidad del coloquio. Otros prefieren acudir a la registración magnetofónica. Otros se valen de secretarios. Pero, a pesar de sus inconvenientes, estas modalidades no contradicen al fin anamnésico y debidamente empleadas sin duda lo favorecen. Se discute acerca de si hay que redactar por completo la entrevista o en cambio condensarla. En la práctica, esta modalidad es la más aconsejable siempre que el técnico sepa en realidad condensar fiel y válidamente, que es lo esencial.

164 Cfr. Zavalloni R.: *La Psicología clinica nello studio del ragazzo*, Vita e Pensiero, Milano, 1957, pp. 85-102.

Cualquiera sea la técnica que se empleare, ésta no debe de ninguna manera afectar a la espontaneidad y objetividad del coloquio.

Siendo que el *dossier* tiene que ser puesto al día, son necesarios coloquios ulteriores para integrar los datos recogidos, acaso modificarlos de conformidad con una mayor objetividad y fidelidad. Estos se hacen tanto más necesarios en cuanto las perspectivas de los padres cambian a causa de la relación que se establece entre los miembros del equipo. Por otra parte, el tiempo realiza también su obra de dramatización a consecuencia de coloquios prolongados que modifican los puntos de vista de los padres, quienes, por lo tanto, se hallan en condición de juzgar más objetivamente los hechos.

Desde este punto de vista es difícil separar de manera radical el trabajo diagnóstico del terapéutico; como quiera la continuación de los coloquios anamnésicos llevan naturalmente a una acción terapéutica más o menos sistemática, particularmente en los casos donde un tratamiento específico de los padres no entre en el programa de acción terapéutica directa.¹⁶⁵

3. La ficha anamnésica

Los datos de la encuesta social se consignan en la correspondiente ficha anamnésica que cada Centro elabora para sus finalidades y cuya extensión puede variar según diversos criterios que presiden a la acción del Centro mismo.

Esta misma ficha de hecho sirve al asistente social como punta y guía para llevar sus coloquios y recoger, de la manera más ordenada posible, los datos que interesan al Centro. No es posible proporcionar una regla única: como en todas las cosas, hay que evitar los dos extremos, esto es que la ficha sea totalmente sintética que en realidad no proporcione datos suficientes como tampoco muy extensa que resulte prácticamente inutilizable. El criterio básico es siempre el de recoger los datos que en realidad sirven para la solución del caso; esto naturalmente de parte del asistente social exige preparación esmerada y capacidad de discriminación, dotes que no siempre es posible hallar.

La ficha anamnésica representa la historia del niño colocado dentro de su ambiente pasado y presente.

Aunque cada Centro elabora su ficha, sin embargo existe un cierto acuerdo en recopilar datos que son universalmente considerados como necesarios para el trabajo médico psicopedagógico del Centro.

165 Cfr. Hollis F.: *Rapporto tra la diagnosi psicossociale e il trattamento del Social case-work*, A.A., I, n. 2, 1951.

No pudiendo detenernos en la descripción particularizada de los datos que un Centro bien estructurado tiene que recopilar para el conocimiento del caso, aquí nos limitamos a presentar la ficha anamnésica de P. V. Young completada por D. Brinker de conformidad con los esquemas empleados en el Instituto de Investigación Minoril de Chicago y el Instituto de Higiene Mental Infantil de New York, la misma que es citada por R. Zavalloni y reproducida en su libro: *La Psicología clínica nello studio del Ragazzo*.¹⁶⁶

Datos preliminares

Apellido Nombre

Fecha Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Domicilio

Escuela (Colegio) Grado (Curso)

Nombre del padre

Dirección

Nombre de la madre Dirección

Nombre de los hermanos y hermanas
 (en orden de nacimiento y sus direcciones)

.....

.....

Conviene así mismo elencar a las personas entrevistadas para esta finalidad dando nombre, dirección, relaciones con el niño y la fecha del coloquio. Describir brevemente para cada una, las aptitudes y circunstancias que han facilitado o complicado los coloquios y anotar las preguntas que han provocado una reacción emotiva de cualquier tipo.

Anámnesis personal

1. Los problemas del niño

Proporcionar un recuento detallado de todo el comportamiento como:

- a. **Conducta social:** hurto, vagabundaje, falsedad, agresividad, actividades sexuales públicas, etcétera. Dar el parecer del tribunal, si existe.
- b. **Rasgos característicos de la personalidad:** misantropía, timidez, ansia, imaginación excesiva, quejas habituales y gritos, estados de cólera, superactividad, contrariedad, comportamiento presuntuoso, incapacidad para aprender, incapacidad para aprovechar la experiencia.
- c. **Costumbres:** disturbios del sueño, problemas de la nutrición, chuparse el dedo, comerse las uñas, enuresis, masturbación, defectos de pronunciación, etcétera. Precisar la época de la primera manifes-

¹⁶⁶ Zavalloni R.: *La psicología clínica nello studio del ragazzo*. Vita e Pensiero, Milano, 1957 pp. 62-65. Ed. Paidós, 1963.

tación de los problemas, especificando la manera con la cual este comportamiento se ha desarrollado, la actividad de los padres, de los maestros y de los otros interesados. Por ejemplo, en caso de hurto: qué cosa ha sido robada; si solo o con otros compañeros; edad y sexo de los compañeros; qué se ha hecho con los objetos robados, métodos empleados en la terapia y reacciones del niño.

2. Personalidad del niño

- a. **Describir y explicar las actitudes**, las relaciones del niño hacia los padres, los hermanos y hermanas, su casa, sus compañeros, sus superiores (maestros, empresarios, etcétera).
- b. **Describir sus inclinaciones y sus sentimientos** (confianza en sí mismo, auto conmiseración, presunción, etcétera, y la vida en general (sueños con ojos abiertos).

Es importante tener un cuadro de las reacciones del niño en el plano de la conducta normal y aceptable, así como un cuadro relativo a sus acciones inaceptables e insatisfactorias.

3. Historia del desarrollo

- a. **Fecha y lugar de nacimiento**
- b. **Gestación**, salud de la madre y sus reacciones emotivas, actitud de los padres, el uno hacia el otro, intención o no intención de tener hijos.
- c. **Parto** ectópico o difícil, peso al nacimiento, lesiones o malformaciones, influjo de alguna anomalía en la actividad de la madre hacia el niño, separación de la madre.
- d. Alimentación, amamantamiento materno o artificial, regularidad y duración del amamantamiento, dificultades para la cesación.
- e. **Época de la dentición**, primeros pasos, primeras palabras, fecha de control de las funciones fisiológicas, tendencia al izquierdismo o destrismo.

4. Condiciones de salud

- a. Indicar la época, la duración, la gravedad y los póstumos de las enfermedades, incidencias, operaciones.
- b. Investigar particularmente sobre la espasmo-filia, baile de S. Vito, enfermedades del sueño, parálisis infantil, meningitis, desmayos, infecciones en el ojo, disturbios en los ojos.

5. Actividad escolástica

- a. Exposición cronológica del aprovechamiento escolar: edad de admisión, clases saltadas o repetidas, escuelas frecuentadas, etcétera; dar los resultados de algún reactivo de inteligencia o de ejecución.
- b. Actitud del niño hacia la actividad escolástica, los maestros y compañeros de escuela; actitud de los maestros hacia el niño.

6. Hábitos e intereses

- a. **Estado físico**: alimentación, sueño, evacuación, limpieza.
- b. **Desarrollo sexual**: interés o actividades sexuales; educación sexual recibida y en qué edad, reacción del niño; signos de la pubertad. Para las niñas: primera menstruación, tipo de preparación, efecto emotivo.
- c. **Trabajo**: clase de trabajo hecho, suma y empleo de las ganancias, actividad del niño y de los padres hacia su trabajo.
- d. **Recreo**: intereses principales y tipo de las actividades lúdicas, disponibilidad de dinero para gastos a gusto.
- e. **Compañeros**: sus cualidades morales y condiciones sociales; relaciones del niño con ellos; actitud de la familia hacia ellos.

Anámnesis familiar

1. Grupo familiar

a. **Padres (padre y madre):** nombre, edad, lugar de nacimiento, domicilio actual y ocupaciones: hechos de relieve respecto de la salud, instrucción, e historia del trabajo. Puesto ocupado en su grupo familiar, menor, mayor., etcétera); relaciones con la propia familia (viciado, dependiente, afectivo, antagonismo hacia los padres o hermanos y hermanas, etcétera); tipo de disciplina recibida cuando joven.

b. **Padres adoptivos:** recoger las mismas informaciones necesarias para conocer las condiciones personales y la historia conyugal de los padres verdaderos.

c. **Hermanos y hermanas:** enumerar, en orden cronológico, todos los embarazos, inclusive los abortos, para cada hijo; dar nombre, fecha de nacimiento, clase actual, tipo de trabajo y sistematización, salud, reacciones presentes y pasadas con relación al niño difícil y reacción de éste hacia cada uno de los hermanos.

d. **Hermanastros y hermanastras:** recoger las mismas informaciones necesarias para los hermanos y hermanas.

2 Ambiente familiar

a. **Ambiente paterno y materno:** los datos relativos a los padres son importantes por cuanto pueden considerarse factores que influyen en los otros componentes del grupo; obtener noticias significativas como el nombre, la edad, el lugar de nacimiento, la instrucción, la historia del trabajo, las actitudes especiales, la salud, el estado de nerviosismo, la rareza, las enfermedades mentales, el temperamento violento, los eventuales suicidios, el uso del alcohol, la criminalidad, etcétera.

b. **Habitación:** direcciones anteriores y motivos de traslado, descripción del barrio actual y tiempo de su residencia, condiciones materiales de la casa, condiciones económicas.

3 Relaciones generales

Describir las relaciones en el interior del núcleo familiar; solidaridad, afecto, intereses comunes; posibilidades de distracción en casa. Relaciones con círculos políticos y actividades religiosas; actitudes hacia la educación, las ambiciones, etcétera, con particular relación con las actitudes adoptadas relativamente al niño difícil.

Recursos para el tratamiento

1. Entes sociales

Trabajo realizado por todos los entes que han tenido relación con la familia; entes que se hallan habitualmente en contacto con la familia y su programa de trabajo en este caso.

2. **Recursos del vecindado:** iglesia, escuela, círculos deportivos, etcétera.

3. **Recursos ofrecidos a la familia:** asistencia familiar; cambios en el seno de la familia.

El examen anamnésico es sin duda el primero, no solo en orden de tiempo, sino también, desde el punto de vista de la totalidad, de importancia. En realidad sería imposible llegar a un conocimiento cabal del problema que afecta al niño sin la encuesta social. La ficha anamnésica, por lo tanto, permite formular un diagnóstico respecto de la situación global del problema, considerado en sus situaciones históricas concretas, que permiten interpretar dichos y hechos que, luego, en la sesión de síntesis, tomaran su lugar preciso en la vida del niño y de su ambiente.

El asistente social, a más de los datos obtenidos oralmente por medio de la entrevista, fácilmente puede conseguir una serie de documentos, escritos, trabajos, dibujos, etcétera, que constituyen una fuente de información muy preciosa para los fines del diagnóstico.

Si el estudio anamnésico es de capital importancia, debido a sus dificultades y peligros de errores, acaso más que ningún otro necesita de la intervención del equipo para eliminar toda fuente de error o falsedad, que es como decir que el trabajo del asistente social, por preciso que fuere no es suficiente para la solución del caso.

En manos del equipo y con los demás datos recogidos por las varias competencias se vuelve en medio insustituible y de indiscutible valor clínico.

II. El examen médico-psiquiátrico

En un Centro M.P.P. la figura del médico neuropsiquiatra ocupa un lugar central siendo que a él, de manera particular, le incumbe la tarea de describir los mecanismos fisiopsicológicos que están en la base de la desadaptación del niño.

Todo niño que llega al Centro tiene que ser examinado por el médico neuropsiquiatra para definir si el problema tiene base orgánica o psíquica. De todas maneras, entra en la praxis del Centro M.P.P. un chequeo completo desde el punto de vista médico con el fin de estudiar el estado físico del niño, sea desde el punto de vista del desarrollo estatura-ponderal, como desde el punto de vista del estado de sus órganos principales.

La experiencia clínica ha demostrado que a menudo existen disfunciones, particularmente de carácter endocrino y nervioso, que es preciso descubrir. Por esta razón, el neurólogo tiene que realizar un examen minucioso de los reflejos, movimiento de los ojos, de la sensibilidad cutánea, de la simetría del cuerpo, etcétera. La misma experiencia clínica ha demostrado que en muchos casos el desequilibrio endocrino, particularmente durante el periodo pubertario, tiene como consecuencia una desadaptación psicológica.

La presencia de elementos oscuros o posibles taras exigen la intervención del médico neuropsiquiatra.

La conexión que existe entre la *psique* y el *soma* exige a menudo que el examen médico sea acompañado o seguido por el examen psiquiátrico.

El psiquiatra reúne en sí mismo las técnicas médicas y las técnicas psicológicas; es inseparable de la medicina general y de la neurología y utiliza al mismo tiempo los datos proporcionados por la psicología.¹⁶⁷

Es el técnico de las anomalías de orden físico y psicológico. El médico neuropsiquiatra, tratándose de un anormal psíquico, ante todo tiene que realizar el examen médico propiamente dicho. De capital importancia se presenta el estudio morfológico que puede revelar deformaciones de cualquier tipo, pues la correlación que media entre el carácter y la morfología pide la colaboración médica y psicológica, que es como decir que se presentan con caracteres eminentemente psiquiátricos.

Sin embargo, tratándose de niños, los datos de la morfología, biología y tipología tienen que ser interpretados con suma prudencia, pues hasta la pubertad la morfología del niño a veces está sujeta a cambios profundos debido a varios factores de orden físico y ambiental.

El examen psiquiátrico tiene que completar además la encuesta social de la cual hemos hablado. Particularmente tiene que detenerse en el estudio y descubrimiento de los antecedentes patológicos de carácter hereditario que a menudo son causa de los disturbios actuales. Es preciso analizar todas las etapas del primer desarrollo, así como los incidentes que caracterizan a la primera infancia como serían eventuales traumatismos obstétricos, convulsiones, enfermedades contagiosas, encefalitis, etcétera, que solamente pueden ser interpretados por un psiquiatra. A menudo estas incidencias ponen en la pista para determinar una etiología específica y en todo caso sirven de orientación para establecer una terapéutica.

La tarea diagnóstica del psiquiatra consiste en tratar de penetrar en la causalidad íntima de los disturbios del comportamiento, de determinar si se trata de disturbios reaccionales y pasajeros o por el contrario ya profundos y estructurales, susceptibles de entrever el dinamismo del desarrollo del niño, si se halla ante los primeros elementos de una enfermedad mental neurótica, psicótica o distorsión del carácter.

167 Cfr. Heuyer: *Introduction a la Psychiatrie infantile*, Paideia, Paris, P.U.F., 1952.

Dejando a un lado el caso en el cual los disturbios tienen evidentemente una base neurológica y otros casos excepcionales, por lo menos en los niños muy pequeños, cuando el psiquiatra se halla frente a una enfermedad mental ya manifiesta no tiene que hacer, tratándose de niños, sino con disturbios iniciales cuya génesis debe ser precisada y de la cual él debe intentar prever la evolución.

Como, perfectamente, observan Buckte y Lebovici, la complejidad del diagnóstico dinámico en psiquiatría infantil muestra que el CMPP se halla mejor armado que los Centros meramente psiquiátricos para desempeñar esta tarea que no podrían por sí solos llevarla a cabo y que justifica el trabajo solidario de un equipo.¹⁶⁸

Los autores citados señalan los disturbios más frecuentes que se presentan durante la edad evolutiva. Es así como durante la primera infancia se observan disturbios en la esfera del sueño (insomnios o hipersomnias), en el campo alimenticio (particularmente anorexia), en las relaciones familiares (cóleras, desconocimientos, etcétera), disturbios de la expresión motora (balanceo).

Durante la segunda infancia se verifican los mismos disturbios en la esfera del sueño y alimentación, dificultades de aprendizaje esfintérico, vejical o anal, masturbación. Pueden presentarse disturbios en las relaciones familiares: oposición, celos, etcétera. Disturbios del lenguaje, psicomotores y primeras manifestaciones de ansiedad infantil; balo formas de pequeñas fobias, etcétera.

De los 5 a 10 años los mismos disturbios anteriormente señalados. En general las consultas son motivadas, más a menudo, por manifestaciones de oposición en la familia o en la escuela; se agregan además dificultades familiares que provocan mentiras, rebeliones, indisciplina. Ciertos casos de retraso escolar pueden ser efecto de fobias u oposición.¹⁶⁹

Durante la pubertad, a más del conjunto de disturbios arriba mencionados, puede haber manifestaciones de oposición a la familia o a la escuela, la misma que lleva a un estado disocial.

En la adolescencia los disturbios del comportamiento se agravan y pueden llegar, según las circunstancias, a la delincuencia más o menos grave.

El estudio de las dificultades sociales provocadas por inadaptaciones juveniles puede llegar a la constatación de un estado neurótico o psicótico. En esta edad los

168 Buckle-Lebovici: *Les Centres de Guidance infantile*, O.M.S., Genève, 1958, cap. V, pp. 51-64.

169 *Ibid.*

disturbios mentales de origen neurótico o psicótico a menudo tienen el aro clínico común adulto.¹⁷⁰

La base de la tarea diagnóstica psiquiátrica está en la precisión con que se logre determinar la causa íntima de la alteración:

La tache diagnostique du psychiatra, escriben Buckle y Lebovici consiste donc á essayer de penetré la causlité intime de troubles réactionnels et passegers ou á contraire déjà profonds et structures, susceptibles d'entraver le dynamisme du dévetoppement de l'enfant, s'il est en face des premiers éléments d'un maladie mentale, nevrose, abstraction faite des troubles dont la base neurologique est évidente et des cas exceptionnels, du moins chez l'enfant encore jeune, ou l'on est en presence d'une maladie mentale déjà avéréé, le psychiatre d'enfants n'a pas a faire a des états terminaux, mais a des troubles initiaux dont la génese doit étre preciséé et dont tenter de prévoir sincérement l'Evolutivité.¹⁷¹

170 Para el desarrollo ulterior de este argumento cfr.:

Balconi M.: "I bambini difficili". *Infanzia Anormale*, 1, 1952, pp. 20-29.

Bollea G.: "La delinquenza minorile. Profilassi e schema organizzativo di studio". *Infanzia Anormale*, fasc. I, 1953, pp. 198-205

Bollea G.: "L'irregolarità della condotta: problema diagnostico", *Infanzia Anormale*, 16, 1956, pp. 111-133.

Bollea G.-Teppati R.: "Studi catamnestic in psichiatria infantile: I nosografia e prognosi degli anormali del carattere". *Il lavoro Neuropsic.*, 10, 1952, pp. 137-151.

Bollea G.-Mayer R.: "Studi catamnestic in psichiatria infantile, II: Il gruppo della costituzione neuropsicopatologica e della nevrositas infantum". *Infanzia Anormale*, 1, 1953, pp. 71-80.

Bollea G.-Strazzeri R.: "Studi catamnestic in psichiatria infantile", III: Il gruppo degli instabili. *Infanzia Anormale*, 4, 1953, pp. 508-520.

Catalani Nobili C.-Cerquetelli G.: *Le personalitá psicopátiche*, Roma, Luigi Pozzi, 1953.

Cameron K.: "Classificazione sintomática in psichiatria infantile". *Infanzia Anormale*, 33 1959, pp. 469-474.

De Franco: "Tipología e psichiatria infantile". *Infanzia Anormale*, 28, 1958, pp. 379-410. *Ibid.*: Concetti nosografici sulle caratteropatie dell' età evolutiva. *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 25, II, 1959, trabajo presentado al XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Psichiatria. Génova, abril de 1959.

De Sanctis C.-Basini G.: "Sulla dinamica del suicidio nell'età infantogiovanie". *Infanzia Anormale*, 9, 1954, pp. 696-722.

Eysenck H. J.: *Classification and the problem of diagnosis*. Cap. I en *Handbook of abnormal Psychology*. An experimental approach. Basic book, Inc. Publishers, New York, 1960. pp. 1-31.

Heuyer G.-Dublineu J.: "La reaction d'opposition chez l'enfant". *Rev. Méd. Soc. Enfance*, 3, 1934, pp. 92-102.

Isaac S.: *Parents et Enfants. Leur difficultés quotidiennes*. Trad. del inglés por Mme. Portier, París, P.U.F., 1952.

Gozzano M.: *Compendio di Psichiatria*, Torino, Sorenberg & Seller, 1951.

171 Buckle D.-Lebovici S.: op cit., pp. 51-54.

Cameron afirma, para obtener un buen diagnóstico no es suficiente conocer el estado físico del niño o del adolescente, sino también su nivel intelectual, el temperamento, el grado de socialización, relaciones interpersonales en la escuela, sociedad, familia, al mismo tiempo que precisar la existencia y grado de enfermedades obsesivas o histéricas.¹⁷² Todo ello indica que el examen psiquiátrico, por sí solo, no es suficiente para emitir un diagnóstico, sino que tiene que ser integrado por los datos de las demás competencias del equipo con cuyo aporte solamente se puede llegar a la detección de la causalidad íntima de la anormalidad. Sin embargo, el neuropsiquiatra, desde su punto de vista, tiene no solamente que presentar una descripción sintomática, sino tratar de penetrar en las modificaciones estructurales y dinámicas de la personalidad.

El psiquiatra además no tiene que limitarse al estudio de los factores etiológicos, sino que tiene que pronunciarse también sobre una prognosis de educabilidad. En posesión de estos datos, y de los demás proporcionados por las diversas competencias, el equipo podrá luego pronunciarse y emitir un juicio diagnóstico definitivo, pues, como observa Zavalloni “solo un lavoro in equipo sulla base di un esame medico generale e specializzato e di una inchiestapsichiátrica, potrà permettere di fare una diagnosi e di stabilire una terapia che assicuri il riadattamento sociale del soggetto”.¹⁷³

A continuación proporcionamos un ejemplo de ficha médica.¹⁷⁴

Ficha médica

Apellido Nombre Sexo.....
 Lugar de nacimiento

I. ANÁMNESIS FAMILIAR

Abuelos paternos:

abuelo edad estado de salud causas de muerte
 abuela..... edad estado de salud causas de muerte

Tíos y tías paternos: edad..... estado de salud..... causas de muerte

Padre: edad estado de salud..... causas de muerte

Abuelos maternos: abuelo ... edad..... estado de salud..... causas de muerte

Tíos y tías maternos:

edad..... estado de salud..... causas de muerte

Madre:

edad estado de salud..... causas de muerte

No. de hijos y gestaciones interrumpidas:

172 Cameron K.: “Classificazione sintomatica in psichiatria infantile”, *Infanzia Anormale*, 33, 1959, pp. 469-474.

173 Zavalloni R.: “La psicologia clinica nello studio del ragazzo”, *Vita e Pensiero*, 1957, p. 72.

174 Baronchelli G.-Lutte-Copyright: *Istituto di Psicologia del Pontificio Ateneo Salesiano*, Roma.

- Cutis mucosas y anexos
- B. Desarrollo muscular.....
- C. Esqueleto y articulaciones.....
 - Condiciones de funcionalidad.....
 - Columna vertebral.....
- Extremidades manos y pies.....
 - Raquitismo.....
- D. Aparato respiratorio:
 - Cavidad rinofaríngea.....
 - Bronquios.....
 - Pulmones y pleuras.....
 - Sensibilidad a los alérgenos.....
- E. Aparato circulatorio:
 - Corazón.....
 - Pulso.....
 - Vasos, várices.....
 - Masa e irrigación sanguínea.....
 - Examen de la sangre..... Sedimentación Presión arterial..... Grupo sanguíneo.....
 - Sistema linfático.....
- F. Aparato digerente:
 - Boca y dientes.....
 - Estómago.....
 - Intestino.....
 - Hígado.....
 - Apetito y sed.....
 - Evacuación.....
- G. Aparato urogenital
 - Riñones.....
 - Vejiga, esfínterios.....
 - Orinas.....
 - Afecciones varias.....
 - Ectoplas.....
- H. Sistema nervioso:
 - Reflejos.....
 - Motricidad.....
 - Sensibilidad.....
 - Disturbios vegetativos.....
 - Disturbios de la palabra.....
 - Tics nerviosos.....
 - Examen psíquico.....
- I. Aparato endocrino.....
- J. Constitución temperamental: Carbónico..... Fosfórico..... Fluórico.....
- K. Desarrollo pubertario.....
- L. Otras observaciones.....

III. El examen psicológico

Este tipo de examen, junto con la encuesta social y el examen médico psiquiátrico son los requisitos previos indispensables para emitir el diagnóstico e indicar la terapéutica.

Mientras el diagnóstico psiquiátrico se orienta al estudio de los trastornos, el diagnóstico psicológico procede al estudio de las modalidades esenciales del comportamiento objetivo, de los valores realizados y aceptados por el individuo y del potencial y naturaleza de las fuerzas psíquicas en acción. El examen psicológico, por lo tanto, abarca tres objetivos principales:

- El estudio de la estructura psicológica total del niño.
- La profundización del sector que ha sido señalado por el equipo como probable causa de inadaptación social.
- La verificación de las hipótesis formuladas por el equipo o algún miembro del mismo.

El conocimiento de la totalidad del niño, desde el punto de vista psicológico, es de necesidad absoluta para emitir un diagnóstico objetivo y colocar cada hecho y anomalía dentro de la estructura y del dinamismo total del niño, donde los mismos son vistos en la debida proporción y en su valor real.

En muchos casos no es suficiente conocer la estructura y dinamismo general del niño, sino que se impone un estudio más profundo de un determinado sector, a la luz del cual se han de aclarar los problemas relativos a los diversos disturbios para proceder a formular nuevas hipótesis, las mismas que el psicólogo, con su estudio, deberá verificar confirmándolas o negándolas. Es así, por ejemplo, como ante un niño que presenta un retraso escolar o que no se adapta a la vida familiar o a la escuela por causa de disturbios del carácter –como observa Zavalloni– dos cuestiones tienen que llamar inmediatamente la atención del psicólogo:

- Conocer su nivel mental.
- Conocer su estado emotivo.

A menudo la misma observación podrá revelar si existen más o menos reacciones emotivas.¹⁷⁵

Como quiera que sea, el equipo necesita conocer los recursos psíquicos con los cuales puede contar para emprender luego una terapéutica eficaz.

175 *Ibíd. La psicología clinica nello studio del ragazzo*, Vita e Pensiero, 1957, p. 49.

Gracias a las técnicas modernas, particularmente de los test y del coloquio, es posible llegar a un diagnóstico psicológico relativamente completo sobre una base cuantitativa y cualitativa de las posibilidades del sujeto, informando sobre los elementos motores o ideadores que condicionan las diversas formas de los disturbios de la personalidad.¹⁷⁶

En efecto, una inteligente selección de los test, el empleo del coloquio, la observación, etcétera, permiten al psicólogo reunir una serie de datos relativos a la estructura psicológica, aptitudes y personalidad del sujeto que forman el substrato para el juicio psicológico al cual tiene que llegar el examen mismo que servirá luego de base para el diagnóstico a emitirse por parte del equipo en posesión de los demás datos.

El diagnóstico psicológico por completo que fuere, es forzosamente condicionado a los datos recogidos por la encuesta social y el examen médico psiquiátrico, a su vez condicionados al diagnóstico psicológico.

Eysenk opina que la psicología tiene función suplementaria en el diagnóstico.

Esta afirmación es aceptable tratándose de diagnóstico psiquiátrico, pero no se puede evidentemente sostener tratándose del diagnóstico a emitirse luego por el equipo en función educativa. Existen en efecto factores psicológicos que sólo ellos pueden explicar desórdenes, en orden a la conducta total del niño de manera satisfactoria¹⁷⁷.

El examen psicológico al estudiar las constantes habituales y fundamentales de la conducta del sujeto y su estructura no solo capta el estado actual, sino que su dictamen trasciende el presente y permite proyectarse hacia el futuro, proporcionando una base para un pronóstico educativo o reeducativo de parte del equipo. De estas consideraciones se desprende fácilmente la importancia del examen psicológico y su vasto campo de exploración.¹⁷⁸

De aquí se deduce también la necesidad de que el examen psicológico sea lo más completo posible y exacto, cosa que solamente se puede obtener mediante procedimientos científicos. No es por demás insistir sobre la necesidad de realizar una inteligente selección de los test que son el medio principal de que se vale el psicólogo moderno. Los test, como es sabido, son numerosísimos, algunos suficientemente válidos, otros discutidos y muchos otros inútiles sea por ser mal contruidos, sea por falta de adaptación, etcétera.

176 *Ibíd.*

177 Cfr. Eysenk H J. Classification and problems of diagnosis. Cap. I, en *Handbook of abnormal Psychology. An experimental approach.* Basic book Inc. Publisher, New York, 1960, pp. 1-31.

178 Cfr. Richard Meili: *Manual de diagnóstico psicológico*, Edit. Morata, Madrid, 1953.

En los CM.PP. el empleo de los test es de uso corriente para todos los casos. Si bien es posible que en determinadas situaciones, por ejemplo, escolásticas, algunos exámenes realizados en común resulten de utilidad, sin embargo no entra en el espíritu clínico otorgar plena confianza a una determinada medida, siendo que las modalidades del estudio clínico exigen la adaptación específica al caso particular.

Zavalloni sugiere cuatro criterios básicos que deben presidir a la selección de los test:

1. Hay que definir claramente lo que se quiere medir. La mayoría de los test son indicados como pruebas específicas y la experiencia del psicólogo clínico debe tener particular sensibilidad para juzgar las características significativas.
2. Es preciso observar si el sujeto tiene particulares limitaciones personales, razón por la cual un determinado reactivo no podría resultar eficaz, por ejemplo, por la edad del sujeto, por dificultades del lenguaje, etcétera.
3. En determinados casos un test puede haber perdido su valor, por ejemplo, porque el sujeto ha empleado recientemente el mismo material.
4. Existen además factores prácticos que sugieren la elección de determinados test en lugar de otros. En este caso el factor tiempo, así como el factor precisión, pueden ejercer su influjo.¹⁷⁹

Como quiera que sea el test empleado, supuesta su validez y oportunidad, desde el punto de vista clínico, es de fundamental importancia la observación del sujeto, pues reviste un gran valor, para la interpretación de los test.

En la práctica, cada Centro, de conformidad con los problemas que tiene que tratar, los lugares, elige una serie de test que juzga válidos. No se puede, como es natural, imponer un criterio único, aunque sea aconsejable una cierta uniformidad particularmente para los efectos estadísticos.

Sobrepasa nuestra finalidad un tratamiento particularizado acerca de las técnicas empleadas para el examen psicológico. Por otra parte, la literatura a este respecto es abundante. Ya hemos señalado, sin pretender agotar el tema, algunas fuentes como los grandes anuarios editados por Buros, las obras de Anastasi, Falorni, Pichot, etcétera, y no creemos insistir.

Queremos concluir este breve estudio sobre el examen psicológico señalando su importancia y necesidad para los fines del Centro pero también sus límites. Todo

179 Zavalloni R., 1957, p. 75.

Cfr. también: Luigi Calonghi-Pier Giov. Grasso: *La Psicologia clinica al servizio dei ragazzi difficili*. Salesianum, n. 4, 1952, p. 567.

examen psicológico, por perfecto que sea en sí mismo, siempre será parcial en orden al diagnóstico definitivo a emitirse por el equipo, pues en cuanto tal carece de todos los datos que son de competencia del asistente social y del médico neuropsiquiatra. Por otra parte, el diagnóstico psicológico no se puede considerar, dentro de la técnica del trabajo en equipo, como un elemento meramente complementario y accidental. En realidad ningún diagnóstico de un Centro puede ser emitido sin el aporte del examen médico-social y psicológico. Son elementos integrantes y esenciales con el concurso de los cuales el diagnóstico psicopedagógico tiene significado y sin el uno de los cuales se halla deficiente en algo esencial.¹⁸⁰

La ficha psicológica debe necesariamente explorar:

- A. El sector intelectual (abstracto concreto verbal no verbal, espacial, factorial y aptitudinal, etcétera).
- B. El sector temperamental, caracterológico y de la personalidad.
- C. El sector de la conducta y adaptación del sujeto.
- D. Intereses y aptitudes vocacionales y profesionales.¹⁸¹
- E. Rendimiento escolar.

IV. La síntesis diagnóstica

La actividad diagnóstica del equipo debe llegar a la formulación de un diagnóstico sintético del caso, diagnóstico que no se identifica con ninguno de los diagnósticos parciales emitidos por las varias competencias (médico neuropsiquiatra, psicólogo, asistente social), como tampoco es la suma de todos ellos, sino que el equipo médico psicopedagógico, sobre la base de esos exámenes parciales tiene que llegar a un conocimiento pleno y perfecto del caso mismo en orden al tratamiento psicopedagógico.

El diagnóstico emitido en la reunión de síntesis se presenta con dos características fundamentales: de la totalidad y de la preocupación pedagógica.

Cada competencia en efecto, desde su punto de vista, con su diagnóstico ha ex-

180 Cfr. Bollea G.: "L'irregolarità della condotta: problema diagnostico". *Infanzia Anormale*, 16, 1956, pp. 111-133.

181 Nuestro Centro Psicopedagógico dispone de tres tipos de ficha: máxima, media y mínima. En ellas se consignan detalladamente muchos datos de gran utilidad clínica y para la orientación del sujeto.

plorado los diversos sectores de la estructura física intelectual, de la conducta, de la personalidad del niño, pero es al equipo a quien le corresponde pronunciarse acerca de la realidad total, estática y dinámica, individual y social del niño.

A este conocimiento ninguna competencia puede alcanzarlo; es función específica del equipo, el único que en cuanto tal, se halla en posesión de todos los datos y de los conocimientos necesarios para emitir ese juicio diagnóstico.

El diagnóstico a su vez no tiene finalidad en sí mismo, sino que se orienta a un tratamiento psicopedagógico. Tampoco esta preocupación pedagógica se halla presente en los diagnósticos parciales del pedopsiquiatra, del psicólogo y del asistente social, pues cada competencia explora el sector de su especialidad con mentalidad de pedopsiquiatra, psicólogo y asistente social. En la reunión de síntesis en cambio la preocupación pedagógica es elemento esencial, es cabalmente esta preocupación pedagógica la que presenta el caso desde un punto de vista distinto, global y unitario.

No es que las distintas competencias excluyan la finalidad pedagógica, sino que, en su fase diagnóstica, esta preocupación no está al centro, pues su misión es la de estudiar la realidad así como los exámenes científicamente llevados la presentan.

La formulación del diagnóstico de síntesis presenta varios problemas que todavía no han hallado su plena solución, sea por falta de clasificaciones adecuadas, por falta de vocabulario común universalmente admitido, o por la dificultad de superar las diversas concepciones personales.

En la reunión de síntesis, el psiquiatra, el psicólogo, el asistente social y el pedagogo deben llegar a una formulación diagnóstica común, resultado de una confrontación y profundización de sus puntos de vista respectivos. Ya no se trata de hablar de disturbios del comportamiento sino de formular sobre la base de la descripción de estos disturbios, las hipótesis relativas:

1. A su origen: si se trata de disturbios reaccionales o pasajeros o por el contrario estructurales o crónicos.
2. A los conflictos patógenos y la importancia respectiva de los conflictos externos y conscientes y los conflictos internos e inconscientes.
3. A la personalidad del niño, estudiada desde el punto de vista de los fantasmas por los cuales se manifiesta y la estructura psíquica sobre la cual se elabora teniendo en cuenta los mecanismos efectivos y somáticos, los datos hereditarios y los mecanismos reaccionales a los conflictos sucesivos.

4. A las relaciones intrafamiliares, su aspecto patógeno y recursos positivos.
5. Al estado socioeconómico de la familia.
6. A los inconvenientes y recursos de los diversos ambientes o grupos dentro de los cuales vive el niño.

Todo esto debe terminar en una síntesis que sea el reflejo fiel de la estructura y dinamismo del niño, su conducta y personalidad y sobre su familia y el ambiente en el cual se desenvuelve.

Discutir el diagnóstico, escribe el P. José A. Ríos González, significa discutir todo el trabajo llevado a cabo por el equipo. Se trata en la reunión de síntesis de llegar a formular, sobre la base de las síntesis parciales de cada miembro, un diagnóstico que se integra de los elementos sintéticos anteriores sin confundirse con ninguno de ellos en particular: se trata de emitir la síntesis diagnóstica final para dar comienzo a la educación o reeducación.¹⁸²

En su evolución, la práctica clínica ha pasado por diversas modalidades. Se ha comenzado por elaborar un tipo de diagnóstico en el que se agrupan los síntomas recogidos a través de un análisis detenido del sujeto, agrupándolos según criterios externos en los que se observaba el comportamiento más alterado, la facultad mental más castigada o el aparato fisiológico más dañado, etcétera. De ahí se ha pasado a hablar de alteraciones de la personalidad, del comportamiento o de los hábitos. Es así como se ha hablado de inadaptación escolar y de inadaptación social.

La diversidad de estos criterios ha traído gran desconfianza hacia determinadas clasificaciones diagnósticas y una tendencia a poner en primer plano, como observa Bollea, el síntoma más importante, intentando al mismo tiempo agrupar los factores más importantes que se presentan juntos de manera frecuente para deducir de ellos una posible clasificación de tipos de sujetos.¹⁸³

Más recientemente los equipos han llegado a un tipo de diagnóstico que se puede estudiar a través de tres modalidades: diagnóstico de tipo nosográfico, de tipo descriptivo y de tipo interpretativo.¹⁸⁴

182 José Antonio Ríos González: Planteamiento del diagnóstico pluridimensional en función del tratamiento psicopedagógico. Trabajo para el Diploma de Psicología, Instituto Superior de Psicología, P.A.S., Roma, abril de 1963.

183 Bollea G.: "L'irregolarità della condotta: problema diagnostico", *Infanzia Anormale*, 1956, 16, pp. 111-113.

184 Traversa C.: "Per una classificazione diagnostica specifica del CMPP Atti del II Convegno dei CMPP" dell'ENPMF. *Quaderni di Ragazzi d'Oggi*, n. 5, pp. 91-111, 1958.

Sin embargo, por encima de estas modalidades, es preciso llegar –como observa Bollea– a superar una triple necesidad: necesidad de un diagnóstico que proporcione un material clínico homogéneo en orden a la investigación; necesidad de uniformidad en el diagnóstico, necesidad de unificar el criterio de todos los equipos para establecer una armonía entre las diversas orientaciones.¹⁸⁵

El planteamiento uniforme del diagnóstico, para que sea posible –según Carlos Traversa– tiene que llenar las siguientes necesidades:

1. Llegar a una terminología sintética.
2. Obtener un instrumento diagnóstico manejable y práctico.
3. Lograr un medio de recogida de datos que sea aplicable sin excesiva pérdida de tiempo.
4. Evitar una recopilación de datos demasiado minuciosa.
5. Concluir un limitado número de categorías diagnósticas.
6. Clasificar los suficientes datos que posean objetividad y facilidad de clasificación.
7. Clasificación clara y bien limitada que elimine toda inseguridad y ambigüedad para asignar a cada sujeto la categoría diagnóstica correspondiente.¹⁸⁶

Estos objetivos están muy lejos de ser conseguidos a pesar de los intentos realizados.

Los varios intentos de solución, apreciables sin duda, generalmente son dominados por la preocupación nosográfica, dejando a un lado la preocupación educativa en función de la cual tiene que ser emitido el diagnóstico.¹⁸⁷

185 Bollea G.: 1. c. pp. 111-113.

186 Carlos Traversa: *ibíd*, 1. c.

187 El P. José Ríos, en el estudio que hemos citado, señala particularmente las siguientes soluciones:

1. La solución de Bollea, por síntomas y motivaciones. Cfr. G. Bollea: *L'Irregolarità della condotta*, 1. c.
2. La solución de Balconi-Berrini, por el estudio de las estructuras. Cfr. Balconi-Berrini: "Diagnosi di struttura in psichiatria infantile". *Infanzia Anormale*, 1957, 23, pp. 379-404.
3. La solución de F. De Franco, por las conductas. Cfr. De Franco F.: "Tipologia e psichiatria infantile". *Infanzia Anormale*, 1958, 28, pp. 379-410.
4. La solución de Camerón por el diagnóstico tridimensional. Cfr. Camerón K.: "Classificazione sintomatica in psichiatria infantile", *Infanzia Anormale*, 1959, 33, pp. 469-474.
5. Otra solución de Bollea por el diagnóstico pluridimensional y dinámico. Cfr. Bollea G.: "Problemi generali di psicopatologia nella anormalità del comportamento nell'età evolutiva", *Infanzia Anormale*, 1959, 33, pp. 445-468.

El equipo médico psicopedagógico en la formulación del diagnóstico no puede prescindir del aspecto normativo pedagógico. Al equipo le interesa llegar a una formulación del diagnóstico que esté en función de una orientación psicopedagógica posterior, tendiente a ayudar al sujeto en edad evolutiva y a disminuir el problema de inadaptación, que se manifiesta a través de una conducta anormal con todas las repercusiones posibles existentes en los diversos aspectos de su personalidad.

El diagnóstico psicopedagógico así entendido, –afirma el P. Ríos– en su trabajo citado, abarca tres aspectos fundamentales:

- Pluridimensional.
- Estructura.
- Normativo.

En esta concepción, las diversas teorías se completan y se integran en una síntesis unitaria de la realidad médico-psico-pedagógica.

En efecto, la visión pluridimensional permite una recogida de datos fenomenológicos, biológicos, familiares, escolares, socioculturales que formarán la base imprescindible de donde se podrá deducir el tipo de conducta o perfil del sujeto, coordinando los síntomas que se hayan podido encontrar.

La visión estructural del yo actual del sujeto en estudio debe proporcionar una visión dinámica del mismo como ser viviente, teniendo en cuenta las condiciones maduradoras del desarrollo, los datos aportados por el análisis psicológico y el estudio de los síntomas de inadaptación, los mecanismos defensivos puestos en juego, la readaptación más o menos equilibrada al ambiente, etcétera.

Finalmente y sobre la base de lo anterior, es posible una visión normativa pedagógica del diagnóstico. El diagnóstico médico psicopedagógico no puede quedarse en las dos fases anteriores sino considerar el clima educativo en el cual se halla el sujeto. En la formulación de este diagnóstico reviste capital importancia el tipo de educación familiar que el sujeto ha recibido o recibe.

Con estos datos, observa M. Gutiérrez, es posible estructurar el diagnóstico de modo que sea posible dar una “metodología de la educación aplicada al caso concreto”.¹⁸⁸

Se trata de llegar a la síntesis diagnóstica, continúa el autor, que permita señalar

188 Gutiérrez M. .M.-P. Rollero: “Los spirito e l’azione d’équipe nei CMPP alla luce del Congresso dell’UMOSEA”. *Orientamenti Pedagogici*, 1960, 4, pp. 73, ss.

los fines intermedios de la educación de un sujeto en particular, fines que nacen de la dificultad que puede impedir al sujeto una realización total, también temporal, del último fin de la educación; y la indicación de una metodología para superar la dificultad y llegar a la mayor realización posible.¹⁸⁹

Sobre la base de estos requisitos, esto es partiendo de los diversos tipos de conducta a través de la estructura y la educación familiar, es posible llegar a formular una síntesis diagnóstica de cada caso y específica para cada caso. Esta síntesis diagnóstica psicopedagógica para que sea completa, por una parte, tiene que abarcar el aspecto pluridimensional y, por otra, la orientación directiva que da unidad a las diversas conductas, síntomas y factores.

Es solamente sobre la base de la conducta, de la estructura, de las actitudes educativas de los padres, de los síntomas y factores, que se puede llegar a un diagnóstico que permita la organización de la vida según su curso normal.

La determinación de los varios tipos de conducta obedece a diversos criterios según los autores.

Algunos, como Balconi y Berrini han elaborado una lista muy amplia, mientras otros las reducen a grupos limitados.

Balconi-Berrini, por ejemplo, han preparado una lista de comportamientos según diversas denominaciones establecidas por educadores: inestabilidad e inquietud, indocilidad, agresividad, desgano, distraibilidad, timidez, apatía, labilidad emotiva, tendencia al aislamiento, fatigabilidad, tendencia al hurto, rechazo del habla, tartamudeo, tendencia a mentir, tendencia a la masturbación, exhibicionismo, conversión somática, fuga de la escuela, enuresis, tics, crisis de cólera, etcétera¹⁹⁰.

Buckie y Lebovici prefieren una clasificación descriptiva según la aparición más frecuente en las tres edades: infancia, prepubertad y pubertad¹⁹¹. Sin embargo, todavía no se ha llegado a una formulación clara de los diversos tipos de conducta. Cada Centro, por ahora y hasta cuando no se llegue a una formulación más exacta elabora diversos tipos según diversos puntos de vista.

189 *Ibíd.*

190 Cfr. Balconi-Berrini, "Studio statistico clinico su un gruppo di 1000 bambini segnalati par difficoltà di adattamento al primo anno di scuola", IV, *Infanzia Anormale*, p., 32, 1959, pp. 309-332. El estudio completo abarca 5 partes, respectivamente en la misma Revista, en los nos. 25, 1958, pp. 42-89; n. 28, 1958, pp. 411-432; n. 30, pp. 49-92; n. 32, 1959, pp. 309-332; n. 36, 1960, pp. 7-42.

191 Cfr. Buckle-Lebovich: *Les Centres de Guidance Infantile*, O.M.S., Genève, 1958, cap. V.

La dificultad no se halla solamente en la falta de una terminología apropiada sino también en la determinación de los conceptos, pues no siempre es fácil distinguir síntomas y factores, que a menudo se entrelazan y suceden.

No menos difícil es el problema relativo a la determinación de las diversas estructuras psicológicas. El problema se vuelve todavía más difícil si se considera que, según ya hemos observado en otra parte, tratándose de niños, la estructura de éstos tiene notas típicas de plasticidad, lo que hace muy difícil mantener un concepto norma dentro del periodo evolutivo. En todo caso en el niño las estructuras patológicas no tienen el mismo significado que en el adulto, pues una estructura no normal no es necesariamente un estado patológico cristalizado, lo que, naturalmente cambia el valor diagnóstico normativo.

El tipo de educación incide directamente sobre el carácter normativo pedagógico del diagnóstico. No fácil problema es el de la determinación de los diversos tipos de educación cuyo conocimiento por otra parte ayuda enormemente para mejorar el camino de la síntesis diagnóstica.

La síntesis pluridimensional tiene que llegar a determinar la constelación de síntomas y factores que vienen a entrelazarse en cada tipo de conducta, en las diversas estructuras y educación. Hay que llegar a la elaboración de un cuadro que permita ver estas correlaciones de manera que, conociendo la conducta, sea posible ver la clase de estructura psicológica que se halla a la base y el tipo de educación que la motiva, así como los diversos síntomas y factores que actúan sobre ella. Viceversa conociendo los diversos síntomas y factores habría que llegar a formular hipótesis sobre la correspondiente estructura, anomalías de la conducta y las eventuales fallas educativas.¹⁹²

Presentamos a continuación un ensayo de síntesis pluridimensional elaborada por el P. José Ríos, en su trabajo que hemos citado, bajo la dirección del Prof. M. Gutiérrez del CMPP del P.A.S., sobre la base de 200 casos estudiados en el mismo Centro. De ser válido y definitivo, representaría un instrumento de fácil manejo para todos los casos. Según dijimos es un ensayo y como tal tiene que ser sometido a estudios ul-

192 Para la elaboración de este cuadro es indispensable la adopción de una tipología. El CMPP del Instituto Superior de Psicología del P.A.S., Roma, ha hallado muy eficaz, desde el punto de vista educativo la aplicación de la tipología de Sheldon. Cfr. M. M. Gutiérrez y M. Tejera: W. H. Sheldon e le applicazioni della sua tipologia temperamentale. *Orientamenti Pedagogici*, 1962, n. 5, pp. 755-778. Para un estudio más detallado de cada uno de estos puntos, cfr. también M. M. Gutiérrez: *Elementi di psicologia differenziale in Educare*, vol. II, pp. 398-483, 3ª ed. P.A.S.—Verlag, Zurich, 1962. Cfr. también del mismo Sheldon: *Las variedades del temperamento*, B. A. Paidós, 1960.

teriores sobre la base de una tipología psicológica y pedagógicamente acertada y una base experimental de casos que permitan llegar a conclusiones definitivas, cosa de la cual todavía nos hallamos lejos. Sin embargo lo juzgamos útil para señalar el camino que llevaría a la solución del problema del diagnóstico psicopedagógico. Este cuadro aventaja a otros por cuanto otorga su debido puesto al punto de vista pedagógico no siempre presente en otras síntesis.

ENSAYO DE UNA SÍNTESIS DIAGNÓSTICA PLURIDIMENSIONAL¹⁹³

CONDUCTA	ESTRUCTURAS
1. FRACASO ESCOLAR	Dominado por angustia e infantilismo afectivo, con imperfecta estructuración de la personalidad, por frustraciones que impiden la consolidación del yo.
2. CONDUCTA IRREGULAR	Neurosis de abandono afectivo con personalidad frustrada por interiorización del conflicto y exteriorización de pulsiones instintivas.
3. INESTABILIDAD	Dominado por angustia con interiorización del conflicto e infantilismo psicofísico.
4. TIMIDEZ - LABILIDAD EMOTIVA	Infantilismo afectivo con, cuadro de inmadurez por dominio de angustia con presencia de elementos prepsicóticos.
5. AGRESIVIDAD	Elementos preneuróticos como reacción de inadaptación al ambiente y a la actitud educativa con mecanismo defensivo en forma agresiva y evasiva por el abandono afectivo.
6. APATÍA	Elementos prepsicóticos con síndrome de abandono afectivo e imperfecta estructuración de la personalidad.
7. INADAPTACIÓN	Neurosis reactiva de carácter a situaciones de conflicto por tipo de educación con imperfecta estructuración de la personalidad.

193 Cfr. José A. Ríos González: *Planteamiento del diagnóstico pluridimensional en función del tratamiento psicopedagógico*. P.A.S., Roma, 1963. Trabajo para el Diploma en Psicología.

ACTITUDES EDUCATIVAS DE LOS PADRES	CONSTELACIÓN DE SÍNTOMAS Y FACTORES
1. Fuerte predominio de educación rígida y existencia de ambiente tenso con influjo negativo (72 y 51%) de casos.	Afectividad inmadura (62%), inadaptación social (57%), soledad y tristeza (43%), angustia y timidez (34%), con carencia de la figura paterna (34%).
2. Predominio de educación rígida y tensión familiar que resulta traumatizante y frustrante (52 y 48%) de casos.	Afectividad inmadura (42%), inquietud e Inestabilidad, ansiedad, gracilidad física y emotiva, inadaptación (33%) y frustración por carencia afectiva (30%).
3. Predominio de educación rígida (65%)	Gracilidad física y emotiva (50%), asoldadad (45%), afectividad inmadura (40%), inadaptación social (35%).
4. Educación rígida (65%) e insuficiente, frustrante, traumatizante (45%).	Gracilidad física y emotiva (59%), angustia y timidez, ansiedad, inadaptación social (41%), Inquietud, Inestabilidad, frustración por carencia afectiva (32%) y afectividad inmadura, fobias, celos, obsesiones (30%).
5. Educación rígida (71%) e insuficiente, frustrante, traumatizante (53%).	Inquietud, inestabilidad (38%), reacción a educación familiar (35%), fracaso escolar (como factor) (32%), gracilidad física y emotiva, afectividad inmadura e inadaptación familiar (29%).
6. Predominio de tensión familiar con influjo educativo.	Soledad, tristeza (67%), gracilidad y afectividad inmadura (50%) carencia figura paterna, celos, fobias, obsesiones (42%), inadaptación social y familiar y ansiedad (33%).
7. Predominio de educación rígida (78%) e inestable, incoherente, ambivalente (56%).	Fracaso escolar (60%), afectividad inmadura (58%), ansiedad (42%), carencia figura paterna, gracilidad física y emotiva, inquietud, inestabilidad (36%), enuresis (34%), angustia y timidez (30%).

La desviación de la normalidad o, como prefiere Bollea, del equilibrio, se puede apreciar solamente comparándola con la estructura normal dentro del periodo evolutivo en que viene a hallarse el sujeto. Es este un aspecto que hay que tener en cuenta para la justa interpretación del cuadro propuesto. La conducta normal, en efecto, tiene una determinada capacidad para aceptar las frustraciones inevitables de la vida, sin exigir por ello un refugio en los mecanismos defensivos de fuga en la fantasía o en regresiones demasiado acentuadas o fijas.

La síntesis directiva es el segundo elemento que debe caracterizar al diagnóstico psicopedagógico para que en realidad se oriente al consiguiente tratamiento.

Los casos que llegan a un Centro M.P.P., por lo general, tienen como base actitudes educativas inadecuadas de parte de los padres y del ambiente familiar. Es hacia esas actitudes de los padres a las que el diagnóstico directivo tiene que orientarse. Es necesario, por lo tanto, reforzar y orientar convenientemente la conquista del clima educativo familiar de manera que evite los muchos conflictos que amenazan el equilibrio del niño y del adolescente.

Esta síntesis se ha de orientar particularmente a proporcionar consejos a los padres (separadamente o en común) a hermanos y hermanas, al grupo familiar en cuanto tal; a sugerir los medios convenientes para lograr el clima educativo familiar; a sugerir el posible tratamiento médico y psicológico como apoyo al sistema educativo, a indicar orientaciones en orden a la vida escolar, a la vida social, a la orientación profesional, etcétera.

El diagnóstico psicopedagógico además debe hacer comprensibles para el educador, el padre de familia, el adulto que tiene alguna misión orientadora sobre el sujeto, aquellos términos científicos que caracterizan al diagnóstico psicológico y psiquiátrico y que adquieren un valor especial a la luz normativa.

V. Conclusión

De lo que acabamos de decir relativamente al diagnóstico, éste en realidad se presenta muy complejo y difícil y solamente un trabajo en equipo puede llenar las exigencias de un diagnóstico completo y sintético a la vez. Los problemas, según hemos podido ver, son muchos y complicados, lo que confirma la necesidad de un trabajo en equipo de competentes. Sin embargo, a pesar de las dificultades de orden teórico y práctico, solamente un diagnóstico que tenga presente, en un cuadro completo, toda la realidad psicológica, ambiental y pedagógica, permitirá la aplicación de una terapéutica adecuada.

El diagnóstico elaborado por el equipo en la reunión de síntesis, es el resultado último al cual deben llevar los exámenes particulares de cada competencia y en el cual la multiplicidad encuentra su unidad, los diversos factores se organizan y la inadaptación halla su explicación, condición previa para una terapéutica iluminada. Toda conducta necesariamente tiene sus causas, las mismas que el diagnóstico tras un estudio detenido tiene que señalar. Pero el diagnóstico médico psicopedagógico no tiene que limitarse a señalar los disturbios y sus causas, sino que se formula en función educativa. El equipo que se limitara a emitir su diagnóstico sin preocupación educativa o reeducativa realizará labor médica, psicológica, psiquiátrica, pero necesariamente carece de un elemento esencial para el logro de su finalidad. El diagnóstico sintético se distingue de cualquier otro porque no es el diagnóstico de una competencia, por perfecto que él fuere, sino que trasciende las competencias individualmente consideradas: es algo superior, a la suma de los diagnósticos parciales cualitativamente distinto aunque fundado en ellos.

De aquí se deduce la necesidad, para la elaboración del diagnóstico sintético, de capacidades que trascienden la profesión del médico, del psicólogo, del asistente social y del pedagogo, en cuanto tales. La necesidad de una preparación para trabajar en equipo sin perder la responsabilidad personal.

Bibliografía

- ACKERMAN, N. W.: "Le Diagnostique en Neuropsychiatrie Infantile". *Sauvegarde de l'Enfance*, n. 6, 1954, todo el número.
- AMADO, Georges: *Los niños difíciles*, Ed. Luis Miracle, S. A. 1965.
- BERMANN, G.: *Problemas psiquiátricos*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- BELEY, A.: *Niños inestables*, Ed. Luis Miracle, 1965.
- BENTON, Arthur: *Problemi di Neuropsicologia*, Univer. G. Barbera, Firenze, 1965.
- BOLLEA, G.: L'irregolarità della condotta: problema diagnostico. Relación al "Convegno Nazionale dell'irregolarità della condotta in età evolutiva", en *Infanzia Anormale*, 16, 1956.
- BOLLEA, G.: "Problemi generali della psicopatologia della anormalità del comportamento nell'età evolutiva". *Infanzia Anormale*, 16, Roma, 1965.
- BOLLEA G.: *Studi catamnestic in psichiatria infanfile*, TEPPATI R. I, Nosografía e prognosi degli anormali del carattere. Il lavoro neuropsichiatrico, 10, 1962, pp. 137-151.
- BOLLEA G.-Mayer R.: "Studi catamnestic in psichiatria infantile, II: Il gruppo della costituzione neuropsicopática e della nevrositas infantum". *Infanzia Anormale*, 1, 1953, pp. 71-80.
- COUMÉTOU, Maurice: *Los exámenes sensoriales*, Kapeluz, 1967.

- CRAECKER, R.: *Los niños intelectualmente superdotados*, Buenos Aires: Kapeluz, 1958.
- CHAUCHARD, Paul: *El hombre normal*, Buenos Aires: Razón y Fe, 1967.
- DE FRANCO, F.: *L'Inchiesta in Psichiatria infantile*. G. D'Anna, Messiana, 1962.
- EISSLER, ed. A. Freud, E. Glover et alii: *The psychoanalytic study of the child*. Intit. University Press, New York. Varios volúmenes de publicación reciente.
- EYSENCK, H. J.: *Classification and the problem of Diagnosis, Cap. I, en Handbook of abnormal psychology*. An experimental approach. Basic book, Inc. Publishers, New York, 1960, pp. 1-31.
- FORNARI, Franco: *Vida afectiva originaria del niño*, Buenos Aires: Razón y Fe, 1967.
- FRICK, Bruno-Banisoni Paolo: "Esperienza di una batteria di reattivi per il ripperimento di minori disadattati nella scuola". Metodología i risultati. *Ragazzi d'Oggi*, n. 4. pp. 24-28, 1962.
- GESELL, A. y Anatruda C.: "Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño", Paidos, B. A., 1967.
- GESELL, A. and Anatruda C.: *Development diagnosis*, New York: Moeber, 1941.
- GREEN, Morris & Richmond Julius B.: *Pediatric Diagnosis*. Saunders. 1962.
- HILTMANN, Hildegard: *Compendio de los tests psico-diagósticos*. Buenos Aires: Kapeluz, 1967.
- GUTIERREZ, M. M.: "Elementi di psicologia differenziale". En *EDUCARE*, vol. II, P.A.S., Zurich, 1962. Hay la traducción castellana en 3 vol. *EDUCAR*, Ediciones Sígueme, Salamanca, 1966.
- HEUYER, G.: *Introducción a la Psiquiatría infantil*, Ed. Luis Miracle, S. A., 1965.
- HOLLIS, F.: *Rapporto fra la diagnosi psicosociale e il trattamento*. Social case-work, n. 2, febrero 1951, A.A.I.
- KRAPE, E. A.: *Psiquiatría*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- LOUTTTI, C. M. and Carter J. W.: *The psychodiagnostic*. Blanca, Bloomington: Principia press, 1939.
- MAYER, W.-Gross-Slater E.-Y. M. Roth: *Psiquiatría clínica*, Buenos Aires: Paidos, 1967.
- MEILI, Richard; *Manual de diagnóstico psicológico*, Madrid: Ed. Morata, 1953.
- MICHAL-SMITHI, Harold-Kastein Shulamith: *The special child diagnosis, treatement, habilitation*. Seattle: New Scholl for the special child, 1962.
- MURRAY, Sidman: *Tactics of scientifics Research-New York*. Basic Book, 1960.
- MUCCHIELLI, Roger: *Revisión y reajuste de la psico-somática*, Buenos Aires: Razón y Fe, 1967.
- REY, A.: *Lexamen clinique en Psychologie*. París: Presses Universitaires de France, 1958.
- REY, André: *El examen clínico en psicología*, Buenos Aires: Kapeluz, 1967.
- REYMOND, B.-Rivier: *Choix sociométriques et motivations*. Delechaux et Niestle, 1961.
- RÍOS, José: *La síntesis diagnóstica en función del tratamiento*. Trabajo para el diploma en Psicología. P.A.S., Roma.

- ROBIN, G.: *Las dificultades escolares*, Ed. Luis Miracle, S. A., 1965.
- SHILDER, P.: *Psicología médica*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- SHELDON, W. H.: *Las variedades del temperamento*, Buenos Aires, 1955.
- SIMON, Jean: *La debilidad mental en el niño*, Marfil, Alcoy, 1967.
- TALLENT, N.: *Clinical Psychological consultation: a rationale and guide tu team practice*. Englewood Cliffs N. J. Prentice Hall, 1963.
- TRAVERSA, C.: "Per una classificazione diagnostica specifica ai CMPP". *Quaderni di Ragazzi d'Oggi*, Roma, 1958, n. 5, pp. 91-111.
- VIGLIETTI, M.: *Suggerimenti pratici per la compilazione di una cartella biotipologica per il controllo degli alunni nelle scuole*. *Orientamenti Ped.*, n. 6, 1957, pp. 948, ss.
- WATSON, R. L.: *The clinical method in psycology*, New York: Harper and Brothers, 1951.
- ZAZZO, René: *Manual pour l'examen psychologique de l'Enfant*, Delachaux et Niestlé, S. A., 1960, Ed. Castellana, París: Kapeluz, 1967.
- Con relación a los diversos aspectos de las técnicas metodológicas
- APELLANIS, Rikkers y Apellaniz René: *Etude de l'Entretien clinique, Rééducation*, n. 142-145, 1962, todo el fasc.
- ANASTASI, A.: *Psychological testing*, New York: McMillan, 1954.
- BANISSONI, F.-Nencini R.-Misiti R.: *Contributo alla conoscenza delle caratteristiche dello "scelto" o del "rigettato" attraverso l'impiego di tecniche sociometriche proiettive ed intuitive*. *Atti X Conveg. Psicologi Italiani*, 1954.
- BAUMGARTEN Franziska: *La consultation psychologique dans les conflicts de l'existence*. Trad. por Danire Riboni, Genève, Les Editions du mont Blanc.
- BALL, John E.: *Técnicas proyectivas*, Buenos Aires: Ed. Paidós, 1964.
- BERDIE, R. F.-Layton W. L.-Swanson E. O.-Hagenath T.: *Conseling and the use of tests. A manual for the State-wide Testing Programs of Minnesota*, Minnesota, Association of Minnesota Colleges and the student Counseling bureau, 1959.
- BINGHAM-MOORE, B. V.: *How to interview*, New York: Harper, 1941.
- BRONNER, Healy William, Lowe Gladys and Shimberg Mira E.: *A manual of individual mental tests and testing*. Little, Brown-Boston, 1927.
- BROWN, A. W.: *Methods and techniques in clinical Psychology*, John Wiley, New York, 1948.
- BUROS, O. K.: *Educational, Psychological and Personality tests of 1933 and 1934*. Rutgers Univer. Bull, V, 11; Stud. Educ. n. 7, 1935, p. 44.
- BUROS, O. W.: *Educaflonal Psychological and Personality tests of 1933, 1934 and 1935*. Rutger Univ. Bull V, 13, n. 1: Stud Educ. n. 9, 1936, p. 83.
- BUROS, O. K.: *Educational psychological and personality tests of 1936*, Rutgers, Univer. Bull. V, 14, n. 2A; Stud Educ. n. 11, 1937, p. 141.

- BUROS, O. K.: *The 1938 Mental Yearbook*, New Brunswick, Rutgers Univer Press, 1938, p. 415.
- BUROS, O. K.: *The 1940 Mental Measurement Yearbook*, Highland Park, N. J., The Ment. Meas. Yearbook, 1941, p 624.
- BUROS, O. K.: *The third mental Measurement Yearbook*. New Brunswick, N. J. Rutgers: Univ. Press, 1949.
- BUROS, O. K.: *The fourth mental measurement yearbook*. Highland Park, N. J. Gryphon Press, 1953.
- BUYSE, R.: *L'Experimentation en Pédagogie*. Bruxelles, Lamertin, 1935. Ed. castellana LABOR S. A., 1959.
- CARRET, A.: *Interviewing, its principles and methods*. Family Welfare Association of American, New York, 1942.
- CERDÁ, E.: *Psicología Aplicada, Herder-Barcelona*. Es de mucho interés el estudio sintético sobre el valor de varios tests, sea desde el punto de vista general como clínico. Señala varias adaptaciones de tests en España.
- DHO, G.: *Disturbi del processo di maturazione affettivo-sociale* Orient Ped. Marzo-Abril, 1965.
- IDEM: *Comprensione diagnostica e comprensione empática (A-3)*. Orient. Pedag., Noviembre-Diciembre, 1965.
- IDEM: *Ruoli paterni e materni e responsabilità educativa*. Orient. Pedag. Mayo-Junio, 1966, p. 628.
- FALORNI, M. L.: *Lo studio psicologico dell'intelligenza e della motricità. Gli esami psicologici* (Collez. psicol.). Firenze: Edit. Univers. 1952.
- FALORNI, M. L.: *Lo studio psicologico del carattere e della attitudine. Gli esami psicologici* (Collez. psicol.). Firenze, Edit. Univer, 1954.
- FALORNI M. L.: *Insegnati e psicologi nella scuola. Vita sociale, maggio 1giugno*, 1950. Friedlander Walter: Conceptos y métodos del Servicio Social, Kapeluz, 1967.
- GUY, M. and Hoke K. L.: *How to measure*: New York: McMillan, 1928.
- GARRET, Henry and Schnnek, Mathew R.: *Psychological tests, methods and results*. New York, Harper, 1933.
- GARRETT, Annette.: *Interviewing, it principles and methods*. New York Family Welfare Assoc., 1943.
- GILLE R.: *Organization d'un Centre psico-médico-social*. Brochure stencillée. Tournai, 1956.
- GUTIERREZ, M. M.: *Tests e diagnosi psicologica (B-2)*. Orient. Pedag. Setiembre-Ocutbre, 1965, p. 1.005.
- IDEM: *Complessità dei Fattori nel trattamento psicopedagogico (B-3)*. Orient. Ped. Enero-Febrero, 1966, p. 151.
- IDEM: *Sui presupposti per una psicoterapia in età evolutiva (B-4)*. Orient. Ped. Mayo-Junio, 1965, p. 576.

- HYMAN, H. H. et al; *Interviewing in social research*. Chicago: The University of Chicago Press, Chicago, 1954, cap. I.
- KENT, Grace H.: *Mental tests in Clinics for children*. New York. Van Nostrand, 1950.
- KIRPATRIK, E.: *L'Organization et le role des centres de consultation psychologique pour enfants aux Etats Unis*, Bruxelles, 1956.
- LÉMAY, Michel: *El cabecilla en los grupos de inadaptados*, Ed. Luis Miracle, S. A., 1965.
- MURRAY, Sidman: *Tactics of scientific Research*. New York: Basic Books, 1960.
- MASSUCCO, Costa A.: "Le varie tecniche psicologiche di selezione applicabili in una classe o in un centro". *Infanzia Anormale*, n. 6. 1954, pp. 195-206.
- MICHAUX, L.: *El niño perverso*. Ed. Luis Miracle, S. A., 1965.
- NAHOUM, Charles: *L'entretien psychologique*, París, Presses Universitaires de France. 1958. Ed. castellana. Paris: Kapeluz, 1967.
- NORBIS, W.-Zeran F. R.-Hatch R. N.: *The information Service in Guidance: occupational, educational, social*. Chicago: Rand McNally, 1960.
- PICHOT, P.: *Les tests mentaux en Psychiatrie, I. Instruments et Methodes (Bibliothèque de Psychiatrie*, París, P.U.F., 1959. Trad. castell. Paidos, 1963.
- PORTUS, S. D.: *The practice of clinical psychology*, New York, American Book, 1941. Rabin Albert y Hawort Mary: *Técnicas proyectivas para niños*, Ed. Paidos, B. A., 1966.
- RABINOW, Bamey: *A Proposal for a training program for teachers of the emotionally disturbed and socially maladjusted*. *Exceptional Children*, vol. 26, n. 6, 1960, pp. 287-293.
- ROGERS, C. R.: *Client centered therapy*, New York: Houghton Mifflin, 1951.
- TWILA, Neely: *A study of errors in the interview*. Columbia University, 1957.
- YOUNG, P. W.: *Interviewing in social work*, New York, 1935.
- YOUNG, P. W.: *L'Intervista nel servizio sociale*, Roma Astrolabio, 1952.
- WATSON, R. I.: *The clinical method in Psychology*. New York: Harper, 1951.
- WELLS, Frederic I.: *Mental tests in clinical practice*. Yonkers, world Book, 1927.
- ZAZZO, René: *Manual pour l'examen psychologique de l'Enfant*. Delachaux et Niestlé, S. A., París, 1960.

Actividad terapéutica del Centro Médico Psicopedagógico

El tratamiento médico psicopedagógico se distingue de cualquier otro, pues no se puede demostrar que el comportamiento del niño tiene una sola causa, que se pueda atacar directamente: los disturbios del comportamiento provienen de diversos factores, algunos de los cuales pueden estar ligados a situaciones antiguas que influyen sobre el desarrollo del carácter o determinan mecanismos psicológicos particulares, mientras otros pueden ser recientes pero no ejercen efectos traumatizantes sino por sus relaciones con la experiencia vivida del niño.

El diagnóstico en un C.M.PP, necesariamente está en función del tratamiento que es lo que lo justifica.

La terapéutica, por lo tanto, sí puede ser directa y precisa, sino que necesariamente tiene un carácter explorativo y utiliza simultáneamente un cierto número de métodos complementarios. Esto, sin embargo, no significa que la terapéutica médico-psicopedagógica no pueda obtener, por lo menos en algunos casos, efectos inmediatos, como tampoco, que no se pueda acudir a la medicina, como sería, por ejemplo, el caso de una epilepsia u otros disturbios de carácter meramente orgánicos con repercusión psicológica.¹⁹⁴

En el momento de formular el diagnóstico, el equipo puede concluir que los problemas puestos por el niño son simples, entonces estudiarán con los padres las modificaciones que éstos deben introducir en ciertas costumbres y fallas pedagógicas familiares.

En otros casos, cuando estos problemas son de una complejidad o gravedad que sobrepasan las posibilidades terapéuticas del Centro, o faltan medios materiales o educativos en el *entourage* del niño, se puede pasar a preconizar una colocación de larga duración en un establecimiento especializado.

194 Cfr. A. A. : Evolution des "techniques" de réadaptation de l'enfant et de adolescent, en Sauvegarde de l'Enfance, nos. 1, 2, 3, 1963, XIV. Congreso de UNAR, Octubre, 1962.

Pero la mayoría de los casos exige una acción terapéutica que pide la participación de todos los miembros del equipo del Centro. Es así como el Centro, según los casos, adopta una acción psicoterápica a base de algunos contactos con el niño, hasta la psicoterapia profunda, sistemática, de larga duración.

Otras veces toman medidas de carácter pedagógico-educativo, como sería el caso del tratamiento de las dificultades específicas en el aprendizaje de la lectura y del cálculo, la corrección de los disturbios del lenguaje, de los disturbios motores, etcétera.

Otras veces se adopta la terapia ocupacional organizando juegos o realizando determinadas tareas.

El tratamiento dirigido al niño no debe olvidar las diversas posibilidades de acción sobre el ambiente familiar y social a realizarse según diversas técnicas.

En línea de principio los miembros del equipo deben realizar una acción terapéutica lo más global posible.

En no raros casos se impone la colocación en un instituto donde se adoptan métodos y medidas especiales. Doble es, por lo tanto, la acción terapéutica del Centro:

- sobre el ‘individuo’; y,
- sobre el ‘ambiente’, particularmente familiar.

El tratamiento extrafamiliar en institutos no es de competencia directa del Centro, pero éste no dejará de seguir los resultados obtenidos sobre los niños por él examinados.

I. Acción sobre el individuo

El tratamiento individual se orienta a un *approche* directo con el niño enfermo o desadaptado con el fin de sanar o readaptar al sujeto, teniendo en cuenta las causas que se hallan en él mismo.

Este tratamiento podrá exigir una intervención médica, psiquiátrica o pedagógica, según los casos, pero según ya hemos anotado, todos los miembros del equipo en momentos distintos y según modalidades y técnicas diversas, tienen que intervenir, pues no se trata solo de un problema sino de una serie de problemas donde intervienen varios factores. Nosotros nos detendremos en tres tipos de tratamiento individual:

- tratamiento médico;
- tratamiento psicoterapéutico; y,
- tratamiento pedagógico.

Sin embargo, no entendemos separar estas formas de acción sobre el individuo, sino distinguir, pues en la práctica clínica tienen que integrarse y completarse.

Al tratar de la acción sobre el individuo no entendemos excluir las terapéuticas de grupo, pero en el grupo la atención será llevada, particularmente, sobre el individuo, al cual el terapeuta ha de llegar por medio del grupo.

1. El tratamiento médico

La desadaptación del niño tiene como base, alguna deficiencia física, aunque a menudo no es desadaptación.

El equipo entonces procede a indicar un tratamiento médico, sin por ello descuidar los otros aspectos de la desadaptación. En general la infancia físicamente deficiente pone un problema de adaptación. La experiencia clínica ha puesto particularmente de relieve la relación que media entre los disturbios de la psicomotricidad y los problemas del comportamiento. Muchísimas son las deficiencias físicas y no es el caso de detenernos. Podemos reunir en cinco grupos los disturbios que tienen en la base alguna anomalía física:

- De tipo psicomotórico.
- Por aminoraciones físicas.
- Por alteraciones de tipo sensorial.
- De la palabra.
- Físico-neurológicos.

Estos disturbios necesariamente exigen una intervención reeducativa con indicaciones médicas y con el empleo de diversas técnicas.

La reeducación psicomotora se orienta particularmente a obtener la inhibición de los automatismos inferiores, como sería la corrección de la paratonía por medio de ejercicios progresivos de un grupo muscular; la educación positiva del control muscular por medio de ejercicios de movimientos complicados y asimétricos, ejercicios de control de movimientos y emocional; la integración de las nociones de relación con el esquema corporal (noción de diestra, izquierda, duración y ritmo, etcétera).¹⁹⁵

La reeducación de las aminoraciones físicas es otro campo inmenso, de etiología múltiple y variada con enorme repercusión psicolectiva. Sabido es como el aminorado físico sufre constantemente por no ser igual a los demás y, fácilmente, se

195 Cfr. Mazo P.: « La rééducation psychomotrice en un institut médico-pédagogique », *Enfance*, 7, 1954, pp. 97-101.

halla sujeto a un estado de inferioridad. La consecución de una mejora física para el aminorado físico significa aumento de optimismo y energías. El aminorado físico sueña llegar a integrarse al grupo de los sanos.

La educación solamente se hace posible mediante una rehabilitación física. A menudo se necesita una escuela especial, pero el equilibrio del Centro puede en muchos casos realizar una terapia eficiente, cuando la internación se hace imposible o como quiera no es realizable la atención en una escuela especial.¹⁹⁶

La reeducación de las aminoraciones sensoriales (sordera, ceguera, etcétera), se impone a menudo en un Centro. Si se considera que el 85% de los contactos sensoriales se realizan por medio de la vista, se comprende fácilmente la necesidad de una acción terapéutica orientada particularmente hacia los poderes visivos y auditivos para lograr así una correspondiente adaptación. Las anomalías en este sector, a más de ser numerosas, son muy variadas y, en todo caso, son causa de desadaptación. Solamente por medio de técnicas especiales se puede llegar a obtener una mejora y una adaptación, por lo menos parcial.¹⁹⁷

La reeducación de los disturbios de la palabra y del lenguaje sugiere diversa intervención terapéutica. Las técnicas actuales permiten alcanzar resultados positivos. El desarrollo del lenguaje implica necesariamente un desarrollo psicológico, sin embargo, ni siempre el retraso del lenguaje es debido al retraso intelectual, pues, en no raros casos, se halla en relación con las alteraciones de las áreas centrales.¹⁹⁸

El tratamiento de las anomalías físico-neurológicas de la nutrición, del descanso, de la enuresis, de la epilepsia, etcétera, se presentan actualmente como un campo vastísimo en el cual se desarrolla la actividad del equipo, desde las intervenciones

196 Auricchio L.: "Principali cause di minorazioni fisiche nell'infanzia". *Infanzia Anormale*, 6, 1054, pp. 163-175.

Así mismo: Van Roy F.: "L'Enfant infirme: son handicap, son drame, sa guérison". Neuchatel, Delachaux et Niestlé, 1954.

197 Cfr. Contini Poil O.: "Scuola per minorati visivi", *Infanzia Anormale*, 6, 1954, pp. 272-282.

198 Cfr. *American Speech and hearing Association: A guide to care and correction*, New York, Grune & Stratton, 1950.

Rusticlielli Mazzuochelli P.: Trattamento motorico e pcdagogico del balbuziente. *Infanzia Anormale*, 8, 1954, pp. 666-671.

Mastrangeli V.: Melodo psicofonico per l'eliminazione della balbuzie, Varese-Milano, Istituto. Ed. Cisalpino,, 1951.

Wilton G.: Come si vince la balbuzie, trad. del ingles, de G. Brudi, Roma, Gherardo Casini, 1951.

Breschi F. Beccari M.: "La rieducazione dei ritardi del linguaggio", *Infanzia Anomale*, 8, 1954, pp. 563-594.

de carácter higiénico hasta la suministración de preparados harmónicos. Una intervención médica tempestiva en estos casos se impone como necesidad absoluta. A este respecto conviene notar que, si bien la intervención médica es a base de la terapéutica, la solución del problema deficitario o médico no es suficiente, pues no se trata solo del problema médico, sino médico psicopedagógico y, por lo tanto, el punto de vista psicológico y pedagógico tiene que orientar y controlar la misma acción médica. En todo caso, la acción médica nunca puede quedar aislada, sino que deberá ser integrada por la acción psicológica y pedagógica. Este principio es básico y regula toda la actividad terapéutica del equipo.

El tipo de intervención médica, evidentemente, es diverso según los casos, pero el médico neuropsiquiatra debe sentirse miembro de un equipo empeñado en una acción educativa y que, por lo tanto, su intervención no es exclusiva ni definitiva: una acción con consecuencias de carácter pedagógico.¹⁹⁹

2. El tratamiento psicoterapéutico

El acercamiento psicoterápico actual ve las cosas muy distintas de cómo lo concebía la concepción antigua. Los métodos antiguos se limitaban al consejo, a una cierta catarsis, a una explicación o interpretación explicativa intelectual de los conflictos.

La nueva terapia, en cambio, pone el acento sobre el factor afectivo, considerando la no adaptación, principalmente, como la resultante de un *bloccage-émotionnel* y no únicamente como una no-comprensión intelectual.²⁰⁰

Ackerman considera a los factores y al variado modo de resolver el problema de la actitud educativa en el ambiente familiar como dos ejes fundamentales de la

199 Cfr. Cremieux A.: *Les difficultés alimentaires de l'enfant. Les anorexies mentales infantiles et juveniles*, Paideia, París PUF, 1954.

Mora G.: *L'enuresi come problema Psichiatrico: exiopatogenesi e sintornologia*. Minerva Pediatrica, n. 13, 1962, p. 552.

Ajuriaguerra J.: "La mentalité épileptique", en Revista Psicología Applic., 3, 1953, pp. 192-208.

Giuseppe Tinelli: "Il trattamento farmacologico e psicopedagógico". *Quaderni di Ragazzi d'Oggi*, n. 5, 1958, pp. 114-115.

Cazzullo C. L.: "Aspetti biologici attuali della psichiatria". Revista de *Psicologia Normal e Patológica*, n. 12, 1958, pp. 15-49.

200 Cfr. también: Busnelli C.: "La psicoterapia nell'età evolutiva. Principii, metodi, sviluppi". *Infanzia Anormale*, 14, 1955, pp. 407-452.

Beley A. H. Faure: "Enquete nationale d'Hygiene mentale portant su le devenir des modes d'assistance en neuropsychiatrie infanto-juvenile". *Higiene Mentale*, n. 3, 1962, pp. 129-139.

A.A.: "IV Sessio Plenaria del IV Congreso Internacional de psicoterapia infantil (15-20 Junio, 1958)". *A Crianza. Portuguesa, a. XVIII*, 1958, n. 1, pp. 219-291.

inadaptación que denomina 'barrera emocional'. Esta barrera es el obstáculo real que encuentra el sujeto en el desenvolvimiento normal de sus tendencias, y que le obliga a una readaptación. Este esfuerzo por readaptarse va organizando una estructura psicológica peculiar, que tiene una manifestación externa a dos facetas distintas íntimamente relacionadas: conducta y síntomas. La psicoterapia tiene que eliminar la barrera para que el sujeto siga hacia su estructura - normal y equilibrada. Todo sujeto en efecto, con sus tendencias, tiende a una estructura normal y equilibrada pero la barrera emocional, resultante de una frustración la más variada, desde el campo social hasta las frustraciones escolares, familiares, íntimas, impide el paso hacia la adaptación normal, determinando por lo tanto una inadaptación o desequilibrio que exigen a su vez una readaptación, superando las dificultades reales existentes en el caso concreto.

El principal objetivo del tratamiento psicoterapéutico es la adaptación del sujeto, sea en el establecimiento de su equilibrio neuropsicológico, como ambiental, social y familiar.

La psicoterapia que realiza el equipo de un CMPP no se orienta tanto a la solución de un problema o de una serie de problemas, como a crear una situación de continuo desarrollo o cambio, de tal modo que los nuevos problemas puedan ser afrontados de manera adecuada.

El tratamiento psicoterápico, por lo tanto, tiene que alcanzar dos objetivos esenciales:

- la liberación de la tensión interna por una parte; y,
- la adaptación psíquica por otra.

La posibilidad de conseguir esta adaptación, difiere de caso a caso: una es la posibilidad de adaptación que ofrece el sujeto que se presenta espontáneamente al Centro y otra la que presenta el que es obligado a ello.

En el primer caso, el sujeto ya percibe su estado y, por tanto, es consciente de la existencia del problema; mientras, en el segundo o no percibe el problema o lo rechaza, en todo caso, se halla en un estado emotivo de oposición a toda intervención terapéutica.

Para determinar las modalidades de la intervención terapéutica el equipo tiene que tener en cuenta el deseo de ayuda existente en el sujeto, su grado de capacidad intelectual, autopercepción, comprensión del problema, que son factores decisivos para un resultado positivo o negativo. Es esencial, para un tratamiento eficaz, que el sujeto llegue a percibir su inadaptación, la misma que debe motivar una readaptación más adecuada.²⁰¹

201 Cfr. Aubin Henri-Aubin Bernard.: *Formule nouvelle d'assistance clinique neuro-psychiatrique infantile. Sauvegarde de l'Enfance*, pp. 495, ss.

Según este criterio Zavalloni distingue dos tipos de psicoterapia,

- la terapia da autopercepción o clarificación,
- la terapia de sostén.²⁰²

Por la primera se trata de realizar un cambio permanente en el sujeto, desarrollando su capacidad de comprensión interior; mientras que la segunda trata de ofrecer un apoyo al sujeto. En la práctica adoptan simultáneamente ambas formas, teniendo en cuenta numerosos factores: las condiciones físicas del sujeto, la edad, la inteligencia, la adaptabilidad, la motivación del tratamiento, etcétera, sobre la base de una prognosis terapéutica suficientemente fundada.²⁰³

Bartoleschi reúne en dos grandes grupos los diversos tipos de tratamiento a adoptarse por un CMPP:

- en el primer grupo reúne aquellos cuya finalidad es la de reforzar los mecanismos de defensa existentes en el sujeto y elaborar nuevos mecanismos de control;
- en el segundo reúne aquellas formas psicoterápicas en las cuales se trata explícitamente material preconsciente e inconsciente.²⁰⁴

Siguiendo estos criterios, a continuación señalaremos las diversas técnicas que se ordenan a la realización de estas dos finalidades deteniéndonos particularmente en los principios que las regulan y que deben presidir a la actividad psicoterápica del Centro.

2.1 Tratamiento por las técnicas lúdicas

Una de las técnicas más adoptadas en la acción terapéutica del Centro es sin duda la técnica lúdica, según las diversas modalidades que los estudios modernos y la experiencia clínica han evidenciado. En efecto, es en el juego que el niño expresa libremente, a través de su fantasía, todos sus conflictos penosos, sus tendencias

202 Zavalloni R.: *La psicología clínica nello studio del ragazzo. Vita e Pensiero*, Milano, 1957, cap. III. pp. 107-170.

203 Cfr. E. C. M. Fryling-Shreuder: *Possibilities and limitations of Child Guidance treatment. A Crianza Portuguesa*, 1961, 1962, pp. 167-178.

204 Benedetto Bartoleschi-Anna Maria Muratori: "Il trattamento psicoterapéutico. Relación al II "Convegno" de los CMPP del ENPMF". *En Ragazzi d'Oggi*, n. 5, 1958. p. 122. En el primer caso la acción terapéutica se desarrolla según varias técnicas: la aseguración, consejos, persuasión, externalización de intereses y valoración del sujeto, catarsis emotiva, sugestión, etc. En el segundo se trata de hacer tomar conciencia al sujeto de sus mecanismos patológicos de defensa.

agresivas reprimidas, que permiten realizar un proceso de abreacción, la caída de la tensión emotiva y la liquidación de los conflictos. Las actitudes ambivalentes ante los padres o hermanos, los sentimientos de inseguridad y el odio reprimido, la agresión y los temores relativos a situaciones específicas pueden ser revelados por el juego. Por medio de un inteligente tratamiento de situaciones de juego, el terapeuta tiene la posibilidad de desarrollar una comprensión dinámica.

El psicoanálisis, sin duda, ha dado un nuevo aporte al estudio del juego como medio terapéutico aunque en el psicoanálisis su aprovechamiento siga técnicas distintas de las empleadas en la aplicación de una psicoterapia simple.²⁰⁵

La psicoterapia lúdica difiere, en su aplicación según dos modalidades distintas esto es: directiva o no directiva.

La técnica lúdica directiva pone el acento sobre la reeducación y el adiestramiento de los hábitos, tratando de modificar las convicciones y deseos del niño y determinar un cambio en su conducta.

La técnica lúdica no directiva, en cambio, trata de modelar la terapia de juego sobre los principios de la psicoterapia de Rogers, esto es partiendo del principio que el niño tiene dentro de sí la capacidad de resolver sus problemas.²⁰⁶

La psicoterapia de Rogers descansa sobre el principio que la aspiración a la madurez y a la realización de sí mismo es tan poderosa en el niño que se puede dejar que él tome toda la iniciativa en terapéutica. El terapeuta no tiene sino que tratar de comprender, reflexionar sobre la manera de observar los movimiento afectivos expresados por el niño, evitando, sin embargo, toda explicación o interpretación, pues su finalidad no es la de resolver el problema, sino asistir al individuo en el proceso de autodesarrollo, con el fin de hacerlo capaz de afrontar el problema presente y los futuros de manera más racional y humana.

Pero quien ha tratado de manera especial la teoría y la práctica de la terapia, de juego no-directiva es Axline, quien pone de relieve que en una atmósfera de

205 Cfr. **Schneersohn E.**: « Jeu et nervosité chez les enfants. Mibliotheque de la Revue » “*Enfance*”, trad. de M. Oppeheim, París, 1954, P.U.F.

Zulliger: *Gioco e fanciulli. Psicoterapia del gioco* (coll. psicologica). Trad. de G. Gentili, pref. de Volpicelli, Ed. Universitaria, Firenze, 1955.

Freud S.: *Análisis de la fobia de un niño de 5 años. Historiales clínicos. Obras completas, t. II, B*, Nueva, Madrid, 1948.

206 Rogers C. R.: *Counseling and Psychotherapy*, Boston, Houghton, Mifflin, 1942.

Del mismo cfr.: *Clie-centered Therapy. Its current practice implication and theory*, Boston, Houghton, Mifflin. 1951.

tolerancia y aceptación, el niño se trueca en la persona más importante y tiene el mando de la situación.²⁰⁷

Entre los varios autores hay mucha diferencia de opiniones con relación al grado de orientación y de dirección a emplearse en la terapia del juego.²⁰⁸

En general se conviene que una cierta limitación en las situaciones de juego se impone, particularmente dentro de los límites de la incolumidad física y moral.²⁰⁹

Ciertamente el juego, como medio de tratamiento psicoterápico se ha revelado de una eficacia universalmente reconocida y la experiencia clínica confirma esta eficacia intrínseca al mismo.²¹⁰

No obstante, su práctica aplicación, según las diversas orientaciones ideológicas de los componentes de los diversos equipos M.P.P. surte resultados distintos, cabalmente porque las diversas concepciones imponen distintas modalidades de aplicación de la técnica lúdica.

Por otra parte las experiencias realizadas y el estadio de los estudios actuales, aunque han echado mucha luz sobre esta técnica, no pueden proporcionar conclusiones definitivas por cuanto todavía quedan muchos problemas a resolverse. A pesar de todo, el juego es y queda un medio de primer orden para la realización de la psicoterapia infantil.

2.2 Psicoterapia por medio de la dirección, persuasión y consejo

Las técnicas lúdicas se emplean particularmente tratándose de niños, pero cuando los pacientes se hallan en condición de entender y evaluar las razones explicativas

207 Cfr. Axline V. M.: *Play Therapy*, Boston, Houghton, Mifflin, 1947.

208 Entre otros cfr. a Thorne F. C.: *A critique of non-directive methods of psychotherapy*, m. of abnor. Soc. psychol, Octubre 1944. Cfr. también: *The clinical method in science*. The Amer. Psychol, 1947, 2.

209 Cfr. Shaffer G. W.-Lazarus R. S.: *Fundamental concepts in clinical Psychology*, New York, McGraw-Hill, 1952.

Estos autores sostienen la necesidad de guiar al niño a una cierta comprensión de las necesidades, derechos y privilegios ajenos como base realística para el desarrollo de las relaciones interpersonales.

Cfr. también: Thorne Frededick C. A.: *Directive Psychottherapy: VI The technique of psychological palliation*. J. Clin, Psychol., 2, 1946, pp. 68-79; *Ibid.*. VII. *imparting psychological information*. J. Clin, Psychol., 2, 1946, pp. 179-190.

Solomon J. C.: *Active play therapy*. Amer. Orthopsychiat, 8, 1938, pp. 470-498.

Allers R.: *Work and play*. Orientamenti Pedagogici, a. IX, n. 4, 1962, pp. 563-572

210 Cfr. Gitelson M.: *Clinical experience with play therapy*. Amer. J. Prothopsychiat, 8, 1938, pp. 466-478.

de su conducta, el CMPP adopta otras técnicas más adecuadas y proporcionadas, particularmente del consejo y persuasión.

El tratamiento por medio de la persuasión se ha afirmado particularmente en oposición a la sugestión. Sin embargo, los métodos fundados en la persuasión y tradicionalmente empleados, han pecado por ser demasiado racionales, apelando a la inteligencia del paciente como instrumento principal de tratamiento. Actualmente, se considera el factor emotivo que la experiencia clínica ha revelado en la determinación de la inadaptación. La sola persuasión en efecto está destinada al fracaso cuando se aplica como medio exclusivo de tratamiento de los disturbios psíquicos dejando a un lado el factor afectivo.²¹¹

En algunos casos se emplea la sugestión, pero su aplicación tiene que limitarse, pues puede llevar a una estabilización de los conflictos y de la organización patológica de la personalidad y, por lo tanto, a una cronicidad de los disturbios. La exhortación es una forma benigna de sugestión, pero sea la una como la otra, si bien alcanzan resultados momentáneos, se han revelado ineficaces clínicamente. El clínico, a base de su prestigio y autoridad, puede ejercer un influjo extraordinario en la conducta y actitudes del paciente, pero este influjo es desaconsejable cuando no reprochable. Sin embargo, en línea de principio, y dentro de las limitaciones que imponen la libertad y el bien del sujeto, no se puede excluir, cuando se orienta a crear en el sujeto una actitud hacia la aceptación de una forma nueva y más sana de conducta.²¹²

Más delicado es el problema de la aplicación de la hipnosis con fines terapéuticos. Sin duda, la hipnosis ha permitido reconstruir ciertos periodos de la vida anterior o ciertos acontecimientos traumáticos y se ha intentado aplicarla para el descubrimiento de ciertas: situaciones actuales en vista de tratamiento psicoanalítico.

Según los diversos casos el equipo del Centro indicará una u otra modalidad a aplicarse, la oportunidad, o menos su aplicación, pero teniendo en cuenta los

211 Por ella se apela particularmente a la razón y al respeto de sí mismo: se trata de persuadir al sujeto relativamente a ciertas causas y efectos, animarle a revisar sus ideas y maneras de comportarse tratando de ayudarlo a afrontar de manera más lógica los problemas de la vida. Cfr. Appel K. E.: *Psychiatric therapy*, en J. Mav. Hunt (ed.), *Personality and the behavior disorders*, New York, Ronald Press, 1944, pp. 1170-1163.

212 Tepe Walfredo: "Psicología-Psicoterapia y Ética". Revista de *Psicología Normal e Patológica*, nos, 1, 2, 3, 1961, PP. 3-41.

principios morales y psicológicos de respeto a la libertad, inviolabilidad de la persona, soportación psicológica del tratamiento, etcétera.

Actualmente la técnica del consejo es la que más aceptación tiene en la práctica médico-psico-pedagógica. El consejo ha sido siempre considerado como un medio terapéutico de primer orden: en un sentido está en la base de toda terapéutica. Su valor, sin embargo, depende del grado de independencia que se concede al sujeto, independencia indispensable para conseguir el desarrollo espontáneo del mismo. El *Counseling*, así como se ha estructurado en la forma moderna, otorga una parte marcadamente activa al sujeto.

Sustancialmente el *Counseling* consiste en un contacto personal, educativo y terapéutico a la vez, entre el educador y el educando, respectivamente, en psicoterapia y educación.

Actualmente este sistema ha tenido un desarrollo enorme, en especial en los Estados Unidos. Muchos son los expertos que cada día se dedican, por medio de coloquios y entrevistas, a la solución de problemas que disturbán los espíritus y la mente de muchas personas, jóvenes y ancianos.

La bibliografía a este respecto ya es abundante y las revistas que informan periódicamente acerca de las realizaciones y adelantos son así mismo ya numerosas, y algunas se dedican casi exclusivamente a la metodología y técnica del *Counseling*. Señalamos, entre otras: *Journal of Counseling Psychology*, ed. cast. Guilbert Wren, University of Minnesota; *Psychologist* revista mensual editada por la American Psychological Association, INC.; *The Personnel and Guidance Journal* de la American Personnel and Guidance Association.²¹³

213 Cfr. también: Curran C. A.: *Counseling in catholic Life and education*, McMillan, New York, 1952; Mc Kinney F.: *Counseling por personal adjustment in schools and colleges*. Boston, Houghton-Mifflin Co., 1958; Rogers C. R.: *Counseling and Psychotherapy*, Houghton Mifflin C., New York, 1942; Williamson E. G., and Folley J.: *Counseling in Student Personal Work*, en Arriman P. L., *The Enciclopedia of Psychology*. Hummel Raymond C.: *Ego-Counseling in Guidance, Concept and method*. Harvard Educational Review, n. 4, 12, 463-481.
 Barahal G. M., Brammer L. M. and Shostromie E. L.: *A client-centéred approach to vocational counseling*, *J. of Consult. Psychol.* 1950, 14.
 Michael Jack and Meyerson Lee: *A Behavioral approach to Counseling and Guidance*. Arvard Educational Review, n. 4, 1962, pp. 382-40l.
 Patterson H.: *Counseling and Guidance in School*. *Contemporary Psychology*, n. 12, 1962, pp. 445-446.
 Thorne F. C.: *Counseling and Psychotherapy with mental defectives*. *Amer. J. Mental Deficiency*, 1948, 52, pp. 263-271.

Este método, además de ser empleado para la solución de particulares problemas pedagógicos, ha tenido una enorme variedad de aplicaciones en las clínicas psicológicas, en la orientación del joven estudiante, en la higiene mental, en la asistencia social.

Por otra parte es el medio natural de comunicación entre los hombres y, por lo tanto, el consejo y la dirección se constituyen en medios indispensables de educación y reeducación. El CMPP a través de las varias competencias tiene que ponerse en contacto directo con el sujeto, aplicando particularmente la técnica del coloquio. En la aplicación de esta técnica hay que tener en cuenta no solamente el factor intelectual de aclaración y entendimiento, sino, sobre todo, afectivo que crea un clima de comprensión emotiva entre el sujeto y el terapeuta. El consejo médico psicopedagógico no es el consejo de Orientación profesional como tampoco un simple consejo educativo, sino que reviste un aspecto especial, propio de la finalidad del CMPP, que exige el conocimiento de la totalidad del niño en evolución.

El *approche* directivo y orientador del equipo no es un simple *approche* psicológico, es un *approche sui géneris*, que solamente puede realizar quien se halla informado de los principios de la actividad médico-psico-pedagógica y tiene una preparación adecuada según el espíritu que informa la actividad del Centro. Casi diríamos que no se puede definir en términos científicos, porque el *approche* médico psicopedagógico, además de los conocimientos, exige actitudes típicas que solamente se adquieren con la práctica clínica y que se cristalizan en un *habitus* clínico indefinible.

El equipo, por lo tanto, en la aplicación de esta técnica, además de regirse según los principios que regulan la misma técnica, tiene que regularse según los principios propios que regulan toda la actividad del Centro.

No entra en nuestra finalidad la descripción de las diversas técnicas, pero la aplicación de la mejor técnica que carezca de los principios que informan la terapéutica del Centro resultaría, evidentemente negativa.

Creemos de suma importancia reafirmar estos principios porque su olvido desvirtuaría toda la actividad terapéutica del Centro y, por lo tanto, éste dejaría de ser tal.

2.3 Psicoterapia por medio del grupo

El *approche* clínico individual directo es sin duda el más indicado para la solución de los problemas que afectan al individuo en cuanto tal: el proceso de aclaración, cuando éste es posible, consciente de mutua comprensión afectiva que se establece entre el terapeuta y el sujeto, etcétera, son condiciones óptimas para una reeducación. Sin embargo el *approche* individual no es suficiente, pues se trata de insertar al sujeto dentro de la comunidad familiar y social con la cual se halla en conflicto y luego, si bien la atención es dirigida al individuo, el medio del cual el equipo se vale es la

misma sociedad. El equipo, aún cuando trabaja con el grupo, no tiene que perder de vista al individuo cuya terapéutica está realizando.²¹⁴

La terapia por medio del grupo tiene indudablemente ventajas considerables, no solo por la economía de tiempo, sino por la naturaleza misma del grupo que permite una cierta independencia del sujeto con relación al terapeuta a la vez que halla un apoyo en los miembros del grupo. Presenta además la indiscutible ventaja de una experiencia más adherente a la realidad, pues la situación terapéutica individual directa fácilmente se vuelve artificial. El hecho de hallarse un grupo sano y sabiamente dirigido, para muchos niños, constituye una admirable terapéutica y una verdadera reeducación.

En los sujetos neuróticos o con disturbios de carácter el grupo permite descargar la tensión emotiva, liquidar las tendencias agresivas, atenuar o hacer desaparecer el sentimiento de abandono. En el grupo muchos niños inadaptados gracias a una dirección inteligente hallan su ajuste psicológico y social.²¹⁵

El equipo del Centro a menudo tiene que indicar un tratamiento por medio del grupo en las distintas formas en que éstos se constituyen. Se puede afirmar que la mayoría de los casos, además del *approche* individual directo, pide una inserción en el grupo.

Las técnicas de la terapéutica por medio del grupo son varias y muchas de ellas lo han demostrado de indiscutible valor clínico, como la técnica de grupos de juego, la técnica de grupos de discusión, la técnica del psicodrama, la técnica del sociodrama, típicas de la dinámica del grupo libre.²¹⁶

Existe una altísima relación entre la terapia de grupo y la terapia de juego. La psicoterapia de grupos de juego ofrece óptimos resultados tratándose de niños muy jóvenes. Niños difíciles a tratarse individualmente pueden ser perfectamente objeto de una terapia de grupo por medio del juego.

214 Ello no significa descuidar a los demás componentes del grupo, sino que el sujeto en tratamiento, en el grupo y por el grupo, ocupa un puesto de atención particular, sea para la observación como para las demás intervenciones que se hacen necesarias.

215 Cfr. Isabel Díaz Amal: La dinámica de grupo en el educador especializado, Revista de Educación, n. 151, 1963, pp. 69-74. De la misma autora: La dinámica de grupos y su contenido pedagógico, Revista de Educación, n. 125, 1960, pp. 53-60.
Cfr. también: Fau R.: Les groupes d'Enfants et d'adolescents (Paideia) París, P.U.F., 1952.

216 En el grupo libre en efecto el sujeto conserva mejor su personalidad e independencia aún cediendo a las exigencias del grupo. El grupo libre es el más aconsejado para un equipo M.P.P., que tiene como finalidad directa no el bien común sino del individuo. Cfr: **Ulhoa Vieira Benedito**: Psicoterapia de grupo e respeito á personalidade. Revista de *Psicología Normal e Patológica*, n. 4, 1961, pp. 790-794.

La psicoterapia de Slavson es particularmente indicada para los niños que han sido directa o indirectamente rechazados²¹⁷.

Para los niños de más edad la psicoterapia por medio de grupos de discusión es otra técnica que permite alcanzar buenos resultados para la solución de problemas y conflictos por medio de una mayor comprensión de los miembros del grupo.

Es con base en este principio que la psicoterapia analítica de Slavson deriva sus múltiples aplicaciones. Según esta técnica, el grupo se reúne teniendo a su disposición varios juegos e implementos. El director se muestra extremadamente tolerante, evitando toda interdicción. Los niños son invitados a hablar libremente y actuar de la misma manera. No se trata evidentemente de un estado de anarquía, sino de crear un estado de mutua comprensión entre los miembros del grupo, la misma que se consigue en una actividad libre y discusión espontánea, pues el conocimiento de los problemas ajenos permite ver en la debida proporción los propios, así como las soluciones que otros han hallado a sus propios problemas permiten hallar el camino para la solución de los conflictos personales que tienen relación de semejanza con los ajenos.

Sin embargo el método, como ya hemos anotado respecto de otras técnicas, no se debe entender, en sentido exclusivo sino al lado de otras técnicas y modalidades que se integran mutuamente.

En otros casos resulta más eficiente la técnica de grupo por el psicodrama.

Esta técnica, introducida por Moreno, se basa sobre la experiencia del teatro psicodramático. Por ella el sujeto puede identificarse con un determinado personaje del drama y luego llegar a un proceso resolutivo de sus problemas a través de la analogía existente con el mismo²¹⁸.

217 Cfr. Moreno J. L.: *Psychodrama*, vol. I, Beacon home, New York, 1945.

Martí-Turquets J. L.-Turó P.-González Monclús E.: "El psicodrama en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos mentales". *Rev. Psic. Med.*, Barcelona, t. II, n. 4, 1955.

218 En el psicodrama el paciente interviene en la escena con la posibilidad de introducir su mundo privado, de acuerdo con su propia imaginación, exteriorizando, por lo tanto, en la acción dramática realizada por el grupo, sus propios deseos, sus conflictos y tendencias agresivas. Evidentemente, su empleo exige una cierta capacidad de expresión y se ha manifestado particularmente positivo con sujetos de 16 años para adelante.

Cfr. Moreno J. L.: *The theatre of spontaneity. An introduction to psychodrama*, New York, Beacon House, 1947.

Horwitz Selma: *The spontaneous drama as a technique in group therapy*, *Nerv. Child*, 4, 1945, pp. 252-273.

Massucco Costa A.: *Educazione della spontaneità e psicoterapia attraverso l'azione drammatica*. *Ricreazione*, 2, 1950, n. 4.

Obtinger R.: "A propósito de psicoterapia de grupo y psicodrama". *Revista de Psicología General y Aplicada*, n. 60, 1961, pp. 825-844.

El valor terapéutico del 'drama', a través del proceso catártico, no es ciertamente un descubrimiento moderno, pues ya los antiguos griegos han visto en el teatro una forma de evasión catártica. El 'psicodrama' se presenta como medio diagnóstico y terapéutico a la vez: a ambas formas la investigación moderna les ha dado una base científica que permite alcanzar resultados controlables para los fines de la juventud.²¹⁹

Según la técnica elaborada por Moreno, el drama tiende a la liberación del individuo o del grupo de tensiones molestas e improductivas no solamente a través de la toma de posesión consciente verbal de sus conflictos y problemas, sino por la actitud comportamental que pide una mayor objetivación de sí mismo. De esta manera, el psicodrama se presenta como una técnica de desinhibición de los obstáculos irracionales.

Otra técnica de grupo en actividad libre la del 'sociodrama' que se diferencia de la anterior por cuanto en ésta es el grupo quien representa, en la acción dramática, estados psíquicos presentes en el sujeto desadaptado. Por ella el sujeto se halla envuelto emotivamente en la acción dramática y en ella halla una solución a sus conflictos.²²⁰

Según ya anotamos, no entra en nuestra finalidad la descripción de todas las variadas técnicas que hemos señalado, pues cada una de ellas exige un estudio más profundo y especializado, pero es necesario poner de relieve que su aplicación exige conocimientos de psicología dinámica y psicoanalítica. En ellas en efecto, el terapeuta tiene que llegar a la realización del '*transfert*' que está en la base del psicodrama y del sociodrama. Las modalidades de aplicación naturalmente varían con relación a la organización de los grupos y las diversas posibilidades, a la edad, etcétera.

Pero no siempre la terapéutica por medio del grupo en actividad libre es aplicable a sujetos que necesitan de dirección. Es así como se impone otra técnica de 'grupo dirigido' con influjo más o menos terapéutico, pero en todo caso, reeducativo. Es el

219 Cfr. Head Wilson A.: *Sociodrama and group discussion with institutionalized delinquent adolescents*. Mental Hyg., 1962, n. 46, pp. 127-135.

Noailles S.: *Evolution vers les techniques de la relation. Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1963, pp. 78-82.

220 Cfr. Valentini G.: *Lo Scautismo come esperienza educativa. Problemi della Pedagogia*, vol. 3, Fasc. 6, 1957, pp. 338-358.

Colli Grisoni A.: "Indirizzi organizzazione del 'Occupational Therapy en Italia'". *Infanzia Anormale*, n. 2, 1953, pp. 178-182.

Barahona F.: *La therapeutique occupationnelle Psychiatrie (Problemes neuro-psychiatrique)*, París, Bermann, 1954.

Lamote F.: *l'occupational therapy*. L'Enfant, n. 2, 1955, pp. 113-123.

Jolanda Cervellati: *Il lavoro come fattore di ricupero sociale dei minorati psichici*. *Infanzia Anormale*, n. 31, 1959, pp. 216-233.

caso de la organización de *Boy scouts* de la realización de actividades dirigidas, de la constitución de clubs, etcétera²²¹

La eficiencia educativa de estos grupos es universalmente reconocida y el Centro no puede echarlos de manos.

Contra el concepto de que el grupo despersonaliza al individuo lo vuelve amorfo, justamente la psicología reivindica el valor del grupo. El grupo –afirma Isabel Díaz Arnal– es un medio de vida esencial sin el cual el hombre no podrá ser verdaderamente humano y en ciertos casos y bajo determinadas condiciones solamente, puede degenerar en amenaza de lo humano.²²²

La vida de grupo, en efecto, afirma siempre la misma autora, no tiene ni más ni menos misterio que la de un individuo, puesto que ella está motivada por las veleidades, los actos y las emociones que los miembros del grupo aportan, provocan y sufren. Pero el '*social group work*', así como lo concibe la mentalidad americana, en oposición al '*Mein Kampf*' hitleriano, tiene que fundarse en lo que ellos denominan '*democratic philosophy*'; es decir, sobre la afirmación de la dignidad del individuo, su derecho a la independencia y sobre la convicción de que el grupo deberá solamente contribuir a la realización de esta dignidad y de esta independencia, al crecimiento y a la expansión de cada miembro del grupo.²²³

De hecho los CMPP aconsejan o actúan la adaptación del niño, en un gran número de casos, acudiendo a la técnica del grupo, pues se ha revelado como un medio terapéutico de primer orden.²²⁴

221 Isabel Díaz Arnal: La dinámica de grupos y su contenido pedagógico. Revista de Educación, 125, 1960, pp. 53-60.

222 *Ibid.*, p. 54.

223 El grupo como medio terapéutico ha sido objeto de muchos estudios y hoy en día, aunque muchos problemas quedan todavía descubiertos, las varias técnicas que se aplican para su aprovechamiento cuentan con principios básicos confirmados por la experiencia. La bibliografía es muy abundante a este respecto, pero con relación a la psicoterapia cfr. Biancucci Duilio: *El grupo y el comportamiento individual*, Tesis doctoral, P.A.S.

Stopper A.: Il rendimento dei gruppi e quello degli individui smgolinella soluzione dei problemi. Atti del XI Convegno degli Psicologi Italiani.

Klapman J. W.: *Group Psychotherapy, theory and practice*, New York, Grune & Stratton, 1946.

Mullan H.-Hosembaum M.: *Group Psychotherapy and practice*. New York, Free Press of Glencoe, McMillan, 1962.

224 Freud Anna: *Psicoanálisis del niño*, Ed. Imán, Buenos Aires, 1946. Freud Anna: *Le traitement psychoanalytique des enfans*. Presses Univ. Fran; París, 1951.

2.4 El tratamiento psicoanalítico

La aplicación del psicoanálisis a los niños es relativamente reciente y en realidad es raro el caso en que se aplique la psicoterapia propiamente dicha a los niños; pero es un hecho que muchas técnicas psicoterápicas aplicadas al niño se inspiran en los principios psicoanalíticos. Mucho se ha discutido acerca de la posibilidad de su aplicación a los niños antes de la pubertad.

Anna Freud juzga que el psicoanálisis no es aplicable en psiquiatría infantil sino en casos excepcionales y la razón que trae se deriva de la insolubilidad de los lazos existentes entre el niño y su familia lo que hace imposible una verdadera neurosis de *transfert*.

Propone por lo tanto una terapéutica que trate solamente de crear una atmósfera de *transfert* positivo de manera que el niño desee la continuación del tratamiento.²²⁵

Es ésta la técnica aplicada en muchos Centros que adoptan tratamiento psicoanalítico.

Melaine Klein es de opinión contraria. Ella cree que todo niño, durante sus primeros meses de vida y más precisamente durante la segunda mitad del primer año, pasa por un periodo difícil que ella llama "posición depresiva central" y que se caracteriza por dos fases sucesivas llamadas de ansiedad persecutoria y de ansiedad represiva. Por consiguiente ella cree que la mayor parte de los niños deben ser psicoanalizados y que el tratamiento estrictamente psicoanalítico es posible con base en el principio que el juego del niño puede compararse a las asociaciones libres del adulto.²²⁶

De estas dos opiniones se derivan dos diversas actitudes terapéuticas: mientras Anna Freud cree indispensable que el psicoanalista de niños ejerza una acción educativa, Melaine Klein juzga que éste nunca tiene que apartarse de una neutralidad benévola desprovista de toda preocupación educativa.

Aún subsistiendo la diversidad de opinión en campo teórico en la práctica, de hecho, se supera por cuanto la prolijidad y dificultad de estos tratamientos impone una estricta selección de los sujetos a someterse a los mismos: en línea

225 Klein M.: *Psycho-analysis of children*. Hogarth Press, London, 1949.

Ibíd. *Contributions to psycho-analysis*. Hogarth Press, London, 1949.

226 Cfr. Buckle-Lebovici: *Les Centres de Guidance Infantile*. O.M.S., Genève, 1958, pp. 79-82. Cfr. así mismo: Allen F. H.: *Psychotherapy with children*, New York, Norton, 1942 y Rank O.: *Will therapy: truth and reality*, New York, Knopf, 1947.

de principio el Centro reserva esta modalidad para los casos de disturbios graves del comportamiento, cosa que difícilmente sucede en la época en la cual los niños llegan al Centro. En esa época la mayor parte de los disturbios halla sus indicaciones terapéicas e intervenciones más simples.

La psicoterapia psicoanalítica infantil apela a dos posibilidades los medios de expresión y los medios relacionales.

El tratamiento psicoanalítico por los medios de expresión adopta particularmente la técnica del juego que se ha manifestado eficazísimo como medio terapéutico. El juego, en efecto, realiza una acción de-condicionadora, simbólica y de descarga y también creadora y luego terapéutica.

La aplicación de este tipo de tratamiento exige evidentemente una preparación especializada particularmente en orden a la interpretación del juego y su aprovechamiento con fines terapéuticos.

El tratamiento psicoanalítico por los medios relacionales se basa en la relación que se establece entre el psicoanalista y el niño.

Su aplicación, como es sabido, pasa por varias fases (que no es el caso estudiar aquí), hasta llegar a la integración social, esto es, a la desaparición de las inhibiciones.²²⁷

Sabido es cuanta diversidad de opiniones existe respecto del tratamiento psicoanalítico. Nosotros, con relación a nuestra finalidad, esto es al Centro, nos limitamos a observar que este tipo de tratamiento, si bien no queda excluido, de hecho se aplica raramente y su aplicación exige una preparación y una técnica especiales. En tratándose del niño desadaptado, generalmente resulta eficiente una psicoterapia breve, cuya duración sin embargo no se puede determinar sino basándose en los progresos realizados por el niño, a la edad, al ambiente y diversos factores que intervienen para su realización. De todas maneras el psicoanálisis

227 La bibliografía al respecto es enorme y no es posible señalar aquí ni siquiera las obras principales sin nos atenemos a las diversas escuelas. Con relación al tratamiento de los niños, a más de las fuentes citadas, cfr. Allen Frederick H.: *Psychotherapy with children*. New York, Norton, 1942.
Lebovici S.: A propos de la psychanalyse de groupe. *Rev. Franc. de Psychoanalyse*, n. 3, 1953.
Heuyer M. G.: Psiquiatría y Psicoanálisis. *Revista de Pedagogía General y Aplicada*, n. 33, 1955, pp. 123-428.
Taft Jessie: *Dynamics therapy in a controlled relationship*. New York. MacMillan, 1933.
Galeotti Yone: Psicoterapia e educacao. *Revista de Psicologia Normal e Patológica*, n. 4, 1961, pp. 783-784
Steimback Margarita: Il problema crítico del transfert. *Revista de Psicologia General y Aplicada*, n. 25, 1953, pp. 45-66.
Ancona L.-Cesa Bianchi M.-Bocquet F.: *Identificazione al padre in assenza di modello paterno*. *Arch. Psicol. Neurol. Psichiat.* Marzo-Abril, 1963, pp. 119-174. *Studi statistici*.

inspira muchas técnicas de psicoterapia simple y, por lo tanto, el equipo del Centro debe poseer los conocimientos suficientes para su adecuada aplicación.²²⁸

3. Tratamiento pedagógico

Es un hecho que la práctica de la protección de la infancia inadaptada queda, en gran parte, en el dominio de la pedagogía; donde se aplican, las diversas técnicas. Con relación al niño afecto de alguna anomalía es más exacto hablar de ortopedagogía: sus aplicaciones son tantas cuantos son los defectos que tiene que corregir. Como ciencia aplicada tiene como fin el de descubrir y poner de relieve los métodos propios para realizar en el niño anormal y desadaptado cambios maximales educativos.²²⁹

El educador especializado es particularmente llamado para la aplicación de las diversas técnicas que requiere la multiplicidad de las anomalías que afectan a la juventud desadaptada. En no raros casos es menester acudir a institutos de observación, hospitales psiquiátricos, etcétera, según la gravedad de las anomalías.

Gerda De Bock reúne en cuatro grupos o sistemas las diversas modalidades de aplicación de la ortoterapia educativa:

1. Sistemas pedagógicos individuales donde la relación individual del niño respecto del educador ocupa el lugar central.
2. Sistemas pedagógicos sociales inspirados en el principio de la interacción dinámica de las relaciones del sujeto con otros niños y los educadores.
3. Sistemas progresivos se basan particularmente sobre la aplicación de sanciones y recompensas; y
4. Sistemas eclécticos, fundados en los principios que sustentan los diversos sistemas.²³⁰

228 Cfr. Gerda De Bock: *Iére Conference Internazionale de UMOSEA*, Roma, 1960, pp. 18-19.

229 *Ibid.* p. 19, citando a Mulock-Houwer.

230 Cfr. Louttit C. M.: *Clinical Psychology for exceptional children*, Harper, New York, 1957. Donde es posible observar datos estadísticos y el problema de la deficiencia mental es diversamente tratado.

Cfr. también Gutierrez M. M.-Dellarovere S.: *Genitori e fratelli per il bambino oligofrenico: 103 bambini olifogrenici*. *Infanzia Anormale*, n. 35, 1959, pp. 860-872. Así mismo Gutierrez M.: *Intorno a 50 casi di deficienza mentale. Orientamenti pedagogici*, año VI. 1959. pp. 127, ss.

La bibliografía relativa al tratamiento de la deficiencia mental es muy abundante, sin embargo se equivocaría el que creyera, en base a ella, que la educación del deficiente mental ha llegado a su perfección. En realidad se puede afirmar que todavía quedan muchísimos problemas a resolverse sea desde el punto de vista médico, como psicológico y pedagógico. Cfr. Heck Archo: *The education of exceptional children*. New York. Mc Graw Mill Book Comp., 1953.

Desde el punto de vista pedagógico el Centro, a menudo, tiene que intervenir en los casos de deficiencia mental y retraso escolar donde la ortoterapia pedagógica encuentra sus más numerosas aplicaciones.

Cuando el diagnóstico se ha pronunciado acerca de la existencia de la deficiencia mental en las varias formas que se puede presentar (deficiencias mentales profundas, como la idiocía, imbecilidad... o deficiencias intelectuales ligeras), entonces el Centro procede a la determinación del tratamiento correspondiente a efectuarse, por el equipo o por un Instituto o entes especializados, sobre la base de la etiología verificada por el proceso diagnóstico. La experiencia clínica ha demostrado que para la verdadera deficiencia mental, hasta la fecha, no existe curación completa. Ello no significa renunciar a sucesos siquiera parciales, según la gravedad de la anomalía. Los Centros por el contrario, gracias a la aplicación de diversas técnicas educativas, han podido alcanzar resultados superiores a los esperados. Evidentemente, entre los dos extremos, deficiencias graves y ligeras, se coloca toda una graduación de deficiencias que es menester determinar caso por caso.²³¹

Es así como se presentan tres grupos en orden de una intervención educativa: los inadaptables, los utilizables y los adaptables.

La acción educativa en orden a la deficiencia mental se realiza de dos maneras: preventiva y terapéutica. La acción preventiva se dirige particularmente a los factores hereditarios y, por lo tanto, es indirecta y a los factores posnatales que tanto influjo ejercen sobre la sucesiva inadaptación del niño. Las medidas higiénicas y profilácticas actuales son muy indicadas para conseguir evidentes progresos en este sentido.

De su parte el CMPP puede contribuir eficazmente mediante una acción positiva de propaganda sumamente necesaria en este sector, aprovechando también las experiencias que proporciona la solución de los casos típicos de una determinada región o ciudad. La psico-terapia por otra parte, si no puede

231 Cfr. Mcihel Soulé Francoise-Bouchard Janine Noel: *Fondaments theoriques de l'higiene et de la profilaxie mentales. Sauvegarde de l'Enfance*, n. 5-6, 1962, pp. 345-361.

Desde el punto de vista educativo se aplican particularmente cuatro formas terapéuticas que se integran mutuamente: mediante la enseñanza especializada, la orientación profesional, la acción familiar y la educación e internado. Cfr. Galeotti Yone: "Psicoterapia e Educacao". *Revista de Psicologia Normal e Patológica*, n. 4, 1961. pp. 783-784. Dell'Acqua Umberto: *La irregolarità del giovani e la pedagogia emendativa*, *Ragazzi d'Oggi*, n. 1, 1963, pp. 17-26. Pierandrea Lussana: "I compiti dei genitori degli organismi assistenziali nel trattamento del minorato psichico". *Infanzia Anormale*, n. 33, 1959, pp. 459-552.

conseguir mejoras considerables de la inteligencia, puede sin embargo mejorar el comportamiento general.²³²

A menudo con la deficiencia mental se hallan asociados factores de carácter emocional. Entonces el Centro se halla frente a una pseudo-deficiencia y la intervención terapéutica puede mejorar notablemente al sujeto.

En otros casos la deficiencia mental se manifiesta como un desorden de la personalidad más que como un disturbio simplemente intelectual.

En todo caso, el deficiente mental presenta una desadaptación social particularmente en orden al reconocimiento de la responsabilidad de sus actos, sea con relación a la moralidad como a la delincuencia. Se impone naturalmente una terapéutica inteligente, la misma que cuando la deficiencia se mantiene dentro de ciertos límites, puede alcanzar óptimos resultados como la experiencia clínica ha podido constatar.

El deficiente mental presenta el fenómeno típico retraso escolar, aunque el retraso escolar, de por sí, no signifique deficiencia mental, pues, según ya dijimos, puede tener su etiología en múltiples factores de orden social, económico, emocional y también intelectual. Pero cuando el diagnóstico ha verificado la presencia de la deficiencia mental el retraso escolar es su consecuencia natural.

En el caso de retraso escolar debido a deficiencia mental se impone por una parte la terapéutica médico psicológica y, por otra, una didáctica diferencial, que tiende realizar una enseñanza *sur mesure*.

La experiencia ha demostrado no solamente el valor de las clases diferenciales sino necesidad, pues se presentan como la forma más eficaz para la edificación de los niños retrasados. No hay que confundir sin embargo la escuela especial con las clases diferenciales. La escuela especial es para aminorados físicos o psíquicos y se realiza en institutos distintos de la escuela normal. Las clases diferenciales en cambio funcionan dentro de las mismas escuelas para normales y agrupan niños retrasados, nerviosos, inestables, y todos aquellos que, de alguna, manera no se adaptan a la disciplina común normal ni a los medios comunes. Estas clases evidentemente se confían a maestros especializados sea

232 Cfr. Masse M. P.: Action éducative menée par les pédiatres. Groupe familial, Julio de 1959.

en el conocimiento de los problemas del retrasado como para la aplicación de las técnicas específicas.²³³

El caso opuesto al del deficiente mental es el del 'niño superdotado' cuyo comportamiento se halla en contraste con su inteligencia. También el niño superdotado necesita de un tratamiento, particular según la anomalía de su conducta escolar y extraescolar. Desde el punto de vista pedagógico se han dictado varias normas orientadas a ofrecer al superdotado la posibilidad de un enriquecimiento intelectual extra-programa y actividades provechosas para sí y para el grupo. Aunque teóricamente el número de superdotados debiera corresponder al de los subdotados, sin embargo, el número de los que acuden al Centro por lo general es inferior pues su inteligencia ante la mentalidad de los padres, hace que éstos se preocupen menos de lo que se inquietan ante una deficiencia intelectual. No obstante, el superdotado, aunque de diversa manera, necesita una atención especial.²³⁴

Al lado de la deficiencia mental y del niño superdotado, educadores descubren una serie de otras dificultades que no revisten una gravedad tal como para motivar una consulta en un Centro M.P.P. pero que no dejan por ello de preocupar a los padres

233 Cfr. Volpieelli R.: *Natura e limiti della classi differenziali*. Atti del I Covegno nazionale di studio delle classi differenziali, Pascara, 1953; cfr. también Rovigatti M. T.: *Le classi differenziali, Infanzia Anormale*, fasc. 5, 1954, pp. 65-82; Montesano G.: I maggiori profili tipo di alunni. *Infanzia Anormale*, 5, 1954, PP. 83-88. Janner Pietro - Meschieri Mara: "Orientamenti della didattica differenziale", en *Ragazzi d'Oggi*, n 4, 1962, pp. 36-37; Perucci Carlo: "Le classi differenziali di preadolescenti". Problema pedagógico, en *Ragazzi d'Oggi*, n. 4, 1962, PP. 40-44.

Al lado de los problemas generales del retraso escolar se presentan problemas particulares; sobre todo en el sector de los disturbios de la lectura, de la escritura y del cálculo, disturbios que tienen como consecuencia una desadaptación de parte del niño. Se han realizado muchos estudios al respecto y la didáctica mucho, se ha aprovechado de ellos para la aplicación de nuevas metodologías más conformes con la multiplicidad de problemas que presentan. Cfr. Somon J.: *Les dislexies et la psychopédagogie de la lecture*, en Zazzo R. et alii, *l'Apprendissage*, 1952, pp. 503-512; Ajuriaguerra J.: A propos des troubles de l'apprendissage de la lecture, Critique methodologique, en *Zazzo et alii, l'Apprendissage*, 1952; Zazzo R. et alii: *L'Apprendissage de la lecture et ses troubles — Les dislexies d'évolution*, París, PUF, 1952. Critiques methodologiques, en *Zazzo et alii, l'Apprendissage*, 1952;

Zazzo R. Et Alii: *l'Apprendissage de la lecture et ses troubles — Les dislexies d'évolution*, París, PUF, 1952. Kocher Francis: *La rééducation des dislexies*, París, PUF, 1959.

Borell-Maisonny S.: *Les troubles du langage dans les dislexies et les distortographies*, en *Zazzo et Alii, l'Apprenclissage*, o. c.

Levy L.: *Osservazioni su alcune alterazioni della scrittura nei bambini anormali, Infanzia Anormale*, 10, 1955, pp. 3-26.

Hotyat F.: *Les faiblesses de la pensée mathématique chez les adolescent*, *Enfance*, 5, 1952, pp. 273-300.

234 Cfr. Sánchez J.: *El niño bien dotado y los problemas que implica: asistencia especial*. *Revista de Psicol.-Ped. Aplicada*, 1952, pp. 263-290.

Terrier G.: « Réadaptation de caractériels intelligents en externat » *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 9-10, 1956, pp. 704-731.

maestros. Existen tipos de deficiencias que están ligados a situaciones intelectuales pasajeras del niño (provocadas por la ausencia de determinadas nociones exigidas por la clase que el niño frecuenta o de la madurez necesaria para captar determinadas relaciones) o a métodos didácticos menos adecuados, etcétera.

Pues el CMPP es el más indicado para señalar a los educadores, maestros y profesores eventuales fallas y situaciones que impiden el normal desarrollo de la enseñanza.²³⁵

El campo de acción del Centro M.P.P., desde el punto de vista educativo, es vastísimo y las diversas técnicas aplicadas a la corrección de los defectos se aplican variadamente sin excluirse sino integrándose. De todos modos, el tratamiento del deficiente mental exige una preparación técnica especial para solucionar los problemas de desadaptación.²³⁶

II. Acción sobre el ambiente, particularmente familiar

Cuando la causa del disturbio o desadaptación no se halla en el individuo sino en el ambiente, entonces el equipo del Centro tiene que actuar sobre éste, modificando los factores que determinan la desadaptación del niño. Esta acción, en especial sobre los padres, va desde la suministración de simples consejos hasta una verdadera terapéutica sistemática.

A menudo, en vez de hablar de niños difíciles, sería preciso hablar —como observa Balconi— de ambientes y situaciones difíciles, que, sin quererlo, presentan un obstáculo en el desarrollo normal del niño.²³⁷ La casuística de los Centros demuestran hasta la evidencia esta realidad: los niños que se han vuelto difíciles no pueden sanar si no se colocan en condición de vivir en ambientes sanos y con adultos equilibrados y comprensivos. Su mejoría se hace posible si mejoran las situaciones ambientales.

Los métodos adoptados por el Centro para modificar la actitud de los padres son varios y se aplican de diversa manera.

235 Cfr. L. Calonghi: “La situazione di una classe ad inizio d’anno”. *Orientamenti pedagogici*, VI, n. 5, 1959, pp. 735-737.

236 Cfr. A.A.: “l’Adaptation l’Enfant au milieu scolaire”. París, PUF, 1955. Número especial de la revista *Enfance*, pp. 573.

Ibid: La classe de sexième, *Enfance*, n.1, 1960.

Robin: *Les difficultés scolaires chez l’enfant*. París, PUF, 1953, p. 138.

A. Le Gall: *Les insuccés scolaires*, París, PUF, 1955.

G. Mauco: *L’inadaptation scolaire et sociale et ses remèdes*, París, Bourrelier, 1959, p. 192.

Ibid: Les difficultés de l’age scolaire, París, 1958.

237 Balconi M.: I Bambini difficili, *Infanzia Anormale*, 1, 1953, pp. 20-29

La ayuda a los padres comienza desde los 'primeros contactos anamnéticos'. En ellos, en efecto, la descripción de los mínimos detalles, según ya anotamos hablando del diagnóstico anamnético, lleva a una toma de posición nueva ante los problemas por ellos descritos, creando a menudo un decondicionamiento terapéutico.

Unos pocos coloquios pueden tener como consecuencia una modificación duradera de la conducta de los padres en sentido favorable respecto de los hijos.

Quando se cree que el comportamiento de los padres y parientes está a la base de los disturbios del niño, no hay que afirmar sin más, que tal o cual actitud de los padres es de carácter patológico. Es el caso, por ejemplo, de madres perfeccionistas que tan a menudo inciden negativamente en la conducta del niño. Tampoco hay que considerar sistemáticamente, culpables a los padres. Ello a más de no corresponder a la verdad, crearía una opinión desfavorable con relación al Centro. Los psicoanalistas consideran esta actitud como una transposición del transfer agresivo que los miembros del equipo realizarían sobre los padres del niño que toman a su cargo.

En general, durante el periodo de la encuesta anamnética, de manera más o menos manifiesta, se realiza en los padres una clarificación de los problemas y, por lo tanto, un cierto cambio de conducta respecto de los hijos. A pesar de ello esta aclaración no es suficiente y el Centro procede al estudio del caso en orden a indicar la correspondiente terapéutica. La forma más simple es la de:

Los consejos

Al emprender la consulta médico-psico-pedagógica los padres, por lo general, se apresuran en pedir consejos que ellos consideran como otras tantas recetas que les permiten resolver las dificultades diarias que trae consigo la educación. Ello podría significar una actitud positiva de los padres con relación a los técnicos del Centro, pero, en muchos casos es un engaño, pues se apresuran en demostrar a las terapeutas que no son más hábiles que ellos mismos, ya que la aplicación de sus recetas han dado resultados desastrosos. Esto viene a indicar que el Centro no debe limitarse a poner de relieve hechos educativos que los mismos padres alcanzan a explicarse. El Centro está llamado a resolver los problemas que los padres, por sí solos, no pueden resolver sin su ayuda. El consejo o los consejos que el Centro proporciona

a los padres para la solución de un caso de desadaptación debe ser un consejo científicamente fundado y, por lo tanto, seguro.²³⁸

1. Terapia de sostén o apoyo

Mientras el equipo del Centro sigue el tratamiento del sujeto, puede ser importante y necesario realizar con los padres una terapia de contacto o sostén. Esto que en las primeras sesiones parece producir buenos resultados a riesgo de echarlo todo a perder en las cesiones sucesivas y repetidas, pues la repetición de las mismas puede causar tedio y cansancio, no solamente en los padres, sino en los mismos terapeutas quienes fácilmente podrían ir sujetos a una especie de relajación. Por lo general, los padres quieren ver resultados inmediatos y cualquier demora en su consecución introduce desconfianza en la capacidad terapéutica del equipo. A éstos en gran parte, se debe la interrupción de un tratamiento que sigue su curso normal y positivo. Se impone, por lo tanto, de parte del Centro, una acción paciente orientada a sostener psicológica y moralmente a los padres, de cuya colaboración por otra parte, depende el éxito del tratamiento.²³⁹

Las modalidades para la realización de esta terapia de sostén evidentemente varían de acuerdo con la *docibilitas* de los padres.

-
- 238 Se trata evidentemente de una seguridad moral, pues hay siempre el factor imponderable de la libertad. Cfr. Mattai G.: *Giovani d'oggi e realtà sociale*. Terza generazione, en *Orientamenti Pedagogici*, n. 5, 1954, p. 649, ss.; Idem: n. 1, 1955 p. 127, ss.
 Ibid.: *Problemi educativi della famiglia d'oggi*. *Orientamenti Pedagogici*, n. 3, 1955; p. 291, ss.;
 Ibid.: *Capacità educativa della famiglia d'oggi*, *Orientamenti Pedagogici*, n. 4, 1955, p. 443, ss.
 P. Braido: *Nuovi orizzonti de Pedagogia familiare*, *Orientamenti Pedagogici*, a. X, n. 1, 1962, pp. 54-65.
- 239 Cfr. Falorni M. L.: *Riflessi sociali della scarsa preparazione psicologica del genitori*. *Vita Sociale*, 3, 1950, fasc. 3-4.
 Rosenthal M. J.: *Collaborative therapy with parents al Child Guidance Clinics*, *Social Case-work*, Enero de 1954.
 Kelman H. R.: *Parents Guidance in a Clinic for mentally retarded children*, *Social Case-work*, Diciembre de 1953.
 Aragaon M.: *Rieducazione del genitori*. *Orientamenti Pedagogici*, n. 6, 1956, p. 847, ss.
 Thurston Jhon R.: *Counseling the parents of the severely handicapped*. *Exceptional Children*, 1960, vol. 26, n. 7, pp. 351-354.
 Mathis M.: *Analise des conduites educatives*. *Sauvegarde de l'Enfance*, n. 4, 1962, pp. 291-3119.
 Porot M. L.: *L'Enfant et les relations familiales* (Paideia), Paris, PUF, 1934.
 Meyer M.: *Action éducative des médecins sur les parents*, *Groupe familial*, Julio de 1959.
 Dublienuau J.: *L'avenir de l'education des parents*, *Groupe familial*, n. 12, Julio de 1961.
 More Katherine: *A specialized method in the treatement of parents in a child Guidance clinic*. *Psychoanalysis. Rev.*, 21, 1934; pp. 415-424.

2. Psicoterapia sistemática

El estudio de un caso a menudo evidencia anomalías en los padres, las mismas que no se pueden corregir con simples consejos, sino que piden una intervención sistemática paralela al tratamiento del niño o también para ellos solos, particularmente, a la madre. El tipo de terapéutica a emprenderse depende de la gravedad o menos del caso y de las posibilidades de suceso.

No faltan casos en los cuales los padres presentan a sus hijos al Centro para la consulta médico-psico-pedagógica con la intención disimulada de obtener una consulta para sí mismos. El Centro no debe rechazar estos casos, pues, de alguna manera, la conducta de los padres incide sobre la del hijo quien no puede no resentirse de sus anomalías o disturbios. El caso más frecuente es el de las madres que tienen una neurosis del carácter, aunque raramente estos disturbios exigen un tratamiento psicoterápico largo, siendo suficiente, normalmente, una intervención por medio del *case-work* donde el tratamiento consigue mejores resultados.²⁴⁰

El tratamiento de los padres, particularmente de la madre, ha recibido estos últimos decenios un impulso enorme, pues fácilmente, los padres proyectan sobre sus hijos sus propios problemas y disturbios. Los estudios clínicos han puesto de relieve la enorme importancia que tiene la madre en la determinación de la inadaptación del niño particularmente por carencias afectivas en primeros años de vida del niño.

En otros casos se juzga conveniente realizar la psicoterapia del niño por medio de la madre. Este es la que ha empleado Freud, con el pequeño Hans. En otros casos se impone una psicoterapia dirigida a todos los miembros de la familia.

3. Psicoterapia de grupo sobre los padres

Actualmente muchos Centros de *Guidance* realizan una terapia de grupo sobre los padres con el fin de disminuir la posición ambivalente de los mismos, esto es de sumisión y agresividad. El grupo también, tratándose de los padres, y no solamente de los niños, ejerce sin duda una acción terapéutica considerable si se considera que los padres tienen la oportunidad de comprender, a través de la experiencia ajena, análoga a la propia, lo que les pasa a sus propios hijos. En efecto, el observar que los demás niños tienen los mismos defectos que se verifican en los propios, aumenta la tolerancia de una parte y disminuye el sentido de culpabilidad de otra.

240 Moore Katharine: A specialized method in the treatment of parents in a child Guidance clinic. *Psychoanalysis*. Rev. 21, 1934, pp. 415-434.

Joseph Betti: "Psicoanalisi e Case-work", *Infanzia Anormale*, Abril-Junio, 1953, pp. 213-228.

También la aplicación de este método se realiza por medio de diversas técnicas, particularmente por el estudio de casos, de las interrelaciones padres-hijos de parte de todos los componentes del grupo.²⁴¹

4. El 'social case work'

La metodología más empleada para realizar una acción terapéutica sobre los adultos que se hallan envueltos en la desadaptación del niño es sin duda el método del *case work*, generalmente realizado por el asistente social. Sin llegar al tratamiento psicoanalítico de los padres auspiciado por Anna Freud, actualmente es adquirido el concepto que las relaciones familiares forman parte esencial del ambiente del niño y que por consiguiente los padres se hallan naturalmente envueltos en el tratamiento del mismo. Este tratamiento exige de parte del que lo aplica competencia en las técnicas especiales.

Cuatro son particularmente las técnicas empleadas:

- la técnica ambiental;
- la técnica de sostén o apoyo;
- la técnica de clarificación; y,
- la técnica del desarrollo de una comprensión interior²⁴².

Su aplicación exige necesariamente: 1. Una comprensión profunda de las necesidades humanas fundamentales y de las reacciones del ser humano frustrado en la satisfacción de las mismas. 2. El conocimiento del desarrollo psicosocial del ser humano durante la infancia, la adolescencia y la virilidad o madurez y la vejez. 3. El conocimiento de los fenómenos de psicopatología y de las consecuencias que se derivan para la terapia social. 4. El conocimiento de la psicología de las relaciones humanas entre los individuos. 5. Ciertos conceptos psicoanalíticos fundamentales como serían los relativos a los sentimientos e ideas inconscientes, los mecanismos de defensa para remover ideas penosas, etcétera.²⁴³

241 Cfr. Giaziella Caiani: Principii informativi e direttivi delle varie forme di trattamento agli adulti presenti nell'ambiente di vita del bambino. *Quaderni di Ragazzi d'Oggi*, 1958, n. 5, pp. 163-164. Esta técnica tiene por fin informar a los padres. El psicoterapeuta no debe olvidar que la técnica del de-condicionamiento, en este caso, está basada principalmente en la comparación que se establece entre el comportamiento actual de los padres y su propio comportamiento infantil.

242 Cfr. Hollins F.: *Le tecniche del case-work*, ed. A.A.I., Roma. p. 5; *ibid.*; *Journal social work*, n. 6, Junio de 1949.

243 Cfr. Renzi Guastalla B.: "Concetti e sistemi di classificazione del lavoro del case-work". *Rivista di Psicoanalisi*, V. n, 1, 1959, pp. 59-83.
Cfr. también: Paillard R.: "Que faut-il penser du 'case-work'". *Rééducation*, n. 139, 1962, todo el número.

Actualmente, la metodología del *case-work* ha recibido un desarrollo tal, que sería vana pretensión abordar aquí un argumento de esta amplitud. El Centro a través del Asistente social y demás miembros del equipo, por regla general, tiene, de alguna manera, que realizar una labor social y psicológica sobre el ambiente familiar. El *case-work* se extiende a toda la constelación familiar y no solamente a los padres o al niño, según los casos. Por otra parte mediante el *case-work* el niño recibe su tratamiento en su mismo ambiente, procediendo la mejora del niño con la modificación del ambiente.²⁴⁴

El campo de acción del *case-work* es vastísimo y se aplican en él las varias formas terapéuticas por las respectivas competencia, sea actuando sobre el niño como, sobre todo el ambiente. El tratamiento por el *case-work* mira, principalmente, a crear una reacción consciente y controlada. El tratamiento del *case-work* tiene su eficacia si el niño y cada miembro de su familia son tratados tomando en cuenta sus necesidades y derechos, pues, el principio fundamental del servicio social descansa sobre el respeto de los derechos de cada hombre. Este respeto exige que no se lesionen los intereses de los unos en favor de otros. Por lo tanto, el suceso del tratamiento será posible si existirá la preocupación por el bienestar del niño a la par que por el bienestar de cada miembro de la familia, proporcionando a cada uno una ayuda adecuada a sus necesidades.

Mediante las técnicas del *case-work* es posible resolver el conflicto originado entre el sujeto y el ambiente, acercando este último agente traumatizante, al sujeto traumatizado, quien, privado del apoyo afectivo, ha puesto en actividad los varios mecanismos de defensa que han determinado una *stasis* de la evolución afectiva cuando no una regresión con pseudoretraso también en el desarrollo intelectual que, al fin, llevan a un retraso en la evolución de la personalidad.

No se trata solamente de establecer una comprensión intelectual, sino sobre todo afectiva, tarea para la cual el técnico particularmente llamado es el 'asistente social'.

De esta manera el Centro llega a resolver un buen número de casos que, de otra manera, constituirían un problema permanente para la familia y la sociedad.²⁴⁵

244 Renzi B.-Guastalla: "Psicoanalisi, Psichiatria e técnicas del case-work. *Rivista di Psicoanalisi*, a. VII, fasc. III, 1961, pp. 189-213.

Paillard M.: "Reflexion sur le case-work," *Rééducation*, n. 148-149, 1963, pp. 1-5.

245 Cfr. Role M.: "Il case-work con il fanciullo e i suoi genitori in seno alla loro famiglia," *Sociale Service Review*, n. 3, setiembre, 1954.

Schery F.: "What is family centered case-work?," *Social case-work*, Octubre, 1953.

Mc Cornick M.: "Teorie antiche e nuove del case-work," *Social case-work*, n. 10, December, 1954.

III. Otros tipos de asistencia extra familiar

La asistencia al niño se realiza de diversas maneras y el Centro, por supuesto, no puede abarcar toda la asistencia. Es así que el Centro además de una terapéutica directa realizada por medio de las diversas competencias del equipo, procede a tomar otras medidas según el caso lo exige, particularmente la colocación *Foster homes* y en 'Institutos'.

Cuando el hogar doméstico no existe o se ha destruido se procede, según las posibilidades, a proporcionar al niño un ambiente familiar adoptivo. Esta adopción a veces es definitiva, otras perdura hasta abrir un camino en la vida, esto es cuando el sujeto se halle en la capacidad de abastecerse por sí mismo. Es esta la forma del *Foster Home* que en Estados Unidos ha tenido amplia aplicación. El Centro, al proceder a aconsejar o colocar directamente a un niño desadaptado en un hogar adoptivo, tiene que exigir determinadas características a tenerse en cuenta desde el punto de vista psicológico y pedagógico: sano espíritu de comprensión y calor afectivo, que están a la base de toda adaptación.

El Centro evidentemente no abandonará al niño sino que ha de seguir el resultado de la medida por él tomada, según diversas modalidades a definirse, caso por caso.

En otros casos de niños que no tienen afecto para con sus padres o son rechazados por éstos o por exceso de afecto de parte de los mismos, se procede a un tratamiento extra-familiar. Esta medida naturalmente se toma solamente cuando todas las tentativas de una terapéutica familiar han sido agotadas.

Existen varias formas de terapéutica extrafamiliar, desde el encargo de determinadas ocupaciones extrafamiliares hasta abandonar la propia familia para ingresar en un internado.²⁴⁶

El Instituto, sea bajo forma de internado como de semiinternado, es la forma típica y tradicional de asistencia infantil, pero no hay que olvidar que el ambiente natural para el niño es su familia. Justamente observa Zavalloni:

246 Cfr. Williams Jessie M.: "Children who break down in foster homes: a psychological study of patterns of personality growth in grossly deprived children". *J. Child. Psychol.* 1961, n. 2, pp. 5-20.
Andrews Roberta G.; "The transitional methods in the adoption placement of older infants and young toddlers". *Child Welfare*, Mayo de 1961, pp. 15-21.

Berron J.-Métayer F.: *Le placement familial d'enfant retardés*. Sauvegarde de l'Enfance, n. 4, 1963, pp. 326-330.

Mc Coy Jacqueline: "Identity as a factor in the adoptive placement of the older child". *Child Welfare*, Septiembre, 1961, pp. 14-18.

Zumbach Pierre: "Le placement familial. Les cahiers de l'Enfance", n. 77, 1961, pp. 27-41.

Il fanciullo non deve essere staccato dalla famiglia con leggerezza. In molti casi vi sono buone possibilità di cambiare l'ambiente sociale del fanciullo mutando gli atteggiamenti e le situazioni all'interno della sua famiglia.

Sin embargo, aún quedando el principio, en algunos casos se impone la internación, y el Centro ha de proceder a indicarla según la gravedad del caso. Es el caso, por ejemplo, de la falta de la familia propia, o su negatividad absoluta para la adaptación del niño, sea por falta de colaboración como por oposición, aunque fuera inconscientemente. No nos corresponde aquí tratar del internado, pero el Centro al indicar la internación de un niño tendrá que tener en cuenta aquellos que más se acercan a la forma familiar particularmente con respecto de las relaciones afectivas.²⁴⁷

IV. Postratamiento (*after care*)

Conseguida la adaptación del niño, el Centro no da por terminado su cometido y no abandona al niño. El *after care*, según la comisión consultiva de la infancia delincuente inadaptada de U.I.P.E. reunida en Beaumont-sur-Oise en abril de 1950, debe ser una acción positiva para ayudar al individuo a comprender sus problemas a aceptar sus responsabilidades y a hallar una solución a sus dificultades.²⁴⁸

No puede ser una simple vigilancia autoritaria y esporádica, un sistema rígido y *routinier* de control sino una ayuda positiva.²⁴⁹

Los servicios en libertad vigilada son los más aptos para realizar una labor poscurativa adecuada. Por lo general se confía esta tarea a un educador experimentado que

247 Cfr. Dell'Acqua Umberto: "Il ragazzo caratteriale e la vita di Istituto". *Ragazzi d'Oggi*, n. 2, 1963, pp. 21-26.

Levy S.: Gli internati Médico Pedagogici. *Infanzia Anormale*, n. 6, 1954, pp. 288-300.

Bollea G.: Piano di organizzazione della psichiatria infantile in Italia. *Infanzia Anormale*, n. 50, 1962, p. 660, ss.

Ibíd.: *La psychiatrie infantile en Europe*, PUF, Paris, Col. *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. I, fasc. I, 1958.

Canepa Giacomo: Un problema fondamentale: Il trattamento dei caratterotipi in istituti di ricovero. Relación al II "Convegno" de los CMPP del EMPME, en *Quaderni di Ragazzi d'oggi*, n. 5, 1958, p. 189. Es sumamente interesante: Internats pour jeunes inadaptés et monde extérieur, Sauvegarde de l'Enfance, nos. 1-2, 1960, completamente dedicado al argumento con las varias relaciones del XI Congreso de UNAR.

Kamps L. N. J.: "Problèmes d'organisation et d'administration dans les internats de traitement pour enfants". *Revue Internationale de l'Enfant (U.I.P.E.)*, n. 4, vol. XXIV, 1960, pp. 372-383.

248 Cfr. M. J. Prochasson: La post-cure, preparation, poursuite. *Sauvegarde de l'Enfance*, nos 1, 2, 3, 1962, pp. 197-322.

249 Cfr. Giraed G.: Service de suite et postcure. *Sauvegarde de l'Enfance*, Enero-Febrero, 1960.

conoce los principales internados de reeducación con los cuales mantiene continuas relaciones. El asistente social es, así mismo, llamado a realizar esta tarea de acuerdo con los principios psicológicos que regulan la actividad postterapéutica.²⁵⁰

El Asistente social y el educador experimentado y preparado para este trabajo, tienen que crear las condiciones psicológicas y sociales favorables para una eficiente intervención.

También para el *after care* se han elaborado varias técnicas que aseguran la consecución de los objetivos específicos.

Por lo pronto el niño que sale de un internado necesita absolutamente de un apoyo para realizar una nueva ambientación psicológica y social.²⁵¹

Distinto es el caso del niño que ha seguido el tratamiento realizado directamente por el Centro. Sin embargo el trabajo de asistencia postterapéutica no es exclusivo del Asistente social, sino que todo el equipo del Centro en forma y grado distintos, está empeñado para llevar su aporte en el marco de su competencia.

Es fundamental a este tipo de atención el que el sujeto se sienta libre en su acción.

Si bien el principio de la necesidad de una intervención sucesiva al tratamiento es generalmente admitido y las experiencias realizadas lo confirman, todavía no se han encontrado soluciones positivas para su extensión y generalización. Las dificultades principales se hallan en la falta de personal necesario para seguir todos los casos que el Centro trata, los medios económicos, el apoyo legal y el mismo número de sujetos. A estas dificultades hay que agregar la preparación conveniente del personal especializado, el mundo del trabajo al cual ingresan los adolescentes, etc.²⁵²

Bibliografía

ALEXANDER, F. y French T. M.: *Terapéutica psicoanalítica*, Buenos Aires: Paidós, 1967.

ALLEN, Frederick H.: *Psychotherapy with children*. New York: Norton, 142.

ANDREWS, Roberta G.: *The transitional method in the adoption placement of oldert infants and Young Toddless*, Child Welfare, mayo, 1961, pp. 15-21, 1961.

250 Arnou C.: La conception de l'after care. Sauvegarde de l'Enfance, n. 9-10, 1955.

251 Mlle. Belin: Role du délégué permanent á la liberté surveillée, après la rééducation, Arc. en ciel, Journées d'études de Jambville, 1954.

252 Chazal: Introduction générale au problema post-cure. Cahiers d'Informations, école de cadres, n. 4, Bruxelles, 1957. Número enteramente consagrado a la post-cure vista por el juez, el educador, el Asistente social, el ejército.

- ANZIEU, D.: *El psicodrama analítico en el niño*, Buenos Aires: Paidós, 1965.
- BALSER, B. H.: *Psicoterapia del adolescente*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- BROWNWY, C. G.: *El estudio del liderazgo*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- CRR, L. J.-Valentine M. A. and Levy M. H.: *Integrating the camp, the community and social work*. New York: Assotiation Press, 1939.
- DÍAZ, ARNAL, Isabel: "La dinámica de grupos en el educador especializado". *Revista de Educación*, n. 151, 1963. Relación de la XI Reunión de la Asociación Internacional de Educadores de Jóvenes inadaptados, Baden bei Wien. 1962, Noviembre.
- DIETHELM, O.: *Tratamiento en psiquiatría*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- Di MICHAEL, S. G.: Vocational rehabilitation of mentally retarded U. S. Off. Voc. Rehabil. Serv. n. 123, 1950.
- DULEY, Virginia: *Forster mothers successful an unsuccessful*. *Social Work*, 3, 1932, pp. 151-182.
- FLÜgel, J. C.: *Psicoanálisis de la familia*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- FREUD, Anna: *Le traitement psychoanalytique des enfanas*. Paris : Presses Universitaires de France, 1951.
- FREUD, S.-Freud A.-Klein M. Erikson E. H. y Ackerman N.: *Grandes casos del psicoanálisis del niño*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- GRINBER, L. - Langer M.-Rodríguez E.: *Psicoterapia del grupo*, Buenos Aires: Paidós, 1965.
- HAIMAN, F. S.: *La dirección de grupos*, Paidós, 1966.
- HARTJEY-Frank-Goldenson: *Cómo comprender los juegos infantiles*, Paidós, 1966
- HECK, Archo: *The education of exceptional children*, New York: Mc Graw Hill Book Comp., 1953.
- HILL, W. F.: *Teoría contemporánea del aprendizaje*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- HILL, L.: *Psicoterapia en la esquizofrenia*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- ISAMBERT, A.: *L'Education des parents*, I vol., P.U.F, París, 1960.
- KELMAN, H. R.: *Parent guidance in a clinic for mentally Retarded children*. Social case-work, 1953, Diciembre.
- KLAPMAN, J. W.: *Group psychotherapy, theory and practice*, New York: Grune and Stratton, 1946.
- KLEIN, M.: *Psycho-analysis of children*. Hogarth Press., London, 1949.
- KLEIN, M.: *Contributions to psycho-analysis*, London: Hogarth Press, 1949.
- KLEIN, Melaine: *Psycho-analysis of children*, New York: Norton, 1932.
- KOCHER, Francis: *La rééducation des dyslexiques*, París : P.U.F, 1959.
- KGELMASS, I. I.: *The manegement of mental deficiency in children*, New York: Grune and Stratton, Inc., 1954.
- LIFON, W. M.: *Trabajando con grupos*, Paidós, 1966.

- LURIA, A. R.: *Psicoterapia di gruppo e psichiatria clinica*, G. Barbera, Firenze, 1966.
- MASLOW, A. H.-Shaffer L. F. y otros: *Métodos psicoterapéuticos*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- MCKINNEY, F.: *Counseling for personal adjustment in schools and colleges*, Boston-Houghton, Mifflin Co., 1958.
- MORENO, J. L.: *Fundamentos de la Sociometría*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- Ibíd.: *Psicomúsica y Sociodrama*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- MULLAN, H.-Rosebaum M.: *Group psychotherapy and practice*. New York: Free Press of Glencoe, McMillan, 1962.
- OLMSTED, M. S.: *El pequeño grupo*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- PAILLARD, R. *¿Que faut-il penser du case work?* Rééducation. n. 139, 1962. Todo el fasc.
- PERDONCINI, Guy e Yvon Yvonne: *Manual de psicología y reeducación infantil*. Ed. Marfil Alcoy, 1967.
- PICQ, Louis et Vayer Pierre: *Education psychomotrice et arriération mentales*, G. Doin & C., París, 1960.
- PLANK, E. N.: *El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital*, Buenos Aires: Paidós, 1967
- ROGERS, C. R.: *Psicoterapia centrada en el cliente*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- ROGERS, C. R.: *Counseling and Psychotherapy*. Houghton. New York: Mifflin Co., 1942.
- SCHILDER, Paúl: *Tratado de Psicoterapia*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- Ibíd.: *Psicología médica*, Buenos Aires: Paidós, 1967.
- SLAVSSON, S. R.: *An introduction to group therapy*. New York, Common. Wealth Fund., 1943.
- TAFT Jessie: *Dynamic therapy in a controlled relationship* MacMillan, 1933
- VOLPICELLI, L.: *Natura e limiti delle classi differenziali*. Atti I. Convegno Nazionale Classi differenziali, Pescara, 1953.
- VANDER YUCHT, Gregory: *Le counseling, processus d'interview-dynamique applique dans l'enseignement secondaire*. Travaux du Congrès international des centres médico-pédagogiques de París, Julio, 1954.

Conclusiones derivadas de la experiencia realizada en los centros médicos psicopedagógicos (CMPP)

Medio siglo de experiencias clínicas han permitido llegar a conclusiones que se pueden considerar definitivas dentro del campo de la asistencia a la juventud inadaptada.

Es indudable que mucho camino ya se ha recorrido en este sentido, y si la labor realizada hasta ahora no hubiera conseguido más que establecer los principios que sustentan la asistencia del niño inadaptado, este solo hecho ya sería significativo y motivaría la actividad clínica para un estudio más profundizado del niño desadaptado.

Ventajosamente no se han conquistado solo principios, sino también resultados de orden práctico que garantizan la validez de éstos. Se debe cabalmente a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la técnica del trabajo en equipo, en el estudio y tratamiento del niño desadaptado la acogida brindada a esta metodología médico-psico-pedagógica aplicada en las Child Guidance Clinics y en los Centros M.P.P.

En este capítulo reuniremos, alrededor de unos cuantos puntos, las principales conclusiones que la experiencia clínica ha evidenciado hasta hoy.

1. Necesidad de comprender y ayudar al niño desadaptado como individuo y persona

La labor realizada en las clínicas psicológicas y CMPP ha puesto de manifiesto la necesidad de estudiar y comprender al niño en su individualidad concreta.

No son suficientes los principios generales de la Psicología, de la Psiquiatría, de la Pedagogía. Estas ciencias presentan esquemas pero ningún individuo, en cuanto tal, halla un puesto ya determinado en ellos. Cada individuo es una unidad que tiene que ser estudiada individualmente a la luz de los principios universalmente válidos, pero aplicados a su individualidad. La ciencia, en cuanto tal, no conoce al individuo

porque se mueve dentro de esquemas generales, pero sí puede dirigir y de hecho dirige el estudio concreto del mismo.²⁵³

Al igual que el universo, también el individuo se presenta como problema: problema en su desarrollo y evolución; problema en su adaptación al medio; problema en la consecución de sus ideales.

La psicología clínica no solamente ha puesto de relieve la necesidad del estudio del niño anormal, difícil y desadaptado; sino de todo niño. Más aún su intervención, cuando la desadaptación ya se ha verificado, de alguna manera ya es un fracaso, una incomprensión del niño no quedando sino una solución: reparar, en los límites de lo posible, los daños de esa incomprensión. No se trata de evitar los problemas ordinarios de la vida, por otra parte inevitables y también necesarios para la adaptación y formación del niño, sino particularmente aquellas dificultades que detienen la educación e impiden conseguir, aún entre obstáculos, el fin que persigue.

Sin embargo, de hecho la desadaptación, con culpa o sin ella, muchas veces se produce: entonces la intervención terapéutica impone como condición necesaria para la reeducación. Si el principio preventivo debe primar en toda acción educativa, el principio terapéutico interviene inmediatamente cuando el primero ha fallado. En educación no cabe el pesimismo: con una intervención tempestiva, y en un sentido tratándose de niño la acción es siempre, de alguna manera, tempestiva, consigue siempre algún resultado positivo.

Fue este el principio base que animó a Healy a fundar las clínicas psicológicas: "Hemos comenzando —escribe Healy a Anderson— con el tribunal de la infancia porque estábamos convencidos de que, desde el punto de vista terapéutico, se podía hacer con los niños mucho más de lo que se hacía: sus vidas no han cristalizado y sus hábitos son menos fijos".²⁵⁴

Después de medio siglo este principio ha recibido en la actividad de las clínicas psicológicas su plena confirmación.

Sin embargo, esta comprensión no puede ser algo que se confía al buen sentido y al así llamado 'ojo clínico' del cual muchos se glorifican, pero que en realidad nada tienen de clínico.

253 Cfr. Zavalloni P.: *Conoscere per educare -La Scuola*, Brescia, 1961.

254 Cfr. Anderson, H.: *Las Clínicas Psicológicas*. Espasa Calpe, Madrid, 1935, p. 16.

Cfr. también Healy: *The individual delinquent*, Little Brown, Boston, 1915, donde este principio halla su desarrollo.

El estudio del niño debe llevarse científicamente sobre la base de un conocimiento total de la estructura y del dinamismo de la personalidad e individualidad del mismo.

Comprender al niño no significa quedarse en un concepto estático del mismo sino captarlo en su dinamismo: "El niño que estudiamos hoy, afirma Anderson, ya no es el mismo que ayer".²⁵⁵

Para, la psicología y pedagogía modernas, el niño total es una 'expresión dinámica'. Este principio tiene como consecuencia que la comprensión del niño solamente es posible dentro de este proceso dinámico en el cual el niño se mueve.

A su vez la actividad del niño no es una actividad aislada sino que se realiza dentro de su 'ambiente'.

El punto central de todo el problema en el campo de la personalidad es la determinación del peso que se debe dar a factores heredo- constitucionales de una parte, y a los factores educativos y ambientales por otra. Los primeros dan una concepción estática de la personalidad, mientras los segundos ofrecen una visión plástica, dinámica y variable de la misma.²⁵⁶

La comprensión del niño no tiene finalidad, sino que ordena a una ayuda positiva, individual y personal que éste necesita.

Por definición; todo niño, pero de manera particular el niño difícil y desadaptado, así como necesita comprensión necesita una ayuda adaptada a él, para él. Es sin duda mérito de la psicología clínica haber puesto en claro este principio. Lo que interesa al clínico no son los problemas, sino el niño, su personalidad que se halla en dificultad. Así como para la medicina no existen las enfermedades, sino los enfermos, para la psicología clínica no existen los problemas sino los niños con dificultades.

La afirmación de este principio impide pensar en soluciones idénticas para individuos diversos. Cada individuo o halla solución personal o no halla ninguna.²⁵⁷

El comportamiento humano es la resultante de varios factores que intervienen entrelazándose de manera distinta en cada individuo, creando condiciones específicas en cada uno.

255 Anderson H.: op. cit., p. 27.

256 Desarrolla muy bien este concepto M. Bertini: *il tratto difensivo dell' isolamento nella sua determinazione dinamica e strutturale*, XIII Congresso degli Psicologi italiani. Rivista di Psicologia, a. 55, fasc. IV, 1961, p. 319.

257 Cfr. Oswaldo De Barros Santos: "Propósitos, principios e programa básico de Orientacao". Revista de "Psicología Normal e Patológica", a. VII, 1961, nos. 1, 2, 3, pp. 375-377.

Es así como una dificultad de adaptación en el plano escolar puede ser originada por una inadaptación social y, viceversa, la inadaptación social puede ser causada por una inadaptación escolar.

Esta ayuda, además de ser individual y personal tiene que ser proporcionada de manera diversa, según los diversos periodos del desarrollo por los que atraviesa el niño, de conformidad con sus posibilidades y limitaciones.

Si de una parte el niño desadaptado necesita ayuda personal, por otra todo el ambiente debe cooperar para su inserción o reinsersión en la comunidad como parte integrante de la misma sociedad.

La experiencia clínica ha puesto de relieve que para el niño difícil y desadaptado esta ayuda es indispensable y necesaria pues —afirma Migliori—: “Es universalmente aceptado el principio según el cual la inadaptación juvenil es un hecho complejo sobre el cual repercuten un conjunto de factores, individuales, familiares y sociales estrechamente conexos”.²⁵⁸

La ayuda naturalmente tiene que ser proporcionada de manera distinta según los diversos factores que intervienen. Estos factores ya no deben ser observados desde el punto de vista estático sino “según la importancia que presentan progresivamente en la dinámica de los casos y en el curso de las interrelaciones entre las, energías evolutivas individuales y los estímulos del ambiente, según las diferentes edades y los diversos momentos de la personalidad”.²⁵⁹

2. Necesidad de una acción preventiva y de *dépistage*

El principio de la prevención para la *sauegarde de l'Enfant* ha entrado definitivamente a formar parte del patrimonio de la mentalidad moderna, sugiriendo varias formas para su realización.

La experiencia clínica de su parte ha demostrado su necesidad y eficacia:

Tanto piú gli interventi saranno tespestivi —afirma Bartoleschi— e adeguati tanto migliori saranno i risultati, sino ad ottenere il superamento effettivo del disadattamento.²⁶⁰

258 Migilori M.: Relación a la I Confer. Internc. de UMOSEA. *Sauvegarde de de l'Enfance*, nos. 5, 6, 1961, p. 501.

259 Migliori, I. c., p. 502.

260 Bartoleschi B.-Groppelli A.: “Criterii per la prevenzione del riterdo scolastico”. *Infanzia Anormale*, 33, 1959, pp. 872-887.

En las naciones donde la propaganda de la higiene mental muy extensa se asiste a un fenómeno que lleva al extremo opuesto, esto es, que los padres piden una terapéutica para casos que no necesitan ninguna intervención; por el contrario, en otras partes, donde esta propaganda es muy débil o nula, existen sujetos en realidad gravemente desadaptados sin que puedan beneficiarse de una intervención clínica que, realizada tempestivamente, sería de enorme provecho para la normalización de la conducta.²⁶¹

Pero esta intervención preventiva a su vez pide una acción de *dépistage* que permite descubrir la inadaptación en niños *apparentemente normales*; así como la perfecta normalidad en otros al parecer anormales (o falsos anormales), porque juzgados con criterios que no permiten definir exactamente el estado real, de acuerdo con el desarrollo del niño, juzgado difícil o inadaptado.

Se discute acerca de la oportunidad o menos de que el Centro realice directamente esta acción de *dépistage*.

Ciertamente, el Centro desarrolla esta actividad en zonas donde se presentan aquel tipo de casos que el Centro tiene interés en tratar, como sería, para determinados centros, el tratamiento de los niños delincuentes. En este caso el *dépistage* se realiza en colaboración con los tribunales de menores u otras instituciones particularmente competentes.

Otro caso puede ser el de los niños retrasados. Entonces el Centro envía al psicólogo a las escuelas aprovechando la colaboración de maestros y profesores.

Sin embargo, se debe tomar en cuenta que, de esta manera, se realiza una selección de los casos quedando sin ayuda aquellos niños que no sufren los disturbios indicados, sin dejar por esto de necesitar ayuda médico-psico-pedagógica.

Admitido el principio de la necesidad de un *dépistage* tempestivo y acción preventiva correspondiente, queda la dificultad práctica de descubrir todos los casos que necesitan la intervención del Centro. Se impone entonces la colaboración de las instituciones sanitarias y sociales de la colectividad.

Un amplio sistema de *dépistage*, que utilice toda la asistencia posible de las organizaciones o de las personas en contacto con los niños, permitirá elegir, entre los casos, aquellos en los cuales se impone un tratamiento preventivo, pues "le traitement

261 Cfr. en *Sauvegarde de l'Enfance: l'action preventive Santé Mentale de l'enfants dans les écoles maternelles*, nos. 5-6 pp. 395-1400.

Ibid.: *L'action preventive en matière de Santé Mentale dans les dispensaires de nourrissons*, pp. 392-394.

Ibid.: *L'action preventive en matière de Santé Mentale de l'Enfant dans les Crèches*, pp. 381-391.

Cfr. Jubany N.: *Los servicios sociales y la prevención contra la delincuencia y la inadaptación social de los menores*. Publicaciones al servicio del niño español. Ministerio de la Gobernación de Madrid, Junio de 1961.

des cas á leur debut -firman Buckle y Lebovici- est possible et plus économique qu'un traitement remis jusqu'à manifestation de dérangements plus sérieux".²⁶²

Los mismos autores observan que se debe admitir la posibilidad de un *dépistage* eficiente entre aquellos niños que se hallan en estado de tensión afectiva. Estos niños se hallan en el seno de las familias donde se encuentran problemas, de las familias donde el padre o la madre sufren de una enfermedad crónica, física o mental, entre las familias alcohólicas o entre los hermanos o hermanas mentalmente disturbados.

Por otra parte los datos reunidos por el Centro, y los casos que se han llevado a feliz término, ofrecerán la oportunidad para proporcionar preciosas indicaciones en orden a realizar el *dépistage* y a la acción preventiva dentro de la colectividad donde el Centro viene a ubicarse.

Frente a esto la solución más acertada es el examen sistemático de todos los niños, el mismo que se puede realizar en las escuelas, jardines de infantes, etcétera, así como deben ser estudiados todos los niños que se sujetan a examen médico por disturbios de orden físico.

Las modalidades pueden variar, pero queda la necesidad de que el *dépistage* se realice de manera tal que ningún niño quede excluido de una acción preventiva lo más tempestiva posible. Este principio se afirma cada día más y con más insistencia en reuniones y congresos donde se estudian los problemas de la infancia inadaptada. Su necesidad se desprende de la importancia que tiene la génesis de los disturbios psicológicos de la infancia derivandos de las condiciones materiales y culturales en las que el niño vive.²⁶³

262 Buckle D.-Lebovici S.: *Les Centres de Guidance Infantile*, OMS, Genève, 1958, p. 99.

263 Cfr. las conclusiones del I Congreso Nacional de la infancia Española al cual han participado, a más de varias organizaciones de asistencia infantil españolas, también varias instituciones de carácter mundial como la Unión Mundial para la Protección de la Infancia, la Asociación Internacional de Educadores de la infancia inadaptada, la Unión Internacional de Protección a la infancia, la UNICEF, la Jurisdicción de Menores de Portugal. Entre sus conclusiones el principio de la prevención está al centro de las preocupaciones de los congregantes: "El Congreso pide una atención preferente a la prevención de indigencia y desviaciones como el medio más eficaz de solucionar los problemas de la infancia. En consecuencia estima que se debe atender a la profilaxis sanitaria y social y a la educación primaria y fundamental como base para satisfacer las necesidades de la infancia".

A. Garmedía De Ataola, S. J.: Primer Congreso Nacional da la Infancia Española, Revista *Calasancia*, a. IX, 1963, p. 105; n. 33.

El Segundo Seminario Europeo sobre la Guidance Infantil de Bruselas. Agosto-Septiembre, 1960, distingue la prevención primaria y la secundaria. La primera puede ser actuada solamente mediante providencias gubernamentales; la segunda tiene que ser realizada por una red de servicios y organismos de carácter pseudo-psiquiátrico, pedagógico, socioasistencial, coordinados sistemáticamente con los Centros de *Guidance*.

Se ha preconizado la fundación de Centros de Higiene Mental a los cuales confiar la misión de la búsqueda, de la propaganda, de la puesta al día en orden técnico de parte de los especialistas que actúan en campo médico psicopedagógico.²⁶⁴

En la acción de *dépistag* son particularmente llamados a colaborar los profesores, maestros y asistentes sociales. Su colaboración, sobre todo, cuando es fruto de una preparación adecuada se ha demostrado sumamente eficaz y necesaria, pues, aunque de hecho nunca se llegará a eliminar la inadaptación de muchos niños, sin embargo, una acción preventiva sin duda disminuye enormemente el número de sujetos, con ventaja para aquellos que necesitan una mayor y más prolongada atención.

Allá donde el *dépistage* se ha realizado ha demostrado su eficiencia para la prevención de la inadaptación infantil, confirmando cada vez más su necesidad y utilidad. Es verdad que ya los antiguos tenían el adagio: *Principiis obsta*, pero en campo educativo, y más particularmente de la desadaptación, su aplicación no halló la fórmula práctica que permitiera adaptarlo a la realidad educativa: en muchos casos no dejó de quedar sino un principio abstracto sin hallar la solución práctica.

Es sin duda mérito de la psicología moderna el haber estudiado no solo el principio, sino, sobre todo, su aplicación a la realidad educativa.

264 Corrao F.: Secondo seminario Europeo sulla "Guidance" infantile della Organizzazione Mondiale della Sanità, en *Infancia Anormal*, n. 40, 1960, p. 639.

Cfr. Raynaud: *Les mesures de prévention dans la législation recente, de la Protection de l'Enfance. Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 1, 2, 3, 1962, pp. 110-122.

Así mismo sobre este punto cfr. el n. 4 de Ragazzi d'Ogi, 1962, los siguientes artículos: Gino Faustini, La programmazione dei «dépistages» nella scuola d'obbligo in una prospettiva scolastica di sanità mentale e di educazione alla società, pp. 9-19:

Cecilia Aliprandi - Angela M. Barbaglia: *Contributo dell'insegnate al reperimento*, pp. 29-32.

Gabriella Brunori: *Apporto del Servizio Sociales al dépistage*, p. 33, ss. Cfr. Gropelli Angela: *Classi differenziali della Scuola Media Unificata: il dépistage*, Ragazzi d'Oggi, n. 2, 1963, pp. 33-36.

3. Necesidad de una colaboración entre la psicología, la psiquiatría, la pedagogía y demás ciencias aplicadas al hombre para la solución de los problemas del niño desadaptado

La necesidad de estudiar al niño dentro de todo su ambiente, en toda su estructura y dinamismo de su conducta, ha hecho que la psicología, la psiquiatría y la pedagogía se junten para estudiar, dentro de su punto de vista, todos los aspectos del niño desadaptado.

El estudio científico del niño en su individualidad y unidad psicosomático-social es una conquista moderna para la solución de los disturbios físico-psicológicos, pedagógicos y sociales de una misma e idéntica persona.²⁶⁵

En efecto, la medicina a menudo se ha hallado frente a problemas de carácter fenoménicamente médicos, pero, profundamente psíquicos; la psicología de su parte, en su *approche individual* se ha hallado frente a problemas de carácter aparentemente psicológicos, pero en realidad físicos; la pedagogía en cambio, moviéndose dentro de esquemas generales, no ha comprendido al individuo en su unidad y realidad psico-físico-social concreta.

La experiencia clínica ha demostrado que solamente una colaboración entre estas tres ciencias hacía posible la readaptación del niño mediante el aporte de cada una y todas juntas al servicio del niño desadaptado. Solamente el coloquio entre ellas permitió hallar la fórmula para el estudio y el tratamiento del niño desadaptado.

Estas ciencias representadas en cada competencia y unidas en el trabajo de equipo en los CMPP, en realidad alcanzan al individuo, pueden comprenderlo y ayudarlo positivamente en la solución de sus problemas y correspondiente adaptación.²⁶⁶

La experiencia clínica ha demostrado que este coloquio no solamente es posible sino necesario y que solamente mediante él se puede dar una solución cabal a los problemas de inadaptación.

En particular:

a. *La psiquiatría*, en cuanto aplicada al estudio de la infancia ya puede considerarse constituida como ciencia y toma el nombre de pedo-psiquiatría. El aporte de la

265 La psicología clínica y la psicología médica representan dos sectores de la psicología aplicada que han tenido comienzo en épocas ya lejanas tomando luego, poco a poco, su forma específica. Con Witmer (1896), Lotzse (1852, psicología médica); Kretschmer (1922, medicina psicológica).

266 Desarrollan perfectamente este pensamiento: Cerdá E.-Farre J, Toro J.: "Diálogo entre el psiquiatra y el psicólogo clínico". Revista de *Psicología General y Aplicada*, n. 49, 1959, pp. 129-146.

psiquiatría para la solución de los problemas de adaptación infantil hoy día es considerado como de primer orden.

La psiquiatría infantil tiene que trabajar en dos direcciones:

—de una parte tratar de influenciar y modificar, con base en sus investigaciones, la pedagogía familiar y escolar;

—por otra, estudiar y desarrollar todo el capital de las psicoterapias, desde el psicoanálisis infantil hasta las varias formas de psicoterapia con fondo psicodinámico, psicodrama, psicoterapia de grupo.²⁶⁷

...la Neuropsichiatria infantile, come postulaba De Sanctis el 1921... non é piu una 'piccola psichiatria' ma é ormai una psichiatria e psicopatologia a sé stante, colle proprie leggi, le proprie caratteristiche e la propria metodologia.²⁶⁸

Bollea define a la psiquiatría infantil como:

...la scienza delle difficoltà psichiche, dei ritardi e delle turbe di ogni sorta nello sviluppo neuro-psichico del bambino: il suo oggetto é il ragazzo disadattato.²⁶⁹

Para la psiquiatría infantil un niño es normal cuando se adapta normalmente al ambiente propio de su edad, y, por lo tanto, es la no adaptación ambiental el principio general que delimita el campo de la misma.

A la psiquiatría infantil le corresponde todo el campo de la psicomotricidad hasta el vasto campo de las insuficiencias mentales; desde las leves irregularidades de la conducta hasta el campo de la asocialidad y antisocialidad, en general, y al de la delincuencia minoril en particular; desde toda la patología nerviosa del niño hasta las personalidades anormales, las neurosis, las psicosis, las demencias infantiles; desde los disturbios de la laterización cerebral hasta las dislexias, las disortografías y el grave fenómeno de la repetición; desde el hospitalismo hasta las multiformes manifestaciones de las carencias afectivas.

El estudio del caso en psiquiatría infantil, así como en pediatría, choca contra muchas dificultades, se aplica a seres y nociones que se hallan, en continuo devenir. Un síntoma es casi fisiológico en una determinada edad, se trueca en inquietante en otra, es netamente patológico en una tercera.

A la psiquiatría no se le pide solamente una 'diagnosis' sino sobre todo una

267 Bollea G.: *Evoluzione storica e attualità della Neuro-Psichiatria infantile*. *Infanzia Anormale*, n. 37, 1960, p. 161, ss.

268 Bollea G.: *ibíd.*, l. c., p. 161.

269 Bollea G.: *ibíd.*, l. c.

‘prognosis’ es un pronóstico de desarrollo y a menudo una terapia prospectiva que sobreentiende un estudio psicogenético.

Frente a un anormal de la conducta, la psiquiatría no debe quedarse al ‘*what*’ o al ‘*how*’, sino que debe tratar de llegar al ‘*why*’. En otras palabras, la psiquiatría no debe decir “qué estado es éste” sino “cuál es su génesis”; no “a cuál síndrome pertenece”, sino más bien “qué significado tiene este síntoma” y, sobre todo, qué sentido o cuál necesidad tiene para el paciente esta manifestación; cuáles son sus consecuencias futuras.²⁷⁰

Este planteamiento metodológico lleva a un estudio pluridimensional y psicodinámico de cada caso clínico para poder llegar a una diagnosis de estructura. El planteamiento metodológico pluridimensional ha hecho necesario el trabajo en equipo, característica fundamental de la psiquiatría infantil. Se tratará de definir las varias competencias, pero la naturaleza de los problemas exige una intervención en forma de equipo. Por lo que atañe a la psiquiatría infantil, ésta tiene dos polos: el médico-biológico o somato-psíquico y el psicosocial, siempre presentes en todo caso clínico, desde el oligofrénico hasta el irregular de la conducta. Al pedo-psiquiatra corresponderá captarlos dialécticamente fundidos en una síntesis.

b. *La psicología*, por otra parte, en cuanto aplicada no puede ser sino clínica.

Actualmente la palabra clínico no significa necesariamente el estudio y el tratamiento de los anormales. Ya Healy y sus discípulos sobre un grupo de 4.000 reincidentes pudieron observar que solamente el 13,5% eran, evidentemente, débiles de espíritu; mientras el 72% se presentaban mentalmente normales, de conformidad con los datos de los tests de inteligencia, a la vez que otros métodos de examen demostraban que no eran ni psicóticos ni personalidades psicopáticas.²⁷¹

La psicología clínica, esencialmente, se aplica al estudio del individuo que tiene disturbios de orden intelectual, afectivo, social o físico, graves o menos, pero no entra en la definición de psicología clínica el que ésta necesariamente tenga que ocuparse de los anormales.²⁷²

En psicología clínica se parte de las diferencias individuales de conducta, que previamente deben ser esquematizadas cuantitativa y cualitativamente en su forma y explicadas eventualmente con referencias a otras disciplinas (anatomía, fisiología,

270 Bollea, *Ibíd.*

271 Anderson H.: *Las Clínicas Psicológicas y la obra del Dr. Healy*, Espasa Calpe, Madrid, 1935, p. 32.

272 Cfr. D’Ancona Leonardo: “Las posibilidades técnicas de la Psicología clínica”. *Revista de Psicología General y Aplicada*, n. 56, 1960 pp. 867-870.

patología, sociología, etcétera). Dentro de este esquema se sitúa la conducta individual o como grado de variación o como tipo de reacción.

Es así como el psicólogo, habiendo observado un grado de variación que traduce una insuficiencia en el rendimiento intelectual por medio de técnicas que le son propias:

- apreciará la importancia de este 'déficit' particular en la organización neuropsíquica del individuo (clínica de observación y de experimentación actual);
- constatará hasta qué punto esta insuficiencia es o no un efecto histórico, reversible en ciertas ocasiones o, por el contrario, si es una expresión de una propiedad más fundamental del organismo (clínica de análisis histórica retrospectiva);
- constatará hasta qué punto las observaciones provocadas pueden ser fruto de ciertas resistencias o de una no colaboración del sujeto (clínica de motivaciones).²⁷³

El método clínico, por lo tanto —escribe Enzo Azzi— no es exclusivo del médico, sino que pertenece a todo psicólogo, y no solamente al psicólogo que colabora en una clínica médica sino a cualquiera que se ocupa de los individuos, normales o desajustados, en las escuelas, oficinas, centros de orientación profesional, cárceles, etcétera.²⁷⁴

Actualmente no existen razones serias para negar a la psicología el calificativo de clínica. Se trata más bien de determinar el campo específico que le corresponde y la distingue de la psiquiatría con la cual se halla en contacto directo. Queda fuera de duda que cada una tiene su objeto específicamente distinto, pero ello no impide que hallen su punto de encuentro en la misma finalidad: el estudio y el tratamiento del niño desadaptado.

c. La colaboración entre la psiquiatría, la psicología, la pedagogía y demás ciencias aplicadas es posible cabalmente gracias a la idéntica finalidad común, aún quedando cada una en su respectivo campo de acción.

La cuestión más debatida es la de la interferencia que media entre psiquiatría y psicología, sea en campo teórico como en campo práctico. No obstante, desde el

273 Enzo Azzi: "Aspecto teórico da psicología clínica". Revista de *Psicología Normal e Patológica* (Univ. de Sao Paulo), a. VII, 1961, nos. 1, 2, 3, p. 347, ss.

274 *Ibid.*, p. 348.

punto de vista teórico la discusión más bien se lleva en el campo de los límites que corresponden a cada una. Es sobre todo terreno práctico —esto es de competencias—, donde el entendimiento entre psicólogo y psiquiatra se torna necesario. La dificultad, observa Gozzano, se halla en la posibilidad de establecer los campos específicos de cada una en los casos individuales, debido particularmente a varios equívocos tradicionales: a la importancia del diagnóstico por medio de los tests; a la importancia atribuida a la intuición psicológica y a la experiencia psicológica del terapeuta equívoco de la psicoterapia cuando practica la terapia especial, campo de competencia psicológica.²⁷⁵

Históricamente la psicología se ha apoyado sobre las hipótesis de la psiquiatría y ésta a su vez ha aprovechado el estudio de la psicología.

Ausubel, que ha tenido las dos preparaciones y las ha ejercido, convencido de que su juicio resultará imparcial y objetivo, sostiene que la mayor parte de los conflictos nacen, de parte de los psiquiatras, por la larga tradición que reconoce solamente a los graduados en medicina la capacidad de diagnosticar y tratar un problema serio; y de parte de los psicólogos que adoptan competencias y posiciones clínicas (es decir médicas) en campos no clínicos.²⁷⁶

Para resolver la cuestión hay que tener en cuenta el desarrollo que ha tenido la psicología clínica y la psicología médica. Solo en tiempos muy recientes la psicología se ha transformado de ciencia estructural analítica y estática, en ciencia dinámica. Por otra parte las técnicas de investigación, como observa Gastone

275 Gozzano M.: "Relations entre la psychologie et la Psychiatrie". Revista *Psychol. Appliquée*, 3, 1953, pp. 125-126.

Cfr. también Rey Andrés: "Relations entre la psychologie et la psychiatrie". Revista *Psychol. Appliquée*, 3, 1953, pp. 127-146.

276 Ausubel David: *Relations chips between psychology and psychiatry; the hidden issues*. *American Psychologists*, vol. 11, n. 2, 1956, pp. 99-105. Para Zavalloni la psicología clínica es esencialmente un análisis de los fenómenos psíquicos, hecho con método propio (el método clínico). Este método, afirma Zavalloni, no está necesariamente ligado a la patología o anormalidad psíquica. Zavalloni R.: *La psicología clínica nello studio, del ragazzo*, Vita e Pensiero, Milano, 1957.

Para Rey la psicología clínica es la que describe y explica las conductas normales y el psicólogo es un especialista, autónomo en su esfuerzo de acción, que trabaja para el médico o el psicoterapeuta y no directamente sobre el enfermo. Rey, *ibíd.*

Cerdá afirma que la función del psicólogo es doble: ser psicómetra y aplicar los tests proyectivos.

Cerdá E.-Farre J. Toro J.: "Diálogo entre el psiquiatra y el psicólogo clínico". Revista, de *Psicología General y Aplicada*, 49, 1959, pp. 129-146.

Paynes opina que el psicólogo es el 'técnico' psicómetra. Paynes R. W.: *The role of Clinical Psychology: an English point of view*, *Americ. Psychologists*, 1948, 4, pp. 173-176.

Ganziani, han dotado a la psicología de una metodología que permite afrontar con notable seguridad el estudio experimental y científico del comportamiento humano.²⁷⁷

Como quiera que sea, los problemas de la inadaptación exigen ambas intervenciones: la psiquiátrica y la psicológica. Por lo tanto, quedando todavía descubiertos algunos problemas relativos a las respectivas competencias, se impone un entendimiento entre las varias competencias en terreno práctico para la solución de los casos.

Varios autores han intentado una solución: Ausubel propone una formación complementaria sea en el psicólogo como en el psiquiatra con el fin de tener una visión más amplia de los problemas que surgen en cada trabajo que implique la psique.²⁷⁸

Rey deja toda responsabilidad al médico terapeuta (responsabilidad que tiene respaldo legal), pero defiende la colaboración bajo la dirección del psiquiatra, quedando el psicólogo autónomo en su trabajo específico que será requerido por el médico cuando lo crea necesario o conveniente.²⁷⁹

Gozzano, conciliando las varias opiniones, cree que el tratamiento del enfermo debe ser llevado a cabo por el psiquiatra, quien trabaja en íntima colaboración con el psicólogo.²⁸⁰

La actividad clínica ha demostrado la absoluta necesidad de esta mutua colaboración, la misma que se hace posible en el equipo M.P.P.

La complejidad de los problemas que presenta la inadaptación juvenil no solamente pide el entendimiento entre la psiquiatría y la psicología, sino la colaboración de todas aquellas ciencias que de alguna manera se aplican al hombre: la sociología, la biología, la medicina, las ciencias jurídicas, la criminología, etcétera.

La psico-pedagogía médico-social —afirma Lafon— no es una ciencia nueva, sino una síntesis simplificada de múltiples conocimientos psicológicos, pedagógicos, médicos, sociológicos, jurídicos y criminológicos, en sus aspectos dinámicos aplicados

277 Gastone Ganziani: Dalla psicologia clinica alla psicologia medica. XIII Congresso degli psicologi italiani, Palermo 12-15 Abril de 1961, publicado en Rivista di Psicologia, a. 55, fasc. 4, p. 253.

278 Ausubel D., l. c., ibíd..

279 Rey: l. c., ibíd.

280 Gozzano: l. c., ibíd.

a la totalidad bio-psico-social que constituyen todo el ser humano.²⁸¹

Es un estado de espíritu, una actitud y una acción de equipo ante la infinita variedad de los problemas suscitados por las influencias recíprocas del individuo y de la colectividad y más particularmente del individuo en dificultad de vida y de adaptación en una colectividad que se cree definitivamente estructurada, organizada y equilibrada, pero que es ella también, en perpetuo devenir.²⁸²

En el equipo médico psicopedagógico las antimonias se superan y la acción se acoge en una única finalidad común: la adaptación del niño.

4. Necesidad de una organización asistencial de acuerdo con un plan completo y unitario

La experiencia clínica ha evidenciado nuevos problemas, formulado nuevas soluciones y realizado una serie de iniciativas nuevas que es necesario coordinar para una mejor asistencia a la niñez.

Por otra parte el desarrollo de la psicología y de la psiquiatría impone nuevas formas y adaptaciones de las antiguas.

Solamente dentro de un cuadro asistencial completo y orgánico es posible determinar el puesto que le corresponde a cada forma, en sí misma y en relación con las demás en una labor de conjunto.

La evolución doctrinal de la psiquiatría infantil —afirma Bollea— ha evidenciado “la necesidad de la creación de nuevas entidades asistenciales y nueva estructuración de las ya existentes; pero también ha evidenciado la necesidad del empleo de nuevos especialistas y por lo tanto de su preparación específica”.

Son estos dos puntos fundamentales desde los cuales se debe considerar la asistencia infantil:

281 Lafon: *Unité et complexité de l'inadaptation juvenile. Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 5-6, 1961, pp. 362-363.

282 “C'est là tout le problème de la connaissance et de l'éducation des individus et des groupes, qu'il serait bien prétentieux et vain de reprendre si l'on ne pensait pas pouvoir y apporter, par la Psycho-pédagogie medico-social, non pas des méthodes, non pas des méthodes, non pas des moyens nouveaux, mais une conception de travail en équipe où chacun, après avoir répondu à l'appel commun, après avoir subi un minimum de formation commune et après avoir accepté des moyens d'expression et d'action communs, fait bénéficier les autres de ses aspirations profondes, des ses pensées, des ses conceptions et de ses techniques”, Lafon, i. c., *ibidem*.

- la asistencia infantil en el '*plano universitario*' de estudio y preparación del personal;
- la asistencia infantil 'propriadamente dicha', en acto.

En el plano universitario la autonomía de la psiquiatría infantil ya es un hecho también, si, como en Italia, solo goza de encargos universitarios, escuelas de especialización y libre docencia, cosa suficiente ante el hecho de la enorme necesidad de neuro-psiquiatras de la infancia. Se impone, de necesidad urgente, la creación de Institutos Universitarios de Neuro-psiquiatría infantil; mismos que deberán tener como fin específico, además de la actividad clínico-científica y didáctica para los estudiantes, la preparación del personal doctorado que deberá interesarse de la asistencia.

Su finalidad específica es, por lo tanto, la preparación teórica de este personal a la vez que podría participar en un tirocinio práctico.

Estos institutos universitarios podrían también participar en el cuadro asistencial de una determinada región.²⁸³

En el plano asistencial propriadamente dicho, son muchos los problemas que debe afrontar la psiquiatría infantil:

- El *dépistage*, la diagnosis y la terapia de las insuficiencias mentales y de las parálisis cerebrales infantiles.
- El *dépistage* y la curación de las insuficiencias mentales en la escuela materna y elemental, hasta la inserción en el mundo del trabajo.
- La psicopatología frecuente y compleja de cada aminorado físico y sensorial, de los enfermos crónicos y miopáticos.
- La epilepsia infantil en sus varias formas y con sus problemáticas psicosociales.
- Todos los disturbios afectivos, las desadaptaciones de la edad evolutiva; inclusive los actos asociales y antisociales.²⁸⁴

Para solucionar estos problemas existen varias instituciones mientras otras faltan por completo o se sobreponen en forma absurda con desperdicio de energías que, coordinadas, resultarían muy preciosas.

283 Giov. Bollea: *Piano de organizzazione della Psichiatria infantile in Italia*, *Infanzia Anormnale*, n. 50, Nov.-Doci., 1962. pp. 652-667.

284 *Ibid.*

A menudo los sectores asistenciales no son bien determinados y entre los varios entes que se preocupan de la asistencia infantil no existe entendimiento.

En Italia, por ejemplo, participan las Mutuas, los Comunes, las Provincias, el ONMI, el ENPMF, varias organizaciones privadas, comunales y provinciales.

En no raros casos dentro de los varios entes asistenciales existen Instituciones y organizaciones viejas, al lado de las cuales se hallan nuevos tipos de personal técnico, nuevas unidades y tipos de asistencia no reconocidos y no contemplados por institutos y reglamentos.²⁸⁵

Por otra parte—observa Bollea—“Non si creeranno mai unità assistenziali moderne ed aggiornate se si partirá dal regolamento e non dalla realtà”.²⁸⁶

5. Necesidad del CMPP como entidad competente para el estudio y tratamiento de los problemas de la inadaptación juvenil

La necesidad de una actividad médico-psico-pedagógica del tipo que se realiza en los Centros M.P.P. se presenta como una consecuencia natural de la problemática que hemos expuesto en el primer capítulo.

Los resultados alcanzados por medio de la técnica del trabajo en equipo; así como se aplica en los CMPP, demuestran que en realidad éstos responden a una verdadera necesidad.

Sin embargo es necesario afirmarla porque todavía hay sectores que dudan de su utilidad y capacidad para un trabajo clínico médico psicopedagógico.

Por otra parte, es natural que toda forma nueva de actividad halle sus oposiciones, las mismas que la obligan a controlar sus métodos de trabajo y fundamentarse, en principios válidamente demostrados.²⁸⁷

En el estado actual de su desarrollo, observa el Prof. Giacomo en su intervención en el II “Convegno” de los CMPP del ENPMF—:

285 Ibid.

286 Bollea G.: “Piano di organizzazione della Psichiatria infantile in Italia”. *Infanzia Anormale*, n. 50, 1962, p. 660.

Del mismo autor cfr. también: *La psychiatrie infantile en Europe*, P.U.F., París, Coll. La Psychiatrie de l’Enfant, vol. I., fasc. 1., 1958.

287 Aubin Nenri—Aubin Bernard: *Formule nouvelle d’assistance clinique neoropsiquiatrique infantile*. Sauvegarde de l’Enfance, n. 8. 1962, pp. 495, ss.

...i centri si sono rivelati non solo utili ma indispensabili, al fine di integrare la opera dei genitori, degli educatori e delle assistenti sociali, per il trattamento e il recupero dei soggetti difficili.²⁸⁸

Angela Castelli en el mismo II “Convegno” llega a afirmar su esencialidad cuando dice que:

...I Centri M.P.P. divengono sempre piú, in quasi tutti i paesi, un elemento essenziale della struttura dei servizi sociali e medici rivolti all’infanzia e alla gioventú e acquistano un posto importante nei programmi nazionali della Sanitá Púbrica.²⁸⁹

El problema del joven desadaptado existe desde los orígenes de la humanidad, pero hoy día alcanza proporciones impensadas. No ha existido país que no haya tenido que ocuparse y preocuparse (de los *teddy boys*, que solamente forman una parte de los niños desadaptados. En esta categoría de los desadaptados —decía Enzo Nucci en su conferencia sustentada con ocasión de la ‘Giornata Mondiale dell’Infanzia’— deben incluirse los deficientes, retrasados, los anormales del carácter y de la conducta, los psicopáticos, los neuróticos, los predelinquentes, los delinquentes: ellos son hoy día en todo el mundo *qualcosa come cento milioni* esto es 1/20 de la entera humanidad.²⁹⁰

l’accurata invocazione per sovvenire urgentemente ai bisogni di una massa considerevole di soggetti che, abbandonati a se, rappresentano da una parte il peso morto della famiglia e della società e dall’altra gli elementi sovversivi, anisociali e pericolosi... scuotono a tratti e impressionano l’uomo della strada per via di atti dilittuosi ed inconsueti. Possiamo dire che il problema dell’assistenza al minorati psichici dell’eta evolutiva é rimasto fin qui praticamente insoluto, ed é veramente strano e doloroso ad un tempo che in un clima di asserita, raggiunta civiltá, di alto progresso scientifico dobbiamo ruperere quanto Vidoni nel lontano 1925 era costretto a scrivere: “I problemi della assistenza sono problemi di civiltá. Se i cittadini non li sentono, non si può pretendere di avere quello che giustamente si desidera.”²⁹¹

Si bien es verdad que la importancia de los Centros es unánimemente reconocida por todos aquellos cuyo trabajo los pone en contacto con los niños, es a menudo difícil asegurarles un lugar en los programas nacionales de la Salud Púbrica.

288 Cfr. *Quaderni di Ragazzi d’Oggi*, n. 5, 1958, p. 9.

289 Cfr. *Quaderni di Ragazzi d’Oggi*, n. 5, Prefacio.

290 Enzo Nucci: *I Servizi Sociali a favore dell’infanzia. Infanzia Anormale*, n. 47, 1962, pp. 263-269.

291 Giuseppe Tinelli: *Il trattamento farmacologico e psicopedagógico degli irregolari della intelligenza in famiglia e in Istituto Quaderni di Ragazzi d’Oggi*, n. 5, III tema del II “Convegno” de los C.M.P.P del ENPMF, pp. 112-113.

C'est pourquoi –escribe Buckle y Lebovici– si l'on veut accélérer le développement des centres de Guidance infantile, il semble nécessaire de démontrer l'utilité de ceux qui existent déjà et faire mieux comprendre au personnel du Centre le rôle que celui-ci joue dans la collectivité, de manière à lui permettre d'exposer plus clairement ses besoins.²⁹²

De Negri, Ferretti y Bertamino, teniendo en cuenta la precisa actividad desarrollada por los CMPP se preguntan si no es el caso aún de ampliar el actual servicio consultorial y llevarlo a una dimensión más amplia, enriqueciéndolo con aquellos aportes complementarios que representan, “per unanime consenso”, no solo en el campo teórico, sino también y, sobre todo, en el campo práctico, una precisa necesidad, de acuerdo con los principios hoy día admitidos como fundamentales en el campo de la Higiene mental infantil, esto es:

- La necesidad de iniciar el ‘*repage*’ de los casos en la época lo más precoz posible.
- La necesidad de ampliar la sensibilidad hacia problemas psicosigiénicos, facilitando los contactos entre los órganos consultoriales de una parte, y los médico-pediatra, los educadores, los mismos padres, por la otra.
- La necesidad de observar determinados casos durante un periodo suficientemente largo y en condiciones diagnósticas adecuadas para así alcanzar un diagnóstico exacto.
- Necesidad, en ciertos casos, luego de un conocimiento diagnóstico suficientemente claro, de internar a los sujetos durante un periodo de tiempo largo y continuado, en institutos con adecuada orientación psicopedagógica y psicoterapéutica.²⁹³

Con base en estos principios, un servicio de higiene mental limitado a la sola actividad consultorial resulta absolutamente inadecuado, también en el caso que pueda rendir preciosos servicios en la diagnosis y en la terapia médica y en establecer relaciones recíprocamente informativas con médicos, con maestros y padres de menores allí examinados.

De esta manera, -opina también Bollea:

Il CMPP non é piú inteso solo come organo statico nelle sue posizioni diagnostiche e terapeutiche proprie della profilassi secondaria e terziaria, ma come uno strumento

292 Buckle D.-Lebovici S.: *Les Centres de Guidance infantile*, OMS., Genève, 1958, p. 7.

293 De Negri-Ferretti-Bertamino: *Il Servizio di Igiene mentale infantile nell'ambito dell'ONMI: problemi attuali*. *Infanzia Anormale*, n. 50, 1962, pp. 670-675.

dinamico di lavoro sociale. E' il Centro che fa propaganda di nozioni di Igiene mentale e nello stesso tempo cerca di identificare, in una data comunità, specifici fattori patogenici. Ed una volta individuati li studia e attraverso il suo lavoro sociale tenta tecniche particolari per eliminarli.²⁹⁴

Sin embargo, observa el mismo Bollea, por más que el Centro amplíe al máximo su función, no puede solo, afrontar todos los problemas de Higiene mental infantil, pero, según ya tuvimos oportunidad de anotar, es y queda el organismo más eficiente para la realización de la higiene mental infantil, para el estudio de los problemas de la adaptación y varios factores que la molestan.²⁹⁵

Su eficacia, evidentemente, depende de su composición pluridimensional y del trabajo en equipo debidamente llevado.²⁹⁶

6. Necesidad de trabajar en espíritu de equipo

Un principio que la práctica clínica ha evidenciado como de necesidad absoluta es el que regula la actividad médico-psico-pedagógica dentro del espíritu de equipo que viene a ser como su alma y vida.

El fundamento teórico se halla en la concepción unitaria del hombre y *el fundamento práctico* en la misma e idéntica finalidad que reúne a los miembros del equipo, esto es, la adaptación del niño.

Su Santidad el Papa Juan XXIII, en su alocución a los participantes a la I Conferencia Internacional de UMOSEA, el 25 de abril de 1960, subrayaba y estimulaba el espíritu de equipo que debe caracterizar el trabajo en favor de la asistencia infantil:

294 Bollea G.: *Piano di organizzazione della Psichiatria infantile in Italia*. *Infanzia Anormale*, n. 50, 1962, p. 663.

295 *Ibid.*, p. 663.

296 Cfr. Francesco Corrao: *Secondo Seminario europeo sulla 'Guidance' infantile della Organizzazione Mondiale della sanità*. *Infanzia Anormale*, n. 40, 1960, pp. 636-639. Este Seminario ha tenido como finalidad la de analizar los resultados de la actividad de los Centros para evaluar la utilidad y el puesto que ellos tienen en la colectividad en relación con otros servicios sociales y psicogénicos, sanitarios y educativos; para definir la tipología, el número y la región de su acción en el plano nacional e internacional; para afrontar el problema de la metodología de las investigaciones en campo pedo-psiquiátrico y socio-psiquiátrico.

Su importancia se desprende también del hecho que han participado en él 60 especialistas (pedo-psiquiátricos, psico-analistas, pediatras, psicólogos, psico-higienistas, asistentes sociales, funcionarios de la Sanidad) de 21 países europeos y además U.R.S.S.

Cfr. también: Krisler Leon - Michel Soulé - Françoise Cailler - Winter: *Role et définition des Centres de Guidance infantile*. *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 5-6, 1962, pp. 362-366, donde las funciones que el Centro es llamado a desempeñar ponen de manifiesto su necesidad y eficiencia.

Vous avez voulu insister, pour ce faire —decía el Papa— sur l'impérieuse nécessité du travail commun, en choisissant avec bonheur comme thème de cette conférence, qui Nous vaut le plaisir de Nous entretenir quelques instants avec vous: "L'esprit et l'action d'équipe pour la solution des problèmes techniques et administratifs posés par la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence". "...nul doute que ce vaste échange de vues sur ces problèmes importants et délicats ne favorise la création d'une psychopédagogie médico-sociale bénéficiant de la mise en commun de vos expériences et de vos compétences. Cette synthèse de vos diverses connaissances permettra en tout cas "l'action d'équipe" si nécessaire auprès des enfants et des adolescents qu'on a coutume d'appeler, faute d'une expression plus appropriée, l'enfance et l'adolescence inadaptées.²⁹⁷

Esta acción de equipo, continúa el Papa, supone un acuerdo fundamental sobre la naturaleza y el fin del hombre, su personalidad, sus derechos y sus deberes. El Pontífice no deja de poner el acento sobre la primacía de los valores espirituales a la luz de los cuales se deben siempre resolver los problemas.

Cuántos han intervenido en la I Conferencia Internacional de UMOSEA han puesto en evidencia esta necesidad de trabajar en espíritu de equipo.

Nuestra reflexión y la práctica de la psicopedagogía médico social —afirma Bascou en su relación a la mencionada I Conferencia— nos ha enseñado que el equipo era la única vía de esta disciplina de las relaciones humanas y que no se puede adoptar otra actitud de espíritu ni concebir otra forma de acción.²⁹⁸

La dificultad para entender el espíritu de equipo estriba en la aparente contradicción que media entre la idea y la práctica, pues en todas partes los técnicos se agrupan en una posición relativamente idéntica, mientras esta concepción de equipo médico psicopedagógico parece una concepción empírica, que choca contra la exigencia, cada vez más aceptada, de la especialización.

En realidad no se trata ni de concepción empírica ni de eliminar ninguna especialización. El equipo es una agrupación de técnicos que se hallan en relación directa y frecuente los unos con los otros, trabajando profesionalmente en contacto con el niño inadaptado o dentro de organizaciones sociales que tienen por objeto la asistencia. La frecuencia de los contactos, los intereses comunes, los hábitos de trabajo —dice Bascou, ya citado— crean entre los miembros del equipo una comunidad de pensamiento, de vocabulario, de concepción; forman modos de comprensión

297 Cfr. Sauvegarde l'Enfance, nos. 5-6, 1961, pp. 355-356.

298 Bascou: Relación a la I Conferencia Internacional de UMOSEA. Cfr. Sauvegarde de l'Enfance nos. 5-6, 1961, p. 407.

elíptica, suscitan una intersubjetividad espiritual que constituye el *esprit d'équipe*, que asegura la cohesión y multiplican la eficacia.²⁹⁹

El Dr. Farrace luego de observar que los problemas complejos que se crean alrededor de la infancia inadaptada no pueden ser resueltos sino mediante una colaboración ininterrumpida de las diversas competencias capaces de pronunciarse sobre la irregularidad de la conducta, sea en sus aspectos orgánicos como en los psíquicos de la personalidad, afirma que la solución del problema por medio del trabajo en equipo no es una solución que se presenta como una especie de *refuge*, sino como la sola solución donde la forma se adapta a la complejidad de los disturbios en cuestión y que permite a los especialistas, en colaboración variada, penetrar en profundidad, comprender en su totalidad la historia personal del niño realizando una síntesis diagnóstica que tenga en cuenta los aspectos: médico ambiental y escolar del niño.³⁰⁰

La razón es evidente —como observa perfectamente Lafon— :

Un seul personnage ne pouvait avoir la prétention de tout connaitre et de tout faire, et que par conséquent il fallait travailler avec d'autres, soit d'un facon, séparée, soit ensemble, d'ou, pour nous, avec l'esprit qui nous anime: en équipe.³⁰¹

El equipo sin embargo no es una suma de seres, sino una totalidad, un grupo psicosocial, viviente y en evolución; una interdependencia aceptada donde cada uno aporta su ciencia, su competencia, su experiencia, su técnica y también su personalidad: "c'est un engagement —dice Lafon— une communauté d'action, ce qui ne veut; pas dire una identité d'action, bien au contraire, plutot une complémentarité d'actions".³⁰²

Tampoco el equipo es una invención de una técnica nueva a imponerse también a aquellos que, hasta la fecha, creen haberse servido útilmente del solo buen sentido, sino la confirmación conocida de manera moderna y técnicamente calificada de la tendencia del espíritu que nos anima a actuar conjuntamente cada vez que el objeto de nuestra acción es tal que se halla más allá de nuestra persona. Por lo tanto —afirma Migliori— "Réaffirmer la valeur unitaire de la personne, objet de l'intervention éducative et sociale, celá signifie mettre á la base de notre action une confiance fondamentale dans les possibilités de la nature humaine á l'égard des problémes que la vie repropose sans cesse".³⁰³

299 Ibid: p. 408

300 Cfr. Rappor présenté par le Dr. Farrace. Sauvegarde de l'Enfance, nos. 5-6, 1961, p. 433.

301 Ibid.

302 Ibid.

303 Cfr. Migliori: *Relación a la I Confer. Intern. de UMOSEA. Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 5-6, 1961, p. 502.

El valor del equipo resulta indiscutible para interpretar los fenómenos clínicos y resolver los problemas patológicos, sea desde el punto de vista etiológico del diagnóstico y pronóstico, como del tratamiento.

Además el estado actual de la psicología, de la medicina, de la concepción psicosomática del hombre y del panorama social, han creado un complejo de técnicas que se puede afirmar que resulta en realidad imposible a un solo hombre o a un solo técnico, abarcar todos los problemas de la inadaptación.

Estas constataciones han creado *le besoin* de formar equipos para estudiar y resolver esos problemas.³⁰⁴

7. Necesidad de una formación de base común

El trabajo de equipo, para que pueda realizarse exige necesariamente una formación de base común para que las diversas competencias se hallen en condición de comprenderse. Es una consecuencia natural del principio ya afirmado de la necesidad de un acuerdo siquiera operativo de las múltiples ciencias que hallan su unidad —en expresión de Lafon, citado por Gutiérrez— en la psico-pedagogía médico-social.³⁰⁵

La afirmación de este principio implica que:

- Cada uno de los miembros del equipo tenga una preparación pre-profesional para obtener la convergencia de los principios acerca de la concepción del hombre, fuera y por encima de toda profesión.
- Conozcan una serie de ciencias *di raccordo* comunes. No se trata de favorecer el enciclopedismo, sino que es necesario poseer los principios que están a la base de un entendimiento médico psicopedagógico sea en plano teórico como práctico.
- Tengan, además, un conocimiento complementario para entender el valor de la intervención del otro.
- Posean los principios de ética profesional y de la técnica del trabajo en equipo, requisito fundamental para la unidad de acción.

304 Cfr. M. Fontes: *Relación portuguesa a la I Confer. Intern. de UMOSEA. Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 5-6, 1961, p. 442.

305 M. M. Gutierrez-Rollero P.: *Lo spirito e l'azione d'équipé nei Centri médico-psico-epadagogici alla luce del Congresso dell'UMOSEA. Orientamenti pedagogici*, n. 4, 1960, pp. 773-785.

La formazione di base comune —escribe Gutierrez en el artículo ya citado, dovrebbe essere tale da permettere come minimo che una competenza arrivi almeno ad accettare gli elementi delle altre competenze. Anche senza arrivare a una comprensione di dettaglio di tutti gli elementi degli altri, ciascuno deve aver ricevuto dalla sua formazione almeno l'abito alla comprensione, nel senso più casto, di accettazione e fiducia della ricerca e dell'apporto altrui. Non é quindi necessario saper sostituire l'altro, ma comprendere almeno il lavoro dell'altro.³⁰⁶

La formación de base común sin embargo, como observa perfectamente Bascou, no significa uniformidad de formación “préjudiciable á l'originalité et au dynamisme de l'équipe, qui se nourrit justement de diversité”³⁰⁷, sino unidad en la diversidad.

Conclusión

Al término de nuestro estudio no nos queda sino recalcar lo que hemos dicho a lo largo del mismo: la necesidad urgente de Centros médico psicopedagógicos y de equipos debidamente preparados y entrenados. Si la lectura de este libro no alcanzara otra cosa sino que se establezca un solo Centro en alguna parte de este mundo, ya daríamos por recompensados los esfuerzos realizados para su elaboración. Y para que no se diga: *Magister doce teipsum* tenemos el agrado de anunciar que en el centro del mundo, en Quito, Ecuador, en el Instituto Superior Salesiano este Centro ya está funcionando de acuerdo con los principios enunciados. Más aún: los casos que el Centro ha tomado a su cargo han demostrado la eficacia del método y animan a los miembros del equipo a seguir en la difícil pero insustituible tarea de beneficiar a tanta niñez y juventud que hallará su tabla de salvación solamente gracias a la labor del Centro médico psicopedagógico.

Queremos hacer un cálido llamamiento a las autoridades, a las Universidades e Institutos Superiores y a los médicos, psicólogos, pedagogos y asistentes sociales para que se unan juntando fuerzas, ahorrando esfuerzos y beneficiando a la humanidad.

306 *Ibíd.*, p. 777.

307 Cfr. la relación francesa al I Congreso Internacional de UMOSEA, sustentada por Bascou. *Sauvegarde de l'Enfance*, nos. 5-6, 1960, p. 12.