

INVESTIGACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Gregorio Escalante

Centro de Investigaciones Psicológicas. ULA

Riesgos, disfunciones y respuestas

La compleja relación observable entre los desórdenes infantiles y ciertos factores de riesgo supone una serie de asunciones previas. Por un lado, hay disfunciones específicas típicamente asociadas con factores de riesgo diferentes. Por el otro, un factor de riesgo determinado raramente es específico de un desorden particular. Primero, porque los elementos 'patógenos' tienden a difundir sus efectos sobre funciones individuales distintas, y, segundo, porque la exposición al riesgo puede ocurrir de diversas formas y en ambientes distintos. Muy a menudo el riesgo global puede ser el resultado de interacciones entre disposiciones personales y factores ambientales.

El objetivo primario de los mecanismos de prevención que pudieran diseñarse (además de evidenciar la necesidad absoluta de la detección temprana) debe incluir también especificaciones ciertas acerca del porqué determinadas intervenciones pueden modificar la situación de riesgo y dar origen a factores de protección que prevengan el desorden. En este caso lo importante en realidad no es la eliminación del factor de riesgo sino la alteración radical del proceso patogénico iniciado. Lo que debe interesar en primer lugar es que la intervención se inicie **antes** de que el factor de riesgo pueda estabilizarse. Si se sabe que una conducta antisocial puede ser predicha confiablemente a partir de asociaciones irregulares entre los 10 y los 12 años, interesa entonces intervenir anticipadamente los factores de riesgo, a fin de reducir el cúmulo potencial de conductas desviadas. Lo ideal es no permitir las relaciones indeseables antes de que las mismas se establezcan y hagan la tarea preventiva más difícil. Es de este modo que la intervención preventiva temprana produce oportunidades para posponer, tal vez indefinidamente, la primera ocurrencia del desorden.

En torno a los modelos preventivos y su implementación es necesario admitir ciertos criterios que pueden facilitar su efecto terapéutico. Debe aceptarse, por ejemplo, que los factores de riesgo en el plano individual, familiar, escolar, relacional y ambiental son interdependientes. Por ello conviene que el diseño se estructure de tal modo que diferentes riesgos puedan ser cubiertos en los distintos dominios de acción individual. Debe aceptarse, también, que algunas personas pueden estar sometidas a una prevalencia disfuncional más alta precisamente porque están expuestas a un número mayor de factores de riesgo. Y la interdependencia de los mismos desempeñan un papel crucial en el desarrollo de múltiples procesos cuya etiología no siempre es fácil de identificar, especialmente cuando la intervención es tardía.

Por lo demás y puesto que los sujetos varían en sus respuestas frente a ambientes idénticos (además de que distintos ambientes producen resultados similares en individuos diferentes) un adecuado diseño de la intervención debe maximizar el nivel de adaptación entre persona y ambiente. Ello sugiere una sensibilidad muy alta ante la historia personal del individuo, las características de su contexto cultural y de su entorno social y su nivel de desarrollo. No debe olvidarse que ciertos rasgos conductuales que son vistos como patológicos en una etapa determinada resultan no patológicos en la etapa siguiente, y que ello seguramente se debe, entre otras cosas, a los cambios que ocurren con la edad en los sistemas de procesamiento de información.

El diseño debe también prever la selección de los individuos en términos de condiciones de riesgo de alta especificidad, de tal modo que los procesos conducentes a mejorar los factores de

protección no vayan después a ser intervenidos por efectos de condiciones personales imprevistas (Rutter, 1985). Habrá que considerar también que ciertos aspectos salientes de los individuos y de su funcionamiento social a veces poseen un valor predictivo más amplio para el ajuste a largo plazo que el diagnóstico de síntomas característicos.

El diseño entonces deberá estar respaldado por planes de investigación capaces de explicar el significado de los procesos que ocurren durante las grandes transiciones individuales y de las condiciones que suelen limitar tales procesos. Ello supone indagación sistemática en torno a ciertas áreas (en realidad factores de riesgo), cada una de las cuales posee su propia indiscutible relevancia en la generación de los principales desórdenes infantiles:

- A. En el plano **familiar**: conflictos intrafamiliares; enfermedad mental en la familia; clase social baja; desorganización familiar; familia de gran tamaño; nexos relacionales deficitarios con los padres; sistemas de comunicación destructivos y alcoholismo en la familia.
- B. En el plano **escolar**: fracaso académico; desorganización institucional; patrones de estimulación erróneos, incapacidad docente; desmoralización académica y hacinamiento escolar.
- C. En el plano **interpersonal**: rechazo de los compañeros; aislamiento; alienación; sociabilidad deficitaria; maltrato a los niños y carencia de afecto.
- D. En el plano **emocional**: inmadurez emocional; autoestima baja; eventos vitales estresantes; descontrol emocional; apatía parental y brusquedad emocional.
- E. En el plano **orgánico**: complicaciones perinatales; perturbaciones orgánicas; deficiencias sensoriales y desbalance neuroquímico.
- F. En el plano **ecológico**: pobreza extrema; desempleo; ambientes deficitarios; desorganización vecinal; violencia; injusticia social; paternidad irresponsable y delincuencia juvenil.
- G. En el plano **cognitivo**: deficiencias en la estructuración de los procesos lógicos; incompetencia verbal; problemas de lectura; déficits de atención y hábitos de trabajo deficientes.

En cada caso deben definirse satisfactoriamente los antecedentes reales y el verdadero alcance de la 'desviación', a partir de los rangos de conducta normalmente esperables para cada niño en función de su edad, su estado de desarrollo cognitivo, su contexto ambiental y su conducta previa. La verdad es que asumir una posición relativista frente a cada situación concreta no ayuda mucho, pero puede ser conveniente en algunas situaciones, especialmente cuando se carecen de instrumentos de medición adecuados para definir con claridad la 'gravedad' de la conducta y su verdadero carácter patológico. Además, los datos confirmatorios de la necesidad de asistencia para el niño siempre suelen depender de otras personas, generalmente los padres y maestros, quienes, sin realizar evaluaciones comprensivas del problema, suelen notar algunos signos 'inequívocos' del mismo y asumen que la desviación existe...

Psicoterapia infantil: los modelos

Desde las primeras intervenciones de Mary Cover Jones* (1924) generadas de la teoría del aprendizaje para el tratamiento de los miedos infantiles, hasta la aplicación de esquemas psicoanalíticos para la solución de problemas derivados de la delincuencia juvenil, la terapia infantil se ordenó a manera de intervenciones individuales. Con Levitt (1957, 1963) surge la noción de que los trastornos infantiles podían ser mejor tratados en el contexto familiar. Es entonces cuando el psicoterapeuta infantil pasa a ser terapeuta de familia. Este fue el modelo más popularizado y

* Mary Cover Jones fue 'bautizada' por su colega Joseph Wolpe "la madre de la terapia conductual". Obtuvo su grado de maestría en la Universidad de Columbia en 1920. Murió en Santa Bárbara, California el 22 de julio de 1987, casi a los 90 años de edad.

adquirió gran relevancia a pesar de que la evidencia sobre su superioridad con relación a los modelos alternativos no era del todo concluyente (Casey y Berman, 1985 y Weisz y otros, 1987).

Una gran parte de las revisiones de la literatura referida a la superioridad de uno u otro modelo (Levitt, 1963) refleja fallas metodológicas en los estudios examinados que no permiten la derivación de conclusiones definidas. Tales fallas incluyen (a) grupos de control inadecuados o inexistentes, (b) carencia de sistemas de seguimiento, (c) resultados inconsistentes y (d) confusión en los fundamentos teóricos empleados en la terapia. La mayoría de tales estudios basan sus conclusiones en diferencias intragrupo antes y después de la intervención, de modo que las diferencias señaladas pudieran ser el efecto de muchos otros factores y no precisamente resultado de la terapia. Las mismas revisiones, además de que comportan una gran dificultad para el análisis debido a la gran variabilidad en los estudios incluidos, ofrecen datos que no permiten hacer comparaciones seguras entre la terapia familiar y cualquiera otro modelo de tratamiento alternativo (Weisz y otros, 1987).

Atendiendo a algunas de tales revisiones (Casey y Berman, 1985) pudiera decirse que la terapia familiar es bastante efectiva. Pero no está del todo claro cuál de los otros modelos alternativos es más efectivo en cuáles tipos de familia o qué clase de problemas. Tampoco puede decirse cuál es el tipo de problemas o situaciones que resultan mejor enfocadas y resueltas con terapia familiar y cuáles lo son empleando la terapia individual. En forma global suele admitirse que la evidencia hasta ahora examinada no permite realizar comparaciones con significado pleno entre ambos modelos (Hazelrigg et al, 1987). Otra afirmación que también puede hacerse es que, a falta de otro tratamiento, tanto la terapia familiar como la individual han demostrado ser moderadamente efectivas en el mejoramiento de las dificultades infantiles* .

Sea como fuere, los diferentes problemas infantiles han sido esencialmente abordados conforme a dos modelos distintos: el tratamiento individual y la terapia familiar, siguiendo esquemas de intervención de tipo psicoanalítico, conductista o cognitivista. Por lo menos hasta los años 60, cuando ocurrió un florecimiento notable de la terapia familiar, la mayor parte de la psicoterapia infantil era realizada de modo individual, y se consideraba éste como el modelo de tratamiento por excelencia. Con los trabajos de Levitt (1957, 1963) la prevalencia de uno de los modelos sobre el otro fue puesta sistemáticamente en duda, sobre todo luego de la afirmación según la cual la psicoterapia infantil individual era de escaso valor cuando sus efectos se comparaban con los sujetos control.

La terapia individual básicamente supone que mediante la intervención directa con el niño, el psicoterapeuta puede generar alguna clase de experiencia correctiva conducente al cambio de la situación problemática actual observada. Ello necesariamente debe incluir alteraciones en el manejo en el espacio informativo del niño. Supone el uso de metodologías cuya variación dependerá del enfoque empleado y del tipo de problema, y cuya eficiencia deberá asociarse al tipo de criterios seguidos en la inclusión de las situaciones actuales personales relevantes.

* Con el advenimiento de las técnicas metaanalíticas (Shapiro y Shapiro, 1982) es posible sumar los hallazgos de múltiples estudios diferentes y hacer comparaciones entre dimensiones distintas relacionadas con el modelo de tratamiento usado y las características individuales de las personas sometidas a intervención. La base para este tipo de análisis es la magnitud del efecto del tratamiento, computado separadamente para el grupo experimental y el grupo control en variables comparables de interés, sobre la base de puntajes obtenidos en las medidas de funcionamiento psicológico empleadas (véase también Smith y Glass, 1987).

La terapia familiar, antes que nada, induce a una definición global de los síntomas y dificultades de ajuste como patrones de interacción deficitarios en el esquema familiar total. El paradigma está diseñado para provocar alteraciones en tales esquemas de interacción sin que el niño (o el padre o el adolescente) identificado como problemático sea el verdadero centro del esfuerzo terapéutico. Lo anterior implica necesariamente la comprensión del problema particular en el contexto social donde ocurre, de modo que la familia deja de ser una simple agrupación de individuos y se convierte en un sistema organizado, con funciones, reglas y modalidades de relación que definitivamente trasciende a sus elementos separados.

No hay duda de que la familia es el sistema de influencias más importante para el individuo. Pero la familia está siendo influida permanentemente por otros sistemas con los cuales sus distintos miembros mantienen transacciones regulares y que varían desde los compañeros de la escuela hasta los residentes del vecindario, pasando por los otros sistemas extrafamiliares incluidos en el ambiente laboral y los demás esquemas de apoyo social. Desde tales perspectivas, los esfuerzos terapéuticos siempre tendrán efectos indirectos sobre las interacciones e intercambios que los miembros de la familia realizan en el resto de los sistemas interrelacionados (véase Bronfenbrenner, 1977). Y es necesario que el terapeuta asuma la importancia que tales efectos deberá tener sobre las dificultades psicológicas que encara.

En la terapia familiar se siguen modelos diferentes de intervención. Un modelo pragmático, basado en teorías del aprendizaje social, luce muy interesado en aliviar rápidamente los síntomas del desajuste y sus secuelas en el funcionamiento individual, mediante intervenciones directas en las coaliciones del poder familiar inapropiado (Patterson, 1971). El énfasis del modelo, que ha sido llamado reduccionista, consiste en resolver el problema como tal, de modo que no hay la intención de curar 'a largo plazo'. El modelo de los 'nuevos' epistemólogos (Hoffman, 1981) originado en paradigmas fenomenológicos, psicoanalíticos o existenciales, luce mucho más preocupado por el cruce de ocurrencias históricas y cambios en el complejo ecosistema familiar del cual forman parte sintomatologías específicas (Bowen, 1978)*.

Independientemente del tipo de modelo terapéutico que se escoja para el tratamiento de los distintos desórdenes infantiles, la mayoría de tales desórdenes han sido derivados siguiendo tres formatos empíricos básicos: el análisis de listas de problemas conductuales reportados en historias clínicas por trabajadores en salud mental (Jenkins, 1966), listas de problemas obtenidos a partir de clasificaciones realizadas por maestros en escuelas públicas (Behar y Stringfield, 1974), y listas construidas a partir de reportes elaborados por los padres (Miller, 1967; Achenbach, 1978). El paso desde las listas así elaboradas hasta las categorías capaces de facilitar la discriminación entre individuos no ha sido fácil**. Pero en general se admiten cuatro formas viables para proceder a la clasificación (Achenbach y Edelbrock, 1978):

- (a) considerar al síndrome como representación de un **cierto tipo** de individuo cuyas características de personalidad y carácter van más allá de los eventos que precipitan la solicitud específica de atención profesional;

* Una excelente revisión de los desarrollos últimos logrados en las psicoterapias constructivista y cognitivista puede hallarse también en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 61 (2): 187-275.

** Taxometría es el nombre que se da al procedimiento a partir del cual el análisis de grupos de ítems puede dar origen a distintas taxonomías, y ha sido definida como "la rama de la matemática aplicada que se ocupa del problema de las clasificaciones" (Meehl y Golden, 1982).

- (b) ver al síndrome como una **reacción tipo** cuya forma puede estar determinada por eventos estresantes específicos o por características de personalidad individuales;
- (c) asumir que el síndrome es una colección de **conductas específicas** que suelen asociarse estadísticamente porque hay contingencias ambientales también estadísticamente asociadas que le sirven de soporte, pero que no representan ni a un cierto individuo ni a una reacción estructural; y
- (d) considerar que el síndrome refleja **rasgos** o dimensiones asociados con distintos síndromes y no solamente con uno en especial.

El interés en investigar la psicopatología infantil es relativamente nuevo. Es cierto que durante mucho tiempo se ha especulado mucho en torno al tema, pero la investigación sistematizada tal como se ha hecho con la psicopatología en adultos es un fenómeno bastante reciente en el caso de los niños (Ross y Pelham 1981). Seguramente por esa razón hay dificultades en la definición y la comprensión de los problemas, así como en la formulación de una nomenclatura adecuada y de buenos criterios para el diagnóstico, sin olvidar que en lo relativo a la etiología y el tratamiento ocurre exactamente lo mismo (Achenbach, 1978a). En todo caso, para la psicopatología infantil la noción de riesgo se convierte en una noción medular en cuyo desarrollo es importante distinguir diferentes niveles (Anthony, 1970: 693): el nivel de expectativa genética (riesgo *genético*), los patrones de actividad y reactividad (riesgo *constitucional*), las condiciones institucionales y familiares (riesgo *ambiental*), las separaciones, enfermedades, hospitalización (riesgo *situacional*) y las etapas y períodos críticos en el desarrollo.

Dificultades de aprendizaje

De acuerdo a esquemas convencionales un niño es considerado 'anormal' o 'perturbado' cuando se conduce de forma que resulta inaceptable para los adultos de su entorno inmediato. Y casi siempre el diagnóstico termina siendo una acusación contra una 'víctima', generalmente acompañada de la precipitada asignación de una etiqueta escogida entre tipologías muy abundantes, que casi nunca revela un interés genuino por resolverle al niño su problema. La verdad es que convertirse en niño 'perturbado' es la cosa más fácil del mundo, habida cuenta de las múltiples fuentes de confusión familiar disponibles y de los formidables obstáculos que suelen ofrecerse al niño en su camino hacia el logro de un desarrollo biológico, cognitivo, social, educacional y emocional adecuado. Y ya sabemos que los niños problematizados se convierten después en adultos que siguen escapando a los patrones de la normalidad establecidos en los esquemas sociales corrientes.

A pesar de la extensa literatura existente, la verdad es que el tema de las dificultades de aprendizaje (DAP) sigue estando plagado de preguntas sin respuesta, falsas asunciones, mitos, leyendas y controversias sin fin, relacionadas con las definiciones, la etiología, la evaluación, el pronóstico, la clasificación y la cura (McCarthy y McCarthy, 1969; Achenbach, 1978a). Hay, también, toda una gama de modelos teóricos confusos, terminologías, procedimientos de medición y definiciones de especificidad escasa, empleados sistemáticamente por investigadores, clínicos y terapeutas que, en lugar de aclarar el estado actual del tema, en realidad lo convierten en un intrincado asunto de distinciones muy difíciles.

Uno de los problemas mayores es la recurrencia de los estudios de casos, muy limitados en razón de que los procedimientos, las medidas y el muestreo de sujetos resultan particularizados y, por ello, casi siempre son de muy difícil generalización y prácticamente imposibles de replicar. El otro problema es la marcada tendencia observable entre investigadores y terapeutas a identificarse con puntos de vista teóricos únicos, lo cual impide que los principios oriundos de fuentes distintas

sean realmente examinados, comparados y sometidos a prueba, o dependiendo de los resultados que generan, simplemente descartados. Es evidente que el conocimiento acumulativo en materia de psicopatología infantil resultará mejor beneficiado si se produce a partir de la integración de perspectivas múltiples y no sobre la base de una afiliación dogmática a una perspectiva en particular.

En los últimos 15-20 años y dentro del campo de la neuropsicología clínica infantil, un problema importante ha sido determinar si las disfunciones a nivel de los hemisferios cerebrales pueden ser responsabilizadas en la etiología de las dificultades de aprendizaje. Dicho de otro modo: ¿son todos o algunos de los déficits exhibidos por los niños clasificados con DAP oriundos de alguna clase de deterioro cerebral?. La verdad es que en la literatura, además de la disfunción cerebral, otros desórdenes han sido considerados factores etiológicos primarios en tales dificultades y entre ellos se mencionan trastornos emocionales, privación sensorial, trastornos perceptivos, predisposiciones genéticas y retrasos en el desarrollo (Critchley, 1964; Koppitz, 1964*).

Cualquiera que haya tratado niños con dificultades de aprendizaje sabe que no es sencillo hacer descartes de condiciones desde el punto de vista etiológico. Tal vez el problema sea menos complicado cuando se trata de niños con visión o audición deficiente, privación cultural o retardo. Pero no en el caso de niños con trastornos emocionales (Zimmerman y Allebrand, 1965), puesto que un rasgo inequívoco en sujetos con DAP es precisamente el desarrollo de perturbaciones emocionales en grado variable, aún cuando el factor etiológico primario sea la disfunción cerebral.

La misma definición de trastorno emocional no es sencilla. Y si pudiera lograrse una buena, no resultará fácil establecer su origen. La interacción con padres y maestros de excesivos niveles de exigencia pueden ser elementos desencadenantes de trastornos emocionales serios en el niño con DAP, al igual que lo son las persistentes experiencias de fracaso, la autoestima baja o las auto definiciones negativas. La consecuencia de uno o varios de tales elementos para el niño puede ser la generación de significativos niveles de ansiedad, normalmente acompañada por toda una legión de conductas que, al final, terminarán siendo descritas como 'perturbación emocional'.

La cuestión parece ser bastante simple: como el niño evidencia varios síntomas que pueden estar presentes en distintas patologías y como algunos de esos síntomas pueden ser fácilmente descartables y otros no, suele ocurrir entonces el hallazgo de falsas patologías, de modo que habrá muchos niños con solamente trastornos emocionales que serán etiquetados como niños con dificultades de aprendizaje, y niños con dificultades de aprendizaje que serán indefectiblemente etiquetados como niños con problemas emocionales.

Históricamente, la conceptualización de las DAP ha estado influenciada por distintos estilos clasificatorios. Hay quienes mantienen la hipótesis de que los problemas de aprendizaje de los niños están muy relacionados con alguna deficiencia neurológica subyacente, y su interés se dirige a desarrollar medidas preventivas adecuadas. Como resultado de tales puntos de vista, apenas tenemos cierta terminología muy variada y definiciones muy distintas de las dificultades de aprendizaje. Después de 1975 y por consideraciones de tipo sociopolítico especialmente, la educación en los Estados Unidos debió generalizarse a todos los niños en situación deficitaria. A partir de la

* Una excelente herramienta para la identificación de déficits cognoscitivo-perceptivo-motrices (CPM) ha sido desarrollada en el Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de los Andes. La batería CPM mide percepción visual, percepción auditiva, memoria, orientación, integración, habilidad lingüística, coordinación motriz y percepción táctil, quinesésica y propioceptiva.

aprobación de las leyes pertinentes ocurrió cierto desbarajuste que movió a muchos profesionales a considerar como deficitarios a todos los niños cuya situación estaba siendo cubierta en tales leyes. De este modo, en la conceptualización general de las dificultades de aprendizaje se incluyeron grupos de niños mucho más heterogéneos.

A partir de allí todo el asunto pareció bastante simple: cualquier niño que no esté aprendiendo a la "velocidad esperada" inmediatamente es identificado y etiquetado como candidato a formar parte del grupo de las DAP, especialmente si se reconoce en él algún déficit que tenga que ver con la comprensión y uso del lenguaje oral o escrito, manifiesto en incapacidad para leerlo, escribirlo, o pronunciarlo. La simpleza llegó mucho más lejos cuando se incluyeron en el mismo grupo a los niños con dificultades para realizar cálculos numéricos. De esta manera, el término "dificultades de aprendizaje" no incluye a niños cuyos problemas sean derivación primaria de limitaciones visuales, auditivas o motoras, retardo mental, disturbios emocionales, o que sean el efecto de alguna desventaja de tipo ambiental, cultural o socioeconómica relevante (Education for All Handicapped Children Act of 1975).

Desde que la ley fue promulgada han ocurrido algunos cambios. La conceptualización teórica de las DAP, sin embargo, sigue siendo entendida de dos maneras que ya son tradicionales: Una definición operacional muy empleada en medios educacionales asume que el niño con problemas de aprendizaje es aquel cuyo rendimiento se sitúa 2 años por debajo de su edad o grado en lectura y en otras áreas académicas. Semejante definición parece no entender que 2 años de diferencia no es lo mismo cuando se cursa segundo grado que cuando se cursa el grado octavo, de modo que emplear dos años como punto de corte en la definición operacional del niño con DAP no parece ser muy buena idea.

Otra forma de operacionalizar las dificultades de aprendizaje está ligada a inconsistencias entre cociente intelectual (CI) y algunas medidas de rendimiento. En tales casos suele establecerse una desviación estándar como diferencia suficiente para definir al niño con DAP. El problema con este enfoque es que aun cuando el CI pueda ser un predictor feliz del potencial académico infantil, cuando se trata de predecir adecuadamente el rendimiento de un niño con dificultades de aprendizaje, los tests de inteligencia no suelen ser muy útiles. Los tests convencionales no miden todas las habilidades relevantes en el aprendizaje. Y pudiera ocurrir que las disparidades observables entre el CI y los puntajes en lectura se deban no a déficits reales en el niño sino más bien a déficits en el test. Hay que tomar también en cuenta que el CI no es una medida del nivel cognitivo real de un individuo sino la *desviación* del nivel cognitivo individual en un grupo normativo de edad cronológica comparable (Achenbach, 1978a).

Además, el concepto de "potencial promedio" no siempre es un concepto confiable (Kaufman, 1979) habida cuenta de que suelen emplearse puntos de corte diferentes (a veces 90, 85 y hasta 70 de CI), amén de que las definiciones de "habilidad de lectura" suelen variar enormemente, desde las que solamente incluyen reconocimiento de palabras hasta las que consideran comprensión y lectura contextual. Es evidente que la manera como tal habilidad es definida puede fácilmente afectar la identificación de niños con o sin dificultades de aprendizaje. La verdad es que tales criterios de exclusión solamente han servido para que cientos de niños sean incluidos en otras tipologías distintas. Al excluir niños con déficits sensomotores en realidad no se sabe cuánta capacidad auditiva o visual está siendo considerada para producir la exclusión. Y menos se sabe si la

pérdida auditiva es temporal o está relacionada con un desarrollo tardío del lenguaje, correlacionado con un posterior nivel deficitario de habilidad en la lectura (Véase Casey y Berman, 1985).

Cuando se excluyen niños con problemas emocionales es porque se asume que su funcionamiento emocional no interfiere con sus habilidades para aprender. Pero ¿y los niños que desarrollan respuestas emocionales limitantes debido precisamente a un funcionamiento académico deficitario o generadas por estilos docentes que suponen una verdadera confiscación de sus potencialidades?. La exclusión de niños con desventajas culturales tampoco parece tener validez científica alguna. Es precisamente en las escuelas de bajo nivel socio-económico donde suele hallarse el porcentaje más elevado de niños con dificultades de aprendizaje, bajo CI, deficiencias sensoriomotoras, problemas de lenguaje y dificultades emocionales. Si, como se presume, existe un componente constitucional subyacente en la mayoría de los problemas de este tipo, entonces son precisamente estos niños quienes se hallan en el grupo de más alto riesgo, y por ello debieran ser los primeros en no ser excluidos...

Se necesitan mejores enfoques de las dificultades y conviene el desarrollo de buenas aproximaciones programáticas para diferenciar a los niños con problemas, especialmente en relación con la etiología, patrones de adaptación y tratamientos diferenciales. Lo que se quiere es establecer con certeza los antecedentes reales de la psicopatología infantil para poder luego construir verdaderas agrupaciones conductuales que sean de utilidad en el proceso de categorización. Particularmente entre nosotros, tal cosa resulta muy difícil, primero, porque en realidad no existen servicios de salud mental infantil que puedan ser considerados de confianza y, segundo, porque la distancia entre la investigación y la práctica en el área parecen ciertamente insalvables.

Emocionalidad complicada

Uno de los problemas en la identificación de niños con dificultades de aprendizaje es precisamente la enorme cantidad de sujetos que suelen ser clasificados siguiendo definiciones y manejando terminologías de casi todo tipo. La heterogeneidad resultante no sólo plantea dificultades en la construcción del cuerpo de conocimientos sobre las DAP sino que también contribuye a generar fricciones en torno al interminable debate de la clasificación. El otro asunto espinoso es que el patrón de hallazgos suele ser muy inconsistente, además de que los subtipos derivados en su gran mayoría resultan demasiado próximos a lo que en la literatura se conoce como 'problemas de conducta en el aula'. De todos modos, cuando se considera la relación entre funcionamiento socioemocional y DAP, hay dos proposiciones que se plantean alternativamente: o bien (1) los problemas socioemocionales conducen a dificultades de aprendizaje, o (2) las dificultades de aprendizaje causan problemas emocionales...

Conforme a la primera alternativa, los problemas de aprendizaje son el simple reflejo de disturbios en el encuadre socioemocional del niño cuyo origen es múltiple: conflictos en la relación maestro-alumno; conflictos psíquicos extremos que interfieren con la instrucción escolar ordinaria; tensión psicológica generada por exageradas demandas de padres y maestros desusadamente ansiosos; niveles motivacionales inadecuados para el éxito académico y una extrema diferenciación entre las expectativas sociales personales y las planteadas por la escuela.

Lo anterior, además de sugerir la imposibilidad de demostrar un patrón único de trastornos emocionales también implica que (a) los conflictos sociales entre alumnos y maestros deben

mantenerse a un nivel mínimo si se quiere lograr beneficios sustanciales en el aprendizaje; (b) la institución escolar debe adoptar esquemas procedimentales y axiológicos profundamente arraigados en el hacer nacional, y (c) tanto los conflictos psíquicos infantiles como las autovaloraciones (sea cual fuere su origen) son elementos importantes en el momento de construir tipologías sobre ejecuciones académicas deficitarias.

El planteamiento germinal en esta posición hace referencia al hecho de que los problemas emocionales son los antecesores directos de las dificultades de aprendizaje, limitando de distintos modos el avance académico de los niños. Al mismo tiempo sugiere que hay una enorme masa de interacciones muy complejas que pueden ser responsabilizadas por la limitación. Finalmente, si el problema emocional se resuelve de modo satisfactorio, entonces la ejecución académica deberá mejorar (Rourke, 1988). El otro planteamiento propone también nexos entre dificultades de aprendizaje y disturbios emocionales y se diferencia del primero porque el trastorno de aprendizaje es el centro de interés y porque la relación causal es invertida. Esta hipótesis tiene enorme relevancia en el ambiente clínico, entre otras razones, porque:

1. Tiene mucho sentido para el terapeuta asumir que el niño con DAP persistentes es el recipiente favorito de toda clase de criticismos y evaluaciones negativas por parte de sus padres, maestros y compañeros, y que tal condición lo convierte en un niño supremamente ansioso cuyos niveles de eficiencia académica son deficitarios;
2. A consecuencia del círculo vicioso así desarrollado se promueve un rendimiento escolar cada vez más bajo y se generan niveles de ansiedad cada vez más debilitantes para el niño; y
3. Todo ello suele traducirse en profundos sentimientos de inferioridad que generalmente llevan a resonantes fracasos académicos, lo cual convierte la situación personal global en algo prácticamente inmanejable, cuyas consecuencias resultan mucho más severas a medida que las fallas en el niño se hacen más obvias en su ambiente interpersonal.

Es evidente que los niños con dificultades de aprendizaje deben moverse en ambientes interpersonales muy distintos a los ambientes de sus pares normales. En contraposición a estos últimos, los niños con DAP: (a) son percibidos por padres, maestros y compañeros como menos deseables y menos agradables; (b) reciben de parte de los mismos agentes más comunicaciones negativas; (c) son ignorados y rechazados más a menudo por sus maestros; y (d) son tratados por sus padres en forma más punitiva (Maccoby, 1980).

Por otra parte, la relación entre dificultades de aprendizaje y trastornos emocionales ha sido revelada de distintas maneras. Zimmerman y Allebrand (1965), por ejemplo, hallaron un desajuste emocional mayor entre niños con dificultades de aprendizaje que entre sus pares normales. Mc Nutt (1978) también halló un ajuste social y emocional menor entre adolescentes con DAP. Otros estudios, sin embargo, no han logrado demostrar tales diferencias ni en desajuste emocional (Connolly, 1969) ni en autoestima (Silverman, 1978). Este contradictorio patrón de resultados no ha contribuido mucho a una definición coherente del funcionamiento emocional de los niños con DAP, de modo que los factores considerados característicos de este tipo de niños siguen constituyendo un espectro conductual bastante equívoco.

La literatura especializada (Silverman, 1978; Rourke, 1985; Rourke y Fisk, 1988) muy frecuentemente insiste en que los niños con DAP tienen serios problemas en la esquematización de sus relaciones sociales y que sus dificultades socioemocionales suelen manifestarse también en la

adolescencia y la adultez. Lo que importa en este caso es la incompetencia social, conceptualizada como una marcada deficiencia en la satisfacción de necesidades interpersonales, de tal modo que las mismas generalmente no resultan ni eficientes ni socialmente aceptables. Entre otras cosas se considera que la deficiencia incluye (Rourke, 1988):

- (a) déficits en la elaboración esquemática de juicios de **comparación**;
- (b) falta de habilidad para manejar organizadamente situaciones de **interacción**;
- (c) déficits en el plano lingüístico que impiden usar adecuados esquemas de **comunicación interpersonal**;
- (d) problemas en la comprensión de las **reglas** que deben seguirse en el manejo del lenguaje apropiado;
- (e) dificultades en la percepción del propio **status social**, y
- (f) carencia de habilidad para la percepción e interpretación correctas de **estados afectivos** ajenos.

No obstante lo anterior, parece que operacionalizar una buena definición de incompetencia social es algo difícil. Lo correcto sería que antes de introducir nuevas tipologías en el análisis de las DAP, el investigador y el terapeuta pudieran sensibilizarse ante la idea de que algunos niños pueden experimentar tales déficits debido a razones conductuales, cognitivas o perceptuales, mientras que otros quizá pudieran presentarlos por razones de tipo actitudinal o motivacional. Por supuesto que si se aceptan distintos patrones en el área cognitiva, conductual o perceptual de los niños con DAP, deberá también aceptarse distintos grados de incompetencia social. Hasta pudiera pensarse que algunos niños con dificultades de aprendizaje evidenciarán normalidad en sus competencias sociales y otros no. Por lo demás, sería conveniente determinar los déficits en habilidades de procesamiento central, antes de ir anunciando distintas variaciones en los esquemas de respuesta socioemocional en esta clase de niños*.

Bibliografía

- Achenbach, Th. M. (1978). The child behavior profile. I: Boys aged 6-11. *Journal of Cons. and Clinical Psych.* 46: 478-488.
- Achenbach, Th. M. (1978a). Psychopathology of childhood: Research problems and issues. *Journal of Cons. and Clin. Psych.*, 46 (4): 759-776.
- Achenbach, Th. M. y Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85 (6): 1275-1301.
- Anthony, E. J. (1970). The behavior disorders of childhood. En P. H. Mussen (Ed.), *Carmichael's Manual of Child Psychology*, (Vol. 2), New York: Wiley.
- Behar, L. B y Stringfield, S. (1974). A behavior rating scale for the preschool child. *Developmental Psych.*, 10: 602-610.
- Bowen, M (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *Am. Psychologist*, 32: 513-531.
- Casey, R, J. y Berman, J.S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98: 388-400.
- Connolly, C. (1969). The psychosocial adjustment of children with dyslexia. *Exceptional Children*, 46: 126-127.
- Critchley, M. (1964). *Developmental dyslexia*. London: Heinemann.
- Hazellrigg, M.D., Cooper, H. M. y Borduin, C. M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review. *Psych. Bulletin*, 101: 428-442.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.

* Justamente en esta dirección se plantea una tercera hipótesis o alternativa de explicación de los nexos existentes entre DAP y funcionamiento socio emocional. La misma propone una conexión causal entre patrones de procesamiento central específicos, subtipos particulares de DAP y déficits en el funcionamiento socio emocional (Véanse Rourke, 1985 y Rourke y Fisk, 1988).

- Jenkins, R. L. (1966). Psychiatric syndromes in children and their relation to family background. *American J. of Orthopsychiatry*, 36: 450-457.
- Jones M. C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.
- Kaufman, A. S. *Intelligent testing with the WISC-R*. New York: Academic Press, 1979.
- Koppitz, E.M. (1964). *The Bender-Gestalt Test for young children*. New York: Grune & Stratton.
- Levitt, E.E. (1957). The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psych.*, 32: 286-289.
- Levitt, E. E. (1963). Psychotherapy with children: A further evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 60: 326-329.
- Maccoby, Eleanor E. (1980). *Social development: Psychological growth and the parent-child relationship*. New York: Harcourt.
- McCarthy, J. J. y McCarthy, J. F. (1969). *Learning disabilities*. Boston: Allyn & Bacon.
- Mc Nutt, G. L. (1978). The identification of learning disabled adolescents. *Diss. Abstracts International*, 38, 4097^a
- Meehl, P. E. y Golden, R. R. (1982). Taxometric methods. **En** *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. P. C. Kendall y J. N. Burcher, (Eds.) N. Y.: Wiley.
- Miller, L. C. (1967). Louisville Behavior Check list for males, 6-12 years of age. *Psychological Reports*, 21: 885-896.
- Patterson, G. (1971). *Families: Application of social learning to family life*. Champaign, IL., Research Press.
- Ross, Alan O. y Pelham, W. E. (1981). Child psychopathology. *Ann. Rev. of Psych.*, 32: 243-278.
- Rourke, B. P. (Ed.). (1985). *Neuropsychology of learning disabilities: Essentials of subtype analysis*. N. Y.: Guilford Press.
- Rourke, B. P. (1988). Socio emotional disturbances of learning disabled children. *J. of Consulting and Clinical Psych.*, 56 (6): 801-810.
- Rourke, B. P. y Fisk, J. L. (1988). Subtypes of learning-disabled children: Implications for a neuro-developmental model of differential hemispheric processing. **En** D. L. Molfese y S. J. Segalowitz (Eds.), *Developmental implications of brain lateralization*. New York: Guilford Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British J. of Psych.* 147: 598-611.
- Shapiro, D. A. y Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcomes studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92 (3): 581-604.
- Silverman, R. G. (1978). An investigation of self-concept in urban, suburban and rural students with learning disabilities. *Diss. Abstr. Intern.*, 38, 5398A.
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1987). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32: 752-760.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alice, M. D. y Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clin. Psych.*, 55: 542-549.
- Zimmerman, I. L. y Allebrand, G. N. Personality characteristics and attitudes toward achievement of good and poor readers. *Journal of Educ. Research.*, 57: 28-30, 1965.