

Suplemento Eduterapia **15**

Agosto 2004

Actividad y Problemas de Conducta

Carlos G. Wernicke



Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social

desde 1990 en Buenos Aires, Argentina

Estudio, investigación, difusión y docencia de la visión global en educación, salud y acción social

Registro Inspección General de Justicia n° C 1.520.371 - Entidad de Bien Público sin Fines de Lucro Decreto 6708 MVL

Registro Institutos de Perfeccionamiento Docente Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires DGEGP n° C-172

Tel. / Fax **0054-11-4791-2905** - www.holismo.org.ar - info@holismo.org.ar

SUPLEMENTO EDUTERAPIA es una serie constituida por artículos únicos publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, con el fin de presentar sus desarrollos a lo largo del tiempo en relación con lo más central de su misión, a saber, investigar las aplicaciones prácticas del paradigma holístico en pedagogía, medicina, psicología y acción social.

SUPLEMENTO EDUTERAPIA es una serie monográfica publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, San Vicente 735, V. López, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel. / Fax (011) 4791-2905; www.holismo.org.ar - info@holismo.org.ar
Directora: Mabel Fernández. Registro de Propiedad Intelectual DNDA 457.501. Eduterapia es nombre registrado n° 1.886.125. ISSN 1669-9203
La reproducción parcial o total por cualquier método **no** está permitida, salvo confirmación por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social de solicitud previa por escrito.

Actividad y Problemas de Conducta

Carlos G. Wernicke

RESUMEN

La actividad debe diferenciarse de la conducta. Es la actividad la que se encuentra sometida a fluctuaciones, desarrollo y organización, en tanto la conducta sólo es la observación fragmentaria realizada por un observador interesado. Se presenta en forma crítica el abordaje habitual del DSM-IV-TR y se ofrecen un modelo transdimensional y estrategias armonizadoras.

SUMMARY

Activity has to be differentiated from behavior. Activity is submitted to fluctuations, development and organization, while behavior is only a fragmentary observation done by an interested observer. The usual approach of the DSM-IV-TR is critically presented, and a transdimensional model and harmonizing strategies are offered.

I. INTRODUCCIÓN

II. ACTIVIDAD

Fluctuaciones

Desarrollo

Organización

III. CONDUCTA

IV. MODALIDADES DE INTERACCIÓN

V. PROBLEMAS DE CONDUCTA

El DSM-IV-TR

Algunas aclaraciones respecto del DSM-IV-TR

Un modelo transdimensional

El niño desobediente

Estrategias armonizadoras

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. INTRODUCCIÓN

El ser humano comienza su vida con la concepción, como un ser inacabado. Al paso del tiempo, requiere de estímulos que permitan a sus potencialidades transformarse en habilidades primero y finalmente en capacidades (Wernicke 2001a). Este desarrollo pasa por fases, e inevitablemente tiene lugar en un contexto (Wernicke 2003).

En términos generales, el desarrollo consiste siempre en cuatro fases distintas: 1. La existencia misma (se manifiesta un fenómeno); 2. La identificación (surge una novedad a partir de ese fenómeno); 3. La diferenciación (la novedad se separa del fenómeno); y 4. La integración (la novedad y el fenómeno se integran finalmente, para dar lugar a un nuevo fenómeno con características propias, un sistema abarcativo de los anteriores) (Wilber 1998; Wernicke 2003).

Más usualmente, sin embargo, se menciona como “desarrollo” solamente al tercer aspecto, la diferenciación, que consiste a su vez en una secuencia de constantes reequilibraciones, reorganizaciones o etapas que el ser humano sólo puede atravesar si está inmerso en contextos determinados que aporten los estímulos correspondientes en el momento necesario y con la intensidad requerida (Piaget 1966, Montessori 1986).

El contexto aporta a estas diversas fases y etapas una coloratura que hace que el desarrollo de cada individuo sea único. Cada sujeto está rodeado constantemente de un mundo objetual que le es único, y que sólo parcialmente comparte con los demás sujetos. Ni siquiera los gemelos univitelinos, en quienes los genes son idénticos en un 100%, se desarrollan de igual manera: Cada uno de ellos recibe los estímulos del ambiente desde una posición ligeramente diferente.

II. ACTIVIDAD

Al desarrollo le es inherente la actividad. Desde el momento mismo de la concepción, ya en la primera célula, ya desde el primer instante de vida, la actividad está presente. No existe momento alguno de la vida en que no haya actividad de algún tipo. La ausencia de actividad es contraria a la vida. Vida implica actividad.

Es imposible decir si la vida produce actividad o viceversa, tan ligados van ambos conceptos. En el momento de la concepción, una actividad de dos células, que observada desde la dimensión biológica referimos como metabólica (química y eléctrica), es la que produce el chispazo que da origen a un nuevo ser.

Cualquier nueva célula, tanto si se trata de un animal unicelular (por ejemplo una ameba) como si está destinada a multiplicarse en millones y millones, como en un ser humano, está activa desde un comienzo. Hay movimientos de átomos, moléculas, líquidos, vacuolas, de la membrana que separa a la célula de su contexto, de los componentes de esa membrana. Esa actividad es denominada desde el campo biológico "excitación", a veces también "irritabilidad celular". No obstante, consiste en un estado normal, en el que lo constante es el cambio, la fluctuación: De continuo cambian la forma o la constitución química.

Una vez diferenciados los sistemas de órganos, cada uno ejerce la actividad a su manera: el sistema nervioso central, el sistema inmune, el muscular. Pero todo está activo siempre, aún en la máxima quietud supuesta, aun en el dormir, aun en el coma profundo.

La actividad puede entenderse entonces como transmutación interna constante de un organismo o parte de él; y también, como interacción constante con su contexto. Producen actividad la necesidad de autosatisfacerse y completarse, los sentimientos primordiales y de interacción (Piaget 1947), el pensamiento y la expresión (sobre todo motora).

Las constantes modificaciones permiten al ser vivo el intercambio con el contexto. Se intercambian moléculas, emociones, pensamientos, movimientos. Es este intercambio de estímulos de todo tipo lo que mantiene la vida. El intercambio es constante, y el contexto es omnipresente. El contexto es una matriz, una red de contención, un nido, de donde se obtiene lo necesario y hacia donde se vuelcan los productos.

Fluctuaciones

El intercambio con el contexto permite recomponer constantemente el equilibrio del sujeto (Perls 1976). Las normales fluctuaciones de ingreso y egreso (tanto se trate de una célula como de un ser humano completo) tienen lugar alrededor de un eje central de estabilidad. Prefiero hablar de un eje, y no de un núcleo, porque conceptualmente representa mejor el paso del tiempo. Conceptos similares son los de homeostasis (Cannon 1929), equilibrio (Piaget 1947) y estado estable (v. Bertalanffy 1968).

En organismos multicelulares como el nuestro, a su vez organizados como sistemas de funcionamiento (Anokhin 1935; v. Bertalanffy 1928, 1968; Luria 1974; Quirós 1980; Wernicke 1984, 1991a), cada sistema presentará su propio eje de estabilidad. El ser humano completo mantiene un eje de estabilidad que es la resultante sistémica y dinámica de todos sus ejes parciales, otra manera de decir que el ser humano es un sistema funcional abarcativo de muchos subsistemas de funcionamiento.

Este eje de estabilidad puede entenderse como los rasgos de máxima coherencia y máxima permanencia en el tiempo que el sujeto presenta. Está conformado por sus características más centrales, tanto se las considere en sus dimensiones molecular, biológica, emocional, cognitiva o espiritual (Wernicke 1991b). Así, *este eje sistémico y dinámico debe entenderse como transdimensional*. Se nutre del intercambio constante con el medio, en constante modificación. Su estabilidad sólo es posible gracias a la actividad, su permanencia sólo es posible gracias al (re)cambio, su coherencia interna sólo es posible por un proceso de máxima decantación de aquellas características más típicas de cada individuo.

Por consiguiente, el objetivo final de la actividad es lograr el intercambio con el contexto (de cada parte con el todo del organismo, del organismo con el medio), ya que sólo la fluctuación (el intercambio) garantiza el constante enriquecimiento del eje de estabilidad y su reequilibrio y con ello, en definitiva, la sobrevida. Ciertas acciones secuenciadas, estrategias de actividad, van mostrándose como más eficaces y permanecen. Si se trata de la evolución de una especie, se las denomina estrategias evolutivamente estables (Dawkins 2002); en un ser vivo individual podríamos llamarlas *estrategias estables prodesarrollo*. Éstas últimas forman parte de las llamadas “agrupaciones” de Piaget (Piaget 1947). Cabe resaltar, al respecto, que Piaget define la inteligencia como la “forma de equilibrio hacia la cual tienden todas las estructuras” (Piaget 1947).

La mayor eficacia es la que se alcanza con el menor gasto de energía, término utilizado aquí en sentido amplio (energía química, emocional, cognitiva...). Las fluctuaciones de menor intensidad en el intercambio con el contexto son las que mayores posibilidades tienen de permanecer en el tiempo.

Cuando las fluctuaciones se mantienen cercanas al eje de estabilidad de ese individuo se dice que el sujeto está armonizado, estabilizado, en un estado de “bienestar”: La Organización Mundial de la Salud (OMS 1994) define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente de ausencia de enfermedad o endebles (en inglés *“infirmity”*); con ello se refiere a una autopercepción de comodidad o bienestar en las dimensiones biológica, psicológica (es decir, emocional y cognitiva) y de interacción / relación con otros. Bien podemos entonces definir al individuo sano como aquél en quien sus fluctuaciones internas, debidas al intercambio producido gracias a su actividad, son poco intensas y se mantienen alrededor de su eje de estabilidad.

En ocasiones, en cambio, la búsqueda de los estímulos que el individuo requiere para satisfacer sus necesidades exige a éste fluctuar por fuera de sus límites habituales, desestabilizándose, desarmonizándose. Se produce una crisis, una ruptura: El alejamiento respecto de un determinado eje de estabilidad lleva en ocasiones incluso a la configuración de otra estructura estable. Dicho de otra forma: Una estructura (esquema, gestalt o configuración, sistema funcional) continente de las fluctuaciones se rompe, produciéndose otra organización que las abarca.

La palabra castellana “enfermedad” proviene del latín “infirmus”, antónimo de “firmus” = firme (Corominas 1980). Podríamos concebir la palabra “enfermo” como derivada de “infirmo”, desestabilizado, desarmonizado, carente de firmeza. En idioma inglés, en efecto, la definición de la OMS ya mencionada señala que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad o “*infirmit*”, término que como hemos visto se traduce por endeblez o fragilidad (Simon and Schuster 1973). La enfermedad deja de ser en esta concepción un estado circunscripto, delimitado y externo respecto de la estructura funcional general del organismo individual, un estado estático, para transformarse en una fluctuación que se aleja del eje de estabilidad general del sujeto, un proceso dinámico que tipifica la estructura funcional general del individuo. Así, éste no “tiene una enfermedad”, sino que “está” infirme.

Dicha infirmez, una fluctuación a reequilibrar, también puede ser considerada por otra parte en general como un enriquecimiento experiencial en la vida del sujeto, una serie de intercambios con el contexto que le permite desarrollarse hacia una mayor complejidad (Dossey 1986), por consiguiente una actividad esencial para la vida: desafirmarse para reafirmarse. La fluctuación, a veces fuera de límites, se retrotrae en general a las cercanías de su eje de estabilidad original, con lo que la infirmez se reequilibra hacia una homeostasis ahora enriquecida por la experiencia de intercambio. La intensidad de esta fluctuación, aún dentro de los límites objetivos fijados por la cultura o subjetivos (el sujeto se siente armonizado) podría correlacionarse con lo que psicológicamente denominamos ansiedad y biológicamente llamamos tensión muscular. En resumen, una fluctuación fuera de límites puede ser considerada por el contexto y aun subjetivamente como algo positivo para el sujeto, una ansiedad / tensión muscular favorable, hasta la “experiencia cumbre” (Maslow 1973).

En otras ocasiones, la fluctuación fuera de límites no consigue volver a la homeostasis, y la infirmez es lo suficientemente intensa y/o permanente en el tiempo como para ser catalogada por el contexto (la cultura que rodea al sujeto) como “enfermedad” o “cuadro clínico”, con lo que la cultura envía otro tipo de estímulos (“curativos”); el sujeto regresa entonces a su eje de estabilidad, o bien se reorganiza alrededor de otro eje.

A lo largo de su vida, el individuo puede ir organizándose alrededor de ejes de estabilidad cambiantes, a veces incluso patológicos, otras veces como señal de curación. Por lo general, sin embargo, la reorganización del eje de estabilidad del sujeto se produce sobre el eje en sí mismo, lo que se llama desarrollo, gracias al cierre de sistemas funcionales enriquecidos por el aporte del ambiente; los indicios exteriores de estas reorganizaciones, como veremos, reciben el nombre de “organizadores”.

Ilya Prigogine, Premio Nobel de Química, describió en 1975 lo que llamó “*estructuras disipativas*” (Dossey 1986; Prigogine, 1997; Lorimer 1998), las que podemos definir aquí como *un proceso de autoorganización por fluctuación del sistema más allá del umbral crítico de estabilidad*.

Desarrollo

Los sistemas abiertos (aquellos en los que se constata un intercambio con el ambiente) son los más frecuentes entre los seres vivos. Son sistemas funcionales complejos, que constantemente se retroalimentan y auto(re)organizan (Bohm, en Lorimer 1998). Así van generando reorganizaciones cuyas particularidades superan las aportadas por sus componentes.

Los sistemas son abstracciones de la mente humana que presentan dos premisas definitorias básicas: Constituyen una novedad irreductible (que desaparece si los fragmentamos) y toman una cierta y única configuración espaciotemporal (sus mismos componentes en otra configuración producirían características distintas).

Justamente, Jorge Luis Borges los definió como “la subordinación de todos los aspectos del universo a uno cualquiera de ellos” (Borges, 1944), esto es, como una manera de ver un todo desde un particular punto de mira. Son recortes que produce la mente humana resaltando una faceta cualquiera, pero indivisibles si se quiere mantener todas sus características: Un humano no puede ser fragmentado si se quiere conservar lo humano, una melodía no puede ser fragmentada si se quiere conservar su música.

Los sistemas han sido definidos de diversas maneras por diferentes autores. Son un todo que es más que la suma de las partes (Smuts 1926), un todo integrado cuyas propiedades no pueden ser reducidas a las de unidades más pequeñas (Gang 1997), un producto de una invariancia más una variancia (innovación) (Ciompi 1997), un todo inseparable y coherente de componentes interrelacionados con al menos una cualidad emergente (Austin 2000; López 1995). El sistema puede entenderse como sinónimo de holón, una unidad que es al mismo tiempo totalidad y parte (Koestler 1967; Wilber 1996): Simultáneamente, un todo que contiene, un fragmento que es contenido.

Típica de la vida es la actividad fluctuante de los sistemas funcionales. Esta capacidad autoorganizativa fue descrita como una “organización autopoyética” (Maturana y Varela 1984): Los seres vivos se caracterizan por producirse continuamente a sí mismos.

La actividad que sólo es absolutamente propia del sujeto, la función que sólo es propia de su estructura físico-química (biológica) -el “terreno”-, es teóricamente entendible, si acaso, durante el instante inicial de la vida. De inmediato, la célula recién concebida y cada uno de sus componentes van modificando esta actividad de acuerdo con los estímulos / las respuestas que van hallando en su ambiente. Se conforman así primeros sistemas funcionales incipientes (Wernicke 1984, 1986, 1989, 1991a), que en el transcurso del tiempo se enriquecen e imbrican unos con otros para formar nuevos sistemas funcionales de jerarquía superior, hasta que todos los sistemas funcionales del individuo se entrelazan por fin en uno solo, abarcativo de los demás. A este

último sistema funcional abarcativo de todo el sujeto corresponde llamarlo personalidad, como integración organizada de toda su actividad. Este proceso lleva aproximadamente dos años y medio de vida extrauterina, después de los cuales la conformación de los sistemas funcionales (habilitación), deja lugar preponderantemente a su enriquecimiento (capacitación) (Wernicke 2001a); sin embargo, durante toda la vida aparecen nuevos sistemas funcionales incipientes que se organizan y más tarde se enriquecen.

La actividad depende siempre de las necesidades primordiales del sujeto (Wernicke 1984, 1990, 1993). Es que la finalidad última de la actividad es la búsqueda de aquellos estímulos contextuales que el individuo o sus partes requieren para su satisfacción. De la miríada de estímulos que el contexto naturalmente presenta, el ser humano busca y capta aquellos que requiere para su (re)organización y la (re)estabilización de su normal fluctuación.

La manera en que dichas necesidades son satisfechas o frustradas determina la instalación de primeros impactos mnémicos en el individuo: las emociones primordiales. Estas emociones primordiales dependen a) de la intensidad del estímulo; b) del momento en que el estímulo se presenta respecto del momento en que es necesitado; y c) del contexto que rodea al estímulo, del fondo que circunda a la figura: Ningún estímulo se presenta aislado, sino a la manera de un paquete estimular (Wernicke 2004b).

El ingreso consecutivo de conjuntos contextuales estimulares similares para incorporarse a sistemas de funcionamiento incipientes constituidos sólo por emociones primordiales genera secuencias lógicas, cadenas o trenes de registro, las cogniciones. Toda cognición, por consiguiente, es el producto secuencial de una emoción previa. La actividad cognitiva, en consecuencia, no puede sino presentar simultáneamente un aspecto emocional (Stern 1991): No es posible que existan cogniciones independientes de las emociones (Piaget 1947; Cuadro 1).

La actividad, regida desde el principio de la vida por aquella necesidad que sea más acuciante y por su correlato emocional, va quedando poco a poco a cargo de la secuencia cognitiva, que al paso del tiempo se hace más y más firme y más organizada. La cognición se transforma paulatinamente en guía de cada actividad.

Este desarrollo tiene lugar en cada uno de los sistemas funcionales: Actividades más organizadas e integradas requieren cogniciones más elaboradas. Las actividades, al madurar, requieren cada vez más y mayores secuencias cognitivas para su manejo.

Cuadro 1

CONFIGURACIÓN DE UN SISTEMA FUNCIONAL EN EL TIEMPO

1. **Necesidades primordiales** = tensión normal espontánea = ansiedad normal espontánea = potencialidades = excitación normal
↓
2. **Descarga tensional espontánea** = esfuerzo reflejo
↓
3. Búsqueda y hallazgo del estímulo satisfactor
↓
4. Primer cierre de gestalt o configuración (esquema)
↓
5. Huella mnémica de la primera (in)satisfacción = **Emoción**
↓
6. Excitación: acción sobre el propio cuerpo
↓
7. Nuevo cierre de gestalt conocida
↓
8. Incorporación mnémica secuencial = **Cognición**
↓
9. Descarga tensional reactiva: **Acción** sobre el exterior

Pongamos por ejemplo el sistema funcional lenguaje. La actividad aleatoria consistente en la expulsión de sonidos va siendo tomada por la emoción primero, que guía las próximas expulsiones sonoras, y la cognición después, cuando ya se generan expulsiones encadenadas (habla) y sobre todo cuando se requiere adquirir como habilidad la lengua comunitaria o lingua (Quirós 1980), para finalmente transformarse en lenguaje creativo, una capacidad que exige grandes encadenamientos cognitivos (Luria 1974). Así como en el lenguaje está contenida la lingua y en ésta el habla, en las cogniciones están contenidas cogniciones menos elaboradas y, en su fondo, las emociones. Las cogniciones o “pensamientos” constituyen lo que se conoce por el nombre genérico de pensamiento. Éste y su necesaria base emocional configuran la inteligencia (Wernicke 2001a). Queda claro así que la inteligencia no es un sinónimo de capacidad cognitiva o pensamiento, sino de ésta más su base emocional.

La actividad es simultáneamente un estímulo para el contexto y respuesta a los conjuntos estimulares que éste envía. Esta interacción sujeto - medio ambiente determina la percepción, y el conjunto de las percepciones produce un recorte que el sujeto inscribe. El individuo genera -y modifica de continuo- el

mapa perceptual interno representativo del contexto que rodea al sujeto. Bueno es recordar que medio ambiente y sujeto son cada uno, a un tiempo, físico-moleculares, biológicos, emocionales, cognitivos, espirituales, y que así es también el mapa perceptual. Un observador podría resaltar un aspecto de ese universo perceptual, construir un sistema, y extraer conclusiones que obedecen a su particular manera de observar (biológica, emocional, cognitiva, espiritual), a su lupa, y no al todo observable.

Ciertamente, la actividad no puede explicarse sólo desde el punto de vista biológico o emocional o cognitivo, sino desde todos ellos a la vez: La actividad no es biológica o emocional o cognitiva, sino que queda así dividida por el observador, sólo didácticamente, para su mejor descripción e interpretación. La visión holística del ser humano implica la conceptualización de la actividad como un sistema siempre *transdimensional*, esto es, *objetivable siempre desde las diversas dimensiones de descripción del ser humano, las diversas facetas en que para comodidad de su estudio se ha dividido su dimensión humana única*.

La confusión entre la partición didáctica del ser humano en dimensiones y la existencia real de dichas dimensiones como compartimentos estancos, independientes y estudiables cada una sin referencia a las demás, es fragmentarismo. El estudio de fragmentos sin consideración del contexto, por ejemplo por parte de la biología y la psicología, se transforma en biologismo y psicologismo, en estéril lucha por demostrar que una determinada actividad es biológica o emocional o cognitiva, cuando constantemente se trata de sistemas de funcionamiento que no pueden considerarse sino de manera transdimensional. No se trata de universos diferentes, sino del mismo ser humano, observado a través de diferentes catalejos.

Organización

Ya en 1895 S. Freud (Freud 1895) advierte que la tensión endógena puede ser descargada de dos maneras: una inespecífica, inadecuada, y otra mediante una "acción específica", en que la satisfacción de la necesidad requiere de una intervención externa determinada, una ayuda exterior específica. Prefigura así la noción de sistema funcional como producto de la interacción imprescindible para la aparición de una nueva experiencia.

Más tarde describió que el objeto cumple la función de organizador (Laplanche y Pontalis 1974): La libido se organiza alrededor de un modo específico en su relación con el objeto, y este modo específico a su vez proviene de la primacía de una zona erógena, según va avanzando la maduración del individuo. La actividad (para Freud, actividad "sexual") adquiere una modalidad específica acorde a cómo el sujeto vaya incorporando

experiencias, las que a su vez transforman su manera de interactuar con la realidad circundante.

M. Montessori (Montessori 1985) es quien en el campo pedagógico resalta a comienzos del siglo XX la importancia de diferentes “períodos sensibles”, ventanas conformadas por sensibilidades especiales y pasajeras dirigidas a la adquisición de un desarrollo determinado en un momento determinado, lo que podríamos denominar una predisposición del terreno. Una vez desarrollado cierto carácter (cierto sistema), la sensibilidad correspondiente (la búsqueda de los estímulos implicados) cesa. Si en cambio el niño no ha podido actuar según las directivas de su período sensitivo, se habrá perdido la ocasión de una conquista natural, señala Montessori. Las implicaciones de esta frase para la educación y la terapia no requieren ser resaltadas. Montessori preanuncia que la educación (y las terapias) deben planificarse de acuerdo con las necesidades que el sujeto vaya presentando según su etapa de desarrollo, ofreciendo los paquetes estimulares correspondientes.

Es R. Spitz (Spitz 1969) quien mejor define el concepto de “organizadores del desarrollo”. En 1954 (Spitz 1954) presenta su conceptualización de “puntos nodales” que abarcan incluso el desarrollo psíquico del lactante. Se trata de períodos críticos en el transcurso del desarrollo.

Durante tales períodos críticos, “las corrientes del desarrollo se integran entre sí en diversos sectores” del psiquismo, con lo que esta actividad integradora “reestructura el sistema psíquico en un nivel de complejidad superior”.

Según U. Eco (Eco 1998) un “indicio” (que aquí tomamos como sinónimo de “indicador”) debe cumplir con tres condiciones: 1. No se lo debe poder explicar de una manera más sucinta; 2. Debe apuntar a una causalidad única; y 3. Debe ser sistémico en su relación con otros indicadores. En otras palabras, un indicador (por ejemplo conductual) debe ser económico, monocausal y prosistémico.

Spitz subraya que los organizadores del psiquismo humano son observables merced a indicadores, constituyendo estos últimos “sólo el síntoma visible de la convergencia de diversas corrientes diferentes del desarrollo”. Por caso, la sonrisa social, la angustia ante rostros extraños o la aparición de la palabra “no” son sólo indicadores de una compleja y complejizante organización sistémica - dinámica que está teniendo lugar en el sujeto. Estos ejemplos indicativos representan con la mayor simpleza el notorio desarrollo alcanzado por el sujeto para llegar a la conducta presentada como indicador, remiten a un solo grupo de causas conexas (intrasistémicas) y son prosistémicos, en el sentido de que forman parte de un nuevo sistema (surge una novedad irreductible a sus fragmentos).

La “consolidación de un organizador” -esto es, la conformación de un sistema funcional- “permite al niño proseguir su desarrollo en la dirección del organizador siguiente”. Si dicha consolidación se altera o no se produce, “el

desarrollo se detiene” -o se modifica, agregamos aquí, en aquellos sistemas funcionales de los cuales el organizador fallido es un componente.

El organizador que describe Spitz es “una construcción ideal, un modelo” (con lo que se confirma que se trata de un sistema) que permite observar cómo se “supera con éxito la transición de una fase a la siguiente”, es decir, el cierre de una gestalt que a su vez pasa a ser inicio -con otras- del desarrollo consecutivo de otro sistema funcional más abarcativo.

Al decir de M. Chokler (Chokler 1988), el desarrollo consiste en una serie de sucesivas transformaciones que permiten satisfacer progresivamente las necesidades, en un proceso de adaptación activa al medio. El organizador, define esta autora, es una aptitud para estructurar y dar reglas a las partes componentes. Nuevamente creemos ver aquí en el organizador el cierre de un sistema funcional, la aparición de una estructura que armoniza sus partes para transformarse en parte organizada de un todo que inicia su propio desarrollo, un sistema funcional más abarcativo.

A diferencia de Spitz, que nombra a los organizadores del primer año de la vida extrauterina según sus indicadores, Chokler los define: Así, según esta autora el primer organizador del desarrollo es el apego (“conjunto de funciones de protección, sostén, acompañamiento y consuelo”), el segundo la exploración, el tercero la comunicación (mutualidad vincular y adjudicación de significaciones mutuas) y el cuarto el equilibrio.

A medida que se conforman los sistemas funcionales y van formando parte de otros en desarrollo pueden describirse en el sujeto humano diferentes fases, similares en lo básico y de una gran riqueza diferencial, la cual hace posible la descripción individual pese a las similitudes. Estas fases han sido detalladas por muy numerosos autores. Un excelente resumen es el ofrecido por K. Wilber (Wilber 2000).

III. CONDUCTA

Los seres humanos no podemos conocer toda la realidad, ni siquiera la mayor parte: Carecemos del sensorio imprescindible para captar la totalidad de los estímulos provenientes del contexto. Se produce de tal forma un primer recorte sensorial, característico de todos los seres humanos, de lo que es la realidad completa. Podría argumentarse que existe una captación extrasensorial, “intuitiva”, pero no disponemos de datos fehacientes que demuestren esa posibilidad. Sí sería más factible la existencia de sensorios humanos que menospreciamos o incluso desconocemos todavía.

Los estímulos que finalmente ingresan son sometidos a un complejo proceso de elaboración, de modo que su registro final conforma un “mapa

perceptual” (Wernicke 2003) constituido por la interpretación de impactos reales, la actualidad y el pasado emocionales y cognitivos, memorias varias, modificaciones de receptores, vías y almacenamientos. “El mapa no es el territorio”, según reza la famosa frase de la semántica general (Korziisky 1933). Es a dicho mapa perceptual (y no a la realidad misma) a lo que el ser humano reacciona.

Un segundo recorte de la realidad consiste en el ingreso de determinados aspectos del mapa perceptual a la conciencia: Parte de dicho ingreso es limitado por las características de la especie y parte es individualmente limitado por mecanismos defensivos de cada sujeto, de acuerdo con su historia personal. Ciertos componentes del psiquismo nunca ingresaron a la conciencia, y otros han sido expulsados y sólo pueden regresar a ella en forma simbólica.

Tu actividad me envía estímulos, pero no todos ellos pueden ingresar en mí. En consecuencia, no puedo recibir sensorialmente toda tu actividad, sino una parte de ella. A su vez, transformo en mi interior mi ingreso sensorial, esto es, elaboro para percibir. Conforme con ello un mapa perceptual, basado en lo que acabo de recibir y elaborar más mi historia de experiencias. De ese mapa, llevo a mi conciencia solamente una parte.

Debe establecerse por ende una clara distinción entre actividad, como fenómeno vital general de un sujeto determinado, y conducta, como lectura de esa actividad por el contexto de ese individuo.

La conducta debe definirse como la actividad de un sistema frente a un contexto, interpretada por el contexto.

La interpretación contextual depende a su vez de las características experienciales de cada sujeto participante del contexto y de las características del contexto como un todo, la cultura a la que los sujetos participantes de ese contexto cultural pertenecen. Así, cada uno de nosotros es parte de una red de interpretaciones que excede a lo individual, una red de pertenencia cultural. Nuestra personalidad efectúa constantemente una extensa labor de asimilación de las modalidades de interacción que el contexto ofrece, y de acomodación a ellas.

Se establece por lo tanto una Zona de Contacto entre sujeto y observador, entre sujeto y objeto. Dicha zona es fácilmente reconocible a nivel biológico (piel, mucosas), pero debe considerársela asimismo en los niveles emocional y cognitivo (Watts 1972).

Se trata de una zona de interacción, a saber una zona de a) transacciones (en el sentido de acciones que atraviesan una membrana límite, intermedia e intermediaria) y b) de conflictos (en el sentido de procesos de recodificación y decodificación, en que un lado de la barrera produce la adaptación de los estímulos del otro lado). La transacción denota la entrega de productos por parte de ambos extremos del sistema general: La actividad de cada lado de esta frontera estimula al otro lado. El conflicto es producido por los

recortes sensorial y consciente, que impiden a cada ser humano obtener de la realidad (conformada también por los otros seres humanos) un mapa literal.

SUJETO	ZONA DE CONTACTO	CONTEXTO
Actividad	▶ Transacción ▶ Conflicto	Conducta

Desde el comienzo de la vida, la transacción y el conflicto se expresan en ansiedad (Cuadro 1), un estado de alerta normal siempre acompañado a nivel corporal por la tensión muscular. Cuando lo recibido y percibido satisface la necesidad del sujeto, la ansiedad cede. Si la satisfacción no llega en tiempo y grado, la ansiedad se eleva, en ocasiones hasta la *infirmez*a, fluctuación desestabilizadora del eje de estabilidad del individuo.

A modo de resumen:

- Actividad no es sinónimo de conducta.
- El conflicto no es sino un eslabón (necesario) en el intercambio entre el sujeto y su medio.
- Educación y terapia no deben basarse en la conducta del sujeto, ya que ésta sólo comporta la lectura (siempre tendenciosa) del educador o terapeuta.
- Educación y terapia deben basarse imprescindiblemente en los indicadores de la organización interna del sujeto, esto es, en la etapa de desarrollo que éste está transitando, con el conocimiento más acabado posible de la historia vital de éste.
- Educación y terapia resultan imposibles, como aportadoras de estimulación enriquecedora de sistemas funcionales en el primer caso y correctora en el segundo, sin respeto por las necesidades primordiales y los sentimientos primordiales del sujeto en cada momento de su vida.

IV. MODALIDADES DE INTERACCIÓN

En diferentes publicaciones hemos querido llamar la atención sobre los diversos niveles en que la interacción humana tiene lugar (Wernicke 1989, 1990, 1991a, 1991b, 1994). Asimismo, nos ha interesado distinguir claramente entre interacciones o relaciones, éstas últimas como interacciones vinculares - vinculantes- en las cuales surge un nuevo sistema, el nosotros o cultura, con características que ya no pueden adjudicarse a cada uno de los participantes de la interacción sino sólo a su conjunto (Wernicke, 2004c).

Resumidamente, hemos subrayado que constituyen diferentes niveles de interacción simultáneos y constantemente presentes las necesidades primordiales, los sentimientos, los pensamientos y la actividad expresiva, ésta última leída por el contexto como conducta.

Pongo a disposición de cada interacción con el otro mis necesidades primordiales, mis sentimientos, mis pensamientos y mis acciones; y así también el otro. Conscientemente recorto cuál será el nivel de interacción en que nos entenderemos. Pero eso no significa que nos sea posible interactuar por caso sólo en lo cognitivo haciendo desaparecer lo emocional, o sólo en lo emocional haciendo desaparecer lo cognitivo. Interactuamos en todos nuestros niveles, y no es posible hacerlo fragmentadamente nunca.

Si postulamos que el ser humano no está hecho de diferentes dimensiones simultáneas, sino de una sola observable desde diversos puntos de lectura, entonces no existirían necesidades físico-moleculares o biológicas o emocionales o cognitivas o espirituales, sino simplemente necesidades, que se expresarían al mismo tiempo en cada una de estas dimensiones en que artificialmente hemos dividido al ser humano para su estudio.

Las necesidades primordiales hacen del ser humano un sistema abierto, lo que implica por definición la interacción del individuo con su medio con el fin de (re)equilibrarse y auto(re)organizarse. El resultado, a saber su satisfacción, satisfacción tardía o frustración, produce una estructura novedosa, una gestalt o configuración, con lo que quedaría abierto el camino para una próxima búsqueda según otra necesidad, en un proceso de por vida.

Puesto que la satisfacción de una determinada necesidad primordial actual debe consistir con la mayor precisión -en cuanto a su momento de aparición, su intensidad y la configuración del paquete estimular en que va inmersa- en cumplir con ese requerimiento y no con cualquier otro, por importante que cualquier otro objetivo parezca al contexto, resulta obvio que en dichas necesidades deben fundarse toda pedagogía y toda terapia cuyo objetivo sea el (re)equilibrio y la auto(re)organización del individuo, como condiciones básicas para que éste pueda continuar con su desarrollo.

El contexto satisfará las necesidades primordiales, presentes de continuo, en forma rápida y adecuada, generando sentimientos placenteros, o demorará

la satisfacción o la entregará en menor grado, generando sentimientos de displacer pese a la satisfacción, o bien no completará los sistemas propuestos por las necesidades, generando sentimientos displacenteros y frustrantes.

La acumulación de paquetes estimulares en el tiempo transforma los afectos en cogniciones, y con ello las necesidades mutan en deseos: Estos últimos constituyen ya cogniciones. Una misma necesidad universal es capaz por tanto de generar múltiples deseos, según el tipo, la cantidad y la calidad de las configuraciones estimulares que rodeen al sujeto. Las representaciones de estos deseos en el mapa perceptual de cada individuo dan lugar a autoimágenes primero e imágenes del contexto después, siendo la imaginación el primer paso (el más profundo y también el más antiguo cronológicamente) del pensamiento-lenguaje.

Teñidas por sentimientos primordiales, que acompañarán al sujeto durante toda su vida, y a partir de la constante y enorme cantidad de interacciones de todo tipo entre el individuo y su ambiente, surgen en él modalidades básicas de interacción.

Estas modalidades, maneras de actuar en un contexto, se inscriben desde el comienzo de la vida, y son previas a la actividad deíctica del pensamiento. El sujeto, al grabarlas ya antes de la posibilidad de registro mnémico cognitivo, las considera "naturales", "hereditarias", cuando son del todo provocadas por la cultura circundante.

Así por ejemplo, la necesidad primordial de seguridad será satisfecha por una cultura (familiar, comunitaria, nacional) de una manera y no de otra. La cultura transmitirá -mediante la (in)satisfacción de esa necesidad- la conformación de sistemas funcionales incipientes en base a sentimientos primordiales, deseos y representaciones. Al interactuar necesidades, sentimientos, pensamientos y actividades del sujeto con sus homólogos del ambiente, se construye un individuo de sentimientos, deseos y actividades acordes a la forma en que las necesidades han sido satisfechas. Así, habrá una manera propia de esta familia o comunidad o nación de expresar la inseguridad, un aprendizaje por asimilación de estas características culturales y por adecuación a ellas. El llanto del lactante ante la inseguridad adquirirá unos rasgos "típicos de nosotros" y se diferenciará del llanto del mismo origen atendido por una cultura diferente.

A su vez, la cultura, el "nosotros", está conformada por personas que anteriormente han aportado sus modalidades de interacción. Las personas delinear la cultura, y la cultura delinea a las personas.

Si ante el temor en esta familia, comunidad, nación, se ha respondido con actitudes de sometimiento, el niño recién llegado recibirá esos paquetes estimulares, el mensaje "sométete cuando tengas temor". Es ésa, durante el resto de su vida, la actitud aprendida que modelará su interacción. Sin registro mnémico consciente apelará a una manera de interactuar aprendida antes que el lenguaje: seguirá sometiéndose ante la aparición de su sentimiento de temor,

aun cuando en el contexto actual no fuese necesario someterse.

Hemos utilizado el temor como sentimiento primordial establecido en ocasión de las primeras insatisfacciones de la necesidad primordial seguridad. Pero podríamos hallar inúmeros ejemplos para actitudes emocionales básicas producidas por una particular forma cultural de (in)satisfacer cualquier necesidad primordial.

Las acciones son las unidades de que se compone la actividad. Las actitudes (emocionales, cognitivas, corporales), por su parte, consisten en encadenamientos, circuitos determinados de acciones que se instalan con preferencia a otras porque son preferencialmente estimuladas por cada cultura. Los hábitos constituyen conglomerados actitudinales en que, como siempre, podemos leer necesidades primordiales y su resolución, sentimientos primordiales resultantes, cogniciones y actividades.

A menudo los niños se nos parecen, canta Serrat, y con ello nos dan la primera satisfacción. A su vez, el sistema cultural se satisface al recibir del niño la respuesta esperada: Eres como nosotros, nos muestras que ante transacciones y conflictos determinados respondes como has aprendido, has incorporado, de nosotros.

Esta incorporación de las modalidades de interacción comunitarias corresponde a lo que J. B. de Quirós (Quirós 1980, Wernicke 1991a) destacara como *lingua*, la adquisición lingüística inicial mediante la cual se expresará más tarde la simbolización.

Si bien se mira, entonces, las modalidades de interacción permanecen más allá de cada ser humano. Se transmiten de generación en generación de manera las más de las veces no consciente, y así pertenecemos a una red de actitudes y hábitos propios de una familia, una comunidad, una nación, en la que nos insertamos al ser concebidos.

Pertenecer es pertenecer a una red de pertenencia. Nuestra fluctuación alrededor de nuestro eje será considerada normal por nuestra cultura si se trata de la fluctuación esperable por ella, estimulada por ella, con códigos decodificables en ella, y anormales serán nuestras expresiones (actividades hacia el afuera) de necesidades universales mediante sentimientos, pensamientos, acciones y actitudes si estos no coinciden con las modalidades de interacción instauradas en la cultura mucho antes de nuestro ingreso a ella.

Las modalidades de interacción determinan finalmente qué hemos de considerar "real", porque es lo que nuestra cultura nos ha transmitido como lo "real". Se constituyen así nuestras creencias, secuencias lógicas axiomáticas prácticamente inamovibles, por ejemplo también en lo que respecta a qué es fluctuar bien o mal, estar *infirmo*, pertenecer, qué nos reafirma, qué nos cura.

Y determinan asimismo, dentro de la realidad consensuada, qué detalles de ella son los más importantes, lo que da lugar a los valores (las valoraciones)

rescatados por cada cultura, así como a la constitución de normas comunes de vida. Con su definición de realidad y su ética, la cultura deviene en sociedad.

V. PROBLEMAS DE CONDUCTA

La conducta puede definirse como la actividad de un sistema frente a un contexto interpretada por el contexto, tomando éste como parámetro sus propias modalidades de interacción.

Dicho en otras palabras, toda cultura (familiar, comunitaria, nacional) genera normas, las más de las veces tácitas e inconscientes. Su transgresión produce diferentes grados de discriminación como “a-normal”.

Toda actividad del sujeto o de un grupo leída por la cultura circundante como in-adaptada a sus patrones definitorios puede ser considerada así un “problema de conducta”.

Sin embargo, en la práctica cotidiana el concepto “problemas de conducta” y otros similares son más acotados, y se suele considerar como tales a actividades del sujeto propiamente interaccionales, excluyendo del concepto los síntomas del propio cuerpo (por ejemplo gastritis) o de la superficie del propio cuerpo (por ejemplo psoriasis) o de la acción sobre el propio cuerpo (por ejemplo comerse las uñas), salvo cuando esas actividades generan dificultades en la interacción con el contexto; se los delimita asimismo de los problemas que se advierten en determinadas esferas contextuales (no son “problemas escolares” o “de aprendizaje”).

Así, T. Reca (Reca 1977) refiere que ésta es “una expresión amplia y vaga” que engloba “anormalidades no ocasionadas por enfermedad, lesión o desequilibrio mental fundamentales”.

Un primer punto a considerar es el de la intensidad del cuadro. Por problema se suele entender genéricamente una dificultad u obstáculo, algo que llama la atención y debe ser resuelto. En idioma alemán, el sinónimo correspondiente a “problemas de conducta” es “Verhaltensauffälligkeiten”, literalmente “llamatividades de conducta”.

En psicopatología se suele diferenciar un “problema” (de conducta, aprendizaje, etc.) de un “trastorno”, en cuyo caso se hace referencia a una patología temporal, parcial, no necesariamente severa, como veremos que establece también el DSM-IV-TR. La palabra discapacidad, por otro lado, alude a una intensidad mayor, que incluye una dificultad abarcativa en la interacción

con la comunidad, en que en alto grado no se ven cumplidas las expectativas culturales.

Cabe hacer la distinción además entre conductas desviadas (que no cumplen con ningún patrón normal esperable), exageradas o deficitarias.

Un caso particular es el del sujeto delincuente. Formalmente, es aquél que comete un delito, una transgresión a normas. Así se entiende, con este sentido amplio, en idioma inglés: *A delinquent child* es el niño que, por ejemplo, se copia de otro en la escuela. En español, en cambio, suele reservarse la palabra para transgresiones a normas exclusivamente legales, y no sólo morales (Wolman 1972; Wernicke 1975; Ramos 1978).

El DSM-IV-TR

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) es reelaborado cada tantos años por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría y se presenta actualmente en su cuarta versión (en español: DSM-IV 1994). Aquí utilizaremos para mayor actualización la versión DSM-IV-TR (texto revisado), aparecida por ahora sólo en inglés (APA 2000); sin embargo, citaremos textualmente de la versión española del DSM-IV, dada la similitud total entre ambas versiones en estos temas que nos ocupan.

A fin de delimitar los procesos a que se dedica de acuerdo con su nombre, el Manual define *trastorno mental*: Se trata de “*un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo dolor), a una discapacidad (por ejemplo a un deterioro en una o más áreas de funcionamiento o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad)... Debe considerarse como la **manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica**. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción*”. Agrega asimismo que “una distinción entre trastornos ‘mentales’ y ‘físicos’” constituye un “anacronismo reduccionista del dualismo mente / cuerpo: Los conocimientos actuales indican que hay mucho de ‘físico’ en los trastornos ‘mentales’ y mucho de ‘mental’ en los trastornos ‘físicos’”. “La definición de trastorno mental requiere que **haya deterioro o malestar clínicamente significativos**... Este criterio ayuda a establecer un umbral para diagnosticar un trastorno en casos donde su presentación sintomática (particularmente en sus formas más leves) no es inherentemente patológica”.

A. Teniendo esto en cuenta, observemos ahora que la clasificación de los **“Trastornos de inicio en la infancia (aquí sinónimo de lactancia), niñez o adolescencia”** incluye:

- Retraso mental
- Trastornos del aprendizaje
- Trastorno de las habilidades motoras
- Trastornos de la comunicación
- Trastornos generalizados del desarrollo (TGD)
- Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia (aquí lactancia) o la niñez
- Trastornos de tics
- Trastornos de la eliminación
- Otros
- y los *Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*.

Cabe hacer la salvedad de que puesto que el DSM-IV-TR considera el Retraso Mental una característica de la personalidad, cualquiera de los demás diagnósticos pueden sobreinstalarse al de retraso mental; así por ejemplo, puede haber un retraso mental con trastorno de déficit de atención, lo que en otras clasificaciones es imposible dado que se autoexcluyen mutuamente.

Los ***Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*** comprenden:

1. El *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH = ADDH)*. Según el DSM-IV-TR, solamente puede diagnosticarse “si no existe ningún otro trastorno mental” (léase: por descarte). Remito para su tratamiento extenso a una publicación anterior (Wernicke 2001b). Para un rápido panorama de los criterios que deben cumplirse a fin de establecer este diagnóstico se presenta el Cuadro 2. Es indispensable recordar que el DSM-IV-TR advierte que los niños de menos de 5 años habitualmente experimentan pocas exigencias de atención sostenida, con lo que será difícil diferenciar este diagnóstico de conductas normales de la edad. En otras palabras: El diagnóstico prospectivo, para mayor seguridad, debe efectuarse en niños de más de 5 años y menos de 7, que presenten no menos de 12 síntomas mal definidos durante no menos de 6 meses. Seriamente, por tanto, sólo puede diagnosticarse -si acaso- en una cantidad notoriamente exigua de sujetos, por lo que su amplia difusión corresponde con seguridad a motivos no médicos. He sugerido denominarlo mejor *“trastorno por déficit de resistencia a las exigencias del ambiente”*.

Cuadro 2

DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD SEGÚN EL DSM-IV

absolutamente siempre:

- Presentación de algunos síntomas antes de los 7 años.
- Síntomas en dos o más áreas de interacción (casa, escuela, etc.)
- Deterioro probado en lo social, lo escolar o lo laboral
- *Sin diagnóstico simultáneo* de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, otro trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad o, en general, *otro trastorno mental*

(durante 6 meses, 6 síntomas o más de cada columna):

Desatención	Hiperactividad-impulsividad
a menudo:	
1. No presta atención a detalles, errores por descuido	1. Mueve manos y pies por demás, se remueve en su asiento
2. Dificultad para mantener la atención en tareas o juegos	2. Abandona su asiento cuando se espera que permanezca sentado
3. Parece no escuchar cuando se le habla	3. Corre o salta cuando es inapropiado
4. No sigue instrucciones, no finaliza tareas	4. Dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente al ocio
5. Dificultad para organizar	5. Parece "tener un motor"
6. Evita el esfuerzo mental sostenido	6. Habla por demás
7. Extravía objetos necesarios	7. Da respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
8. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes	8. Dificultad para esperar su turno
9. Es descuidado en las actividades diarias	9. Interrumpe o se entromete

2. El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH = ADDH) "no especificado" da nombre diagnóstico a aquellos "trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad - impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad": Si ni siquiera es posible el diagnóstico completo, entonces por lo menos éste.

Puesto que este diagnóstico y el anterior constituyen por definición trastornos mentales y (véase antes) según el DSM-IV-TR *ni la conducta desviada ni los*

conflictos entre individuo y sociedad son trastornos mentales a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción, se requiere para este diagnóstico (así como para el anterior) la presencia de una disfunción. Al no definirse ésta, no queda claro cómo deben diferenciarse finalmente los trastornos (mentales, de conducta) de los problemas “no disfuncionales”.

3. El *Trastorno disocial* presenta en la versión española que estamos revisando, entre paréntesis, su sinónimo en inglés: *Conduct disorder* = trastorno de conducta. Se refiere así el DSM-IV-TR a un patrón persistente y repetitivo en que el sujeto viola derechos básicos de terceros o importantes normas sociales adecuadas a su edad.

Se trata de niños a los que les es difícil desarrollar empatía y parecen preocuparse poco por los demás. Predisponentes para el desarrollo de este cuadro clínico serían:

- Rechazo y abandono por los padres
- Prácticas educativas incoherentes
- Disciplina dura
- Abuso físico o sexual
- Primeros años de vida en instituciones (sobre lo que ya en 1954 alertaba John Bowlby en una publicación de la Organización Mundial de la Salud (Bowlby 1954))
- Cambios frecuentes de personas cuidadoras
- Familia numerosa
- Asociación con otros niños con dificultades normativas
- Ciertas psicopatologías familiares.

El riesgo aumentaría con un padre biológico o adoptivo o un hermano con trastorno antisocial / disocial, alcohólicos, con trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia o antecedentes de ADDH o trastorno disocial en los padres.

Pese a esta lista de predisponentes e incrementadores del riesgo, el DSM-IV-TR concluye que el trastorno disocial cuenta con componentes tanto genéticos como ambientales. Una manifestación tanto más asombrosa cuanto que en la actualidad la psiquiatría genética subraya firmemente que los genes no son capaces de provocar por sí solos trastornos mentales, sino que a lo sumo podrían actuar a la manera de tendencias sensibilizantes cuando se presentan en el sujeto en versiones predisponentes, en grupos génicos que permitan su actividad, etc. (Dawkins 1989, NIMH 2003).

En el Cuadro 3 se reproducen los criterios diagnósticos, que hemos reordenado aproximadamente según su severidad colocando en primer lugar los síntomas más frecuentes y más leves:

Cuadro 3

DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISOCIAL SEGÚN EL DSM-IV-TR

A. Por lo menos 3 de los criterios siguientes en los últimos 12 meses, y por lo menos 1 de ellos durante los últimos 6 meses:

Agresiones a personas y animales

- Fanfarronea, amenaza, intimida
- Inicia peleas corporales
- Manifiesta crueldad física con personas o animales
- Usa un objeto como arma o un arma
- Roba (con contacto con la víctima)
- Fuerza una actividad sexual

Fraudulencias o robos

- Miente para obtener algo o evitar obligaciones (estafa)
- Hurta, falsifica
- Violenta casa o automóvil de otro

Destrucciones de propiedades

- Destruye propiedades de otro
- Incendia con intención de daño grave

Violaciones de normas

- Evita ir a la escuela (< 13 años)
- Se escapó de casa por la noche por lo menos 2 veces (o 1 vez por largo tiempo)

B. Como consecuencia, **deterioro clínicamente significativo de actividades sociales, escolares o laborales**

De la lectura del Cuadro 3 se desprende la gran influencia cultural sobre la sintomatología. La sola observación de normas de convivencia cotidiana tiene un valor diferente según se trate de Dinamarca o Italia, Chile o Argentina. Amenazas e intimidaciones serán parte del mapa social general en una cultura y severamente penalizadas desde lo moral en otra. Hay grandes bolsones culturales estafadores en ciertas culturas y no en otras. Así, la prevalencia será muy diferentes de una cultura (familiar, comunitaria, nacional) a otra. Llama la atención que el DSM-IV-TR subraye que la prevalencia parece haberse incrementado durante las últimas décadas, lo que constituye un fenomenal toque de atención para políticos, educadores y terapeutas. ¿Han cambiado los

genes, hay más disfunciones, o la estimulación contextual a que sometemos a nuestros niños es peor?

4. El *Trastorno negativista desafiante (ND)* describe a un niño desobediente y hostil, sobre todo frente a figuras de autoridad. Presenta terquedad persistente, resistencia a órdenes y renuencia a comprometerse, ceder o negociar, desafiando límites. Generalmente justifica su conducta como su respuesta a las exigencias o a circunstancias no razonables. Se manifiesta casi invariablemente en el ámbito familiar, lo que lo define claramente frente al trastorno disocial.

Se trata de niños hiperreactivos, con dificultad para tranquilizarse, hiperactivos. Pueden presentar baja autoestima, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, conflictos hogareños y escolares. Expresamente, el DSM-IV-TR subraya que “puede establecerse un círculo vicioso en que el padre y el niño pongan de manifiesto lo peor de cada uno”. La prevalencia aumenta cuando se perturban los cuidados hacia el niño, con prácticas educativas duras, incoherentes o negligentes. Es más frecuente en hogares con madres depresivas, conflictos conyugales graves y antecedentes de trastornos de este tipo.

En el Cuadro 4 se muestran los criterios diagnósticos:

Cuadro 4

DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

A. Patrón de comportamiento durante por lo menos 5 meses, con a menudo por lo menos 4 de los siguientes comportamientos (sólo si se presentan más frecuentemente que lo típico en edades y desarrollos comparables):

- Se encoleriza, tiene pataletas
- Discute con adultos
- Desafía activamente a los adultos, rehúsa cumplir sus demandas
- Molesta deliberadamente a otras personas
- Acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
- Susceptible, se siente fácilmente molesto por otros
- Colérico, resentido
- Rencoroso, vengativo

B. El trastorno provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, escolar o laboral.

C. No presenta un trastorno psicótico o del estado de ánimo, ni

D. Trastorno disocial.

5. El **Trastorno de comportamiento perturbador “no especificado”** sería el cuadro que presenta un sujeto con comportamiento ND sin llegar a cumplir los criterios de trastorno ND ni disocial; sin embargo, sí debe haber deterioro clínicamente significativo.

B. Vale la pena asimismo detallar los **Trastornos adaptativos**, que constituyen un capítulo del DSM-IV-TR. Se trata de “síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable”, que surgen durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante. Clínicamente se trata de un malestar superior al esperable o un deterioro significativo de la actividad social, escolar o profesional. Debe resolverse en el término de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante o de sus consecuencias, aunque puede durar más de 6 meses en su forma crónica.

El DSM-IV-TR define los estresantes: Son acontecimientos simples o que se deben a factores múltiples, recurrentes o continuos (por ejemplo vivir en una zona de gran inseguridad), capaces de afectar a una persona, familia, grupo o comunidad; también pueden deberse a acontecimientos específicos del desarrollo (por ejemplo ir a la escuela).

El trastorno adaptativo puede presentarse con ansiedad (preocupación, miedo a la separación) o depresión (llanto, desesperanza). El DSM-IV-TR considera a estos estados “emocionales”, de modo que pueden presentarse solos o en combinación con un “trastorno de comportamiento”, respondiendo éste último a ya mencionado trastorno disocial. Finalmente, existe el trastorno adaptativo no especificado, con quejas somáticas, aislamiento, inhibición escolar o laboral.

C. El DSM-IV-TR define por otra parte “Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica” y, entre ellos, el **“Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia”**, en que la conducta antisocial no se debe a un trastorno mental. Se trata de actos antisociales aislados, sin que constituyan un patrón conductual.

D. Otro capítulo del DSM-IV-TR se denomina **“Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados”**, a saber el explosivo intermitente, la cleptomanía, la piromanía, el juego patológico, la tricotilomanía o el trastorno sin especificar.

Entre sus diagnósticos diferenciales se cuentan muchísimos: conductas agresivas, de robo, de simulación, trastornos de personalidad, etc., tantos que se desdibuja la especificidad buscada en nuestro tema.

Algunas aclaraciones respecto del DSM-IV-TR

✱ Lamentablemente, el DSM-IV-TR no define el término “disfunción”. Simplemente, según vimos, clasifica las disfunciones en *comportamentales, psicológicas o biológicas*. Una disfunción podría tomarse sencillamente por “alteración de la función”, entendiendo por ésta “la acción normal especial o apropiada de cualquier parte u órgano, la acción del todo pero también de la parte” (Wernicke 1986); esto es, la disfunción aludida podría ser cualquier actividad alterada, sin especificar si la alteración ha de considerarse biológica, emocional, cognitiva o conductual.

En relación con el tema del déficit de atención, en la jerga profesional suele tratarse de un concepto biológico, lo que remite a su antigua denominación, “disfunción cerebral mínima” (Sneyers 1979). Si en cambio se tomara el término disfunción en sentido amplio, de alteración biológica, emocional y/o cognitiva, sería imposible deslindar las conductas desviadas o conflictos entre individuo y sociedad disfuncionales de las que no lo son, y siempre -o nunca- se trataría de trastornos mentales, ya que se trataría sólo de una cuestión de óptica: si el fenómeno está dentro del sujeto, entonces éste es un disfuncionado; si en cambio está en la zona de contacto entre individuo y contexto, no hay disfunción, y por tanto no hay trastorno.

En otras palabras: Si la desviación o el conflicto (por ejemplo con criterios de ADDH) se basan en una disfunción (aquí como sinónimo de fenómeno inherente al sujeto), entonces el sujeto presenta un trastorno mental. Si no, no. En este último caso, concluyo que parecería que corresponde hablar, siguiendo al DSM-IV-TR, de desviaciones o conflictos no disfuncionales, no trastorno mental, con lo que podría aplicarse el concepto de “problemas de conducta”.

✱ A modo de aclaración, desde un punto de vista biológico - neuropsicológico (Wernicke 1991a), una disfunción encefálica puede ser resultado de:

- Una alteración de la estructura anatómica en un nivel preconvenido por los observadores, en cuyo caso estamos ante una **lesión**, que consecuentemente produce un disfuncionamiento encefálico, o
- Un funcionamiento químico - metabólico - eléctrico anómalo, aun siendo normal la estructura anatómica: Sólo en tal caso es apropiado referirse al cuadro como **disfunción (metabólica)**.

No obstante, en la práctica clínica los términos “disfunciones” y “disfuncionados” abarcan no sólo las alteraciones metabólico-químico-eléctricas encefálicas, de origen tanto lesional como funcional, sino también las alteraciones de los sistemas funcionales producidas por mal aporte de estimulación ambiental. En verdad corresponde hablar en este último caso de **disistematizaciones funcionales**. Puesto que los sistemas funcionales se configuran en base a la interacción entre terreno y contexto, su disfunción (disistematización) debe buscarse en a) el aporte alterador del terreno (lo más infrecuente) y/o b) el

aporte alterador del contexto (holgadamente lo más frecuente). Por su intensidad y/o su temprano impacto, las estimulaciones ambientales patologizantes pueden modificar el funcionamiento encefálico, dando lugar en el sujeto a actividades finales consideradas anómalas por el mismo contexto que emitió dicha estimulación. La sintomatología final no permite en principio determinar si su origen es anatómico (lesión), metabólico (disfunción) o ambiental (disistematización). Este último caso no es estudiado por la medicina biológica, que lo considera irrelevante, bajo la errónea suposición fragmentaria de que las manifestaciones biológicas deben tener origen biológico, lo cual no resiste el menor análisis.

En resumen, puesto que en el DSM-IV-TR no se define claramente la palabra disfunción, tenemos derecho a suponer que bajo ese rótulo se engloban reales disfunciones metabólicas (infrecuentes) y muchísimas disfunciones sistémicas (disistematizaciones funcionales, con mucho las más frecuentes). La conclusión para nuestro tema es que, aun hallando en ocasiones una disfunción en sentido estricto (algo difícil e inusual), debemos presumir que en la mayor parte de los casos se trata de una disistematización, el resultado de una interacción anómala con el contexto, y por tanto no de un trastorno, sino meramente de un problema.

* Por otra parte, si aplicamos una mirada transdimensional todo fenómeno vital del ser humano es explicable simultáneamente desde los puntos de vista biológico, emocional o cognitivo, o aun físico-molecular o espiritual. Así por ejemplo una actividad cualquiera, digamos respirar, leer o dormir: Todas ellas pueden ser consideradas como una actividad biológica cerebral (modificaciones en los neurotransmisores, diferencias en los registros encefalográficos y en los mapeos), emocional (flujo de emociones variadas, registro de ellas mediante tests), cognitiva (representaciones e ideas diversas, registro de ellas mediante pruebas escolares y tests). Todo esto es cierto y sucede en simultáneo. Nunca sucede la presencia de una de esas cosas y las otras no, o que las otras sí se presenten pero como consecuencia. Es fácil demostrar que estas actividades son además físico-moleculares, y es harto difícil convencer a la ciencia actual de que también se trata de fenómenos espirituales.

Es que, si hablamos como al inicio de este escrito de desarrollo en sentido amplio, toda novedad (y cada actividad constituye una novedad) tiene lugar en forma transdimensional, en realidad en la única dimensión posible, la humana. La partición de lo humano en dimensiones es un artilugio que nos permite comprender mejor al ser humano y, al mismo tiempo, fragmentarlo en ocasiones hasta lo patológico, suponiéndolo entonces conformado por compartimientos estancos que no tiene contacto entre sí, no ejercen influencia mutua y deben ser estudiados por disciplinas compartimentadas (en vez de abarcarlo en forma transdisciplinaria).

El ser humano es un todo. Sus observadores utilizamos diferentes lupas.

* El DSM-IV-TR es un manual pensado para colaborar en el diagnóstico de una sola persona, el paciente evaluado. Así, centra su atención en este individuo aislado, y propone criterios para determinar qué le pasa a este solo sujeto. No obstante, ofrece una clasificación multiaxial (Wernicke 2001), de modo de agregar en su Eje IV los “problemas psicosociales y ambientales” que acompañan (y tipifican) la situación del paciente. La pregunta que al respecto el diagnosticador siempre debería formularse sería: “¿A qué problemas psicosociales y ambientales está expuesto el sujeto?”. Si no se hace esta pregunta, no habrá respuesta. Y sin esa respuesta, el profesional se expone a establecer un diagnóstico en el vacío (como si no hubiese contexto, o como si todos los contextos fuesen de igual influencia, o como si los contextos no ejerciesen influencia), que finalmente no le permitirá ejercer su profesión: Si no evalúo simultáneamente el contexto, no puedo entender cómo se conforman los sistemas funcionales del sujeto (y sus disfunciones: las disistematizaciones funcionales) a partir de los paquetes estimuladores ambientales, y estoy obligado a considerar que toda conducta disfuncional observada es producto de algo que sucede sólo en el interior del sujeto, independientemente del contexto en que viva. No obstante, basta con leer los criterios diagnósticos de ADDH o Trastorno disocial, por caso, para ver con claridad qué enorme influencia ejerce el ambiente sobre la conformación de las actividades y su interpretación contextual (es decir, sobre las conductas pasibles de observación y luego categorizadas como patológicas). Una consecuencia inevitable de este proceder acotado (bajo la suposición de que es suficiente estudiar al sujeto) o amplio (diagnosticando simultáneamente los “problemas psicosociales y ambientales” a que el sujeto está expuesto) es que tal procedimiento determinará el tipo de tratamiento a elegir. Pongamos un ejemplo: Si establecemos en un niño el diagnóstico de Trastorno disocial en base a que en los últimos 12 meses ha presentado los tres criterios siguientes, uno de ellos durante los últimos 6 meses:

- Fanfarronea, amenaza, intimida
- Inicia peleas corporales
- Manifiesta crueldad física con personas o animales, con deterioro clínicamente significativo en sus actividades escolares,

y hallamos entre los predisponentes mencionados por el DSM-IV-TR

- Rechazo y abandono por parte de los padres
- Prácticas educativas incoherentes
- Disciplina dura
- Abuso físico,

pero dentro de nuestra capacidad investigativa del caso no está incluido preguntarnos acerca del ambiente, podríamos considerar la variante “genética” como causa no sólo preponderante sino única. En tal situación, el profesional solamente tendría a su disposición unas pocas opciones teóricas: 1. Curar las consecuencias genéticas (algo por ahora imposible), 2. Modificar los circuitos biológicos generados por la genética (mediante neurofármacos y psicofármacos)

y/o 3. Modificar la conducta (en el mejor de los casos aplicando conductismo y sus variantes modernas -como la "terapia cognitivo-conductual"- y en el peor, imponiendo la modificación mediante el miedo en el grado que sea necesario -castigo).

En cambio, nada podría hacer por resolver la situación contextual, ya que su lupa no la ha podido leer o la ha considerado irrelevante, con lo que quedan sin posibilidad alguna: 1. el tratamiento social (por ejemplo mediante profesionales del trabajo social o por medio de la "orientación psicoeducativa a los padres" - un abordaje en sí mismo (Wernicke 2004a) a cargo de profesionales entrenados en el tema); 2. el tratamiento interaccional (por ejemplo mediante terapia sistémica); 3. el tratamiento de las emociones del propio sujeto (psicoterapia).

✱ Al ser un manual referido al diagnóstico individual de personas con trastornos mentales, no puede pedirse del DSM-IV que colabore en otro tipo de diagnósticos, en particular los que caben a la familia y al contexto cultural social en general. No es lo mismo el diagnóstico de un individuo más el agregado de los "problemas psicosociales y ambientales" que presente, que el diagnóstico de la situación general, de la que él sólo es uno de los exponentes (por ejemplo quien porta los síntomas más inquietantes de una patología familiar / social).

✱ Por su estructura, el DSM-IV-TR se presenta como un manual de diagnósticos estáticos, esto es, producidos como resultado de observar al sujeto en su estado presente, como contraposición a la posibilidad (siempre complementaria, nunca alternativa) de establecer un diagnóstico dinámico, es decir, tal que considere el desarrollo de la patología en el marco del desarrollo de la persona y del desarrollo del ambiente, la constante fluctuación normal de los sistemas funcionales y sus *infirmezas*.

✱ Finalmente, habrá que ejercer precaución frente a traducciones que podrían no reflejar lo que los autores de habla inglesa del DSM-IV-TR han querido decir. Así, "*Attention Deficit / Hyperactivity Disorder*" ha sido traducido como "*trastorno por déficit de atención con hiperactividad*", lo que sugiere 1) que el trastorno mental así denominado tiene por causa el déficit atencional, cuando los autores quizás han querido resaltar sólo que éste es un síntoma central (Wernicke 2001b) y 2) que al déficit de atención se le agrega, como acompañante, la hiperactividad, cuando los autores quizás han querido dar la misma importancia a dos síntomas centrales. Una traducción menos tendenciosa sería, sugerimos, "*trastorno de déficit de atención y/o hiperactividad*". El capítulo del DSM-IV-TR "*Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders*", en español "*trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*" predispone al lector en la misma dirección: Si el sujeto presenta un trastorno, entonces la etiología debería buscarse en el déficit de atención y/o en la conducta disruptiva. Esta última posibilidad, la de que la conducta sea una causa en sí, retrotraería los conocimientos psicológicos y pedagógicos nada menos que a una época anterior a la aparición del psicoanálisis en 1895. Por otra parte, nótese que

tanto en el original estadounidense como en la traducción se habla de que la conducta es “*perturbadora*”, cuando desde otro punto de mira igualmente podría diagnosticársela como “*perturbada*”, lo que de inmediato pondría la atención en que la causa de la conducta final se halla en la interacción entre sujeto y medio ambiente, entre terreno y contexto. La diferencia tendría consecuencias pedagógicas y terapéuticas obvias.

Un modelo transdimensional

Un paradigma es holístico (Wernicke 2003) si son sus supuestos básicos:

- La unidimensionalidad del ser humano, interpretada simultáneamente desde diversas dimensiones según han sido históricamente descritas (*transdimensionalidad* de lo físico-molecular, lo biológico, lo emocional, lo cognitivo, lo espiritual)
- La organización de todos los aspectos de la realidad (objetiva, subjetiva, social, cultural) en sistemas, y del ser humano en sistemas funcionales (*sistémica*)
- La construcción mental de un sistema de mapas globales y fragmentarios, como formas de captación y organización de la realidad en constante interacción
- El desarrollo constante del ser humano desde su concepción, a partir de potencialidades propias y de acuerdo con las ofertas estimuladoras del contexto
- La constante interacción *dinámica* de las características del ser humano, organizadas en niveles de interacción, en un momento dado y a lo largo del tiempo.

Un paradigma fragmentario, por otra parte, supone ausencia de intercambio entre los diversos aspectos de la realidad, las diversas dimensiones de descripción del ser humano, los diversos mapas perceptuales y los diversos niveles de interacción, sin influencia recíproca entre sí. Así por ejemplo, lo biológico no tiene relación con lo emocional, o las necesidades del ser humano y la observación contextual nada tienen que ver con su conducta.

En nuestro caso, entendemos al ser humano según un *enfoque sistémico-dinámico-transdimensional*, el cual tendrá indudables consecuencias sobre la pedagogía y la medicina.

Aplicando dicho enfoque a los problemas de conducta, debe entenderse los como dificultades a resolver que se le presentan al sujeto en su interacción con el contexto. Al respecto, las siguientes precisiones:

- Los “problemas” parecen merecedores de resolución exclusivamente cognitiva sólo en la escuela. Pero se trata de problemas formales, prefabricados, en que el objetivo consiste en llegar a una conclusión. Ante el consabido “los albañiles que colocan tantos ladrillos en tantas horas”, lo que interesa es sólo el producto final. No están en juego, porque se ha hecho abstracción de lo que en verdad está ahí al tratarse de un problema humano, las emociones de los albañiles, que a su vez modifican sin duda su actividad final (y por eso su rendimiento). Si ésa fuese la definición con que utilizamos la palabra “problemas”, la de dificultades que merecen una resolución exclusivamente cognitiva, entonces los “problemas de conducta” no son problemas, porque la conducta es el reflejo de la actividad del sujeto, y ésta, si es tomada como respuesta final del individuo ante su medio, lo es de sus cogniciones, que se eligen en base a sus afectos, que se eligen en base a sus necesidades.
- La conducta, para decirlo una vez más, es solamente la interpretación, y por consiguiente la valoración, de ciertos detalles de la actividad y no de otros, por un determinado contexto. El sujeto, en sí mismo, no puede tener conducta, sino tiene actividad.
- Concluimos que según esta manera de ver las cosas, los problemas de conducta **no son problemas ni son conducta**.

Los llamados problemas de conducta consisten en dificultades en la actividad del sujeto, diagnosticadas como tales por el contexto. Convencionalmente, se incluyen las dificultades en la expresión final del sujeto, y se excluyen las dificultades cognitivas y emocionales (por ejemplo los “problemas de aprendizaje”), aun a sabiendas de que ellas no pueden estar ausentes en la expresión final.

Quedan así incluidos los problemas de expresión reflejados sobre el propio cuerpo (lo que comúnmente se llaman enfermedades), que algunos excluirán como lo “clínico”, lo “psicosomático”, lo “médico”, aunque veremos que muchas manifestaciones son, si bien corporales, de origen claramente interaccional. Y el núcleo central, los problemas de comunicación con el entorno: lo social, lo interaccional.

Aquí simplemente daremos algunos ejemplos (Cuadro 5), cuya descripción podrá hallarse en cualquier manual (por ejemplo Ajuriaguerra 1984).

Cuadro 5

ALGUNOS EJEMPLOS DE “PROBLEMAS DE CONDUCTA”

1. Corporales

hiperactividad e hipoactividad motoras globales, desatención, rumiación, vómitos, anorexia, bulimia, onicofagia, balanceo, bruxismo, constipación, encopresis, enuresis, insomnio, masturbación compulsiva, sonambulismo, tics, tartamudez, dislalias, problemas de la piel, etc., y su inclusión en “cuadros clínicos”

2. Sociales

rabietas, reacciones de ira, hurtos, mentiras, abulia, desmotivación, perfeccionismo, depresión, etc., y su inclusión en “rótulos psicopatológicos” (neurosis, psicosis, psicopatía, “trastorno de personalidad”, etc.)

Un **modelo transdimensional** entiende al ser humano como observable desde diversas dimensiones. Así, una circunstancia cualquiera, normal o patológica, constituirá un fenómeno que *simultáneamente siempre* es físico-molecular, biológico, emocional, cognitivo, espiritual.

El fenómeno en sí, observado antes en otros seres humanos y en consecuencia descrito en sus detalles compartidos, al que se le ha adjudicado un nombre (el “diagnóstico”), es, en el mejor de los casos, similar al que acontece en otros sujetos, nunca igual: Una misma infirmez, una misma fluctuación alrededor del eje de estabilidad, estará teñida por las vicisitudes propias de ese único individuo.

La observación superficial permite que agrupemos a todos los que presenten por ejemplo una angina pultácea, e intentemos un único tratamiento para todos ellos. Pero a medida que nos internamos en la personalidad del sujeto, atravesamos la actividad mostrada y nos interesamos por sus pensamientos, sus afectos y sus necesidades, nos encontramos con una multitud de detalles solamente propios de este sujeto en este contexto. Si observamos a quien detenta un “problema de conducta” con la lupa biológica, sólo veremos en esa dificultad algo biológico y actuaremos (terapéuticamente) desde ese solo punto de mira. ¿Cómo se verá sin embargo la expresión “angina pultácea” con una lupa cognitiva o emocional? Podríamos descubrir por ejemplo el angostamiento angustiado de la angina, un estado emocional que “se hizo carne”.

¿Cómo se vería un estado de desatención y desinterés observando desde lo emocional y no (solamente) desde lo biológico? Con otro catalejo podría adjudicarse la etiología no a una modificación de neurotransmisores sino a una interacción anómala con el medio, una constitución anómala de sistemas funcionales, una disistematización, de origen contextual. Como consecuencia, en vez de modificar químicamente los neurotransmisores, intentaríamos modificar el ambiente.

Un modelo transdimensional no es sin embargo primordialmente “emocionalista” o “culturalista”. Desde un enfoque sistémico-dinámico-transdimensional no existe una dimensión que sea mejor que la otra, o previa a la otra. La desatención es *simultáneamente* una alteración de neurotransmisores y de la actividad motora y de los estímulos ambientales, de las emociones y de los pensamientos. Sólo que de los innumerables subsistemas que conforman el sistema “desatención”, los observadores están capacitados (por su historia personal y su formación) para observar unos y no otros, para los cuales permanecen ciegos. La descripción del cuadro será por tanto muy diferente si la formación del observador ha sido biológica o psicológica. Su deformación consiste en creer que lo que observa es el todo, actuando como si su diagnóstico fuese global y su terapia, la única valedera.

En educación y terapia, es la creencia del observador la que coloca la etiología dentro del sujeto o fuera de él.

El niño desobediente

Así, la paleta de interpretaciones ante un niño que “no hace caso” va desde la posibilidad de una lesión o una disfunción encefálicas (casos muy infrecuentes) hasta todo tipo de posibilidades interaccionales. He aquí algunas causas interaccionales por las cuales un niño podría no avenirse a las expectativas del ambiente:

- Presenta una inmadurez normal o simbólica para dar la respuesta esperada
- No sabe, no puede
- No entiende la consigna
- La consigna no es clara, no es lógica, no forma parte de la estrategia procedimental conocida
- La consigna no despierta su interés
- La consigna es sentida como indigna
- La administración de la consigna es indignante
- Tiene miedo (se siente amenazado)
- Los mensajes que envían los adultos incluyen la aseveración de que desobedecer es mejor, de que no responsabilizarse es mejor
- Los límites sociales no están claros, no hay consecuencias sociales consensuadas para el caso de la transgresión de normas

- Sabe / percibe que se le miente
- Su estado previo de ansiedad no le permite escuchar / atender, comprender, activarse en respuesta

La sola lectura de estas circunstancias mueve a modificar el contexto que se le ofrece al niño. Puesto que es el niño quien anida en el contexto y no al revés, parece sensato intentar estrategias terapéuticas que vayan de lo más profundo a lo más superficial: tratamiento del contexto - nido, de las necesidades primordiales, de los sentimientos, de las cogniciones, de la actividad motora, del correlato biológico de la actividad motora. Si esto es correcto, usará medicación para el tratamiento de los problemas de conducta sólo en última instancia, cuando todo lo demás no haya dado resultado.

Estrategias armonizadoras

Finalmente, he aquí algunas estrategias a tener en cuenta en pedagogía y terapia.

- ▶ Es imprescindible la observación transdimensional del sujeto, particularmente de su estado personal actual; de la mayor etapa del desarrollo que ha alcanzado, sin olvidar que es normal su fluctuación, la cual lo lleva a navegar cotidianamente por las etapas de desarrollo anteriores; y de su entorno.
- ▶ El contexto a ofrecer siempre será atractor. El mejor contexto, a toda edad del sujeto, es el lúdico, si por tal entendemos aquello que produce gozo, atención e interés.
- ▶ El contexto siempre ha de prestar atención a la necesidad primordial presente en cada momento, intentando tener a disposición los satisfactores correspondientes.
- ▶ Si la normal satisfacción de las necesidades primordiales produce sentimientos positivos, se dan las condiciones para que el sujeto elija -en una situación de baja ansiedad- cogniciones acordes al flujo cultural circundante, generando una actividad final considerada adecuada por el contexto.
- ▶ La satisfacción de necesidades primordiales como estrategia básica produce en el individuo siempre el desarrollo de una confianza primordial, base de todo vínculo, a su vez base de toda relación pedagógica o terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ajuriaguerra, J. de, 1984: Manual de psiquiatría infantil. Masson 4ª ed., Barcelona
2. Anokhin, P., 1935: Problemas del centro y la periferia en la fisiología de la actividad nerviosa. Gosizdat, URSS
3. APA (American Psychiatric Association), 1995. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, Barcelona
4. APA (American Psychiatric Association), 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR), Washington
5. Austin M., T., 2000: Fundamentos socioculturales de la educación, Ed. Univ. A. Prat, Chile
6. Ciompi, L., 1997: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Vandenhoeck, Alemania
7. Bertalanffy, L. v., 1928: Kritische Theorie der Formbildung. Borntraeger, Alemania
8. Bertalanffy, L. v., 1968: General System Theory. V. Bertalanffy, N. York
9. Borges, J. L., 1944: Ficciones. Sur, Buenos Aires
10. Bowlby, J., 1954: Scientific Publications nº 14, OMS, Washington
11. Cannon, W. B., 1929: Organization for Physiological Homeostasis. Physiological Review 9, EE. UU.
12. Corominas, J., 1980: Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. Gredos, Madrid
13. Chokler, M., 1988: Los organizadores del desarrollo psicomotor. Ed. Cinco, Buenos Aires
14. Dawkins, R., 2002, orig. según versión 1989: El gen egoísta. Salvat, Barcelona
15. Dossey, L., 1986, orig. 1982: Tiempo, espacio y medicina. Kairós, Barcelona
16. Eco, U., 1998, orig. 1990: Los límites de la interpretación. Lumen, Barcelona
17. Freud, S., 1968, orig. 1895: Proyecto de una psicología científica. En: Obras completas. Biblioteca Nueva, Madrid
18. Gang, P., y col., 1997, orig. 1992: La educación de la conciencia. Errepar, Buenos Aires
19. Koestler, A., 1967: The Ghost in the Machine. Random House, Nueva York
20. Korzybski, A., 1933. Science and Sanity. International Non-Aristotelian Library Publ., EE. UU.
21. Laplanche, J., y Pontalis, J., 1974: Diccionario de Psicoanálisis. Labor, Barcelona
22. López, A., y col., 1995: Introducción a la psicología de la comunicación. Ed. Univ. Católica de Chile, Chile
23. Lorimer, D. (ed.), 1998: El espíritu de la ciencia. Kairós, Barcelona
24. Luria, A., 1974: El cerebro en acción. Fontanella, España
25. Maslow, A., 1973, orig. 1968: El hombre autorrealizado. Kairós, Barcelona
26. Maturana, H., y Varela, F., 1984: El árbol del conocimiento. Ed. Universitaria, Santiago de Chile
27. Montessori, M., 1985, orig. italiano 1952: El niño – El secreto de la infancia; Diana, México
28. Montessori, M., 1986: La mente absorbente del niño. Diana, México
29. NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental de los EE. UU.), 2003: Press release, EE. UU.
30. Piaget, J., 1966, orig. 1947: Psicología de la inteligencia. Psiqué, Buenos Aires

31. Perls, F., 1976, orig. 1973: El enfoque gestáltico y testimonios de terapia. Cuatro Vientos, S: Chile
32. Prigogine, I., 1983-1997, orig. 1972-1982: ¿Tan sólo una ilusión? Tusquets, Barcelona
33. Quirós, J. B. de, y Schragar, O., 1980: Fundamentos neuropsicológicos en las discapacidades de aprendizaje, Panamericana, Buenos Aires
34. Ramos, N. (ed.), 1978: Delinquent youth and learning disabilities. Academic Therapy Publications, California.
35. Reca. T., 1977: Problemas psicopatológicos en pediatría, Eudeba, 5ª ed., Buenos Aires
36. Simon and Schuster's International Dictionary, 1973: Simon and Schuster, Nueva York
37. Smuts, J., 1926: Holism and Evolution, Londres
38. Sneyers, A., 1979: Problemática de la disfunción cerebral mínima. Fontanella, Barcelona
39. Spitz, R., 1954: Genèse des premières relations objetales. Rev. Franç. Psychanal.
40. Spitz, R., 1969, orig. 1965: El primer año de vida del niño. F. de C. Económica, México;
41. Stern, D., 1991, orig. 1985: El mundo interpersonal del infante. Paidós, Buenos Aires
42. Störmer, M. y Jödecke, M., 2000: Kinder sind Gäste, die nach dem Weg fragen: Versuch zur Syndromanalyse von Bewegungsunruhe und Unaufmerksamkeit. En: Bundschuh, K. (comp.): Wahrnehmen, Verstehen, Handeln. Klinkhardt, B. Heilbrunn
43. Störmer, N., 2002: Zur Konstruktion des Phänomens der Hyperaktivität. En: Feuser, G. y Berger, E. (comp): Erkennen und Handeln. Pro Business, Berlin
44. Watts, A., 1972: Psicoterapia del este, psicoterapia del oeste. Kairós, Barcelona
45. Wernicke, C. G., 1975: Transgresiones legales en los jóvenes (actualización para la edición española). En: Ecología en clínica pediátrica, de Ettore Rossi y col., Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires
46. Wernicke, C. G., 1981: Disfunciones encefálicas mínimas: Definición operativa. Rev. Arg. Psicopedagogía 3:19-27, Buenos Aires
47. Wernicke, C. G., 1984: Sistemas funcionales encefálicos y detección de su disfuncionalidad. Rev. AAOFOM 18 (55-56), Buenos Aires
48. Wernicke, C. G., 1986: Sistemas funcionales y necesidades para el desarrollo de la personalidad. En: Cultura, Sociedad y Medio Ambiente en el Proceso de Aprendizaje del Niño, de Ester Precht y col., Educares, Santiago, Chile
49. Wernicke, C. G., 1989: Las necesidades básicas en la educación. Impulso (Soc. de Dislexia del Uruguay) año V n° 9:28-53, Montevideo
50. Wernicke, C. G., 1990: Las necesidades básicas. Tiempo de Integración año IV n° 18, Buenos Aires
51. Wernicke, C. G., 1991 a): Educación, reeducación y necesidades básicas. Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial año 2 n° 4:5-31, Buenos Aires
52. Wernicke, C. G., 1991 b): Qué es Holismo. Tiempo de Integración año V n° 22, Buenos Aires
53. Wernicke, C. G., 1993: Pedagogía y necesidades básicas. Educación Hoy n° 0, Montevideo
54. Wernicke, C. G., 1994: Educación holística y pedagogía Montessori. Educación Hoy n° 10, Montevideo
55. Wernicke, C. G., 2001 a): Pedagogía y diversidad humana (Introducción a la edición en español) En: Enseñando y aprendiendo con Hannah, de L. Wise y C. Glass, Ed. Méd. Panamericana, Buenos Aires
56. Wernicke, C. G., 2001 b): El diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención y sus límites. Suplemento Eduterapia n° 3, Buenos Aires

57. Wernicke, C. G., 2003: Una pedagogía contextual. *Educare IV*:141-155, Costa Rica
58. Wernicke, C. G., 2004a: Proyecto Padres orientados. Suplemento *Eduterapia* n° 12, Buenos Aires
59. Wernicke, C. G., 2004b: Evaluación: Principios y estrategias. Suplemento *Eduterapia* n° 13, Buenos Aires
60. Wernicke, C. G., 2004c: Cultura y evaluación. Suplemento *Eduterapia* n° 14, Buenos Aires
61. Wilber, K., 1996: Breve historia de todas las cosas. Kairós, Barcelona
62. Wilber, K., 1998, orig. 1995: Sexo, ecología, espiritualidad. Gaia, Madrid
63. Wilber, K., 2000: Una visión integral de la psicología. Aguilar, México
64. Wolman, B. (ed.) 1972: *Manual of child psychopathology*, McGraw-Hill Book Co., N. York
65. World Health Organization, 1946, última enmienda 1994: Constitution. International Health Conference, Nueva York

Suplemento Eduterapia

NÚMEROS PUBLICADOS

1. Esquemas de Psicosis tempranas
2. DFH (Test del Dibujo de la Figura Humana)
3. El diagnóstico de trastorno de déficit de atención y sus límites
4. Estimulación temprana (precoz) y tempranísima
5. La Terapia de Contención en los trastornos generalizados del desarrollo
6. Sistemas funcionales y discapacidades de aprendizaje
7. Retardo mental y psicosis temprana en el ejemplo del síndrome de Rett - 2ª Parte
8. Aprender a pensar, enseñar a pensar
9. El contexto de las relaciones entre hermanos
10. La historia de la vida en el trabajo diagnóstico
11. Simetría, dominancia y preferencia
12. Proyecto Padres orientados
13. Evaluación: Principios y estrategias
14. Cultura y Evaluación
15. Actividad, Conducta y Problemas de conducta