



JORNADA DEL
CDIAP AGALMA

CLÍNICA DE LA
PRIMERA INFÀNCIA
L'atenció Precoç:
Reptes i Límits

Ponències maig 2012

CLÍNICA DE LA PRIMERA INFÀNCIA

L'Atenció Precoç: Reptes i Límits

Ponències maig 2012



EQUIP CDIAP AGALMA

Sílvia Boncompte	<i>Logopeda</i>
Mari Cruz Díaz	<i>Psicòloga clínica</i>
Carme Dueñas	<i>Psicòloga clínica i psicoanalista</i>
Montse Gavalda	<i>Psicòloga clínica</i>
Selene Gómez	<i>Psicòloga</i>
Maria Eugenia Lisma	<i>Psicòloga clínica i psicoanalista</i>
Lola López	<i>Psicòloga clínica i psicoanalista</i>
Sonia Navarro	<i>Fisioterapeuta i Llicenciada en Psicologia</i>
Anna Poch	<i>Administrativa</i>
Gloria Sebastian	<i>Auxiliar administrativa</i>
Esperanza Urpí	<i>Logopeda</i>
Elisa Thomas	<i>Psicòloga clínica</i>
Laia Turón	<i>Neuropediatra</i>

Clínica de la Primera Infància.

L'Atenció Precoç: Reptes i Límits.

1. **Presentació de la Primera Jornada del CDIAP AGALMA.**
Lola López. *Psicòloga clínica i psicoanalista. CDIAP Agalma*
2. **Conferència Inaugural**
El nen i els seus símptomes. Una perspectiva psicoanalítica.
Martine Menès. *Psicòloga clínica i psicoanalista (Paris).*
Membre de la EPFCL
3. **El diagnòstic en la petita infància (*Taula rodona*)**
 - 3.1. **Interès i límits d'un diagnòstic d'estructura.**
María Eugenia Lisman. *Psicòloga clínica i psicoanalista.*
 - 3.2. **El diagnòstic dels trastorns del llenguatge.**
Esperança Urpi. *Logopeda.*
 - 3.3. **Una mirada des de la neurologia.**
Laia Turón i Viñas, *Neuropediatra.*
 - 3.4. **La funció del temps en el diagnòstic precoç.**
Josep Moya. *Psiquiatra i psicoanalista.*
4. **De la terapèutica (*Taula rodona*)**
 - 4.1. **Una clínica més enllà del trastorn.**
Carme Dueñas. *Psicòloga clínica i psicoanalista.*
 - 4.2. **Què s'espera de la atenció precoç?**
Mireia Escardíbul. *Psicòloga clínica.*
 - 4.3. **El cos afectat.**
Sonia Navarro. *Fisioterapeuta i Llicenciada en Psicologia.*
 - 4.4. **El vincle social en el nen petit.**
Ramón Almirall. *Psicòleg.*
5. **Cloenda de la Jornada.**
Montse Gavaldà,
Psicòloga i psicoterapeuta.

Barcelona, maig 2012

1. Presentació de la Jornada

Lola López, *psicòloga clínica i psicoanalista. CDIAP Agalma*

Benvinguts a aquesta Jornada de clínica de la Primera Infància del CDIAP Agalma, que preten ser la primera d'una sèrie, que ens permeti retrobar-nos per debatre sobre el tema que ens convoca: La clínica de nens.

L'equip del CDIAP Agalma ha volgut en aquesta ocasió, donar un pas en la direcció d'explicar la nostra experiència després d'uns quants anys de treball rigorós i sostingut, que defineix la nostra manera d'abordar la terapèutica del nen, i de transmetre el saber que n'hem extret, fruit de la formació continuada, tant en la praxis com en la teoria. La interdisciplinarietat de l'equip de professionals d'Agalma es fonamenta en els diferents sabers de cada disciplina, sabers que estan traspassats per un eix vertebrador que és el discurs psicoanalític.

La majoria de disciplines i mètodes terapèutics que actualment proliferen en el panorama de la salut mental han begut i beuen encara dels conceptes psicoanalítics, tant si els qüestionen com si no. La psicoanàlisi, amb la descoberta de l'inconscient i el paper fonamental de la sexualitat en l'ésser humà, ha estat un punt d'inflexió en la cultura contemporània, que s'evidencia en els canvis, en els costums i en els hàbits socials, iniciats en el segle passat.

Però no es poden negar els avenços de la ciència i concretament de la medicina. Els seus mètodes obtenen resultats ràpidament, però també comporten un risc: la estandardització, l'esborrament de la singularitat de cada un, fruit de la seva pròpia història i d'una forma particular de gaudir.

La oferta existent de moltes i molt diverses terapèutiques i sobretot, la proliferació i l'abús dels psicofàrmacs com efecte del desenvolupament de les neuro-ciències, és una característica del nostre temps que reforça la idea d'una promesa de curació aconseguida pràcticament sense esforç, obviant la responsabilitat que el subjecte té en allò que li passa.

Les tècniques i mètodes terapèutics, que es sustenten exclusivament en la seva científicitat i objectivitat mesurable estan avocats al fracàs, els objectes de la tecnologia creen la il·lusió de tapar el forat constitutiu de l'ésser humà, l'existència de la pulsio, del gaudi, d'allò inexplicable, inabastable que està en el nucli del símptoma.

I sabem que, malgrat tot, els símptomes persisteixen, perquè el símptoma parla del malestar que pateix el subjecte. Sorgeix, com una paraula dirigida a un altre per a ser escoltada i desxifrada en la relació transferencial de la direcció d'una cura, o d'un tractament, i es resisteix a ser anul·lat i contrarestat sense lliurar quelcom de la seva causalitat.

Constatem que, malgrat els recursos científics que tenim a l'abast, creix la afluència del patiment particular i cada vegada més es consulta per nous i diferents malestars i es detecten, més nens i també adolescents amb trastorns diversos.

Enfront del parany d'un benestar total, el subjecte reivindica la seva divisió, la necessitat d'instaurar quelcom de la mancança perquè és el que li permetrà desitjar, establir lligams amb els altres i construir-se una identitat.

Tot això ens porta a reflexionar que el subjecte, ja sigui un adult, un adolescent o un nen, pot no voler l'últim fàrmac del més avançat disseny, sinó que el que busca és confiar amb la paraula justa i l'escolta atenta d'aquell a qui li suposa un saber sobre el que li passa i que no es comporta amb ell com si fos tan sols un cos a curar, ni es presenta amb la creença de poder garantir la normalitat, l'adaptació a l'estàndard grupal.

Els nens són especialment sensibles als canvis que aporta el progrés, canvis socials, culturals i científics. Són l'objecte preciós per l'aplicació de les noves tècniques, la qual cosa determina la percepció que els adults tenen del què és un nen, del que ha de saber o no, del que vol o no vol en la relació amb l'altre.

La infància és un estat del subjecte en les primeres etapes de la seva vida en la que es troba depenent del altres, i en la que predomina l'acció, el moviment per sobre de la paraula.

La infància implica un temps, un temps necessari en el que el nen desplega els processos pels que construirà la estructura psíquica i que es realitzen bàsicament en dos moments:

- 1 - Operar la separació dels significants que li vénen de l'altre, és a dir, de les dites familiars, de les expectatives, dels desitjos de que sigui o no sigui, segons els ideals paterns als que està adherit.
- 2- Fer les identifications edípiques per conquerir la seva identitat sexual que possibilitaran les vicissituds dels encontres sexuals adults.

Per tant, la consideració del temps en la clínica de nens és primordial. Forçar, precipitar, intervenir amb una idea reparadora o d'anul·lar els símptomes podria ser catastròfic pel psiquisme del nen. Alguns símptomes poden ser considerats fins i tot "saludables" perquè és la forma particular que té el nen de transcorrer aquests processos.

Una altre consideració important en la clínica dels més petits és el reduït accés a la paraula i la dependència dels altres, dels altres adults, dels seus pares, tant en l'aspecte corporal i físic, com en el subjectiu. Són aquests altres els que transmeten la queixa del seu malestar, del malestar que produeix el trastorn que afecta al nen. És a dir que són ells, els adults qui parlen pel nen i no sempre en nom del nen, fent tota una interpretació del que li passa.

La especificitat de la clínica de la primera infància ens planteja doncs, reptes i també límits a tots aquells professionals que hi estem advocats.

Reptes com el que suposa, anar més enllà de les manifestacions simptomàtiques, objecte del discurs mèdic i científic i fer emergir un altre discurs entre el terapeuta i el seu pacient que apunti a la veritat que s'amaga darrera de cada símptoma, o com el de posar en valor el temps en l'abordatge clínic de la petita infància, tot sabent que el que es posa en joc no és tant el temps cronològic, sinó el temps lògic singular de cada nen que li cal per donar resposta a les demandes de l'altre i poder desplegar la seva pròpia demanda.

Però també hi ha un límit. El límit que fixa allò incurable, inabastable, l'impossible de cada un. Més enllà dels límits que marquen les malalties neurològiques, genètiques i dels símptomes que expressen el malestar, per la pròpia estructura psíquica, hi ha un incurable, un límit als efectes de la terapèutica. No es pot curar tot, com no es pot arribar al nucli de la divisió del subjecte. Ara bé, l'existència d'aquest límit no autoritza la estandardització ni la neutralitat davant del patiment del subjecte.

Els reptes impliquen també un saber fer amb els límits, amb els punts d'impossibilitats que marca l'estructura, en el nen, en els pares i en la pròpia tècnica terapèutica.

Al llarg d'aquesta jornada escoltarem als nostres col·legues desenvolupar alguns d'aquests punts des de la seva pròpia pràctica en la clínica de nens. Hem volgut que les dues taules que tindran lloc després toquin lo essencial de la praxis clínica: El diagnòstic, les particularitats del diagnòstic en la primera infància des de les diferents vessants i la terapèutica: com s'intervé en la clínica de la petita infància, consideracions a tenir en compte en les intervencions etc...

Obrim doncs aquest espai de reflexió i debat sobre la clínica de la primera infància: els seus reptes i límits que no dubto serà molt fructífer, profitós i animat en el debat.

2. El niño y sus síntomas, una perspectiva psicoanalítica

Martine Menès. *Psicóloga clínica y psicoanalista (Paris).*

Miembro de la EPFCL

Comenzaré por definir lo que es un niño

A nivel de la realidad práctica, es un pequeño sujeto que depende de personas adultas que son en general sus padres; y es un pequeño sujeto que no acude sólo al analista. Es decir que su deseo se halla todavía en tiempo real, en el de aquellos de los cuales depende, la mayoría de las veces del tiempo de sus padres.

Frente a las realidades del inconsciente: en relación a la vida, a la muerte, a la existencia, al sexo, es un sujeto prepúber. Es decir, que su sexualidad no se pone a prueba por el encuentro posible con la sexualidad hetero, en el sentido de la sexualidad orientada hacia el otro.

El encuentro, en el momento de la pubertad, de la sexualidad centralizada en el órgano sexual reorganiza toda la vida pulsional. Sabemos qué perturbaciones psicológicas puede acarrear en la adolescencia, hasta el riesgo de una descompensación. No hablaré de eso hoy porque la cuestión de los síntomas en la adolescencia se presenta de forma diferente que en la pequeña infancia. Pero remarquemos, sin embargo que dicha crisis de la adolescencia reproduce la de las primeras declaraciones de autonomía, hacia los 2-3 años, donde domina el uso del “no”.

¿Qué es lo que hace síntoma para un niño?

La mayoría de las veces, lo que hace síntoma para aquel que trae a un niño a la consulta: padre, educador, profesor, no hace

verdaderamente síntoma para él. Muy al contrario, puede ser un punto de identificación ideal: I (A). Es el caso de un niño de apenas 9 años de edad, que viene, derivado por la escuela a causa de su comportamiento agresivo hacia otros niños, mientras que se muestra más bien temeroso y desconfiado hacia los adultos. Las primeras entrevistas evidencian el carácter violento del padre, tanto en los actos como en las palabras. El niño me opone un silencio tan prudente como obstinado. Ante tanta reserva, intento una apertura osada y propongo: “Entonces parece que tu pegas como tu padre...”. El niño replica orgulloso: “en casa somos así”.

Este rasgo del Ideal es a veces expresado por el mismo padre, aunque indirectamente o bajo una forma denegativa. Puede ser que un padre, o una madre, que se quejan a menudo del comportamiento de su hijo, que piden con insistencia al terapeuta lo que hay que hacer para que esto se solucione, hacia el final de la entrevista, cerca de la puerta, con una sonrisa que desmiente todo el discurso anterior, declaran con un placer no disimulado: “yo era igual a su edad”.

No basta con que el niño represente una molestia para los demás, es necesario que esta molestia le moleste a él también para que haga un síntoma que podrá transformar en demanda. Es imposible prescribir una psicoterapia como prescribimos un antidepresivo. Hace falta que el niño sea cuestionado por lo que verdaderamente le perturba –lo que pasa la mayoría de las veces inadvertido a su entorno– y que consienta dirigirse a un desconocido que no representa *a priori* nada para él.

Hay pues un previo a todo tratamiento posible del niño, hay que dilucidar lo que hace síntoma para los padres y que no es necesariamente síntoma para él. Lo que traba su vida psíquica, le molesta, o le angustia, o le perturba queda por descubrir, depende de su propia forma de vivir y de ser afectado por el contexto relacional que le rodea. No es la demanda

explícita que interesa al psicoanalista sino la implícita, que puede eventualmente expresarse por un rechazo. Es por eso que, por otro lado, va en contra-sentido del inconsciente pedirle a un niño su consentimiento afirmado, su consentimiento informado, como está muy en boga, para ir a ver a un psicoanalista. El inconsciente no funciona bajo contrato, contrariamente al consciente. ¿A quién se dirige pues la demanda de consentimiento? A un individuo supuesto autónomo, incluso libre de todo movimiento del inconsciente. El único consentimiento que cuenta para el psiquismo es el consentimiento a la castración, es decir un consentimiento al hecho de ser limitado, incluso en su existencia. El psicoanálisis después de Freud continua nombrando castración al hecho de constatar su incompletud porque ésta se percibe a partir del reconocimiento de la diferencia de los sexos.

Annie, que tiene dos años y medio, está en la negación de este real, y las violentas rabietas que hace ante la menor frustración son la expresión de esta negación. Su madre explica que Annie le ha preguntado recientemente si ella tiene un pene, como su hermano. Ante la respuesta: “No, tú tienes una vulva, Annie le dijo gritando que quiere... los dos y que tienen que ir a comprarle un pene! Cuando por fin parece haberse conformado, ataca a su hermano llamándolo niña! Este último, de un año y medio mayor, se toma muy mal el hecho de que le llamen así y pide apoyo a sus padres: “Annie dice que soy una niña. ¿Verdad que no es cierto?” Si su hermana acabó por aceptar que no podía tenerlo todo, él no está completamente seguro de no correr ningún riesgo de perder lo que tiene. Por supuesto, no realmente su sexo, pero su posición de chico, él, que a menudo, cede frente a la reivindicación de su hermana que intenta dominarle en toda ocasión. Esta niña, muy freudiana aunque nacida más de un siglo después de la descripción que Freud hace de las reacciones infantiles ante la diferencia de los sexos, ilustra cómo la percep-

ción de este hecho provoca primero frustración y reivindicación del lado chica, temor, perplejidad, como para el hermano mayor, o escalada viril del lado chico.

Annie manifiesta por sus rabietas la angustia de castración. Retrocede ante el deber de aceptar que no es todo-poderosa, y que sus padres tampoco lo son. Es verdad que darse cuenta de esto a menudo va con el hecho de comprender que se es mortal. Es la época en la que los niños pequeños comprenden que sus padres son mortales, luego ellos también.

El lugar del síntoma del niño, y el modo de tratarlo, es alumbrado por la lectura de las *Notas sobre el niño*¹, escritas por Lacan en octubre de 1969 dirigidas a Jenny Aubry. Las "Notas... hacen una diferencia entre: "el síntoma del niño (que) se encuentra en el lugar desde donde responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar" y el que responde a la posición inconsciente de uno de los dos padres.

En los niños pequeños, no es fácil diferenciarlo, la mayoría de las veces su síntoma depende de ambas posiciones. Por ejemplo, el comportamiento de Annie revela la verdad de ambos padres: el padre tiene una palabra que no tiene peso, explica largamente lo que conviene hacer pero es incapaz de ponerle límites firmes a su hija; la madre se regocija de que "su hija no se deja hacer".

Tratemos sin embargo de precisar estos dos lugares del síntoma del niño:

El síntoma del niño representa la verdad de la pareja parental

Tomemos el primer caso resumido por Lacan en esta fórmula: "el síntoma puede representar la verdad de la pareja parental". El síntoma del niño revela en este caso las dificultades de la pareja para vivir su relación. Es el caso que parece ser para este

¹ Versión publicada por *Ornicar* Nº 37, Junio 1986.

niño. Su mamá consulta porque en la escuela golpea, muerde, empuja a otros niños... A la hora de la cita, veo llegar un niño en los brazos de una mujer muy joven. Acaba de hacer 3 años y me mira con recelo y con mirada más bien desconfiada. Manipula algunos juguetes pegado a su madre, se dirige sólo a ella interrumpiéndola sin la menor vacilación, exactamente como si yo fuera transparente; la madre también se interrumpe para responder a las múltiples solicitudes de su hijo. Se lo remarco, se turba y se pone a contar sus momentos largos y solitarios con él en el momento de una separación con el padre desde casi un año, el niño tenía entre 6 y 18 meses. ¿Por qué esta separación? A causa del carácter desconfiado, agresivo, del padre.

Es principalmente ella quien necesita evocar lo que piensa sobre las razones de la agresividad de su hijo, del que dice entonces, delante de él, que le recuerda a su compañero, padre del niño. ¿Acaso esto le permitirá a este niño dejar este comportamiento agresivo que tiene incluso con su madre? Escuchar a los padres sobre su sufrimiento, sobre las repercusiones en la relación que tienen con su hijo, puede modificar bastante la situación para permitirle librarse de la posición de expresar conflictos que no son los suyos.

Pero este niño puede también hacer un camino para llegar ahí si la identificación a su padre esta fijada, o dicho de otra forma, si cree que hay que ser así para ser querido por su madre. Ahí su síntoma vendría más bien en respuesta a un deseo inconsciente de su madre. Conviene dejar la puerta abierta para él. Las consultas llevadas por equipos permiten que los padres y el niño sean recibidos por clínicos diferentes cuando esto es necesario.

Cuando el síntoma del niño es revelador de una relación sintomática entre un tipo de madre y un tipo de padre, hay varias subjetividades en juego: padre, madre, niño. La inter-

vención del analista implica la posibilidad de movimientos dentro de este sistema. Hace falta asegurarse de la transferencia con los padres para poder trabajar con el niño. A veces hace falta que los padres también se cuestionen su posición para no utilizar más al niño como testigo, mensajero, confidente, consuelo, etc.

Y si dejan lugar al niño para abrirse su camino, éste podrá librarse de ser la manifestación de los problemas de sus padres. En efecto la apuesta del analista se hace sobre la posibilidad para el niño, también para los niños mayores que traen en análisis su neurosis infantil, de operar un trabajo de separación. El niño, colocado, por la fuerza inconsciente de sus predecesores, en un cierto lugar, no es, sin embargo, solo el producto pasivo de una historia familiar como la teoría sistémica trata de reducirle. Es creador de su inconsciente, hace una selección en la impregnación inicial por el discurso del Otro, escoge excluirse de la demanda del otro parental.

¿Para qué le sirve el analista al niño cuando éste está confuso por el peso de las palabras y por la ausencia de palabras de sus padres? Pues para reexaminar los elementos de su historia que hereda naciendo en una historia familiar, y para reconocerse en ella o separarse.

Lo que nos lleva al segundo caso, evocado por Lacan: el niño cuyo síntoma ya no es asociado a los fantasmas de la pareja parental sino al de la madre sola. Añadiré, también al del padre, aunque esto es menos corriente.

El síntoma del niño es correlativo al fantasma de uno de los padres

En la “Nota a Jenny Aubry” declara que “La articulación (es decir la posibilidad de hacer mover la juntura entre padre o madre-niño) disminuye cuando el síntoma que domina proviene de la subjetividad de la madre”. Añadiría pues aquí que,

también cuando se trata de la subjetividad del padre, es decir, cuando el niño está encarcelado en su identificación al objeto del fantasma paterno, como el chico que declara ‘en casa somos así’, habiendo adoptado de modo metonímico el rasgo de goce que pasa del padre al hijo.

La intervención del analista es más difícil en este caso porque se trata de sostener el movimiento de separación para el niño, para que pueda ‘soltar’ a su padre/madre para poder vivir su vida.

Todo niño aparece primero como objeto, encarnación viviente de un deseo, un resto de real de un organismo enroscado en el corazón del cuerpo materno. Lo que Winnicott llama la preocupación maternal primaria, cubre el tiempo que hace falta para que la madre se aleje, y aleje de ella este objeto real que se presta tan naturalmente a sostener el fantasma de que no falte nada, de ser completada. Por otra parte ciertas mujeres sólo se sienten realizadas cuando están embarazadas.

Para ayudar al niño a dejar su lugar original de objeto que colma a su madre, hace falta una función separadora, que una inter-dicción (en dos palabras “inter-dit”. En francés, existe este juego de palabras), venga a ‘liberarlos’. Cuando esta operación de separación saludable falla, el niño permanece como el objeto de su madre (o de su padre). Su síntoma es entonces el rastro real de su enganche en el fantasma parental. Esta encarnación lleva hacia la inhibición masiva, incluso hacia somatizaciones que pueden ser graves.

Dos ejemplos:

El primer caso: La inhibición. Es una niña de quien me habla desde hace varios meses una compañera en supervisión. Tiene 5 años, la deriva la escuela porque está como paralizada, muda, aislada en clase y en el patio. Tarda varias sesiones antes de aceptar dejar a su madre en la sala de espera. Su actividad se limita a pintar de forma estereotipada dibujos que lleva “para

Mamá". La terapeuta le propone otros medios de expresión y la tranquiliza. La niña poco a poco expresa a través de dibujos espontáneos y asociaciones la idea de que su madre la necesita constantemente. Por ejemplo uno de estos dibujos representa a su madre más pequeña que ella. Dice: "mamá está enferma". Su comportamiento se volvió tan agudo con mi colega, que ésta contempló la posibilidad de finalizar el tratamiento aunque observa que la niña pierde su sonrisa y su alegría tan pronto como percibe a su madre, se pega a ella y se pone seria.

Ahora bien, durante la sesión en la que la terapeuta pensaba evocar con la madre y la niña la interrupción de la psicoterapia, la madre llega con un gran estado de ansiedad. Su hija, invitada a un cumpleaños, se mantuvo apartada de la mayoría de los niños según dice la madre que recibía a los niños. Y construyó con los "Kapla" (pequeños ladrillos de madera) un edificio bastante elaborado. Cuando su mamá viene a buscarla al final del día, la anfitriona le dice: "¿Estás segura que tu hija no sufre un síndrome de Asperger?" Hacemos la hipótesis que este enunciado totalmente fuera de lugar no viene a activar la inquietud de la madre de la niña, sino a confirmar en ella la idea de que esta última no puede apañárselas sin ella. Sin embargo, mi compañera no cambia de opinión y propone la interrupción del tratamiento para la niña, aunque señala la angustia de la madre proponiéndole una ayuda.

El segundo caso de somatización. Una madre viene con su segunda hija de 8 meses de edad que presenta un eczema muy extendido. El único medio para calmarla, en particular para hacerla dormir, es acostarla sobre ella, en un cuerpo a cuerpo que jamás cede. Esta mamá cuenta lo que precedió al nacimiento de este bebé. Ella tuvo un primer embarazo al principio de la relación con su marido pero decidió interrumpirlo, sin decírselo jamás a él. Sufre de una doble culpabilidad: hacia él a quien escondió este acontecimiento y hacia

sus convicciones morales porque es una ferviente católica. De repente comprende que la niña cuenta para ella no como segunda, sino como tercera en la línea de hermanos, el que es su propio lugar en su propia familia. Es decir, que no consigue soltarla, como si este nacimiento pudiera revelar el secreto. Le digo que un secreto revelado no es más un secreto. Durante esta sesión, la segunda (hubo 3 en total) el bebé se vuelve escarlata, arde literalmente. La madre muy inquieta me dice: “si esto le hace tal efecto más vale no hablar más de ello”. Sin embargo, yo insisto para que vuelva una última sesión. El eczema ha desaparecido completamente, y no volverá jamás (he tenido noticias por parte del padre quién más tarde hizo un análisis conmigo).

Lacan subraya que el niño enfermo se presta particularmente bien para sostener a alguno de los padres, dando cuerpo, justificación, a “la exigencia de ser protegido”. Esto aparece particularmente claro en el síndrome de Münchhausen. En este caso, el síntoma somático del niño es directamente provocado por la madre (más del 90 % de los casos según estadísticas de los EE.UU). Es a veces gravísimo, hasta provocar la muerte del niño. Pero la mayoría de las veces es discreto, sigiloso, efecto de una actitud maternal que incita una patología.

Por ejemplo, Renée, cuya madre es enfermera, a su nacimiento, presenta dificultades con la lactancia. La puericultora propone un biberón de dosis única como complemento. La madre da una parte al bebé, y luego deja el biberón abierto en una habitación donde hace mucho calor. Por la tarde le da el resto al bebé. Primera diarrea del bebé, inexplicada.

A su vuelta al trabajo la nodriza contratada debe obligatoriamente dar al bebé que tiene algunos meses la comida preparada por la madre. Las razones evocadas son los trastornos digestivos de la niña. La nodriza se asusta ante los platos preparados: paté de hígado, carne en salsa,... Hace trampas pero

la madre lo sospecha y cambia de nodriza al cabo de algunos meses.

Hacia los 2 años, una primera hospitalización se efectúa por estreñimiento grave. Los análisis de sangre revelan una falta de hierro. La niña sale con buena salud, con una prescripción de aportación de hierro que jamás será dada so pretexto que... esto da diarrea.

El problema es planteado de nuevo por la maestra de preescolar quien está impresionada por el aspecto de la niña, su negativa para ir al baño (actividad 'educativa' en P-3), y su rechazo de los alimentos del comedor los días en que come allí. So pretexto de cansancio, la niña se quedará cada vez más a menudo en casa.

A la entrada en Primaria, la niña tiene casi 6 años, su aspecto raquítico incita a la escuela a poner el caso en manos de la medicina escolar y la niña es hospitalizada. El alta médica es ordenada por el juez de menores a condición de que haya un seguimiento de la niña y de los padres. La niña presenta una gran inhibición, es pasiva, sumisa, y tiene gran dificultad en los aprendizajes. No puede 'saber' bajo todos los puntos de vista y esto es lo que deberá sobrepasar para evitar la muerte psíquica.

La madre de Renée se presenta, como es a menudo el caso, como una madre hiper-protectora y da la impresión más bien de tener un exceso de inquietud, lo que explica el tiempo que se tarda para reconocer la situación. El padre no percibió nada y continúa negando el carácter patológico de la conducta de su mujer.

El mismo niño no puede darse cuenta, o más bien tarde, del exceso del que es víctima.

Les traigo un caso de mi práctica en un Centro Médico Psicológico y Pedagógico de un chico más mayor, de 13 años de edad, que llega después de un largo recorrido médico. Desde

los 8 años tiene un seguimiento médico por una sospecha de miopatía que los múltiples exámenes practicados durante años jamás confirmaron. Durante 6 años, ninguna investigación científica le será ahorrada hasta una biopsia que le hará rechazar, a partir de entonces, toda nueva hospitalización.

¿Por qué esta sospecha? Porque el niño se presentaba como apático, se quejaba de estar cansado, y se quedaba horas enteras tumbado porque decía que le dolían las piernas. ¿Tumbado dónde? La mayoría de las veces en o sobre la cama materna abandonada por el padre desde hace tiempo.

Al cabo de varios años, en último extremo, en sentido literal, el equipo médico lo deriva al APF (Asociación de Paralíticos de Francia). El psicólogo de la asociación refuta el diagnóstico médico, que además parece virtual, y evocando una causalidad psíquica, le aconseja al joven una psicoterapia.

A. se presenta como un joven adolescente gordo, con voz falseada, con un razonamiento limitado, con un contacto basto. “Nosotros” es su lugar de enunciación y designa la pareja que forma con su madre. Esta formulación anuncia su posición: está en fusión con su madre. Hasta un lapsus, o en todo caso una enunciación que yo remarcaré como un lapsus: para designar a su sobrino, dice: “mi nieto”. Le rectifico haciéndole ver su confusión al darle algunas explicaciones generacionales. Sus enunciados cambian, emplea menos el “nosotros”, o precisa “con mamá”.

Ésta por su parte intenta mantenerlo en una posición de dependencia infantil, diciéndole continuamente que tiene el razonamiento de un niño de 5 años y que no puede hacer nada sólo. Además se adhirió ampliamente a los postulados organicistas que explicaban los trastornos de su hijo, ya que de un cierto modo justificaban el control que ella ejercía sobre él. A cambio, él le opone crisis violentas, único modo que encontró hasta ahora para tenerla a raya.

Él, habla poco pero no en vano. Desidealiza a un padre al que imaginaba como Papá Noel intemporal a causa de sus apariciones tanto esporádicas como generosas. Y al mismo tiempo toma cierta distancia con su madre. Cuando le hago ver que fue a la edad de 8 años que su padre dejó de verle y que empezaron sus trastornos sintomáticos, responde: “No es tonto lo que dices, yo no hice la misma relación. Posiblemente veía demasiado a mamá”.

Su cambio de posición se resume entre dos sueños, uno de entrada: “gano al bingo y le doy todo a mamá”, donde abiertamente dice que le proporciona el objeto de goce (el dinero ganado) a su madre, y uno de salida: digo a Mamá: “he aquí tu amiga”. Ella me dice: “voy a tu cuarto” (porque no quiere verla). “Respondo: alto ahí”. ¿Cómo interpreta este sueño? Le cierra la puerta de su cuarto a su madre, le prohíbe gozar de su espacio privado y la reenvía hacia otro horizonte, hacia su amiga.

Al mismo tiempo abandona la posición de retrasado que había adoptado. Hacia los 15 años, convocado por la comisión que decide el grado de discapacidad, declara firmemente que no es un discapacitado; lo que es oído, confirmado, y provoca la suspensión del subsidio que iba con la etiqueta “discapacitado”. Con casi 17 años, obtiene un “BEP”, un diploma profesional de buen nivel.

El síntoma del niño es palabra

Actualmente los puntos de referencia de la estructura clínica desaparecen detrás de la inflación de la designación imprecisa de trastorno del comportamiento, del pensamiento, del humor, etc. Y los diagnósticos instrumentales de las disfunciones: dispraxia, disfasia, dislexia, etc. son puestos igualmente como un déficit que hay que reeducar. Estos síntomas, porque son síntomas, tienen sin embargo un significado muy diferente según la estructura psíquica: neurosis o psicosis donde apa-

recen, y en función de la subjetividad del sujeto que los sufre. Por ejemplo, la hiperactividad puede ser el signo de un malestar reactivo a una situación dolorosa, o bien en la neurosis, el síntoma de una excitabilidad pulsional insuficientemente enmarcada por lo simbólico, o en la psicosis el rasgo de un estado maníaco activado, una huída ante la angustia. Deje este punto clínico de referencia estructural de lado para insistir en el hecho de tomar al sujeto en su contexto porque en el caso del niño pequeño, salvo caso indiscutible de psicosis primaria o de autismo, sólo se puede hacer una hipótesis diagnóstica, el niño continúa estructurándose en la relación terapéutica.

El síntoma es sólo un trastorno de superficie. Es un mensaje del tratamiento que el pequeño sujeto hace de la realidad de su vida. Es una respuesta a una falla fundamental, de estructura, que permite soportar lo insoportable, indispensable a condición de que el síntoma no se haga lo insoportable. El síntoma del niño habla. Hay que escucharlo.

3.1 Interés y límites de un diagnóstico de estructura

*Ma. Eugenia Lisman. Psicóloga clínica y psicoanalista
CDIAP Agalma*

Freud, que fue quien descubrió que existía un inconsciente, en un principio no tomó en cuenta, en sus investigaciones, a los niños. Fue su práctica con adultos la que le obligó a dirigir su mirada hacia la infancia ya que sus pacientes, todos adultos, le contaban su vida y particularmente se referían a su etapa infantil. A través de esos relatos, fue que Freud se dio cuenta de que en dichas infancias sucedían cosas muy importantes que tenían relación con el padecer de sus pacientes ya adultos, lo que le llevó a sus formulaciones sobre la neurosis infantil.

En el CDIAP tenemos la oportunidad de abordar las neurosis infantiles en el momento en que se están gestando o cuando comienzan los primeros síntomas, de ahí la importancia del trabajo con la primera infancia. Algunos de estos síntomas son, por ejemplo, alteraciones en el cuerpo tales como dificultades para comer, para dormir, irritabilidad, retraso en la adquisición del habla, etc.

Freud, mediante la observación del juego de su pequeño nieto de 18 meses llegó a importantes conclusiones. Este niño jugaba con un carretel al que acompañaba con dos sonidos, cuando el carretel se alejaba, exclamaba “Fort”, “se fue”, cuando retornaba, exclamaba “Da”, “aquí está”. Fort y Da en alemán, el juego del “Fort Da”, el cual a Freud le resultó enigmático al observarlo en su nieto y el cual le sirvió para una gran aportación a su teoría. Es un juego de ausencia-presencia, de ocultación, que podemos observar en cualquier niño. Pero Freud, tal como hacemos en nuestra práctica habitual cuando

tratamos a los niños, le da al juego una lectura diferente a la de un simple observador, y puntualiza que es el juego de un sujeto que nace al lenguaje, es decir que el niño mediante los dos fonemas puede simbolizar, poner en palabras, tanto la ausencia que simboliza la separación, momento de angustia para el niño, como la presencia, momento del reencuentro, de regocijo.

Ya vemos que fue mediante el juego que Freud pudo extraer una lectura importante para su teoría, de ahí que nuestra tarea tiene como instrumento base el juego. El juego como pretexto usado en lugar de la palabra, no hay una significación universal para el juego de los niños, sino que lo que cada niño aporta mediante el juego en sus sesiones concierne a su propia singularidad de sujeto y tiene valor de palabra, de texto, tal como si nos hablaran. Se adapta la técnica a la situación particular que representa para un adulto el contacto con un niño, lo cual no altera el campo sobre el que se opera, el campo del lenguaje. Y esto se hace posible aún cuando el pequeño paciente todavía no hable.

El factor que nos guiará en el establecimiento de los índices diagnósticos necesarios para poder abordar cualquier tratamiento infantil es, en primer lugar, lo que los padres nos cuentan, como lo cuentan.

Los padres nos hablarán desde los diferentes afectos y pasiones que el síntoma de su hijo produce en ellos. Puede haber rabia, angustia, ignorancia, indiferencia, queja y de sus palabras podremos cernir el lugar que este hijo ocupa para ellos, las expectativas, lo que se ha puesto en juego en relación al niño y su grado de implicación, responsabilidad y participación en el malestar de su hijo. También podremos vislumbrar algo de la transmisión generacional, pero no por vía genética, ya que se invita a los progenitores a que hablen de sí mismos para que puedan también poner en juego su propia historia, poder

escuchar algo del lugar que ellos ocuparon para sus propios padres. Los padres deben saber que el hijo no está determinado genéticamente, se les debe apartar de esa formulación que tan frecuentemente oímos: “él es así, yo era igual”, deben saber que se puede trabajar e incidir sobre los síntomas y más allá de ellos.

En el discurso de los padres también es importante escuchar las palabras con las que nombran a su hijo y con las que se han dirigido a él, pues estos serán los significantes que se han inscrito en el niño y con los cuales articulará su propia historia.

Nos basaremos también en los dibujos y el juego de nuestro paciente y en lo que algunos de ellos pueda enunciar a través de las palabras. Ver en esas palabras si sabe porqué está con nosotros, si sabe porqué los padres han consultado, es decir el grado de responsabilidad con que enfrenta su malestar. Y por último, pero no por eso menos importante, tomaremos en cuenta su modo de establecer un vínculo con nosotros, sus posibilidades de contacto, si hay demanda, si hay preguntas. Son todos estos factores los que nos servirán como índices diagnósticos para poder ubicar al niño en una de las tres estructuras existentes: psicosis, neurosis o perversión. Es decir, un diagnóstico diferencial entre estructuras clínicas. Diagnóstico que encontrará su verificación en el curso del tratamiento.

Aclararé ahora a que nos referimos cuando hablamos de estructura.

La definición de estructura dice que es un conjunto de elementos organizados de tal manera que la movilización de uno entraña el movimiento de otro. Es una serie de elementos que forman un conjunto. Entonces, en un sujeto hay varios elementos que configuran el conjunto de su estructura psíquica. Estos elementos están determinados por el lenguaje. Es decir, cómo el sujeto puede enlazar las palabras haciendo de ellas un

discurso. Un discurso que pueda entenderse como un mensaje dirigido al otro, que se mueva dentro de un código compartido, código que está regulado por unas leyes sociales y psíquicas. Este discurso será la manera en que establecerá sus lazos sociales, cómo se dirigirá a los otros, cómo escuchará lo que el otro le dice. También su relación a la ley, a las interdicciones que se le imponen desde el código social y psíquico, las cuales le preexisten y que todo ser humano debe acatar. La manera de diferenciarse respecto a los padres en cuanto a lo que se desea es también un elemento importante en una estructura. Según la manera que todos estos elementos se configuren podemos hablar de una estructura psíquica o de otra.

Jacques Lacan fue quien dijo en forma rotunda que las estructuras clínicas eran tres, neurosis, psicosis y perversión. Que una vez estructurado el psiquismo en una de ellas, no había posibles pasajes de una a la otra, ni núcleos de una dentro de la otra.

Esto es muy importante ya que es determinante, cuando un niño se ha estructurado en una psicosis o una neurosis no hay forma de prevenirlo. Sí, se le puede ayudar mediante nuestra intervención a estabilizarse y a que sepa hacer con los trastornos que su estructura le acarrea.

Tratándose de infancia, lo más importante a destacar son las neurosis y las psicosis, ya que en el niño es difícil diagnosticar una perversión, pues, como dice Freud, los niños son todos perversos polimorfos.

Lo que diferencia al psicótico y al neurótico es que en el psicótico hay una falla fundamental, algo que no se inscribe en su psiquismo. En el neurótico hay una primera identificación simbólica que le permitirá transcurrir el Edipo, lo que implica poder renunciar al objeto primordial que es la madre y lograr una buena identificación, que le permita tener sus insignias guardadas para hacer uso de ellas cuando sea mayor. Es decir que el

niño neurótico, aunque también presente síntomas y trastornos, podrá establecer lazos sociales, podrá dirigirse a los otros en forma coherente, podrá inscribirse en las coordenadas sociales sostenido por las identificaciones edípicas y sabe de la ley. Puede transgredirla, por ejemplo haciendo trampas en el juego, pero sabe de la ley, por eso puede transgredirla.

En la psicosis es diferente, no es que el psicótico esté totalmente fuera de la ley, pero necesita de regulaciones especiales, sobreagregadas, ya que no se mueve dentro del marco simbólico que proporciona esta primera identificación. Ni logrará las identificaciones necesarias que le posibilita el transcurso del Edipo, pues no logrará dicho transcurso. El niño psicótico está dentro del lenguaje, habla, comprende, hay psicóticos muy inteligentes, pero no pueden simbolizar, por eso su lenguaje no establece interlocución, es decir que no está inserto en los códigos compartidos por sus semejantes.

Los niños que atendemos en el CDIAP, por sus edades están en el momento preedípico o comenzando a transcurrir la fase edípica. Por eso todo está aún en germen, pero se puede vislumbrar, a veces, claramente si hay o no sostén simbólico, si hay posibilidades o no de que logren las identificaciones y la inserción dentro de la ley que proporciona el pasaje y la salida del Edipo. Se vislumbra por todo lo que enuncié anteriormente, por lo que nos dicen los padres, por como el niño se relaciona con nosotros, por su juego, etc.

El diagnóstico de estructura se maneja con criterios diferentes al modelo médico. No se sirve ni del DSM IV ni de estándares que apuntan a un diagnóstico descriptivo. No se sirve de instrumentos psicométricos para hacer una medición de los trastornos, que es en definitiva lo que interesa a las demás terapéuticas, el trastorno, el cual se ha de curar con eficacia y rapidez. Estas terapéuticas toman en cuenta solamente el conjunto de las manifestaciones sintomáticas, las cuales no nos dicen

nada de la estructura, ya que hay síntomas que pueden estar presentes en cualquier estructura.

Entonces, ¿qué hacemos en el CDIAP?

Primeramente hacemos un diagnóstico más allá de los síntomas, un diagnóstico de estructura, con todas las dificultades que puede acarrear el hecho de que el niño sea aún pequeño y puedan aparecer síntomas o trastornos transitorios que tienen que ver con las fases que está atravesando. Un ejemplo típico de este tipo de trastorno por el que se consulta mucho son las rabietas.

No descuidamos otro tipo de trastornos que responden a episodios accidentales en la vida y que no son estructurales. Primeras separaciones, separaciones de los padres, nacimiento de un hermano, problemas de crianza, problemas en el colegio. En situaciones así podemos entender que no todo entra en la dimensión de lo inconsciente sino que se deben tomar también en cuenta y abordar este tipo de contingencias.

Trabajamos con las escuelas, que es el sitio, junto con su casa, donde el niño desarrolla su vida. Con el aporte de los profesores podemos tener más elementos para nuestro diagnóstico, saber cómo se relaciona nuestro paciente con los demás niños y con los profesores, saber más de sus lazos sociales y afectivos. Y también como va incorporando los aprendizajes.

Se evita estandarizar, cuantificar al niño e incluirlo en diagnósticos estándares que nada nos dicen en realidad de su particularidad.

Los padres nos piden un diagnóstico, nos piden un nombre para lo que le sucede a su hijo. Es como que el nombrarlo les aliviara la angustia. Pero, aunque el diagnóstico de estructura es imprescindible para nosotros, los que conducimos los tratamientos, con la información a los padres se ha de ser muy cau-

teloso, el proceso para poder llegar a un diagnóstico en un niño pequeño, es muy largo y los padres deben saber que ese tiempo es necesario. Los padres deben saber lo que le pasa al hijo, pero hemos de ser prudentes. Se ha de esperar el momento adecuado para transmitirles el diagnóstico.

Es importante destacar que aunque el diagnóstico estructural se mueva entre la psicosis y la neurosis, estas clasificaciones no borran las singularidades subjetivas que presenta el niño. Un niño psicótico será diferente a otro niño psicótico, lo mismo que un neurótico respecto a otro neurótico.

El diagnóstico es importante porque regula nuestras intervenciones. Con un niño psicótico no se debe intervenir de la misma manera que con un niño con estructura neurótica, el niño psicótico es más frágil y la intervención no debe movilizarlo demasiado, ni tender a desestabilizarlo. Frente a una estructura neurótica, en cambio, la desestabilización puede ser fecunda y producir giros importantes, ya que no hay peligro de desencadenamientos y reacciones que no se puedan controlar.

Debo aclarar que aunque algunas veces nos lleve un tiempo prolongado llegar a una hipótesis diagnóstica, esto no implica que el trabajo terapéutico, tanto con el niño como con los padres, no comience desde un principio. En estos momentos debemos actuar con la prudencia necesaria ante las posibles dudas acerca de la estructura.

Para concluir diré que es importante recordar que hay límites para todos, para nosotros que conducimos los tratamientos, para los padres que intentan educar a sus hijos y para los maestros que les enseñan.

Es el límite que impone la estructura del niño y que impone la propia tarea en sí. Hay límites para quien psicoanaliza, educa o enseña.

3.2 Els diagnòstics dels trastorns del Llenguatge

Esperança Urpí. *Logopeda CDIAP Agalma*

Actualment creix la demanda dirigida sobretot a dificultats de llenguatge o bé perquè el nen no parla, o perquè parla poc, o perquè hi ha algun fonema que distorsiona sense possibilitat de plantejar altres qüestions.

Des d'Agalma, pensem que hem de tenir eines per poder fer una lectura més enllà del llenguatge expressiu, és a dir de la parla del nen, i que no ens podem quedar només amb allò que és observable.

Es per això que la posició del terapeuta en la manera d'escoltar el que li passa al nen juga un paper rellevant en el procés d'avaluació i d'intervenció.

Quan parlem d'escoltar, ens referim per una banda als pares, amb a una primera entrevista en la que ens podran relatar en quin moment han aparegut les primeres paraules, com i quan les ha començat a organitzar, com veuen al nen, quin lloc té dins la família, com el diferencien dels altres germans si es que n'hi ha, quines expectatives tenen, quina importància té per ells la demanda que fan (doncs moltes vegades venen derivats per l'escola i ells no veuen les mateixes dificultats, sobretot si és petit o acaba de començar l'escola...) i per l'altra banda escoltar al nen.

Cada nen és diferent, perquè cadascun d'ells té una sèrie d'elements que formen la seva història particular. Hi ha unes expectatives prèvies que d'alguna manera determinaran la seva relació amb el llenguatge.

El subjecte es relaciona amb el llenguatge, i des de el primer

moment la relació amb l'altre esta vehiculitzada pel llenguatge. Prèviament a que el nen parli ha de ser parlat per l'altre. Abans que el nen digui les primeres paraules, hi ha una activitat constant del cos (plors, falta de propiocepció, rebequeries...) Amb l'entrada del llenguatge oral es regulen aquestes experiències corporals...

A una edat molt primerenca, el nen comença a reconèixer-se, a diferenciar el seu propi cos del de l'altre. Si no es produeix aquesta diferenciació, el nen no pot entrar en el llenguatge.

El llenguatge no arriba a dir-ho tot i pel nen no és fàcil començar aquest circuit...però de manera ràpida el nen queda lligat al llenguatge en el moment que se n'adona que hi ha algú altre que el reconeix, i aquest llenguatge li facilita també el poder-se separar de la mare.

Hi ha nens que parlen, però que no estan en el discurs. No és el mateix estar en el llenguatge (les paraules designen coses) que estar en el discurs (les paraules tenen una funció). Diem que un nen està en el discurs quan les tres grans dimensions del llenguatge (**l'ús, el contingut i la forma**) estan instaurades.

Quan parlem d'**ús del llenguatge**, ens estem referint a la dimensió pragmàtica, que consisteix en utilitzar el llenguatge en diferents situacions de comunicació i interacció social, i per tant en diferents funcions o usos: demanar informació, saludar, protestar, ordenar... Les habilitats pragmàtiques del llenguatge s'amplien i potencien quan l'altre estructura les situacions lingüístiques i permeten al nen expressar sentiments i pensaments, prendre la paraula, comunicar-se amb els seus iguals, argumentar...en definitiva jugar amb el llenguatge. Es quan diem que el nen té competència lingüística.

El contingut del llenguatge no es limita al reconeixement de les paraules, sinó que aquest coneixement es trasllada als contextos i situacions en els que el nen es troba, enriquint-se amb l'expressió oral de les persones amb les que es comunica.

Els nens van passant una sèrie d'etapes a través de les quals la seva percepció de la realitat es va transformant gràcies al seu desenvolupament cognitiu, les seves experiències i els models transmesos per l'ambient social.

La forma del llenguatge compren d'una banda *la competència fonològica* (existeix un ordre d'aparició i unes estructures de desenvolupament fonològic molt definides. Els nens van afinant progressivament les seves capacitats articulatòries gràcies a una sèrie d'adaptacions dins l'esquema d'aprenentatge per feed-back) i per altra banda *la morfosintaxis o processos sintàctics*, que es l'habilitat per comprendre com estan relacionades les paraules entre si, és a dir, l'estructura gramatical bàsica del llenguatge. Depenent de la seva evolució, es desenvoluparà el llenguatge i en conseqüència el pensament verbal.

Al començament és el context situacional qui supleix l'ambigüitat del missatge però permet una real comunicació entre les persones i el seu entorn. Les paraules que impliquen relacions i operacions no surten de manera immediata, doncs exigeixen un major nivell de desenvolupament cognitiu i un domini de la funció simbòlica que s'adquireix de forma progressiva.

Podríem dir que la organització morfo-sintàctica és un procés de perfeccionament de les estructures lògiques primàries i de les múltiples transformacions que el nen aplica a un enunciat.

Fer el diagnòstic de problemes de llenguatge és molt delicat perquè l'ús que el nen fa del llenguatge és un aspecte important a tenir en compte a l'hora de determinar si hi ha o no trastorn, ja que poden aparèixer fenòmens que poden dur-nos a fer un diagnòstic erroni.

Si no hi ha una escolta atenta i es desconeixen els processos implicats en el creixement del nen es pot donar una mala interpretació. El nen petit, a partir dels 2 anys experimenta amb el llenguatge, comença a denominar coses, objectes, persones i a donar-los una significació, una intencionalitat.

Es en aquest moment en el que el nen evoluciona, comença a jugar amb el llenguatge i alhora es va fent una retroalimentació. Comença a associar i encadenar els significants, a entendre el significat dels mateixos, a associar el subjecte i l'acció, es a dir que descobreix el potencial del llenguatge parlat.

Com hem dit abans, aquest procés està mediatitzat per l'altre.

Precisament per això, el nen pot fer un ús "bizarro, particularment estrany" del llenguatge.

Hi ha aspectes que es poden confondre, com ara les repeticions, els neologismes, les holofrases... aquests, són aspectes de llenguatge que tant podem observar en nens que presenten un retard de llenguatge sever i que poden evolucionar de manera favorable com en nens que tenen una estructura mental pròpia de la psicosi.

Hi ha una sèrie de elements que ens ajuden i ens permeten fer el diagnòstic dels trastorns del llenguatge i de la parla.

Tot i que els problemes de parla i els de llenguatge són diferents, sovint apareixen junts i es confonen.

Quina és doncs la diferència entre llenguatge i parla?

El llenguatge és considerat una funció cerebral superior i uns dels processos cognitius més importants. Ens permet relacionar-nos de manera eficient amb el nostre entorn i a més a més dur a terme una sèrie d'altres processos que ens faciliten l'ordenament dels nostres pensaments, a través de l'emmagatzematge, processament i codificació de la informació que rebem del nostre entorn, actuant com un mediador entre el coneixement de l'ésser humà i els estímuls que ho envolten.

Quan diem **parla** ens estem centrant en el resultat verbal d'una acció motora, realitzada per l'aparell bucal i els òrgans fonoarticularis, que està sent dirigida per certes àrees del cervell; té a veure directament amb actes motors.

I això és el que diferencia parla de llenguatge, ja que el llen-

guatge és en si una funció cognitiva superior (que implica un procés mental), però la parla és un acte motor que està al servei del llenguatge perquè els éssers humans puguem comunicar-nos oralment. La parla implica d'una banda la correcta articulació dels sons (Fonemes) consonàntics i vocàlics, i d'altra banda la fluïdesa o velocitat amb que s'està produint cada so o fonema.

Retornant als elements que ens permeten fer el diagnòstic, tenim d'una banda, el joc que fa el nen, que ens permet observar com simbolitza, quin tipus de llenguatge hi ha (encara que no parli) i si té o no intenció comunicativa. També ens permet detectar si hi ha dificultats de comprensió.

Si el nen no organitza cap mena de joc podem pensar que en algun moment del seu desenvolupament, aquest procés (el de reconèixer-se ell mateix i diferenciar-se de l'altre) ha estat interromput o que la organització simbòlica necessària no ha estat inscripta mai.

D'altra banda, a través del dibuix també es pot observar si hi ha relació entre els elements o aquests estan aïllats o en desconnexió, a més a més ens permet veure el nivell de maduresa i coordinació motriu del nen.

I evidentment el llenguatge espontani del nen (que pot ser també gestual) que es una de les maneres més directes per observar la parla de l'infant, encara que aquesta no estigui estructurada del tot.

Ens hem de donar un temps abans d'intervenir, perquè és important no posar tot allò que falta en el nen (que es la tendència habitual en l'adult, per completar-lo). I donar-nos temps vol dir no tenir pressa. No oblidem que cada nen té el seu temps per desenvolupar les seves competències i establir vincles amb l'altre.

Amb això volem dir, que per exemple si un nen a P-3 no parla, els pares comencen a preocupar-se per la incidència que això pugui tenir després en l'aprenentatge de la lecto-escritura.

ra quan encara hi ha dos o tres cursos per endavant. Aquesta pressió social i escolar genera angoixa en els pares i educadors, però en molts casos provoca un rebuig important cap als aprenentatges escolars per part del nen.

Es important fer un diagnòstic diferencial entre trastorn de parla o de llenguatge, tenint en compte l'edat que tenen els nens que vénen al CDIAP.

En primeres edats, gairebé cap diagnòstic pot ser definitiu, doncs els nens estan en continua evolució, i el que en un primer moment pot semblar un trastorn determinat pot derivar en un de diferent.

3.3 El diagnòstic de la petita infància, Una mirada des de la Neuropediatria

Laia Turón i Viñas. *Neuropediatra CDIAP Agalma
i Hospital de Sant Pau*

Les funcions del Neuropediatra que treballa en un Centre d'Atenció Precoç són diverses i diferents de les que es realitzen a l'hospital. En primer lloc, ha de col·laborar en la detecció precoç dels nens amb patologia. En segon lloc, cal intentar establir el diagnòstic en cada cas. A més, som vinculats amb l'hospital i altres especialitats mèdiques, de forma que hem d'informar sobre la intervenció que fem als nostres nens i també rebre informació de les proves i tractaments que es fan allà. També podem assessorar i col·laborar amb els altres professionals del CDIAP, orientant i explicant-los les patologies, proves i tractaments de cada cas. I totes aquestes dades ens serviran per una de les funcions més importants que tenim, que és la d'informar a les famílies i intentar resoldre els dubtes que puguin tenir.

Per a poder detectar els nens que puguin tenir una patologia neurològica o psiquiàtrica, caldrà que distingim entre:

Nen sa: a vegades els nens presenten variacions en el desenvolupament psicomotor, que poden preocupar a les famílies però que no són patològiques.

Nen d'alt risc neurològic: determinats grups de nens, per exemple els prematurs, presenten més risc que la resta de patir trastorns neurològics i per tant caldrà fer seguiment d'aquests nens i detectar els que desenvolupin algun trastorn.

Immaduresa: nens amb un retard psicomotor que presenten evolució positiva fins a la normalització.

Hipoestimulació: nens amb retard psicomotor degut a falta d'estimulació per part de les famílies, i que tenen una evolució favorable en augmentar l'estimulació.

Trastorns sensorials: per exemple, els nens amb problemes d'audició poden presentar retard o trastorn del llenguatge

Trastorns psiquiàtrics: molts d'ells es detectaran perquè presentaran un desenvolupament psicomotor anòmal

Trastorn del desenvolupament: alguns d'ells presentaran un trastorn de l'espectre autista

Malaltia neurològica: nens que presenten un retard en el desenvolupament psicomotor degut a una malaltia orgànica cerebral.

A efectes pràctics, la nostra feina consisteix en descartar patologia orgànica. Per a això farem una valoració del desenvolupament psicomotor.

Per a l'avaluació del desenvolupament psicomotor, cal que tinguem una sèrie de consideracions:

Variacions fisiològiques del desenvolupament psicomotor:

Tardà global

Tardà en una funció

Importància de l'aprenentatge

Edat corregida dels ex-prematurs

La norma és la de ser cautes amb la primera impressió.

Cal un seguiment evolutiu estret i mantenir actitud expectant abans d'informar a les famílies ja que l'evolució és molt variable en cada cas.

Per al diagnòstic, ens basarem en una bona història clínica, a ressaltar:

Els antecedents familiars i personals, l'escolarització i factors de risc ambientals

A continuació, realitzarem una exploració física exhaustiva.

Respecte a les exploracions complementàries, cal tenir en compte que existeixen nombroses proves analítiques (metabòliques, genètiques), neuroimatge, neuromuscular,...

No n'hi ha cap de confirmatòria o negativa per a un diagnòstic, i tenen un escàs rendiment a no ser que hi hagi indicis clars d'una patologia concreta. A més, s'ha de tenir en compte que per a les proves caldrà derivar a l'hospital, cosa que suposa crear angoixa en les famílies. Per tant, la dificultat radicarà en saber a qui demanar proves.

En general s'aconsella que, en absència de signes/síмпто-
mes clínics que indiquin estudis específics, caldrà fer estudis
sistemàtics de forma escalonada en nens amb encefalopatia
aparentment estàtica o amb problemes cognitius o conductuals
sense diagnòstic establert.

Per tant, caldrà estudiar aquells nens amb sospita de pato-
logia, sense angoixar innecessàriament aquelles famílies de
nens amb evolució favorable, però tampoc sense demorar el
diagnòstic d'aquells nens que sí que ho precisin, per a benefi-
ciar-se d'un diagnòstic i atenció el més precoç possible.

Un cop estudiat i diagnosticat un nen, caldrà informar a les
famílies. Això els pot ajudar a comprendre i assumir el pro-
blema, mantenir una actitud positiva enfront la problemàtica
del seu fill, intentar millorar la qualitat de vida del nen i també
millorar la comprensió i la comunicació amb el nen; alhora que
permet el desenvolupament de les màximes capacitats poten-
cials del nen.

Caldrà explicar-los les possibles repercussions de la patolo-
gia, de les possibles medicacions, de les exploracions comple-
mentàries indicades segons el cas i interpretació de resultats i
finalment, la possibilitat de realitzar consell genètic.

A més, arribar al diagnòstic permet, en algun cas, oferir un
tractament, que podem dividir en:

Causal (poc freqüent a Neuropediatria)

Síptomàtic

De les complicacions

Quan parlem de diagnòstic cal tenir sempre en compte que

diagnosticar no és posar una “etiqueta” al nen. Cal tenir presents les individualitats de cada cas. No trobar diagnòstic no vol dir que el nen “no tingui res”.

Trobar diagnòstic no vol dir “condemnar al fracàs” a un nen.

El diagnòstic ens servirà per:

Segons la patologia, establir un tractament.

Establir risc de repetició en altres fills.

Comprensió del problema (família, professionals).

Però cal tenir present que l'absència de diagnòstic no ha d'impedir que un nen rebi l'ajuda que precisil, i la positivitat d'un diagnòstic no ha de tancar portes al futur del nen.

3.4 La funció del temps en el diagnòstic precoç dels trastorns mentals en la primera infància

Dr. Josep Moya. *Psiquiatra i Psicoanalista*

1. Introducció

La detecció e intervenció precoz en niños con un trastorno mental severo se hace imprescindible por lo que conllevan estas enfermedades de alteración del desarrollo emocional y cognitivo, y que abocan por lo general a deficiencias múltiples de instauración precoz.

Sin embargo, estos trastornos son detectados tardíamente, pues se «pierde» mucho tiempo de tratamiento mientras se realiza el proceso diagnóstico, que suele ser un peregrinar del niño y su familia por diferentes especialistas. Además, en muchos casos, son considerados como problemas deficitarios o de diferentes discapacidades, por lo que no reciben un tratamiento específico. (A.Mª Jiménez, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2002, vol XXII, nº 82, pp. 115-126)

Aquestes paraules de la Dra. Jiménez ens alerten de la necessitat d'un diagnòstic precoç per tal de poder intervenir el més aviat possible i prevenir o mitigar les conseqüències adverses de determinats trastorns en el futur desenvolupament de l'infant.

Podríem considerar que aquesta és la primera dimensió del vector temps, però n'hi ha una segona: la necessitat de dedicar un temps prudencial per tal de poder dilucidar amb la major precisió possible la naturalesa del fenomen psicopatològic que afecta l'infant.

Cal assenyalar, com ens advertia ja fa uns anys J.L. Lang (1984), que el nen, en el seu status mateix, està en plena

evolució dinàmica en el pla estructural, a la cerca d'un equilibri posat sempre i repetidament en tela de judici, tant per les lleis pròpies del creixement com per l'impacte de les condicions de l'entorn, com dels esdeveniments i traumatismes amb els quals pot ser confrontat. El camp de possibilitats evolutives de l'infant és més ampli que el de l'adult i el seu aparell psíquic deixa constància d'una major plasticitat. Això comporta que, d'una banda, hi hagi més riscos, però de l'altra, que es doni una major capacitat per limitar els esmentats riscos.

Tot això ens porta a abordar breument la problemàtica del diagnòstic en general.

2. El diagnòstic

Diagnosticar un determinat procés o trastorn mental comporta un intent de sotmetre a verificació científica la hipòtesi de pertinença de determinades manifestacions clíniques observades en un pacient a una classe o a una dimensió dintre d'una determinada classificació de referència (Guimon, 1989). El diagnòstic és un procés complex en el qual el professional clínic identifica, selecciona i ordena la informació clínicament rellevant del pacient i la compara amb els criteris classificatoris, assignant al pacient a una de les classes definides. Els propòsits del diagnòstic són: diferenciar el quadre observat d'altres quadres; atorgar-li un nom que permeti la comunicació fiable entre els professionals; establir pronòstics respecte de la seva evolució; medir els canvis que es produeixen en la seva evolució i realitzar estudis sobre la seva etiologia.

Cooper (1983) va distingir una sèrie d'etapes o components del procés diagnòstic: la tècnica d'entrevista del terapeuta o professional, la seva percepció de la conducta i del discurs del pacient, una sèrie de processos d'organització de la informació per realitzar inferències i prendre decisions i, finalment,

l'elecció d'una o més categories diagnòstics per facilitar la comunicació. Tot això comporta que el professional, en el particular encontre amb el pacient, extreu unes unitats d'informació i les converteix en símptomes mentals. Ara bé, com ha assenyalat Berrios (1994), els símptomes no són transparents ni porten unitats d'anàlisi amb suficient informació. Això comporta que la percepció del símptoma no garanteix certesa respecte del reconeixement profund i complex que el resitua en una agrupació complexa simptomàtica. A més, cal tenir en compte diverses fonts possibles de variació, que ocasionen desacords en la descripció del símptoma (Berrios, 1983): a) inestabilitat en l'avaluació de l'investigador per diverses causes (ensinistrament, estat emocional,); b) manca d'estabilitat de l'objecte a descriure, ja que el patró de símptomes pot variar en el temps; c) oscil·lacions perceptives en el moment de l'examen; d) discrepàncies en els criteris que s'utilitzen per decidir la presència o absència del símptoma.

Però les dificultats no acaben en els factors esmentats; en efecte, els símptomes són senyals comportamentals elaborades pels pacients però són reelaborades pels clínics en el context de l'entrevista (Berrios i Fuentenebro, 1996). I aquest és el motiu pel qual un mateix magma primordial genera construccions diferents quan es donen una sèrie de variacions en els contextos. En altres paraules, un mateix pacient pot mostrar variacions considerables en els seus símptomes en funció dels diferents contextos situacionals (per exemple, davant de diferents clínics).

Però, encara hi ha més factors a considerar. És el cas del conflicte d'interessos entre el pacient i el professional (Sims, 2008). El pacient descriu experiències adverses que li produeixen malestar i el pertorben i, per tant, vol alliberar-se'n. Un pacient pot queixar-se de sentir-se deprimat i desesperançat i un altre pacient pot queixar-se de ser vigilat i perseguit per

agents d'un servei d'espionatge. En els dos casos, el pacient vol que l'alliberin del malestar i, probablement, estarà disposat a explicar al professional la forma en que l'afecten. Però el professional necessitarà conèixer més coses del pacient que aquest podrà considerar irrellevants o, pitjor encara, no pertinents. És així com l'encontre entre el professional i el pacient pot esdevenir des-encontre i, fins i tot, conflicte, com bé reflecteixen els qüestionaris de satisfacció dels usuaris de salut mental.

En ocasions, el conflicte d'interesos pot ser encara més accentuat: és el que succeeix quan el professional està molt condicionat per les necessitats derivades de la seva carrera professional (Tyano i Keren, 2005) i aquestes no harmonitzen amb les necessitats del pacient.

Finalment, és necessari assenyalar que mentre en el camp de la medicina es solen establir correlacions entre l'especificitat dels símptomes i la identificació d'un diagnòstic, no es pot afirmar el mateix en el camp psicopatològic. Això és degut a que la causalitat psíquica opera per altres vies (Dor, 1987) que no són les cadenes habituals d'interacció de causes a efectes, tal com succeeix en les denominades ciències biològiques.

Les línies de la causalitat psíquica no són de cap manera regulars. Freqüentment, els fets no encaixen i obliguen als professionals a replantejar-se les seves hipòtesis o bé a anar provant. No existeix una inferència fixa entre les causes psíquiques i els efectes simptomàtics. La pràctica clínica mostra que la relació que vincula el símptoma amb la causa de l'afecció està mediatitzada pel conjunt dels processos inconscients. La correlació entre un símptoma i la determinació d'un diagnòstic suposa l'acció d'una cadena de processos psíquics que tenen una dinàmica que no és la del determinisme causal corrent. No existeix una solució de continuïtat directa entre la cartografia dels símptomes i una classificació dia-

gnòstica. És aquesta discontinuïtat la que impedeix establir, per exemple, el diagnòstic de neurosi obsessiva únicament pel fet de trobar símptomes d'ordre i dubtes recurrents. De fet, hi ha casos de psicosi que debuten amb símptomes de l'esfera obsessiva.

De tot això s'infereix que el procés del diagnòstic és extraordinàriament complex entre d'altres raons per què els símptomes mentals són el resultat d'una negociació cognitiva entre el pacient i el professional (Berrios, 2007); però aquesta negociació està sotmesa a diversos avatars, tant pel cantó del pacient com del propi clínic.

Ara bé, en l'actualitat hi ha una certa confusió a l'hora de determinar la naturalesa del que es diagnostica. En efecte, sovint es parla de diagnosticar malalties mentals, però des de l'any 1980, amb la publicació del DSM III, el terme "malaltia mental" ha estat substituït pel de trastorn mental. D'altra banda, el binomi malaltia mental – trastorn mental s'oposa a salut mental, en conseqüència, cal definir el que s'enten per cadascun d'aquests termes.

3. El diagnòstic del trastorn mental en la primera infància

Com ja ha estat assenyalat a l'inici de l'exposició, els primers de vida del subjecte humà es caracteritzen per una gran variabilitat en les possibilitats de desenvolupament, el nen/a corre més riscos però, alhora, disposen de més factors de protecció que limiten els esmentats riscos. D'altra banda, és prou conegut que pel seu status, l'infant no sol fer una demanda sinó que és un altre, l'adult, el que la fa. És més, és molt probable que el nen/a no manifesti un patiment clar o fins i tot que no manifesti cap mena de patiment. Podem recordar el cas de la utilització de determinats tests per diagnosticar el TDAH. Aquests tests expresen el malestar de l'adult (pares-docents) però no el malestar del propi infant.

En aquest marc cal assenyalar les recomanacions del National Center for Clinical Infant Programs, que en la seva Classificació diagnòstica: 0-3 (1998) va establir que una avaluació completa de l'infant requereix un mínim de tres a cinc sessions de quaranta cinc minuts i que aquesta avaluació suposa una observació directa del funcionament de la dinàmica familiar i parental, de la relació i els patrons d'interacció entre el cuidador i l'infant, de les característiques constitucionals, maduratives, i dels patrons lingüístics, cognitius i afectius. Es tracta d'una exploració exhaustiva amb la que es busca conèixer les dificultats de l'infant però també els seus punts forts així com la seva capacitat adaptativa general i el seu funcionament en les principals àrees de desenvolupament, incloent les aptituds socials i emocionals, relacionals, cognitives, lingüístiques, sensorials i motores, comparant-les amb els patrons evolutius propis de la seva edat. Aquest enfocament esdevé molt més ajustat a la realitat i comporta una visió molt més ètica del problema.

4. Conclusions

De tot això es pot concloure que el diagnòstic és indefectiblement un procés complex, que requereix un ensinistament exhaustiu i un coneixement profund de la psicopatologia. A més, la clínica de la primera i segona infància presenta unes dificultats addicionals ja que es tracta d'un període evolutiu i, per tant, sotmès a canvis profunds en les manifestacions clíniques, que es poden produir no solament pel desenvolupament de les estructures cerebrals sinó també per les diverses i heterogènies influències ambientals. D'altra banda, el diagnòstic clínic s'articula lògicament amb la conceptualització del trastorn mental però aquest no té uns límits clars sinó que respon a una lògica borrosa. El cas del TDAH és un exemple paradigmàtic dels efectes de l'aplicació de diferents algoritmes diagnòstics.

Finalment, no hi ha símptomes patognomònics per a cap trastorn, sinó que la valoració s'ha de fer a partir del context en el que apareixen, és a dir, a partir de la relació que estableix amb la resta de símptomes. No solament això, també cal considerar la variació del símptoma en funció del context relacional amb el professional. Exhaustivitat, paciència i una escolta activa i respectuosa són els elements indispensables per la realització d'un diagnòstic correcte.

4.1 Una clínica més enllà del trastorn

Carme Dueñas. *Psicòloga clínica i Psicoanalista.*

CDIAP Agalma

Una de les moltes paradoxes del nostre temps, és que conviuen sense aparent contradicció la carrera cap a la globalització amb una fragmentació cada cop més evident, no només dels llaços socials, sinó també dels postulats de la ciència. Cada cop més es busca dissecar el malestar i trobar per a cada símptoma el seu remei, sense tenir en compte que qui pateix aquests símptomes no és només un organisme pluricel·lular, sinó un ésser parlant amb un cos simbolitzat pel llenguatge.

La psicologia i la psiquiatria no són aliens a aquesta situació. En la clínica psiquiàtrica ja no es parla més de quadres clínics, sinó de trastorns i síndromes que es prenen com a diagnòstic de la pròpia simptomatologia. És com si anéssim al metge per que tenim una febre recurrent, i el metge ens diagnostiqués “síndrome febril”, receptant-nos un antipirètic, és a dir, fes un abordatge del que ens passa pel símptoma, i no un abordatge d'allò que està en la base del símptoma.

Ja des de Freud sabem que els símptomes estan sobre-determinats, és a dir que no tenen una única causa. La psicoanàlisi no apunta a la causa, sinó a la manera única i particular com el símptoma s'ha articulat en cada subjecte.

Evidentment que comptem amb una nosologia clínica i amb quadres clínics que ens orienten en el diagnòstic, però el tractament esdevé un veritable “vestit fet a mida” del cas per cas.

I no pot ser d'altre manera si tenim en compte que els

síntomes son trans-estructurals. Un mateix símptoma el podem trobar en diferents estructures i quadres clínics, però la seva funció no serà la mateixa en uns o altres.

També dins d'una mateixa estructura neuròtica un mateix símptoma tindrà diferents articulacions en funció de la subjectivitat de qui el pateix.

En la clínica de la petita infància treballem en subjectes en els quals els símptomes sovint no estan encara fixats, i la nostra intervenció podrà ajudar a evitar aquesta fixació, de manera que el nen tingui més recursos a l'hora d'enfrontar-se als petits traumes i a les decepcions que anirà trobant en el seu desenvolupament.

La clínica que nosaltres fem, és una clínica que té en compte el símptoma però apunta més enllà.

En què consisteix doncs un tractament psicoanalític? Consisteix en donar la paraula a aquell a qui atenem, ja sigui un nen o un adult. Donar la paraula implica suposar un subjecte de l'inconscient a qui podem escoltar, escoltar tant en els relats, com en els dibuixos, com en el joc. En definitiva, un subjecte que es manifesta en tot allò que passa dins de la sessió.

Dels o als 3 anys, es el període que Freud anomena etapa pre-edíptica, és el moment en que el nen es constitueix com a subjecte de la paraula.

En aquestes primeres etapes, se li demana al nen que entri en una regulació, ha de respectar uns horaris i adquirir uns hàbits. La mare, o qui faci la seva funció, serà qui introduirà al nen en el que anomenem el discurs, un discurs que abasta no només les normes socials, sinó també els ideals, les expectatives, les pors... tot allò que conforma el discurs dels pares, on el nen vindrà a inscriure's i trobar el seu lloc en la constel·lació familiar.

Inscriure's en el discurs implica entrar en un món simbòlic i això no es dona només per un procés evolutiu, sinó que

depèn de que es donin les condicions que possibilitin al nen formular-se preguntes: què vol la mare d'ell?, què pasa entre els pares?, d'on venen els nens?... Són preguntes pel desig, que el nen capta en les demandes que la mare li formula.

Aquestes preguntes el nen les respon amb fantasies que prenen la forma dels personatges que té a l'abast, i que es lliguen amb significants que pren del discurs familiar i amb les seves pròpies experiències de gaudi en el cos. Els contes infantils ens donen molts exemples: el llop, la bruixa, la madrastra...

Si tot va bé, es a dir si el pare compleix la seva funció, el nen podrà construir el que anomenem un "fantasma", que és una fantasia que consisteix en una construcció imaginària i simbòlica per resoldre aquestes incògnites.

Quan aquesta construcció no s'acaba de poder fer, és quan el nen manifesta uns símptomes que alerten als pares i sovint a l'entorn: La impulsivitat i l'agressivitat com a manifestacions d'un excés d'excitació en el cos no tramitada per la via simbòlica, la por com a manifestació de l'angoixa, la tristesa i la inhibició lligades a la impotència... i totes les alteracions que tenen a veure amb la relació amb els altres i el retard en l'adquisició de la parla.

Però hi ha vegades que el nen ni tan sols arriba a fer-se preguntes perquè aquest accés al món simbòlic no es dona, és el cas dels nens psicòtics i autistes. És en aquests casos on l'intervenció primerenca és més important.

En el tractament dels nens que podem situar dins la neurosis, la funció del terapeuta serà ajudar-lo a construir una resposta que posi un límit al malestar, al gaudi. Ajudar al nen a trobar els recursos subjectius que l'ajudin a fer passar les pulsions per el discurs, és a dir, passar per ex. del joc violent entre animals a un joc on els protagonistes siguin personatges humans que posin paraules als conflictes, ajudar-lo en

d'altres casos a temperar una angoixa invasiva posant nom i forma a allò que l'angoixa, o sortir de la inhibició ajudant-lo a mobilitzar els seus propis recursos. En definitiva, construir el que nosaltres anomenem un "bon símptoma", aquell que li permetrà aprendre i relacionar-se de forma satisfactòria.

Per això, un tractament no té una funció reeducativa, ni té com a objectiu aconseguir una normalització del desenvolupament, sinó ajudar al nen a construir una resposta pròpia a la pregunta que sorgeix de l'encontre amb la falta, la pregunta sobre el desig i el gaudi. Tanmateix construir aquesta resposta té efectes terapèutics que es reflecteixen en el desenvolupament i en els aprenentatges. Però cada nen té els seu ritme, en uns la millora simptomàtica és ràpida, en d'altres no tant.

Es en els primers mesos de vida, quan el nen comença a construir la seva pròpia imatge i a diferenciar-se dels altres. Comença a construir el que serà el seu jo. És una construcció que passa per la imatge, però també pel simbòlic, pel llenguatge. És a dir, poder-se diferenciar de la mare, poder tolerar la relació amb els altres nens, és un procés que es dona a condició de que hi hagi un operador lògic que ordeni i reguli aquestes relacions.

De vegades, aquestes condicions no es donen, i el nen no pot construir el seu jo, o queda enganxat amb una rivalitat imaginària que no li permet establir relacions amb els qui l'envolten. Són els nens que diagnosticuem dins de la psicosis. La manifestació clínica d'aquestes alteracions sovint passa per la seva conducta disruptiva, però el problema no està a nivell del comportament.

En aquests casos, el tractament haurà d'anar encaminat a introduir el nen en un discurs ordenat, introduir un ordre simbòlic que li permeti sortir de la rivalitat imaginària i articular els pensaments dins d'una significació que no sigui

persecutòria. Es tractarà de donar un marc simbòlic a la proliferació imaginària que l'envaeix i no li permet ni establir relacions amb els companys ni aprendre.

En el cas dels nens autistes les dificultats apareixen en relació al que anomenen el “vinclle”. Són nens que no han entrat en el circuit de la demanda, per això parlem de “desconnexió”. El tractament del autisme estarà orientat a possibilitar, mitjançant la nostra presència, la constitució de la imatge corporal, absent en aquests casos, i a donar lloc a que s'estableixi una relació que no resulti amenaçadora, per tal que aquests nens puguin accedir a la demanda, a poder demanar i ser demandats sense entrar en pànic cada cop que es convoca quelcom que els apunta directament com a subjectes diferenciats.

En l'atenció a nens tan petits com els que venen al CDIAP, el treball amb els pares és fonamental. No perquè pensem que la simptomatologia dels nens té a veure amb el que fan o deixen de fer el pares a nivell educatiu, sinó perquè el nen s'estructura en funció del lloc que ocupa en la subjectivitat de la parella parental. Abans de néixer el nen ja és parlat pels pares, per això les seves expectatives, els seus ideals, el moment en que el nen arriba al món... tindrà un pes molt important.

La causa dels símptomes però, no la situem en la família. Parlem de “condicions” familiars, de “contingències” però en cap cas creiem en una causa familiar de la neurosis o de la psicosi. Això no vol dir que pensem que els pares no tenen res a veure amb el que li passa al seu fill.

L'origen de qualsevol malestar podríem situar-lo en la manera íntima i particular que cada ésser parlant inscriu les primeres paraules que escolta i que acompanyen les sensacions en el cos que li procura la persona que té cura del nen, i també en el que Lacan anomena, “l'insondable decisió de l'èsser”, aquella que determina la inscripció d'un subjecte en

la estructura. Tots tenim símptomes, ningú se'n escapa, ni els nens ni els pares.

Malgrat que la nostra intervenció es focalitza en el nen, creiem també fonamental mantenir amb els pares una relació terapèutica.

El treball amb els pares, apuntarà a que puguin parlar del seu fill, “historitzar-lo”, que consisteix en prendre la distància necessària per a poder-lo situar com un subjecte individual, amb la seva història, amb les seves demandes i desitjos, amb una subjectivitat pròpia.

I això té efectes no només en el nen, sinó també en ells mateixos, de tal manera que eventualment, ens trobem que a partir de parlar del fill, els pares poden adonar-se'n de les seves dificultats personals i demanar ajut també per a ells.

En la cura del nen petit, com en la dels adults, és fonamental la transferència. No només la transferència d'aquell a qui tractem, sinó també en aquest cas, la transferència dels pares, que són qui en última instància sostenen el tractament.

Per això es tan important respectar el procés que cada família pot fer. Administrar amb cura què es diu i en quin moment es diu, ja que el més important no és el nom del que li passa al nen, sinó el “com” li passa, i els pares sovint necessiten temps per a anar-ho entenent i elaborant.

Que no es trenqui el vincle transferencial és la primera condició per a que un tractament es sostingui. I que això es doni en el treball que fem al CDIAP, no només depèn de la intervenció del terapeuta, sinó també de com els altres que envolten al nen i a la seva família es posicionen en relació al tractament. Ja Freud advertia dels “perills” de la ingerència de l'entorn en aquell que començava un anàlisi. Opinar sobre la pertinença del tractament o del terapeuta, els prejudicis que es puguin tenir per desconeixement, poden malmetre un tractament. I això sovint es fa amb totes les “bones inten-

cions”, però en el nostre camp no es tracta de bondat sinó d'ètica.

Tots sabem de la importància que els pares donen al pediatres i als mestres dels seus fills, per això la seva col·laboració ens és imprescindible. Sovint és a la consulta pediàtrica o a l'escola on es detecten els primers senyals d'alarma i són els professionals d'aquests àmbits qui deriven els nens i les seves famílies a consultar. La seva tasca és importantíssima, però no només en la detecció i derivació, sinó sovint també en el manteniment del tractament, sobretot en el cas d'aquells pares que no veuen necessari el tractament del seu fill.

Per això treballem en estreta relació amb tots aquells Serveis que tenen cura del nen i la seva família, els pediatres, el Serveis Socials i sobre tot amb els EAPs i les escoles. Alguns casos requeriran de més coordinació, i d'altres de no tanta. Aquí també el cas per cas és qui guiarà la major o menor necessitat de trobar-nos per parlar del nen.

Un parlar del nen que defuig la prescripció de pautes generals i apunta a entendre la seva subjectivitat, per entendre les seves dificultats i entenent-les, possibilitar que cadascú, en el seu àmbit, pugui trobar la millor manera de fer la seva intervenció, tant amb el nen com amb els pares.

Es tracta de posar en comú el coneixement i la experiència dels professionals implicats, per a poder “escoltar” en què i com el nen està afectat d'aquest malestar que manifesta mitjançant la seva simptomatologia.

La nostra clínica és una clínica que va més enllà del trastorn, perquè és una clínica que no pretén estandarditzar, sinó ben al contrari, treballar amb els més íntim del subjecte, amb la seva diferència que és allò que el fa únic i especial.

4.2 Què s'espera de l'atenció precoç?

Mireia Escardíbul i Ferrà. *Psicòloga clínica. Coordinadora del CDIAP de la Fundació Eulàlia Torres de Beà.*

Voldria agrair als professionals del CDIAP d'Agalma la invitació a aquesta jornada.

Quan la coordinadora d'Agalma, Lola López, em va demanar de participar en la jornada per parlar dels tractaments en el CDIAP, ho va concretar en tres aspectes:

1. Què fem en l'atenció precoç en quan als tractaments?
2. Què s'espera o se'ns demanda dels tractaments en els àmbits escolar, mèdic i social?
3. Demandes que no poden ser satisfetes.

En el nostre CDIAP atenem a la població de 0 a 6 anys del districte de Gràcia.

En els punts que esmentaré a continuació hi ha aspectes que són comuns als diferents professionals que treballem en el CDIAP, però n'hi ha d'altres que són més específics de la meva tasca com a psicòloga.

1. Què fem en l'atenció precoç en quan als tractaments?

Dins del marc del tractament, que és l'objectiu d'aquesta taula, nosaltres treballem amb una eina bàsica que és el **vinde**, és a dir, la relació afectiva d'interès mutu entre el terapeuta i el pacient, la qualitat de la qual facilita els aspectes sans del nen i la seva maduració. Es tracta de que el **vinde** permeti establir una relació de confiança entre el nen i el terapeuta on ell pugui sentir que es capta i s'entenen

les seves necessitats, demandes, que se l'escolta, que se sap de què va i que per tant pot confiar amb el terapeuta a l'hora d'expressar les seves emocions, necessitats, i així poder ajudar-lo a gestionar els aspectes emocionals que el facin patir i no li permetin progressar, i també anar-lo coneixent i captant els seus interessos i capacitats per esbrinar allò que el pot motivar i proposar-li activitats que despertin la seva atenció, capacitats de concentració i comprensió perquè pugui aprendre i progressar.

Aquest treball basat en el **vinde** és utilitzat per tots els professionals del CDIAP encara que tinguem formacions diferents: pediatra, fisioterapeuta, logopedes, treballadora social i psicòlegs.

Tipus de tractaments que fem:

- Fisioterapèutics, logopèdics, estimulatis i psicoterapèutics. Segons la indicació terapèutica poden ser:
- Individuals.
- Grup de dos.
- Grup de nens (4 ó 5 nens) amb grup paral·lel de pares.
- Grups de pares que tenen els fills en tractaments individuals.
- En tots els casos es fan entrevistes de seguiment amb els pares o cuidadors amb el referent del cas.
- Entrevistes amb la treballadora social quan el cas ho requereix que cada cop és més important i pren més rellevància en el CDIAP.
- El tractament també inclou les coordinacions amb els professionals vinculats al nen: pediatres, EAP's, escoles, llars d'infants, Serveis Socials.

Si cal aclarir aspectes dels tractaments ho deixo pel debat doncs el temps de que dispo no em permet estendre'm en aquest punt.

2. Què s'espera o se'ns demanda dels tractaments en els àmbits escolar, mèdic i social (jo afegiria també per part de les famílies).

a) Que els tractaments es facin en dies i horaris concrets.

Cada cop més es demana que els tractaments es facin en hores i dies molt concrets perquè el nen no perdi classe o les activitats extraescolars, i/o perquè els horaris laborals dels pares no permeten portar-los al tractament.

En el nostre CDIAP cada cop anem més col·lapsats i no tenim la disponibilitat horària que anys enrere.

Al darrera d'aquesta demanda es pot observar:

- Pares que realment volen portar el nen a tractament però que és difícil per l'horari laboral. Normalment en aquests casos, degut a l'interès de la família s'acaba trobant el dia i l'hora pel tractament. Els pares s'ho poden acabar arreglant.
- Pares que inconscientment són reticents a iniciar un procés terapèutic i haver d'enfrontar-se a les dificultats del nen i revisar la situació familiar. Aleshores cap horari els acaba d'anar bé.

De vegades també d'entrada accepten l'horari però després han demanat canvis per diferents raons.

Al darrera d'aquest aspecte "logístic" es va veient el grau d'implicació de les famílies, de compromís, de poder apropar-se a les dificultats del nen, d'afrontar les pors com a pares dins del procés evolutiu del fill, el grau de patologia familiar, i ajuda a pensar en el futur del tractament, el valorar si realment val la pena iniciar-lo o hi ha molt de risc d'abandó a curt termini amb el que suposa de deixar el nen sense ajut, el trencament.

En aquests casos el millor tractament per a les famílies o el més factible és anar fent entrevistes de seguiment amb els pares i el nen, més espaiades en el temps per anar treballant el fet

d'anar-los apropant a les dificultats del fill i d'ells mateixos com a pares, i de vegades això permet el que acceptin posteriorment un treball més continuat. De vegades també s'evita així el sumar-se a dinàmiques familiars de canvis constants o moltes exigències i les entrevistes permeten recollir i treballar el patiment de fons de les famílies.

El fet de perdre hores de classe també ho treballem en el sentit de valorar que l'ajut individual al nen permet o almenys aquesta és la intenció, de que després pugui continuar millor els aprenentatges o que millori la relació amb els iguals o les dificultats que pugui tenir.

Els aprenentatges tampoc estan tan compromesos com quan són més grans. El fet d'ajudar als nens en aquestes edats primerenques permet evitar mals majors en el futur.

En general, per part de les escoles tampoc tenim problemes i entenen els beneficis pel nen.

També hi ha famílies que el fet de portar el nen al CDIAP fa que ja no torni a l'escola en tot el matí, per exemple. Normalment es tracta de famílies que els costa organitzar-se dins de la quotidianitat. També ho treballem en les entrevistes.

b) Increment de la demanda de tractaments per nens que consulten per problemes de llenguatge i parla, i TDAH.

En els darrers anys ha anat en augment el consultar per part de les famílies, bé per iniciativa pròpia, bé per derivació de l'escola o del/a pediatre/a, sobre nens que tenen dificultats en el llenguatge i la parla, i/o nens amb TDAH.

Si hagués de descriure el tipus de nen pel qual es consulta tindria el següent perfil: nen entre 3 i 5 anys que no parla bé, que és molt mogut, que li costa estar centrat en una activitat, que reclama molt l'atenció, que li costa obeir, que s'enfada fàcilment quan no obté el que vol, podent arribar a pegar als pares en alguns casos, i que per casa va seguint als progeni-

tors allà on van per evitar estar sol. A tot plegat es sol afegir que el fill té dificultats per dormir sol i que, a casa, es selectiu amb el menjar.

Paral·lelament a aquesta situació s'observen uns pares cansats, desbordats, que no saben què fer amb el fill. Les mares de vegades ploren perquè solen passar més temps amb ell i senten que s'ha creat un cercle viciós en la relació, on van posant constantment límits al mal comportament del fill, però que sovint no funcionen o si funcionen és perquè acaben adoptant actituds dràstiques que els fan sentir malament i tal i com expressen “sempre sóc la dolenta”. Els pares també diuen que el fill no sol aprendre de l'experiència i torna a recaure en els mateixos comportaments. En definitiva transmeten relacions poc satisfactòries.

No m'entretindré a parlar de les possibles causes que hi poden haver al darrera d'aquests fills tan demandants, ansiosos, amb dificultats per tolerar la frustració i/o que tenen dificultats en el llenguatge i la parla doncs es pot comentar en el debat.

De cara al tractament en el CDIAP:

- Respecte al TDAH expliquem a les famílies la nostra manera d'entendre'l i treballar-lo en el tractament.
- Primer veure si el nen en totes les circumstàncies li costa centrar l'atenció o quan està motivat pel que se li mostra està atent, quiet. Seria un TDAH?
- Expliquem que nosaltres no entenem el TDAH com un trastorn, sinó com un síndrome on la hiperactivitat, el dèficit d'atenció i la impulsivitat són símptomes d'una estructura de personalitat que hi ha sota i és sobre la qual en el tractament treballem. En el fons del dèficit d'atenció, impulsivitat, moviment, etc, podem trobar per exemple un nen amb un trastorn generalitzat del desenvolupament (TGD), o amb trastorns afectius i/o d'ansietat, o amb trastorns neurològics, d'aprenentatge, retard mental... o factors ambientals estres-

sants on el nen ha crescut sense límits o amb límits inadequats, incoherents i/o posats sense empatia.

- Treballem amb els pares en entrevistes individuals i/o en grups de pares. Intentem higienitzar l'ambient i buscar vincles més positius i de progrés.

D'altra banda fem coordinacions amb els professionals de la xarxa, sobretot amb escoles i l'EAP per a veure de quina manera aquests nens poden tenir una atenció més individualitzada doncs per les pròpies dificultats encara no estan preparats per compartir espais amb els companys de l'aula. De vegades requereixen de vetlladores i treballs en grups reduïts. També intentem entre tots trobar maneres per ajudar-lo en lo cognitiu i relacional.

Cal plantejar l'ús de fàrmacs? Dependrà de la valoració que en faci la pediatra. Per exemple un cas en el que se sol plantejar és quan s'ha establert un cercle viciós en la relació del nen i el seu entorn on el nen mostra uns nivells d'ansietat alts, molt difícils de sostenir per ell mateix i les persones que l'envolten.

Respecte a l'augment de nens amb dificultats de llenguatge i parla, el treball que fem és logopèdic si realment es veu una dificultat específica en aquesta àrea, o treballs d'estimulació més globals si hi ha tot uns aspectes cognitius i/o emocionals prioritaris a treballar i que dificulten el desenvolupament del llenguatge i de la parla.

c) Demanda de coordinacions per plantejar el futur de nens amb necessitats educatives especials.

En el CDIAP fem tractaments per a nens amb necessitats educatives especials d'un cop, màxim dos cops per setmana.

Què succeeix quan el nen està a P-5 i ha de passar a primer de primària amb moltes dificultats cognitives i/o emocionals i sense poder ajudar-lo més des del nostre Centre i amb un

CSMIJ que no li podrà oferir una atenció continuada perquè està col·lapsat?

La continuïtat en l'escola ordinària és la millor atenció per a ell? Quins ajuts adequats se li poden oferir? L'escola especialitzada no seria una millor opció per atendre millor les seves necessitats? Si cal i la família no està prou preparada es podria pensar en l'opció de l'escolaritat compartida?

Totes aquestes qüestions cal anar-les tenint presents abans de donar l'alta al CDIAP o que acabi el curs de P-5 per tal de donar un enfoc sobre el futur del nen a la família. Ella tindrà la darrera paraula però els professionals que treballem al voltant del nen ens hem de posar d'acord respecte a com plantejar el futur del nen, i de vegades hi ha discrepàncies. En cas de desacord normalment nosaltres tendim a ser més partidaris de l'escolaritat compartida o especialitzada. De vegades ja la veiem necessària abans de que el nen faci primer.

d) La “no demanda” per part de les famílies.

Hi ha pares que consulten sense una demanda explícita per part d'ells i vénen perquè els han derivat altres professionals (escola, EAP, pediatre, Serveis Socials).

En aquests casos no hi ha una consciència clara del problema. Observem diferents situacions:

- Famílies que encara que no vegin el problema accepten el tractament. No se'ls percep amb una actitud contrària al treball a fer amb el fill i en entrevistes amb ells els podem anar apropant a les dificultats del nen.
- En d'altres casos cal valorar l'inici del tractament perquè intuïm que el poden trencar per les reticències que tenen. Caldrà un treball previ amb ells.

e) Depositar moltes expectatives de canvi en el tractament.

Què passa quan el nen durant el tractament passa per èpo-

ques on fa regressions a casa o a l'escola? Els pares ho viuen com un retrocés, com un tornar a l'inici. També de vegades des de l'escola.

Cal treballar la idea de procés i de que es passen per aquests períodes, però cal veure el nen en perspectiva i si els moments de retrocés cada cop són menys, no duren tant i si el que en un inici era l'actitud normal del nen amb totes les dificultats que això comportava, amb el temps els moments difícils són més l'excepció.

També el fet d'anar treballant des del vincle implica un procés i cal temps. No es tracta d'una "teràpia-exprés". Es poden fer intervencions puntuals en alguns casos amb les famílies, però en general cal un temps.

També alguns tipus de tractament necessiten de la col·laboració dels pares a casa. Per exemple en el treball logopèdic de tonificació dels òrgans bucofonatoris cal que els pares treballin cada dia a casa amb el fill amb uns exercicis, sinó amb 45 minuts de sessió a la setmana no es pot aconseguir una millora.

f) Increment de la demanda d'informes.

De fa uns anys ençà que notem una forta demanda de fer informes dels nens que atenem, tant si estan en el procés diagnòstic com en el tractament.

En el nostre CDIAP tots els nens surten amb un informe d'alta on s'explicita el motiu de consulta, els antecedents, les exploracions fetes, la síntesi diagnòstica, la indicació terapèutica, el curs i evolució del tractament, el treball social quan ha calgut, i les recomanacions futures.

Durant el temps que atenem els nens en el CDIAP se'ns demana informes per part d'advocats en casos de separació, per part dels diferents professionals de la xarxa.

Quants d'aquests informes són necessaris i tenen utilitat? Tenint en compte que també ens coordinem per parlar dels

nens no s'està duplicant feines? La pressió assistencial és gran i no caldria optimitzar els esforços a favor de l'atenció al nen?

3. Demandes que no poden ser satisfetes

- No sempre podem oferir els horaris de tractament que els va bé a les famílies com ja he comentat.
- No podem oferir més sessions de tractament setmanals. A dia d'avui podem atendre als nens un cop per setmana i com a màxim dos (nens amb TEA).
- Intentem fer totes les coordinacions que se'ns demanen però en el cas de traslladar-nos a les escoles no sempre ho podem fer amb la immediatesa que voldríem per problemes d'agenda.

4.3 El cuerpo afectado

Sonia Navarro. *Fisioterapeuta y Licenciada en Psicología*
CDIAP Agalma

Antes de desarrollar la charla os planteo dos ideas que quisiera remarcar:

Por un lado explicar que los tratamientos realizados en un CDIAP con los bebés y los niños que atendemos, se basan en la **creación de un espacio de relación**. Es este espacio de relación el que permite implementar las medidas terapéuticas y orientaciones oportunas. Esta relación se hace con otro y en el abordaje corporal ese “otro” significativo, ¡que no es cualquier otro!, es el soporte que permite que el niño consienta poner “en juego” su cuerpo.

Por otro lado, constatar que muchos de los problemas y dificultades que presentan los niños en etapas tempranas (0-3), se producen en el cuerpo y sus **manifestaciones**. El niño que presenta “alteraciones” en el cuerpo en estas edades, es motivo de grandes alarmas y no sólo cuando se constata un problema de desarrollo. Se trata de una dimensión fácilmente observable por los adultos y profesionales que se encargan de las distintas vertientes de maduración del niño. A menudo, inmediatamente la dificultad o diferencia de un niño, se valora “derivable” o susceptible de una intervención especializada para “reducirla o retirarla” cuanto antes.

Para nosotros; sin embargo, el cuerpo de los niños es un lugar de expresión, un lugar de palabra, es allí donde se condensan emociones y afectos, a parte de algunos problemas de desarrollo. Por eso partimos de la base de que el cuerpo si-

empre está afectado por los afectos (afectos como la angustia, como la satisfacción, la excitación, etc.)

Dicho esto, expondré el tipo de atención y trabajo que realizamos en el CDIAP desde el abordaje corporal:

En el marco de la atención interdisciplinaria ofrecida en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz, los tratamientos de fisioterapia y psicomotricidad ocupan un lugar importante. Durante los años 2010 y 2011 casi el 20% de las consultas que se realizaron en nuestro centro, recibieron inicialmente tratamientos de fisioterapia o psicomotricidad.

Los tratamientos de fisioterapia son más específicos y van dirigidos a los niños que presentan lesiones neurológicas, crisis comiciales, problemas osteo-musculares, anomalías sindrómicas, u hospitalizaciones prolongadas en los primeros días o meses de vida. En otros casos, se atiende a niños que ya en los primeros meses de gestación presentan alteraciones estructurales que la tecnología ginecológica y neonatal actual, permite detectar antes incluso del nacimiento. También se dirigen a los niños nacidos con prematuridad y que aún sin padecer lesiones constatables, presentan alteraciones en su regulación tónica y en los tiempos y modos en que consiguen realizar los aprendizajes motores.

El objetivo de la fisioterapia en un centro de Atención Precoz es fomentar y facilitar el desarrollo psicomotor a través de técnicas especializadas, adaptaciones técnicas y asesoramiento postural. Ya sea a partir de realizar sesiones de fisioterapia, de acompañamiento o de seguimiento y asesoramiento.

Los tratamientos de psicomotricidad, por otro lado, van dirigidos a niños que desarrollan durante los primeros meses de vida, estancamientos o variaciones importantes en la evolución psicomotora temprana, pero que en muchos casos no se producen por una causa médica, neurológica o traumática, sino como respuesta a un malestar psíquico o desen-

cuentro relacional durante el establecimiento de los primeros vínculos. O sea que, debido a una causa psíquica o emocional existen niños que retrasan o varían de manera importante la consecución de sus funciones motoras y de su desarrollo en general.

Los objetivos de los tratamientos psicomotrices también se basan en fomentar y facilitar el desarrollo psicomotor; pero a partir de ahí, inferir en el desarrollo psíquico. Por lo tanto, en estos casos se han de atender más específicamente, los aspectos psíquicos y relacionales que intervienen en la situación.

En la práctica cotidiana, en muchos de los casos que nos encontramos, ambos tipos de abordaje corporal, no se pueden separar.

Así pues, desde el ámbito corporal, el **cuerpo** del niño y su acción quedan comprometidos ya muy tempranamente, y esto para un bebé o niño pequeño tiene una doble dimensión;

El cuerpo del niño ha de ser construido, no se nace con un cuerpo (sino con un organismo). En el transcurso de los primeros meses, el niño se va a ir identificando a través de la imagen del otro, a una imagen unificada de su cuerpo. Es una construcción importante ya que se trata de la formación del yo. En algunas teorías de psicomotricidad también se habla de “totalidad corporal”.

Paralelamente a lo anterior, el cuerpo del niño se convierte en la herramienta indispensable de conocimiento del entorno más inmediato. Una herramienta con la que los niños se orientan y se relacionan con él, ejemplo: un niño que ha ganado un cierto control cefálico y ha madurado su desarrollo visual, podrá ir ganando control en el tronco e irá liberando sus brazos del tronco para dirigir sus manos hacia los cuidadores y objetos cercanos. Así, también podría llevar sus manos a la boca. Si esto no se produce, por

alguna causa grave neurológica o traumatológica, el niño no podrá sentarse, ni manejar sus manos con respecto a su eje corporal y esto tendría como consecuencia no conseguir una alimentación autónoma. **Otro ejemplo** podría ser el de un niño que gatea y decide por donde se desplaza y qué es lo que puede explorar, pero éste, si no se pusiera de pie y se desplazara caminando, perdería su capacidad de transportar objetos con las manos...

En ambos abordajes, el niño que tiene su cuerpo afectado, **se encuentra** en un momento crítico de desarrollo en cuanto a sus primeros vínculos y contactos sociales, y en cuanto a sus primeras capacidades de individuación y subjetivación. La familia se encuentra afectada de tener que hacer algo con esa diferencia, con ése “obstáculo” en sus expectativas y deseos. Es así cómo comienza la atención en el CDIAP.

En realidad, los profesionales del CDIAP actuamos dentro de un marco de referencia, a parte de la especialidad que cada uno ejerza. En este marco de referencia, el equipo de profesionales, construye un espacio de reflexión, desde el cual, se articulan las diferentes intervenciones con las que se atenderá a cada caso particular en cada momento.

Destaco pues, las siguientes premisas de ese marco de referencia:

- las medidas fisioterapéuticas o de otro índole terapéutico se irán implementando paulatinamente y respetando el momento de individuación y subjetivación que cada niño (y su familia) van desarrollando particularmente
- los niños dependen de sus padres, que son sus tutores legales, y no podemos dejar de tener en cuenta los procesos emocionales (duelos, expectativas, modalidades de relación) que éstos desarrollan ante las dificultades que presenta el niño.
- además, los pronósticos siempre son inciertos y lo que

para un niño y sus padres con un determinado síndrome o discapacidad es insalvable e irreparable; para otro sólo puede suponer un pequeño obstáculo que se puede suplir o compensar con otra habilidad o capacidad.

Por todo esto hay que considerar que “la consecución del control motriz” y “la conquista del dominio del cuerpo” es particular para cada persona y el actor principal es cada niño. Sin embargo, esto sólo se puede realizar a través del otro y ese otro del que hablamos tiene un **cuerpo** que también “pone en juego” en ese espacio de relación donde se desarrollan las sesiones de tratamiento. El terapeuta en su intervención, se presta a encarnar ese otro que tiene un cuerpo y que “abre” al sujeto la posibilidad de ser reconocido en su singularidad.

Queremos recalcar la importancia del cuerpo del otro. Un otro con su presencia, con su tonicidad, con su lenguaje no verbal y verbal, con su voz, con su mirada, etc... Cuantos niños, durante los primeros juegos con sus padres, descubren el “proto-salto” cuando los lanzan al aire desde sus brazos o el primer apoyo de pies en la falda de sus progenitores. Cuanto control postural en la vertical ofrecemos a los recién nacidos cuando los incorporamos después de mamar para “hacer el rotet”. Cuantos juegos de manos y canciones infantiles mantiene la tradición cultural para favorecer que los niños junten sus manos en la línea media y un largo etc. de situaciones cotidianas.

Como dice Ajuriaguerra (en “Ontogénesis de las posturas: yo y el otro”, 1971)

“Nuestro cuerpo no es nada sin el cuerpo del otro, cómplice de su existencia. Es con el otro con el que se ve y se construye en la actividad de los sistemas que le son ofrecidos por la naturaleza, en la intimidad de este espejo reflectante que es el otro y que hace de nosotros un ser singular”

Sin lugar a dudas, tenemos que ser conocedores de los procesos de experimentación y automatización que se van sucediendo a nivel neurológico en los bebés (es el sistema ofrecido por la naturaleza, que dice Ajuriaguerra), pero también hemos de darnos cuenta de los procesos subjetivos que se van produciendo en la relación con el otro para que surja el deseo del movimiento, la orientación de la atención hacia el entorno y la curiosidad hacia los iguales, etc... Los fisioterapeutas somos testigos de cuántas férulas, “standings”, sillas adaptadas y tratamientos son ineficaces sin el deseo de mejorar o sin el consentimiento del niño a nuestro manejo.

Porque tenemos muy claro que un niño no camina porque tenga piernas, así como no habla, sólo porque tenga boca. Se tienen que poner en marcha mecanismos relacionales de identificación, proyección, etc...para que el niño concorra con su consentimiento a poner en marcha sus capacidades...¡cuales quiera que sean!. En algunos casos conocemos niños que con la activación de los párpados nos comunican sus preferencias. Niños plurideficientes que con su sonrisa expresan el agrado y con el aumento del tono muscular, se ponen “bien” rígidos y nos expresan su desagrado o negativa a alguna propuesta.

Es así pues, por esta necesidad de relación, que se necesita **ser sostenido**, para sostenerse después, **ser movido**, para movernos después, **ser parados o relajados** para podernos parar y relajar después. Sentirnos seguros en el cuerpo del otro nos hace movernos con estabilidad y equilibrio y esto se produce por lo experiencial y vivencial de la situación; a partir de poner en marcha “un juego” de deseos.

El placer de la existencia y la evitación del dolor, comienzan a partir de las percepciones corporales nada más nacer. Así se va a marcar nuestra memoria y a instaurar el proceso de creación de “huellas mnésicas” que conformarán la estructura de cómo integraremos las futuras experiencias.

Los que trabajamos con nuestro cuerpo, no sólo con el de los niños; sabemos lo que supone un ajuste tónico-emocional a partir de un balanceo, realizar un sostén de pecho; dramatizar el juego del escondite; sostener el tronco de un bebé que no aguanta la cabeza, cara a cara, facilitando la interacción de la mirada...

La construcción de las experiencias corporales en los bebés pasa por la relación con el cuerpo del Otro primordial que se ocupa de los primeros cuidados. Sin esta relación el cuerpo está desanimado, desvitalizado. Se sostiene a menudo en hamacas, tronas, cochecitos y “maxi-cosis” que son cuerpos artificiales, apoyos sin vida, y algunos niños tienen que hacer con su cuerpo desde ahí. Otras veces, algunos niños, están tan pegados al cuerpo de ese Otro primordial que no puede darse “la separación”. Así, a menudo, los niños no tienen claro ni su imagen, ni sus límites... Ese cuerpo de otro que no limita, tampoco deja crear los límites propios.

Así pues, el niño que tiene su cuerpo afectado variará y se adaptará a las propuestas que desde su propio cuerpo ofrece el otro y lo integrará (o no) desde esa vivencia. Esta experiencia **no se puede sustituir**.

Es necesaria la presencia y experiencia corporal del otro.

4.4 El vincle social en el nen petit

Ramón Almirall Ferran. *Psicòleg Eap Horta-Guinardo.*

Coordinador Projecte Interxarxes

Si el mes de setembre entrem a una classe de P3, tenim ocasió de veure un paisatge ben divers, en el que conviuen criatures que encara ploren reclamant la mare que acaba de deixar-les a l'escola, amb d'altres que expliquen amb un vocabulari molt precís el que els agradaria fer aquell matí.

Si entrem a la mateixa classe el mes de març següent, continuen havent-hi grans diferències entre unes i altres criatures, però sovint, a primer cop d'ull, notem un canvi general en la forma com s'acosten uns nens als altres, i notem també alguns canvis individuals espectaculars, que fan per exemple, que qui no deia ni una paraula mesos enrera, ara se'ns adreci per demanar-nos que li corderm la sabata.

També veiem com criatures que fins fa poc jugaven soles o només miraven de cua d'ull el company del seu costat, en una mena de joc en paral·lel, ara s'han acostumat a alternar joguines o a intercanviar algun objecte amb un altre nen o nena.

Estem davant de tot de canvis evolutius individuals, en els quals però, comença a tenir-hi un paper destacat el **vincle social emergent amb els iguals i amb nous adults cuidadors**. Es tracta d'un camí que emprenen les criatures al voltant dels 3 anys, quan comencen a mostrar interès explícit pels seus iguals i quan canvien també força coses de la seva relació amb els adults que els envolten.

D'això és del que m'han proposat que parli avui: **de la construcció de les relacions i el vincle social de les criatures al volt dels tres anys**.

Aquests canvis, als que acabo de referir-me, i que en alguns casos són realment espectaculars, han necessitat la concurrència de factors diversos, tots ells molt importants, i que haurem d'identificar per treure'n l'entrallat d'aquest procés que ens ha agradat tant contemplar. Però, alhora, l'alegria que ens desperta el recorregut d'algunes criatures, té un contrapunt preocupant, protagonitzat per aquells altres nens o nenes per als quals sembla que no hagin passat els mesos. Uns i altres, tot sigui dit, en mig d'un gruix de criatures que fan un recorregut força més tranquil i progressiu.

Per això, la pregunta que tenim sobre la taula no ens interroga només sobre els “per quès” dels prodigiosos progressos en aquestes edats, o per com es produeixen, sinó que ens obliga a preguntar-nos també per les **grans diferències en el desenvolupament** d'unes i altres criatures.

Com és que els dies no passen igual per a uns o altres?

Deixeu-me que em pronunciï d'entrada afirmant que el **vinde social** de les criatures al final de la primera infància, és **alhora causa i efecte** del seu procés de desenvolupament i aprenentatge.

Allò que acabarà fent una criatura amb els altres, el seu **vinde social**, és, de fet, **una autèntica construcció**, en el curs de la qual hi compten molt els fonaments que s'hagin anat forjant al llarg de tota la primera infància, però alhora, els progressos en la relació social aconseguits per la criatura esdevindran l'instrument més potent per al seu desenvolupament futur.

Maduració, desenvolupament i aprenentatge

Devem a Vigotsky (1984), i a tants altres investigadors posteriors com J. Bruner (2002) o B. Rogoff (1993) la claredat amb la que ara podem entendre com es relacionen Maduració, Desenvolupament i Aprenentatge. M'aturaré un minut a reflexionar sobre aquesta relació.

Sabem que, a diferència d'altres espècies animals, els humans naixem amb un nivell de maduresa neurofisiològica tan poc desenvolupada, que caldrà temps, per exemple, per tal que siguem capaços de digerir determinats aliments o de començar a desplaçar-nos autònomament. Es tracta d'un calendari maduratiu que posa ordre a les potencialitats pròpies de l'espècie fent que es vagin actualitzant amb el pas del temps, de manera que la maduració neurofisiològica haurà de seguir el seu curs: cap nen caminarà als 6 mesos, ni tindrà un metre i mig d'alçada al fer l'any, estigui vivint sol al mig del desert, o en l'entorn més estimulador que es pugui imaginar. La maduració té un calendari i a grans trets ningú se n'escapa.

En canvi, sabem també, que si parlem de funcions psicològiques superiors, com ara el llenguatge, la creativitat o la capacitat empàtica (essencials en la configuració del vincle social), és a dir, si parlem de desenvolupament, hi seguirà comptant el calendari maduratiu, però en aquest cas serà del tot insuficient considerar només el pas del temps o l'herència biològica, i tindrà un altíssim pes el **bon ajustament que s'aconsegueixi entre el que la maduració de l'individu hagi permès, i el que l'entorn de la criatura sigui capaç d'oferir-li.**

Si ens referim al Desenvolupament, resulta imprescindible considerar sobretot, la relació que la criatura estableix amb els adults cuidadors, des del mateix moment del naixement. Des del primer plor de la criatura, i des dels primeres gestos, la resposta emocional i l'atorgament de significat per part de la mare i els altres cuidadors, va donant sentit a cada acte de la criatura. Si ens situem doncs entorn als tres anys, l'experiència vital de la criatura ha tingut ja un llarg recorregut i, per bé i per mal, ja ha viscut o deixat de viure diferents acompanyaments a cadascun dels seus passos en el desenvolupament.

Així, en el terreny emocional, *el vincle segur* o *el vincle insegur* d'una criatura a la seva primera infància –en el sentit que ens explica Bowlby (1998)– el situarà amb diferents fortaleeses o fragilitats a l'hora d'accedir a la relació activa amb els iguals que afronta al volt dels tres anys.

Però, abans de seguir parlant de les inicials relacions vinculars, a les quals tornaré més endavant, deixeu-me que, després d'haver esmentat la maduració i el desenvolupament, em refereixi també al tercer pilar del creixement: l'aprenentatge.

Quan parlem d'aprenentatge ens estem referint a la incorporació, per part de la criatura, de tots aquells coneixements, valors o destreses, propis de la societat on viu. Es tracta d'una incorporació, fruit de la seva relació amb els altres i amb l'entorn, que generarà canvis, tant en la seva conducta, com en les formes de respondre a les situacions que se li presenten.

Hem pogut observar, i la recerca ho ha ratificat, que les criatures aprenen de molt diverses maneres, totes elles complementàries: aprenen relacionat-se amb els objectes al seu abast, a través de viure situacions diferents, per imitació, amb l'estímul o amb la prohibició, o per l'ajuda i l'acompanyament que rep en la realització de diferents accions.

La criatura aprèn fent coses, veient o sentint coses, i en la majoria dels casos gràcies a la regularitat de tot d'activitats quotidianes que, oferint-li seguretat, l'impulsen a atrevir-se amb noves experiències i assajos d'actuació.

En aquest sentit, el que succeeix al seu entorn i com es comportin les persones significatives per a ell, tant de casa com de l'escola, és del tot determinant per tal que pugui incorporar nous aprenentatges.

Perquè convé que recordem que tan cert és que el **desenvolupament impulsa l'aprenentatge** (i per això les criatures que dominen millor el llenguatge, planifiquen millor el joc o en-

tenen amb més precisió una instrucció de treball), com que l'aprenentatge és **generador de desenvolupament**, de manera que quan un nen aprèn a col·locar el got en un lloc determinat de la classe o a recollir les joguines quan ho diu la mestra i de forma compartida amb el seu company, no només aprèn aquella tasca, sinó que desenvolupa capacitats d'anticipació o d'inferència que suposen un pas endavant en el seu desenvolupament.

Enfilant la construcció del vincle social

Per tot això, quan parlem de vincle social en les criatures petites, no estem referint-nos només a aspectes emocionals o a aspectes cognitius, sinó a la fusió d'ambdós, amb destacables influències mútues.

Quan el nen de P3 comença a interessar-se pel joc que realitza la nena que té al seu costat, potser només serà per prendre-li algun dels objectes que ella té a les mans, però poques setmanes després, es queda quiet, mirant atentament, i tot seguit afegeix una peça a la construcció que fa la seva companya. Ha calgut una maduresa i un desenvolupament que no tenia 3 mesos enrera, però també ha calgut que tingués l'oportunitat per fer-ho. I des d'aquest primer joc col·laboratiu, la possibilitat de que l'acció compartida es repeteixi és molt superior.

Aprenentatge i desenvolupament estan actuant junts en la construcció del vincle social, com ho havien fet ja en tants altres aspectes del creixement de la criatura. I en aquest lligam entre els dos, hi ha ocupat **un paper essencial l'actitud per afavorir-ho que hagin tingut els adults que es fan càrrec de la criatura.**

La recerca ens ha mostrat també (Moreno y Cubero, 1990), que els nens amb relacions més funcionals amb els progenitors i els adults cuidadors, sovint resulten ser també els més

competents en les interaccions amb els iguals. Uns autors ho fonamenten en les destreses interpersonals adquirides i altres autors donen més pes a les variants afectives, dient que les criatures amb vincle segur no són necessàriament més destres, però si són més entusiastes i més amistoses, guanyant aleshores més adeptes.

En tot cas, hi ha coincidència a considerar que la suma d'ambdós aspectes (cognitiu i afectiu) dependria d'una major individuació i independència, guanyada en gran mesura, aquesta si, sobre la base d'una sòlida relació amb les figures d'afecció a la primera infància.

I seguint amb la construcció del vincle social, observem que poc després de les primeres cooperacions esmentades, s'està produint un nou canvi en la relació amb els iguals. No només s'ha passat de l'acció paral·lela a les relacions puntuals amb un altre igual, sinó que apareix el que podem anomenar *petit grup*. Ens referim a les dues o tres criatures que descobreixen juntes que poden negociar accions compartides mentre juguen plegades.

Aquests petits grups s'estructuren entorn a preferències per un tipus de joc, a semblances d'estil personal, o a un tret comú com és el fet de ser bellugadissos. I així comencen les cada cop més llargues estones de joc conjunt.

Recordem que en aquest moment evolutiu, *ser amics* s'assimila a ser un company de joc. Les criatures d'aquesta edat en diuen amic al "que fa coses amb ell o amb ella". No es tracta tant d'una visió amb perspectiva, com succeirà més endavant, sinó d'una percepció molt lligada a l'ara i aquí. Per això els sentim dir, per exemple, que en Pau "ja no és el meu amic, perquè no vol jugar amb mi a pilota". No serà fins els 4 o 5 anys que les criatures parlen dels amics com els que m'ajuden, **em** deixen coses o **em** diverteixen, amb una percepció més instrumental que al principi, tot i que encara força uni-

direccional (m'ho fan a mi). I fins vora 6 anys, no apareix una visió més bidireccional de l'amistat.

De fet, és a través del *joc amb altres* on les criatures d'aquestes edats desenvolupen moltes de les experiències relacionals més importants. A través del joc comencen a descobrir, junt amb els altres, algunes lleis que governen l'acció que comparteixen. Parlen i discuteixen sobre l'ús que en donaran a un objecte o es barallen per acordar el que s'accepta o no mentre es juga, en una mena de preludi del que seran les normes compartides del joc uns mesos després. D'altra banda, en el joc sociodramàtic, amb simulacions diverses, es projecten accions o es reproduïxen personatges, d'una forma en que la complicitat i l'intercanvi són l'element més enriquidor per a uns i altres.

En aquest mateix període estan desenvolupant-se també en els nens i nenes, altres competències que alguns autors han agrupat sota el nom de *coneixement social* (Palacios, González i Padilla, 2001), referint-se, tant al coneixement dels demés i la relació amb altres, com al coneixement de les institucions i les estructures socials properes.

Es tracta d'un aprenentatge molt vivencial i del tot vinculat a la pràctica relacional, sobretot en el sí de la família i de l'escola. Les criatures que ja saben qui era l'avi o el tiet, aprenen ara que els altres nens també tenen avis o tiets. I ho aprenen trobant-los, parlant-ne, o confonent-se al dir-ho, i essent corregits per la seva mare, per la mestra o per un company.

I un cop més, a l'aprenentatge social i relacional, tornem a trobar que la suma d'**amor i seguretat**, que quan la criatura era ben petita van posar el fonament del vincle segur, ara segueixen sent condició indispensable per al desenvolupament, guiant avenços fonamentals de la relació, i de la vinculació amb l'entorn.

Una criatura s'aventura amb tranquil·litat al descobriment

dels objectes o de les persones, quan sap que te les espatlles cobertes, quan rep del seu entorn **amor incondicional i certa-sa front als seus dubtes**. Contràriament, inhibeix la seva curiositat o es belluga sense nord, quan no té on agafar-se.

Sabem que una criatura resol els seus conflictes amb altres, trobant-s'hi, i havent de prendre opcions, per la qual cosa convé no anticipar-se més del compte a oferir-li la solució. Però sabem també que té diferents possibilitats d'èxit si ha viscut o no situacions semblants prèvies amb participació d'adults, a les quals, del conflicte n'hagi acabat sortint una solució.

I és que el guiatge que puguin oferir els adults cuidadors, cal que sigui un guiatge contingent, que aparegui en el moment oportú per resoldre la situació relacional que la criatura està vivint. El nen o la nena aprèn a sortir de la baralla a propòsit de ser ajudat a fer-ho quan la baralla s'acaba de produir, i quan se li “regalen” paraules per recordar com fer-ho, i els pares o la mestra li diuen per exemple: “i ara torna-li això a la Júlia i espera una mica, que ella t'ho deixarà després”.

Es tracta d'un guiatge en el qual sobren les llargues explicacions, i en el que cal, en canvi, l'ús de breus expressions que la criatura pugui repetir, o repetir-se mentalment, quan torni a succeir el conflicte: “a l'escola no donem cops” “les coses es demanen parlant”, “junts acabem millor la feina”...

Veiem doncs, que com tots els altres aprenentatges, el camí de construcció del vincle social, suposa també la participació guiada d'algú que acompanya la criatura oferint la suma d'expertesa i disposició afectiva.

I per acabar tres remarques per completar el que em proposava dir:

En primer lloc em sembla important subratllar que malgrat haguem destacat la importància del vincle segur, forjat a la primera infància, com el fonament més positiu per al desenvolupament posterior d'un vincle social funcional i saludable,

no hauríem de convertir aquesta consideració en una mena de condemna per als que no l'hagin pogut gaudir. Al final de la primera infància, quan al volt dels tres anys les criatures comencen a construir el vincle social, disposen encara d'una gran permeabilitat i flexibilitat que les posa en condicions d'aprofitar amb eficàcia les actuacions preventives, educatives i terapèutiques adreçades a complementar o compensar el dèficit vincular i relacional viscut fins aleshores.

En segon lloc vull destacar també que, quan els professionals ens acostem a una criatura d'aquesta edat per valorar-ne les capacitats i competències relacionals, és indispensable fer-ho amb una *observació de procés*. Una mirada estàtica, no ens permet veure quines són les tendències emergents, ni els recursos d'ajuda que aprofita millor la criatura en desenvolupament.

I en tercer lloc, vull recordar que si hem destacat el paper essencial dels progenitors en el desenvolupament de les capacitats relacionals de la criatura, caldrà plantejar-se que el suport i l'ajuda que puguin oferir els professionals (mestres, psicopedagogs o terapeutes) caldrà que s'abordi des d'una perspectiva col·laborativa, que sàpiga descobrir allò que els pares estan aportant ja al desenvolupament de la criatura, per fer-lo créixer, més que no pas pretendre instruir-lo des d'un saber extern.

Totes les criatures haurien de tenir l'oportunitat de començar bé el seu camí. A nosaltres ens correspon trobar les maneres de ajudar-les.

I en això estem.

Referències Bibliogràfiques

- Bowlby, J. (1989) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una Teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bruner, J. (2002) *Acción pensamiento y lenguaje*. Madrid: Alianza
- Moreno, M. C. y Cubero, R. (1990). *Relaciones sociales: Familia, escuela compañeros. Años preescolares*. A J. Palacios, C. Coll y A. Marchesi (Comps.), *Desarrollo psicológico y educación I*. Madrid: Alianza.
- Palacios, J., González, M.M. i Padilla M.L. (2001) *Conocimiento social y desarrollo de normas y valores entre los 2 y los 6 años*. A J. Palacios, C. Coll y A. Marchesi (Comps.), *Desarrollo psicológico y educación I*. Madrid: Alianza.
- Rogoff, B.(1993). *Aprendices del pensamiento. Desarrollo cognitivo en el contexto social*. Barcelona: Paidós.
- Vigotski, L. (1984) *Aprendizaje y desarrollo intelectual en la edad escolar*. *Infancia y aprendizaje* 27-28 (pp105-118)

5. Cloenda de la Jornada

Montse Gavalrà. *Psicòloga clínica i Psicoanalista.*

CDIAP Agalma

No m'estendré gaire i tan sols voldria fer referència a alguns punts que han estat recurrents i de contacte entre els diferents discursos.

Abans voldria, però, agrair en nom de tot l'equip d'Agalma la vostra presència i participació en aquesta jornada i també a totes les persones que s'han interessat però que per les limitacions de l'aforament no han pogut estar presents. (els límits estan a arreu).

Esperem que com deia la Lola López al principi, haguem transmès el nostre saber, la nostra experiència i el nostre treball clínic. També agrair especialment als ponents que han col·laborat i han estat al nostre costat.

Feia temps que volíem compartir la nostra clínica en un àmbit que permet l'escolta, la discussió, l'intercanvi i el debat entre els professionals que treballem amb la petita infància. Una clínica sota el discurs psicoanalític, respectuosa en el temps propi de cadascun i que apunta a allò que és subjectiu i particular de cada nen i de la seva família.

La Sra. Menès ha començat la seva xerrada definint què és un nen: un petit subjecte depenent de persones grans (generalment els seus pares) que no arriba a la consulta sol, perquè el seu desig està encara pres en el temps real dels altres de que depèn la major part del temps (els seus pares).

És així com els nostres pacients són els nens però el nostre treball també s'ha de fer amb la família.

També ens ha parlat del símptoma i la seva significació

i de com la significació del mateix pot marcar la direcció del diagnòstic i el tractament. Perquè el símptoma del nen parla i cal escoltar-lo des de totes les posicions: des del psicòleg, el fisioterapeuta, el logopeda, etc...i és també des de les diferents posicions que hi ha hagut més qüestions que han estat recurrents i que ens han posat en contacte amb els reptes i els límits de la clínica en la primera infància durant la resta del matí en les dues taules: sobre diagnòstic i tractament.

Sobre diagnòstic:

El diagnòstic del nen petit és un procés singular que ha de respectar el temps de cadascun per la seva pròpia evolució, perquè els símptomes a més a més de ser subjectius no estan encara fixats, poden ser transitoris i perquè cal escoltar al nen i la família per a poder fer el diagnòstic de l'estructura. El nen ens "parla" amb el joc, amb el dibuix i amb les paraules i els pares amb el seu discurs i la historització que puguin fer del seu fill. Aquest procés s'inicia a partir del primer contacte i ens orienta en el tractament. Els clínics podem moure'ns en hipòtesis però la comunicació del diagnòstic definitiu en aquestes edats a la família requereix cautela. És per tot això que sovint no podem satisfer les demandes que es fan al respecte des de l'entorn pròxim del nen.

De la terapèutica:

Des de les diferents disciplines hem escoltat que hi ha una manera comú d'abordar els diferents tractaments. Aquesta té en compte la subjectivitat del petit pacient i l'establiment de la transferència en el marc del tractament. Això permet que el nen es posi en joc i formuli la seva demanda així com que construeixi la resposta en els requeriments dels

altres: escola, família...El procés de construcció d'aquesta resposta té efectes terapèutics que es reflectiran tant en els coneixements, com en els aprenentatges, com en la relació amb els altres.

Com ja s'ha dit aquest matí la clínica de nens no té una funció reeducativa ni té com a objectiu aconseguir l'estandarització sinó acompanyar al nen en aquest procés.

La relació transferencial també és necessària que s'estableixi amb la família i amb l'entorn del nen. Tot plegat necessari per a sostenir el tractament.

És per això doncs que treballem amb la família, amb l'escola, amb els pediatres, etc...

Gràcies de nou,

I ara donem per acabada aquesta jornada.

Agraïm la participació en aquesta Jornada
de **Josep Ma. Panés**, President de l'Associació Catalana
d'Atenció Precoç amb la ponència
“L'atenció Precoç: de l'estimulació a la clínica”
que no ha pogut ser editada
en la present publicació.

JORNADA DEL CDIAP AGALMA
CLÍNICA DE LA PRIMERA INFÀNCIA
L'atenció Precoç: Reptes i límits

comissió d'organització:
Lola López, Montserrat Gavalrà, Selene Gómez,
Anna Poch, Elisa Thomas

Barcelona 2013

AGALMA neix de la iniciativa d'uns professionals amb llarga trajectòria en el camp de l'atenció a la infància des de les seves diverses vessants, i de la seva determinació d'integrar-se a la xarxa social, als serveis d'utilització pública.

Des d'abans de la seva fundació l'any 1999, l'equip d'Agalma, ha estat present en la creació i l'evolució del programa d'Atenció Precoç a Catalunya. Al llarg d'aquests anys ha anat creixent tant en la praxis clínica com en la seva formació, consolidant un equip professional que segueix una línia metodològica i epistèmica que entén que, més enllà de les perturbacions, trastorns etc., el desenvolupament del nen és solidari d'una determinada posició subjectiva que li permetrà l'accés al saber i als vincles socials.

Amb la col·laboració de:



Generalitat de Catalunya
Departament de Benestar Social
i Família



Ajuntament
de Barcelona

