

# Los centros de orientación psicopedagógica

por M.<sup>a</sup> Jesús Benedet



## 1. ¿QUE ENTENDEMOS POR CENTROS DE ORIENTACION PSICOPEDAGOGICA?

Con la denominación de «centros de orientación psicopedagógica» (o médico-psicopedagógica) hemos querido designar toda una serie de centros inspirados en los «child guidance centers» americanos, que, bajo *denominaciones y matices algo diferentes*, funcionan de un modo semejante y *persiguen los mismos o muy parecidos fines*. Se trata de los centros de orientación infantil, de los institutos medicopedagógicos, de los centros psicopedagógicos, de los servicios de higiene mental, de los servicios de neuropsiquiatría infantil y de otros centros semejantes. *Todos ellos tienen la característica común de agrupar en un mismo establecimiento a los diferentes técnicos* (médicos, psicólogos, asistentes sociales, psicoterapeutas y reeducadores) *que, mediante métodos adecuados, realizan un diagnóstico del niño y de su familia, dispensando la terapia más adecuada, sin separar al niño de su ambiente familiar.*

Al igual que los «child guidance centers» americanos, todos estos centros tienen por *finalidad fundamental*: «mejorar la adaptación de los niños a su

ambiente inmediato, interesándose sobre todo por sus relaciones afectivas y sociales, a fin de permitirles sacar el mayor partido posible de sus aptitudes individuales» (1).

En sus comienzos, la asistencia psiquiátrica infantil, al igual que la de adultos, se efectuaba casi exclusivamente en instituciones con régimen de asilo, que perseguían más la segregación del niño que su propia curación. Estas instituciones han ido sustituyéndose por los llamados «internados médico-pedagógicos», los cuales, si bien pretenden en la medida de lo posible reintegrar al niño a la sociedad, utilizando para ello todos los métodos terapéuticos modernos, continúan realizando su segregación, al menos temporalmente.

Todos sabemos hoy en día que la separación del niño de su ambiente familiar, aunque en determinados casos pueda ser beneficiosa, suele tener en general resultados negativos e incluso nefastos.

Los centros de orientación psicopedagógica responden, pues, a las modernas tendencias de la psiquiatría infantil, según las cuales el niño debe ser tratado en su ambiente familiar, siempre que sea posible.

El primer centro de orientación infantil («child guidance center») fue creado por Healy en los Estados Unidos. Healy trabajaba entonces con jóvenes delincuentes y había observado que en la infancia de casi todos ellos había existido toda una serie de síntomas psicopatológicos. Como resultado de sus estudios, decidió abrir en Chicago un centro de observación y de tratamiento para jóvenes delincuentes. Su actividad en dicho centro le llevó pronto a interesarse por la localización y tratamiento precoz de los síntomas psicopatológicos como medida de prevención de la desadaptación.

Siguiendo su iniciativa, comenzaron a crearse en diversas ciudades de los Estados Unidos centros semejantes al de Healy; estos centros dependían por lo general de las escuelas, de los hospitales o de los tribunales.

En 1921, el Commonwealth Fund se interesó por esta po-

lítica de prevención de la inadaptación, estableciendo un plan quinquenal para la creación de numerosos «child guidance centers» en todo el país; en 1927 existían ya en los Estados Unidos unos 500 centros de este tipo, en los que se atendía a más de 40.000 niños.

Esta política llevada a cabo en los Estados Unidos pronto se extendió a Europa. Así, pues, ya en 1926 se creó en Inglaterra el «Child Guidance Council», que comenzó a organizar centros de orientación dependientes de los centros escolares; en 1950 existían ya en este país 155 centros de orientación psicopedagógica.

Aproximadamente, a partir de aquella fecha, es decir de 1926, todos los países europeos comenzaron a crear sus propios centros de orientación psicopedagógica. En 1956 la OMS celebró en Lausana un *coloquio europeo* destinado a estudiar y difundir el funcionamiento de estos centros. En dicho coloquio se establecieron las bases de una labor de coordinación entre este nuevo tipo de centros infantiles y los demás servicios sociales, con el objeto de realizar entre todos ellos una eficaz labor social de conjunto en materia de prevención y de tratamiento de las enfermedades mentales en los niños (2).

En el momento actual, los niños acuden, por lo general, a los centros de orientación psicopedagógica enviados por las escuelas, por un pediatra, por un hospital, por un dispensario o por un servicio social. El motivo de consulta suele ser la aparición de trastornos de conducta o de trastornos emocionales; en algunos casos los niños suelen presentar además trastornos somáticos.

Aunque no de una manera sistemática, en cada uno de estos centros los niños suelen ser sometidos a un *triple examen* médico, psicológico y social, con el fin de llegar al establecimiento de un diagnóstico y del consiguiente plan terapéutico. Este plan terapéutico puede englobar diversas medidas de tipo somático, de tipo psicológico o de tipo social, y va dirigido fundamentalmente al niño o a su familia.

Cuando la terapia va dirigida principalmente al niño, hay que averiguar si es preciso modificar la estructura de su personalidad, para lograr su mejor adaptación social, o si basta con la aplicación de algunas técnicas terapéuticas más superficiales.

*La acción sobre la familia* es una característica peculiar de estos centros de orientación psicopedagógica, en los que se le concede una gran importancia.

El equipo básico de un centro de orientación está constituido por una asistente social (que analiza la situación psicosocial de la familia y su repercusión sobre el niño, ocupándose además de toda la relación del centro con la familia), por un psiquiatra (que estudia al niño desde el punto de vista médico y psiquiátrico y que analiza la dinámica familiar) y por un psicólogo, que es el encargado de estudiar las aptitudes del niño, sus dificultades específicas y la organización de su personalidad, descubriendo el origen de sus síntomas.

La actividad conjugada de estos tres técnicos—psiquiatra, psicólogo y asistente social—permite el establecimiento del diagnóstico y del plan terapéutico a seguir. Si bien estos tres técnicos colaboran estrechamente—cada uno desde su campo—en la aplicación del plan terapéutico, éste requiere además los servicios de una *serie de especialistas*. Así, pues, es corriente que todo centro de orientación psicopedagógica disponga por lo menos de un psicoterapeuta (que puede ser psiquiatra o psicólogo) y de un equipo de reeducadores del lenguaje (oral y escrito) y de la psicomotricidad.

En algunos casos un primer diagnóstico y una única decisión terapéutica son suficientes; sin embargo, en la mayoría de los casos el diagnóstico debe estar permanentemente sujeto a revisiones y, con él, el plan terapéutico también.

Los centros de orientación psicopedagógica necesitan además la colaboración de diversas instituciones de asistencia social para poder llevar a cabo la aplicación correcta del programa terapéutico del niño y de su familia; esta colabora-

(1) BUCKLE, D., y LEOVICI, S. (1958), p. 9 de la versión en lengua castellana aparecida en 1959, editada en Ginebra por la OMS.

(2) La monografía BUCKLE y LEOVICI (1958) constituye un resumen de las ideas expuestas en dicho coloquio.

ción permite, además, el que los centros de orientación psicopedagógica puedan llevar a cabo otra de sus finalidades fundamentales, que es la prevención de la inadaptación mediante la localización y el tratamiento precoz de los niños necesitados de ayuda.

## 2. ESTRUCTURACION DE LOS EQUIPOS DE UN CENTRO DE ORIENTACION PSICOPEDAGOGICA. INTRODUCCION: EL TRABAJO EN EQUIPO

Todos los que se ocupan de las dificultades de adaptación del niño y de los medios de remediarlas, reconocen la necesidad de lograr la colaboración de diversos profesionales para comprender los trastornos del comportamiento infantil y, en su momento, prescribir el tratamiento oportuno.

La complejidad de los problemas presentados por los niños inadaptados basta para justificar la necesidad del trabajo en equipo; es evidente que esos problemas, sean de índole psiquiátrica, psicológica y psicopatológica, sociológica o pedagógica, son de una amplitud tal que un solo especialista sería incapaz de abarcarlos en su totalidad.

Siguiendo a Buckle y Lebovici (1958):

«La mejor forma de definir el trabajo en equipo es formular, como principio, que sobre él debe basarse toda la acción diagnóstica y terapéutica de los centros de orientación. En efecto, tanto en la elaboración de la anamnesis y en el establecimiento del diagnóstico como en la adopción de la terapéutica y en la vigilancia ulterior, los diversos técnicos del equipo desempeñan siempre una función cuya importancia varía, por supuesto, en las diferentes fases del trabajo. El trabajo en equipo no sólo exige que cada uno pueda expresar su punto de vista en cada momento del trabajo técnico, sino también que las distintas opiniones se formulen, se discutan y confronten de un modo constante» (página 31 de la edición castellana).

«Con cierta frecuencia la jefatura del equipo recae en el

psiquiatra: en efecto, en muchos países se considera que por su formación médica está mejor preparado para tener siempre una visión de conjunto de los problemas y para asumir las responsabilidades con frecuencia graves que entrañan los diversos tratamientos prescritos. A decir verdad, el psiquiatra sólo será un verdadero jefe si sabe mantener el espíritu de equipo sin ejercer una autoridad abusiva y comprender el punto de vista de cada uno acerca del problema. Por último, su labor de jefe de equipo le obliga a ser aún más exigente en cuanto a la amplitud y a la profundidad de su preparación» (pág. 32).

«Señalemos, por último, que a nuestro juicio la dirección del equipo puede estar a cargo de un técnico distinto del psiquiatra, cosa que por otra parte sucede en algunos centros» (página 32).

En cuanto a las modalidades que caracterizan el trabajo de equipo, diremos que cuando el grupo adquiere la coherencia necesaria, el trabajo de equipo adopta sobre todo la forma de discusiones sucesivas. La necesidad de tales discusiones es constante, ya que los datos que determinan en cada caso la actuación diagnóstica y terapéutica deben ser revisados constantemente de acuerdo con los nuevos conocimientos adquiridos. Las discusiones tienen además la ventaja de obligar a cada miembro del equipo a expresar con claridad sus opiniones, a la vez que les ofrecen la oportunidad de una permanente formación por el contacto con sus compañeros.

Según la estructuración de los «child guidance centers» americanos, el núcleo de un equipo de orientación psicopedagógica debe estar constituido, como ya hemos dicho, por una asistente social, un psiquiatra y un psicólogo. Ya hemos dicho también que este núcleo debe estar complementado por un equipo de psicoterapeutas y de reeducadores que permitan llevar a cabo el tratamiento en el propio centro.

Aunque no existe nada reglamentado acerca de la preparación académica que debe poseer cada uno de estos técnicos, por lo general todos los

centros suelen exigir condiciones de formación básica muy parecidas.

### 2.1 El psiquiatra

El psiquiatra de un equipo de orientación psicopedagógica suele ser el personaje principal del mismo, ya que, en principio, es el encargado de supervisar toda la actividad del equipo en sus diferentes fases y aspectos.

Aparte de su labor específica en tanto que encargado de estudiar al niño desde el punto de vista somático y psiquiátrico y de estudiar la dinámica de la familia—todo lo cual constituye su aportación al establecimiento del diagnóstico—, el psiquiatra es normalmente quien decide el tipo de tratamiento a efectuar y quien debe supervisar repetidamente ese tratamiento a lo largo de toda su duración; él es también quien debe promover y dirigir la labor profiláctica, los trabajos de investigación y la labor didáctica de su equipo.

Por todo ello el psiquiatra es, pues, el personaje del equipo que debe poseer una formación técnica más completa.

Una vez terminados sus estudios de medicina, el futuro psiquiatra infantil (o paidopsiquiatra) debe recibir, a la vez que una buena formación pediátrica, una sólida formación como *neuropsiquiatria infantil y de adultos*, además de una fuerte formación en psiquiatría general (de adultos y de niños). Debe poseer además un buen conocimiento de las técnicas de diagnóstico y de tratamiento utilizadas por cada uno de los restantes especialistas de su equipo (es decir, el psicólogo, el asistente social, el terapeuta y los reeducadores) (3).

El psicoanálisis personal es una condición de formación básica en el psiquiatra infantil que, aunque generalmente necesaria, no es suficiente y *debe ir completada por una formación psicoanalítica sistemática* como la que se imparte, por ejemplo, en los institutos psicoanalíticos, que en general suele ser de unos tres años de duración.

Al igual que los restantes miembros del equipo, el psiquiatra-jefe ha de practicar bajo

(3) En BUCKLE y LEBOVICI (1958), p. 49 de la versión castellana leemos a este respecto: «Hace poco tiempo DE SANCTIS y BOLLEA enviaron a diversos psiquiatras de niños un cuestionario sobre el problema de la especialización en neuropsiquiatría infantil. Esos autores llegan finalmente a la conclusión de que es necesario establecer un programa de cuatro años de duración con la siguiente distribución de estudios teóricos y prácticos: primer año, pediatría; segundo año: neuropsiquiatría de adultos; durante los dieciocho meses siguientes, neuropsiquiatría infantil, durante los seis últimos meses, períodos de prácticas en los institutos psicopedagógicos y en los centros de orientación.» [SANCTIS, de C., y BOLLEA, G. (1952)].

supervisión, durante mucho tiempo, en diferentes centros psiquiátricos de niños y de adultos, antes de estar en condiciones de asumir la responsabilidad que supone la dirección de un equipo de un centro de orientación psicopedagógica.

Sólo en las condiciones hasta aquí descritas el psiquiatra de un centro de orientación psicopedagógica podrá honradamente cumplir con su misión específica dentro del equipo y con sus funciones de dirección y de supervisión.

## 2.2 El psicólogo

La misión principal del psicólogo de un equipo de orientación psicopedagógica es la de evaluar, mediante las técnicas que le son específicas, los aspectos cualitativos y cuantitativos de las aptitudes y de la personalidad del niño.

Por lo general, el motivo de consulta del niño que acude a un centro de orientación es de orden psicológico.

El estudio psicológico del origen, de la estructura y de la dinámica del problema es, pues, de una importancia primordial en el establecimiento del diagnóstico; sin embargo, ello no quiere decir que todos los niños que acuden a un centro de orientación psicopedagógica deban ser sistemáticamente sometidos a un examen psicológico ni que éste deba ser necesariamente igual para todos los niños.

Antes de iniciar un examen psicológico es conveniente efectuar un estudio clínico previo del caso—lo que suele correr a cargo del psiquiatra del equipo—, con el fin de poder decidir si es necesario un examen psicológico y, en caso afirmativo, qué aspectos deben ser principalmente estudiados.

El examen psicológico puede versar principalmente sobre las aptitudes mentales del niño; en este caso el psicólogo debe hacer una estimación cualitativa y cuantitativa de esas aptitudes en el momento actual, haciendo referencia a las aptitudes originales o potenciales y tratando de explicar la causa de las posibles diferencias que encuentre entre aquéllas y éstas. Este tipo de examen puede bastar para explicar desde el pun-

to de vista psicológico el problema que presenta el niño, o bien para indicar la necesidad de profundizar más en el estudio de algún aspecto mental específico (por ejemplo, el pensamiento conceptual) o de uno de los aspectos instrumentales (por ejemplo el lenguaje oral, el lenguaje escrito o la psicomotricidad).

En otras ocasiones, el examen psicológico tiene por objeto principal el estudio de alguno de los aspectos instrumentales, mientras que otras veces puede versar principalmente sobre el estudio de la personalidad del niño, en cuyo caso el psicólogo utiliza las llamadas pruebas proyectivas, que permiten analizar el origen de los síntomas que presenta un niño, los mecanismos de defensa que ha elaborado y el equilibrio que ha establecido en su personalidad, así como el grado de estructuración y de movilidad de dicho equilibrio.

Así, pues, la evaluación psicológica del niño puede comportar uno, dos o los tres tipos de exámenes indicados.

El examen psicológico, junto con el examen psiquiátrico y con el estudio psicosocial, suele ser indispensable para el establecimiento del diagnóstico y del consiguiente plan terapéutico.

Ocurre con frecuencia que a lo largo de un tratamiento el niño debe ser sometido a sucesivas evaluaciones psicológicas con el objeto de controlar permanentemente la evolución de su estructura mental o de su personalidad.

Aparte de los exámenes psicológicos, el psicólogo suele realizar también diferentes tratamientos psicoterapéuticos, los cuales pueden comprender desde el simple apoyo pedagógico hasta la psicoterapia analítica.

El psicólogo participa, además, en los trabajos de investigación epidemiológica y demográfica que los centros de orientación llevan regularmente a cabo.

El psicólogo de un equipo de orientación psicopedagógica debe estar lo suficientemente formado como para poder eventualmente hacerse cargo de la entrevista anamnésica.

Todas las funciones hasta aquí descritas, que debe poder desempeñar el psicólogo clínico que trabaja en un centro de orientación psicopedagógica, exigen que éste posea una vasta y sólida formación.

Por lo general, la formación académica de un psicólogo clínico infantil comprende nociones de psicología general, de psicología experimental, de psicología social y de estadística; además debe comprender sólidos conocimientos acerca del desarrollo somático y psicológico del niño, acerca de la psicopatología infantil y de adultos y acerca de la psicopedagogía y de las modernas teorías de la personalidad; *a esto hay que añadir un dominio de la aplicación y de la interpretación de las técnicas del diagnóstico psicológico.*

Sin embargo, una sólida formación académica en cada uno de estos campos no es suficiente para capacitar al psicólogo para el ejercicio inmediato de su profesión en un centro de orientación psicopedagógica, por lo que es necesario que previamente trabaje en régimen de supervisión en diferentes centros de asistencia mental infantil, con el fin de adquirir la experiencia práctica necesaria.

Por último, se plantea con frecuencia la cuestión de si el psicólogo de un centro de orientación debe estar o no psicoanalizado. Aunque en un principio esto no parece indispensable, no cabe duda de que le será de gran utilidad en la realización de su tarea, especialmente cuando tenga que llevar a cabo entrevistas, interpretar pruebas proyectivas o efectuar ciertos tratamientos de inspiración psicoanalítica. Si el psicólogo efectúa psicoterapias analíticas, *su análisis personal no sólo suele ser indispensable, sino que ha de estar completado por una sólida formación psicoanalítica.*

## 2.3 La asistente social

La asistente social es la primera persona de un centro de orientación psicopedagógica que entra en contacto con la familia cuando ésta solicita una consulta. En este primer contacto la asistente social se encarga de averiguar el motivo

de la consulta y de ver si el caso entra dentro de las atribuciones del centro; por otro lado, es la encargada de explicar a la familia cómo funciona el centro. En algunos centros se envía a las familias que solicitan una entrevista una circular en la que se explican las modalidades de su funcionamiento.

La asistente social suele ser también la encargada de efectuar la anamnesis.

Los datos de la anamnesis, junto con los recogidos durante las entrevistas realizadas con las personas relacionadas con el niño y su familia (maestro, pediatra, asistente social familiar, autoridades, etc.), constituyen su aportación al diagnóstico.

En lo que respecta al tratamiento, la contribución de la asistente social consiste en efectuar los trámites necesarios para encontrar una institución adecuada para el niño cuando éste no puede ser tratado en el centro, y en su acción sobre la familia mediante el llamado «case work».

La labor terapéutica denominada «case work» ha sido definida por Buckle y Lebovici (1958) como la «técnica empleada por las asistentes sociales para ayudar a los individuos a encontrar una solución a los problemas de adaptación social que son incapaces de resolver por sí mismos» (pág. 43 de la edición castellana). Esta labor puede constituir una verdadera psicoterapia, aunque en ella la asistente social se abstiene de toda intrusión en el terreno de las motivaciones profundas del comportamiento.

La asistente social es también la encargada de seguir de modo continuado al niño y a su familia, no sólo a lo largo de toda la duración del tratamiento, sino además una vez terminado éste.

Las asistentes sociales suelen recibir en su escuela correspondiente una formación demasiado general, y por lo tanto, poco profunda, que no las capacita para trabajar de inmediato en el campo de la psiquiatría; sin embargo, en algunos países existen ya centros específicos para la for-

mación de asistentes sociales psiquiátricas.

La asistente social de un equipo de orientación psicopedagógica debe poseer conocimiento de psicología y de psiquiatría infantil y de adultos, de sociología, de psicoterapia y de psicopatología; debe conocer además los reglamentos administrativos relativos a la situación legal del niño.

Los centros de orientación psicopedagógica suelen organizar una formación sistemática para las asistentes sociales que desean especializarse en este campo. Esta formación, al igual que en el caso del psiquiatra y del psicólogo, debe ser completada mediante el ejercicio práctico, supervisado, en diferentes instituciones sociales que se ocupan de los niños y de sus familias.

## 2.4 Los psicoterapeutas

Por lo general, todo equipo de orientación psicopedagógica debe disponer al menos de un psicoterapeuta (psicólogo o psiquiatra) especializado, siendo de hecho frecuente que dispongan de varios.

Las técnicas psicoterapéuticas utilizadas en los centros de orientación psicopedagógica son muy variadas, y por ello los psicoterapeutas pueden poseer diferentes grados de formación. Sin embargo, es deseable que estos técnicos estén psicoanalizados y que hayan recibido además una sólida formación psicoanalítica, ya que el análisis personal no justifica por sí solo esa formación.

Cuando el psicoterapeuta efectúa terapias psicoanalíticas (psicoanálisis, psicodramas o psicoterapias de grupo), esa formación psicoanalítica es indispensable.

## 2.5 Los reeducadores

Se trata de técnicos especializados en las dificultades instrumentales que presentan los niños. Estos técnicos suelen efectuar el examen de esas dificultades con el fin de establecer un balance lo más completo posible y determinar el tipo de reeducación que requiere cada niño.

Entre estos reeducadores se puede distinguir: el pedagogo especializado, que se encarga de la reeducación de las discalculias, de las dislexias y de las disortografías, el ortofonista, o reeducador de las dificultades del lenguaje, y el reeducador de la psicomotricidad.

Estos reeducadores suelen poseer una formación básica en el campo de la pedagogía o en el de la psicología general, además de una especialización académica de dos o tres años, que comprende las técnicas de examen y de reeducación de sus respectivos campos de especialidad.

Dado que las dificultades instrumentales del niño anteriormente citadas suelen ir acompañadas de desequilibrios afectivos, se aconseja que los reeducadores posean también un conocimiento de las técnicas psicoterapéuticas, con el fin de que puedan dar a su reeducación un auténtico matiz psicoterapéutico.

## 3. LA LABOR BÁSICA DESARROLLADA POR LOS EQUIPOS DE LOS CENTROS DE ORIENTACION PSICOPEDAGOGICA

La labor básica desarrollada en los centros de orientación psicopedagógica suele tener lugar, en cada caso, a través de una serie de etapas de trabajo perfectamente definidas, que esquemáticamente y de modo convencional podemos establecer que son las siguientes:

- La anamnesis.
- El diagnóstico (en el que incluimos los diferentes exámenes practicados al niño).
- El tratamiento.

A estas etapas de trabajo se superponen la acción profiláctica y la labor docente e investigadora desarrollada por estos centros permanentemente.

### 3.1 La anamnesis

La elaboración de la anamnesis, que requiere la colaboración de todo el equipo, si bien en diferente medida, ocupa un lugar preferente en la actividad de los equipos de un centro de orientación.

*La investigación anamnésica suele correr principalmente a cargo de la asistente social y comienza en el momento de la primera entrevista, prolongándose a través de las sucesivas entrevistas de la familia con los diferentes técnicos del centro, lo que obliga a continuas revisiones de los datos recogidos.*

En realidad, ya cuando la familia telefona al centro pidiendo una primera entrevista, la secretaria encargada de concertarla puede recoger datos interesantes. En muchos centros existe una persona—secretaria o asistente social—encargada de atender a las familias en la sala de espera; esta persona es al mismo tiempo la encargada de observar la aptitud de las familias y la relación madre-hijo a lo largo de la espera; los frutos de esta observación constituyen nuevos datos que han de sumarse al estudio anamnésico.

La primera entrevista con una familia—que ya hemos dicho que suele correr a cargo de la asistente social—sirve para obtener una visión general del problema y, al mismo tiempo, para preparar a la familia a la aceptación de posteriores entrevistas, a lo largo de las cuales la asistente social recogerá nuevos datos, cada vez más concretos, acerca de los antecedentes familiares del desarrollo del niño, de la aparición de los primeros trastornos y de la evolución de estos últimos.

Forma también parte de la anamnesis la realización de un estudio minucioso de la reacción del ambiente familiar y escolar, y en general de todos los ambientes frecuentados por el niño, frente a sus trastornos, así como un estudio de la dinámica familiar y de las relaciones de la familia con su medio ambiente.

El trabajo de investigación anamnésica no siempre resulta fácil, ya que los padres que acuden a un centro de orientación con su hijo pueden adoptar una actitud ambivalente, que les lleva, por un lado, a confiarse al centro y, por otro, a oponerse a él. Esta actitud ambivalente, que la persona encargada de las entrevistas anamnésicas debe tener en

cuenta y saber superar, complica en cierta medida su tarea.

Ya hemos visto hasta aquí cómo la asistente social es, pues, la artífice principal de las entrevistas anamnésicas.

*La contribución del psiquiatra a la elaboración de la anamnesis es, por lo general, secundaria y sólo interviene de un modo más activo y directo cuando los padres del niño parecen presentar síntomas patológicos importantes. Sin embargo, en los centros de orientación psicopedagógica de los países latinos es frecuente que sea el médico psiquiatra el encargado de efectuar la entrevista anamnésica; ello es debido a que en esos países el médico suele gozar de más prestigio social que la asistente social y que el propio psicólogo, por lo que frente a él los padres se suelen sentir generalmente más motivados.*

En cuanto al psicólogo, en principio éste no suele intervenir de modo directo en la entrevista anamnésica; su aportación a ésta suele quedar limitada a comunicar al equipo los datos que haya podido obtener durante el examen del niño o durante las conversaciones mantenidas con sus padres. Sólo en los centros que excepcionalmente carecen de asistente social y en los que, a la vez, el psiquiatra no puede ocuparse de la entrevista anamnésica, es el psicólogo quien se encarga de realizarla.

Así, pues, vemos que en principio es conveniente que todos los miembros del equipo estén preparados para efectuar la investigación anamnésica y que posean, por lo tanto, los conocimientos adecuados de psicodinámica.

La elaboración de la anamnesis requiere por lo general una serie de entrevistas sucesivas y la participación de los diferentes técnicos del equipo. Estas actuaciones sucesivas con la familia no sólo deben tender a recoger datos, sino, además, a intentar modificar la actitud de la familia con respecto al niño y a sus dificultades; constituyen, por lo tanto, una primera intervención terapéutica, que en muchos casos suele bastar de por sí; en otros casos, estas simples actuaciones sucesivas con la fa-

milia y una pequeña acción complementaria de *case work* (realizada por la asistente social) suelen ser también suficientes.

La investigación anamnésica debe continuar aun cuando el tratamiento haya terminado. Esta tarea, que efectúa la asistente social a través de su relación continuada con las familias, constituye la catamnesis, la cual viene a completar la labor anamnésica.

### 3.2 El diagnóstico

Como se afirma en Buckle y Lebovici (1958), «es imposible separar en la práctica la fase diagnóstica de la fase terapéutica, puesto que la elaboración anamnésica ejerce ya efectos terapéuticos y puede ser considerada como parte integrante del tratamiento» (pág. 52).

El diagnóstico en un centro de orientación debe ser muy amplio, ya que ha de incluir no sólo al niño, sino también a su familia, y en general a toda la dinámica familiar; debe además explorar las motivaciones profundas del comportamiento del niño, así como la reacción del ambiente familiar y escolar a dicho comporta-

miento y las influencias que esta reacción pueda a su vez ejercer sobre la inadaptación del niño.

Por otro lado, el diagnóstico debe ser dinámico, es decir, que debe tratar de determinar no solamente la estructura actual de los conflictos, sino además su grado de movilidad y su posible evolución, intentando averiguar si se trata de trastornos reaccionales y pasajeros, que pueden resolverse mediante una acción sobre el ambiente del niño, o si, por el contrario, esos trastornos han alcanzado ya un grado de estructuración tal que requieren una acción directa sobre el niño. Igualmente, el diagnóstico debe intentar determinar si se trata de conflictos graves (preneuróticos, prepsicóticos o caracteriales), los cuales requieren ante todo una acción profunda sobre el niño. Estas determinaciones no siempre son posibles; por otro lado, un mismo trastorno de comportamiento puede tener una significación muy diferente según la edad y las circunstancias en las que se manifieste.

El diagnóstico constituye el fruto de la labor de todo el equipo, ya que está basado:

sobre los datos de la encuesta social y de la elaboración anamnésica (efectuadas ambas por la asistente social), sobre el minucioso examen somático y psiquiátrico del niño y de su familia (realizados por el psiquiatra), y sobre los resultados de los exámenes psicológicos, efectuados éstos por el psicólogo.

Cada uno de estos tres especialistas aporta el resultado de su trabajo (realizado con el niño, con la familia o con ambos), por lo que el diagnóstico debe necesariamente surgir de la discusión conjunta de los resultados y de los puntos de vista de cada uno de ellos.

De todas formas, en psiquiatría infantil, un diagnóstico nunca constituye algo definitivo, por lo que se suele hablar más que de diagnóstico de *hipótesis diagnósticas*.

Las hipótesis diagnósticas deben ser constantemente revisadas a lo largo de todo el tratamiento e incluso, una vez terminado éste, a lo largo de toda la vida del sujeto.

A veces el diagnóstico no es posible más que internando al niño en uno de los llamados *centros de observación*. Estos centros, que suelen funcionar

en régimen de internado, permiten observar el comportamiento del niño fuera de su ambiente familiar y en los diferentes momentos del día: en la escuela (estos centros están dotados de un grupo escolar), en las comidas, en el aseo, en el sueño, en los juegos, etc. Sin embargo, dado que la separación del niño de su ambiente familiar suele inducir en él un estado depresivo, la estancia del niño en un centro de observación debe ser lo suficientemente larga como para asegurar que esa fase depresiva haya sido superada.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que el niño es un ser en período de evolución y que, por lo tanto, está dotado de un dinamismo que modifica constantemente el equilibrio de su personalidad; por otro lado, hay que tener también siempre en cuenta que el niño está fuertemente sometido a la influencia de su ambiente familiar. Se trata, en resumen, de una *personalidad en formación*, por lo que se comprende que en estas circunstancias resulte difícil —a veces incluso imposible— establecer un diagnóstico, y sobre todo un pronóstico definitivos.



### 3.3 El tratamiento

Los métodos de tratamiento utilizados en los centros de orientación son muy diferentes de los que utilizaba la psiquiatría tradicional. En los centros de orientación psicopedagógica los tratamientos farmacológicos no están proscritos, si bien su utilización está exclusivamente limitada a los casos en que parecen estrictamente necesarios, de modo que en estos centros los métodos psicoterapéuticos ocupan un lugar claramente preferente.

El plan terapéutico no suele establecerse nunca de manera definitiva; en general se trata más bien de un proceso progresivo cuyos resultados parciales son sometidos a permanentes revisiones y reajustes; de hecho, no es frecuente que un problema presentado por un niño pueda ser resuelto mediante un tratamiento único dirigido exclusivamente a él; por lo general siempre se requiere una combinación de métodos terapéuticos, dirigidos unos al niño y otros a su ambiente, recibiendo mayor énfasis unas veces los primeros y otras los segundos, según los casos.

El diagnóstico debe permitir establecer el grado de profundidad que ha de tener todo tratamiento.

En el caso de dificultades instrumentales, el tratamiento está esencialmente basado en una reeducación pedagógica o en una reeducación del lenguaje o de la psicomotricidad. Sin embargo, puede ocurrir que estas dificultades no aparezcan aisladas, sino superpuestas a una estructura patológica de la personalidad más o menos grave; en estos casos, la reeducación debe ir acompañada de una psicoterapia adecuada, y ambos tratamientos (reeducación y psicoterapia) pueden desarrollarse simultánea o sucesivamente, debiendo en este último caso comenzar por el que parezca más urgente de cara a una adaptación escolar o familiar más rápida.

Las dificultades instrumentales raramente se presentan desprovistas de trastornos afectivos, por lo que su reeducación debe revestir siempre un marcado matiz psicoterapéutico.

Cuando el niño presenta únicamente (o predominantemente) problemas de tipo afectivo, es necesario tratar de discernir si éstos revisten un carácter reactivo a la situación ambiental o si, por el contrario, están ya estructurados. En el primer caso, la actuación terapéutica debe ir dirigida principalmente a la familia, mientras que el niño podrá recibir un simple apoyo afectivo (por ejemplo mediante charlas) que tenderá a establecer una buena relación entre el niño y su terapeuta.

Cuando los conflictos están ya en vías de estructuración, la acción terapéutica con el niño debe ser marcadamente más profunda. El psicoanálisis propiamente dicho debe quedar reservado únicamente para los niños que presenten una patología excepcionalmente grave (preneurótica, prepsicótica o caracterial).

La psicoterapia infantil debe ser muy flexible y requiere que sus especialistas estén en condiciones de poder cambiar de técnica en cualquier momento; de hecho, es frecuente que el terapeuta comience con una simple psicoterapia de apoyo y, a medida que ésta avanza, se vaya viendo la necesidad de hacerla evolucionar hacia una mayor profundidad o de darle orientaciones marcadamente diferentes.

La psicoterapia basada en el juego suele ser la más utilizada en los centros de orientación psicopedagógica, donde también se utilizan las psicoterapias de grupo y los psicodramas.

En cuanto a la acción con la familia, la ayuda puede ir desde las simples charlas, que comienzan ya en el momento de la exploración anamnésica y se prolongan a lo largo de todo el tratamiento del niño (lo que suele recibir el nombre de «apoyo psicosocial»), hasta el denominado «case work» o las psicoterapias analíticas, las cuales pueden ser individuales o de grupo.

En los centros de orientación psicopedagógica se utiliza cada vez más la *psicoterapia familiar*, que engloba al niño y a su madre (juntos o por separado) e incluso se extiende a todos los miembros de la familia. Hay que añadir, finalmente,

los casos en los que los padres presentan una patología severa y han de ser sometidos a un tratamiento individual (o de grupo), el cual se suele realizar en el propio centro o en un centro para adultos.

En cualquier caso, siempre que se inicia la psicoterapia de un niño —y más aún si se trata de un psicoanálisis— es preciso ocuparse de sus padres (especialmente de la madre), con el objeto de ayudarles a aceptar el tratamiento del hijo y a resolver los problemas que este tratamiento pueda plantearles.

La acción sobre el medio no queda siempre limitada al medio familiar; de hecho, las asistentes sociales intervienen con cierta frecuencia en las escuelas tratando de lograr que los maestros comprendan el comportamiento del niño o cambien su actitud hacia él.

### 3.4 La acción profiláctica

Los centros de orientación psicopedagógica suelen añadir a sus funciones de diagnóstico, de orientación y de tratamiento, una acción profiláctica más o menos extensa. Esta acción profiláctica reviste dos aspectos fundamentales: la educación de las personas directa o indirectamente relacionadas con los niños, y la localización de niños con problemas; en ambos casos los centros han de tener en cuenta sus posibilidades materiales de atender a la afluencia de niños que pueda resultar de este tipo de acción, pues sería nefasto alertar a las familias acerca de la necesidad de atender a sus hijos y no poder proporcionarles luego los cuidados que éstos necesiten.

Es norma general que los centros de orientación psicopedagógica organicen coloquios destinados a las autoridades que se ocupan de la infancia, a los técnicos especializados en niños (asistentes sociales, enfermeras, puericultoras, pediatras, directoras de guarderías, maestros, etc.) y a las familias. Estos coloquios tienen una doble finalidad; por un lado sirven para informar a esas personas acerca de las actitudes a evitar en su contacto con los niños, y por otro lado,

para sensibilizarlas frente a los síntomas patológicos que éstos puedan presentar y para indicarles el tipo de ayuda que puede prestarles el centro. A este respecto hay que aclararles muy bien el hecho de que un mismo síntoma puede ser patológico o no, según la edad del niño, y según las circunstancias y el contexto, y que en ocasiones estos desequilibrios se reestructuran por sí solos. Por todo ello, esta acción educativa debe poner un especial cuidado en evitar que los padres, los maestros y los educadores en general tiendan a ver automáticamente un carácter patológico en todas las conductas del niño y a culpabilizarse por ello. Para lograrlo, los técnicos de los centros de orientación psicopedagógica deben poseer una experiencia y una formación muy sólidas.

Esta labor educativa puede llegar a conseguir que sean estas mismas personas las que seleccionen en una medida aceptable a los niños que necesitan una consulta en un centro de orientación. Sin embargo, se trata de una labor lenta y difícil, por lo que es frecuente que los centros tengan que actuar durante mucho tiempo de una manera totalmente directa, enviando a sus técnicos a las escuelas para examinar a los niños menos adaptados.

Todo centro de orientación psicopedagógica debe atender, en primer lugar, a los casos que parezcan más graves y establecer una lista de espera para los menos urgentes; esta lista de espera no deberá ser nunca demasiado larga, lo cual exige que la selección de los casos sea muy afinada.

Buckle y Lebovici (1958) dicen a este respecto: «Lo ideal sería que todas las ciudades europeas dispusieran por lo menos de un equipo de orientación infantil por cada 45.000 habitantes.»

Es evidente que mientras no nos acerquemos a ese ideal, los centros de orientación se verán obligados a buscar un equilibrio entre su acción profiláctica y sus posibilidades materiales de atender a los niños y a sus familias, mediante una selección cada vez más afinada de los casos a tratar.

La colaboración de los centros de orientación psicopedagógica con los restantes organismos de asistencia social no solamente presenta las ventajas indicadas (referentes a la localización y selección de casos o a la acción preventiva en general), sino que, en muchas ocasiones, es indispensable para la buena realización del plan terapéutico.

### 3.5 La labor docente e investigadora

El sólo hecho de trabajar en equipo trae consigo un enriquecimiento mutuo de todo el personal técnico de los centros de orientación psicopedagógica; pero aparte de esta formación «espontánea», los centros de orientación suelen organizar toda una serie de enseñanzas, más o menos sistemáticas, en forma de coloquios, conferencias o seminarios, destinados al constante perfeccionamiento de su personal técnico.

Especialmente, el psiquiatra de cada equipo suele dedicar una buena parte de su actividad a esta labor docente y formadora.

En estos centros es frecuente, además, la organización de actividades docentes destinadas a la formación de especialistas ajenos al centro que se preparan para trabajar en otros centros de orientación.

Por último, hay que destacar también que cada centro de orientación psicopedagógica suele realizar una serie de trabajos de investigación sobre el material humano con el que trabaja o sobre los diferentes problemas que les plantea la práctica diaria.

### BIBLIOGRAFIA

BALINT, E. M.; BURBURY, W. M., y YAPP, B. J.: *An Introduction to Child Guidance*. London, Macmillan & Co. Ltd., 1950.

BELEY, A.: «Evolution des Modes d'Assistance en Psychiatrie Infantile-juvenile», Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 10-21 sep. 1960. París, 1968. Masson.

BOLLEA, G.: «La Psychiatrie Infantile en Europe», *La Psychiatrie de l'Infant*, I, núm. 1, 1958, pp. 181-209.

BOULARD: «Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique: entité nouvelle dans l'équipement médico-social départemental», in *Cahiers de l'Enfance Inadaptée*, 19, núm. 5, fév., pp. 4-8. París, 1969.

BUCLE, D.: «L'Action des Centres de Guidance Infantile», in *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 62, número 11, nov., pp. 993-1002. Bruselas, 1962.

BUCKLE, D., y LEOVICI, S.: «Les Centres de Guidance Infantile», O. M. S. Genève, 1958 (versión castellana aparecida en 1959).

CAILLE-WINTER, F.; KREISLER, L., y SOULE, M.: «Rôle et Définition des Centres de Guidance Infantile», in *Sauvegarde de l'Enfance*, mai-juin 1962, pp. 362-366. París.

CHARATAN, F. B.: «Function of the Child Guidance Clinic», in *New York State Journal of Medicine*, núm. 24, dec., pp. 3033-3035. New York, 1964.

HEALY, W.: *Twenty-five Years Child Guidance*, *Studies from the Institute of Juvenile Research*. Illinois, Department of public welfare, 1943.

MISES: «Les Bases d'Une Réorganisation de la Neuropsychiatrie Infantile (Conclusions du livre blanc de la psychiatrie française)», in *Evolution Psychiatrique*, núm. 32, fasc. 4, páginas 823-936, 1967.

SANCHEZ MOISO, M. E.: «Los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica», PANAP. Madrid, 1967.

SAND, E. A.: «La guidance Infantile» in *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, número 9, sep., pp. 794-810. Bruselas, 1960.

THEVENIN, L.: «La formation des principaux techniciens de l'enfance inadaptée», in *Sauvegarde de l'Enfance*, números 2-3, fév.-mars, 1951.

THEVENOT, J. P., et VIAUD, D.: «Etude documentaire et critique sur les centres médico-psychopédagogiques», Rapport introductif à la 4<sup>e</sup> reunion d'étude de la XX<sup>e</sup> Assemblée Fédérale des Sociétés de Croix-Marine, in *Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, dic. 1971.

# Educación y sociedad.

## Educación y estructura demográfica (II) \*

por A. Viñao Frago

### INDICE

#### 3. EDUCACION Y ESTRUCTURA DEMOGRAFICA

- 3.1 Estructura de la pirámide de población: consecuencias educativas.
  - 3.1.1 Un ejemplo de cambios coyunturales o a corto plazo y de sus efectos educativos: los supuestos de guerra.
  - 3.1.2 Cambios estructurales o a largo plazo.
    - 3.1.2.1 Efectos directos sobre la población escolar y el profesorado: análisis especial de la situación en los países subdesarrollados.
    - 3.1.2.2 Efectos indirectos: a través de la estructura profesional o de empleo.
- 3.2 Datos demográficos medibles: consecuencias sobre los procesos de planeamiento educativo.
  - 3.2.1 Estructura por sexo y edad de la población.
  - 3.2.2 Cálculo de los datos demográficos básicos.
  - 3.2.3 Previsiones puramente demográficas y demográfico-docentes.

\* La primera parte de este trabajo ha sido publicada en la REVISTA DE EDUCACION, año XX, número 221-222, mayo-agosto de 1972.

