

Educación a la luz del psicoanálisis

1ª parte

Camilo Ernesto Ramírez Garza

Llamamos malestares escolares a aquellas situaciones que suceden en el contexto educativo y que representan dificultades tanto para la labor que ahí se pretende, como para las personas que ahí convergen: alumnos y maestros. Dificultades que —tal cual fue señalado por Freud— junto al psicoanalizar y gobernar, el educar comprende una de las tres actividades imposibles, que nos plantean problemáticas (retos) a solucionar como parte de sus quehaceres cotidianos.

Algunas de dichas dificultades aparecen como efecto de las transformaciones del ámbito educativo afectando los lugares y funciones de los que ahí participan, que a ejemplo de la empresa busca homologar sus procesos mediante las lógicas de calidad educativa, tal como regula las del mercado, así como por la declinación de un tipo de autoridad que otrora hiciera funcionar las cosas. Hoy los discursos políticamente correctos (derechos humanos, víctimas, etc.) plantean la democracia y transparencia a todos los niveles, que ejercer la docencia en estos tiempos se vuelve una tarea



titánica, pues antes se podía resolver en lo privado situaciones que hoy tocan el ámbito público, como lo es decidir el castigo a un alumno que he hecho algo en la escuela, por parte de un noticiero vespertino que hace enlace en directo y llama a la sociedad y diferentes secretarías a emitir su juicio, a la par de que

consulta con los expertos, que como bien lo señaló André Bretón, “lo saben todo, pero nada más”.

Es en este contexto donde se presentan dichas dificultades. ¿Cómo cuáles? Alguien le dijo o insultó a alguien; que un niño no quiere trabajar, que se porta mal, que tiene problemas de conducta,

Psicología

que tiene problemas de autoestima, que no pone atención, que no hace las tareas, que se la pasa distraído todo el tiempo, etc. etc. expresiones que si notamos a detalle, funcionan como lugar común que nos dejan sin saber nada, por lo que habría que analizar el caso en lo particular: 1) ¿Qué se dice que hizo el niño o niña en cuestión? 2) ¿Ante quién? 3) ¿Eso que se dice que hizo, cómo lo entiende, como lo toma quién ahí finge en el papel de la autoridad, maestro, directivo, padres, etc.)? 3) ¿Cuál fue la respuesta del maestro ante lo que hizo su alumno? Es decir, ¿Cómo encaró el maestro (padres, gobernantes, etc. cualquier persona en el lugar de autoridad) “eso” que se presenta como una dificultad en su práctica? 4) ¿Cómo respondió el alumno? Es decir cuáles fueron los efectos.

Tales puntos pueden orientarnos en nuestra labor docente, posibilitando responder a eso que sucede que se considera problemático; más que sacarnos de ella refiriendo con un especialista al alumno (pues incluso aunque el alumno sea remitido con el psicólogo el maestro no queda anulado respecto a la función de educar) es plantearnos encarar, es decir, implicarnos en lo que sucede ante nosotros, en última instan-

cia todo maestro ante el cual se presenta una x problemática debiera preguntarse: ¿Cómo me toca, qué me plantea eso que el alumno hace? ¿De qué forma participo también yo-maestro-padre-directivo-autoridad, etc. en eso de lo cual digo que es un problema en mi trabajo y función? ¿De qué forma respondo (me hago responsable) de lo que sucede?

Preguntas que inscriben lo que acontece en un contexto determinado (escuela, casa, etc.) Ya que a menudo la consideración a priori de un “problema que alguien trae” bajo diferentes figuras neurológicas, genéticas, psicológicas y la familiares, en donde se le adjudica “el problema” a algo más (una enfermedad) fuera de la competencia de quien “ve” lo que sucede (los maestros y padres a menudo dirán que es un problema de la familia, del cerebro del niño o de la escuela) des-implicándose de responder ante lo que su alumno hace, es decir, lo más elemental: proponer algo para solucionar el o las cosas que son mis problemas de mi práctica, y no “los problemas” a secas de ese alumno.

Tel. 83 46 20 09
camilormz@gmail.com

¿Qué son las manías?

María Elena Moura

Es común pensar que una manía es un acto que repetimos con frecuencia, sin motivo aparente y que por su peculiaridad llama la atención de otros.

Empero, Psicología y Psiquiatría tienen un concepto distinto, el cual no se refiere a llevar orden excesivo o caminar por la banqueta tratando de “no pisar la línea”.

Cuando leemos la definición que nos proporciona el diccionario, en lo que respecta a temas de salud mental, encontramos que la palabra manía describe dos condiciones muy distintas: aquella “especie de locura, caracterizada por delirio general, agitación y tendencia al furor”, así como una “extravagancia o preocupación caprichosa por un tema o cosa determinada”.

Está claro que, llevados al extremo, ambos problemas pueden ocasionar deterioro en la convivencia de una persona e interferir en la realización de sus actividades cotidianas; sin embargo, sólo la primera es considerada propiamente como manía, aunque la opinión popular se suele inclinar por darle tal nombre a la segunda. Por ello, bien vale ahondar sobre este tema para evitar confusiones y, ante todo, destacar que cada padecimiento tiene origen particular y tratamiento específico.

ORDEN Y REPETICIÓN

Comprobar en decenas de ocasiones que los objetos del escritorio se encuentran en orden, contar una y otra vez los automóviles estacionados en la calle, cerciorarse cada determinado lapso de que la puerta de la casa tiene puesto el seguro o verificar constantemente que la llave del gas y del agua están cerradas, son algunas de las conductas a las que llamamos manías, las cuales, en caso de ser muy frecuentes y numerosas, dejan de ser manifestaciones de extravagancia para convertirse en auténticos dictadores de la voluntad.

Los especialistas en salud mental definen a estas actitudes como rituales, y nos dicen que son característicos de personas que padecen trastorno obsesivo compulsivo, es decir, aquel en que el paciente experimenta estados de ansiedad o nerviosismo que a su vez desencadenan pensamientos, sentimientos, sensaciones e ideas recurrentes (obsesiones), así como comportamientos que “deben efectuarse” sin que exista razón aparente (compulsiones).

En estos casos es común que se experimente alto grado de rigidez en la estructura de la personalidad, misma que atormenta al paciente y dificulta sus relaciones sociales, ya que en la ruptura del orden que desea mantener le genera incer-

tidumbre, tensión interna y enojo. Algunas de las “manías” o rituales más frecuentes son:

- * Necesidad de que todas las cosas de la casa estén en su sitio.
- * Tendencia a colocar los objetos de manera simétrica y alineada.
- * Dedicación excesiva al trabajo y productividad (sin necesidad económica de ello), con lo que se excluyen actividades de ocio y amistades.
- * Hacer recuentos, una y otra vez, por la necesidad de numerar y clasificar.
- * Rigidez extrema con la puntualidad propia y ajena.
- * Miedo irracional a enfermar que conduce a tomar precauciones exageradas, visitar médicos por síntomas leves, usar amuletos, consultar curanderos, protegerse con temor de las corrientes de aire, los contagios y todo lo que se percibe como un peligro.
- * Necesidad de lavarse continuamente las manos o la boca.
- * Temor a tocar cosas que hayan entrado en contacto con otras personas o a saludar de mano.
- * Miedo exagerado a contaminarse con productos alimenticios y sus componentes.
- * Asco de las secreciones corporales propias.
- * Tendencia a comprobar en varias ocasiones que puertas, ventanas, llaves y luces están debidamente cerradas y/o apagadas.



* Ahorro excesivo en gastos propios y ajenos, pues el dinero se considera como “algo que hay que acumular en previsión de catástrofes futuras”.

* Incapacidad para deshacerse de objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen valor sentimental.

El diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo suele correr a cargo del psicólogo o psiquiatra, quien entrevista al paciente para conocer sus síntomas, además de que puede realizar un examen físico para descartar posibles causas de tipo orgánico, así como cuestionarios que permitan hacer una detección precisa y determinar el



tratamiento.

Aunque las causas de esta enfermedad no se han identificado con claridad, el abordaje médico requiere, por lo general, de la administración de medicamentos antidepressivos y psicoterapia, la cual se encamina a enseñarle al paciente a reducir la ansiedad, resolver conflictos internos y encontrar métodos efectivos para controlar el estrés. También es posible que este tratamiento se dirija a exponer al paciente en forma repetitiva a toda situación que desencadena la tensión emocional, pero con asesoría especializada, de modo que aprenda a resistir la urgencia de llevar a cabo sus “manías” o rituales. Además, es posible enseñar a frenar

Dicho padecimiento, presumiblemente de carácter hereditario y que antes era llamado enfermedad maniaco-depresiva, es difícil de detectar, ya que la euforia y vitalidad que experimenta el afectado en un episodio de este tipo es muy reconfortable y difícilmente pensará que tiene un problema en su conducta. Por ello, lo más común es que busque ayuda en la fase de depresión, pues la tristeza intensa y prolongada genera mayor malestar.

El proceso de manía dentro del trastorno bipolar se caracteriza por las siguientes características:

- * La persona muestra exagerada devoción hacia su persona y sus cualidades. Es común escucharle frases como: “Soy el mejor”, “puedo vivir sin comer o dormir” y “nada puede doblegarme”.
- * Tiene percepción expansiva, es decir, cree que es capaz de realizar cualquier actividad que se le ocurra.
- * El sueño pasa a segundo plano, de modo que el paciente puede dormir 2 ó 3 horas y sentirse descansada.
- * La comunicación es precipitada, comúnmente con lenguaje alborotado y continuo, pero también confuso para quienes escuchan. Esto se debe a que la persona afectada “se salta” algunas partes de su conversación.
- * La atención se desvía fácilmente hacia cualquier acontecimiento, si aparece alguien, oye un sonido o ve algún gesto.
- * Es habitual que el paciente se muestre irritable, además de que se siente incomprendido.
- * Hay aumento exagerado en cualquier actividad, como trabajo, escuela, hogar o desempeño sexual. La rapidez de movimientos es una de las características más llamativas.
- * En ocasiones, la persona puede realizar conductas peligrosas provocadas por el comportamiento descrito: comprar de forma irracional, efectuar viajes en coche a alta velocidad o sentir que tiene contacto con seres superiores.

ALGARABÍA Y TRISTEZA

Ahora bien, cuando los especialistas en salud mental hablan de manía se refieren a aquellos episodios que se caracterizan por excesiva actividad física y sentimientos de euforia que son muy desproporcionados en relación a cualquier acontecimiento positivo que le haya ocurrido al paciente. Asimismo, en la actualidad se considera que este problema no existe de manera aislada, sino que se alterna con lapsos de depresión y forma parte del trastorno bipolar.

Síndrome de deterioro intelectual

Elizabeth Aguilar

La disminución de las facultades mentales aumenta actualmente.

Es un hecho significativo que en los últimos años se ha observado en todo el mundo gradual incremento en el promedio de vida de la población, situación que ha generado también aumento en la incidencia de enfermedades (sobre todo, en individuos de la tercera edad) cuyo común denominador es el deterioro intelectual.

Al respecto se afirma, según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que actualmente existen en el globo terráqueo aproximadamente 22 millones de personas que padecen este tipo de trastorno.

La demencia, que etimológicamente significa ausencia de pensamiento, es una de las principales afecciones que denota pérdida de capacidad intelectual en alto grado, además de catalogarse síndrome, ya que muestra signos y síntomas que caracterizan progresivo trastorno acompañado de cambios en la personalidad y/o estado emocional, interfiriendo con las actividades personales, laborales y sociales del individuo.

Cabe indicar que el citado trastorno implica declinación del funcionamiento cerebral, en especial de las capacidades para procesar (pensamiento abstracto) y recordar (memoria), manifestándose con retraso mental leve a moderado, siendo sus causas principales la edad, consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo y enfermedades cardiovasculares”, explica el Dr. José Alberto Mimenza Alvarado, neurofisiólogo del Hospital Regional Adolfo López Mateos, perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en la Ciudad de México, quien advierte que las personas mayores de 55 años de edad son las más vulnerables a padecerlo, aunque lo más común es observarlo en adultos en plenitud (70 años o más).

DEMENCIAS

El síndrome de deterioro intelectual, catalogado como demencia, ocasiona que las células del cerebro (neuronas) se alteren hasta perder sus funciones habituales. Los primeros síntomas suelen consistir en ligeros olvidos y pérdidas de memoria respecto a objetos tan habituales como las llaves de la casa o auto, artículos de uso cotidiano (abrigo, paraguas, anteojos, bolso, teléfono celular, agenda) e información esencial, por ejemplo, sucesos relevantes.

Más tarde, a medida que progresa la enfermedad, el paciente no está seguro de datos que debe relacionar entre sí, la fecha o lugar en el que se encuentra, no reconoce a familiares ni amigos, olvida conversaciones que ha mantenido ni retiene bien respuestas a preguntas más o menos sencillas, según señala el especialista, quien añade que es preciso prestarle especial cuidado al afectado a la hora de dejarle salir solo a la calle, ya que con frecuencia se pierde en trayectos que antes le eran perfectamente conocidos.