

UNA PROPUESTA DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA BASADA EN Y DESDE LA PRÁCTICA

Carmen Timoneda Gallart

Profesora Titular de Diagnóstico en Educación. MIDE. Fac. CCEE. Universidad de Girona

INTRODUCCIÓN

El *Modelo Humanista-Estratégico* es un modelo propio, desarrollado en la *Unidad de neuropsicopedagogía*, iniciado en 1993, en colaboración *multidisciplinar*, con *psicopedagogos/as*, *psicólogos/as*, *médicos y técnicos/as*, utilizando como *marco legal*, un *convenio* entre *Pedagogía*, *Hospital Trueta* y *Politécnica*. El *Aula Hospitalaria* es parte de la *Unidad* cumpliendo una función más allá de lo curricular. La producción científica del mismo está en la bibliografía referenciada. Es un modelo de *diagnóstico-intervención* para ser aplicado en todo tipo de *conductas o comportamientos*. Estas *conductas* incluyen: *aprendizaje*, *lecto-escritura*, *fracaso escolar*, *conductas antisociales*, *hiperquinéticos*, *anorexia-bulimia*, *psicosomatismos*. El modelo se basa, en lo *cognitivo*, en la utilización de la *teoría PASS de la inteligencia* y, en lo *emocional*, en la *teoría del procesamiento de las emociones-teoría de los comportamientos enmascaradores*. La *teoría PASS* entiende la *inteligencia* como un *fenómeno mental* consistente en el *procesamiento cerebral* de la *información* que entra por *vía visual, auditiva o cinestésica* y sale por *vía verbal o no verbal*. La *inteligencia* es un *perfil cognitivo* en términos de *planificación, atención, simultáneo y secuencial* y, de ahí, el acrónimo *PASS*. Demuestra la *inexactitud del C.I.* Permite, mediante *intervención*, mejorar el *perfil cognitivo* convirtiendo la *inteligencia* en algo *dinámico, modificable*. La *teoría de los comportamientos enmascaradores* entiende que las *conductas* están determinadas por la *vivencia emocional*. Lo *emocional*, durante el

periodo de *maduración*, configura el *autoconcepto*, *autoestima* y *autovaloración*. Las *vivencias emocionales dolorosas* sucesivas son *factores causales precipitantes* de *conductas de defensa protectoras analgésicas* que tienen la propiedad de ser *originadas por el inconsciente emocional* y la *finalidad* de provocar *atención* lo que, inconscientemente, es interpretado como *estima-cariño*. La llamada de *atención* exige la puesta en acción de una *conducta*. Esta *conducta*, que no es *conscientemente voluntaria* en su origen ha de resultar *lógica y comprensible* y, por tanto, no sorprendente a la luz de la *conciencia* para que pueda ser puesta en acción, resultando una *conducta disfrazada* ante uno mismo y los demás. Para ello, tal *conducta* se explica o justifica en *creencias aprendidas*. La *intervención* consistirá en técnicas de *comunicación indirecta* al objeto de no provocar *conductas enmascaradoras de defensa*. En esencia, el modelo plantea una nueva manera de entender la *comunicación interpersonal* con *atención preferente al lenguaje corporal*.

COGNICIÓN

El *modelo* que presentamos entiende la *cognición* según el concepto de la *teoría PASS de la inteligencia*. Esta teoría es una concepción reciente de entender la forma de *aprender*, la *inteligencia* en definitiva. Lo más relevante de esta teoría es que demuestra la *inexactitud del Cociente Intelectual* como medida de la capacidad inteligente con lo que quedan en entredicho las *pruebas psicométricas tradicionales*. La novedad radica en que la *inteligencia* no es considerada algo estático reducible a un cociente, a un número. La *inteligencia* queda definida como *cuatro formas de operar mentalmente* que son *identificables y valorables* mediante una prueba creada a tal efecto, el DN: CAS. Estas cuatro maneras de operar mentalmente se denominan *procesos cognitivos*, concretamente, *Planificación, Atención, Simultáneo* y *Secuencial*. La inicial de cada proceso contribuye a la formación del acrónimo PASS. Cada uno de nosotros tiene un *patrón o perfil* característico según su manera peculiar y particular de utilizar los *procesamientos*. Lo más importante de todo es que podemos *intervenir* para *mejorar* los *procesamientos*, es decir, la *inteligencia* lo que comporta un concepto *dinámico del acto inteligente*. Podemos *intervenir* para *mejorar* un *procesamiento deficiente* y, también, para *mejorar el rendimiento* haciendo que cada cual utilice su(s) *procesamiento(s)* más eficaces.

EMOCIÓN

Cualquier *acto humano* implica un *acto cognitivo*, pero, ineludiblemente, también un *acto emocional*. En el convencimiento de que lo *cognitivo* y lo *emocional* van de la mano de forma inseparable como la sombra acompaña al cuerpo, la *teoría del procesamiento cerebral de las emociones* para explicar los *comportamientos* de los seres humanos establece que las *emociones* son *procesadas mentalmente* de forma que de producirse *emociones negativas*, esto es, *dolorosas*, entonces, se ponen en acción *conductas, inconscientes en su origen, de protección o defensa* ante el *dolor psíquico*. Estas *conductas* se ajustan a *explicaciones lógicas* con el objeto de que funcionen como un *disfraz o engaño* para que la

conciencia no las vea ilógicas y cumplan su misión de protección, de paliar el dolor psíquico. Nuestra tesis es que existen *comportamientos o conductas* de las que, evidentemente nos percatamos, somos *conscientes*, pero cuyos *móviles* son de *origen inconsciente* a partir de la *vivencia emocional dolorosa* acumulada que configura una *identidad personal infravalorada e insegura*. En este sentido, estas *conductas* son *programas automáticos* que tienen como finalidad *proteger del dolor, del malestar emocional*. Ya veremos que tanto el *dolor físico* como *psíquico* está *probado* que ponen en acción *mecanismos biológicos* para, precisamente, conseguir lo mismo, *proteger del dolor, del sufrimiento*. Como estas *conductas* se ajustan a *explicaciones, argumentos, racionales* porque se sirven de *saberes aprendidos* aparecen como *perfectamente lógicas* funcionando, por tanto, como un *disfraz enmascarador* que «*engaña involuntariamente a los demás y a uno/a misma/a*». Este *engaño* no es un *fenómeno voluntario o deliberado* porque es *inconsciente en su origen*. El *dolor* activa el *consciente* y el *inconsciente* pero el *inconsciente* que es, además, *memoria a largo plazo* puede más porque ya está *diseñado, filogenéticamente* desde el principio de la existencia de la vida, para garantizar una *función primordial y prioritaria, la supervivencia*. La *evolución del ser humano* no ha conseguido, hasta la fecha presente, que la *conciencia* sea capaz de anular esta *acción preponderante del inconsciente salvador*. Es una *función* tan importante que no podía ser asignada a un *consciente bastante limitado en la precisión y rapidez de su funcionamiento*. Recuérdese que el *inconsciente* actúa en *programas automáticos* mucho más *eficaces* por su *precisión y rapidez*. El *inconsciente* funciona con *memoria a largo plazo* en tanto que el *consciente* depende, bastante, de la *memoria a corto plazo* con una *limitación de procesamiento a la vez de sólo siete unidades de información*.

En tanto que estas *conductas* aparecen cargadas de *lógica racional consciente* ante uno mismo, ello determina un *convencimiento personal de estar en lo cierto* lo que, a su vez, determina una *resistencia o defensa racional consciente* a cualquier *argumento contrario a esa creencia*. Es por esta razón que un intento de hacer desaparecer un *comportamiento enmascarador* mediante *argumentos racionales lógicos directos*, expresados en un *diálogo comunicador directo* como parte del proceso de *diagnóstico-intervención*, resulta *totalmente infructuoso*. Por tanto, la *desactivación* de tales *comportamientos* requiere un *diagnóstico-intervención* basado en la *comunicación indirecta* que tiene la *propiedad de sortear los mecanismos de defensa o resistencia*. Es, entonces, cuando podemos establecer un *diálogo comunicador* sin que los *razonamientos* sean *deformados* por el *estado emocional o afectivo*. Este *diálogo* está orientado a efectuar un *cambio de creencias* porque tenemos como *principio* que las *conductas o comportamientos* son consecuencia de nuestras *convicciones o creencias*. Muchas de las *vivencias* que provocan *sufrimiento y dolor* son consecuencia de *creencias o convencimientos* susceptibles de ser cambiadas.

CONDUCTA

Nuestro *modelo* entiende como *conducta* cualquier *acto humano* en tanto que ello es expresión de la *personalidad*. La *conducta* puede ser *verbal* o *no verbal* o, dicho en otros términos, *corporal* o *gestual* o *no*. La *verbal* es el *lenguaje* y tiene un componente *gestual*, es decir, la *manera de hablar*, el *tono de voz*, los *gestos acompañantes*, etc. La *comuni-*

cación interpersonal se basa en *conductas o comportamientos*. Un *principio fundamental* de nuestro *modelo* es el que establece que el factor *motivador* último o primero, si se quiere, de las *conductas* es el *estado emocional*, básicamente, en lo referente a *autoestima*. Nuestro *autoconcepto* —acto cognitivo— conlleva una *autovaloración* —acto cognitivo—, muy dependiente de nuestro *código de valores*, e, indefectiblemente, una *autoestima* —acto emocional—. De ello se sigue una *autoconfianza* y *autoseguridad*. En definitiva, estamos hablando de *identidad personal*. Cuando la *identidad* está *infravalorada*, entonces, cualquier *experiencia vivencial dolorosa* actuará como *factor desencadenante* o *precipitante* de una *conducta enmascaradora*.

Otro *principio* de nuestro *modelo* establece que la *comunicación corporal* o *gestual* es la forma de expresión del *mundo emocional*. En una *comunicación interpersonal* se produce una *comunicación lingüística* que es la forma de expresión del *neocórtex cerebral* más evolucionado, pero, también, una *comunicación gestual* que es propia de las *estructuras cerebrales menos evolucionadas* pero que continua existiendo en la actualidad, en los humanos, porque la evolución no ha logrado, hasta la fecha, una forma mejor de garantizar los mecanismos de defensa. Ahora bien, la *comunicación lingüística* es fruto de un *acto consciente* pero la *comunicación gestual*, cuando es consecuencia de una *vivencia emocional dolorosa*, puede ocurrir sin que nos percatemos, de forma *automática* o *inconsciente* pero, eso sí, es *veraz* y *coherente* con el *estado emocional*. Además, la *comunicación gestual* puede ser captada de forma *inconsciente* lo que quiere decir que podemos estar recibiendo *información* mediante *lenguaje gestual* que transmita *sentimientos dolorosos* sin que nos percatemos conscientemente. Ahora bien, si recibimos ese tipo de información desfavorable nuestro cerebro responderá poniendo en acción una *respuesta de defensa* que será una *conducta de protección*. Si nuestra *identidad* es «suficiente», la respuesta será «razonable» o «proporcionada», pero si nuestra *identidad* es «insuficiente», entonces, pondremos en acción *conductas de protección enmascaradoras*. Por las razones expresadas, nuestro *modelo* basa la *comunicación* en la *comunicación gestual* de forma que otro *principio básico* es que hemos de saber interpretar como receptores la *comunicación gestual* y hemos de transmitir en *comunicación gestual* de forma que no hagamos disparar *conductas enmascaradoras*.

La *Unidad de NeuroPsicoPedagogía* en que practicamos este *modelo* cuenta con una *casuística* amplia que nos ha permitido desarrollar varias *líneas de investigación*, contando con varias *becas* concedidas por la *Universidad de Girona*: Una línea trata de las *conductas* expresión de *problemas cognitivos* con referencia, por tanto, a *dificultades de lectoescritura*, *disfasias* y *dislexias*, *comportamiento hiperactivo*, etc. Otra línea trata de las *conductas* expresión de *problemas emocionales* con referencia a cualquier *conducta* cuya motivación pueda ser de esta índole. En este capítulo incluimos *conductas antisociales*, *conducta agresiva*, *violencia escolar*, *conductas conflictivas*, *maltrato físico y psicológico*, *conductas psicósomáticas* en general, con inclusión de *trastornos de la conducta alimentaria* como *anorexia* y *bulimia*. A modo de ejemplo, hemos atendido, en el periodo 1994-1997, un 10% de los niños/as que acuden a la *consulta médica* de *neuropediatría* del hospital, concretamente 83 casos, con *diagnósticos psicósomáticos* de: *cefaleas*, *falsas epilepsias*, *temblores*, *tics*, *pérdida de visión*, *parálisis*, etc.

CONCLUSIONES

- El *diagnóstico-intervención psicopedagógico* se basa en el análisis de los *comportamientos o conductas* para lo que se requiere el dominio de la *comunicación interpersonal*.
- El mejor análisis posible de las *conductas* es el basado en *explicaciones* cuyo fundamento se sustente en *mecanismos de producción neurológicos*.
- La *teoría PASS* de la *inteligencia*, en lo *cognitivo*, y la *teoría del procesamiento emocional*, en lo *emocional*, son *explicaciones* de base *neurológica*.
- La *comunicación interpersonal* hay que entenderla como *comunicación lingüística*, pero, fundamentalmente, como *comunicación corporal* porque el determinante *motivador* de las *conductas* es el *mundo emocional* y el «*lenguaje*» *emocional* es el *lenguaje del cuerpo*.
- El mejor *conocimiento* posible es el *conocimiento científico* sujeto al *método científico* para no albergar *creencias* basadas en suposiciones o conjeturas. Las mayores posibilidades, en este sentido, están en el *trabajo multidisciplinar* que permite aunar esfuerzos e integrar distintas *especialidades del saber* con el *menor coste* posible logrando optimizar la relación *coste/ beneficio*.
- Nuestro modelo cumple, en definitiva, un objetivo *deseable* consistente en *aproximar* la *Universidad* a la *vida real* en tanto la *ciudadanía* y el *mundo científico* obtienen *beneficios mutuos* de forma instantánea y simultánea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Das J.P., Naglieri J.A., Kirby J.R. (1994). Assessment of cognitive processes. The PASS theory of intelligence. Massachusetts: Allyn & Bacon, Inc.
2. Das J.P., Kar R., Parrila R.K. (1996). Cognitive planning. The psychological basis of intelligent behavior. London: Sage Publications Ltd.
3. Das J.P., Naglieri J.A. (1997). Cognitive Assessment System. Illinois: Riverside Publishing.
4. Timoneda C., Pérez-Álvarez F. (1997). Neuropsicopedagogía. Aprender: ¿Qué y cómo? Girona: Editorial Anorien.
5. Pérez-Álvarez F., Timoneda C. (1998). Neuropsicopedagogía. ¿Es como parece? Barcelona: Editorial Textos Universitarios Sant Jordi.
6. Timoneda C., Pérez-Álvarez F. (1995). Valoración de la aptitud escolar con el K-ABC: Una nueva perspectiva. Rev Esp Pediatr; 51: 125-30.
7. Timoneda C., Pérez-Álvarez F. (1995). Capacidad intelectual y el K-ABC. Rev Esp Pediatr; 51: 425-9.
8. Timoneda C., Pérez-Álvarez F. (1996). Las dificultades de lenguaje a la luz del K-ABC. An Esp Pediatr; 45: 471-4.
9. Pérez-Álvarez F., Timoneda C. (1996). Epilepsia y aprendizaje. Rev Neurol; 24: 1128-9.
10. Pérez-Álvarez F., Timoneda C. (1998). Inteligencia PASS y síndrome de Williams. Rev Neurol; 28: (Supl): 201.

11. Pérez-Álvarez F., Timoneda Gallart C. (1999). El hiperquinético a la luz del PASS. *Rev Neurol*; 28: 472-475.
12. Pérez-Álvarez F., Timoneda Gallart C. (1999). La disfasia y la dislexia a la luz del PASS. *Rev Neurol*; 28: 1-6.