

Crisis en la vida de los estudiantes.

La alianza profesional entre maestro y terapeuta como herramienta de diagnóstico en el tratamiento de condiciones críticas

Axel Föllner-Mancini

Universidad Alanus de Artes y Ciencias Sociales Alfter, Alemania Departamento de Educación

1. Introducción: La escuela hospitalaria como lugar de crisis y transformación

En los últimos tiempos las escuelas hospitalarias se han generalizado en Alemania. Su propósito es proporcionar a los pacientes de edad escolar sesiones que faciliten el regreso a sus clases después de su estancia en el hospital, incluso si se trata de una ausencia de varios meses. Sin embargo, además de esta tarea oficial, las escuelas hospitalarias han tenido la experiencia de que muchos estudiantes han llegado allí para recibir terapia psiquiátrica debido a problemas con su vida escolar, cuya reintegración eventual sólo puede lograrse mediante un apoyo integral. Además de esto, internamente donde hay tanto niños como jóvenes sometidos a tratamiento psiquiátrico, el currículo debe contener mucho más que las lecciones normales de la escuela. En casos difíciles, los psicólogos y los profesores, en consulta con los médicos, deben elaborar una estrategia terapéutica que no sólo resuelva la crisis, sino que también modifique la actitud del alumno/paciente respecto a su trabajo escolar. Por lo tanto, la escuela hospitalaria, por un lado, tiene que satisfacer las demandas pedagógicas y, por el otro, sólo puede ser eficaz cuando se combinan con intenciones terapéuticas. Esto usualmente sucede a través de una estrecha cooperación con los terapeutas involucrados, y la implementación que se escoge, por ejemplo, en reuniones consultivas.

La secuencia temporal en la que emergen las situaciones problemáticas en la escuela depende en gran medida de influencias negativas que se intensifican mutuamente y que han surgido dentro del contexto pedagógico y que ya no pueden ser corregidas por los involucrados. Es probable que los estudiantes, los maestros y los padres se encuentren en una situación de pérdida, y en el mejor de los casos conscientes de que todos los intentos de solución han sido infructuosos. La decepción es abundante, y esto aumenta el riesgo de que la situación empeore. Una consideración más exacta del “caso”, en el que todas las partes interesadas participan, pueden, sin embargo, poner de manifiesto formas de proceder bien establecidas y, a menudo, abrir posibilidades de poner toda la red de relaciones sobre una nueva base.

La elevada tasa de jóvenes que se niegan a ir a la escuela y de los que abandonan la escuela sin cualificación indica que los padres a menudo no logran solos hacer frente a los conflictos que surgen en la vida de sus hijos¹. Pero, desde todos los ángulos, la salud de los escolares es motivo de preocupación. Según una

1. El nivel de ausentismo depende de diversos factores, en parte debido a factores regionales. Por ejemplo, para la ciudad de Colonia se encontró que en el sector de las escuelas intermedias (“Hauptschul-”) el número de ausencias crónicas se situaba en el

encuesta realizada por el Instituto Robert Koch en 2008, la tasa de niños y adolescentes con enfermedades crónicas en necesidad de atención clínica se sitúa entre el 12% y el 16%. Esta situación no ha cambiado significativamente desde entonces. Resultados actuales de la Encuesta Nacional de la Niñez y la Adolescencia (KiGGS) muestran la distribución de enfermedades crónicas en la población general de la escuela: “Más del 16% de todos los niños y adolescentes sufren de una condición alérgica, 15% de sobrepeso, 8% de obesidad; aproximadamente el 21% de los adolescentes presentan trastornos mentales, y entre todos los grupos de edad hay muchos casos graves condiciones de salud como diabetes mellitus, problemas cardíacos, epilepsia y cáncer.” (KiGGS, 2014)².

En tales situaciones, los padres necesitan ayuda profesional. Ellos dependen de un grado de “gestión de crisis” (Oevermann, 1996, p. 82; Oevermann, 2000) para que se les informe, lo cual les permitiría actuar por sí mismos con más seguridad. El soporte de equipos profesionales, que son parte integrante de la organización de las escuelas hospitalarias, ayuda a la restitución de la independencia de los padres, ya que la desaparición de rutinas exitosas familiares a menudo conduce a la pérdida parcial de la capacidad de administrar situaciones por uno mismo. Por supuesto, la tutela educativa y terapéutica que se produce durante una estancia en el hospital sólo puede ser vista como una etapa temporal entre la crisis y la estabilización. El objetivo de la ayuda es hacerse superflua. Por lo tanto, es posible, incluso probable, que todos los involucrados en este campo social problemático, no sólo el “paciente certificado”, puedan beneficiarse de esta nueva percepción de los problemas de salud en relación con la educación.

2. Marco teórico: La alianza de trabajo entre maestro y terapeuta y sus elementos estructurales

Esta investigación presenta un estudio de caso en una escuela hospitalaria donde los terapeutas y los maestros trabajan en estrecha cooperación. Esto implica el uso de un término utilizado para definir un enfoque discutido en la literatura científica - la alianza de trabajo profesional entre maestro y terapeuta (Oevermann, 1996) - que permite generar perspectivas interpretativas basadas en la dinámica de los casos. Posteriormente, los resultados se verán en relación con opciones de procedimiento que habrían sido posibles, pero que no llegaron a realizarse.

Una crisis importante tiene efectos profundos sobre la vida de una persona y pone en juego todas las facetas de la existencia individual. En tal situación, muchos aspectos de la vida interior y exterior son arrojados al azar en el alivio, y por lo tanto en una forma incontrolada, es decir, difusa constituyen el material para el ayudante profesional. La relación entre cliente (paciente, estudiante) y ayudante (terapeuta, maestro) es a merced de la falta de límites personales ocasionados por la crisis. Al mismo tiempo, la contribución a la relación es uno de los papeles claramente definidos, que ayuda a la evaluación profesional sobre el tipo de apoyo que se requiere. Sin un control específico y especializado de la falta difusa del sentido de los límites personales del cliente, el restablecimiento de la independencia no podría tener éxito. Para llegar a la restauración del autocontrol se requiere una forma particular de interacción, además de la que existe entre la difusión emocional y su contención terapéutica. Siguiendo a Freud, Ulrich Oevermann ve la relación ideal entre el cliente y el ayudante como una alianza de trabajo profesional. “Cliente” aquí se refiere ya sea a un individuo cuyo desarrollo aún no ha alcanzado la etapa de independencia personal (por ejemplo, los infantes y los niños que están en la escuela), o a una persona que durante cierto tiempo ya no es capaz de gestionar de manera autónoma su propia vida debido a una crisis mental. “Colaboradores” (profesores, tutores, terapeutas) son personas con experiencia para facilitar los procesos autónomos dentro de un contexto autopoiético. Definir la situación en estos términos permite aclarar que no tiene sentido ver los territorios profesionales

momento del muestreo en un 15%. Un ausente crónico se define como alguien que ha faltado a la escuela sin excusa más de cinco veces en un período de un año calendario. La tasa de ausentismo en las escuelas secundarias (intermedias y avanzadas, “Realschulen” y “Gymnasien” en alemán) fue notablemente más baja (5-6%). Véase Weiss (2007, p. 52) y Ricking (2003) sobre la etiología y topología del absentismo).

2. Esta cita se puede encontrar en <http://gesundheitsfoerderung.bildung-rp.de/chronische-erkrankungen.html> (sitio visitado: 25.09.14). El Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) es parte del proyecto de monitoreo de salud general del Instituto Robert Koch. Su base de datos se actualiza regularmente).

cubiertos por la educación y la terapia ampliamente separados uno de otro, especialmente cuando el objetivo es engendrar autodeterminación consciente dentro de un contexto de desarrollo definido.

Por lo tanto, al momento de tratar las crisis en la vida de los alumnos, la alianza de trabajo entre el maestro y el terapeuta crea la posibilidad práctica de colocar las relaciones involucradas en un entorno productivo que realmente solucione el problema. La práctica de formar alianzas de trabajo de un tipo u otro ya es un componente firmemente establecido en la formación de médicos, psicoterapeutas e incluso abogados: los estudiantes en estos campos se están preparando para el hecho de que en su vida profesional estarán trabajando con personas cuya independencia es, al menos temporalmente, disminuida - en otras palabras, “clientes” como se definió anteriormente. La estructura de tal alianza de trabajo puede caracterizarse como la interpenetración de dos formas del conocimiento:

Las diversas profesiones “... tienen a su disposición, por una parte, una amplia base de datos empíricos y conocimientos metodológicos y, por otro, cada uno de ellos tiene un estilo particular en el conocimiento científico con relación práctica y personal con el cliente. Así, mientras que la adquisición de conocimiento es la base de cualquier profesión, sólo puede hacerse efectiva mediante «un arte de la acción práctica» (Oevermann)” (Galiläer, 2005, p. 95).

Los futuros médicos, psicoterapeutas y abogados pueden ampliar el conocimiento científico y metodológico adquirido durante su formación académica mediante el entrenamiento de su comprensión de los casos concretos que dan la base para desarrollar el estilo profesional mencionado anteriormente. Tanto las similitudes como las diferencias surgirán entre los perfiles culturales de profesiones particulares. Por ejemplo, el psicoterapeuta debe tener una manera de estructurar una conversación exploratoria distinta a la del abogado, si tiene que acceder y trabajar con los niveles más profundos y personales del cliente. Del mismo modo, los objetivos y métodos de ambas profesiones divergen, aunque ambos necesitan penetrar igualmente en los detalles de la vida personal del cliente (el abogado debe ser capaz de comprender la motivación biográficamente condicionada, a fin de montar una defensa efectiva; sin confianza, en otras palabras, difusión de la apertura dentro de la alianza de trabajo, esto no tendrá éxito).

Oevermann distingue tales profesiones clásicas de otros campos que son semi-profesionales. Entre este último, él incluye la enseñanza escolar, ya que no proporciona un contexto estructural para la creación de alianzas de trabajo. Este contexto práctico tendría un estilo profiláctico-terapéutico que podría responder a la individualidad abierta, dinámica y transformadora de los estudiantes. Otra razón de esta carencia es, según Oevermann, se debe a que la cultura plenamente profesional de “aprender del caso concreto” es inexistente.

De ello se desprende que para restringir la tarea de la escuela a las dos disciplinas clásicas de transmisión de conocimientos y normas equivale a ignorar las verdaderas necesidades de los jóvenes. La escuela - de hecho, el mismo maestro - tiene una tarea, cuya estructura puede ser formulada en términos teóricos. Esto es para integrar una “dimensión terapéutica” en la vida profesional con el fin de percibir y, cuando sea necesario, corregir los desequilibrios psicosociales en el desarrollo de los estudiantes (clientes). Ya que los estudiantes, a lo que se les realiza el examen final, pasan entre 12 y 15 mil horas³ de sus vidas en la institución escolar - un sistema interaccional infinitamente variable que modela parcialmente su integridad psicosocial - cuya tarea es un desafío siempre presente⁴.

En el aula hay elementos claros de difusión y enfoque en juego, y que pueden llegar a un acuerdo entre ellos, lo que implica una habilidad por parte del maestro para distinguir claramente entre las contribuciones propias y las del estudiante y actuar así en consecuencia. Las contribuciones del alumno se pueden utilizar de forma diagnóstica⁵, mientras que el maestro tiene la posibilidad de moverse entre la proximidad (difusión)

3. Ver Rutter et al. (1980) Fünfzehntausend Stunden. Schule und ihre Wirkung auf die Kinder. Weinheim/Basel.

4. En el contexto de la práctica pedagógica, la dimensión terapéutica se dirige hacia algo que aún no es manifiesto. Es decir, es un potencial, una posibilidad de sueño de desarrollo patógeno que por la naturaleza misma de su incompletitud es susceptible en su curso a los procesos educativos y al macizo influjo formativo de la socialización. Con respecto a la dimensión terapéutica dada de manera objetiva, la acción pedagógica es siempre *acción profiláctica*, ya que tiene el potencial de *cambiar la biografía de los adolescentes en la dirección de la normalidad psico-social o patológica* (Oevermann 1996, p.149, cursiva en original).

5. Esto sucede precisamente porque los maestros entran en pleno contacto con el comportamiento personal (y contradictorio e irreflexivo) de los estudiantes que necesitan competencia diagnóstica dentro del campo de la alianza pedagógica de trabajo. El estudiante se convierte en un “cliente” en el momento que revela los lados incompletos de su personalidad, todavía capaces de

y el desprendimiento de roles específicos con el fin de impartir dirección o ejercer un control correctivo. La imagen que surge aquí es de alianza de trabajo pedagógico-terapéutico, sin embargo, sobrepasa la dualidad simple de la relación experto-cliente que normalmente se aplica en las profesiones mencionadas anteriormente. En el ámbito de la enseñanza escolar, se abarca la relación individual maestro-alumno, la relación colectiva maestro-alumno (es decir, la clase completa) y la de ambas partes (maestro, estudiante) a los padres o tutores. Estos últimos no pueden ser dejados por fuera porque la incipiente independencia de los estudiantes debe ser compensada por alguna forma de responsabilidad definida.

3. Larissa: Un estudio de caso

La siguiente viñeta aborda un caso que ocurrió en el marco de una escuela hospitalaria. Cabe señalar que, por regla general, el conocimiento de los datos biográficos pertinentes a la comprensión de un caso está a disposición de los profesores. Esta información proviene del expediente médico del paciente (estudiante), así como de conversaciones y reuniones de equipo con maestros, psicólogos y médicos.

Los datos en los que se basa este análisis de caso se registraron a partir de conversaciones y otras interacciones con la paciente/estudiante durante su permanencia en la sala y se interpretaron mediante un método cualitativo-reconstructivo⁶. Los pasajes en letra cursiva son reproducciones de las palabras de la estudiante durante una entrevista realizada al final de su estancia en el hospital.

Larissa es una estudiante de Clase 9 en una escuela Waldorf. La entrevista grabada tuvo lugar poco antes del final de una estancia de casi siete meses en el hospital. Necesitaba tratamiento hospitalario por anorexia severa. A la admisión, aunque tenía 1,61m (5 pies 3 pulgadas) de alto, pesaba sólo 37kg (81.5lb).

A sus 15 años, Larissa es la más joven de su familia con tres hermanas (18, 22 y 23 años) y un hermano de 20 años de edad. Su hermana de 18 años está en la clase 12 en la escuela Waldorf y los otros dos terminaron su bachillerato allí. Una hermana está estudiando educación curativa, la otra psicología y el hermano, habiéndose entrenado con éxito como un mecánico de precisión, está, en el momento de la entrevista, en el proceso de hacer su servicio de comunidad ("Zivildienst" en alemán). Larissa ha estado en la escuela Waldorf desde la primera clase y lo describe como un lugar de aprendizaje y juego, usando superlativos ("brillante", "perfecto", "súper"). Al parecer, era una niña muy rebelde y en las tardes tenía dificultades para sacarla del patio de recreo. Tres de sus hermanos han salido de casa, el resto de la familia vive en casa y ambos padres tienen trabajos estables. Hasta hace poco una señora mayor también vivía con ellos en la casa, y toda la familia la quería "como una abuela". Esta señora murió como consecuencia de un tumor cerebral. La madre de Larissa era la que más la cuidó hasta su muerte. En las conversaciones con la familia, ella (la madre) a menudo expresaba su pesar por la pérdida de la apreciada estructura del hogar ("La familia se está encogiendo y la casa se está haciendo más grande").

Sin embargo, para los propósitos de este perfil, la anorexia de Larissa y el proceso exitoso de tratamiento clínico aplicado no serán el foco principal. En la revisión realizada con ella surgieron algunos puntos que fueron significativos para su experiencia subjetiva de los procesos de curación. Dado que las lecciones diarias son una parte integral del entorno clínico, el trabajo escolar era algo que siempre estaba en su mente. Esto redujo el potencial de ansiedad sobre su inminente reintegración en la vida escolar de todos los días.

Desde que Larissa había estado recibiendo instrucción en la escuela hospitalaria durante casi siete meses, y habíamos tenido una serie de conversaciones con ella acerca de reingresar a su clase, ella había ya expresado espontáneamente el deseo de un período de prueba en una escuela tradicional. Esto es parte del servicio que ofrece la escuela hospitalaria: los estudiantes para quienes se recomienda un cambio de escuela, o incluso el tipo de escuela, tienen la opción de probar uno nuevo. Para ello hay acuerdos con las escuelas locales. Ahora,

desarrollarse y susceptibles a la crisis. Los maestros -en relación con la dimensión profiláctico-terapéutica- tienen el mandato de utilizar productivamente los aspectos difusos de la situación para los estudiantes. Sin embargo, este mandato es limitado. Sus límites se establecen por la norma del trato de igualdad universal que los maestros deben garantizar para todos los estudiantes. Los maestros no pueden preocuparse únicamente de los problemas de un estudiante, sino que tienen que asegurarse de que toda la clase esté progresando en su aprendizaje.

6. Se siguió el método de hermenéutica objetiva de Oevermann.

en relación con el caso que estamos considerando aquí se plantea la pregunta: ¿Qué llevó a Larissa a tomar a esta decisión tan aparentemente fuera de lugar?

Pronto emergió que esta espontaneidad era más aparente que real. Resultó que Larissa había estado reflexionando durante bastante tiempo sobre cosas que habían estado sucediendo en su escuela poco antes del comienzo de su terapia. Y ahora, frente a la perspectiva de la reintegración, estos recuerdos se elevaban en ella, influyendo en sus sentimientos y pensamientos.

En relación con esto, también se hizo evidente para ella que el diagnóstico de su anorexia había tomado mucho tiempo. Al principio, el médico de familia no podía comprender las grandes fluctuaciones de su peso. Sus padres tampoco pensaban que era algo serio. En la escuela se notó que Larissa estaba baja de ánimo, y que esto se debía posiblemente al inicio de alguna enfermedad. Los maestros, sin embargo, no abordaron la situación: La estudiante rara vez estaba ausente, y si lo era, siempre tenía un certificado médico; y su atención a su trabajo escolar nunca se vio alterado. Ella misma llega así a la conclusión:

L: Estoy muy segura de que se dieron cuenta – seguro que no son estúpidos, pero (.) por eso nadie dijo algo.

De acuerdo con el registro podemos decir: Larissa había estado gravemente enferma durante meses antes del comienzo de su tratamiento en el hospital. Un diagnóstico claro - de acuerdo con su expediente – era el largo tiempo que transcurrió, y que en la escuela había solamente una impresión vaga de que la chica tenía un problema, así que no hubo seguimiento.

También ella habló de una segunda experiencia que tuvo durante sus últimas semanas de asistencia regular a la escuela: una compañera de clase había tenido un accidente de coche y, cuando regresó a la escuela Waldorf del hospital, todavía estaba en una condición frágil. Larissa describe esto como sigue:

L: Cuando volvió ella parecía la mascota de los maestros y (..) para nosotros eso era realmente terrible porque (.) siempre estaban haciendo concesiones sólo para ella (.) Y para ella todo (.) Quiero decir, le hicieron muchísimos favores (.) Yo no quería eso, porque para nosotros eso era realmente horrible y no quiero, que mi amiga u otros en la clase se ponga en cualquier tipo de desventaja por mí (.) No quiero que me traten como la chica de la anorexia, eso es simplemente estúpido (.) Y nadie en la nueva escuela tendrá la menor idea de que estuve en el hospital, todos excepto Los profesores, pero los estudiantes no...

En estos fragmentos de la entrevista se extraen dos motivos estrechamente relacionados que entran en el foco de análisis. La enfermedad señala a la persona que está enferma y cuando falta la capacidad de reaccionar profesionalmente a ella, puede conducir a la estigmatización y, en algunos casos, a acciones que, por una parte, son antisociales y, en otros casos, puede afectar los recursos internos de la persona. Con todas las buenas intenciones a ser consideradas, los maestros - desde el punto de vista de Larissa - despreciaron la capacidad residual de su compañera de clase de hacer las cosas por sí misma, y por lo tanto se exigía poco de ella y recibía demasiados privilegios. Esta fue una observación muy sutil de la situación por parte de Larissa.

Después de esta observación, ella comienza a hablar de sí misma - su propio regreso del hospital. Ella anticipa una posible estigmatización: no quiero ser tratada... como la chica que tiene anorexia... Y en la frase siguiente escuchamos cuál es probablemente el motivo real para querer cambiar de escuela:

L: Y nadie en la nueva escuela tendrá ninguna idea de que yo estaba en el hospital, todos excepto los profesores, pero los estudiantes no ...

Poder ser parte de un grupo de compañeros de la escuela sin ningún “equipaje” anterior parece ser el deseo que se está expresando aquí. Si bien los maestros de la nueva escuela deben estar conscientes, como profesionales, de su enfermedad anterior, los estudiantes deben permanecer desinformados, para no perturbar el equilibrio social.

Más tarde, en la entrevista, ella expresa sus temores completamente:

L: No hay razón de que yo quiera ser tratada como una especie de media persona, sino ser vista totalmente normal, al igual que todos los demás (.) tomada en serio y no mirada como más débil o algo similar.

Lo que parece estar pasando en Larissa es un proceso interno de detectar sus propias capacidades a pesar de su enfermedad, y de colocarse conscientemente en un contexto social apropiado. La exclusividad del papel que ella observó en su convaleciente compañera de clase, y que fue el foco de apoyo por parte de los profesores, se convierte en un problema fundamental para Larissa. Cuando los maestros colectivamente dan a un estudiante un papel especial de discapacitado, ignorando sus capacidades fácilmente disponibles, es una amenaza, según Larissa, a la unidad subjetivamente experimentada del yo. Para los maestros, entonces, verla como herida se convierte en el principio guiador para la interacción con esta estudiante. Ya no la perciben como “normal”, interrumpiendo así el acceso a sus propios recursos personales. La ayuda brindada, aplicada de forma no específica, se convirtió en lo opuesto.

Si los aspectos todavía saludables de esta persona hubieran sido complacidos y utilizados en un espíritu de igualdad de trato para todos, entonces las ocasiones en que ella necesitó un manejo especial no habrían sido un problema. Debe prestarse la debida atención a ese aspecto de la persona, a través del poder del cual los aspectos no curados pueden ser compensados. Podría refutarse que en realidad se trata de un problema de Larissa, su necesidad crónica de aceptación social (“narcisismo”), que se mantiene a raya por su anorexia, y no tanto sobre el manejo adecuado de las convalecencias. No podemos excluir estos como posibles factores en esta situación. Pero: esta chica realmente lucha internamente en su intento honesto de encontrar la manera correcta de mirar sus preguntas, percepciones y juicios. Por lo tanto, en la entrevista también considera si no sería sensato dar a su propia escuela, la escuela Waldorf, otro intento. ¿Podía ser que su actitud negativa hacia su escuela (antes de su ingreso en el hospital) se debía a su enfermedad?

Yo: *¿Dijiste que habías cambiado?*

L: *Sí.*

Yo: *¿De qué manera?*

L: *Bueno, quiero decir, completamente [sonríe], desde antes de ir al hospital (.) por toda la forma en que uno piensa, quiero decir, lo que a uno le interesa, como, totalmente cambia, y no estoy segura ahora si tenía algo que ver con la escuela (.) eh (.) que hacía que me sintiera tan negativa sobre todo, o más sobre mi enfermedad. Por eso me gustaría ver cómo están las cosas ahora.*

En resumen podemos decir: Larissa ya no considera sus sentimientos como representaciones de una realidad preestablecida e incontestable. Ella comienza a tomar conciencia de la variabilidad en las relaciones entre sentimientos, pensamientos y estados corporales, y esto la estimula a someter sus sentimientos recordados y sus significados asumidos al escrutinio interno. El efecto primordial de esto es llevarla al reino de la independencia recuperada, en lo que se refiere a la decisión inminente.

Muchos estudiantes que pasan por graves crisis internas todavía son capaces de observar a sí mismos y a los demás de una manera saludable y participar en acciones constructivas. La mayoría de ellos con estas reservas saludables llevan dentro de sí una especie de arquetipo de la ideal alianza de trabajo pedagógico-terapéutico. Esto es posible, y sólo llega a formularse en ocasiones específicas. Sin tener que pensar demasiado, la mayoría de los estudiantes pueden decir con bastante exactitud lo que les fue de ayuda personal directa, aparte de su experiencia en la escuela o en casa. Esto también parecía ser el caso de Larissa. Por ejemplo, al final de la entrevista se le preguntó directamente cómo se creía que podría haber sido mejor por parte de la escuela. Su respuesta fue:

L: *Oh, quieres decir, ¿de qué manera sería bueno que los maestros reaccionen? Sí, tal vez, que sólo me hablen sobre ello, o tratar de resolver los problemas conmigo, o hablar con mis padres o algo (.) Tal vez saben más sobre este tipo de cosas, como, tal vez alguien murió o lo que sea (.) Con estas cosas creo uno puede ver que alguien no está realmente bien, ¿por qué ellos no hablaron con usted? Eso me habría ayudado, pero no delante de la clase, mejor en algún momento después de la escuela.*

Aquí es bastante importante en esta simple descripción: su eje principal se refiere a los componentes integrales de la alianza de trabajo pedagógico-terapéutico, según la cual el apoyo adecuado no es un curso de acción unidireccional, que emana de los maestros solamente y – que cuando todos va bien - tiene el efecto deseado

sobre los estudiantes; más bien, la cooperación entre todas las personas involucradas es lo que Larissa está resaltando. Aquí cuatro aspectos son significativos:

(1) *La reacción de los profesores frente a una situación bien observada*, que viene luego a una expresión específica en la forma de (2) *consulta en un espacio seguro*; lo cual conduce posteriormente a (3) *un intento de resolver el problema “en conjunto conmigo”*, y finalmente, Larissa (4) *extiende el contexto de apoyo para incluir a los padres*. Con esto se ha delineado detalladamente la alianza de trabajo terapéutico pedagógico como una comunidad de desarrollo, capaz en principio de elaborar soluciones posibles de una manera particular y sensible. En la medida en que los padres tengan acceso a conocimientos adicionales que puedan arrojar luz sobre la crisis (“Tal vez saben más sobre este tipo de cosas, tal vez alguien morir o lo que sea”), deben informar a los maestros sobre ello, y así contribuir a una comprensión más precisa de la situación.

En la experiencia subjetiva de esta estudiante se reflejan las características que distinguimos en los dos conceptos relacionados de “papel específico” y “difusión social”. Larissa experimentó en el ejemplo de su compañera herida una deficiencia en el desempeño de sus maestros. El principio básico de la igualdad de trato no se estaba respetando. En estas circunstancias, esto pudo haber sido un aspecto de la actuación de los profesores de prestar especial atención, y particularmente en relación con el hecho de que la niña en cuestión seguía siendo capaz a pesar de su discapacidad. Este aspecto faltante en el papel de la alianza de trabajo pedagógico corresponde en la experiencia de Larissa a una deficiencia en el polo opuesto: el aspecto difuso de la relación profesor-alumno: la percepción de una enfermedad crítica gradualmente manifestada permaneció subliminal durante meses. La percepción podría haber salido claramente al descubierto si los profesores se hubieran aventurado a preguntar discretamente en lo que estaba sucediendo en la vida personal del estudiante, o tal vez si hubiesen tenido contacto con sus padres. Esto no sucedió, y la crisis se agudizó.

Este caso, como se dibuja aquí, parece relativamente inofensivo. Lo que Larissa experimentó en su comunidad de clase difícilmente podría haber sido descrito como dramático en comparación con otros casos. Sin embargo, desde la perspectiva del estudiante esto se ve muy diferente.

Aquí la normalidad cotidiana de lo que se ha informado nos lleva a suponer que este tipo de casos podría tener potencialmente un alto grado de generalidad. En otras palabras, la incongruencia en estos aspectos clave de la alianza de trabajo profesional podría ser un factor contribuyente al estallido de crisis en la vida de los estudiantes. Aún queda la pregunta de lo que finalmente decidió Larissa. Pasar a la escuela tradicional fue de alguna manera una experiencia seria, y por lo tanto ya no era una opción. Hubo conversaciones con su tutor de clase, sus padres y ella misma, en el transcurso del cual Larissa describió en detalle los aspectos de su vida escolar que experimentó como problemáticas, y su reingreso en la escuela Waldorf fue discutida ampliamente. Al mismo tiempo, ellos establecieron un procedimiento para profesores, estudiantes y padres con el fin de seguir el caso ante una reaparición de la crisis. El proceso de reintegración fue todo un éxito.

4. Discusión

El análisis de caso presentado aquí es una prueba concreta de la funcionalidad y efectividad de los elementos estructurales de las alianzas de trabajo pedagógico-terapéutico introducidas desde el principio. Por un lado, la difusión mental, por el otro, los roles claramente definidos, son aspectos fundamentales de las relaciones pedagógicas. El primero es el comportamiento que busca la atención y carece de límites personales, y el segundo señala o crea desapego. Estos pueden utilizarse tanto para fines de diagnósticos como pedagógicos.

En lo que sigue se intentará ver estos aspectos fundamentales, tal como aparecen en la viñeta del caso de Larissa, en relación con su contextualización social. Se verá que en el mundo de Larissa surgen oportunidades para observaciones relevantes, así como fracasos en este sentido.

4.1 El punto de partida: No se tomó debidamente en cuenta el deteriorado estado de salud de Larissa

Según su expediente médico, hubo grandes fluctuaciones en el peso de Larissa durante todo un año. Durante este período el médico de familia fue consultado, pero no pudo encontrar ninguna causa, especialmente porque no había signos evidentes de alteración mental en el comportamiento del paciente. La importancia del comportamiento alimenticio de Larissa también escapó a sus padres: no se investigó, ni siquiera se observó, en las fases agudas de la reducción de peso, el consumo de las cosas dulces y el posterior rechazo de comerlas, ni los vómitos ocasionales después de las comidas. Sólo cuando este proceso llegó al extremo de una dramática pérdida de 15 kilos en cuatro meses provocó una reacción de los padres. Al principio arreglaron para ella el tratamiento como paciente ambulatorio, pero esto no trajo ninguna mejora. Ante este fracaso, finalmente fue hospitalizada. En la escuela se suponía que su pérdida de peso se debía principalmente a una participación cada vez más intensa en el deporte, por ejemplo, el balonmano. Puesto que a Larissa no le gustaba estar ausente de la escuela, y los días que faltó estaban siempre cubiertos por cartas y certificados médicos, los profesores no intervinieron.

El proceso aquí descrito deja en claro que el problema de desarrollo de Larissa -cuando comenzó la anorexia en la mitad de la pubertad- no alcanzó una adecuada conciencia por parte de su medio social. Su propia conciencia corporal parece haberse perdido entre los altibajos de sus fluctuaciones de peso, y esto a su vez hizo imposible para ella manejar el delicado proceso de regular su relación con el mundo que la rodeaba. Exactamente qué efecto tuvo esta anorexia en la pubertad desde la perspectiva del individuo (conciencia del mundo subjetivo y físico y conciencia del cuerpo) es imposible decir, porque la conciencia corporal de Larissa fue descrita como no problemática. Los cambios en su personalidad sólo podrían haber sido expresados desde una perspectiva en segunda persona (empatía intersubjetiva con los procesos corporales de otros). Pero este proceso reflexivo particular no ocurrió. Por lo tanto, el reto de mantenerse atento en el desarrollo y tomar nota de cualquier signo de crisis que normalmente se encuentra dentro de la procedencia de la familia, y de hecho de todos los directamente involucrados, no se realizó.

Acerca de las razones de la actitud de los padres, sólo se puede especular. Sin embargo, es posible decir que estaban dispuestos a evitar el pensamiento de la enfermedad a toda costa, y como resultado se negó a ver sus síntomas fácilmente observables. La incertidumbre diagnóstica del médico de la familia evidente en el expediente no puede explicarse sin mayor información. Se puede afirmar, sin embargo, que con la perspectiva en “tercera persona” (observación objetiva o medición de procesos corporales), como un medio para salir de una condición posiblemente patológica, se redujo. Si hubiera sido posible detectar y describir los cambios somáticos que se estaban produciendo y establecerlos en relación tanto con el comportamiento de Larissa como con la fase natural de desarrollo que estaba atravesando, la reacción a la crisis podría haberse remediado antes. Todo esto implica que el “ángulo de atención” (Bertram, 2005, p.103) para la enfermedad emergente era demasiado estrecho y evidentemente inadecuado desde el punto de vista conceptual. Esto plantea la cuestión general de cómo las perspectivas de segunda y de tercera persona aquí esbozadas podrían dar alguna contribución diagnóstica en las primeras etapas de un proceso patógeno. En este sentido, el préstamo de ciertos elementos del modelo de alianza de trabajo pedagógico-terapéutico podría ser una buena idea. Pues aquí, tanto en términos de estructura como de personal, el “ángulo de atención” se orienta hacia la dinámica de las patologías emergentes y, como tal, también hacia la búsqueda de un tratamiento adecuado (Oevermann, 1996, p.149).

4.2 Ver la enfermedad en retrospectiva

Un buen indicador de que una crisis ha sido superada es, entre otras cosas, el grado de libertad que el individuo ha adquirido en el examen de los sentimientos y juicios de valor anteriormente compulsivos y en su reevaluación (véase Sautermeister, 2004, p. 201). En general, se acepta que lo importante para los pacientes es “el despertar de una actitud madura hacia su enfermedad” (Gerlinghoff & Backmund, 2000, p.97). Se cree que una cura duradera está estrechamente relacionada con la estabilidad de esta independencia recién adquirida. La prueba de la recuperación de la capacidad de hacerse cargo de los aspectos prácticos de la propia

vida es, pues, también proporcionada por una evaluación analítica retrospectiva de los contextos sistémicos en los que se desarrolló la enfermedad: biográfica, familiar, etc. Para ello, el individuo incorpora en el proceso de reevaluación a otras personas que de alguna manera contribuyeron en el inicio de la enfermedad. El efecto profiláctico con respecto a las recurrencias futuras podría ser por lo tanto aprender del éxito terapéutico actual. El conocimiento empírico así conseguido podría entonces constituir la base para la transformación en la manera de abordar las patologías latentes que pudieran surgir más tarde y con el medio social inmediato.

Las evaluaciones retrospectivas de este tipo fueron evidentes en las respuestas de Larissa y, por tanto, constituyen evidencia de un aumento de la independencia. Mirando en retrospectiva, desde su perspectiva, la escuela parecía un campo de interacción atormentado por problemas, al igual mezclado en la dinámica de su propia patología. Larissa intentó objetivar los eventos causales específicos que provocaron su enfermedad. Al hacerlo, percibió que tanto el cuerpo como la mente desempeñaban un papel influyente en el curso de su enfermedad: *No estoy segura ahora si tenía algo que ver con la escuela que hacía que me sintiera tan negativa sobre todo, o más sobre mi enfermedad*. Ella tenía la intención de probar esto al planificar un nuevo encuentro con el mismo campo de experiencia (la escuela Waldorf).

Probablemente las causas de este caso de anorexia nerviosa deben buscarse⁷ en la situación familiar de Larissa, que había pasado por cambios que presumiblemente no habían sido tratados completamente (los efectos de las crisis de separación, los hermanos que se mudaban, la muerte de quien habían cuidado). Al mismo tiempo, Larissa experimentó el comportamiento de sus maestros como problemático: deberían haber notado el estado en el que se encontraba y haber puesto este conocimiento a disposición de la alianza de trabajo profesional relevante; al menos así es como ella lo formula en retrospectiva. Por último, Larissa solicita de sus profesores un modo de acción que va más allá de los estrechos límites de la transmisión clásica de las normas y del conocimiento y que tengan en cuenta el desarrollo de la personalidad individual, incluso cuando está en crisis. Aquí lo que se requiere son los trabajos de la perspectiva de la segunda persona.

5. Resumen

En el curso del desarrollo biofísico humano, las crisis son esenciales. Estas son un componente estructural del progreso de la ontogénesis hacia una vida de autodeterminación. Cuando las crisis en los primeros años de la vida toman dimensiones patológicas, las cuales incapacitan grandemente al individuo y trae efectos negativos duraderos, la cuestión sobre qué medidas profilácticas deberían tomarse en cuenta se vuelve crucial. Dado que el modelo de alianza de trabajo terapéutico pedagógico es una dispensación funcionalmente dinámica y flexible en términos de personal, sus métodos observacionales pueden combinarse con los del modelo ecológico aquí discutido. Lo importante entonces sería fortalecer la perspectiva de la segunda persona dentro de la alianza de trabajo. La empatía y el flujo de comunicación dentro de la tríada (maestros, adolescentes y padres) constituirían los prerrequisitos para la capacidad de reconocer patrones psicósomáticos, o su significado específico de caso, dentro de un camino concreto de desarrollo. Dado que las crisis graves juveniles como la anorexia son, según las opiniones actuales de su etiología, mejor consideradas como multifacéticas, es esencial tener un “órgano” capaz de recoger y combinar las múltiples perspectivas que se deben generar. Antes de que la hospitalización como último recurso terapéutico se vuelva inevitable, las opciones ofrecidas por la alianza de trabajo profesional como un órgano informal de percepción colectiva podrían ser probadas al igual que ciertas medidas correctivas.

7. Sobre aquello que puede desencadenar la anorexia en la pubertad, Henning Köhler señala lo siguiente: “Una vida familiar armoniosa, cálida y protectora que durante años se ha dedicado conscientemente a rodear a un niño con tierna atención amorosa puede de repente parecer banal, ya que un evento como la mudanza ha creado una profunda inseguridad” (Köhler, 1987, p. 57).

Bibliografía

- Bertram, M. (2005). *Der therapeutische Prozess als Dialog. Strukturphänomenologische Untersuchung der rhythmischen Einreibungen nach Wegman*, Hauschka. Berlin: pro-Business.
- Galiläer, L. (2005). *Pädagogische Qualität. Perspektiven der Qualitätsdiskurse über Schule, Soziale Arbeit und Erwachsenenbildung*. Weinheim: Juventa.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2000). *Essen will gelernt sein. Ess-Störungen erkennen und behandeln*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Graßhoff, G. / Höblich, D./ Stelmaszyk, B. / Ullrich, H. (2006). Klassenlehrer-Schüler-Beziehungen als biografische Passungsverhältnisse. Fallstudien zum Verhältnis von Lehrer-Schüler-Interaktionen und Selbstverständnis der Lehrerschaft an Waldorfschulen. *Zeitschrift für Pädagogik*, Jahrgang 52, Issue Nr. 4 (pp. 571-590).
- Göppel, R. (2010). *Pädagogik und Zeitgeist. Erziehungsmentalitäten und Erziehungsdiskurse im Wandel*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Köhler, H. *Die stille Sehnsucht nach Heimkehr. Zum menschenkundlichen Verständnis der Pubertätsmagersucht*. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.
- Matthiessen, P.F. (2003). Der diagnostisch-therapeutische Prozess als Problem der Einzelfallforschung. In: Ostermann, T. / Matthiessen, P.F. (Ed.), *Einzelfallforschung in der Medizin. Bedeutung, Möglichkeiten, Grenzen. Medizintheoretisches Symposium* (pp. 31-59). Frankfurt a.M.: Verlag für Akademische Schriften.
- Neumann, U. (2001). Die unsichtbare Wirksamkeit emotionaler Beziehungen zwischen Kindern und ihren Erziehern. In: Gebauer, K., Hüther, G. et al.: *Kinder brauchen Wurzeln. Neue Perspektiven für eine gelingende Erziehung*. Düsseldorf / Zürich.
- Oevermann, U. (2000). Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. In: Kraimer, K. (Ed.), *Die Fall-Rekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung*. (pp. 58-156). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A. / Helsper, W. (Ed.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. (pp. 70-182). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Peitz, M. (2006). *Subgruppendifferenzierung bei Anorexia nervosa. Analyse des restriktiven-,Binge-Purge und Purge-Typus*. (Diss. Universität Dortmund): University Press.
- Pluta, E. (2003). Schulverweigerung bei Kindern und Jugendlichen der Hilfen zur Erziehung nach § 34 SGB VIII. Erscheinungsformen, Ursachen, sozialpädagogische Handlungsmodelle. (Diplomarbeit). Norderstedt: Grin Verlag.
- Ricking, H. (2003). *Schulabsentismus als Forschungsgegenstand*. Dissertation Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.
- Robert-Koch-Institut, Berlin (Ed.). *Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS)*. <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html> (Download 25.09. 2014)
- Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P. & Ouston, J. (1980). *Fünftehtausend Stunden. Schule und ihre Wirkung auf die Kinder*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Sautermeister, J. (2004). Therapierte Autonomie. Über den Beitrag der Psychologie, menschliche Freiheit zu verwirklichen. In: Autiero, Antonio, Goertz, Stephan & Striet, Magnus (Ed.). *Endliche Autonomie. Endliche Perspektiven auf ein theologisch-ethisches Programm*. pp. 163-205). Münster: Lit Verlag.
- Schütze, G. (1980). *Anorexia Nervosa*. Bern / Stuttgart / Wien: Verlag Hans Huber.
- Simmonds, M. (1914). Über Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 40 (pp. 322-323).
- Wagner, H.-J. (2004a). Krise und Reziprozität. Strukturelle Sozialisationstheorie I. Frankfurt a.M.: Humanities Online.

Wagner, H.-J. (2004b). Krise und Sozialisation. Strukturelle Sozialisationstheorie II. Frankfurt a.M.: Humanities Online.

Weiß, B (2000). Wer schwänzt wie häufig die Schule? Eine vergleichende Sekundäranalyse auf Grundlage von 12 deutschen Studien. In: Wagner, M. (Ed.), *Schulabsentismus. Soziologische Analysen zum Einfluss von Familie, Schule und Freundeskreis*. (pp. 37–56). Weinheim: Juventa.