

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL

UNIDAD UPN 095



LA INTEGRACION EN LA ESCUELA DEL NIÑO CON TRASTORNO EMOCIONAL

INVESTIGACION DOCUMENTAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN EDUCACION PRIMARIA

PRESENTA

RODRIGO | AGUNDIS SALAZAR

MEXICO, D.F., MARZO, DE 1989

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL

UNIDAD UPN 095

LA INTEGRACION EN LA ESCUELA DEL NIÑO CON TRASTORNO EMOCIONAL

RODRIGO AGUNDIS SALAZAR

MEXICO, D. F., MARZO DE 1989.

## DICTAMEN DEL TRABAJO DE TITULACION

México D.F. a 18 de Marzo de 1989.

C. Profr. (a) RODRIGO AGUIRRE SALAZAR  
Presente (nombre del egresado)

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Exámenes --  
Profesionales y después de haber analizado el trabajo de titula-  
ción alternativa INVESTIGACION DOCUMENTAL  
titulado "LA INTEGRACION EN LA ESCUELA DEL NIÑO CON TRASTORNO  
EMOCIONAL".  
presentado por usted, le manifiesto que reúne los requisitos a -  
que obligan los reglamentos en vigor para ser presentado ante el  
H. Jurado del Examen Profesional, por lo que deberá entregar diez  
ejemplares como parte de su expediente al solicitar el examen.

ATENTAMENTE

El Presidente de la Comisión



S. E. P.  
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL  
UNIDAD SEAB  
C. F. AZCAPOTZALEC

PROFR. Y LIC. RODOLFO ALCALAZ AYARCON.

A MIS PADRES

CONCEPCION Y RODRIGO

A MIS HERMANOS

ROCIO, PATRICIA Y RICARDO

A MI TIA PILAR

Y A MI ABUELITA GUADALUPE

# INDICE

## INTRODUCCION

## MARCO TEORICO

11

### CAPITULO I

#### I. DEFINICION Y PERSPECTIVAS DEL TRASTORNO EMOCIONAL

14

##### A) Definición

14

##### B) Perspectivas del trastorno emocional

16

### CAPITULO II

#### II. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA PERTURBACION EMOCIONAL

21

##### A) Biológico

21

##### B) Modelo Psicoanalítico/Psicodinámico

24

##### C) Modelo Conductual

29

##### D) Modelo Ambiental (Sociológico)

33

### CAPITULO III

#### III. TRASTORNOS EMOCIONALES DE LOS NIÑOS

38

##### A) Psicosis Infantiles

42

##### B) Desordenes Conductuales

50

##### C) Desordenes Independientes Significativos

61

##### D) Perturbaciones Situacionales Pasajeras

72

##### E) Conclusión

73

CAPITULO IV

IV. PROCEDIMIENTOS DE IDENTIFICACION	76
A) Criterio Psiquiátrico	82
B) Criterio Psicológico	85
C) Criterio Conductual	88
D) Criterio Educativo	90
E) Conclusión	111

CAPITULO V

V. INTERVENCIONES DE TRATAMIENTO APLICABLES EN LA ESCUELA PRIMARIA	114
A) Terapia Conductual	115
B) Técnicas de Reuniones Grupales	134
C) Intervenciones Psicodinámicas	136
D) Conclusión	154

CAPITULO VI

VI CONCLUSIONES	158
BIBLIOGRAFIA	163

## INTRODUCCION

En nuestros días existe en un gran número de niños en las escuelas que actúan en forma "deficiente o inadecuada", a causa de ciertas emociones conflictivas, que casi se han llegado a ignorar por completo, convirtiéndose en algo cotidiano para los maestros alumnos y padres; rasgo común en las escuelas.

Todavía no son muchas las personas que parecen darse cuenta de la tremenda importancia que para el futuro de la sociedad tiene la integración de niños con problemas emocionales dentro de la escuela primaria común.

Cada vez se detectan más y más niños con alguna forma de perturbación en su comportamiento, hasta el punto que ya no se puede estar seguro de los parámetros que permitan establecer las pautas de "normalidad". Pero, ¿Qué hacer con los niños con -- transtornos emocionales?, ¿llenar con ellos las escuelas especiales, o por el contrario, tratar de asimilar al menos a muchos de ellos, a la escuela común?.

Esta es una de las interrogantes que se plantean a lo largo de estas páginas y sobre el cual se enuncian soluciones.

En no pocas ocasiones, los padres de un niño de este tipo eluden su responsabilidad, diciendo que la escuela a la que asiste su hijo, "no sirve". Los profesores se conforman con señalar que el niño tiene "problemas en su casa", por eso se comporta así; pero su acción pocas veces va más allá de un comentario o de un total desinterés, argumentando que no posee los conocimientos suficientes para ayudar en el problema.

Hay también la tendencia generalizada, por parte de padres y profesores a inferiorizar, culpar y presionar al niño --con la mejor intención, tal vez-- empero, casi siempre provocando mayores conflictos emocionales que pueden llegar a marcar la perso-

nalidad del pequeño por el resto de su vida y que se reflejará negativamente en todas sus actitudes.

Cabe decir que la mayor parte de los niños con trastornos emocionales presentan un cociente intelectual normal, e incluso con frecuencia superior; de modo que sus probables deficiencias en clase no puedan atribuirse a inferioridad mental, ni mucho menos. Su desarrollo y sus capacidades físicas corresponden a las de cualquier niño normal.

El problema es mucho más complejo que el que podría presentar el niño mal dotado intelectual o físicamente. La naturaleza del transtorno es de orden psicológico, más específicamente afectivo, emocional; cuya etiología es multicausal.

Una solución ideal sería que en todas las escuelas laborara de tiempo completo un psicólogo clínico especializado, para auxiliar al maestro en cuanto concierne a estos alumnos, cuya actitud negativa desespera al educador, máxime que "escapa a la esfera de sus conocimientos". Sin embargo siendo realistas debemos suponer que esos especialistas se haran esperar mucho tiempo todavía en nuestras escuelas.

Por eso en el presente escrito se plantea la idea del maestro como terapeuta, tal afirmación es reflejo del supuesto de que su papel implica mucho más que la presentación del contenido académico a los niños. La enseñanza satisfactoria requiere del conocimiento del desarrollo individual y los estilos de aprendizaje, una conciencia de las características de la personalidad, apreciación de las tensiones y distensiones de situaciones y de manera más crítica, de la habilidad para utilizar tal información de modo que facilite el aprendizaje a cada estudiante. En suma los maestros competentes deben estar preparados para reconocer y ofrecer soluciones a multitud de problemas que pueden obstaculizar el desarrollo de los niños. Deben actuar como terapeutas en el mejor de los sentidos, promoviendo la



integración de los niños con trastornos emocionales leves o moderados en la escuela primaria común.

Con el fin de proporcionar las bases y plantear posibles alternativas a la labor del profesor en su actividad con los niños emocionalmente trastornados; se contempla en el presente escrito un panorama general de la perturbación emocional; así como la explicación que de esta dan diferentes modelos: el biológico, el psicoanalítico/psicodinámico, el conductual y el sociológico.

Además se hace mención de los desórdenes emocionales más comunes entre los niños y los diferentes procedimientos para su identificación y evaluación.

Otra sección incluye el estudio de diferentes terapias, derivadas de los enfoques anteriormente mencionados; que pueden ser implementadas por el maestro de grupo en la resolución de cierto tipo de conflictos emocionales de sus alumnos; destacando los trastornos y circunstancias en las que se recomienda su aplicación.

Las subsecuentes líneas más que decir la última palabra en relación a los trastornos emocionales infantiles, su diagnóstico y tratamiento; son una exhortación a pensar y meditar sobre problemas que es indispensable tener en cuenta en la educación de nuestra niñez. Y decir esto es referirse al mañana, pero el mañana se construye hoy.

La idea de proporcionar una serie de condiciones y oportunidades en la que los niños llamados "trastornados" pueden reconciliar sus necesidades personales con las esperanzas que tiene la sociedad con respecto a ellos, nos parece plausible y por ello debe de buscarse su realización.

Lo único que se requiere; es desear ayudar verdaderamente al niño, a lograr el desarrollo armónico de su personalidad; ta rea que en gran parte le es atribuida al maestro.

"Todo lo que hagamos por quienes nos sucedan será siempre poco. Ellos merecen más que todo, más de lo que hacemos y más de lo que deseamos hacer".

Las emociones trastornadas  
constituyen una paradoja:  
expresan la vida volviendose  
contra sí misma en el afán  
de buscar su sentido .

Rodrigo Agundis Salazar.

## MARCO TEORICO

La perturbación emocional no es un problema nuevo. Aún cuando el término no fuera utilizado sino hasta 1900, la historia registra las tentativas humanas por comprender las condiciones y conductas que comunmente pueden incluirse bajo el rubro de "trastorno emocional" y otros tales como "enfermedad mental", "psicopatología" y "desviación de la conducta". Entre las primeras explicaciones de la perturbación emocional se encontraba la creencia de que los individuos cuyo comportamiento los señalaba como extraños, raros, o simplemente diferentes de sus semejantes, estaban poseídos ya fuera por el demonio o por espíritus divinos - (Bernstein & Nietzel, 1982, p.40).

Pruebas arqueológicas sugieren que el hombre primitivo pudo haber usado la trepanación, técnica quirúrgica que implicaba la horadación del cráneo, con objeto de liberar los espíritus malignos que habían invadido a los individuos y despojándolos del control sobre su comportamiento. En la antigua Grecia la epilepsia y la psicosis se consideraban como signos de posesión por fuerzas divinas. A los individuos que las padecían se les veneraba como adivinos, profetas, o destinados a la grandeza (Newcomer, 1987. p.13).

Estas ideas prevalecieron hasta que Hipócrates (alrededor de 460-351 a.c.), médico griego conocido como el padre de la medicina, registró detalladamente descripciones de los estados de perturbación tales como la melancolía, histeria y psicosis, las definió como formas de enfermedad física. Atribuía estas condiciones a desequilibrios entre los cuatro humores corporales: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra; cada una de las cuales está relacionada con un órgano en particular: el corazón, el cerebro, el hígado y el bazo. Se sabe que esta idea fundó la teoría de los cuatro temperamentos: el sanguíneo, el linfático, el bilioso y el atrabiliario; considerados como el -

producto de la reacción del organismo al medio ambiente, algo -  
así como el punto de conjunción del individuo y el universo.+

Así Hipócrates inauguró un enfoque médico para comprender -  
estas condiciones e hizo del estudio de las perturbaciones emo -  
cionales el interés de los médicos.

La forma más benévola de tratamiento implicaba conjuros y -  
ruegos por el perdón divino. Las víctimas menos afortunadas -  
eran azotadas, lapidadas, sumergidas en estanques y los impeni -  
tentes eran quemados en la hoguera. Tales posturas poco habían -  
cambiado hacia mediados del siglo xv; en los que incluso se lle -  
gó a informar de un caso de licantropía, la transformación de un  
ser humano en lobo; o de que el demonio era el origen de toda en -  
fermedad mental.

El Renacimiento presenció el surgimiento de muchos filóso -  
fos cuyas teorías describían la existencia de la "mente" como al -  
go distinto del "álma", alejando así la atención de las nociones  
de la casualidad o posesión espiritual; lo cual influyó en el -  
desarrollo del concepto de funciones mentales.

Sin embargo, no fue sino hasta el siglo XVIII cuando drásti -  
cas reformas empezaron a modificar estas condiciones y devolvie -  
ron el estudio de los transtornos emocionales al médico. Phillipe  
Pinel (1745-1826), médico francés director del hospital La Bice -  
tre es famoso por el hecho de haber librado de sus cadenas a los -  
pacientes mentales y abogar por formas más humanas de tratamien -  
to (Newcomer, 1987, p.14).

En el siglo XIX, se arraigó firmemente la definición de per -  
turbación emocional como enfermedad de la mente. Durante este -  
período el método científico se estaba aplicando al estudio de -  
la conducta en los Estados Unidos la investigación empírica fue -  
+ Mueller, L.F. Historia de la Psicología, México, 1984. p.38

significativa, ya que introdujo una alternativa a los estudios médicos del comportamiento patológico mediante la investigación del comportamiento normal.

Finalmente, el siglo XX contempló el estudio de las condiciones de perturbación, revolucionado por el impacto de muchas y diversas perspectivas teóricas. La persona que ha tenido mayor impacto sobre las concepciones contemporáneas y el tratamiento de la conducta desviada ha sido Sigmund Freud (1856-1939). Sus ideas influyeron fuertemente en su época; creó una teoría de la personalidad y desarrolló un tratamiento para la neurosis -el psicoanálisis- (Ullman & Krasner. 1975, p.152).

Otras investigaciones dentro de la casualidad orgánica o genética de la perturbación emocional, el desarrollo del movimiento humanista y los teóricos interpersonales, la información recogida a partir de la sociología y la psicología social, que enfatizaba las influencias culturales sobre la conducta. Las Investigaciones sobre condicionamiento de J.B. Watson (1878-1958) y B.F. Skinner (1953), la importancia de la teoría del aprendizaje social, y así sucesivamente, proporcionaron parte de un rompecabezas aún inconcluso. De hecho, la misma existencia de diferentes perspectivas sobre el tópico ha originado confusión en su estudio.

Actualmente hay poco acuerdo sobre las cuestiones críticas pertenecientes al tópico, incluyendo: la definición, ¿qué es la perturbación emocional?; las perspectivas generales, ¿qué criterios establecen a un individuo como emocionalmente trastornado?; y la etiología, ¿qué ocasiona la perturbación emocional?. De lo anterior se desprende que es necesario aclarar en su momento, cada una de las cuestiones anteriores; iniciando con la definición: ¿Qué es la perturbación emocional?.

## I. DEFINICION Y PERSPECTIVAS DEL TRANSTORNO EMOCIONAL

### A) Definición

El término perturbación emocional es uno de los muchos rubros empleados para clasificar ciertas conductas anormales, atípicas o desviadas, Shea (1986) menciona que este ha sido reemplazado por muchas otras expresiones, entre las que figuran: emocionalmente trastornado, desadaptado, mentalmente enfermo, emocionalmente discapacitado, mentalmente trastornado, socialmente discapacitado, niños conflictivos o problema, niños con problemas de conducta o conflictuados; entre otros (p.16).

Aún cuando el término se ha convertido en lenguaje común, su significado preciso no es claro. Una de las primeras definiciones fue la propuesta por Lambert y Bower (1961):<sup>1</sup> "...el niño emocionalmente discapacitado se define como el que sufre una reducción, de moderada a marcada, en su libertad de conducta, - la que a su vez reduce su capacidad para funcionar eficazmente en el aprendizaje o el trabajo en común con otros. En el aula esta pérdida de libertad afecta a las experiencias educativas y sociales del niño".

Esta definición fue escrita para los profesores de clases normales, quienes debían usarla para la selección de niños emocionalmente trastornados, en California E.U. no se ocupa de la casualidad excepto por exclusión, es decir que la conducta no puede explicarse por factores intelectuales, sensoriales, etc.

Woody (1969)<sup>2</sup> destaca la medida en que la conducta difiere

---

1 Cit.pos.Shea,T.M. La enseñanza en niños y adolescentes con -- problemas de conducta.1986,p.16

2 Cit.pos.Shea,T.M. 1986,p.18

de las normas sociales: "el niño trastornado es aquel que no puede o no quiere adaptarse a las normas de conducta socialmente aceptables y que por consiguiente malogra sus propios progresos escolares, los esfuerzos de aprendizaje de sus compañeros de estudios y sus propias relaciones interpersonales".

Smith y Neiswort (1975)<sup>3</sup> abordaron los problemas de los niños desadaptados con otra perspectiva:

"Son dos las categorías más amplias de problemas de adaptación: los trastornos emocionales y la desadaptación social. Casi todos experimentan momentos de desadaptación en su vida. Estos períodos de problemas de transición son normales si son relativamente breves e infrecuentes. Es muy posible que sean específicos de tal o cual situación, es decir, que se relacionen con determinados sucesos, lugares o personas que irritan o perturban. De aquí que no exista una línea de demarcación claramente trazada entre las conductas sociopersonales y anormales. "Trastornos emocionales" es una expresión generalizada que se emplea para incluir numerosas condiciones imprecisamente definidas, como "enfermedad mental", "psicosis", "neurosis",... y muchas otras... Fundamentalmente, los niños que exhiben conductas emocionalmente trastornadas son excesivamente agresivos, ensimismados, o ambas cosas. Generalmente su problema principal no es la violación de las reglas sociales ni de los usos y costumbres de su cultura, pero suelen ser sumamente desdichados.

La desadaptación social al contrario, implica una conducta que viola las reglas... puede ser aceptable en el contexto de la subcultura del niño, pero no en la sociedad en general".

La importancia de la anterior definición reside en que destaca el hecho de que todas las personas tienen problemas de adaptación en diversos períodos de su vida, y en que reconoce la importancia de sucesos, lugares y personas determinadas en la conducta. El factor común entre estas definiciones es que la existencia de la condición o estado de perturbación emocional debe inferirse a partir de la conducta. Las definiciones varían porque reflejan escuelas alternas del pensamiento y ofrecen diferentes explicaciones de la conducta. Mientras más información específica contenga una definición más reflejará una propensión teó-

<sup>3</sup> Cit. pos. Shea J.M. 1986, p.18

rica particular y más disención provocará entre aquellos que sustentan perspectivas alternas. La siguiente definición establece límites a la discusión posterior sobre las diferentes concepciones del trastorno emocional.

El trastorno emocional es: "un estado... caracterizado por aberraciones en los sentimientos que tiene un individuo respecto así mismo y al medio ambiente. La existencia del trastorno emocional se deduce del comportamiento. Por lo general, si una persona actúa de una manera que le es perjudicial a ella y/o a los demás, puede considerarse en un estado de perturbación emocional" (Newcomer.1987.p.17).

Una definición de este tipo, global, origina más interrogantes de las que responde, ya que no esboza las conductas específicas, consideradas como características del trastorno emocional, ni revela las causas de este estado. Tal definición significa que el término será empleado para describir un vasto continuo de condiciones anormales o atípicas. La discusión siguiente, relativa a las perspectivas generales del trastorno emocional; y la concerniente a los principales modelos explicativos proporcionarán una variedad de respuestas a los interrogantes por la definición.

## B) Perspectivas del trastorno emocional

En forma general las diferentes corrientes explicativas pueden dividirse en dos perspectivas, las que hacen énfasis en la incapacidad y las que lo hacen en la desviación como forma de estudiar el trastorno emocional.

a) Perspectiva de incapacidad. Esta visión refleja un punto de vista médico. Afirma la existencia de una condición patológica interna que genera conductas aberrantes. Los puntos principales asociados con esta perspectiva son los siguientes:



1) El trastorno emocional es una enfermedad causada por desórdenes neurológicos o psicológicos internos.

2) La enfermedad interna hace que el individuo participe en compartimientos enfermizos sintomáticos de la enfermedad subyacente.

3) La conducta manifiesta per se no señala a un individuo como emocionalmente trastornado—sólo es un efecto del problema,—no el problema en sí.

4) Las fuerzas internas que motivan la conducta manifiesta—determina la existencia de una condición emocionalmente trastornada.

5) El diagnóstico de la perturbación debe implicar algo más que la observación de la conducta manifiesta, debe incluir la medición del funcionamiento interno.

6) El diagnóstico debe ser conducido por personal médico capacitado.

7) El enfoque del diagnóstico debe ser sobre la etiología,—es decir, sobre las causas implícitas de la conducta ¿el porqué?.

8) Los estados emocionalmente perturbados son condiciones fijas, no culturalmente relativas.

9) El tratamiento es conducido primordialmente por personal médico en instalaciones médicas.

10) El tratamiento se concentra en la cura de la patología implícita del individuo (Newcomer.1987,pp.18-24).

b) Perspectiva de desviación. Un estado de trastorno emo -

cional es determinado por el grado en que un individuo se conduce fuera de los límites considerados apropiados por la mayor parte de la sociedad. Los principales puntos asociados con la perspectiva de desviación son:

1) El término trastorno emocional es un rubro que puede asignarse a quienes observan una conducta que se aparta de las normas sociales.

2) La existencia de una condición perturbada es inferida.

3) La designación de perturbación es arbitraria, ya que depende de los juicios de la comunidad, y las comunidades varían en sus opiniones y tolerancia de la desviación.

4) La etiología de los estados emocionalmente trastornados es relativamente secundario. No determina quién es clasificado como "perturbado".

5) El rubro diagnóstico "emocionalmente trastornado" es uno de los varios que pueden asignarse a personas desviadas.

6) La perturbación emocional no es una condición fija, sino un estado variable, dependiente de las circunstancias ambientales.

7) Muchas conductas indicativas de la perturbación emocional comúnmente son exhibidas por la población en general. Únicamente el sitio, la frecuencia, constancia e intensidad de las conductas exhibidas señala a un individuo como desviado.

8) El tratamiento implica enseñar a los individuos una conducta socialmente apropiada, de modo que puedan desempeñarse eficazmente.

Puede tener lugar en hospitales psiquiátricos u otras instalaciones tales como escuelas o prisiones.

9) La conducción del tratamiento no está limitada a los miembros de la profesión médica sino que puede ser emprendido por maestros, clérigos, psicólogos y otros individuos capacitados (Ibid.p.p.25-31).

### c) Análisis comparativo

Cada una de las perspectivas ofrece una respuesta única a la interrogante: ¿Qué es el trastorno emocional? Desde la perspectiva de incapacidad, es una enfermedad que existe en un individuo sin considerar los valores culturales. Desde la perspectiva de desviación, es un rubro asignado a quienes infringen las reglas sociales y, por lo tanto, es culturalmente relativo.

Las ventajas que podemos encontrar en la primera postura son: comprende un sistema de clasificación general, que puede aislar los síntomas comunes de ciertos estados y permitir aclarar sus causas; puede proporcionar referencias para la comprensión de las conductas y raras o inapropiadas; lo que ayuda en la investigación sistemática de condiciones comunes, necesarias para la verificación y generación de hipótesis científicas; lo cual permite preparar el camino para la intervención y el tratamiento en casos similares.

Sin embargo las clasificaciones en su mayoría sólo son descriptivas y no explicativas, lo que solamente ayuda para rotular a un individuo con resultados estigmatizantes y no para comprender las causas de su conducta. Además debido a lo complicado que es medir las operaciones internas psicológicas y/o neurológicas que originan esas conductas manifiestas, se llega con secuencia a especulaciones sobre los estados de patología interna.

En contraposición la perspectiva de desviación que proviene de las disciplinas de la sociología y la antropología cultural. También cuenta con validez y deficiencias. Primeramente el enfatizar que la perturbación emocional es una condición culturalmente relativa por lo que debe estudiarse en situaciones concretas, considerando las circunstancias y el medio ambiente social que rodean al individuo es plausible. Otra ventaja es que suministra información directa acerca de las conductas que deben modificarse. Las principales desventajas son: iguala la perturbación emocional con la inconformidad, (pero la normalidad no es sinónimo de conformidad), no suministra la existencia de condiciones anormales a menos que la sociedad califique la conducta como tal; finalmente un problema que se le presenta al terapeuta es, el que debe enseñar al individuo desviado la conducta socialmente aceptada, lo cual lo obliga a realizar un juicio de valor sobre la conducta correcta o incorrecta.

Antes de pasar a discutir los principales modelos explicativos de la perturbación emocional, podemos decir que las perspectivas anteriores han aportado conocimiento fragmentados de una misma totalidad. Coincidimos con Bleger (1984, p.11) en que las distintas corrientes han tomado estructuras o aspectos de un mismo proceso, pero la segmentación y el olvido del contexto en general, hicieron creer a cada una que captaba la totalidad.

## II. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA PERTURBACION EMOCIONAL

Todas las personas tienen una perspectiva, un punto de vista a través de los cuales interpretan el mundo. Esta perspectiva personal no es una teoría abstracta y esotérica que podamos hacer a un lado y guardar en lo profundo de la mente sin ocuparnos más de ella. Consciente o no nuestra visión se expresa en nuestra conducta humana aplicados a la educación de niños con problemas de conducta, se basan en parte en la filosofía individual de cada teórico con respecto al hombre, la naturaleza y el universo; lo que viene a reflejarse en su explicación y manejo psicoterapéutico.

En el campo de la psicología existen varias perspectivas -- del hombre, muchas de estas grandes teorías pueden dividirse en subteorías. En un esfuerzo por analizar, organizar, y sintetizar las perspectivas psicológicas más importantes, se reseñan cuatro marcos conceptuales (o modelos): Biológico, Psicoanalítico, Conductual y Ambiental.

### A) Modelo Biológico

El modelo biológico de la etiología de los problemas de -- aprendizaje y conducta en niños destaca los orígenes orgánicos de la conducta humana. Los partidarios de este modelo postulan una relación directa entre los defectos físicos, las disfunciones y enfermedades, por una parte y por la otra, la conducta exhibida -- por el individuo (Shea, 1986.p.31).

El profesional incluído por la teoría biofísica se preocupa principalmente por cambiar o recompensar los mecanismos o procesos orgánicos defectuosos del individuo, que está causando su conducta inaceptable.

Algunos partidarios de esta perspectiva creen que el medio externo del individuo es un factor sin importancia en el problema de la conducta (Rimland, 1969)<sup>1</sup>. Otras aceptan la importancia del medio externo y creen que el mismo es el factor que desencadena o pone en marcha una predisposición orgánica inherente al organismo del individuo (Rosenthal, 1963)<sup>2</sup>.

Como resultado de extensas investigaciones biofísicas en niños afectados gravemente (niños autísticos, esquizofrénicos) Rimland formuló esta conclusión en 1969: ¿Por qué creen los psiquiatras y psicólogos que hay personas cuyos trastornos mentales son funcionales y no orgánicos? ¿Por qué rechazan la plausible premisa de que los casos funcionales "difieren de los casos "orgánicos" sólo en que por ahora nuestros conocimientos son demasiado limitados para identificar el defecto "orgánico" en los casos "funcionales"?<sup>3</sup>.

Una de las más importantes fuentes de apoyo para el modelo bilógico es la investigación genética. Heston (1970)<sup>4</sup> informó que alrededor del 45% de los niños que tienen un padre esquizofrénico a la larga se volverán esquizoides o esquizofrénicos. Entre los niños con ambos padres esquizofrénicos, el 66% desarrolló la enfermedad. Se ha informado de conclusiones similares en los estudios que incluyen a los desórdenes maniaco-depresivos.

Pollin et al (1969)<sup>5</sup> concluyeron que, en tanto que algunos desórdenes mentales pueden ser transmitidos genéticamente (posiblemente el autismo y la esquizofrenia) otros no (como la neurósis y otros trastornos menos severos).

Sin embargo, subsiste el hecho de que los patrones genéticos

1 Cit.po. Shea, op.cit.,p.31

2 Ibidem.

3 Ibid.

4 Cit.pos. Newcomer, Como enseñar a los niños perturbados, 1987, p.41

5 Ibidem., p.42

no han podido demostrarse de manera concluyente. Por consiguiente, no pueden refutarse las críticas que señalan que las familias "psicópatas" tienen relaciones sociales inadecuadas o destructivas que pueden ser la clave de tasas elevadas de incidencia familiar (Newcomer, 1987.p41).

De igual forma las investigaciones neurológicas no ha podido ser concluyentes. Por otro lado, la relación entre la bioquímica defectuosa y la enfermedad mental es similar a la de la gallina y el huevo; es difícil saber cual aparecio primero. Es posible que la psicopatología provoque alteraciones en la bioquímica del cerebro antes que a la inversa.

Newell Kephart (1963)<sup>6</sup>, psicólogo especializado en el área del desarrollo teorizó que el desarrollo desviado en la fase sensoriomotora impide el desarrollo cognoscitivo y afectivo adecuado. Desafortunadamente, la noción de los déficits en el desarrollo no ha sido comprobada como causa de los desórdenes mentales; la evidencia empírica bien delineada será difícil de obtener porque las diversas vías relacionadas con la casualidad biofísica están interrelacionadas. Los defectos genéticos deterioran el funcionamiento neurológico y ocasionan retrasos en el desarrollo. El daño orgánico influye en los procesos bioquímicos o viceversa. Obviamente, la línea de investigación biológica crea particular interés como fuente para la eventual solución al enigma de la psicosis. (Newcomer, 1987.p.47).

El tratamiento consta principalmente de la administración de drogas o productos químicos para influir en el funcionamiento del sistema nervioso central.

El efecto sobre la educación ha comprendido, el que los educadores consideren como enfermo al niño que presenta síntomas de

---

6 Ibid., p.46

desórdenes emocionales, por lo que requiere de un tratamiento - que ellos no pueden proporcionar. A los niños emocionalmente - perturbados se les estima como incapacitados y anormales; se le concede poca atención a la modificación de ambiente del aula, - que poco tiene que ver con el problema, ya que este emana desde el interior del niño. Las implicaciones son claras; si debe ocurrir el cambio, debe ocurrir dentro del niño. Debe ser tratado a fin de que supere la incapacidad inherente que motiva la conducta mal adaptativa.

#### B) Modelo Psicoanalítico/Psicodinámico

El término psicoanalítico-psicodinámico no se refiere a - una sola teoría sino a un grupo de teorías que durante las tres o cuatro últimas décadas han surgido de la teoría psicoanalítica original de Freud (1933,1949). Aunque diversificadas, estas teorías tienen en común la creencia de que existe una vida in--trapsíquica dinámica, pero varían mucho en cuanto al efecto del ambiente en dicha dinámica, el impulso instintivo básico energético de la vida psíquica (libido) y las funciones de los componentes de la personalidad.

Para Freud y la mayoría de los psicoanalistas el término "sexual" no designa únicamente las manifestaciones que se refieren al acto genital de la procreación, sino comprende todo lo que concierne a la actividad hedónica, es decir, todo lo que se refiere a la búsqueda del placer. Sin embargo el hedonismo no - está centrado en las mismas zonas corporales en los diferentes estadios del desarrollo. Para dar un nombre a esas épocas sucesivas del desarrollo individual, Freud escogió el que evoca la parte del cuerpo sobre la que se centra electivamente el hedonismo del momento (Dolto,1986,pp.14-15).

Es por esto que, en el Psicoanálisis, se distinguen sucesivamente la etapa oral (0 a 2 años) el niño recibe estímulos auto



eróticos a través de acciones como succionar, beber y chupar; fase oral pasiva. Es el tipo de placer narcisista primario, el niño ama, al igual que así mismo, todo lo que se le mete en la boca (el pezón, el chupete) y por extensión la madre o nodriza, - siempre ligadas necesariamente al placer de mamar y a las que se identifica en consecuencia. Con la aparición de los dientes el niño morderá todo lo que tenga en la boca, es su primera pulsión agresiva (Dolto, 1986. pp. 25-26), es la fase oral activa.

Aproximadamente al final del segundo año empieza la etapa anal; la líbida, provocará ahora la retención lúdica de las heces o de la orina. El contenido intestinal desempeña el papel de cuerpo excitante, (descubrimiento del placer autoerótico masoquista) al que el niño considera al principio como una parte de su cuerpo. Más tarde será un regalo que le sirve para probar, - al darlo, su obediencia y su obstinación al negarlo (Lebovici & Soulé, 1986. p. 26). Esta noción de poder dar o no sus heces, de dar un "regalo a la madre" representa el descubrimiento del placer sádico; al cual podemos entender como; "te hago una cosa con mi cuerpo", (Dolto: 30). Así mismo aunque la madre puede molestar se porque el niño ensucia sus pañales, este aseo es agradable por lo que asociará a la madre emociones ambivalentes. (Dolto: 29).

La etapa fálica (aproximadamente entre los 3 o 4 años hasta el inicio de la etapa de latencia 5 o 6 años) se caracteriza por la primacía en la manipulación e interés de los órganos sexuales; el pene en el niño y el clítoris en la niña (Dolto, 1986. p. 36). - Esta es la etapa en la que el niño adquiere conciencia de las diferencias sexuales. Un hecho importante es que el niño entra en lucha abierta emocional con su padre; juega a matarlo, trata de acaparar toda la ternura de la madre, le dice que se casará con ella, que la llevará lejos de su casa, entra en el período de Edipo. La niña vive un período análogo, se comporta hacia su padre como una pequeña amante, coqueta y afectuosa, centrando su interés libidinal en él. Para plegarse a la naturaleza el niño-

deberá no solamente abandonar su rivalidad, con el progenitor - del mismo sexo, sino identificarse con él; a esto ayudará el complejo de castración, y la disminución de las demandas libidinales inherentes a la fase de latencia.

Desde aproximadamente los 6 años hasta el inicio de la pubertad (12 años aprox.) el niño pierde el interés por la sexualidad, los deseos sexuales irresolubles de la etapa fálica no son atendidos por el yo. Surgen actitudes tales como la sublimación y el interés por la adquisición cultural y moral (Dolto:46).

La etapa genital tiene lugar en el inicio de la pubertad y trae como consecuencia el regreso de la energía libidinal a la zona genital. La excitación psicológica consiste ahora en una sensación de tensión peculiar y de carácter urgentísimo, este conduce a lo que Freud llamó manismo por necesidad.<sup>7</sup> Freud habla de una segunda situación edípica durante la pubescencia; sin embargo durante el período de latencia, el desarrollo del super-ego ha alcanzado un punto en el cual una barrera contra el incesto internalizada reprimirá esas tendencias.<sup>8</sup> La sucesión afortunada de estas etapas y la buena integración de las pulsiones que las subtienden es indispensable para la organización de la sexualidad en el adulto. Las pulsiones parciales del niño, están mal ligadas entre sí y son independientes en la búsqueda del placer. Por el contrario, la vida del adulto tiene como signo la persecución del placer al servicio de la procreación; en este período las pulsiones parciales deben someterse a la primacia de una zona erógena y formar una organización sólida, capaz de alcanzar la finalidad sexual que a partir de entonces está unida a un objeto extraño (Lebovici & Soulé, 1986, p.29).

Para Freud existían dos instintos que eran la causa última de toda actividad, Eros que es definida como la gran fuerza uni-

7 Muss, Rolfe. Teorías de la Adolescencia Buenos Aires, Paidós, 1980, p.32

8 Idem. p.33

versal que preserva la vida y el instinto de muerte-de destruc --  
 tividad.<sup>9</sup>

En el psicoanálisis la mente está formada por tres partes, -  
 lo consciente, aquello de lo cual nos damos cuenta en cualquier-  
 momento. El preconscious, conocimientos que no se encuentran -  
 inmediatamente listos para ser avocados; y el inconsciente, él -  
 está constituido por todas aquellas experiencias reprimidas o ne-  
 gadas que de una u otra forma influyen en la conducta del indivi-  
 duo, sin que este se de cuenta de ello.

Los componentes de la personalidad según el psicoanálisis -  
 Freudiano son: el ello, fuente de las pulsiones libidinales, re-  
 gido por el principio del placer, el yo primero es mediador en -  
 tre el ello y el mundo externo, después entre los seis o siete -  
 años; entre el ello y el super ego. Está dirigido por el princi-  
 pio de realidad. Por último el superego se origina por la inte-  
 gración de experiencias, permitidas y prohibidas, tal como fue -  
 ron vividas en los primeros años, subsecuentemente cierto número  
 de influjos sociales y culturales son asimilados por el superego  
 hasta que se afirma como la conciencia moral, de su crítica y -  
 juicio surge el sentimiento de culpa y las acciones de autocasti-  
 go.<sup>10</sup>

El aspecto más importante de este modelo es la idea de que  
 las personas sólo están conscientes apenas de una parte de las -  
 causas de su comportamiento, este es que son impelidas por fuer-  
 zas inconscientes.

Es así que en una personalidad sana el yo debe de tomar las  
 decisiones más importantes, sin verse abrumado por las exigen -  
 cias del ello y del superego, para lo cual puede utilizar meca -

9 Freud S. Esquema del psicoanálisis, México.1986, p.16)

10 Freud S. (1938) Op. cit., 1986, pp.12-14

nismos de defensa como la sublimación, identificación, transferencia y otros; sin embargo la extrema utilización de estos mecanismos puede distorsionar la realidad e incluso negarla, lo cual ocasionaría un trastorno emocional; (ya que los mecanismos de defensa son inconscientes).

Se considera que la iniciadora de la técnica Psicoanalítica en lo niños fue Melanie Klein, por otro lado Ana Freud encontró un eco mayor en el movimiento psiquiátrico y en los centros de orientación infantil (Lebovici & Soulé, 1986, p.98).

En el trabajo psicoanalítico los pacientes deben de ser ayudados a comprender los sentimientos subyacentes que controlan su conducta; sin embargo en el niño, el método de asociaciones libres no es posible, por lo cual se emplea en los análisis el juego, el dibujo espontáneo, la conversación y la observación directa, la base de la acción terapéutica es la situación de transferencia, situación de apego efectivo al psicoanalista, que se vuelve un personaje importante en el mundo interior del niño durante el tratamiento. La transferencia sirve al terapeuta para estudiar las reacciones afectivas del sujeto en relación con él; (el porqué se comporta de tal o cual forma, en este momento preciso y en relación con él): y de ahí deducir el diagnóstico y la terapia a que recurrirá (Dolto, 1986, pp.135-137).

De muchas maneras el enfoque psicoanalítico ha tenido un impacto sobre la educación aún mayor que el modelo biofísico, aunque ambos comparten una perspectiva de incapacidad con respecto a los trastornos emocionales, sin embargo, son más optimistas en cuanto a su tratamiento, pero tal intervención terapéutica se encuentra más allá de la habilidad de los educadores. Además el tratamiento que comprende la manipulación directa de la conducta manifiesta no sirve, solo a título de paliativo. De ahí que los educadores sean alentados a tratar con cuidado a los niños trastornados, es decir evitar el reprimir su comportamiento. Gran -

parte de nuestro trabajo como maestros consiste en ofrecer salidas socialmente aceptables para deseos que de otro modo serían destructores (Roberts, 1975).<sup>11</sup>

### C) Modelo conductual

El modelo conductual -del aprendizaje social- se concentra directamente en la conducta (Qué hace el individuo) y su relación con las condiciones ambientales que le afectan. La suposición básica de todas las versiones de este modelo es que la conducta se ve influenciada por el aprendizaje que se lleva a cabo en contexto social. Por lo tanto, las diferencias conductuales entre los individuos se atribuyen en gran parte a la historia única de aprendizaje de cada persona en relación con las personas y situaciones específicas a las que estuvo sometida y no a la "enfermedad mental" ó a la "salud mental". Los antecedentes culturales o subculturales de cada individuo se consideran como parte importante de su historia exclusiva de aprendizaje y desempeña un papel significativo tanto en la aparición de las conductas "normales" como problemáticas. La respuesta es dependiente de estímulos (Berstein & Nietzel, 1982.p.70).

Los mismos principios de aprendizaje que se invocan al explicar las diferencias y semejanzas entre los individuos, se emplean para explicar las circunstancias y discrepancias dentro de cada individuo. Estos principios de aprendizaje son principalmente tres: El primero es llamada Pavloviano, clásico, o respondiente; consiste principalmente que cuando un estímulo incondicionado es mostrado frecuentemente en forma contigua con un estímulo neutro, es decir, que no produce una respuesta refleja, ese estímulo neutral se valora estímulo condicionado y producirá eventualmente una respuesta condicionada. (Ullmann & Krasner, 1975, p.69). El clásico ejemplo de Watson y Rayner (1920) en el que a un niño de 11 meses llamado Albert se le condicionó a que se atemorizara an

11 Cit.pos. Shea, 1986.p.37.

te una rata blanca (a la que en principio no temía) presentandola en forma seguida de un fuerte sonido, durante varias ocasiones; lo que provocó posteriormente, que la rata por si sola causara miedo en el niño (Ullmann & Krasner: 69) La respuesta es dependiente de estímulos precedentes.

El segundo tipo de aprendizaje es llamado Skinneriano, instrumental o condicionamiento operante. Este término final, fue introducido por Skinner (1953), se refiere a la conducta que no es reflexiva, son conductas efectuadas debido a las consecuencias que las siguen. La frase: "lo que hacemos está bajo la influencia de lo que sigue a lo que hacemos" (Sarason et al, 1972, p.10).<sup>12</sup> Es un excelente resumen de la esencia de este principio especialmente en lo que se refiere a la modificación de la conducta. En esta situación el sujeto primero emite una respuesta (operante) a la situación y entonces algunos eventos medioambientales operan contingentemente sobre la conducta emitida (Ullmann & Krasner:70). En general la conducta respondiente es asociada con la musculatura involuntaria; y la conducta operante con la musculatura voluntaria (Ibid).

Antes de discutir el aprendizaje de observación es necesario mencionar que los eventos que siguen a la conducta por lo general son llamados reforzamientos, los hay positivos—es un evento subsiguiente a la conducta que aumenta la frecuencia de ésta y negativos —incluye un estímulo aversivo cuya eliminación aumenta la probabilidad de ocurrencia de la respuesta que sigue, la cesación de una circunstancia desagradable puede reforzar la conducta. (Ullmann & Krasner:70-72).

El tercer tipo de aprendizaje ha sido llamado vicario, o por observación, (Bandura y Walters, 1963). Este incluye el aprendizaje que no depende del desempeño; en otras palabras, las conductas son aprendidas a través de la observación de un modelo  
 12 Cit.pos, Shea, 1986, p.29.

que muestra esas conductas. El aprendiz adquiere la respuesta - cognoscitivamente (Bandura,1971). Una vez aprendida, o asimilada, la respuesta puede no ser ejecutada, dependiendo de las circunstancias ambientales y la consecuencia de llevar a cabo la - respuesta. Otra circunstancia que afecta al desempeño son las - características de los modelos; la mayor imitación generalmente - ocurre cuando los modelos ocupan una posición elevada en prestigio, status o experiencia, y cuando son similares en apariencia, raza y condición socio-económica. Según Bandura (1969), la moderación comprende las respuestas tanto clásicas como operantes y afecta al desarrollo de nuevas respuestas y la frecuencia de - efectuar las aprendidas previamente (Newcomer,1987,p.527).

Estas tres categorías de aprendizaje proporcionan la columna vertebral de la posición conductual, en suma, para la terapia de conductual, "tanto las conductas de desadaptación como las - adaptativas son vistas como fundamentalmente semejantes ya que - sólo difieren en términos de su impacto sobre el individuo y - aquellos que lo rodean, pero ambas respuestas reflejan en forma - directa la historia del aprendizaje del individuo" (Ullmann y - Krasner:32).

El modelo del aprendizaje social tiene como meta comprender las inconsistencias intraindividuales, es decir los hábitos no - adaptativos- y reemplazar éstos por otros adaptativos. En la - jornada diaria todo mundo efectúa actos no adaptativos, es sólo - cuando estos actos son habituales que surge la necesidad de tratamiento; si el hábito está basado en el aprendizaje, es el proceso de aprendizaje lo que debe proporcionar la clave para el - cambio (Wolpe,1958).<sup>13</sup>

Todas las conductas que exhiba una persona en un momento de terminado, no son producto azaroso o caprichoso; dependerá de - los estímulos discriminativos: con quién, cuando, donde está y -

13 Wolpe,J.Practica de la Terapia de la Conducta.Trillas,1977,México,pp.2-3

muchas otras cosas; pero cada una de estas conductas que pueda - presentar son una faceta bastante genuina y verdadera de su ser-total (Benstein & Nietzel, 1982, p. 71).

Actualmente la posición conductual puede ser dividida más o menos en dos grupos, los que están de acuerdo con Skinner que insiste en que sólo los eventos observables y mensurables son apropiados para el estudio científico; y aquellos como Bandura (1969), Eysenck (1969), Lazarus (1971) y otros que afirman que ya no es posible hablar de terapia conductual sin aludir a la importancia de los procesos cognitivos, lo que nos conduce, para un mayor énfasis, o la sustitución del citado término por el de Terapia Cognitivo-Conductual, cuyo propósito es "preservar las eficiencias-demostradas de la modificación de conducta dentro de un contexto menos doctrinario e incorporar las actividades cognitivas de los pacientes en el esfuerzo de producir un cambio terapéutico".<sup>14</sup> - Tal posición surge de el hecho, de que el condicionamiento en - los humanos no ocurre automáticamente, sino que es mediado cognitivamente.<sup>15</sup>

A pesar de las divergencias teóricas entre los distintos - teóricos, todos ellos consideran la conducta como modificable a través del aprendizaje. Por consiguiente, la esencia de su posición es que la conducta puede ser formada erradicada o mantenida mediante el cambio de los eventos ambientales.

Este modelo ha causado un efecto importante sobre la educa-  
ción ya que al considerar que el niño trastornado no es inherente-  
mente patológico, sino víctima de un aprendizaje inapropiado es-  
un enfoque más optimista y enfatiza el papel que el maestro pue-  
de realizar para corregir la conducta problema; ya que las escue

14 Kendall, P. & Hollon, S. Cognitiva-Behavioral Interventions; Theory, Research and Procedures. Academic Press, 1979, p. 1.

15 Lazarus, A. Has Behavior Therapy outlived its usefulness?. En: American Psychi-  
logist, Vol. 32. No. 7, 1977. p. 3.



las están dedicadas al aprendizaje, son escenarios naturales obvios para efectuar el cambio conductual. (Newcomer:62-63).

D) Modelo ambiental (Sociológico).

El impacto, real y potencial del ambiente en la conducta del hombre es el tema dominante en las sociedades contemporáneas, tanto profesionales como legos se preocupan cada vez más por -- cualquier cambio ambiental que pueda afectar a la conducta humana; es así que en este modelo explicativo, la sociología encarga da de estudiar la conducta colectiva del hombre, el desarrollo, estructural e interacción de grupos, considera de manera general a la perturbación emocional como un fenómeno social el cual debe ser explicado por las fuerzas sociales que la producen. De esta manera, el estudio de los seres humanos debe comprender el relativo al medio ambiente social, o no podrá producir resultados -- significativos (Newcomer,1987,p.76).

La teoría sociológica de mayor importancia para los educadores que trabajan con niños y jóvenes con problemas de conducta es la perspectiva de la desviación o divergencia; esta, se -- concentra en la enfermedad mental como causa de violación de las reglas sociales. En particular, la enfermedad se relaciona con reglas implícitas que gobiernan a la interacción social ordinaria. Esta perspectiva de desviación plantea dos interrogantes -- de importancia: ¿Cuáles son las fuerzas sociales que promueven la conformidad o la violación de las reglas? y ¿Qué relaciones existen entre quienes obligan a cumplir las reglas y quienes -- las violan? (Des Jarlais,1972,p.363).<sup>16</sup>

En un esfuerzo por responder a las dos preguntas anteriores, los sociólogos han creado varios marcos teóricos que intentan explicar la conducta especial algunos de estos marcos son -- los siguientes:

-----  
16 Cit.pos.Shea,1986,p.34.

a) Emile Durkheim (1951) desarrolló el concepto de anomía - para explicar la conducta desviada. La anomía es una falta de - reglas sociales o inhibidores dentro de la estructura de una so- ciedad, que limitan o regulan eficazmente las conductas indivi- duales o grupales. (Newcomer:79). Este fenómeno ocurre en socie- dades en rápido desarrollo o en proceso de cambio acelerado, en- las que todavía no se han desarrollado normas socialmente sancio- nadas, o no se les ha institucionalizado con suficiente rapidez- para supervisar los esfuerzos de individuos y grupos por satisfi- cer sus necesidades y deseos. (Shea:34).

b) Una explicación diferente es la de Harry Stack Sullivan- (1953) para el las relaciones personales determinan el desarro- llo de la personalidad, a partir de la comunicación y valuación- del individuo por sus padres y personas significativas. Los in- dividuos por alguna razón marginados de validación consensual y- que consecuentemente no reciben una información válida acerca - del resultado de su conducta, desarrollan percepciones deforma- das de la realidad y se convierten en inadaptados (Newcomer:77).

Sin una comunicación abierta y el conocimiento de los pape- les sociales, el individuo no puede llevar a cabo adaptaciones - interpersonales saludables. En forma similar George Herbert - Mead (1934) creía que la enfermedad mental era resultado directo de una incapacidad para desempeñar los papeles requeridos para - la interacción social satisfactoria (Newcomer:18).

c) Durante la década de 1960 se desarrolló la teoría llama- da de la clasificación, la cual en su esencia indica que el pro- pio rubro acarrea consecuencias sociales; nadie se vuelve espe- cial por violar reglas es necesario estar clasificado como "es - pecial"; una vez marcado oficialmente el individuo como por ejem- plo psicótico, asume las expectativas del rol de su forma parti- cular de desviación para obedecer a las expectativas de la socie- dad. (Shea:35). Hasta cierto punto, sus comportamientos norma -

les son ignorados; otras personas tienen a recordar la conducta que confirma sus expectativas y descuidar aquellas que no, lo hacen. Desde esta perspectiva aquellos individuos calificados como desviados, pueden diferir poco de los llamados normales. Factores tales como el poder, los valores sociales, ideologías, etc., determinan quién es designado para el papel de desviado. (Newcomer:18).

d) La teoría de la Transmisión Cultural, que se originó a partir de estudios de la delincuencia juvenil, presenta una visión ligeramente diferente. El principio fundamental es que todas las personas son básicamente semejantes en sus necesidades y aspiraciones; pero las conductas que eligen para realizarse dependen en gran medida de las interacciones sociales a las que han sido expuestos, es decir, es producto de un aprendizaje social, realizado mediante la asociación diferencial (Shutherland y Cressey, 1960), la conducta que un individuo considera como socialmente apropiada, es la que aprendió de las personas y grupos más cercanos a él; así la perturbación conductual puede ser "normal" para ese círculo, pero se percibe como una desviación con respecto a los valores de una comunidad mayor o diferente (Newcomer:79; Shea:74).

e) Una explicación alterna es la llamada Teoría de la desorganización social, (Park y Burgess, 1925), (Hawley, 1950); Esta perspectiva considera a las conductas desviadas como algo que se propaga a medida que las instituciones sociales se deterioran y dejan de satisfacer las necesidades de los individuos. (Shea:34).

En los programas para niños con trastorno emocional la aplicación de la teoría ambiental se caracteriza por: la conciencia del efecto que el medio ejerce en el grupo y/o individuo, y la supervisión y manipulación del entorno para mayor beneficio terapéutico del individuo y/o grupo; y la conciencia de interrelación recíproca dinámica que existe entre el grupo y/o individuo-

y el ambiente, y la supervisión y manipulación de esta relación para mayor beneficio terapéutico del individuo y/o grupo (Shea: 36).

Algunos de los efectos que ha tenido este modelo en la educación son: la argumentación convincente, que el rotular a los niños causa efectos estigmatizantes, ha cambiado esta práctica, se realizan esfuerzos para evitar la clasificación inútil y proporcionar educación específica en los diferentes medios aproximándose a la corriente principal de los servicios educativos.

Otro punto comprende el creciente énfasis sobre el medio ambiente social como una variable significativa en la ayuda que se presta a los niños para que se desarrollen y aprendan.

En suma: Con el planteamiento relativo al modelo sociológico se ha concluido lo referente a las diversas perspectivas explicativas de los seres humanos y del trastorno emocional. Iniciamos con la escuela teórica que describía a los seres humanos como criaturas determinadas por procesos biofísicos y genéticos. Nos trasladamos a la posición psicoanalítica, la cual sostiene que nuestra conducta está ligeramente menos determinada por los instintos o pulsiones primarias, por los acontecimientos e impresiones durante las etapas de desarrollo sexual, en las que se conformara nuestra personalidad, la que estará influida inconscientemente por el pasado. Avanzamos hasta la posición conductual, que describe a las personas como producto del condicionamiento, en su extremo, ni mejor ni peor que cualquier animal cuya conducta esté determinada por sus experiencias de aprendizaje; en un modelo más elaborado se toma en cuenta la mediación de los procesos cognoscitivos, argumentando que pasar por alto el que las personas pueden ser recompensadas y castigadas por su propio pensamiento, proporciona un punto de vista disminuido del funcionamiento humano. Finalmente, llegamos a la posición ambiental o sociológica en la que las fuerzas de la sociedad nos asignan los

papeles que asumimos a lo largo de la vida.

A medida que examinamos estas cuatro posiciones, no podemos dejar de advertir que cada uno se asemeja a la pieza de un rompecabezas. Cada uno se concentra en un aspecto único de los seres humanos y también cada uno hace una aportación válida a nuestra comprensión del trastorno emocional. Resulta trivial, pero cierto, decir que cada posición tiene algunas respuestas pero no la respuesta. Sin embargo, ahora podemos afirmar que el hombre al conocer la realidad y transformarla, reacciona de una forma o de otra, ante los objetos y fenómenos reales, ante las cosas, los acontecimientos, las otras personas, ante sus propios actos y su personalidad. Los distintos tipos de vivencias emocionales, son distintos tipos de actitud subjetiva hacia la realidad. Las emociones -incluyendo aquellas designadas como trastornadas- son una de las formas en que el mundo real se refleja dialécticamente en el hombre y este se expresa así mismo en el mundo.

Las causas de los trastornos emocionales son innumerables, y los conocimientos hasta ahora obtenidos, nos dicen que ciertas conductas se deben a déficit biológicos o genéticos; otras al aprendizaje de conductas, y/o pensamientos mal adaptativos, mientras que algunos más son el producto de fuerzas sociológicas. Sin embargo es un error querer encontrar las causas en una sola dimensión aislándola de los demás, no podemos olvidar que un niño con problemas emocionales es un ser concreto, al cual podemos estudiar desde diferentes posturas pero que en la realidad los fenómenos se interrelacionan, mejor dicho conforman una totalidad: "un niño con trastorno emocional".

Tal es la justificación de proponer la utilización de diferentes modelos y terapias para la enseñanza de niños con trastorno emocional, buscando aumentar las posibilidades de ayuda por parte del maestro a sus alumnos emocionalmente perturbados.

### III. TRASTORNOS EMOCIONALES DE LOS NIÑOS.

En este capítulo dedicado a los problemas emocionales más frecuentes en los niños, se describen, ejemplifican y se presentan sugerencias para su tratamiento. Estos trastornos no incluyen todos los problemas emocionales y conductuales que pueden presentar los niños en las escuelas. A menudo parece que hubiera tantos problemas individuales emocionales, como niños que sufren de ellos.

Antes de estudiar estos diferentes trastornos emocionales y conductuales de los niños, se tratará de diferenciar entre la conducta "normal" y "anormal". Todos los niños y adultos tienen problemas sociales y emocionales. Nadie vive durante toda su vida muchos días en las felices y estáticas circunstancias que se ven a menudo en las pantallas de cine y televisión. Todos tenemos discusiones, peleas, desiluciones, frustraciones, angustias y ansiedad durante nuestra vida. A veces mostramos comportamientos similares a los de individuos considerados "anormales", "emocionalmente trastornados", "socialmente inadaptados" o "mentalmente enfermos". Pero entonces, ¿por qué algunos se clasifican como "anormales" y otros como "normales"?

Esto se entiende mejor no como una pregunta de hecho sino como una cuestión de definición convencional. La definición de la normalidad tiene sus raíces en las realidades sociales (acuerdos a los que se ha llegado entre grupos de personas) más que en las realidades físicas. La capacidad para detectar lo anormal depende de que se conozca lo que es normal -es decir, el saber cuales son los aspectos normales de la conducta en los diversos ambientes para los niños y las niñas de diferentes edades y distintas clases sociales. Por ejemplo, es conveniente que casi 50% de los niños en edad preescolar y los alumnos de la escuela primaria, se consideran como hiperactivos (Clarizio & Mc Coy) 1981, p.36).

El desarrollo normal no sigue una trayectoria libre de dificultades, como lo muestran los datos del Estudio de Orientación de Berkeley (ver cuadro I); que tanto los niños como las niñas tienen un promedio de cinco a seis problemas en cualquier época, durante los años preescolares y los de la escuela primaria.

Cuando una gran proporción de niños tienen una conducta "problemática" dada, se debe tomar en consideración la posibilidad de cambiar la situación, como medio para aliviar la dificultad. (Ibid).

Los estudios de seguimiento indican que los desórdenes conductuales y emocionales típicos y comunes tienen a desaparecer en la edad adulta, aproximadamente el 70% de los niños desajustados parecen "dejar atrás" sus problemas al crecer, se puede atribuir, en parte, a la elasticidad del desarrollo de los jóvenes. Sin embargo, ciertos desórdenes graves (sociopatía y psicosis infantil) tienen una fuerte tendencia a persistir en la edad adulta. La definición de la normalidad no es sencilla, los dos métodos más comunes de definición de la normalidad son el modelo estadístico y el idealista, los dos tienen inconvenientes y ventajas. Cuando coinciden lo típico y lo conveniente, no hay problema respecto a cual de estas características debe ser el estándar de normalidad; pero cuando lo conveniente no es típico o lo típico no es conveniente, es necesario separar claramente las dos consideraciones. Es raro que se valore el promedio (Clarizio & McCoy, 1981, pp.36-37).

Cualquier método para definir la normalidad debe incluir la valoración de diversas variables importantes: edad, sexo, constitución física, clase social, antecedentes culturales, raza, experiencia religiosa, circunstancias financieras, antecedentes familiares e influencias ambientales, inmediatas y anteriores; así como el nivel de tolerancia de los adultos; dejando márgenes -

CUADRO 1 (1)

PROBLEMAS CONDUCTUALES QUE PRESENTARON UN TERCIO O MÁS DE NIÑOS Y NIÑAS NORMALES DE 1 3/4 A 14 AÑOS DE EDAD.

	Años													
	1 3/4	3	3 1/2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Enuresis (diurna y nocturna) ♀	+													
♂	+													
Ensuciamiento ♀														
♂														
Sueños perturbadores ♀						+				+	+			
♂										+				
Inquietud al dormir ♀	+													
♂	+													
Apetito insuficiente ♀														
♂						+								
Selectividad de alimentos ♀		+												
♂	+	+	+			+								
Modestia excesiva ♀														
♂														
Morderse las uñas ♀													+	+
♂									+		+			
Chuparse el dedo ♀														
♂	+	+												
Hiperactividad ♀		+	+	+	+		+	+	+					
♂		+	+	+	+		+	+	+					
Habla ♀														
♂														
Mentiras ♀			+	+	+	+		+						
♂			+	+	+	+		+						
Destructividad ♀														
♂														
Dependencia excesiva ♀														
♂														
Demanda de atención ♀														
♂														
Sensibilidad excesiva ♀			+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+
♂			+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+
Timidez física ♀				+		+								
♂				+		+								
Temores específicos ♀		+	+	+	+	+	+	+	+		+			
♂	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+			
Cambios de humor ♀											+	+		
♂								-	-	-	+	+		



Cuadro I ( continuación )

		Años													
		1½	3	3½	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Timidez*	♀	-	-	-	-	-	-	-							
	♂											+			
Tristeza	♀					+									
	♂						+								
Negativismo	♀			+		+									
	♂				+										
Irritabilidad	♀														
	♂														
Berrinches	♀	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	♂	+	+	+	+	+	+	+				+			
Envidia	♀					+			+	+	+	+	+		
	♂			+		+		+			+			+	
Reserva excesiva*	♀	-	-	-	-	+	+					+	+		
	♂					+	+	+	+	+	+	+	+		+

\* No se obtuvieron datos.

Fuente: J. MacFarlane, L. Allen y M. Henzik. *A developmental study of the behavior problems of normal children between twenty-one months and fourteen years*. Berkeley: University of California Press, 1954.

(1) Tomado de: **Trastornos de la conducta en el niño.**

**Clarizio & McCoy. México , 1981.**

**pp. 4-5**

apropiados para el individualismo. Durante el proceso de evaluación de un niño con problemas emocionales y de conducta se debe tomar en cuenta también la frecuencia, intensidad, duración ambiente específico en que se produce la conducta del niño y tipo de comportamiento exhibido por él.

Existen diversas clasificaciones de los trastornos emocionales de los niños, con algunas modificaciones se estudiarán cada uno de las categorías de clasificación enumeradas por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana(1968),<sup>1</sup> estas categorías incluyen la psicosis infantil, los desórdenes conductuales, los desórdenes independientes significativos y las perturbaciones de situación pasajera. Muchas de las personas interesadas en los problemas emocionales de la infancia, encuentran inadecuada este sistema de clasificación (Menninger,1969;Fish,1969;<sup>2</sup> Clarizio & McCoy,1981) y prefieren un sistema que proporcione categorías adicionales tales como las desviaciones del desarrollo, los desórdenes psicofisiológicos, los desórdenes psiconeuróticos y los desórdenes de la personalidad.

#### A) Psicosis Infantiles

##### a) Autismo.

Autismo significa la obsorción en la fantasía como escape de la realidad, (es un síntoma prevaleciente de la esquizofrenia). Kanne (1943) fue la primera persona en caracterizar al autismo infantil como síndrome distinto, como algo diferenciado de otros síndromes asociados con la esquizofrenia infantil. Según Kanner, el autismo se manifiesta al nacer. El niño parece alejado e indiferente a la presencia o ausencia de otras personas. A medida que madura, otras características comunes son

1 Cit.pos.Newcomer,1987.p.92

2 Ibid.

la ausencia o el desarrollo severamente restringido del habla, la aversión al ruido y los movimientos repetitivos o estereotipados. (Newcomer, 1987, p.93).

Las seis características principales de este trastorno son: i) retraimiento profundo y falta de contacto con otras personas; ii) necesidad intensa de preservación del status que; iii) relaciones capaces con objetos, por oposición a iv) la incapacidad para tener tratos con las personas; v) una expresión pensativa e inteligente a pesar del nivel extremadamente bajo de funcionamiento intelectual; y vi) trastornos graves del funcionamiento en lo que se refiere al lenguaje. Además de algunas de las características mencionadas antes, tienen un sacudimiento constante de la cabeza y movimientos oscilantes. (Clarizio & McCoy, 1981, p.37).

Bettelheim (1967) ha declarado que el niño esquizofrénico se aleja del mundo, pero el niño autista deja de entrar en éste desde siempre.<sup>3</sup>

1.-Etiología. La causa del autismo es desconocida y es materia de cierta controversia. Las teorías incompatibles de la causalidad que se han expuesto, pueden agruparse en tres categorías principales: crianza, naturaleza, e interacción entre la naturaleza y la crianza. La posición relativa a la crianza atribuye el autismo a influencias adversas de los padres. La deficiencia paterna origina que el niño se aparte de su medio, impidiendo de este modo la adquisición normal del habla y el lenguaje, lo mismo que de las habilidades sociales y cognitivas. (Newcomer, 1987, p.94). La posición referente a la interacción naturaleza-crianza considera al autismo como producto de la inferioridad biológica y las influencias paternas imperfectas. El punto de vista referente a la naturaleza atribuye a la enfermedad exclusivamente desórdenes biológicos. Fish (1961)<sup>4</sup> -

3 Cit.pos.Newcomer, 1987.p.93

4 Idem.p.95

considero la deficiencia como una disfunción neurológica general que afecta al desarrollo perceptivo-motor, cognoscitivo y lingüístico. Demyer (1976)<sup>5</sup>, afirma que una incapacidad para filtrar, integrar, categorizar y entender los estímulos (principalmente los sonidos del lenguaje) compele al retiro social y al desarrollo de una conducta compensatoria ritualista y compulsiva.

2.-Tratamiento. Los enfoques hacia el tratamiento varían desde los que abogan por el establecimiento de circunstancias afectuosas y de aceptación, hasta los que emplean la terapia del juego, o la familiar; la terapia educativa y conductual (Bandura, 1969). Lovass ha demostrado que las técnicas de modificación de conducta pueden emplearse para enseñar el lenguaje a niños autistas (Ibid, p.96).

Coleman (1972)<sup>6</sup> informa que, sin considerar el tratamiento empleado, la prognosis en el autismo infantil es desfavorable. Como en el caso de la esquizofrenia infantil, menos de la cuarta parte de los niños afligidos alcanzan ajustes marginales en la vida posterior.

#### b) Esquizofrenia.

La esquizofrenia es la forma más común de psicosis infantil y comprende diversos síntomas. A pesar de la heterogeneidad notable de la sintomatología, hay un trastorno nuclear básico, que es la falta de contacto del niño con la realidad y el subsecuente desarrollo de su propio mundo. (Clarizio & McCoy, 1981, p.365).

Newcomer (1987) señala que se distinguen dos formas de esquizofrenia, la de proceso y la reactiva; en la primera el sín-

<sup>5</sup> Ibid. p.96

<sup>6</sup> Cit.pos. Newcomer, 1987, p.96.

drome se va manifestando gradual e insidiosamente en la segunda este tiene un principio repentino. El síndrome reactivo generalmente es provocado por una situación de agitación tal como una enfermedad. Wolman (1972) considera inexacta esta distinción, argumentando que las llamadas condiciones reactivas con frecuencia implican prologandos períodos de confusión interior, y que la prognosis para este tipo de condición no es necesariamente mejor que para la llamada condición de proceso. (pp.96-97).

La mayoría de los síntomas de este trastorno pueden clasificarse en cinco categorías generales: i)<sup>7</sup> el mal funcionamiento de la filtración perceptiva; aparentemente los esquizofrénicos son incapaces de discriminar los estímulos relevantes de irrelevantes, su mundo perceptivo es desordenado y sin sentido. ii) la desorganización de los procesos del pensamiento; el niño es incapaz de conservar ideas secuenciadas y concentrarse en el tópico inmediato. iii) ansiedad intensa; la incapacidad para controlar las percepciones y pensamientos aparentemente induce una intensa ansiedad y un pánico correspondiente. iv) desordenes del lenguaje; las perturbaciones pueden incluir el mutismo, neologismos (palabras creadas recientemente), el habla fragmentada, patrones de habla inmadura y el habla extravagante; en ciertas instancias el habla no se desarrolla, o tiende a retroceder en su desarrollo. v) alejamiento de la realidad; es incapaz de formular conceptos confiables respecto a su alrededor o su posición dentro de ese medio; con frecuencia no puede distinguir al "tu" del "yo", lo cual se muestra en el empleo confuso de los pronombres. Puesto que el mundo externo es insondable para el niño, se concentra en sus fantasías interiores y pensamientos privados. El niño puede volverse hostil y negativo cuando despierta de tal conducta autista.

#### 1.-Etiología.

<sup>7</sup> Newcomer, 1987, pp.97-99.

Sin duda se ha escrito más acerca de las causas de la esquizofrenia que de todas las otras condiciones psicopatológicas juntas. Las investigaciones han sido conducidas para demostrar que la esquizofrenia es resultado de factores: genéticos, por ejemplo Kallmann (1958) encontró una tasa de concordancia - del 86.2% para los gemelos idénticos y del 14.5% para los gemelos fraternos y del 7.1% para los medios hermanos Kringlen, --- (1976) presente tasas de concordancia más bajas -del 38%- para los gemelos idénticos y del 10% para los gemelos fraternos- pero aún justifica la relación genética. Muchas investigaciones buscan la causa en perturbaciones neurofisiológicas, los resultados sugieren un mal funcionamiento en los procesos neurales - excitativos e inhibitorios (Delgado, 1969), irregularidades en el sistema autónomo (Fenz y Velner, 1970), y la presencia de -- agentes químicos extraños en el torrente sanguíneo (Shore, 1957).<sup>8</sup>

Las explicaciones buscadas en la casualidad ambiental señalan puntos como: i) patrones patogénicos familiares, incluyendo las personalidades paternas imperfectas, la tensión conyugal, y patrones nocivos de comunicación familiar; ii) el aprendizaje - nocivo, los niños aprenden relaciones interpersonales inadecuadas a través de padres rígidos que sólo recompensan las conductas del "niño bueno" y dependiente y castigan la agresividad -- normal (Wolman, 1970); iii) la tensión excesiva, el colapso esquizofrénico es precipitado directamente por la tensión recrudecida (Becker, 1962); iv) los papeles sociales enfermos, el niño no comprende los papeles sociales desempeñados por los demás - debido al fracaso en el aprendizaje de conductas adecuadas de los padres - por lo que se muestra inseguro de su propia posición y por lo consiguiente, no puede interactuar con los demás.<sup>9</sup>

2.- Tratamiento. El panorama para los niños esquizofrénicos--

8 cit. pos. Newcomer, 1987, p.99

9 Ibidem. pp. 100-101.

cos por regla general no es favorable. La terapia a base de --  
 drogas, bajo la forma tanto de tranquilizantes como de excita--  
 dores, ha sido empleada con poco éxito. La psicoterapia es prac--  
 ticada con los niños esquizofrénicos, también con éxito limitado.  
 La terapia del medio ambiente y el manejo de contingencias ha te--  
 nido mejores resultados con esquizofrénicos hospitalizados, en  
 el desarrollo de conductas sencillas y el desarrollo del habla.  
 (Lovaas,1968). También los programas de economía de fichas han  
 logrado que los niños desempeñen ciertas habilidades de ayuda a  
 sí mismo para obtener fichas que pueden utilizarse para cambiar  
 las por obsequios o privilegios (Atthowe y krasner,1968). Fi--  
 nalmente, la terapia de grupo que obliga al niño a interactuar  
 con los demás, ha sido recomendada por los efectos benéficos --  
 que ha demostrado tener (Rabinovitch y Cramer,1949). Sin embar--  
 go a pesar de todos los métodos de tratamiento, Eisenberg (1968)  
 ha revelado que solo alrededor de 25% de los niños llevarán a --  
 cabo ajustes moderadamente buenos en la vida posterior. Un ter--  
 cio se deteriora y habrá de requerir de cuidado institucional;  
 el resto funcionará a nivel marginal. <sup>10</sup>

c) Psicosis Maniaco-Depresiva.

La psicosis maniaco-depresiva no ocurre con frecuencia en  
 los niños. Es más pronunciada en personas cuyas edades oscilan  
 entre los veinticinco y los sesenta y cinco años. Sin embargo,  
 este trastorno particularmente en sus aspectos depresivos, ha  
 sido observada en niños de tan corta edad como los tres años. --  
 Algunos terapeutas orientados psicoanalíticamente escriben acer--  
 ca de "depresiones infantiles", basados en datos retrospectivos  
 de adultos perturbados (Mamquist,1972).<sup>11</sup> Así mismo. Spitz ---  
 (1946) empleó el término "depresión anaclítica" al estado de em--  
 brutecimiento estúpido en el que naufraga el niño privado de --  
 los cuidados maternos.<sup>12</sup> Sandler & Joffe (1967) consideran que

10 Ibid.pp.101-102

11 Ibid.

la respuesta depresiva es una reacción afectiva de base. Es -- una de las respuestas posibles ante el sufrimiento; pero no debe ser confundido con éste, ni es la única respuesta posible. Frente a un estado de sufrimiento el niño puede utilizar mecanismos de rechazo, de evitación, de cólera o incluso de rabia, muy distintos de la reacción depresiva. Además el sufrimiento puede ser un factor que estimule los procesos de individualización. - La reacción depresiva es, según los autores: "...la última reacción a fin de evitar la impotencia ante el sufrimiento físico y psicológico"<sup>13</sup>, testimonio de un estado anterior de bienestar - que incluía la relación con el objeto satisfactorio. La pérdida del objeto provoca una pérdida concomitante del estado de bienestar y secundariamente el estado de sufrimiento. La reacción depresiva situada antes del estado de impotencia resignación, - está intimamente unida al desarrollo de la agresividad no descargada. En efecto, el estado de sufrimiento suscita una cólera intensa, cuando esta no puede ser descargada se acrecienta el sentimiento de impotencia y sobreviene la reacción depresiva. Conviene, pues distinguir entre esta reacción depresiva y otros tipos de reacciones, tales como la pasividad y la regresión ante el sufrimiento.

La búsqueda de manifestaciones clínicas idénticas a las de los adultos muestra que cuanto más rigurosa es la metodología - más difícil, por no decir excepcional, es hallarlas en el niño. El síntoma principal desde la primera infancia, esta representado por la alternancia rápida y brusca de los estados afectivos, extremos y opuestos. Crisis de risa o de exhuberancia, sin razón aparente, a las que suceden estados de postración, de abatimiento, e incluso de llanto y lágrimas. Los bebés tienen a menudo un aire triste y serio, alternando con bruscas descargas motoras. (Ajuriaguerra, 1984.p.304).

---

12 Cit.pos.Lebovici & Soulé, 1986, p.277.

13 cit pos.De Ajuriaguerra.pp.297-298.



Las reacciones maniacas incluyen el optimismo salvaje e - irreal; el individuo parece tener una energía ilimitada que se consume en saltar de una actividad a otra. Sin embargo se muestra poca perseverancia y la mayor parte de proyectos se deja -- sin concluir. Los individuos maniacos experimentan dificultades para concentrarse y a menudo muestran escasa capacidad de - juicio. (Newcomer,1987,p.102).

El individuo parece demasiado apático para interactuar con los demás; evita los encuentros sociales y es incapaz de aceptar la mínima responsabilidad. Los niños manifiestan síntomas como la enuresis, el asma, la obesidad, la anorexia aislada, sufre - heridas repetidas, trastornos del sueño y de la alimentación; e incluso puede darse la aparición de conductas autoagresivas. Los maniacos depresivos de más edad a menudo llegan a expresar - impulsos suicidas y se encuentran en elevado riesgo de suicidio. (De Ajuriaguerra,1984,pp.300-301).

1.- Etiología. La causa de la psicosis maniaco-depresiva ha sido atribuida a factores hereditarios (Dorzab,1971), a los procesos neurológicos fallidos (Mendels,1969); y a factores bioquímicos desviados (Greenspan,1969). La posición psicosocial - atribuye la enfermedad a reacciones anormales hacia situaciones vitales de tensión (Katkin,Samor,1966). Otros resaltan los factores socioculturales, argumentando que la incidencia varía en diferentes países, (Coleman,1972). Por ejemplo, las reacciones maniaco-depresivas tienen baja incidencia en Finlandia e Israel y alta en Nueva Zelanda y Suiza; mientras que los estados de--presivos son notables en Norteamérica.<sup>14</sup>

Los investigadores psicoanalistas han atribuido la depre--sión a factores como: la pérdida del objeto amado, la carencia de cuidados maternos (Spitz,1946) y una reacción ante el esta--do de sufrimiento físico o psicológico (Sandler & Joffe,1967).<sup>15</sup>

14 Cit.pos Newcomer,1987,p.104.

15 Cit.pos.De Ajuriaguerra,1984,p.301.

2.- Tratamiento. Entre los niños los síntomas de las condiciones maniaco-depresivas pueden ser tratados satisfactoriamente con una terapia orientada psicoanalíticamente (Malmquist,1972), mientras que Kazdin y Mahoney (1976) consideran a la terapia conductual como un enfoque prometedor.<sup>16</sup>

Cuanto más pequeño sea el niño, tanto más importante es la ayuda que debe suministrarse a la familia. La terapia conjunta madre-hijo es especialmente dinámica tanto para los pequeños (de 2 a 6 años) como para la madre (restauración narcisista, (De Ajuaguerra;p.305).

En las personas de edad mayor, las drogas antidepresivas han sido utilizadas exitosamente.

## B) Desordenes Conductuales

### a) Reacción Hiperactiva.

La reacción hiperactiva e hiperkinética es una condición caracterizada por una actividad muscular excesiva. En otras palabras describe a los niños que "no pueden estar quietos". Es conveniente distinguir entre la inestabilidad motriz propiamente dicha, en la que el niño no cesa en su movimiento y la inatención o inestabilidad psíquica. Si con frecuencia se asocian ambas formas en algunos niños, una de las dos puede ocupar el primer plano. La exploración somática es normal; el análisis psicomotor evidencia, además de inestabilidad motriz, una inestabilidad postural y la existencia de la "reacción de prestancia": actitudes afectadas y adultomorfias. Son niños que parecen estar permanentemente en un estado de ansiosa hipervigilancia; como si en todo momento el entorno pudiera resultar peligroso o desmoralizador.

-----  
16 Cit.pos.Newcomer,1987,p.104.

Los síntomas generales de la hiperactividad son: corto --- periodo de atención, tendencia a distraerse, pobre coordinación motora, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, inhibición e inestabilidad emocional general. Estos niños frecuentemente fracasan en aprender adecuadamente en la escuela, a pesar de su buen potencial intelectual.

A veces, se asocian a la hiperactividad otras manifestaciones psicopatológicas: enuresis, transtornos del sueño, dificultades escolares, etc. (De Ajuriaguerra;90).

1. Etiología. Se ha especulado mucho en cuanto a la hiperactividad como resultado de una "disfunción cerebral mínima" -- (Jenkins,1970). Algunos teóricos señalan la llamada coordinación perceptiva-motora insuficiente como prueba de patología -- neural (Mandell,Parker,1970). Sin embargo el concepto de disfunción cerebral no ha sido confirmado satisfactoriamente; y no -- hay pruebas firmes de que la conducta hiperactiva sea ocasionada por irregularidades en los procesos cerebrales (Myers & -- Hammill,1976).<sup>17</sup>

Por otro lado J. de Ajuriaguerra (1984) señala que la reacción de inestabilidad motriz, puede integrarse dentro del cuadro de un estado reactivo a una situación traumática o ansiógena para el niño. En otros, la hiperactividad aparece relativamente aislada, sin deficiencias importantes en otros aspectos -- del desarrollo y sin que el equilibrio psicoafectivo parezca -- perturbado. Es probable que ciertos niños presenten de manera congénita una motricidad más "explosiva" que otros; en este caso, la intolerancia del medio puede ocasionar la fijación de la reacción motriz en un estado patológico. Finalmente, en ciertos niños reviste un significado psicopatológico más evidente;

-----  
17 Cit.pos.Newcomer,1987.p.106.

se observan conductas provocadoras y peligrosas, se ponen en -- situaciones difíciles o de reprimenda, como si intentaran castigarse o que solo se les castigue, (como en los niños afectados de culpabilidad neurótica). La hiperactividad constituye la respuesta a una angustia permanente, o bien un equivalente de la - defensa maníaca frente a angustias depresivas o de abandono. No es raro entonces que la inestabilidad sea un elemento más de -- una organización psicótica o prepsicótica. (pp.90-91).

2. Tratamiento. La condición hiperactiva típicamente se manifiesta antes de los 8 años de edad y desaparece antes que la adolescencia entre su fase media. Sin embargo, persisten los - síntomas residuales que pueden incluir serios déficits en el -- aprendizaje así como actitudes negativas hacia la escuela (Newcomer;106). El exceso motriz ha sido tratado satisfactoriamente por medio de la terapia a base de drogas. Empero, el empleo de drogas con niños hiperactivos puede resultar peligroso, por lo que se considera que el tratamiento con la terapia conductual psicológica y educativa es superior a cualquier forma de terapia a ~~base de drogas~~. (Newcomer;106).

#### b) Reacción agresiva no Socializada.

Esta categoría en los niños es similar a la categoría so--ciopática o psicopática descrita para los adultos. Las conduc--tascaracterísticas incluyen la desobediencia, el mentir, robar, vandalismo, haraganería, agresividad física y verbal, berrinches y la destructividad clasificada, tal como encender fuegos, matar animales y romper cosas. Además , tales niños tienden a ser sexualmente desinhibidos y con frecuencia sexualmente agresivos.

Muchos de los niños que demuestran esta reacción evidencian una total negligencia por los derechos o bienestar de los - demás. Sus conductas son exhibidas de manera flagrante y desafiante, y la posibilidad del castigo relativamente no les preocupa. Son bravucones y parecen disfrutar de la atención que -

reciben como consecuencia de su comportamiento. Otros de estos niños son menos manifiestos en sus conductas y parecen menos interesados en captar la atención de los demás. Sin embargo, parecen tener poco control consciente sobre sí mismos y exhiben algunas de las conductas arriba descritas a pesar de los esfuerzos por evitarlas.

Algunos otros manifiestan una oposición y/o resistencia verbal, extremada y sostenida, a las sugerencias, consejos y directivas de los demás; estos niños participan en pocas actividades de buena gana, "no les gusta nada" y "siempre dicen que no". Shea (1986) denomina a esta conducta negativismo (p. 75).

Finalmente algunos de estos niños se asemejan estrechamente a los psicópatas adultos en que a menudo pretenden utilizar el atractivo superficial para obtener lo que quieren, o eludir la responsabilidad por sus acciones. Pueden engañar a las figuras adultas de la autoridad con sonrisas y observaciones socialmente apropiadas. (Newcomer;107). Con frecuencia son más obvios en sus relaciones con otros niños, en particular en aquellos que perciben como débiles. Son falaces, manipuladores, sacan provecho de los demás y aparentemente son incapaces de aceptar la responsabilidad por sus acciones o de experimentar sentimientos de remordimiento. Se sorprenden cuando sus malas palabras, desaires y agresiones encuentran una respuesta negativa. Estos individuos se caracterizan como "irresponsables" y "hostiles". (Shea,1986,p.71).

1. Etiología. Las reacciones agresivas no socializadas constituyen una gran proporción de los desórdenes diagnosticados de salud mental en los niños. La preponderancia de opinión sugiere que este patrón de reacción resulta de las relaciones familiares patogénicas. Los investigadores han encontrado pruebas de que el núcleo familiar se encuentra desorganizado. Frecuentemente los padres están divorciados o separados. La dinámica familiar es tal que los niños por lo general son rechazados

o se encuentran sujetos al castigo severo o incongruente.

Lebovici & Soulé (1986) afirman que las insuficiencias o las distorsiones de la interacción padres-hijos pueden provocar una frustración precoz en el niño, que después de una primera fase de exacerbamiento de las actividades relacionales se hace después incapaz de establecerlas (se hace un indiferente afectivo). Se da un auténtico déficit que será la base carcomida y el comienzo de una inadaptabilidad social, condición fundamental de una antisocialidad posterior (p.295).

La pulsión de muerte introducido por Freud en contraposición a la pulsión de vida, ha sido utilizado para explicar las conductas agresivas, por ejemplo M. Klein afirma que el niño posee una elaboración fantasmática primaria agresiva, lo que refleja una pulsión de muerte inicial.<sup>18</sup> Una cosa es cierta, cualquiera que sean las condiciones de crianza del niño, por muy buenas que sean, no existe niño sin fantasías agresivas (estas muertote he matado", juegos de accidentes, de guerra, etc.). Pero según De Ajuriaguerra (1984) se presenta una oposición entre proceso primario/proceso secundario; los fantasmas agresivos corresponden al dominio más arcaico y el niño no puede elaborarlos, mientras que las fantasías agresivas se integran en su personalidad y en su yo, (p.180).

Fromm (1983) señala que la agresividad destructiva es producto de la transformación de la energía psíquica, en energía psicosocial específica organizada por el carácter del individuo (formada por las condiciones sociales). La agresividad destructiva está así, en el carácter no en el impulso programado filogenéticamente; y éste - el carácter- está determinado por las condiciones concretas de la existencia humana. (p.256).

---

18 Cit.pos.De Ajuriaguerra,1984.p.180.

2. Tratamiento. El éxito en el tratamiento de niños que presentan reacciones agresivas no socializadas depende de dos variables fundamentales: su edad y el grado en que puede modificarse la situación familiar. Una vez que los niños rebasan los 8 años se muestran muy resistentes a la terapia, antes son más flexibles. La modificación de la situación familiar que contribuye al remedio de este tipo de problemas posiblemente sea más difícil que el tratamiento directo con los niños. Los padres que establecen ambientes familiares desorganizados y de rechazo, o no son receptivos a las sugerencias terapéuticas para el cambio o carecen de la estabilidad emocional para institucional cambio.- Clarizio & McCoy (1981) señalan la importancia de ayudar a estos niños y proponen entre otros los siguientes lineamientos aplicables en el ambiente institucional: i) Es posible reducir o eliminar la conducta agresiva, pasandola por alto, y al mismo tiempo, presentando atención y recompensando otras conductas incompatibles con la agresión. ii) La conducta hostil se debe detener; pero mediante técnicas distintas de la fuerza física, -- siempre que sea posible. La punitividad y la frieza no son iguales. iii) El estudiante agresivo debe saber que su conducta es inadecuada en algunas circunstancias, pero es aceptable en ciertos momentos (por ejemplo en el fútbol americano y otros deportes). iv) El uso de contratos educativos es útil. v) Se debe minimizar los encuentros con individuos o situaciones que fomenten la agresión. (pp.74-75).

### c) Reacción de Ansiedad Intensa.

La reacción de ansiedad intensa describe a niños que muestran las siguientes conductas: sensibilidad excesiva, temores irreales (incluyendo la fobia a la escuela), vergüenza y timidez, sensaciones agudas de insuficiencia, dependencia, indecisión, rigidez, conducta obsesiva compulsiva y síntomas psicósomáticos.

En los adultos, estas características serían clasificadas como neurósis. Las reacciones de ansiedad intensa se atribuyen

a un efecto vago, de aprensión y miedo, asociado a una actitud de espera de un acontecimiento de peligro inminente.

El niño ansioso vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión como si algo terrible fuera a suceder. Sobre este "fondo ansioso", que hace al niño irritable y fácilmente inquieto por su salud física, pueden sobrevenir episodios agudos, auténticos ataques de angustia (acompañada de un cortejo de manifestaciones somáticas neurovegetativas y viscerales); cuyo desencadenamiento puede ser cualquier hecho externo o interno.

Los niños intesamente ansiosos padecer de una extraordinaria tendencia a preocuparse. Se muestran aprensivos respecto a actividades que otros niños emprenden con entusiasmo. Ejemplos de sus numerosos temores y reacciones típicas incluyen el temor a las lesiones, que ocasionan la abstinencia de la actividad normal del juego; el temor a la obscuridad, que origina peticiones de dormir en compañía de los padres o de hacerlo con la luz encendida; el temor a los animales, que ocasiona el que no se acerque ni a los más benignos; el temor a la escuela, que ocasiona pánico al sólo pensar en asistir o el rehusarse a hacerlo a pesar de una historia de buenos logros; el temor de nuevas experiencias, que impide la exploración normal del medio ambiente y originaba excesiva dependencia de los adultos, los hacen parecer infantiles a ojos de sus compañeros. También lloran con facilidad y se quejan frecuentemente de innumerables dolencias físicas, son inseguros y temerosos de la autoridad.

1. Etiología. Actualmente no hay una causa simple y confirmada de las reacciones de ansiedad intensa. Coleman (1972)<sup>19</sup> cita que estos niños parecen tener una "inusitada sensibilidad constitutiva" de modo que pueden ser "facilmente condicionados por estímulos aversivos", y desarrollan "reacciones excesivas de temor". Las circunstancias ambientales que parecen contribuir al desarrollo de reacciones de ansiedad intensa a menudo incluyen a uno de los padres caracterizándose por ser excesivamente protector y demasiado solícito. Tal padre hace ver al niño su



insuficiencia al restringir y por otra parte, controlar todas las actividades, no asignándole ninguna responsabilidad y enfatizando las dificultades y peligros relacionados con la vida.

Otra condición ambiental que contribuye, es la de los padres perfeccionistas y exigentes; que consideran al niño como un adulto en miniatura y mantienen expectativas irreales. En estas circunstancias, el niño rápidamente aprende que es incompetente; pocos esfuerzos son lo suficientemente perfectos para ganar la aprobación del padre. Esta clase de niños se vuelve hipercrítico de sus propios esfuerzos y reacciona excesivamente al fracaso más pequeño. Otros niños responden rehusándose a -- realizar sincieros intentos por obtener logros (Bricklin, 1981, p.40) el niño, prefiere imaginarse a sí mismo como perfecto a -- tratar de comprobarlo en la realidad; mientras no intenta nada, nadie puede comprobar que no es perfecto y esto le hace sentir que sus padres lo quieren realmente. No es extraño que se niegue a estudiar y a tomar su trabajo en serio, debe "alejarse" -- de todo lo que destruya su creación imaginaria. En la escuela todo este proceso empeora su rendimiento en lugar de mejorarlo.

Ocasionalmente hay niños que se vuelven intensamente ansiosos debido a circunstancias no fortuitas. La hospitalización a una edad muy corta es a menudo una experiencia traumatizante -- que afecta el desarrollo emocional. Este tipo de circunstancias no sólo implica que el niño experimenta padecimientos prematuros, sino que también el niño fue separado de sus padres en un periodo de sufrimiento. Otro tipo de sucesos traumáticos es -- la muerte o la seria enfermedad de algunos de los padres. En -- esta situación, los niños pueden encontrar sus vidas dramáticamente alteradas por la súbita desaparición de uno de los padres y por el trastorno emocional que afecta a los sobrevivientes.

-----

En otros casos, el niño puede ser formado dentro de un medio que no sea conducente a la interacción saludable con los demás. Por ejemplo, un hijo único que viva en una área remota -- puede desarrollar escasas habilidades sociales hasta que ingrese a la escuela. En donde el niño puede ser abrumado por las exigencias sociales subitamente impuestas y retirarse de la interacción o actuar ansiosamente en ellas. De manera similar, un niño cuyos valores y actitudes difieren drásticamente de las de sus compañeros, puede experimentar rechazo y sentirse ansioso -- ante tal situación, posiblemente responda alejándose. (Newcomer: 112).

Incluyendo a la ansiedad dentro de la angustia, De Ajuria-- guerra(1984,p.274), menciona que las dos posturas explicitivas -- más significativas podrían resumirse así: en un extremo, los que sustentan la teoría de una angustia--respuesta, señal de que algún peligro, malestar o amenaza proveniente del exterior, puede romper el equilibrio interior. Esta concepción responde a las primeras teorías de Freud (la angustia debida a la imposibilidad de satisfacción de la libido), pero también a las teorías conductistas (neurosis de angustia experimental). En el otro extremo la angustia es un dato constitutivo de la emergencia del individuo que no puede asumir su autonomía progresiva, sino mediante una oposición conflictiva angustiosa, pero también madurativa. Esta posición corresponde a la posición adoptada por Freud en -- "Inhibición, Síntoma y Angustia" (la angustia consiste en una -- señal de alarma y empuja al YO infantil a la utilización de los mecanismos de defensa a fin de luchar contra el peligro potencial). Para M. Klein la angustia es un factor existencial de -- base , al que ningún niño puede escapar. ESTo nos remite al -- problema de la naturaleza normal o patológica de la angustia. -- Al respecto A. Freud ha dicho: "no es la presencia o ausencia de angustia, su calidad o incluso su cantidad, lo que permite predecir la enfermedad o el equilibrio psíquico ulterior. Lo único significativo al respecto es la capacidad del Yo para eliminar la angustia".(Ibid.p.277).

2. Tratamiento. Los niños intensamente ansiosos generalmente responden bien al tratamiento. De hecho, las experiencias escolares típicas pueden ser terapéuticas si el maestro es sensible a las necesidades del niño. Shea propone actividades re-educativas como: i) un programa "a prueba de fracaso"; ii) actividades en secuencia cuidadosamente graduales por orden de dificultad para asegurar el éxito; iii) periodos breves de actividad; iv) la eliminación de toda competencia con otros y/o con el reloj; v) el uso de títeres, desempeño de roles y psicodramas como medios de autoexpresión de miedos y preocupaciones, y vi) el uso de actividades que reduzcan la absorción en sí mismo, como ayudar a otros, participar en juegos y deportes, humorismo, etc. Además, el uso de psicoterapias verbales es beneficioso para adolescentes ansioso (1986, p.66).

La terapia conductual a través de técnicas como la desensibilización y el rol playing complementada con el asesoramiento paterno constituye un tratamiento eficaz para los niños que presentan estas reacciones (Clarizio & McCoy, 1981, p.54).

En ciertas instancias, particularmente cuando las experiencias tempranas del niño, excesivamente protectoras o demasiado perfeccionistas, prosiguen en la escuela, el niño conserva síntomas neuróticos a lo largo de la vida (Newcomer; 112).

#### d) Reacción de retraimiento.

La reacción de retraimiento o inhibición, contiene muchas de las características discutidas en el rubro de las reacciones de ansiedad intensa, la diferencia primordial consiste en que estos niños tienden a evitar la interacción con los demás, lo contrario al volverse excesivamente dependientes de otros. Por regla general, los niños inhibidos consideran al mundo como hostil o amenazante, y a otras personas como potencialmente nocivas. Además de su recelo y desconfianza de los demás, se caracterizan por un temor al fracaso, tan pronunciado que la tarea más simple resulta difícil de emprender. La respuesta preferida a muchas actividades cotidianas, tales como las tareas escolares,

es "desistir" y retirarse al confortable mundo de la ensoñación. En vista de que estos niños por regla general no tratan de consumir las tareas, tienden a tener déficits académicos más pronunciados. También, puesto que exigen poca atención, los adultos con frecuencia probablemente ignoren o pasen por alto sus problemas.

Además de la inhibición de las conductas externas y socializadas, la inhibición puede afectar también al cuerpo: poco móvil, poco activo, mimica pobre. En el caso más agudo, la torpeza gestual implica auténticas dispraxias, lo cual no hace más que agravar el círculo vicioso de la timidez. (De Ajuriaguerra; 286). Por otro lado la inhibición puede recaer en las conductas mentalizadas, el niño presenta dificultades para imaginar, soñar, son niños que juegan poco, o si lo hacen es con juegos muy conformistas, prefieren copiar un dibujo que inventarlo. Parece estar interferidos en lo que a su capacidad de pensar se refiere, siempre están retraídos, intervienen poco en clase, temen ser interrogados. El fracaso escolar grave de hecho es raro; el suele mantenerse en el límite (De Ajuriaguerra:287).

1. La etiología y tratamiento de esta reacción son similares a los presentados para la reacción de ansiedad intensa. Empero, cabe mencionar que S.Freud<sup>20</sup> hace notar que la inhibición es la expresión de la limitación funcional del Yo; debido a las pulsiones libidinales, pero sobre todo las agresivas, suelen -- ser vividas y experimentadas como angustiosas y como fuente de culpabilidad por el niño inhibido. La represión masiva de estas pulsiones (ocasiona la reacción de retraimiento), ya que es la única solución posible, dada la excesiva fragilidad del Yo a -- unas coacciones educativas y paternas demasiado rigurosas.

Shea(1986) sugiere una reeducación que incluya: i) un programa-

20 Cit.pos.De Ajuriaguerra,1984,pp.287-288.

"a prueba de fracasos"; ii) el desarrollo de actividades que le den seguridad personal al niño; iii) el desarrollo de relaciones positivas con el maestro y compañeros; iv) actividades que exijan variadas respuestas; v) un programa activo y planificado destinado a desalentar la inhibición y el aislamiento; vi) evitar la disciplina severa y los castigos físicos.(p.78).

### C) Desordenes Independientes Significativos.

Los desordenes independientes significativos que pueden ser indicios de perturbación emocional son: tartamudeo, enuresis, trastornos de la alimentación, tics y desórdenes del sueño (-- Coleman,1972)<sup>21</sup>. Los niños que participan consistentemente en cualquiera de estas preguntas, puede estar reflejando estados acelerados de tensión. Estos síntomas frecuentemente aparecen en niños que demuestran reacciones conductuales más penetrantes. Por ejemplo, un niño agresivo no socializado puede ser enurético y padecer un tic. El niño intensamente ansioso puede tartamudear y hasta caminar dormido. Sin embargo, ocasionalmente estos síntomas aparecen en relativo aislamiento y sirven como avisos de ansiedad implícita.

#### a) Tartamudeo.

El tartamudeo es una carencia de fluidez verbal que incluye el bloqueo, balbuceos o repeticiones de sonidos del habla. En su forma primaria, el tartamudeo es un fenómeno normal relativo al desarrollo; ya que los niños tartamudean durante cierto periodo en su desarrollo del habla y dejan de hacerlo a medida que maduran. Sin embargo algunos niños continúan tartamudeando y la condición se vuelve un problema del habla llamado tartamudeo secundario.

La tartamudez, perturbación integrable en el dominio de las interacciones orales, es un trastorno de la fluidez verbal y -

-----  
21 Cit.pos.Newcomer.1987.p.117.

no del lenguaje en sí mismo, podemos distinguir entre el tartamudeo tónico, con bloqueo o imposibilidad de emitir un sonido durante un cierto tiempo, y el tartamudeo clónico caracterizado por la repetición involuntaria, brusca y explosiva de una sílaba frecuentemente la primera de la frase. Se ha querido describir estos dos tipos de tartamudeo como una sucesión, pero lo cierto es que a menudo coexisten. (El tartamudeo va muchas veces acompañado de fenómenos motores diversos: crispación de la faz, tics, o gestos varios más o menos estereotipados del rostro, de la mano, de los miembros inferiores, asociados con manifestaciones emocionales (rubores, malestar, temblores de manos, etc.). (De Ajuriaguerra, 1984, p.107).

1. Etiología. Aunque existen algunas pruebas de que el tartamudeo puede tener una base genética porque viene de familia y puede ser resultado de una retroalimentación auditiva fallida; o de una laringe dañada; muchos investigadores actualmente opinan que el tartamudeo, por lo menos en parte, es una conducta aprendida. Johnson (1961)<sup>22</sup> atribuye el tartamudeo secundario a la indebida atención que los padres prestan al tartamudeo primario; los intentos que realizan los padres con objeto de corregir la carencia de fluidez normal hacen que el niño se vuelva ansioso en cuanto a su habilidad para hablar con fluidez.

Empero, incluso aquellos que se encuentran en desacuerdo a la etiología del tartamudeo concuerdan en que la tensión tiene un efecto extremo sobre esa condición. Existe un sinnúmero de pruebas que revelan que la carencia de fluidez verbal aumenta en proporción a como la hacen las sensaciones de tensión. De hecho, muchos tartamudos son capaces de articular normalmente en situaciones donde no sienten tensión. Por ejemplo, pueden cantar o recitar un poema o discurso memorizado sin tartamudear.

-----  
22 Cit. pos. Newcomer, 1987, p.118.

2. Tratamiento. Newcomer (1987) señala dos puntos importantes que atañen al tratamiento del tartamudeo, primero: el tartamudeo primario debe ignorarse; debe evitarse que el niño adquiera conciencia de su carencia de fluidez en el habla si no se muestran signos de tensión cuando intenta hablar. La mayor parte de expertos opina que si un niño no se percibe como poseedor de un problema del habla, entonces no se producirá la cohibición o ansiedad motivada por la carencia de fluidez, y ésta habrá de desaparecer.

Segundo: el tartamudeo acompañado de síntomas inducidos por la tensión, como la gesticulación, debe considerarse como un problema. Debe alentarse al individuo a aceptar el tartamudeo y concentrarse en las técnicas de control. Los tratamientos varían e incluyen el condicionamiento aversivo, desensibilización, ejercicio rítmico, ocultamiento de la voz, demora de retroalimentación auditiva, capacitación para aseverar y el reforzamiento social de la fluidez.(pp.118-119).

#### b) Enuresis.

Se define como la emisión activa, completa y no controlada de orina, transcurrida ya la edad, de madurez fisiológica, habitualmente adquirida entre los 3-4 años. La enuresis secundaria se caracteriza por la existencia de un periodo anterior de control transitorio. La enuresis primaria sucede directamente al periodo de no control fisiológico; esta última forma es mucho más frecuente. Se distinguen la enuresis nocturna, que es la más frecuente, la diurna, a menudo asociada a micciones imperiosas, y la mixta. En función de la frecuencia, la enuresis será diaria, irregular o intermitente (enuresis transitoria, con largos intervalos "secos"). Es un síntoma frecuente que afecta del 10% al 15% de los niños, con un predominio neto de los varones (2/1). A veces se halla asociada a otras manifestaciones: encopresis (defecación en los pantalones por parte de un niño que ha sobrepasado ya la edad habitual en la adquisición del control esfinteriano-entre 2-3 años); que es la más frecuente;

potomanía (necesidad imperiosa de beber grandes cantidades de agua o, en su defecto de cualquier otro tipo de líquido, inclusive se han descrito niños capaces de beberse su propia orina); e inmadurez motriz. (De Ajuriaguerra, 1984, p.125).

1. Etiología. La enuresis puede ser provocada por una diversidad de condiciones orgánicas. Consecuentemente, un minucioso examen físico es el primer paso en la tentativa de ayudar a un niño enurético. Sin embargo con mayor frecuencia, la enuresis es motivada por la fatiga o tensión implícita y significa un patrón emocional mal adaptativo. (Newcomer:119).

Los factores psicológicos son los más evidentes; no hay más que ver la frecuencia con que aparece o desaparece la enuresis, coincidiendo con un episodio relevante en la vida del niño: separación familiar, nacimiento de un hermano, ingreso en la escuela, emociones de cualquier naturaleza... Los factores psicológicos pueden influir tanto sobre el niño como sobre el medio familiar. (De Ajuriaguerra:126).

2. Tratamiento. Los métodos más generalizados para tratar la enuresis son la terapia a base de drogas y la terapia conductual. La primera por lo regular incluye los tranquilizantes y otras drogas que inhiben el reflejo del vaciado de la vejiga, ha experimentado un éxito limitado. La otra terapia -conductual- comprende el uso de un colchón electrificado que hace funcionar una alarma a la primera gota de orina y despierta al niño; esta técnica también ha tenido un éxito limitado (Newcomer:119).

Se emplea la psicoterapia de tipo breve o clásico, en aquellos casos en los que el contexto neurótico se halla en primer plano, lo que se asocia a actitudes explicativas, sugestivas e interpretaciones clarificadoras del significado del síntoma (- De Ajuriaguerra:129).



c) Transtornos en la Alimentación.

Las perturbaciones en la alimentación constituyen otro in dicio de una posible patología emocional en los niños. Muchos niños participan, junto con adultos, en juegos de alimentación. Pueden rehusarse a comer a la hora acostumbrada o aceptar consu mir únicamente ciertos alimentos. Los adultos que intentan in sistir en que los niños coman, se enfrentan a una resistencia - que puede ser abierta o pasiva.

El niño puede excitarse, llorar, degustar la comida con - desgano, masticar sin deglutir, vomitar, etc., hasta cada comida se vuelve caótica. Generalmente, los niños que se comportan de esta manera han aprendido como frustrar abiertamente a los - padres que demuestran interés. La recrudescida indiferencia pa terna hacia los hábitos de alimentación del hijo, además de ne gar alimentos predilectos tales como postres o dulces, pronto - alivian los síntomas.

Otros problemas de alimentación incluyen el comer excesi vo, acto que da como resultado la obesidad. Este patrón de ali mentación refleja las condiciones del hogar. El niño puede imi tar los hábitos que los padres tienen en el comer o puede comer para areducir la ansiedad producida por la situación doméstica inestable. Con frecuencia esta condición disminuye a medida - que madura el niño y siente mayor interés por la apariencia físi ca. Sin embargo en otros casos el hábito de comer en exceso se arraiga tan profundamente que se hace necesaria la intervención terapéutica. En casos raros, las perturbaciones en la ali menta ción reflejan una patología emocional más seria. La anorexia nerviosa es una prolongada pérdida de apetito resultante de una tensión psicológica. El individuo afligido se rehusa a comer y con el tiempo puede morir de inanición.

1. Etiología. De Ajuriaguerra(1984) indica que la anore xia simple, aparece como trastorno esencialmente reactivo (al destete, a una enfermedad intercurrente, a un cambio de ritmo de vida...) pasajero, una conducta de rechazo unida habitualmente a una actitud de acosos por parte de la madre. El problema se

resuelve rápidamente mediante un cambio en la conducta de ésta, una vez ha sido tranquilizada, o tras algunos consejos prácticos (el padre u otra persona dara la comida, temporalmente, etc.) La anorexia mental grave, al principio no se diferencia en nada de lo anterior; pero sea porque la reacción anoréxica del niño esté profundamente inscrita en su cuerpo, sea porque el comportamiento de la madre no es susceptible de cambio, la conducta anoréxica persiste.

Pueden aparecer transtornos : perturbaciones del sueño, cóleras intensas, espasmos del sollozo... Frente a la comida, el niño muestra un desinterés total o un vivo rechazo. En este último caso, las horas de las comidas se convierten en un auténtico asalto entre la madre que intenta utilizar todo tipo de recursos para introducir un poco de comida en la boca de su hijo (seducción, chantaje, amenaza, coacción...) y el niño que se debate, grita, escupe en todas direcciones, vuelca el plato, etc.

El enfoque terapéutico deberá centrarse en la relación madre-hijo. Intentar aminorar la angustia de la madre y reducir las actitudes nocivas más significativas. (pp.115-116).

Actualmente la anorexia nerviosa se encuentra en aumento entre los adolescentes, particularmente en las mujeres, muchos de los cuales, antes de rehusarse a comer, no han mostrado otros síntomas manifiestos de perturbación emocional. La condición parece relacionarse con sentimientos profundos de aversión por uno mismo, adquiridos en situaciones familiares patogénicas. (newcomer:120).

2.Tratamiento. Aquellos que padecen anorexia nerviosa son muy resistentes a la terapia convencional. Se dispone de poco tiempo para sesiones psicoterapéuticas a fondo, y la apelación superficial a la razón resulta fútil, el comer aparentemente se ha convertido en una actividad aversiva que eleva la ansiedad. Esta sensación se mitiga sólo cuando el individuo deja de

comer. En efecto, el no comer es reforzante porque no se activa la ansiedad. De este modo, el individuo puede conscientemente decidirse a comer, pero después del primer bocado ser incapaz de proseguir. La terapia conductual, que disminuye la aversión asociada con el comer, parece ser una opción viable.

Por su parte el tratamiento referido a la obesidad generalmente fracasa si sólo se centra en una dieta; aunque es posible que el niño adelgace durante el régimen, rápidamente recupera los kilos perdidos en cuanto éste cesa. La restricción calórica, ciertamente es útil e incluso indispensable, pero debe ir acompañada de la evaluación del papel psicossomática de la obesidad y de la debida motivación por parte del niño hacia el tratamiento. Habitualmente, son necesarias algunas consultas terapéuticas e incluso una terapia de apoyo. Se desaconseja el tratamiento farmacológico; los anorexígenos anfetamínicos deben de ser manejados siempre con mucha precaución. (De Ajuriaguerra: 120).

#### d) Tics.

Los tics se caracterizan por la ejecución frecuente e imperiosa, involuntaria y absurda, de movimientos repetidos que pueden ir precedidos de una "necesidad" y su represión suele ser causa de malestar. La voluntad y la distracción pueden detenerlos temporalmente. Desaparecen habitualmente en el transcurso del sueño. Los tics faciales son los más frecuentes: parpadeo, fruncimiento de cejas, rictus, contorsión de la boca, lamerse los labios, etc. A nivel del cuello se observan tics de cabeceo, salutación, negación, rotación; también, los tics de encogimiento de hombros, de los brazos, las manos, los dedos, y finalmente los respiratorios (resoplar, chasquear la lengua, gruñir, gritos más o menos articulados, etc.) (De Ajuriaguerra: 91).

Suelen aparecer entre los 6-7 años y se instauran lentamente. Antes de que sobrevenga el tic, el sujeto percibe una

sensación de tensión y el tic aparece como una especie de descarga que le alivia. No es raro que la vergüenza o el sentimiento de culpabilidad acompañen al tic, sentimiento que puede verse reforzado por la actitud del entorno.

Su evolución permite distinguir dos tipos de tics (De Ajuriaguerra, 1987): tics transitorios: pasajeros, que pueden relacionarse con ciertos hábitos nerviosos. Desaparecen espontáneamente. Son evidentemente los más frecuentes. Tics crónicos: afectación duradera, que acompaña a una organización neurótica. (p.92).

1. Etiología. Aparentemente los tics pueden tener una base orgánica pero con mayor frecuencia son provocados por la fatiga psicológica y la tensión. Al principio el tic puede ser una simple conducta motriz reactiva a una situación de ansiedad pasajera (con ocasión de una enfermedad, separación, etc.). Expresa sin embargo, la facilidad con que algunos niños traspasan al ámbito motriz los afectos, los conflictos y tensiones psíquicas su asociación con la inestabilidad es, por demás, frecuente. Ante esta facilidad, se concibe que el tic pueda convertirse en una vía privilegiada de descarga tensional.

Es frecuente la conjunción de tics y de rasgos obsesivos. Se trata de niños que se controlan mediante una gran vigilancia reprimiendo activamente una agresividad cuya intensidad puede ser hereditaria o bien resultado de situaciones reales traumatizantes. El tic adquiere entonces una significación directamente agresiva, mediante una tosca simbolización autopunitiva, al dirigir la agresividad hacia si mismo. En otros casos, el tic alcanza un significado más directo de conversión histérica. Se observa sobre todo en niños mayores o adolescentes; los tics sobrevienen entonces después de accidentes o intervenciones quirúrgicas. Sea cual sea el significado psicodinámico para el propio niño, la respuesta del medio y sobre todo, de los padres, ante las primeras manifestaciones de los tics, puede determinar

su evolución. Avisos insistentes, burlas, prohibiciones, etc., pueden acrecentar la ansiedad o la angustia vinculándola directamente a las descargas motrices. Estas últimas, así asociadas a las imágenes paternas, con llevan por tanto la carga libidinal o agresiva a ellas unida. De esta forma salta a la superficie la organización neurótica. El tic sirve a la vez para reforzar el conflicto y para descargar la tensión pulsional permitiendo evacuar el retorno de lo reprimido. La significación simbólica del tic será evidentemente variable para cada niño, según sean sus propias líneas de desarrollo y sus propios puntos conflictivos. (De Ajuariguerra:92-93).

Ocasionalmente, los tics ocurren como reacciones a una situación específica de fatiga o tensión, y desaparecen cuando se modifica la situación. Por ejemplo, una persona extremadamente cansada que debe continuar trabajando podría desarrollar un tic que desaparece al cabo de obtener el descanso suficiente.

2. Tratamiento. Con frecuencia los tics que ocurren en niños de corta edad son ignorados. Sin embargo, en instancias donde el niño es trastornado por el tic, puede ayudarse por medio de la psicoterapia o la terapia conductual (v.g. la relajación cuando el tic tiene un significado esencialmente reactivo y lleva asociado un comportamiento motor compuesto de inestabilidad o de torpeza). En casos donde la presencia del tic es sintomática de un estado general de perturbación psicológica, el énfasis por lo regular no se concentra en eliminar el tic sino en resolver el problema que aquél origina. (Newcomer:123; De Ajuariguerra:93).

#### e) Desordenes del sueño.

La clínica de los trastornos del sueño es muy variada, entre los cuales pueden distinguirse: insomnio inicial o tardío, rituales al acostarse, fobia de acostarse, etc. estos comportamientos se vinculan al adormecimiento; sin embargo también se presentan conductas patológicas durante el transcurso del sueño,

como las angustias nocturnas o el terror nocturno; así como el despertar ansioso y el sonambulismo.

La mayoría de estas conductas son comunes, con excepción del sonambulismo y el terror nocturno; y sólo presentan problema cuando ocurren persistentemente. En tales ocasiones, pueden - significar tensión psicológica.

1. Etiología. De Ajuriaguerra(1984) señala que las dificultades en la conciliación del sueño de bebés -1 a 2 años- puede reflejar una relación inadecuada entre el bebé y su medio; más específicamente, puede ser el reflejo de prematuras dificultades de adecuación entre el bebé y su madre. Habitualmente, el insomnio cede organizando debidamente las condiciones desfavorables.

Mucho más banales son las dificultades en la conciliación del sueño, en particular entre los 2 y los 5 o 6 años; casi forman parte normal del desarrollo del niño. A dicha edad el niño en plena conquista motriz, acepta con dificultad la regresión - que el dormir implica, a la par de los primeros sueños angustiados convierte el dormir en un estado inquietante. El niño no quiere acostarse, instaura rituales diversos, reclama un objeto contrafóbico, etc. El acondicionamiento de esta "área transicional" entre el despertar y el sueño, momento conflictivo, ha de permitir al niño restablecer su sentimiento de omnipotencia y la convicción de que puede controlar a la vez sus pulsaciones y dicha regresión. Los padres intuyen tal necesidad satisfaciendo sus demandas, cuando son razonables. En caso contrario, la mayoría de las dificultades de conciliar el sueño evidencian el déficit para acondicionar esa área transicional: sea por unas condiciones exteriores defectuosas, sea por una presión externa inadecuada, o por un estado de ansiedad o de organización conflictiva interna.(pp.76-77).

Las conductas patológicas en el transcurso del sueño se -

pueden agrupar en dos: i) angustias nocturnas: comprendiendo - estas el terror nocturno. Se trata de una conducta alucinato - ria nocturna, el niño grita bruscamente, con expresión aterrori - zada en los ojos, transmudado el rostro; no reconoce ni su entor - no ni a su madre, habitualmente se observa palidez, sudores y - taquicardia. Estos terrores nocturnos sobrevienen en los ini - cios del periodo edípico (3-4 años), el episodio sobreviene en el transcurso del estadio IV del sueño lento. Esta conducta pa - rece ser la expresión de emergencia de una angustia extrema no elaborable que afecta al aparato psíquico (De Ajuriaguerra:79).

Dentro de este mismo grupo, el sueño de angustia, muy fre - cuente entre los niños 30%; en ella el niño gime, llora, grita y solicita socorro. En ocasiones se despierta, pero normalmente es al día siguiente cuando explica su "mal sueño". El sueño de angustia se corresponde con una fase de sueño paradójico. Tal episodio puede suceder despues de un suceso traumático y en es - te caso constituye la evidencia de la progresiva estructuración del aparato psíquico y de la puesta en marcha de los principales mecanismos de defensa (desplazamiento, condensación...)

Despertar ansioso: a medio camino entre el terreno noctur - no y el sueño de angustia. El niño se despierta, inquieto, pero sin manifestaciones alucinatorias; con frecuencia se va a la ca - ma de los padres para volver a dormirse. Los registros eléctri - cos muestran que el despertar ansioso se sitúa tanto en el esta - dio IV del sueño lento, como en una fase de Sueño Paradójico.

ii) Sonambulismo. En el transcurso de la primera mitad de la noche, el niño se levanta y deambula. En ocasiones muestra una actividad complicada siempre idéntica; después de algunos - minutos (10 a 30), se vuleve a acostar o se deja conducir hasta el lecho; al día siguiente no recuerda nada.

Kales et al.(1966)<sup>23</sup> han medido los estados del sueño y -

-----  
23 Cit.pos.Newcomer,1987,p.122.

encontrando que el sonambulismo ocurre durante el sueño de movimientos oculares no rápidos (MONR), mientras que los sueños ocurren durante la fase de movimientos oculares rápidos (MOR), - concluyeron que el sonambulismo no es ocasionado por los malos sueños, como se creía anteriormente. Concordando con lo anterior De Ajuriaguerra(1984) afirma, que el sonambulismo interrumpe el desarrollo de la fase del sueño Paradójico, normalmente - previsible.

2. Tratamiento. Poca información relacionada al tratamiento de estas condiciones es conocida, generalmente se recomienda a los padres que despierten y tranquilicen a los niños. Clement (1970)<sup>24</sup> informa sobre el uso satisfactorio de la terapia conductual en el tratamiento de sonambulismo infantil.

#### D) Perturbaciones Situacionales Pasajeras

Las perturbaciones situacionales pasajeras, que producen problemas de adaptación en la niñez y adolescencia, proporcionan otra categoría de desordenes. Esta categoría abarca los problemas que ocurren en individuos que no evidencian problemas emocionales subyacentes. Talés personas sólo muestran una reacción a la tensión ambiental abrumadora; por tal motivo ha sido llamado también trastorno reactivo. El rasgo común de las diversas conductas (inestabilidad fracaso escolar, trastornos del sueño, estados depresivos, trastornos del comportamiento, etc.) referidas a esta categoría, estriba en el hecho de que, al menos en apariencia, se hace responsable de los trastornos a un acontecimiento externo, sin el cual éstos no se hubieran producido.

En la práctica, en la clínica del niño, se habla de trastornos reactivos cuando no hay organización patológica estructurada de tipo neurótico, pero los trastornos constatados van más allá de la simple "variación de lo normal". Además, este ti

-----  
24 Ibid.



po de trastorno constituye una respuesta actual por la que no debe prejuzgarse el futuro. La perturbación situacional no es fruto de una interacción puramente externa. Por el contrario, - ante los trastornos llamados "reactivos", debemos intentar comprender no sólo la naturaleza de las relaciones entre los protagonistas (en el sentido conductual estímulo-respuestas), sino - también el grado de interiorización y de asimilación del modo - relacional propuesto y su función en el estado madurativo del - niño. (De Ajuriaguerra, 1984, p.342).

Por regla general, sus síntomas desaparecen a medida que disminuye la tensión; tomando en cuenta el grado de interioriza ción, de asimilación y su función en el estado madurativo del - niño. Por ejemplo, un niño podría reaccionar en forma adversa al nacimiento de un nuevo hermano y volver a orinarse en la ca- ma, balbucear como si tuviera menos edad, y mostrar renuencia a ir a la escuela. Si es tratado con benevolencia y afecto y se le asegura que sus padres le guardan tanta estimación como la - sienten por el bebé, los síntomas desaparecen rápidamente. (-- Newcömer:123).

#### E) Conclusión

Los síndromes clínicos psiquiátricos presentados en este capítulo ofrecen un útil sistema para poner en perspectiva los trastornos emocionales y conductuales de los niños. Clasificar las condiciones de los niños en rubros tales como psicosis, de- sordenes conductuales o perturbaciones pasajeras, proporcionan importante información acerca de la etiología y prognosis para la recuperación y sugiere posibles alternativas para el trata - miento.

Sin embargo, este sistema de clasificación tiene diversas limitantes evidentes: primero: no proporciona criterios para -- identificar el grado en que el niño puede participar en conduc- tas "desviadas" antes de que se le considere "mal adaptado". -

Como ya se dijo al inicio de este capítulo, "es muy diferente - hablar de niños emocionalmente transtornados y de una conducta que indica un estado de trastorno emocional", (Redl, 1965).<sup>25</sup> Debe efectuarse una distinción práctica, concreta, entre la exposición normal de conductas mal adaptativas y las reacciones - perturbadas de los niños afligidos.

Segunda: este sistema no proporciona un índice de la severidad de la condición del niño una vez que ha sido diagnosticado como poseedor de un problema emocional. Incluso la psicosis, condición indiscutiblemente seria, ocurre en grados variables de severidad. Los síndromes conductuales y las reacciones de ajuste también pueden manifestarse como condiciones benignas, moderadas o severas. Para ello es necesario explorar las realidades detalladas de cada niño como individuo que funciona de modo único ciertamente distinto.

Obviamente, el conocimiento de la severidad de la condición del niño es extremadamente importante ya que predice el tipo de estrategia de tratamiento que debe planearse. Un niño severamente perturbado, sin considerar el rubro de diagnóstico - particular, podría requerir de una terapia a base de drogas, de psicoterapia individual, así como de programas especiales de educación que incluyan intervenciones terapéuticas alternas. Un niño ligero o incluso moderadamente perturbado podría estar en posibilidades de beneficiarse de los escenarios de terapia en - grupo, conducidos como parte de o en conjunción con programas - de intervención en el salón de clase.

En otras palabras el que un maestro pueda intentar ofre - cer soluciones a los problemas emocionales y conductuales de - los niños, depende del tipo de trastorno y de la severidad del mismo. Los transtornos como el autismo y la esquizofrenia, son casos que requieren de una ayuda especializada, que solamente una institución y una persona adecuada puede proporcionarle, lo

mismo otros problemas severos como la agresividad extrema, o la ansiedad intensa.

Empero, hay trastornos como la timidez, la dependencia, la inseguridad, la desobediencia, el negativismo, etc. que en un nivel leve o moderado pueden ser favorablemente solucionados a través de algunas acciones que el maestro puede implementar en la escuela, y en el mejor de los casos en colaboración con los padres de estos niños.

Finalmente, un sistema de clasificación que delinee los principales componentes que podrían utilizarse para ordenar por categorías a los estados emocionales perturbados, como leves, moderados o severos, serían una valiosa posesión para aquellos individuos responsables de la identificación y tratamiento de niños emocionalmente trastornados.

#### IV. PROCEDIMIENTOS DE IDENTIFICACION

En este capítulo se examinan dos procesos de importancia fundamental para el diagnóstico y tratamiento afectivo y eficiente de los niños con problemas emocionales. Estos procesos son: la selección o identificación y la evaluación diagnóstica.

La selección consiste en asegurarse un conjunto de alumnos que, al menos en un examen de primer nivel, merezcan un estudio más prolongado, el cual, debe aclarar si el sujeto no tiene problemas en el sentido que nos interesa, si tiene un problema transitorio, si su problema es una respuesta a un complejo situacional de presiones y exigencias excesivas, sociales o escolares que pueden o deben alterarse, o si su problema es evidente en la escuela, el hogar y la comunidad, requiriéndose del análisis minucioso y de la asistencia especializada.

Los resultados de cualquier proceso de selección deben traducirse en la diferenciación de una población de individuos potencialmente discapacitados o que representan un índice elevado de riesgos con respecto a una población.

La evaluación diagnóstica o simplemente el diagnóstico es: el proceso de estudiar a niños seleccionados para determinar la naturaleza de la desviación que se halla presente en ellos, (si en realidad se halla presente una desviación). El concepto de diagnóstico deriva de las ciencias médicas, tradicionalmente ha significado un conocimiento profundo de una enfermedad o afección. Es necesario destacar que existen dos grandes modelos diagnósticos; el modelo médico o clásico y el modelo psicossocial o conductual. Algunas críticas del modelo médico al conductual se basan en las siguientes presunciones (Kauffman, 1974)<sup>1</sup>:

---

1 Cit. pos. Shea, 1986, p. 114.

i) La inadaptación es un síntoma de patología subyacente.

ii) La función del terapeuta es determinar la causa de una enfermedad (el porqué de ella), específica, clasificarla y tratarla.

iii) El tratamiento de los síntomas y no de la patología subyacente puede producir un desplazamiento de dichos síntomas.

iv) La conducta es sólo un reflejo del proceso patológico - subyacente.

v) Los educadores deben considerar a los problemas de aprendizaje y de conducta como síntomas de problemas más fundamentales, que deben resolverse antes que pueda tener lugar el aprendizaje.

Los partidarios del modelo psicológico o conductual, ven en el mismo varias ventajas de que carece el modelo médico, ellas son:

i) La conducta inadaptada se acepta según las apariencias, se evalúa objetivamente y se modifica directamente.

ii) El agente terapéutico sólo debe determinar que conducta específica es molesta, registrar objetiva y correctamente su existencia y manipular los eventos ambientales para crearla, recrearla, eliminarla, acelerarla o desacelerarla.

iii) No se intenta hallar una causa subyacente del problema ni clasificar al trastorno de acuerdo con su etiología.

iv) El problema "real" es la conducta misma (que se hace), según se presume; la conducta no es un síntoma patológico y no es necesario preocuparse por la sustitución de síntomas.

v) La patología conductual es producto de eventos ambientales (mediados por eventos internos) que dan forma a respuestas específicas en el individuo; en consecuencia, la manipulación del entorno es necesaria y (puede ser) suficiente para eliminar el problema y destruir el mito de la enfermedad mental.

vi) Los educadores deben concentrar sus esfuerzos en las manipulaciones ambientales que producen las respuestas deseadas en los niños.

La confrontación de los dos modelos parece una ocupación fútil, sin embargo, ninguno puede dar una explicación completa de toda la conducta; uno se ocupa de un estado patológico interno; el otro se ocupa de los excesos y los déficits de la conducta. Combinando algo de lo que un niño hace con el porqué lo hace es posible formarse una idea más dinámica y cercana de éste.

Los objetivos primordiales del proceso clínico de evaluación diagnóstica son: describir el trastorno; identificar y analizar los eventos causales, los antecedentes del problema y las condiciones por las cuales el mismo persiste; rotular y registrar el trastorno con fines de referencia; sintetizar toda la información en forma coherente para poder derivar de ahí un programa individualizado que responda a las necesidades particulares del niño.

White (1961),<sup>2</sup> propuso diez preguntas a las que los psicólogos debían responder en sus esfuerzos por llegar a un diagnóstico correcto. Estas preguntas siguen siendo aplicables y deben de ser contestadas por diferentes miembros del equipo interdisciplinario dedicados a la evaluación diagnóstica.

1) ¿Qué evidencia indica que existe algún problema?

---

2 Cit.pos.Shea,1986,p.118.

- ii) ¿Qué capacidad para aprender tiene el niño?
- iii) ¿Cuál es la categoría socioeconómica del alumno?
- iv) ¿Cuál es el medio cultural del alumno?
- v) ¿Cuál es el rol social del alumno con sus compañeros?
- vi) ¿Cuál es el estado de salud física de este niño?
- vii) ¿Está pasando este alumno por una fase normal de su desarrollo?
- viii) ¿Está reaccionando este alumno a una situación no reconocida en el ambiente escolar?
- ix) ¿Está reaccionando el estudiante a una situación no reconocida en su hogar?
- x) ¿Es el estudiante simplemente un niño diferente?

Las respuestas a estas diez preguntas requieren que un equipo de diagnóstico considere al niño en forma física, intelectual, cultural y con respecto a su desarrollo y experiencia; exigen así mismo, que el equipo no de por seguro que existe un problema simplemente porque el niño le ha sido derivado para su evaluación. Requieren, además, que el equipo busque el núcleo del problema, si éste existe, no solamente en el niño sino entre sus compañeros, en la escuela y en el hogar.

En una situación ideal, la selección y diagnóstico de los niños con trastorno emocional estaría a cargo de un equipo interdisciplinario, compuesto por: un médico, un psicólogo clínico, un maestro de educación especial, un psiquiatra, un asistente social, el maestro común de grado y el apoyo de los padres o tutores del niño. Sin embargo las condiciones socioeconómicas-

actuales de nuestro país difícilmente posibilitan la integración de tales equipos; solamente en algunas instituciones especializadas se llega a dar esto; además de que no siempre se logra evitar las disputas entre los distintos profesionales, referentes a la dirección del equipo, la delimitación de sus funciones, el uso de los resultados de su evaluación, etc., debido a sus diferentes perspectivas se llega a conclusiones y acciones de intervención, que en ocasiones, no convence a todos los miembros del equipo.

Debido a la carencia institucional del país, es difícil lograr una evaluación interdisciplinaria; e igualmente perjudicial es delegar toda la responsabilidad de la identificación de los trastornos emocionales de los niños, a profesionales en la salud mental como psicólogos y psiquiatras. Por estas razones, se presenta la necesidad de que los procedimientos de identificación de los trastornos emocionales de los niños, dependa en gran parte de los informes del maestro, referentes a las conductas observadas en la escuela. El maestro puede incluso actuar como terapeuta, pues la familiaridad y la confianza de los estudiantes hacen que tenga la posibilidad de abarcar aspectos afectivos en su labor, a fin de enseñarles lo relacionado con las emociones y todo aquello que tiene que ver con los efectos de sus desórdenes emocionales en las demás personas.

Después de identificar y evaluar el caso, tal vez, complementado por información diagnóstica adicional proporcionada por consejeros, psicólogos o psiquiatras cuando se dispone de esos servicios profesionales. El maestro optará, por resolver cierto tipo de conflictos emocionales mediante procedimientos terapéuticos alternativos; o podrá incluso enviar al alumno con dificultades severas a que reciba atención de especialistas en salud mental.

En síntesis, existen varios procedimientos alternos para la



identificación y el diagnóstico de los trastornos emocionales - en los niños, que en un trabajo interdisciplinario podrían dar como resultado una visión más completa del problema; pero que - empleados en forma individual representan también criterios - útiles y válidos. Estos son: el psiquiátrico, el psicológico, - educativo y conductual. Antes de describir en forma general es tos criterios, es necesario destacar que para llevar a cabo en forma adecuada un proceso de identificación y diagnóstico, se - debe iniciar con un estudio médico, para eliminar como causa - del trastorno emocional, una enfermedad o déficit de base orgánica identificable. A grandes rasgos la evaluación médica debe incluir:

**Anamnesis.**

Antecedentes familiares (incluye aspectos médicos y no médicos).

Antecedentes clínicos del niño (inmunización, hospitalización, lesiones, enfermedades, etc.)

Embarazo (incluye cuidados prenatales, trabajos de parto y parto propiamente dicho)

Crecimiento y desarrollo

Escolaridad

Antecedentes Sociales (incluye condiciones de vida e incidentes críticos)

Examen físico

Apariencia física en general

Signos vitales

Piel

Cabeza

Ojos y oídos

Boca, gargante y cuello (incluída el habla)

Abdomen y órganos genitales

Extremidades (incluye movilidad y movimiento de miembros)

Sistema nervioso

Pruebas de Laboratorio

Análisis de sangre y orina

Análisis de cromosomas, si está indicado

Análisis de hormonas, si está indicado

Radiografías y/o electroencefalograma, si están indicados.

Cuando se sospechan o se comprueban anormalidades en cualquiera de las funciones físicas del niño se efectúan los correspondientes exámenes especializados (Smith y Neisworth.1976).<sup>3</sup>

#### A) Criterio Psiquiátrico

Las capacidades o funciones importantes que el psiquiatra debe evaluar durante las sesiones de diagnóstico son: capacidad de relación, afecto (especialmente ansiedad, depresión y có

---

3 Cit.pos.Shea,1986,p.121.

lera), capacidad y desempeño intelectuales, integración neurológica (motriz, perceptual y conceptual); pruebas de realidad, motivación y aculturación.

La evaluación psiquiátrica se realiza durante una entrevista de diagnóstico que puede incluir una o más sesiones de una hora cada una, aunque hay varios formatos; los psiquiatras están de acuerdo, en general en que el tono de la entrevista debe responder a las necesidades de la situación. Pueden incluirse bromas, consejos, imprimirle una forma estructurada o no estructurada, verbal o de juego, y así sucesivamente. Los métodos de diagnóstico preferidos con subjetivos, incluyendo por lo general la observación y las pruebas proyectivas, además de la entrevista clínica.

Con los adultos y adolescentes la entrevista se conduce verbalmente, pero con los niños es indispensable el juego y el dibujo espontáneo, la observación de gestos, expresiones, mímicas, palabras, lapsus; el contexto o situación afectiva en que el niño realiza tales conductas. El uso simbólico de juguetes o juegos; así como el dibujo, permite penetrar en lo vivo de las representaciones imaginativas del niño, de su afectividad, de su comportamiento interior y de su simbolismo.

La entrevista psiquiátrica debe suministrar información acerca de dos aspectos importantes de la personalidad; i) las relaciones interpersonales del niño, es decir sus actitudes y sentimientos hacia los miembros de la sociedad en que vive y ii) la vida interpersonal de la fantasía y el inconsciente (Bakwin y Bakwin, 1960).<sup>4</sup>

La entrevista se organiza en tres partes: La primera fase de la entrevista tiene lugar en la sala de espera. Durante la misma el psiquiatra observa y recibe al niño y a su acompañante  
4 Cit.pos.Shea,1986,p.124.

haciendo que el primero lo siga a la sala de juegos. La segunda fase se realiza en la sala de juegos, durante el transcurso de ella, el niño conoce las instalaciones y materiales de juego, se sirve de ellos simbólicamente, se le estimula para que se exprese sobre sus problemas y preocupaciones. En este momento al niño se le puede poner a prueba con instrumentos estandarizados y proyectivos.

La parte final de la entrevista de diagnóstico comienza en la sala de juegos y se centra en la salida del niño de la misma, su separación del psiquiatra y los saludos de despedida y la partida con su acompañante. Inmediatamente después de la partida del niño, el psiquiatra redacta su informe, en una forma anecdótica. Hipotéticamente, el psiquiatra se sirve de la experiencia clínica para formular opiniones respecto a lo apropiado o inapropiado del comportamiento del niño.

Entre las técnicas proyectivas que utiliza el psiquiatra en la evaluación se encuentran los dibujos, las pruebas estructuradas con papel y lápiz, las asociaciones de palabra, completar frases, contar historias e interpretar diseños. Las proyectivas son instrumentos de diagnóstico que penetran más allá de la superficie y revelan el cuadro y la psicodinamia de la personalidad subyacente. Algunas de las técnicas proyectivas más usadas son el test de Roschach, formado por 10 láminas de manchas de tinta; el test de apercepción temática y el test de apercepción de niños (CAT:Children's Apperceptien Test). El CAT se compone de diez dibujos de animales dedicados a diversas actividades; se muestra al niño un dibujo a la vez y se le pide que lo describa en forma de cuento o relato. En este último el niño debe incluir lo sucedido antes, durante y después del suceso y lo que los personajes sienten y piensan. Usando un marco psicodinámico conceptual de la personalidad, el psiquiatra registra y hace la interpretación del relato del niño.

Otro test empleado comunmente es el del dibujo de la familia, en el a través del dibujo libre de una familia, el niño proyecta al exterior las tendencias reprimidas en el inconsciente, y de ese modo, puede revelarnos los verdaderos sentimientos que profesa a los suyos.

En el diagnóstico psiquiátrico también se incluye la información de los padres con respecto de la dinámica familiar, lo mismo que a la historia del desarrollo del hijo, las relaciones interpersonales, experiencias escolares y conducta en el hogar, contribuyen en gran medida a la conformación del cuadro clínico general.

En su mayor parte, la aproximación psiquiátrica ocurre en escenarios clínicos apartados de la escuela, tales como hospitales o clínicas de salud mental. La información facilitada por el maestro, concerniente a la conducta del niño, es, en el mejor de los casos, utilizada para proporcionar una pequeña parte de la historia clínica del niño. El diagnóstico referente al tipo y severidad de la condición del niño se base en el juicio clínico.

El informe final del diagnóstico psiquiátrico, se centra en: la relación del niño con el psiquiatra, la sala de juegos y los materiales de juego; confianza, intimidad, etc.; uso del examinador en la sala de juegos y uso del espacio y de los objetos; funciones matrices y habla; funciones del ego; juego y fantasías; sexualidad; relaciones con su familia, según lo observado en la sala de espera y lo proyectado en el juego. En la parte final del informe el psiquiatra formula diagnósticos de carácter y adaptabilidad derivados de los datos de la entrevista. Considera las áreas de pronóstico, disposición del caso y tratamiento afectivo (Sheam1986mp.124).

B) Criterio Psicológico

Existe considerable superposición entre los roles y funciones del psicólogo y del psiquiatra; sin embargo la diferencia - más importante reside en el hecho de que el primero pone mayor énfasis en el uso de criterios objetivos para efectuar el diagnóstico. Así la identificación de un trastorno depende en gran extremo del desempeño del niño en una batería de pruebas estandarizadas. La serie de pruebas típicamente incluye medidas de:

- i) Inteligencia.
- ii) Desarrollo perceptivo-motor.
- iii) Sensibilidad auditiva y agudeza visual.
- iv) Desarrollo del lenguaje oral.
- v) Logro académico.
- vi) Desarrollo de la personalidad.

En su mayor parte, los psicólogos utilizan el desempeño en medidas de inteligencia, capacidad perceptivo-motora, agudeza - auditiva y visual, así como lenguaje oral, para asegurar que - las conductas inadecuadas de un niño, no son motivadas principalmente por otras condiciones diferentes del trastorno emocional.

Sin embargo y por añadidura, estas pruebas son usadas para reunir datos clínicos que pertenecen directamente a un trastorno emocional; por ejemplo, el desempeño de un niño en una prueba de inteligencia, tal como la escala de inteligencia para niños Wechsler (1949) que puede revelar un patrón de fuerzas y debilidades de la subprueba, que sugiere patología emocional. - Una incongruencia dispersa o significativa en el desempeño dentro de la subprueba, generalmente se interpreta como indicador-

de inestabilidad emocional. Asimismo, los registros reducidos - en subpruebas específicas tales como el alcance aritmético y dí gito, se consideran como indicativos de ansiedad extrema. Es - tas son interpretaciones clínicas subjetivas de registros de - subprueba, y no son verificadas por la evidencia empírica (New- comer, 1987, p.134).

Las interpretaciones clínicas también son establecidas a - partir de pruebas perceptivo-motoras, del lenguaje oral y del - logro académico. Por ejemplo, la prueba gestal visual-motora - de Bender (1938), instrumento perceptivo-motor que mide la habi lidad de un niño para trazar dibujos geométricos representados - en nueve tarjetas, puede instrumentarse para efectuar conceptos psicodinámicos tales como el de agresión, hostilidad y pasivi- - dad. Dibujos extrañamente pequeños son asociados con persona- - lidades temerosas, inhibidas, mientras que los dibujos excesiva - mente grandes son indicios de una tendencia hacia la manía. Una reproducción negligente y repentina de cada símbolo sugiere im- pulsividad, mientras que una interpretación lenta y laboriosa - es típica de tendencias obsesivo-compulsivas. Los trazos de lá piz marcados y confusos pueden considerarse como si representa - ran hostilidad, en tanto que en un dibujo nítido sugiere pasivi - dad e indecisión. (Newcomer: 136).

Obviamente, las pruebas sobre la personalidad constituyen el índice más importante de diagnóstico de la perturbación emo cional. Generalmente se utilizan numerosos instrumentos estandarizados y proyectivos para evaluar las características de per sonalidad del individuo. Algunos de dichos instrumentos se re - señaron al mencionar el criterio psiquiátrico. Por lo general - las pruebas no proyectivas tienen formatos objetivos; compren - den cierto número de apartados que producen respuestas especí - ficas. Por ejemplo, podría requerirse que el niño respondería - "si" o "no" a una serie de preguntas o enunciados tales como: - ¿te gusta la escuela? o "Tengo problemas para hacer amigos". -

El registro e interpretación de estas pruebas son unificados, - así una respuesta positiva a cierto número de incisos sugiere - que la persona que responde tiene ciertos tipos de problemas de la personalidad.

El psicólogo puede también aportar información diagnóstica sobre los intereses vocacionales del individuo, sus valores y - normas, aptitudes y capacidades psicomotrices. Además de las - pruebas e inventarios, el psicólogo emplea entrevistas con el ni - ño, con sus padres y con el maestro, técnicas sociométricas, - proyectivas y la observación directa, durante el proceso diag - nóstico.

Cabe mencionar, que los psicólogos escolares raras veces - utilizan las técnicas proyectivas, valorando a menudo la perso - nalidad exclusivamente con instrumentos objetivos. Se muestran menos interesados en descubrir dinámicas específicas de la per - sonalidad que sus colegas clínicos. sus tentativas de diagnós - tico son conducidas a petición de los maestros interesados en - la conducta de los niños. De esta manera su orientación tiene como meta encontrar la incapacidad general que motiva los pro - blemas a que se enfrentan los niños para tener éxito o adaptar - se en la escuela, antes que revelar información que pueda in - fluir en el tratamiento psicoterapéutico. Los psicólogos, tan - to clínicos como escolares, utilizan los resultados de la prue - ba y el juicio clínico para determinar si la conducta del niño - es lo suficientemente severa para justificar el rubro de "emo - cionalmente trastornado" y formular planes de tratamiento.

### C) Criterio conductual

Este criterio para la identificación y diagnóstico refleja una perspectiva de desviación del trastorno emocional, por el - hecho de que se basa en la medición del grado en el que la con - ducta del niño se aparta de las normas establecidas. Así, el -



énfasis se sitúa sobre las conductas mal adaptativas específicas que muestra un niño, no sobre las condiciones emocionales que pueden o no causar tales conductas. Es decir que una vez que se modifican las conductas desadaptadas, es innecesario ocuparse de las causas subyacentes.

Los cuatro componentes principales del análisis conductual incluyen: a) concentrar la atención sobre actividades o conductas específicas (objetivas), la conducta objetiva se debe enunciar de modo que sea reconocible para cualquier observador. b) la observación directa y registro de estas conductas, la atención se enfoca en los antecedentes de la conducta, el comportamiento mismo y sus consecuencias. c) la formulación de objetivos y metas conductuales a partir de la evaluación y d) el tratamiento o la intervención basado en el análisis experimental y la colección de datos.

Como las conductas mal adaptativas son la consideración importante, su medición debe tener lugar en el escenario natural del niño, en el lugar donde ocurren los problemas. Por tal motivo el criterio conductual representa una metodología que puede ser aplicada por diversos profesionales. En la escuela, con frecuencia el escenario es el salón de clases por consiguiente el maestro o el psicólogo conductual, emprenderá este procedimiento de análisis.

Las técnicas comprendidas en este criterio están basadas en la observación formal y la conservación de registros detallados. Se observa al niño en clase sobre una base diaria durante un período fijo. Registrando, la frecuencia, intensidad, duración y tipo de conductas mal adaptativas mostradas durante ese período. La información precisa sobre estas variables de la conducta es una prueba directa y objetiva de su desviación. Aún cuando podría describirse como emocionalmente perturbado sobre la base de esa prueba, el rubro categórico es mucho menos

importante que la información directa en relación con las conductas que originan su problema y que por lo tanto, deben modificarse.

La información reunida, también proporciona una línea base para determinar si el niño mejora una vez que ha comenzado el tratamiento. Es obvio que este enfoque se concentra directamente sobre las actividades del niño en su mundo cotidiano, y puede ser muy útil para los maestros que buscan eliminar conductas que se desvían de los estándares del grupo. Refleja el supuesto de que si se extinguen las conductas desviadas (considerados por otros enfoques como síntomas) y el niño aprende otras más adaptativas, podrá actuar e integrarse mejor a su medio. Eyseck (1960)<sup>5</sup> audazmente afirma: "eliminen el síntoma y habrán acabado con la neurósis", en este caso con el problema conductual o emocional del niño. Al respecto uno puede considerar que no hay razones para creer que cuando se le ayuda al niño a modificar una conducta dada, aparecerá inevitablemente otra conducta sintomática; además el tratamiento de los síntomas puede permitir que se rompa un círculo vicioso de conductas desadaptadas en el que los síntomas incapacitadores intersifican el problema primario o se convierten en causas de otras conductas desadaptadas.

En síntesis la severidad del problema del niño se refleja objetivamente en el número de conductas mal adaptativas mostradas, el tipo de estas, su intensidad y duración, en relación a las circunstancias en las que ocurre.

#### D) Criterio educativo

---

5 Cit, pos. Clarizio & McCoy, 1981, p. 432.

Este criterio refleja fundamentalmente un modelo de desviación de la perturbación emocional. Por lo general, un estado emocionalmente perturbado se significa por conductas desviadas y manifiestas, aún cuando puede incluirse cierta estimación de las emociones subyacentes. El maestro es el principal agente de identificación. Sin embargo, además de su opinión, la actitud de los compañeros y las autoevaluaciones contribuyen a la formación de criterios de la identificación alternos.

a) Identificación del maestro.

Una de las diferencias básicas entre los criterios educativo y conductual yace en la objetividad de las técnicas de recolección de datos. En la aproximación educativa, el maestro generalmente llega a conocer a los estudiantes durante 1 o 2 meses, entonces juzga si ellos muestran o no conductas - problema específicas. Habitualmente, el maestro no observa ni registra datos demasiado específicos sobre cada alumno. En cambio, formula impresiones referentes a cada niño de la clase.

Los criterios evaluativos del maestro pueden ser sumamente informales y no representan otra cosa que opiniones y actitudes subjetivas. Sin embargo, no hay razón para pensar que las opiniones subjetivas de los maestros son un índice extremadamente útil de la perturbación emocional. Los maestros conviven con sus alumnos durante largos períodos sobre una base cotidiana. Con excepción de los padres de los niños, aquéllos aprenden a conocer sus obligaciones mejor que cualquier otro. Incluso sus juicios pueden ser más confiables que los de los padres. Los maestros pueden observar las conductas del niño con relativa objetividad. Consideran al niño como un miembro del grupo, y tienen la oportunidad de evaluarlo en una serie implícita de normas que es una culminación de sus experiencias con innumerables niños.

Además de los criterios informales de los maestros para juzgar cuando las conductas desviadas de los niños son lo suficientemente persistentes, intensas y/o extravagantes como para que indiquen perturbación emocional, se han propuesto diversos criterios formales como para que indiquen perturbación emocional, se han propuesto diversos criterios formales como índices para la identificación que realiza el maestro, relativa al trastorno emocional. El cuadro II muestra algunas características conductuales normales y desviadas de los niños y sus padres, que pueden servir en la identificación de problemas emocionales.

Bower (1969)<sup>6</sup> enumera cinco características que deben mostrarse en un grado marcado durante cierto período: i) Incapacidad para aprender, que no puede explicarse por medio de factores intelectuales, sensoriales o de la salud. ii) Incapacidad para mantener relaciones interpersonales satisfactorias con los compañeros y maestros. iii) Tipos inapropiados de conductas o sentimientos bajo condiciones normales. iv) Una penetrante y general disposición anímica de infelicidad o depresión. v) Tendencia a desarrollar síntomas físicos, dolores o temores, asociados con problemas personales o escolares.

Los criterios de Bower consideran a la incapacidad para aprender como una característica muy significativa de la perturbación emocional. Ciertamente, es una que los maestros no dejan de notar; obviamente, no todos los niños emocionalmente trastornados dejan de aprender; algunos de los más seriamente mal ajustados aún funcionan bien académicamente. Sin embargo, los altos niveles de ansiedad asociados con muchas condiciones perturbadas, con frecuencia reducen la eficacia en el aprendizaje; se deteriora la atención, concentración y retención. Así mismo, un niño puede conscientemente preocuparse por sus proble

---

6 Cit, pos. Shea, 1986, p. 18.

## Cuadro II +

## ¿Desarrollo o desviación?

Tareas en proceso	
Niño(s)	Padre(s)
Llegar a tener una mayor aptitud física	Ayudar al niño a emanciparse de los padres
Establecer más firmemente la identidad propia y el papel sexual	Reforzar la autoidentificación y la independencia
Esforzarse en obtener una mayor independencia de los padres	Proporcionar un patrón positivo de conductas sociales y del papel sexual
Estar más consciente del mundo en general	Aclimatar al niño al mundo en general
Desarrollar relaciones con coetáneos y otros	Facilitar el aprendizaje, el razonamiento, las comunicaciones y la experimentación
Adquirir capacidad de aprendizaje, nuevas habilidades y un sentido de empresa	Fomentar valores éticos y morales apropiados

## Características conductuales aceptables

Buena salud en general, mayor competencia corporal, percepción sensorial aguda	Ambivalencia respecto a la separación de los hijos; pero fomento de la independencia
Orgullo y confianza propia; menor dependencia de los padres	Sentimientos encontrados respecto a los substitutos de los padres; pero ayudan al niño a que los acepte
Mejor control de los impulsos	Animan al niño a que participe en muchas actividades fuera de su hogar
Ambivalencia respecto a la dependencia y la separación y nuevas experiencias	Establecen un modelo apropiado de conductas y normas sociales y éticas
Acepta el papel sexual propio; expresión psicosexual en los juegos y las fantasías	Demuestran agrado al ver el desarrollo de las habilidades y las capacidades del niño
Equipara a los padres con sus coetáneos y otros adultos	Entienden y aceptan la conducta del niño
Consciente del mundo natural (vida, muerte, nacimiento, ciencias); subjetivo, pero realista respecto al mundo	Encuentran otras satisfacciones en la vida (actividades, empleos, etc.)
Competitivo, pero bien organizado en los juegos; le agradan las interacciones con sus coetáneos	

## Cuadro II

## ¿Desarrollo o desviación? (cont.)

## Características conductuales aceptables (cont.)

Niño(s)	Padre(s)
Respeto por la obediencia colectiva a leyes sociales, reglas y justicia	Dan respaldo al niño, según sus necesidades
Explora el ambiente; la escuela y el barrio, básicos para obtener experiencias de aprendizaje social	
Avance cognoscitivo; el pensamiento intuitivo progresa al nivel operacional concreto; responde al aprendizaje	
El lenguaje se convierte en instrumento del razonamiento y las expresiones; los pensamientos son todavía egocéntricos	

## Psicopatología mínima

Ansiedad y sensibilidad excesivas ante nuevas experiencias (escuela, relaciones, separación)	Pocos inclinados a separarse del niño o apresuramiento prematuro de la separación
Falta de atención; dificultades para aprender; falta de interés por el aprendizaje	Señales de abatimiento, apatía y hostilidad
Actuación de papeles; mentiras, robos, berrinches; conductas sociales inadecuadas	Fomentan los temores, la dependencia y la aprensión
Conducta regresiva (mojado, enuciado, llanto, temores)	Desinterés o rechazo hacia el niño
Aparición de modales compulsivos (tics, rituales)	Demasiado críticos y con censura; socavan la confianza del niño en sí mismo
Enfermedades somáticas; problemas para comer y dormir, dolores y trastornos digestivos	Incongruentes en la disciplina o el control; conducta errática
Temor a las enfermedades y las lesiones corporales	Ofrecen un modelo restrictivo y excesivamente moralista
Dificultades y rivalidad con los coetáneos, los hermanos y los adultos; peleas constantes	

**Cuadro II      ¿Desarrollo o desviación? (cont.)**

**Psicopatología mínima (cont.)**

**Niño(s)**  
 Fuertes tendencias destructivas;  
 berrinches  
 Incapacidad o falta de deseo de  
 hacer las cosas por sí mismo  
 Retraimiento y mal humor; po-  
 cos amigos y escasas relaciones  
 personales

**Padre(s)**

**Psicopatología extrema**

Retraimiento extremado, apatía,  
 depresión, tristeza, tendencias  
 autodestructivas

Incapacidad total para aprender  
 Dificultades para hablar, sobre  
 todo, tartamudeo

Conductas antisociales extremas  
 e incontrolables (agresión, des-  
 trucción, mentiras crónicas, ro-  
 bos y crueldad intencional con  
 los animales)

Conductas obsesivas-compulsivas  
 graves (fobias, fantasías, rituales)

Incapacidad para distinguir la  
 realidad de las fantasías

Exhibicionismo sexual excesivo,  
 eroticismo, ataques sexuales a  
 otros

Enfermedades somáticas extre-  
 mas; incapacidad para crecer,  
 anorexia, obesidad, hipocondría,  
 menstruaciones anormales

Ausencia o deterioro de las rela-  
 ciones personales y con los coe-  
 táneos

Depresión y retraimiento extre-  
 mos; rechazo del niño

Hostilidad intensa; agresión con-  
 tra el niño

Temores incontrolables, ansiedad  
 y sentimientos de culpabilidad

Incapacidad completa para fun-  
 cionar en el papel familiar

Prohibición moralista severa de  
 los impulsos de independencia  
 del niño

+ Tomado de:      **Trastornos de la conducta en el ni-  
 ño. Clarizio & McCoy. México, 1981.  
 p.p. II-13**

mas hasta el grado de que la instrucción resulta inútil.

Ocasionalmente , los patrones de aprendizaje son extravagantes.

Algunos niños emocionalmente trastornados se quedan absortos en una área específica de interés que aparentemente es reductora de ansiedad. Este interés particular se convierte en obsesión y bloqueo a la mayor parte del aprendizaje relativo a otras áreas.

Las reacciones interpersonales satisfactorias son definidas por Bower como la capacidad para mostrar simpatía hacia los demás, tener amigos íntimos, trabajar y jugar con los demás; y quedarse sólo cuando es necesario. Muchos niños emocionalmente perturbados son solitarios. Algunos se muestran temerosos de las interacciones sociales; otros son ineptos; otros más son indiferentes. Un número significativo de niños perturbados muestran un interés superficial por los demás y no tienen dificultad para entablar amistades. Sin embargo sus relaciones son de corta duración ya que son incapaces de demostrar verdadera cordialidad social y pretenden manipular y aprovecharse de los demás. Estos niños tienen muchos conocidos, pero pocos amigos. Con frecuencia los niños son más astutos que sus maestros en reconocer a los condiscípulos que tienen problemas con las relaciones interpersonales.

Los tipos inadecuados de conducta describen a los niños que reaccionan atípicamente a situaciones. Por ejemplo, uno de dichos niños podría reír cuando un compañero es severamente lesionado en el patio de recreo. Otro, podría empezar a llorar histéricamente porque perdió su lápiz. Estas reacciones atípicas invariablemente impresionan a los otros niños por su carácter de raras. Con frecuencia responden con asombro, indignación o silencio avergonzado.



Un penetrante estado de infelicidad se explica por sí mismo. Los niños trastornados raras veces sonríen y obtienen poco placer de sus actividades. Incluso los sucesos que se calculaban de darles placer, como la fiesta de Navidad celebrada por la clase, tienen poco o ningún efecto sobre ellos: permanecen inquietos y deprimidos. Finalmente, una tendencia a desarrollar síntomas físicos incluye a los niños que con frecuencia se ausentan a causa de una enfermedad o constantemente se quejan de malestares. Aunque estas enfermedades no tienen una causa física, no son fingidas o imaginarias, son una respuesta a la tensión. Por ejemplo, la aplicación de pruebas produce muchos de tales síntomas.

Criterios de identificación alternos y más específicos son suministrados por Grooper et al (1968)<sup>7</sup>.<sup>7</sup> Estos incluyen trece áreas principales que los maestros consideran como fuentes de problemas potenciales.

Estas son: i) Atención a las actividades del aula (falta de atención; perderse en fantasías; retiro).

ii) Actividad física (inquietud; hiperactividad; bullicio).

iii) Reacción a la tensión (trastornos emocionales).

iv) Carácter apropiado de la conducta (contar cuentos, coleccionar objetos).

v) Requerimientos de trabajo en grupo (autocrítica, abandono, dejar de trabajar).

vi) Interés en el trabajo (jugar, garabatear, dibujar).

---

<sup>7</sup> Cit, pos. Newcomer, 1987, p. 144.

vii) Llevarse bien con los demás (insultar a otros, pelear, pasividad).

viii) Consideración de las necesidades del grupo (se impaciente con los demás, interrumpirlos, vociferar).

ix) Respuesta a los requerimientos o instrucciones del maestro (disputas, rudeza, desobediencia).

x) Grado de independencia (buscar los elogios, atención, apoyo, servilismo).

xi) Respeto por las reglas y convenciones escolares (blasfemar, reñir).

xii) Respeto por las reglas generales (haraganería, tardanza, destrucción de bienes).

xiii) Integridad (engañar, chismorrear, robar).

Estas áreas conductuales parecen cubrir la gama de actividades indicativas de perturbación emocional en los niños. Sin embargo, como se señalara con anterioridad, ocasionalmente todos los niños participan en algunas de estas conductas. ¿Cómo determina el maestro si un niño se encuentra o no emocionalmente perturbado? Esto puede ser cuestión del grado de regularidad en que muestra conductas desviadas; y el índice del control consciente de la conducta. Los niños emocionalmente trastornados parecen impulsados a participar en ciertas actividades a pesar de los esfuerzos conscientes por evitarlas. Por ejemplo, un niño puede golpear y hacer daño a aquellos con los que quiere jugar.

Algunos múltiples criterios mediante los cuales los maestros pueden juzgar la severidad del problema de cada niño, in -

cluyen:

- i) Intensidad: ¿La actividad interrumpe otros quehaceres - del niño?.
- ii) Carácter de apropiado: ¿La conducta es una respuesta - razonable a la situación?.
- iii) Estimación de las circunstancias: ¿Hay una razón obvia para la conducta?.
- iv) Comparación con el nivel de madurez de la clase: ¿La - conducta es usualmente exhibida en clase?.
- v) Duración: ¿Cuánto dura?.
- vi) Frecuencia: ¿Con que frecuencia ocurre?.
- vii) Manejabilidad: ¿La conducta es influida por tentativa o de control?.
- viii) Contagio: ¿Otros niños imitan la conducta?..<sup>8</sup>

Utilizando estos criterios, el maestro puede efectuar una-determinación objetiva del significado de la conducta de un niño, es decir, si es normal, un problema que puede manejarse en el aula, o una condición tan seria como para justificar la referencia a expertos en salud mental para el tratamiento. El cuadro III, muestra los criterios para clasificar a la conducta como normal, problema o atribuible.

Newcomer (1987) ha desarrollado un sistema de clasificación concebido únicamente para juzgar la relativa severidad de-

8 Gropper, 1968, Cit. pos. Newcomer, 1987, pp. 145-146.

**Cuadro III +** *Resumen de los criterios para clasificar la conducta-problema*

<i>Descripción de los criterios</i>	<i>Normal</i>	<i>Problema</i>	<i>Asignable</i>
<b>A) Intensidad</b> ¿Cuánto perturba la conducta-problema las demás actividades del niño?	<b>NO ALTERADA</b> La conducta no altera las otras actividades del niño	<b>ALTERADA</b> La conducta altera las otras actividades del niño	<b>EXTREMADAMENTE ALTERADA</b> La conducta altera completamente las otras actividades del niño
<b>B) Carácter apropiado</b> ¿Constituye la conducta una respuesta razonable a la situación?	<b>RAZONABLE</b> La respuesta a la situación es aceptable o esperada	<b>IMPROPIA</b> La respuesta a la situación es indeseable	<b>EXCESIVA</b> La respuesta a la situación se encuentra fuera de proporción
<b>C) Duración</b> ¿Cuánto tiempo dura el episodio de la conducta?	<b>DE CORTA DURACIÓN</b> El episodio sólo dura un corto tiempo (un corto tiempo dentro de un periodo de clase)	<b>MODERADAMENTE LARGA DURACIÓN</b> El episodio se extiende durante un periodo remanente de la clase (siguiente)	<b>DE LARGA DURACIÓN</b> Los episodios son de larga duración (la mayoría de la parte del día)
<b>D) Frecuencia</b> ¿Qué tan a menudo ocurre la conducta?	<b>INFRECUENTE</b> Por regla general la conducta no se repite (se repite rara vez en un día; se repite rara vez en otros días)	<b>FRECUENTE</b> La conducta se repite (puede repetirse varias veces al día; puede repetirse varios días)	<b>HABITUAL</b> La conducta sucede todo el tiempo (a menudo repetida durante un día; repetida en muchos días)
<b>E) Especificidad/generalidad</b> ¿En cuántos tipos de situaciones ocurre la conducta?	<b>OCUPRE EN UNA SITUACIÓN ESPECÍFICA</b> La conducta ocurre en un tipo específico de situación	<b>OCURRE EN DIVERSAS SITUACIONES</b> La conducta ocurre en más de un tipo de situación	<b>OCURRE EN MUCHAS SITUACIONES</b> La conducta ocurre en muchos tipos de situaciones

Cuadro III

[Continuación]

Descripción de los criterios	Normal	Problema	Asignable
<b>F) Manejabilidad</b> ¿Con cuánta facilidad responde la conducta a las tentativas de manejo?	<b>FÁCILMENTE MANEJADA</b> Responde fácilmente a las tentativas de manejo	<b>DIFÍCIL DE MANEJAR</b> Respuesta inconsistente o lenta a las tentativas de manejo	<b>NO PUEDE MANEJARSE</b> No responde a las tentativas de manejo
<b>G) Estimabilidad de las circunstancias</b> ¿Qué tan fácilmente pueden identificarse las circunstancias que produjeron la conducta?	<b>FÁCILMENTE ESTIMADA</b> Es fácil identificar la situación o condición que produce la conducta	<b>DIFÍCIL DE ESTIMAR</b> La situación o condición que produce la condición es difícil de identificar	<b>NO PUEDE ESTIMARSE</b> No puede identificarse la situación o condición que produce la conducta
<b>H) Comparación con el nivel de madurez de la clase</b> ¿Qué tan próxima al promedio de la clase es la conducta? ¿Es un problema?	<b>NINGUNA DESVIACIÓN DEL NIVEL DE LA CLASE</b> La conducta es normal para el grupo	<b>POR DEBAJO DEL NIVEL DE LA CLASE</b> La conducta se encuentra por debajo del nivel del grupo	<b>CONSIDERABLEMENTE POR DEBAJO DEL NIVEL DE LA CLASE</b> La conducta se encuentra considerablemente por debajo del nivel del grupo
<b>I) Número de conductas problema mostradas</b>	Rara vez más de una	Por lo general más de una	Por lo general muchas y variadas
<b>J) Aceptación por parte de los compañeros</b> ¿El niño se enfrenta a dificultades para ser aceptado por sus compañeros?	<b>ACEPTADA</b> Es aceptada por los compañeros	<b>TIENE DIFICULTAD PARA CONGENIAR</b> Puede tener dificultad con individuos particulares	<b>NO ACEPTADA</b> No aceptada por el grupo
<b>K) Tiempo de recuperación</b> ¿Qué tan rápidamente la situación conduce al episodio olvidado?	<b>RÁPIDO</b> El episodio se supera rápidamente	<b>LENTO</b> Supera el episodio con más lentitud	<b>APLAZADO</b> No supera el episodio

Cuadro III [Conclusión]

Descripción de los criterios	Normal	Problema	Asignable
L) <i>Contagio</i> 1. ¿Interrumpe la conducta las actividades de los demás? 2. ¿Imitan los demás la conducta-problema?	POCO O NINGÚN EFECTO SOBRE LOS DEMÁS La conducta no perturba o no sirve de modelo a los demás	EFECTO CONSIDERABLE SOBRE LOS DEMÁS La conducta perturba a los vecinos más próximos o los vecinos imitan la conducta	EFECTO EXCESIVO SOBRE LOS DEMÁS La conducta perturba a toda la clase o toda la clase imita la conducta
M) <i>Grado de contacto con la realidad</i> ¿Representa la conducta una pérdida de contacto con la realidad?	NINGUNA CONFUSIÓN ENTRE LO REAL Y LO IRREAL	CIERTA CONFUSIÓN Y LO IRREAL ENTRE LO REAL	CONFUNDE LO REAL CON LO IRREAL
N) <i>Respuesta a las oportunidades de aprendizaje</i> ¿Qué tan fácilmente responde el niño cuando se proporcionan oportunidades de aprendizaje?	RESPONDE POSITIVAMENTE AL TRABAJO DE ENRIQUECIMIENTO/REMEDIOS	RESPONDE LENTA O DÉBILMENTE AL TRABAJO DE ENRIQUECIMIENTO/REMEDIOS	NO RESPONDE AL TRABAJO DE ENRIQUECIMIENTO/REMEDIOS

FUENTE: Gropper, G., Kress, G., Hughes, R. y Pekich, J. *Training teachers to recognize and manage social and emotional problems in the classroom* [Capacitando a los maestros para que reconozcan y manejen problemas sociales y emocionales en el aula.] *Journal of Teacher Education*, 1968, 19, 477-485.

+ Tomado de: **Como enseñar a los niños perturbados.** Newcomer, Phyllis  
México, 1987. pp. 146-149

los problemas de los niños; el cuadro IV, contiene los nueve - criterios que constituyen la base del sistema de clasificación. Un niño evaluado en la columna de perturbación severa, en la totalidad o la mayor parte de los criterios, claramente es un niño severamente trastornado, sin consideración del rubro de diagnóstico que pueda llevar, de manera similar, un niño clasificado en la columna de perturbación severa en los primeros criterios, pero ligera en los criterios restantes, presenta un cuadro mucho menos sombrío a pesar del hecho de que al inicio podría parecer igualmente perturbado y podría llevar el mismo rubro que el primero de estos niños.

i) Sucesos precipitantes.

Este componente se refiere al grado en la que la conducta del niño, por indeseable o mal adaptativa que pudiera ser, se relaciona directamente con las condiciones ambientales precipitantes; entre más obvia parezca la relación entre el evento precipitante y la conducta del niño, menos serias serán las implicaciones para la perturbación emocional. Por ejemplo, cuando un niño es importunado por sus condiscípulos, típicamente puede responder peleando. En cambio, otro niño que con frecuencia pelea, puede atacar a sus condiscípulos sin motivo aparente, lo cual muestra un grado inadecuado de comportamiento.

ii) Destructividad.

Este componente refleja el grado en el que la conducta del niño es peligrosa para los demás o para sí mismo. Una alta destructividad se correlaciona con una perturbación severa. Los niños que participan en actividades sádicas, tales como matar animales o lesionar deliberadamente a otros niños; e incluso así mismos; tienen serios problemas emocionales. Los niños que participan mucho en discursos ampulosos o amenazas sin convertirse realmente en destructivos se encuentran menos perturbados.

iii) Carácter apropiado de madurez.

Este componente refleja el grado en el que las conductas - de un niño generalmente se consideran como apropiadas para su - agrupamiento por edades. Los niños severamente perturbados con frecuencia muestran conductas sumamente retrógradas, caracterís- ticas de niños de menos edad. En el otro extremo, pueden mos- trar conductas adultomorfas. Entre mayor sea la brecha de tiem- po entre la edad real de un niño y la fingida; así como la fre- cuencia de las conductas que reflejan está sobre o submadurez, - más severa será la perturbación.

iv) Funcionamiento personal.

Este componente se refiere a la capacidad del niño para - cuidar de las necesidades personales, incluyendo el aseo, el ve- vestirse, comer adecuadamente, encontrar el camino de un lugar- a otro, etc. Un niño que pareciera inconsciente o desinteresado por tales rutinas de la vida diaria, puede encontrarse per- turbado.

v) Funcionamiento social.

En este componente se presentan dos aspectos: el grado en el que las conductas del niño impiden el hacer amigos y la índo- le de las conductas mostradas en un grupo; tanto más severos - sean los problemas emocionales de un niño, más aislado se en- contrará de sus compañeros; ignorará a su compañeros o los re- chazará. Tales niños o se abstienen de participar o participan en conductas perturbadoras.

vi) Índice de realidad.

Este componente se refiere al grado en que la perspectiva - que un niño tiene de los eventos que afectan su vida, correspon-



de a la realidad objetiva. Tanto mayor sea la brecha entre la percepción que tiene el y la realidad, mayor será la severidad del problema emocional.

vii) Índice de discernimiento.

El discernimiento corresponde al nivel de comprensión con que cuenta el niño, relativo a sus problemas. Un alto discernimiento sugiere que el niño por lo menos reconoce que las conductas pueden ocasionar problemas. El discernimiento no implica que el niño pueda cambiar la conducta, pero a menudo se considera como un primer paso hacia esa meta.

viii) Control consciente.

Este componente refleja el grado en el que el niño puede controlar emociones y conductas mal adaptativas. Los niños ligeramente perturbados con frecuencia despliegan tentativas conscientes con objeto de suprimir las conductas mal adaptativas. Por ejemplo el niño que pelea reconoce que tal hecho es un problema y procura controlar su carácter. Los niños severamente perturbados con frecuencia actúan como si fueran impulsados por fuerzas que no pueden reconocer o controlar.

ix) Carácter de la respuesta social.

El componente final indica el grado en que el niño valora a los demás. El niño que carece de una respuesta social se muestra renuente a demorar la gratificación de sus impulsos por cualquier razón. De ahí que tenga dificultad en coexistir con los demás. Se muestra indiferente o desdeñoso hacia los demás y no busca ni su afecto ni su aceptación. De este modo, no hay una fuerza social externa que pueda influir determinadamente en su conducta. Los niños severamente perturbados muestran una respuesta limitada a las fuerzas sociales.

**Cuadro IV + Criterios para determinar el grado de perturbación.**

Criterios	Grado de perturbación		
	Ligero	Moderado	Severo
Eventos precipitantes	Sumamente estresante	Moderadamente estresante	No estresante
Destructividad	No destructivo	Ocasionalmente destructivo	Habitualmente destructivo
Carácter apropiado de madurez	Conducta típica para la edad	Cierta conducta atípica para la edad	Conducta demasiado juvenil o demasiado anticuada
Funcionamiento personal	Atiende las necesidades personales	Habitualmente atiende las necesidades personales	Incapaz de atender las necesidades personales
Funcionamiento social	Habitualmente capaz de relacionarse con los demás	Habitualmente incapaz de relacionarse con los demás	Incapaz de relacionarse con los demás
Índice de realidad	Habitualmente contempla los eventos tal como son	Ocasionalmente contempla los eventos tal como son	Poco contacto con la realidad
Índice de discernimiento	Consciente de la conducta	Habitualmente consciente de la conducta	Habitualmente no consciente de la conducta
Control consciente	Habitualmente puede controlar la conducta	Ocasionalmente puede controlar la conducta	Poco control sobre la conducta
Carácter de la respuesta social	Por lo general actúa apropiadamente	En ocasiones actúa apropiadamente	Rara vez actúa apropiadamente

+ Tomada de: **Como enseñar a los niños perturbados.**

Newcomer, Phyllis, México, 1987.

p.150

Sin embargo, los niños ligeramente o moderadamente perturbados pueden tener dificultades para efectuar las funciones<sup>9</sup> sociales pero su deseo de ser aceptado se conserva.

b) Clasificación de los compañeros.

Como se señalara previamente, la aproximación educativa no depende completamente de la opinión del maestro para identificar a los niños emocionalmente perturbados en la escuela. Lo que perciben los compañeros constituye una fuente de datos igualmente importante y ha demostrado ser un pronosticador sumamente preciso de la perturbación emocional. Moreno (1953)<sup>9</sup> popularizó la idea de medir formalmente las actitudes que los estudiantes muestran hacia sus compañeros a través de la sociométrica. Los simples pero eficaces procedimientos sociométricos que desarrolló evalúan la posición social de cada niño, las atracciones y repulsiones entre los miembros del grupo; esto proporciona una representación gráfica de la estructura grupal por medio del sociograma.

Se pide a los niños que nombren a los compañeros de clase con quienes preferirían trabajar en un proyecto o actividad similar. El número de opciones que se permite al niño está limitado a dos o tres compañeros de clase. Las preferencias se inscriben en un sociograma (similar al de la figura I).

Un análisis del sociograma indica la posición social del niño en su clase. La fig. I indica que las preferencias interpersonales de la clase se centran en D, éste es elegido por 4 de los 8 alumnos y elige a su vez a 2 de esos 4. La fig. I indica también que los alumnos H y B no se eligen mutuamente para trabajar juntos en clase, aunque B es elegido por uno de sus

9 Cit. pos. Shea, 1986, p. 110.

compañeros.

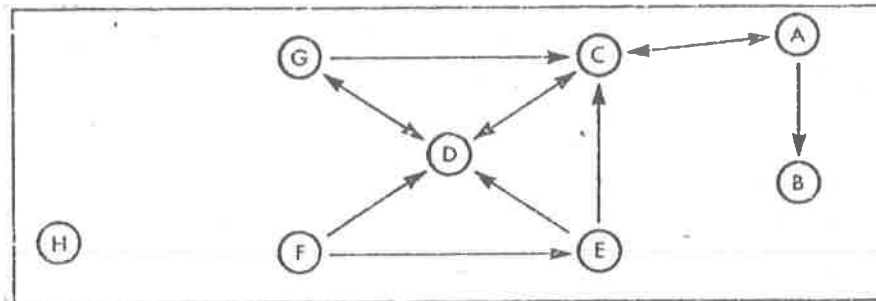
La información suministrada por las técnicas sociométricas puede ser de utilidad para fines de selección así como para la formación de grupos escolares de trabajo y propósitos afines. También puede ser usada por el maestro para estudiar y modificar las relaciones dentro del aula. Un ejemplo de cuestionario general para sociograma, puede ser el presentado en el cuadro V.

### c) Autoclasificaciones.

El tercer pronosticador útil de la perturbación en la aproximación educativa son las autoclasificaciones. Estos índices proporcionan información acerca del concepto personal de un individuo. En vista de que el concepto personal es una idea nebulosa y puede definirse operativamente de muchas maneras, hay diferentes tipos de escalas de autoclasificación. Dos de los tipos más populares de escalas de concepto personal miden el yo ideal, o las características que uno tendría si fuera perfecto, y el yo real, o el individuo con todos sus defectos expuestos. Hipotéticamente, la discrepancia entre estos índices muestra las brechas entre lo que un individuo quiere ser y lo que percibe como verdad.

Es difícil estimar el valor de instrumentos que miden las autopercepciones; sus resultados son fácilmente contaminados. La conclusión más prudente con respecto a las clasificaciones personales probablemente sea que las personas que muestran un concepto personal negativo por lo general tienen problemas de cierto tipo; pueden ser severos problemas de adaptación, o pueden ser reacciones temporales que existen en el momento de la clasificación. Sin embargo, las clasificaciones personales positivas no implican salud mental ya que pueden ser deformadas por una interferencia consciente o inconsciente.

Figura I Sociograma.



Tomado de: Shea, Tomas. Op. cit.p.111

Cuadro V ejemplo de cuestionario general para sociograma

1. ¿Qué niños están quietos y callados en sus bancos?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

2. ¿Cuáles son inquietos y no permanecen callados?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

3. ¿Cuáles son los que todos quieren?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

4. ¿Cuáles son los que nadie quiere?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

5. ¿Cuáles ríen y están siempre alegres?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

6. ¿Cuáles no ríen y están tristes?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

7. ¿Cuáles son los que gustan de mandar?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

8. ¿A cuáles gusta obedecer fácilmente?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

9. ¿Cuáles son los más trabajadores?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

## Cuadro V (continuación)

10. ¿Cuáles son los más perezosos?  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_
11. ¿Cuáles son los más juguetones?  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_
12. ¿Cuáles son los más tímidos?  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_
13. ¿Cuáles son los más pleitistas?  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_
14. ¿Cuáles son los más pacíficos?  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_
15. ¿Cuáles niños se enojan fácilmente?  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_
16. ¿Cuáles niños no se enojan?  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_
17. ¿A cuál escogerías como jefe del grupo?  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_

Tomado de: Psicotécnica Pedagógica  
 Rodríguez M. Víctor. Ed.-  
 Porrúa.  
 México. 1982. pp. 103-104

## E) Conclusión

La exposición de los cuatro criterios para identificar y evaluar a los niños emocionalmente perturbados ha descrito, en su mayor parte, diversos métodos y procedimientos; sin embargo, la variación en estos criterios se debe mucho más que estrategias metodológicas. Refleja diferencias substantivas en las perspectivas teóricas con respecto a la conducta anormal, muchas de las cuales han sido tratadas en los modelos de incapacidad y desviación en el capítulo I. La distinción entre estos dos enfoques; intrapsíquico (incapacidad) y conductual (desviación), en general comprende: el modelo intrapsíquico incluye los criterios psiquiátricos y psicológico para los procedimientos de identificación. Los componentes críticos son las emociones anormales que producen conductas anormales sintomáticas. El supuesto es el de que cuando se disipen las emociones anormales, habrá de desaparecer la conducta anormal.

A la inversa, el modelo conductual comprende los procedimientos de identificación tanto conductual como educativo. El enfoque se encuentra en la conducta anormal que origina la angustia emocional. Así, la identificación necesita corresponder sólo a la conducta anormal ya que la modificación de esa conducta reducirá la angustia emocional.

Cabe señalar que los defensores de los criterios psiquiátrico y psicológico sostienen que los maestros no están calificados para identificar el trastorno emocional en los niños; basándose en el argumento: de que los maestros han recibido escasa instrucción sobre esta psicopatología en sus programas de capacitación. El maestro tiene experiencias en el área cognoscitiva pero poco sabe acerca de los desórdenes afectivos. Esta idea se combina con la opinión tradicional de los maestros, de que los problemas emocionales de los niños debían ser diagnosticados y "curados" por expertos, y que no necesitan intervenir -

en el asunto.

Aquellos que apoyan las posiciones educativas y conductuales tienen afirmaciones contrastantes; ya que mencionan que las actividades de los niños en el aula son la fuente más importante de información con respecto a su adaptación emocional. La escuela constituye el principal interés y ocupación de los niños. Los problemas pueden ser causados, precipitados o agravados por su incapacidad para interactuar adecuadamente con maestros y compañeros, aprender sin dificultades, amoldarse a los patrones conductuales, y funcionar como miembros de un grupo. La observación de las conductas que los niños exhiben en el aula proporciona una perspectiva operativa de salud mental, perspectiva de la capacidad de los niños para funcionar, que no puede obtenerse por medio de otros procedimientos, incluyendo la evaluación psicométrica. De ahí que el maestro se encuentre en la mejor posición para reconocer los problemas emocionales de los niños.

Las convicciones anteriores conducen obviamente a la aserción de que los maestros deben desempeñar un papel crucial en el tratamiento y diagnóstico de los problemas de los niños. Las dificultades asociadas con la identificación y tratamiento de niños emocionalmente trastornados ilustran la importancia del maestro. Primera, a diferencia de los adultos perturbados, los niños no se someten directamente y por sí mismos a diagnóstico y tratamiento. Incluso si reconocen que son desdichados y se les motiva a buscar ayuda, son dependientes de los padres para saber donde acudir. Segunda, los padres de los niños que presentan problemas a menudo no se encuentran nada ansiosos por que se identifique a sus hijos como emocionalmente trastornados. Los problemas en el hogar con frecuencia pueden ocultarse o negarse. Tercera, hay gran escasez de expertos en salud mental disponible para el trabajo con niños. Las clínicas públicas de orientación infantil están tan abrumadas con clientes poten-



ciales que sólo recibe servicio un número relativamente corto - de los muchos niños que tienen problemas emocionales. Cuarta, - el costo del tratamiento privado limita su disponibilidad a - aquellos que pueden permitírselo.

De este modo la responsabilidad de la ayuda a los niños - trastornados emocionalmente debe recaer en profesionales califi - cados con acceso a grandes números de niños, durante períodos - sustanciales. Los maestros tienen tal exposición; se encuen - tran en una posición que les permite conocer a cada miembro de - la clase como individuo y como miembro de un grupo. Observan - cómo cada niño se las arregla con las demandas de logro académi - co e interacción social.

Es razonable suponer que el papel del maestro podría abar - car todas o algunas de las tres dimensiones jerárquicas de se - lección, diagnóstico y terapia.

## V. INTERVENCIONES DE TRATAMIENTO APLICABLES EN LA ESCUELA PRIMARIA

Tal como se señalara en los capítulos anteriores, el maestro puede servir como terapeuta en el salón de clases. La familiaridad con los estudiantes y su confianza hacen de él un agente ideal para:

i) Incorporar componentes afectivos en el curriculum, con objeto de enseñar a los niños lo referente a sus emociones y el efecto que los desórdenes emocionales tienen sobre los demás.

ii) Remediar los problemas emocionales relativamente ligados mediante el uso de procedimientos terapéuticos alternos.

iii) Identificar y remitir a los niños severamente perturbados al personal de salud mental, de modo que puedan recibir el tratamiento adecuado.

iv) Cooperar con los expertos en salud mental en la planeación y puesta en práctica de tratamientos que favorezcan, dentro del aula, a los niños severamente trastornados.

Las tareas arriba enumeradas son difíciles. Los maestros aceptan la responsabilidad primordial de instruir a los niños en el aprendizaje básico y eso por sí sólo es una labor ardua. No obstante, la mayoría de maestros concordarían en que formar el desarrollo de los niños en áreas no académicas es una tarea igualmente importante e incluso más difícil. Los enfoques terapéuticos presentados en el presente capítulo habrán de proporcionar al maestro una variedad de técnicas y métodos que pueden ser útiles para la consumación de la segunda de estas empresas.

Las intervenciones de tratamiento de trastornos emocionales, se definen como todas aquellas acciones (e inacciones conscientes) a las que se dedican los educadores para aumentar la probabilidad de que los niños, individualmente y en grupos, puedan -

desarrollar conductas afectivas que sean personalmente autorrealizadas, productivas y socialmente aceptables.

El tratamiento de la conducta es un complejo problema que no es posible abordar desde una perspectiva simplista. Es necesario estudiarlo, planearlo, utilizarlo y evaluarlo objetivamente, con igual énfasis puesto en todas las variables pertinentes: el individuo o grupo de individuos; el trastorno o la conducta en consideración; el contexto donde se produce la misma; el docente que aplica la intervención, y el propósito del mismo. Esta complicada enumeración reconoce que una o varias de las técnicas específicas que aquí se describen, pueden obrar como eficaces agentes de cambio de una conducta o trastorno emocional relativamente ligero de un niño en particular; pero dentro de otro marco dado puede ser ineficaz, en otras circunstancias cuando es aplicada por un individuo diferente para cambiar la conducta distinta de otro individuo o grupo.

#### A) Terapia conductual

Lo tradicional es que muchas clases de escuela pública hayan funcionado de tal manera que las consecuencias conductuales asentadas para mantener una conducta adecuada constituyen un reforzamiento social. Para algunos niños, quizá para muchos, ir bien en la escuela significa obtener estrellas, calificaciones altas y puntos, consecuencia ya suficiente cuando entran en la escuela. Para otros todo esto serán incentivos, a los que se cambiará por reforzadores tales como ocupar posiciones de responsabilidad, salir de la escuela más temprano y recibir la aprobación del maestro o de los padres. Pero con algunos niños, ninguno de los reforzadores existentes en las escuelas públicas son efectivos. Se ha descubierto que en delinquentes, retardados y niños con problemas de conducta "los reforzadores sociales generalizados, como alabos, recibir atención por parte del maestro y una retroalimentación positiva, suelen ejercer efectos mínimos, cuando no

negativos, sobre la conducta en clase de esas personas"<sup>1</sup>. Se ve que en esos niños el reforzamiento tradicional es inadecuado para establecer o mantener una conducta correcta. Para lograr una modificación de la conducta de estos niños trastornados emocionalmente es válido y confiable emplear en las escuelas públicas el análisis conductual aplicado. Se ha demostrado ya que los maestros pueden convertirse en administradores de contingencia más afectivos; también se ha probado que el uso inmediato y contingente de acontecimientos reforzantes es un elemento crucial en el control efectivo de una clase (Ulrich et.al.1979,p.150).

#### a) Análisis conductual aplicado

El análisis conductual aplicado es definido por Sulzer-Azarof y Mayer (1977)<sup>2</sup> como: "Un método autoevaluativo sistemático y basado en el desempeño, para cambiar la conducta". Esencialmente, los principios de condicionamiento y aprendizaje, particularmente el reforzamiento, son aplicados para manipular la conducta, establecer una nueva, mantener la que sea satisfactoria, incrementarla o reducirla y extenderla o restringirla a escenarios específicos.

1. Principios del reforzamiento. El aprendizaje de conductas apropiadas e inapropiadas depende en primer término de la aplicación sistemática de los principios del refuerzo. Estos principios son aplicables a todas las técnicas conductuales presentadas en esta sección y deben aplicarse en forma consecuente y apropiadamente durante el proceso de modificación de la conducta.

-El refuerzo debe depender de la manifestación de la conducta apropiada.

1 Ulrich, R. et. al. Control de la conducta humana. vol. 3, 1979, p. 142.

2 Cit. pos. Newcomer, 1987, p. 237.

-La conducta apropiada debe reforzarse inmediatamente.

-Durante los primeros pasos del proceso de cambio de conducta, la conducta deseada debe reforzarse cada vez que se manifiesta.

-Cuando la conducta recién adquirida alcanza un nivel de frecuencia satisfactorio, debe reforzarse cada vez que se manifiesta.

-Los refuerzos sociales deben aplicarse siempre junto con recompensas tangibles. A medida que avanza el proceso de cambio, las recompensas tangibles cesan y las sociales se usan para sostener la conducta deseable.

## 2. Componentes del análisis conductual aplicado:

-Selección de la conducta-blanco.

-Recolección y registro de datos básicos.

-Formulación de objetivos y metas conductuales a partir de la observación.

-Intervención basada en el análisis experimental y la colección de datos.

-Selección de la conducta-blanco. El primer paso en el proceso de modificación de conducta es la identificación de la conducta problema, es necesario identificar con precisión términos relativamente imprecisos como hiperactividad y conducta no orientada a la tarea, pues los niños pueden dedicarse a cualquier respuesta en un enorme conjunto de éstas, todas compatibles con cualquiera de las conductas mencionadas. Así mismo, términos que denotan sentimientos internos tales como la ira o tristeza requieren ser definidos operativamente, en términos de conductas

específicas.

En la gran mayoría de las situaciones humanas no es difícil seleccionar una o más conductas exhibidas por un individuo y que son inaceptables para otro individuo en ciertas circunstancias. Podemos distinguir dos tipos de conductas; las conductas reflejan sujetas a control autónomo -llamadas respondientes- y las respuestas operantes, que son aquellas clases de conducta que producen algún cambio en el ambiente; v.g., el niño levanta la mano (respuesta) y el maestro le concede permiso para que hable (un cambio en el medio ambiente). Las decisiones que llevan a la elección de la conducta-blanco están regidas por las siguientes variables, como mínimo: número de total de conductas que necesitan potencialmente una modificación, frecuencia, duración e intensidad de la conducta y tipo de la misma.

Se recomienda generalmente que no se intente modificar más de una conducta o dos conductas individuales o grupales simultáneamente. Las conductas-blanco potenciales que necesitan modificación se ordenan por prioridades con referencia a su importancia para un individuo dado dentro de un ambiente dado.

Después de considerar las variables antes mencionadas y de seleccionar una conducta-blanco, el profesional debe considerar la dirección del proceso de modificación conductual. Hay tres direcciones que una conducta puede seguir como consecuencia de la intervención: aumentar, disminuir y mantenerse.

Otras dos importantes características de una conducta blanco son su observabilidad y mensurabilidad. La conducta blanco debe ser observable por el profesional en el ambiente donde se produce.

-Recolección y registro de datos básicos. Este segundo componente proporciona la columna vertebral del análisis conductual aplicado porque incluye las técnicas que se utilizan para obte -

ner datos objetivos útiles para el desarrollo de metas y estrategias tendientes al cambio conductual. Craighead (1976)<sup>3</sup> enumera cuatro clases de datos conductuales: de magnitud, corresponden a la intensidad de una respuesta; los datos temporales, - incluyen medidas de tiempo; los datos de frecuencia, corresponden a respuestas discretas y contables; y los datos categóricos incluyen medidas que distinguen respuestas. Todos estos datos son reunidos a través de una variedad de técnicas de muestreo, como son: el muestreo del evento, implica simplemente contar el número de veces que ocurre una conducta específica dentro de un intervalo específico. El muestreo de duración, se concentra en el lapso que se requiere para completar una tarea. El muestreo del intervalo, se emplea cuando las conductas no están claramente separadas y resulta difícil decir donde empiezan y terminan. Por ejemplo, un niño hiperactivo puede participar en un patrón de actividad progresivo, dificultando el contar cada conducta específica o medir su duración. En tales casos se utiliza un muestreo del intervalo. Si es necesario saber si una conducta ocurrió a lo largo de un intervalo completo, se establece un sistema de intervalo completo. Si la conducta sólo necesita aparecer durante el intervalo, es un muestreo de intervalo parcial. El muestreo del tiempo momentáneo se emplea para trazar conductas que deben estar cuando finaliza el intervalo. Finalmente, puede utilizarse un intervalo cifrado para tomar la muestra de diversas conductas simultáneamente.

Una vez reunidos los datos, generalmente son representados bajo la forma de gráficas. Las curvas proporcionan una respuesta visual de la conducta que es fácilmente interpretable. La línea vertical u ordenada representa la medida de la conducta, tal como el número o tasa de respuesta, y la horizontal o abscisa refleja la unidad de tiempo. ( Ver figura II ).

---

3 Cit. pos., Newcomer, 1987, p.238

Figura II Gráficas que muestran diferentes tipos de datos.

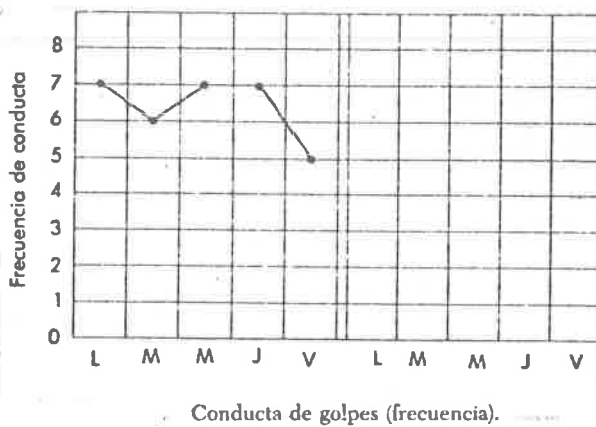


Fig. II .9

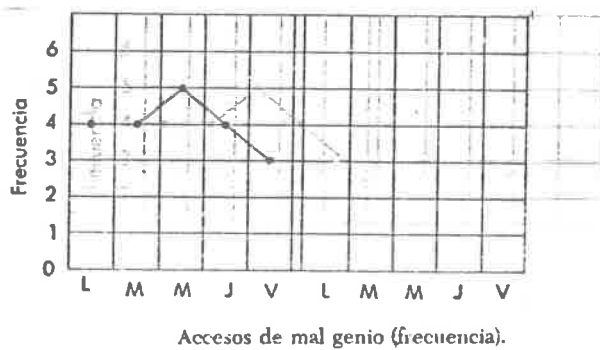


Fig.II.b

Toma de: Shea, Tomas  
Op.cit..  
p.389

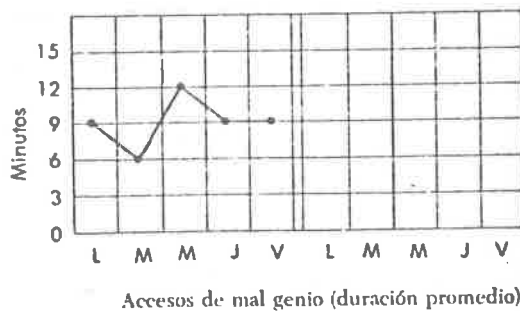


Fig.II.c



Para analizar los datos de muestra se utiliza un formato - del análisis de la conducta llamado el "ABC", que incluye tres - categorías: estímulos antecedentes(A), conducta problema(B) y - consecuencias de la conducta (C).<sup>4</sup> (A) Estímulos antecedentes - son eventos que preceden a la conducta respuesta o problema, e - incluyen variables tales como la actividad del maestro y compañe - ros, la hora etc. Algunos antecedentes favorecen la obtención - de una respuesta deseada y se les designa A+. Otros, llamados - A-, resultan desfavorables a la aparición de la respuesta desea - da o producen en la misma situación respuestas problema. Existen - cuatro clases de antecedentes, forman la primera los estímulos - de instrucción, sean verbales o simbólicos; para mantener un con - trol sobre la clase, el maestro necesita tener un sistema de re - glas estable, compuesto más por bien de reglas dependientes que - absolutas. Las primeras hacen hincapié en la aceleración de res - puestas positivas y especifican que al emitirse una respuesta de - seada vendrá una consecuencia prescrita. Si no se presenta la - respuesta deseada, no habrá dicha consecuencia. En contraste, - las reglas absolutas hacen hincapié en la desaceleración de las - respuestas negativas y especifican que al presentarse un comporta - miento negativo se tendrá una consecuencia negativa. Las reglas - dependientes dejan al estudiante la responsabilidad de producir - consecuencias positivas; las reglas absolutas dejan la responsa - bilidad al maestro. Por ello las reglas contingentes son un me - dio más efectivo de controlar el comportamiento.

Los estímulos facilitantes son un segundo tipo de condicio - nes antecedentes y con esenciales para que ocurra la respuesta; - por ejemplo, para el estudio son estímulos facilitantes las ins - talaciones, los implementos para estudiar y las habilidades ante - cedentes necesarias.

Constituyen la tercera clase de estímulos antecedentes los -

---

4 Goodwin (1969), cit. pos. Newcomer, 1987, p. 241

potencializadores, aquellos acontecimientos manipulados por quien modifica la conducta y desea elevar al máximo el valor de las consecuencias que vendrán después de la respuesta; por ejemplo, un maestro programa un período de juegos para mediados de la tarde, cuando los estudiantes más necesitan un descanso; o quizá lea el primer capítulo de una novela de aventuras, que pensó usar como recompensa cuando se completará el trabajo del día. En ambos casos aumenta la probabilidad de que los estudiantes trabajen para obtener el reforzador.

En el cuarto tipo se tienen los discriminativos, que indican la aparición tras la respuesta, de una consecuencia positiva y los delta, que indican la improbabilidad de que tras la respuesta venga una consecuencia positiva; v.g., un estudiante sabe que el maestro regular le negará el permiso de salir de la escuela antes de la hora; sabe también que un maestro sustituto probablemente le concederá el permiso. En tal caso, el maestro regular es un estímulo delta y el maestro sustituto es un estímulo discriminativo.

Para algunos niños las buenas calificaciones son indicios de que ocurrirán cosas placenteras, pero, ¿trabajan todos los estudiantes por lograr buenas calificaciones? no, sólo quienes en el pasado gozaron consecuencias positivas producidas por las calificaciones logradas; es decir un estímulo discriminativo o un estímulo delta controla una respuesta que fue aprendida mediante experiencias pasadas. Si un niño no ha tenido experiencias que le den significado a los acontecimientos, no trabajará para producirlos. (Ulrich, et.al.1979, pp.45-47).

La conducta problema (B), se refiere a la respuesta del niño, lo que hace el estudiante; por ejemplo: se pelea, interrumpe la clase, llora, etc. Su duración, topografía, frecuencia e intensidad.

Consecuencias de la conducta (C), incluyen eventos tales

como la reacción del maestro y la respuesta del compañero, lo mismo que otras actividades en el aula. Si las condiciones antecedentes dan ocasión de responder, aumentando la probabilidad de que se responda desde un principio. Ahora bien, para que se repitan las respuestas es necesario que produzcan consecuencias favorables. Si es operante la respuesta que produce algún cambio en el ambiente, entonces debe considerarse que los cambios o consecuencias producidas por una respuesta determinada son condiciones que ejercen sobre el ambiente un control primario (Skinner, 1953).<sup>5</sup> Algunas consecuencias aceleran las probabilidades de que aumente la tasa de respuesta determinada. Estas consecuencias deben ocurrir para que ejerzan su control; la conducta es controlada por realidades, no por expectativas. Por ejemplo un niño trabajará para obtener buenas calificaciones cuando sus esfuerzos reciban algún reconocimiento. Si únicamente se le prometió tal reconocimiento pero no lo recibió, difícilmente se controlará la conducta del niño.

Los datos reunidos del "ABC" pueden ser representados en un cuadro donde se representan todas las contingencias o relación entre las conductas objetivo, los estímulos antecedentes y las consecuencias (ver cuadro VI). Eventos no considerados son aquellos que ocurren en el interior del niño, es decir, lo que piensa o siente con respecto a la situación, en este análisis no se considera pertinente este tipo de información cognoscitiva; la aproximación "ABC" refleja los principios del condicionamiento operante, el tratamiento depende de la manipulación del reforzamiento, es decir, del ajuste de eventos ambientales externos. Presuntamente una vez que el niño ha dejado de participar en la conducta mal adaptativa y recibe un reforzamiento positivo de parte de maestro y compañeros en favor de actividades

5 Cit. pos. Ulrich, et. al. 1979, p. 47.

**Cuadro VI +** Análisis conductual del comportamiento agresivo de un alumno de primer año de primaria

Antes de la mala conducta	Conducta inadecuada	Después de la mala conducta
Juegos de baja organización durante el recreo	Da patadas a otros	Se le envía a casa; la "niñera" le permite ver la televisión y hacer lo que quiera
Comida	Tira varios objetos	Sus compañeros le dejan que haga su voluntad
En los pasillos	Empuja a otros	El maestro y/o el director hablan con él
Los padres se pelean y lanzan maldiciones	Blasfema	Sus compañeros lo acusan
Los padres le dicen que pelee (por ejemplo, "si alguien te pega, devuélveselo con mayor fuerza")	Golpea a otros	Los padres le dan una palmadita aprobatoria por golpear a otros
Algunos compañeros de clase le piden que pelee por ellos		Sus condiscípulos lo aplauden cuando golpea a estudiantes que no les agradan
Antes de la conducta aceptable	Conducta aceptable	Después de la conducta aceptable
Juegos estructurados en el patio	Se entiende bien con los demás	Los compañeros de clase lo aceptan en sus juegos y no lo evitan
Está presente un líder adulto	Sigue las reglas de los juegos y se entiende bien con sus coetáneos	Obtiene el reconocimiento de sus compañeros por su papel dirigente; los padres aceptan darle 25 centavos de dólar por cada día "bueno"; el maestro le dice, de modo que sus compañeros puedan escucharlo, que tuvo una conducta muy buena; el maestro envía también a su casa una nota de alabanza los días en que se comporta bien; el director de la escuela lo alaba por su capacidad de liderazgo
Se le encarga que tome nota y señale las conductas "agradables" de los demás y suyas, en el patio de juegos	Toma turnos, ayuda a otros, comparte sus cosas y no lastima a los demás	

+ Tomado de: Trastornos de la conducta en el niño. Clarizio & McCoy. México., 1981. p.119

más constructivas, desarrollará mejores sentimientos y pensamientos con respecto a sí mismo y su situación.

- **Formulación de objetivos y metas conductuales.** La clave para una intervención conductual eficaz es que tanto el cliente como la persona que interviene cuenten con un conocimiento claro y preciso acerca de lo que debe lograrse; debe seleccionarse una meta conductual para proporcionar al cliente beneficios tanto inmediatos como a largo plazo. La claridad y utilidad de tales metas están aseguradas al refinarlas, convirtiéndolas en objetivos conductuales. Un objetivo conductual esclarece una meta al especificar la respuesta deseada, la situación en la que debe ocurrir y los criterios para evaluar si el objetivo ha sido satisfecho. La respuesta requerida puede delinearse en cuanto a sus características, incluyendo la topografía: donde debe darse la respuesta; intensidad: que tan fuerte debe ser la respuesta; frecuencia: que tan a menudo debe ocurrir la respuesta; duración: cuanto tiempo debe persistir la respuesta; y exactitud; lo que constituye una respuesta correcta. La regla guía en el establecimiento de un nivel de criterios es fijar niveles aceptables mínimos, para que sea eficaz, el objetivo debe ser específico, medible, realista.

- **Intervención basada en el análisis experimental y la colección de datos.** En este último paso el responsable de la intervención planea y lleva a efecto estrategias de tratamiento; el tratamiento en sí debe ser un experimento que demuestre que la intervención empleada fue responsable del cambio conductual. Tratamientos experimentales, de este tipo se pueden incluir en dos grandes categorías: el diseño intrasujeto e intersujeto.

En el diseño intrasujeto, el desempeño de un individuo o de un grupo se mide bajo diversas circunstancias; la mayoría de los estudios de este tipo utilizan un diseño ABAB. Específicamente hablando, tal diseño consiste en evaluar la tasa base, instituir alguna contingencia, eliminarla en un intento por vol

ver a la línea base y luego volver a poner la contingencia. Se dice que se ha logrado controlar las conductas blanco cuando - sus tasas reflejan las manipulaciones hechas con las variables independientes.

El diseño de intersujeto implica comparaciones entre grupos. Dos o más grupos son expuestos a diferentes tratamientos y sus desempeños se comportan; el diseño más básico de esta categoría es el de grupo control, consiste en comparar el desempeño de por lo menos dos grupos separados de gente; el tratamiento es administrado únicamente a un grupo (el experimental), en tanto que el otro (grupo control) se mantiene bajo condiciones normales. Las diferencias en el desempeño promedio de los grupos experimental y control indica la eficacia del tratamiento.

### 3. Técnicas de modificación de la conducta.

- Técnicas para aumentar las conductas. Las cuatro técnicas de uso más frecuente son: formación, modelado, contrato de contingencias y economía nominal o simbólica.

. Formación. La formación es el refuerzo de sucesivas aproximaciones de conductas que llevan hacia la conducta deseada. Es principalmente usada para establecer una conducta no exhibida previamente por el individuo.

La formación se logra con recompensas consistentes, sistemáticas e inmediatas de aproximaciones a una conducta deseada. La formación implica el reforzamiento sucesivo de respuestas aproximadas a la respuesta deseada, al mismo tiempo que la extinción de las aproximaciones precedentes para facilitar la aparición de una respuesta de la que carecía el sujeto al inicio del programa. El moldeamiento o formación es una forma de reforzamiento diferencial.

. Moldeado. El moldeado es la exposición de una conducta individual o de grupo según la cual el niño con problemas de conducta debe formar su conducta posterior. Durante la inter -

vención el individuo es sistemáticamente recompensado por imitar o copiar el modelo. A través de la observación de un modelo un niño puede adquirir nuevos patrones de conducta; proporcionar facilitación social de conductas apropiadas; la desinhibición de conductas que el niño ha evitado a causa de miedo o ansiedad. Y mientras desinhibe comportamientos, el modelamiento puede promover el sustituto o la extinción directa del miedo relacionado con la persona, objeto o situación hacia el que la conducta estaba dirigida.

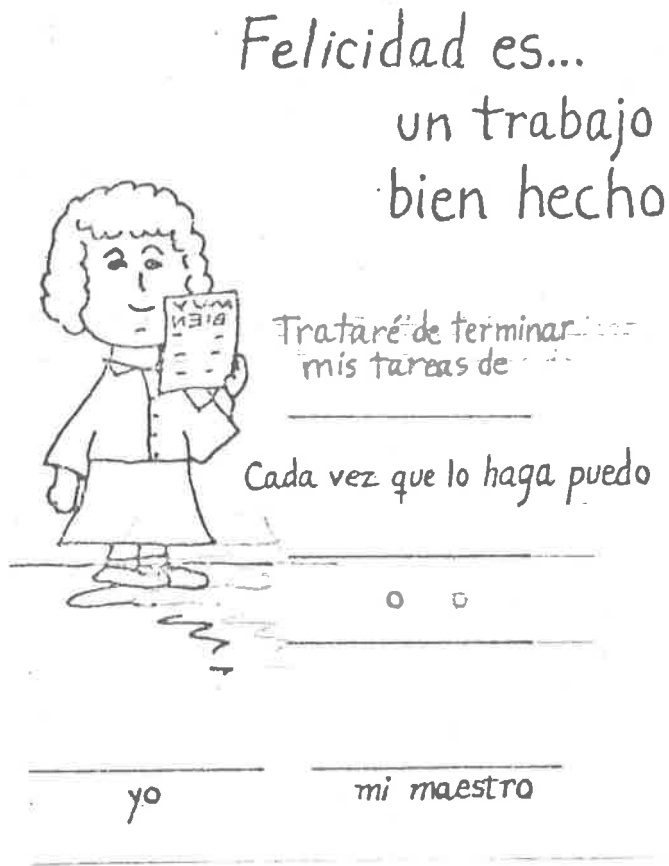
. Contrato de contingencias . Un contrato es un convenio verbal o escrito, entre dos o más partes, individuos o grupos, que estipula las responsabilidades de cada parte con respecto a una actividad determinada. El contrato de contingencias arregla las condiciones de modo que el niño pueda hacer algo que quiere hacer después de algo que nosotros queremos que haga. La principal desventaja de esta clase de contratos radica en garantizar que el niño percibirá el nexo entre la conducta y sus consecuencias. Más aún cuando se le exige redactar las cláusulas, se compromete personalmente en una forma real y significativa para él, pues no se limita a aceptar cuanto dispone el maestro sino que expresa en sus propias palabras lo que desea.

El contrato de contingencias se basa en el principio de Premack (1965)<sup>6</sup>: "una conducta muy frecuente puede usarse para aumentar la exhibición de una conducta poco frecuente. Este concepto se simplifica mejor con el uso de XY: se haces X puedes hacer o conseguir Y". Dos ejemplos de contratos escritos se presentan en las figuras III y IV.

. Economía nominal o simbólica. La economía nominal es sin duda la más versátil y de uso más difundido entre las intervenciones de modificación de conducta. Es un sistema de inter-

6 Cit.pos.Shea,1986,p.396.

Figura III + Ejemplo de contrato con ductual.



Tomado de: Como enseñar a los niños-  
perturbados.  
Newcomer, Phyllis.  
México., 1987, p. 257



Figura IV + Ejemplo de contrato con ductual.



y

convenimos en llevarnos bien mutuamente.

Durante cada recreo sin pelear, cada uno recibirá 5 puntos, que pueden ser canjeados por tiempo libre.

5 puntos = 5 minutos

\_\_\_\_\_  
firma del alumno

\_\_\_\_\_  
firma del alumno

\_\_\_\_\_  
firma del maestro

cambio que ofrece al individuo cuya conducta se esta cambiando con retroalimentación casi inmediata sobre la corrección de una conducta. Estos datos o símbolos nominales pueden cambiarse por refuerzos tangibles de soporte. (Tan bien se ha llegado a utilizar fichas). Por ejemplo un niño puede ganar una ficha por cada hora que trabaje sin pararse indebidamente de su lugar. Después de acumular 20 puntos en su tarjeta de puntajes (ver figuras V y VI), puede canjearlas por recreo extra, tiempo libre para leer o dibujar; o cualquier otro privilegio señalado en el Menú de recompensas (ver figura VII).

- Técnicas para disminuir conductas. En la clase hay generalmente varias conductas cuya frecuencia el maestro desea disminuir; para ello se han desarrollado seis técnicas: extinción, tiempo fuera, saturación, castigos, el refuerzo de conductas incompatibles y la desensibilización.

. Extinción. Esta técnica implica el cese de la aplicación de una consecuencia (la que mantiene la respuesta a una frecuencia elevada) como objetivo para lograr la desaparición de la respuesta. Si una conducta dada ya no produce los efectos esperados, su influencia tiende a disminuir. Por ejemplo si se quiere que una niña disminuya la cantidad de tiempo en que se entrega a las fantasías, debe proporcionarsele una conducta sustituta tal como trabajar en tareas que puedan reforzarse; en otras palabras se refuerza la conducta socialmente adecuada con elogios y atención, mientras que simultáneamente se ignora la conducta inapropiada. Esta técnica a resultado eficaz en comportamientos como la hiperactividad, la cooperación con los compañeros, el llorar, el poner atención, y el comportamiento general de la clase entera (Newcomer, 1987, p.254).

. Tiempo fuera. Consiste en la remoción de un individuo de un marco que aparentemente lo refuerza a otro que presumiblemente no lo refuerza por un tiempo específico y limitado; El --

Figura V +

FORMULARIO DE MARCACIÓN DE PUNTOS

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Lunes																			
Martes																			
Miércoles																			
Jueves																			
Viernes																			

Total

Lunes	
Martes	
Miércoles	

Jueves	
Viernes	
Semana	

+ Tomada de: La enseñanza en niños y adolescentes - con problemas de conducta Shea Tomas. Buenos Aires, 1986, p.399

Figura VI ++

TARJETA DE PUNTAJE* (x)									
Nombre del niño							Fecha		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

\* El maestro traza un círculo alrededor del total acumulativo.

++ Ibid., p.398

+++ +++  
Figura VII VII Menú Recompensa

Recompensa	Tiempo	Costo (en puntos)
Conseguir tiempo libre	10 minutos	20
Ver televisión	30 minutos	45
Leer historietas	5 minutos	15
Escuchar discos	10 minutos	20
Recortar y pegar	5 minutos	10
Comprar arcilla para modelar	—	55
Comprar lápices de dibujo	—	45
Comprar libros para colorear	—	50
Pintar con los dedos	12 minutos	25
Jugar con juguetes	10 minutos	25
Pedir prestado un libro	48 horas	35
Pedir prestado un juego	48 horas	50

+++ Ibidem., p.400

maestro debe conocer las reacciones características del niño ante el aislamiento o tiempo fuera; para niños extrovertidos, - agresivos de orientación grupal, esta intervención es efectiva; se recomienda 4 o 5 minutos sentar al niño en una silla en un rincón alejado de la clase. Para que la técnica sea efectiva, el niño debe aprender que conductas son inapropiadas y las consecuencias por exhibirlas. Las reglas de conducta deben discutirse con los alumnos y colocarse en lugar visible de la clase para su periódica revisión.

. Saturación. Es la disminución o eliminación de una conducta inapropiada como resultado de un continuo y creciente refuerzo de la conducta. La saturación puede ser útil para un maestro que desea disminuir conductas irritantes en la clase, - como ir a tomar agua y preguntar constantemente la hora. Por ejemplo una niña que se paraba para afilar su lápiz seis veces por hora distrayendo la atención de los otros estudiantes, se le asignó que afilará 8 lápices por hora durante todo el día; a los 4 días la niña pidió ser relevada de sus actividades de afilación y compró un lapicero.

. Castigos. El castigo se impone a individuos para disminuir o eliminar su conducta inapropiada. El castigo es la presentación de un castigo adverso como consecuencia de la exhibición de una conducta inapropiada. El castigo puede ser físico o psicológico o una combinación de ambos. La efectividad a corto plazo del castigo es difícil de negar; sin embargo estoy absolutamente en contra de castigos físicos (ya sea golpes, palmadas, etc.); Clarizio y McCoy (1981) han aducido varias razones para evitar el uso de castigos: el castigo no elimina la conducta inapropiada, simplemente la reprime; no da al niño un modelo de conducta aceptable; la expresión del castigador presenta ante el niño un modelo inapropiado; los resultados emocionales del castigo pueden ser miedo, tensión, stress o retiro, lo cual puede inmovilizar más aún al niño, con el resultado de una mayor desviación. Además el castigo puede causar un daño físico al niño.

. Refuerzo de conductas incompatibles. Ocasionalmente, en clase es conveniente disminuir la frecuencia de una conducta inapropiada reforzando sistemáticamente otra conducta opuesta - o incompatible con la conducta inapropiada. Por ejemplo, un niño no puede estar trabajando (atendiendo su tarea) y no trabajando al mismo tiempo. El que practique esta intervención recompensa la atención al trabajo e ignora lo contrario.

. Desensibilización. El proceso de desensibilización sistemática es un medio eficaz para superar las reacciones de ansiedad condicionadas a situaciones o a eventos específicos. En forma breve esta técnica consiste en inducir al sujeto a un estado de relajación y luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad durante unos segundos; si la exposición se repite varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar respuestas de ansiedad. Luego se van presentando estímulos sucesivamente "más fuertes" que -- son tratados en forma semejante.

Aunque un educador difícilmente puede aplicar en su manejo sistemático la desensibilización, a los principios sí pueden ser aplicados por un maestro. Por ejemplo, un niño que se muestra ansioso al leer en voz alta para sus compañeros, es inducido a leer con el aula vacía, después con uno o dos niños que le den confianza, y así ir aumentando el número de espectadores hasta que el niño pueda leer en la clase normal; en los momentos de ansiedad se puede detener la actividad tranquilizar al niño y darle confianza, hasta que se sienta otra vez tranquilo. Con frecuencia es necesario repetir algunos estímulos varias veces para reducir su efecto de ansiedad en el niño.

#### B) Técnicas de reuniones grupales

El educador de una clase de escuela primaria puede instituir una intervención democrática de reuniones en clase como parte de los procedimientos normales de enseñanza. Las reuniones

pueden convocarse para tratar problemas comunes de vivir y trabajar en un ambiente de grupo. Durante cierto tiempo los miembros de la clase aprenden, bajo guía, a buscar soluciones a los problemas por medio de transacciones verbales con sus compañeros y su maestro, en lugar de valerse de enfrentamientos o retiros físicos y/o verbales. Si se realizan correctamente, las reuniones en clase inducen en los miembros del grupo un mayor conocimiento de sí mismos y de los demás. Aprenden a conceptualizar un problema desde el punto de vista de otra persona.

Tres tipos de reuniones para su aplicación en clase han sido sugeridos por Vogel y Smith (1974)<sup>7</sup>. Estas reuniones son apropiadas para su aplicación en clases con alumnos trastornados emocionalmente, para resolver o evitar conflictos y problemas que se presentan.

Los tres tipos de reuniones son:

a) Reunión abierta:

Se convoca para permitir a un individuo que exprese sus sentimientos ocultos. En esta sesión se da al individuo la oportunidad de expresar ante el grupo y sus antagonistas sus frustraciones y sentimientos que, según el cree, son resultados de actos de otros miembros contra él. El antagonista puede ser un compañero o el maestro. cualquier miembro del grupo puede solicitar una reunión abierta. La sesión es dirigida generalmente por un compañero.

b) Reuniones para resolver problemas:

Esta reunión se centra, ante todo, en problemas y conflictos no interpersonales y potenciales. Puede ser convocada por cualquier miembro del grupo. Los tópicos incluyen inpuntuali-

7 Cit.pos.Shea,1986,p.350.

dad, desorganización, falta de seguimiento de decisiones previas y responsabilidades aceptadas, distracciones en clase, falta de tiempo para cumplir responsabilidades aceptadas y temas similares. Los miembros del grupo buscan una solución para el problema, y la solución convenida se pone en práctica.

### c) Reuniones de toma de decisiones:

Estas sesiones se concentran principalmente en decisiones de programa y curriculares. Dan una dirección al programa de la clase: ¿Qué debe hacerse? ¿Cómo puede lograrse? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Quién es responsable? ¿Por qué? La reunión de toma de decisiones es un excelente medio para involucrar activamente a todos los miembros del grupo en el proceso de planteamiento del curriculum.

Cada una de estas formas de reuniones en clase es hallar soluciones realistas a problemas reales que tienen un efecto directo en los progresos del individuo y del grupo. El proceso de reuniones en clase sigue el proceso de solución del problema. Durante el proceso de solución de problemas el grupo trata de desarrollar soluciones alternativas a las circunstancias que están enfrentando. Sus tareas principales son: identificar y aclarar sus problemas y discutir (evaluar) y convenir una o más soluciones a su problema. La solución convenida puede imponerse de inmediato o en situaciones similares que se den en el futuro. Además de las tareas mencionadas, los miembros del grupo deben tratar las conductas socioemocionales, positivas y negativas.

Como interveanci3n de tratamiento de conducta, la reuni3n en clase tiene un potencial importante como t3cnica preventiva, si se la aplica en forma consistente y apropiada.

### C) Intervenciones Psicodinamicas

Las t3cnicas psicodin3micas seleccionadas son, al menos -



en parte directamente aplicables por el maestro. Como consecuencia de esta selectividad, no se reseñan importantes intervenciones psicodinámicas empleadas por profesionales capacitados en las disciplinas afines de salud mental. Estas intervenciones incluyen psicoterapia individual y de grupo, asesoría o consultoría directiva y no directiva así como terapia familiar entre otras. Dos intervenciones básicas de aplicación en niños con problemas emocionales y de conducta son las técnicas de asesoramiento y las artes expresivas. Las técnicas de asesoramiento que se examinan incluyen la entrevista del espacio vital y terapia de la realidad. Las artes expresivas o creativas incluyen terapia de juego y juego libre, títeres, roles y psicodrama, movimiento y danza creativa, música, la palabra hablada, artes bidimensionales y tridimensionales.

a) Técnicas de Asesoramiento o Consultoría.

1. Técnica de entrevista del espacio vital. Redl(1959)<sup>8</sup> - recomendó la entrevista del espacio vital como parte integrante de la terapia del medio ambiente - lo cual implica una comunidad total en un centro de tratamiento residencial, muchos de sus conceptos pueden aplicarse a situaciones escolares y posibilitar la creación de ambientes sustentadoras y terapéuticos en escenarios escolares.

La entrevista de espacio vital es una intervención de aquí y de ahora, construida alrededor de la experiencia vital directa de un niño. Es aplicada por un instructor percibido por el niño como parte importante de su propio espacio vital. El entrevistador tiene un rol definido de influencia y poder en la vida diaria del niño. La técnica de entrevista en el espacio vital se impone para estructurar un incidente en la vida del niño de modo que pueda resolver los problemas que enfrenta; en es

8 Cit. pos. Newcomer, 1987, p. 411.

ta situación el entrevistador desempeña un rol facilitante.

Fritz Redl divide las metas de la entrevista del espacio vital en dos categorías: explotación clínica de sucesos vitales y primeros auxilios emocionales sobre el terreno.

- En la primera situación, explotación clínica de sucesos vitales, el entrevistador usa un auténtico incidente conductual para explorar junto con el niño sus habituales características de conducta. A veces, la finalidad de la entrevista puede ser ayudar al niño en sus dificultades momentáneas, para que vuelva a la "normalidad". En otras ocasiones, el maestro puede tratar de trabajar para esforzarse en alcanzar con el niño algunas metas a largo plazo.

Los intentos de explotación clínica encaminados a metas a largo plazo pueden incluir:

. Dar una muestra de la realidad a los niños que habitualmente interpretaban mal las situaciones interpersonales (por ejemplo, los que creen que el maestro está "en contra suya") o a los que no les encuentran ningún sentido a las situaciones sociales. (Clarizio & McCoy, 1981, p.530).

. Demostrar que el estilo de vida desajustado implica, en realidad, más dolores secundarios que ganancias.

. Estimulación de zonas latentes de valores, apelando a los valores potenciales o inactivos del niño o su grupo de coetáneos.

. Convencer al niño mediante palabras y actos de que hay otros modos de comportarse (defensas) que son satisfactorios.

. Expansión de los límites psicológicos del niño para incluir a otros adultos y otros maestros o para permitir la aceptación de aspectos propios que anteriormente le eran inacepta -

bles. (Id).

- Primeros auxilios emocionales, en esta segunda situación el uso de la entrevista se concibió para ofrecer apoyo inmediato al niño en una situación de tensión sin el propósito adicional de una meta terapéutica a largo plazo. Al igual que en la primera categoría los primeros auxilios emocionales se logran mediante el proceso de la comunicación llena de empatía entre el niño y el maestro. Las metas que siguen son:

. Reducir el nivel de frustración del individuo.

. Apoyarlo en situaciones de carga emocional.

. Restaurar las comunicaciones deterioradas o tensas niño-entrevistador.

. Reforzar los límites y realidades existentes, conductuales y sociales.

. Asistir al individuo en sus esfuerzos por hallar soluciones a sus problemas de la vida diaria y a incidentes de carga emocional, como las peleas y discusiones. (Shea, 1986, p. 354).

Como en cualquier situación de asesoramiento o consultoría, la aplicación de la entrevista de espacio vital depende de diversas variables: el propósito y objetivo clínicos, el ambiente específico, la capacitación y experiencia del personal y del entrevistador, pero especialmente el niño en cuestión, su transtorno personal y la fase de su proceso de rehabilitación.

Morse(1971)<sup>9</sup> esbozó una serie de pasos que se producen durante la entrevista de espacio vital. No es una serie formal, porque a veces, en el curso de la entrevista, algunos pasos se omiten y otras se ordenan de distinto modo, generalmente, la entrevista comienza como resultado de un incidente conductual es-

9 Cit. pos. Shea, 1986, p. 354.

pecífico en el espacio vital real del individuo o grupo. El entrevistador alienta a los participantes en el incidente para que exponga sus percepciones personales del evento. En ese instante el entrevistador debe determinar si se trata de una ocasión aislada o de una parte significativa de un problema central recurrente.

El entrevistador escucha a los participantes en el incidente a medida que ellos lo van reconstruyendo. Acepta sus sentimientos y percepciones sin moralizar ni atacar. Aunque estas percepciones alterativas del incidente son aceptadas, el entrevistador puede sugerir percepciones alternativas para consideración de los interesados.

El proceso de la entrevista para luego a su fase de resolución, fase cuyo tono debe ser neutral, sin formular juicios. Muchos conflictos y enfrentamientos se resuelven en este punto del proceso de entrevista, y se lo da por terminado.

Sin embargo, si el problema no se resuelve el entrevistador puede ofrecer su visión de lo acontecido con respecto a la situación en que se encuentra el individuo (uno o más). Finalmente, los participantes y el entrevistador tratan de desarrollar un plan aceptable para afrontar el problema presente y otros similares en el futuro.

Varias y excelentes sugerencias sobre la conducta del entrevistador han sido ofrecidas por Brenner (1969)<sup>10</sup>:

. Ser cortés con el niño. Sino tiene control de las propias emociones no comenzar la entrevista.

. Sentarse, arrodillarse o estar de pie de modo tal que se mantenga el contacto visual con el individuo. Hablar con él

-----  
10 Cit.pos.Shea,1986,p.355.

y nunca para él.

. Cuando no se está seguro de la historia del incidente, investigarla. No conducir una entrevista basandose en informaciones o rumores de segunda o tercera mano.

. Hacer preguntas apropiadas para obtener un conocimiento suficiente del incidente. Pero no explorar áreas de motivación inconsciente limitando el uso de preguntas tipo "¿Por qué?".

. Escuchar al individuo y tratar de comprender su percepción del incidente.

. Alentar al individuo para hacer preguntas y contestar - las apropiadamente.

. Cuando el individuo sufre de aparente vergüenza y/o - culpabilidad como resultado de su conducta, tratar de reducir y minimizar estos sentimientos.

. Facilitar los esfuerzos del individuo por comunicarlo - lo que desea decir. Si tiene dificultades en tal sentido, ayudar - lo.

. Trabajar con cuidado y paciencia con el individuo para - desarrollar un plan de acción mutuamente aceptable para su puesta en práctica inmediata o futura.

2. Terapia de la realidad. Esta terapia recibe su nombre debido al énfasis que hace en la conducta y el mundo real, más que en la interpretación subjetiva, por un individuo, de sus sentimientos y pensamientos.

La terapia de la realidad depende de los esfuerzos cognoscitivos del paciente por verificar conscientemente sus actividades

y abandonar las racionalizaciones que sostienen la perturbación. Los principios subyacentes de la terapia de la realidad pueden resumirse en la versión de las tres Rs, osea: realidad, responsabilidad y recto y malo. Según Glasser(1965)<sup>11</sup> los trastornos emocionales evolucionan cuando un individuo es incapaz de satisfacer dos necesidades básicas: "la necesidad de ser apreciado y apreciar y la necesidad de sentir que somos valiosos para nosotros mismos y para los demás". Esta falla es ocasionada cuando el individuo no se comporta de manera realista, responsable y correcta. En otras palabras, la gente encuentra dificultad emocional cuando su conducta cae por debajo de estándares sociales aceptables, cuando sin cesar participa en conductas inmaduras, autocomplacientes, sin considerar los derechos de los demás y sin apreciar las consecuencias de su conducta.

Los problemas de conducta de los individuos trastornados estan relacionados con el más importante de los principios básicos de Glasser, la responsabilidad.

Responsabilidad es "la capacidad para satisfacer las propias necesidades, y hacerlo de una manera que no prive a otros de la capacidad para satisfacer las suyas"(Glasser,1965).<sup>12</sup> Toda persona trastornada emocionalmente es irresponsable; no son irresponsables porque estan enfermos, sino al contrario estan "enfermos" porque son irresponsables. Así mismo las personas perturbadas niegan la realidad del mundo que los rodea; niegan que ciertas conductas evoquen ciertas consecuencias, les guste o no. No puede excusárseles cuando ignoran la realidad y culpan de sus problemas a otras personas o a eventos externos.

La terapia de la realidad es el proceso por el cual se enseña a un individuo irresponsable a enfrentar la realidad existente, a desempeñarse responsablemente y, como resultado, a sa-

11 Cit.pos.Newcomer,1987,p.393.

12 Cit.pos.Newcomer,op.sit.p.394.

tisfacer sus necesidades personales. El terapeuta lo consigue mediante el compromiso con el paciente; debe mostrar que le importa bastante la persona para confrontarla cuando el individuo es irresponsable y trabaja para fortalecer su capacidad para efectuar decisiones racionales. Cuando las técnicas de la terapia de la realidad se aplican a niños, la metodología es relativamente simple. El maestro-terapeuta intenta hacer que el niño efectúe un juicio de valor en cuanto a su conducta y sugerir una alternativa benéfica más realista. Una vez que el niño realiza un juicio de valor y compromiso para cambiar, no se acepta excusa alguna por no proseguir en su objetivo. Esta disciplina, hace que el niño afronte las consecuencias de la conducta, es crítica para el éxito del programa. Para comprometer al niño en el trabajo tendente a la conducta mejorada, el maestro responde al mal comportamiento con dos preguntas clave: "¿Qué haces?", seguido por "¿Tu conducta es provechosa para ti o los demás?" debe notarse que el maestro nunca pregunta "¿Por qué haces eso?" Esa pregunta es impertinente, las respuestas a los "porques" por lo regular son justificaciones para el comportamiento y deben evitarse.

Si el niño responde honradamente a las dos primeras preguntas, el maestro-terapeuta pregunta: "¿Qué podrías hacer de manera diferente?" Así, se pone al niño en un papel de toma de decisiones con respecto a su conducta y se le ayuda a que aprenda a ser responsable. Si el niño no puede hacer un juicio de valor exacto respecto a la conducta, es decir, si cree que ésta es aceptable, no puede ser cambiado y el maestro no debe decirle lo que se está haciendo mal. Simplemente debe sufrir las consecuencias sociales del mal comportamiento. Algo muy importante es que no debe efectuarse ninguna tentativa por ajustar esas consecuencias. Sin embargo, debe pedirse repetidamente al niño un juicio de valor hasta que pueda reconocer las ventajas de una evaluación honesta de su actividad.

Si el niño no puede elegir una mejor vía de conducta, el

maestro debe ofrecer alternativas. Sin embargo, debe elegir la vía real a la cual aspirar. Por ejemplo, el niño que pelea constantemente en el recreo no puede estar en posibilidades de formular un plan que lo ayuda a controlar esta conducta. El maestro puede sugerir opciones como la de ir al recreo pero abandonando el patio cuando sentimientos de enojo comienzan a desarrollarse, o permanecer en el interior ayudando en algunas cosas o realizando otras actividades; el niño debe elegir la vía de acción preferida y, al hacerlo, aceptar la responsabilidad para evitar peleas.

Si el niño, después de establecer un compromiso para mejorar, deja de cumplirlo, debe aceptar las consecuencias reales. El niño que consciente en participar en actividades de recreo hasta que se sienta enojado, pero otra vez pelea en el patio, ha dejado de cumplir el compromiso. Puede ofrecer excusas, (v.g. que fue atacado por alguien, que alguien le pegó con una pelota, o que se le olvidó no pelear) aunque sean ciertas, ninguna es aceptable. La disciplina resultante—restricción del recreo por un día—debe ser impuesta al niño nunca desarrollar los controles asimilados para aceptar la responsabilidad de su conducta personal.

Estos sencillos procedimientos son proclamados en el establecimiento de una relación afectuosa, sustentadora, entre el niño y el maestro-terapeuta; es esencial que el niño reconozca que la disciplina no acarrea apatía, y que de hecho el maestro-terapeuta impone disciplina porque le importa mucho que el niño quiera cambiar. De este modo, el maestro-terapeuta debe renunciar al lujo de sentirse indignado o enojado cuando el niño deja de cumplir un compromiso. El niño es envuelto en un penoso proceso de nuevo aprendizaje que no puede ofrecer buenos resultados si no está seguro de la consideración positiva del maestro-terapeuta.

La terapia de la realidad debido a su naturaleza sobre todo verbal, tiene quizá su uso preferente en niños y adolescentes



ya capaces de realizar transacciones verbales significativas con un docente.

b) Artes expresivas.

Las artes expresivas son actividades que estimulan y permiten a los niños con trastornos emocionales expresar sus sentimientos y emociones en actividades creativas con un mínimo de restricciones.

Todos los seres humanos, especialmente los niños, de acuerdo con la teoría psicodinámica, tienen sentimientos y emociones que deben expresarse de algún modo para que su salud mental se mantenga o se desarrolle. Los sentimientos y emociones de un niño, positivos y negativos, pueden expresarse verbal o físicamente. Con frecuencia los sujetos expresan inconscientemente sus sentimientos y emociones de modo socialmente inaceptable. Esto puede ocasionar conflictos con los padres, maestros y compañeros; que ejercen un efecto negativo en el autoconcepto del individuo discapacitado.

Para un niño las artes expresivas, utilizadas en un ambiente apropiado y bajo guía competente, pueden ser un medio aceptable, legítimo, de expresar sentimientos y emociones positivas y negativos. Como adultos, reducimos nuestro stress y frustraciones personales en los intercambios verbales con amigos y parientes con quienes confiamos, o por medio de aficiones o intereses, que pueden ser juegos, proyectos, viajes, deportes, vacaciones, etc. Para el niño con problemas emocionales, generalmente menos capaz de comunicarse verbalmente y menos dueño de controlar su modo de vida personal, las artes expresivas son una oportunidad para reducir, a su vez sus stresses y frustraciones sin peligro de conflictos.

Las artes expresivas pueden brindar muchos beneficios al

niño; no sólo en el dominio afectivo sino también por su misma naturaleza, variados beneficios en el aprendizaje cognoscitivo y psicomotriz.

Si las artes se utilizan como técnicas de tratamiento de transtornos emocionales el niño debe contar con diversas oportunidades para encontrarse su medio de expresión; también debe recibir oportunidades consistentes y repetidas de expresar sus sentimientos y emociones por el medio que haya elegido para ello.

Cheney y Morse (1972)<sup>13</sup> han resumido el valor de las artes expresivas para niños con perturbaciones emocionales con estas palabras:

"Este grupo de intervenciones respalda y desarrolla las capacidades expresivas del niño. Estas técnicas sirven para inmovilizar los recursos internos del niño de muchas maneras: facilitan su participación por medio de la actividad en lugar de favorecer el retiro y ensimismamiento; proveen canales aceptables de liberación catártica; sirven como medio para exteriorizar los conflictos del niño y comunicarlos a otros; los que sienten acerca de ellos (de los conflictos), (aunque tanto la señal como la respuesta puedan ser no verbales, no conscientes y no formuladas); muchos de los medios expresivos parecen contener inherentes cualidades "terapéuticas". Para niños con inhibiciones verbales - todo el 'lenguaje' puede ser no verbal".

Axline (1947)<sup>14</sup> presentó ocho principios básicos para esta intervención terapéutica en particular. Dichos principios, que parecen ser aplicables, en general a todas las intervenciones que utilizan las artes expresivas, son los siguientes:

-----  
13 Cit. pos. Shea, 1986, p. 361

14 Ibid.

i) El terapeuta debe desarrollar una relación cálida y amistosa con el niño, en la que la comunicación positiva se establezca lo más pronto posible.

ii) El terapeuta acepta al niño exactamente tal como es.

iii) El terapeuta establece un sentimiento de permisividad en la relación, para que el niño se sienta en libertad de expresar por completo sus sentimientos.

iv) El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que el niño está expresando y vuelve a reflejarlos de modo tal que pueda conocer mejor las causas de sus conductas.

v) El terapeuta mantiene un profundo respeto por la capacidad del niño para resolver sus propios problemas, si se le da la oportunidad de hacerlo. La responsabilidad de elegir y de instituir cambios pertenece al niño.

vi) El terapeuta no trata de dirigir en modo alguno los actos en las conversaciones del niño. Este último muestra el camino y el terapeuta lo sigue.

vii) El terapeuta no trata de acelerar su terapia. Se trata de un proceso gradual reconocido como tal por el terapeuta.

viii) El terapeuta establece únicamente las limitaciones que son necesarias para fijar la terapia al mundo de la realidad y dar conciencia al niño de su responsabilidad en la relación.

Estos principios deben ser cumplidos por el terapeuta con sinceridad, consistencia e inteligencia. Aunque los ocho principios fueron propuestos para terapeutas especialmente, son aplicables por el educador; con una posible excepción, esta se refiere a el principio iv, que dice: "...y vuelve a reflejarlos...". La habilidad en el arte de volver a reflejar sentimientos a un individuo en la terapia no directiva requiere capacitación

y experiencia bajo supervisión. La mayoría de los educadores no están capacitados en esta habilidad.

Aunque son aconsejables algunas limitaciones y cierto de estructuración en la aplicación terapéutica de las artes expresivas, en lo referente a tiempo, lugar, medios y extremos de conducta, no deben prescribirse las actividades del niño. Se lo alienta para que se exprese tal como desea, no como su terapeuta o maestro lo desea.

Ginott (1959)<sup>15</sup> sugirió la siguiente base racional para fijar límites durante la terapia de juego:

i) Los límites dirigen la catarsis a lo largo de canales simbólicos.

ii) Los límites permiten al terapeuta mantener actitudes de aceptación, empatía y consideración hacia el niño durante todo el contacto terapéutico.

iii) Los límites aseguran la seguridad física del niño y del terapeuta en la sala de juegos.

iv) Los límites refuerzan los controles del ego.

v) Algunos límites se fijan por razones legales, éticas y de aceptabilidad social.

vi) Algunos límites se fijan debido a razones de presupuesto".

1. Terapia de juego y juego libre. La terapia de juego -

---

15 Cit.pos.Shea,1986,p.362.

es de difícil, sino imposible iniciación en el aula común, debido a: i) las restricciones inherentes al marco de la clase; ii) el rol tradicional del maestro y iii) la falta de capacitación de este último en psicoterapia, especialmente terapia de juego. Sin embargo, las oportunidades de juego libre que aplican mucho de los ocho principios de la terapia de juego presentados por Axile pueden ponerse al alcance del grupo escolar.

Las sesiones de juego libre pueden ser para individuos o grupos. Si el programa de juego libre es obra del maestro, las sesiones son regulares. Los materiales y equipos de juego a elegir por el maestro se ubican en un área del aula destinada al juego libre.

Los materiales y equipos usados en el juego libre deben ser objetos básicos o "primitivos" que el niño o grupo pueda usar para crear un ambiente y expresar sentimientos y emociones.

En una sesión de juego libre se invita al niño a jugar con cualquier material que elija dentro del área destinada para ellos. Se le estimula para que haga la elección que más le interese. La actividad está restringida únicamente por los límites conductuales de seguridad ya mencionados. El rol del maestro es el de no participante-observador y facilitador de actividades.

2. Títeres. Frecuentemente las marionetas, muñecos o títeres son el medio que ayuda a niños con perturbaciones a expresar libremente sus sentimientos y emociones a sus padres, maestros y compañeros. Muchos niños que no quieren o no pueden comunicarse directamente con los demás lo hacen por medio de este recurso.

Muchos programas de desarrollo del lenguaje y educación afectiva han incluido con éxito a las marionetas. Quizas el ni

ño se sienta seguro y a salvo en este mundo, con títeres que -- puede mover y manejar para satisfacer sus necesidades y humores del momento.

No son indispensables los muñecos y escenarios modernos o de avanzada; simples marionetas o títeres manuales, a menudo -- obra de los mismos niños y que pueden convertirse en su posesión personal o serlo desde antes, son los más eficaces.

Los niños disfrutan no sólo jugando espontáneamente con -- los muñecos sino también creando y poniendo escenas espectácu-- los de títeres para sus maestros, consejeros y compañeros.

Los niños que no participan directamente en estos espec-- táculos pueden igualmente beneficiarse con esta actividad res -- pondeando y conversando con los muñecos movidos por un maestro o compañero.

3. Roles y psicodramas El desempeño de roles y el psico-- dramason intervenciones terapéuticas potencialmente valiosas para uso en niños con trastornos emocionales de conducta. El -- psicodrama fue originalmente desarrollado con fines terapéuti-- cos por Moreno (1946).

El desempeño de roles puede ayudar a un individuo a aclara-- rar sus sentimientos y emociones en su relación con la realidad existente de tres maneras:

. Puede enfocar sucesos reales. Un incidente puede ser re-- producido intruyendo a los participantes para que presten aten-- ción a los sentimientos que les despierta, o puede reproducirse un incidente con los participantes cambiando de roles y presta-- do atención a los sentimientos que ellos les provocan. Puede -- instruirse a un individuo para que mediante un soliloquio recree un evento de carga emocional. Aquí se pondría énfasis en la ex-- presión de sentimientos ocultos o reprimidos cuando se produjo

realmente el suceso.

. Puede enfocar a otras personas significativas. El individuo puede representarse a una persona importante en su vida por la que abriga sentimientos antagónicos y contradictorios.

. Puede enfocar procesos y sentimientos pertenecientes a nuevas situaciones. Las directivas para este tipo de rol puede ser muy específicas, dotando a los participantes de personajes y acciones especiales, o bien pueden ser vagas, permitiendo que los participantes formen sus propios personajes.

Los roles y el psicodrama son técnicas cuyo propósito principal es el aprendizaje de valores y normas.

4. Música. Se acepta como un hecho que casi todos los seres humanos son afectados por la música. En la sociedad de hoy estamos expuestos a músicas que modifican nuestro estado de ánimo en restaurantes, fábricas, supermercados, grandes tiendas, bancos y demás. Presumiblemente esta música tiene algún efecto en nuestros hábitos de desembolso y ahorro.

La música se aplica como intervención terapéutica para niños con trastornos emocionales de varias maneras diferentes:

. Los niños gustan oír música mientras descansan o realizan actividades tranquilas.

. La música es un buen medio para reducir los niveles de excitación después de actividades muy interesantes y agotadoras.

. Aunque no todos los niños pueden aprender a tocar algún instrumento, la mayoría sí puede aprender a cantar y a participar con placer en una banda rítmica.

5. Movimiento creativo y danza. Como intervenciones terapa

péuticas, el movimiento creativo y la danza pueden ayudar al niño transtornado a expresar sus sentimientos y emociones de un modo aceptable. Esto puede lograrse de muchos modos, por ejemplo imitando la naturaleza o a los animales o expresando sentimientos ajenos o personales, en diversas circunstancias. Con el movimiento creativo el individuo puede expresar sus sentimientos y emociones pasadas, presentes y hasta futuras. Estas actividades lo orientan para que exteriorice sus sentimientos y comience a afrontarlos.

Las actividades de movimiento pueden hacerse con música o sin ella. A veces son útiles en sesiones grupales las voces, palmadas rítmicas, golpes con los pies, sonidos ambientales e instrumentos de percusión.

6. Palabra escrita. Pocos estudios se han realizado acerca del valor o beneficio terapéutico de la escritura para los niños "especiales", aunque se ha demostrado repetidamente que la escritura es una útil intervención terapéutica para los adultos.

Parece lógico pensar que los niños puedan expresar sus sentimientos y emociones en la comunicación escrita. Por la escritura y a veces compartiendo con otros lo que se ha escrito, es posible exteriorizar conflictos y frustraciones personales.

La escritura para beneficios terapéuticos no atiende a las formas en particular sino particularmente al contenido. Los tipos de escritos pueden ser de poesía, cuentos, ensayos, artículos, libros, diarios íntimos, argumentos de dibujos animados, etc.

7. La palabra hablada. Aunque muchos niños no están emocionalmente ni por su desarrollo preparados para someterse a psicoterapia verbal formalizada, muchas veces gustan y aprovechan la comunicación verbal. Especialmente en campamentos, se ha comprobado que los niños exteriorizan y comienzan a afrontar sus sentimientos y emociones por medio de las comunicaciones



verbales, que pueden tomar la forma de sesiones grupales de narración de cuentos, o de conversaciones y discusiones informales con los consejeros.

8. Artes bidimensionales. Todas las producciones bidimensionales, desde los garabatos del niño menor hasta los dibujos y pinturas realistas del adolescente, pueden percibirse como expresión del propio ser.

Todos los niños, especialmente los que tienen trastornos emocionales, deben tener muchas oportunidades de expresar sus sentimientos y emociones en las artes bidimensionales. Sus producciones pueden incluir pintura con los dedos, dibujos a lápiz, acuarelas, óleos, témperas, etc.

Los docentes deben recordar que sus percepciones personales de la forma y contenido de la producción artística del niño son secundarias. El elemento importante es lo que el niño percibe siente y exterioriza.

9. Artes tridimensionales. Aunque con fines prácticos las artes tridimensionales son algo más limitadas que las bidimensionales en su uso escolar, debido a la misma índole de los materiales y equipos necesarios; de todos modos son valiosas técnicas terapéuticas.

En las formas artísticas tridimensionales el niño o joven puede exteriorizar sus sentimientos y emociones mediante plastilina, arcilla, yeso, arena, madera y otros materiales. Los proyectos de artes manuales (o manualidades) se incluyen también como intervenciones terapéuticas potenciales.

El éxito de las artes tridimensionales como técnicas terapéuticas depende en gran parte de la disponibilidad de materiales y equipos.

10. Otras técnicas Terapéuticas. Otras técnicas terapéuticas que parecen beneficiosas para uso con niños con trastornos emocionales incluyen el estudio de la naturaleza, campamentos, juegos de mesa y al aire libre, así como diversos deportes. --- Cualquiera de estas actividades puede ayudar al individuo inhibido a exteriorizar sus sentimientos y emociones.

Los niños mayores y adolescentes pueden recibir beneficios terapéuticos de su participación en proyectos comunitarios y escolares. Esto se cumple particularmente si los proyectos son elegidos por los individuos participantes y se llevan a cabo con un mínimo de límites externos.

#### D) Conclusión

Se podrá comprender fácilmente que la amplitud y profundidad de las intervenciones terapéuticas psicodinámicas, ambientales y conductuales no pueden presentarse en un sólo capítulo. Aunque no abunda la evidencia de investigación evaluativa, estas intervenciones parecen estar limitadas únicamente por las necesidades y deseos del niño, y por la iniciativa y creatividad -- del docente u otro profesional de salud mental.

Entre las diversas terapias discutidas, tres pueden ser consideradas como metodologías completas y pueden emplearse en forma independiente. Estas son: la terapia conductual, la entrevista del espacio vital y la terapia de la realidad.

Las otras técnicas restantes: la del juego, de las artes del drama, etc., son presentadas como técnicas auxiliares que deben emplearse en conjunción con cualesquiera de las metodologías completas. Por ejemplo, las sesiones de terapia del arte o de la música podrían integrarse en un salón de clase orientado conductualmente para establecer la comunicación con niños retraídos o ansiosos.

Aunque se haya expresado antes, vale la pena reiterar que todos los enfoques terapéuticos se conciben para alterar la conducta. Algunas terapias tienden a abogar por vías más directas hacia el cambio que otras. Sin embargo la meta del terapeuta referente a la terapia, es decir, lo que quiere lograr refleja el grado en que se asume un papel directivo o no directivo a lo largo de la intervención.

Las edades óptimas para el uso de cada enfoque caen dentro del orden de los 3 a 16 años. Esta escala de edades no pretende límites absolutos para el empleo de cada aproximación; las edades siguientes son simplemente una sugerencia de los periodos de edad en que pueden ser más eficaces intervenciones específicas.

Terapia conductual, de los 3 a los 14 años, para personas de mayor edad deben llevarse a efecto con estrategias para modificar operaciones cognoscitivas.

Las técnicas de la entrevista del espacio vital y de la realidad funcionan mejor cuando el niño posee la madurez y el desarrollo necesario para controlar sus impulsos y discutir la conducta. Puesto que no necesita tratar con situaciones abstractas de pensamiento, sino con circunstancias y eventos concretos el niño puede responder con eficacia a partir de los 7 u 8 años.

En la técnica del psicodrama podría aplicarse un poco antes a los 6 o 7 años; al igual que los títeres y la música. La técnica del juego libre, es básicamente para niños pequeños entre los 3 y 8 años, pero ciertas aplicaciones a través de juegos de destrezas y deportes pueden emplearse con niños de mayor edad.

Las técnicas del arte y de la danza pueden ser empleadas desde los 3 o 4 años. La de la palabra hablada y escrita desde los 7 u 8 años.

Huelga aclarar que aunque se haya sugerido el empleo conjunto de técnicas auxiliares en conjunción con alguna de las -- intervenciones más completas, no se pretende transmitir la im-- presión de que son lo mismo y que sólo cambia el nombre; como ya se señalara a lo largo de los capítulos anteriores, la mayoría de ellas reflejan diferentes orientaciones teóricas y se distin-- guen en el énfasis sobre la manera más eficaz de influir o cam-- biar la conducta humana. Sin embargo con excepción de la tera-- pia conductual, hay escasa evidencia empírica referente a la -- eficacia de diversos enfoques: de este modo, los maestros están justificados por emprender cierto grado de experimentación dentro del salón de clases. Asimismo, el maestro por necesidad, está y tiene derechos a ser pragmático, mucho más interesado en encon-- trar estrategias para trabajar con sus niños en particular, que en adoptar algún enfoque específico para la solución de problemas emocionales. Entre más posibilidades haya disponibles, más fir-- me será la posición del maestro. por último hay tres categorías de consideración que deben influir en los tipos de estrategias de intervención practicadas. Estas comprenden las variables del maestro, del estudiante y las ambientales.

Las variables del maestro comprenden todas las fuerzas -- personales que afectan la conducta del individuo, valores, sen-- timientos, ideas, etc. Obviamente, estas fuerzas determinan en gran medida que tipos de intervenciones serán elegidas para el terapeuta-maestro.

Las variables del estudiante en general son todas las ca-- racterísticas pertinentes del niño, desde la edad e intelligen-- cia hasta los niveles de logro académico y el tipo de severidad del transtorno emocional.

La categoría de variables ambientales incluye condiciones relacionadas con la escuela, como son los reglamentos de la mis-- ma, las actitudes de los administradores, y la asignación del --

maestro, así como condiciones relacionadas con el hogar, como por ejemplo la actitud de los padres. Cabe mencionar que las influencias paternas constituyen un aspecto importante en las variables ambientales que pasan en la elección de las técnicas terapéuticas empleadas en el aula. A menos que los padres del estudiante comprendan y apoyen el uso de técnicas terapéuticas específicas con sus hijos, pueden adoptar una actitud adversa hacia los esfuerzos del maestro. Este tipo de mal entendidos puede evitarse por medio de frecuentes conferencias con el padre, durante las cuales se le explican los elementos del programa escolar. Cuando, a pesar de minuciosas explicaciones, los padres siguen insistiendo en que ciertas técnicas no deben ser empleadas con sus hijos, el maestro debe respetar su decisión. Aunque pueden estar mal aconsejados, su oposición seguramente habrá de arruinar el programa del maestro o irá en detrimento del niño.

Aún queda por mencionar un punto respecto a la elección de intervenciones terapéuticas; existe el hecho de que, por algunas circunstancias (diversas), ciertas personas responden mejor a algunas técnicas cuando son practicadas por ciertos terapeutas. Es decir, la terapia es una tríada interactiva: sujeto, técnica, terapeuta. La resolución de los problemas emocionales es el producto de esos tres componentes interactivos. Por consiguiente en virtud de la diferencial sujeto, la resolución debe diferenciarse en cada caso específico, aun cuando el terapeuta y la técnica se mantengan constantes.

En caso donde el resultado de la interacción no es lo deseado, el maestro mantiene la opción de modificar la técnica.

## VI. CONCLUSIONES

Aunque los antecedentes del niño que sufre un trastorno emocional son siempre especiales, se advierten temas que son comunes a todos los casos. Primero, la mayoría procede de familias donde uno o ambos progenitores sufren serios problemas emocionales. Sea como sea, si los estudiantes fueron creados en hogares que se caracterizan por riñas entre los esposos, modelación de poca tolerancia a la frustración, violencia verbal y física, socialización basada en amenazas y castigos tenderán a desconfiar de los adultos en general y de las figuras de autoridad en particular. Lo más probable es que hayan adquirido tendencias antisociales y no puedan darse cuenta de ello -es decir sean inconsistentes- y no sepan dominarse así mismos.

Una línea diferente de desarrollo se manifiesta por ciclos de fracaso, sentimientos de inadecuación y esfuerzos por compensar o encubrir las deficiencias mediante la externalización. Casos siempre esta clase de indisciplina queda confinada a situaciones escolares; normalmente los problemas surgen cuando el estudiante cursa los primeros grados y es víctima del rechazo y de constantes reproches (a veces reales, pero generalmente imaginarios) por razón de su deficiente rendimiento escolar. Este tipo de alumnos a menudo adquieren rígidos autoconceptos de una irremediable inadecuación frente a las tareas académicas.

Los niños con trastorno emocional, la mayoría de las veces al mostrarse siempre como ineptos, alienados, condicionan al maestro para que los juzgue y los trate como si realmente lo fuesen. Muchas veces los maestros pierden la esperanza de corregir a los estudiantes que manifiestan evasividad, indiferencia, impulsividad, aislamiento en su mundo de fantasía o absoluta seguridad de decir o hacer cosas inadecuadas si responden a las preguntas.

Los estudiantes que sufren de esta modalidad, pero sin estar mostrando conductas activamente agresivas, suelen pasar inadvertidos ante el maestro, posiblemente vayan aislándose más y se sientan más deprimidos, si el maestro no procura intervenir. Es decir, sino modifica la conducta y la opinión de sí mismo -que tiene el niño-; para lograrlo lo primero es ayudarles a aprender y admitir que son capaces de aprender.

Algunos niños se muestran hostiles e indisciplinados cuando se consideran inadecuados; y estas dos dimensiones se refuerzan si reciben un premio; a menudo se dan cuenta de que se salen con la suya valiéndose de berrinches.

Los niños que no reciben suficiente atención y respecto de sus padres, maestros o compañeros se esfuerzan por conseguirla - mediante payasadas o desorden.

Sobre el papel del maestro, es necesario decir que muchos problemas pueden resolverse sin que se conozca a fondo su origen; casi siempre en estas situaciones, es más importante saber cómo tratar a las personas, su personalidad actual que investigar su pasado. Por dos razones que justifican la necesidad de subrayar este punto.

Primero, se tiende a citar el ambiente inadecuado familiar con objeto de "explicar" el trastorno emocional y justificar la imposibilidad de remedio. (¿Cómo podrá un maestro ayudar a un niño que durante 10 años ha vivido en un hogar problemático y con muchas carencias?). Es verdad que, cuanto más intenso sea el trastorno emocional y más tiempo haya durado, habrá mayores dificultades para curarlo; pero ello no significa que se trate de un caso perdido.

Huelga decir que al plantear la idea del maestro como terapeuta, que resuelva cierto tipo de conflictos emocionales, no in

valida que en caso necesario pueda incluso, enviarlo a que reciba atención de especialistas en salud mental, después de que el ha realizado una identificación o diagnóstico del trastorno del niño, el cual muestre que amerita una atención especial.

Segundo, la teoría psicoanalítica en los inicios de este movimiento, dejó su influencia en los maestros: frecuentemente piensan que la psicoterapia es la solución de la indisciplina escolar, que forma parte de un patrón general de mala conducta; en otras palabras que las conductas inadecuadas del niño son provocadas por trastornos emocionales, los cuales ellos "no pueden tratar".

Hasta cierto punto no están equivocados. Aunque quisieran, los maestros no deben tratar de realizar una psicoterapia general tendiente a resolver los problemas de ajuste global del niño. Por otra parte, también es cierto que deben hacer algo para ayudar a sus alumnos con trastornos emocionales para impedir el desorden en la clase, si es que quieren crear un ambiente propicio para el aprendizaje, y lograr un mejor desarrollo integral de sus alumnos.

Como se muestra a lo largo de este trabajo el maestro se encuentra en posibilidades de actuar como terapeuta, promoviendo la integración de los niños con trastornos emocionales leves o moderados en la escuela primaria, a través de la implementación de diferentes técnicas para los casos específicos.

La teoría de la modificación de conducta, los métodos de orientación y la terapia de apoyo son fuentes naturales que sirven para elaborar técnicas destinadas a los maestros en esta labor de ayuda a los niños con trastorno emocional. Es cierto que los primeros intentos en este campo no proporcionaron muy buenos resultados. Ello se debió a que se quiso emplear métodos útiles en escenarios y con personal especializado. Pero a medi-



da que la orientación y las técnicas de terapia se diversificaron aparecieron nuevas técnicas de tendencia más humanista y conductual; es cierto tal vez más limitadas, pero más individualizadas y de efectos inmediatos, relativamente. Muchas de las cuales se prestan a una buena aplicación en el aula.

Es cierto que estas técnicas poseen un objetivo menos ambicioso que el de otros métodos terapéuticos que parecen emprender una reconstitución total del individuo. Sin embargo; sino podemos aspirar a una reconstrucción de la personalidad, podemos modificar las conductas y emociones indeseables en forma específica, en el contexto escolar. Esta aspiración más modesta puede ser no solo más realista; sino también lo único que se requiere que haga el maestro para proporcionar la oportunidad de integrarse al ambiente escolar común al niño con trastorno emocional leve o moderado.

Se necesitan servicios que estén más cerca de la situación de vida real del niño que los que permiten el modelo clínico.

Aunque en este escrito no se trata directamente el aspecto académico; cabe aclarar que una de las principales características de los niños emocionalmente trastornados es el fracaso escolar. Algunos niños se encuentran tan perturbados a causa de una variedad de problemas de desarrollo, biofísicos y/o adquiridos, que simplemente no pueden asimilar las materias en un escenario escolar típico. Empero, muchos otros niños muestran crecientes síntomas de perturbación emocional a medida que avanzan en su carrera escolar, por que no pueden tener éxito en la escuela. Esencialmente estos niños podrían permanecer bien adaptados, sino fuera por la frustración experimentada en dicho sitio. A la luz de este hecho, se ha vuelto aparente que la instrucción individualizada es un tratamiento importante para mejorar los conceptos que los niños tienen sobre sí mismos y promover su bienestar emocional general. La instrucción individualizada im

plica el adaptar actividades instruccionales al nivel de aptitud del niño, presentar tareas académicas en pasos breves y sucesivos, así como emplear recordatorios consistentes del progreso académico.

Obviamente, el papel del maestro es de importancia primordial en el manejo eficaz de niños emocionalmente trastornados; por lo que requiere:

Enseñar la materia académica tan pronto como sea posible.

Utilizar tareas concretas.

Enterarse del nivel de desarrollo de cada niño.

Otorgar una retroalimentación inmediata.

Ordenar una serie el logro de las tareas.

Permitir una acrecentada libertad de elección a medida que el niño progresa.

Ser consistente.

Modificar el logro de las tareas (ajustarlas).

Hacer cumplir los requerimientos de trabajo.

Preparar consecuencias que eviten el castigo.

Limitar las verbalizaciones.

No pasar por alto el mal comportamiento significativo.

Cuidar que se haga el trabajo omitido.

Realizar un seguimiento de la conducta del niño.

El conocimiento sobre la mente del hombre, sus emociones y pensamientos, aún no ha sido esclarecido totalmente, por ninguna teoría hasta nuestros días. Por lo que al hablar de los trastornos emocionales de los niños no podemos decir que hay una sola causa, por el contrario hay múltiples eventos causales y que provocan diversas alteraciones que no pueden ser ni explicadas, ni tratadas por una sola terapia, llámese psicodinámica, conductual o ambiental, etc.

Por tal motivo se plantea la aplicación de diferentes tera-

pías en la búsqueda de la integración del niño con trastornos - emocionales en la escuela primaria común, dependiendo del tipo- de trastorno, su dinámica; así como la dinámica en evolución del niño que lo sufre.

Los trastornos emocionales al margen de un condicionamiento biológico, son un proceso que encuentra su sentido en el contexto de las relaciones (seno de la familia, en el de la escuela y en el de la sociedad.)

## BIBLIOGRAFIA

- Ardila, Rubén                      Psicología del aprendizaje, Ed. siglo - XXI, México, 1981.
- Bernstein & nietzel.                Introducción a la Psicología Clínica.- McGraw Hill, México, 1982.
- Bleger, José                        Psicología de la Conducta, Ed. Paidos- Buenos Aires, 1984.
- Bricklin, B & Bricklin P.            Causas Psicológicas del bajo rendimiento escolar. Pax- México, Librería Carlos Cesarman.- S. A. México, 1981.
- Chiaradia J.A. & Turner, M.        Los trastornos del aprendizaje. Ed. - Paidos, buenos Aires, 1978.
- Clarizio, H. & McCoy, G.            Trastornos de las conductas en el niño. Ed. Manual Moderno, México, 1981.
- De Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D.                              Manual de Psicopatología del niño. Ed. Masson, México, 1984.
- Dolto, Françoise.                    Psicoanálisis y Pediatría. Ed. Siglo - XXI, México, 1981.
- Freud, Sigmund.                      Esquema del Psicoanálisis. Ed. Paidos, México, 1988.
- Fromm, Enrich.                        Anatomía de la destructividad humana.- Siglo XXI, México, 1983.

- Lebovici, Serge & Soulé, M. El conocimiento del niño a través del Psicoanálisis. Fondo de Cultura, México, 1986.
- Newcomer, Phyllis. Como enseñar a los niños perturbados.- Fondo de Cultura, México, 1987.
- Sarason, G. Irwin. Psicología Anormal. Ed: Trillas, México, 1975.
- Shea, Tomas. M. La enseñanza en niños y adolescentes con problemas de conducta. Médico Pa-  
namericana, Buenos Aires, 1986.
- Ullman, P. Leonard & Krasner, L. A. Psychological approach to abnormal behavior. Prentice-Hall. Inc. New Jersey, 1975.
- Ulrich, Roger, et. al. et. al. Control de la conducta humana. Modificación de conducta aplicada al campo de la educación. Vol. 3, Ed. Trillas, México, 1979.