

**INTERVENCIÓN CLÍNICA TENDIENTE A ELEVAR FACTORES PROTECTORES
PARA LA DISMINUCIÓN DE PROBLEMAS CONDUCTUALES SOCIALES EN
ADOLESCENTES DEL GRADO SÉPTIMO DEL COLEGIO INTEGRADO MESA DE
JERIDAS DEL MUNICIPIO DE LA MESA DE LOS SANTOS EN SANTANDER.**

Psi. PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Bucaramanga, Abril de 2010.**

Intervención clínica tendiente a elevar factores protectores para la disminución de problemas conductuales sociales en adolescentes del grado séptimo del colegio integrado mesa de jerdas del municipio de la Mesa de los Santos en santander.

Proyecto de grado presentado por:

PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

para optar al título de Especialista en Psicología clínica

Director de proyecto:

ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ

Doctora en Psicología Clínica y de la Salud

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Bucaramanga, Abril de 2010.

DEDICATORIA

Camilita, este trabajo va dedicado a ti.
Muchas experiencias me han transformado a lo largo de mi vida, pero ninguna ha
logrado hacer en mi lo que tu has hecho.

Desde que te conocí mi vida es más maravillosa y junto a ti todo ha cobrado un
nuevo sentido.

Te amo.

AGRADECIMIENTO

*Un agradecimiento especial a María Cecilia Santos coordinadora del Colegio Mesa de Jéridas
por su apoyo y permanente confianza.*

A la comunidad educativa Jeridiana por su acogida y receptividad.

*A la Dra. Ana Fernanda por su permanente acompañamiento, humanidad ímpetu y estímulos que
lograron que finalizara este proceso antes de lo planeado.*

A mi mami por tantas salidas antes de tiempo. Por su amor, comprensión y ayuda constante.

*A la comunidad educativa del Colegio San Laureano por quienes mi trabajo cada día me llena
de todas las satisfacciones. A cada uno de los niños y niñas porque con ellos las 12 horas de
trabajo se pasan como minutos. Ellos constantemente me reafirman que estoy en el lugar
indicado.*

*A mi esposo Fabián que se ilusiona con cada uno de mis logros. Sus conocimientos y
perspectivas siempre son un valioso complemento. Por su amor consentidor y su ternura que me
impulsan a volar más alto.*

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	IV
TABLA DE CONTENIDO.....	V
LISTA DE FIGURAS.....	VII
LISTA DE TABLAS.....	VIII
RESUMEN.....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN.....	11
OBJETIVOS.....	25
OBJETIVO GENERAL:.....	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	25
MÉTODO.....	26
PARTICIPANTES.....	26
INSTRUMENTOS.....	26
PROCEDIMIENTO.....	28
FASE DE VALORACIÓN INICIAL O DX:.....	28
FASE DE INTERVENCIÓN:.....	28
EVALUACIÓN DEL PROCESO:.....	28
FASE DE VALORACIÓN INICIAL O DX:.....	31
FASE DE INTERVENCIÓN:.....	31
EVALUACIÓN DEL PROCESO:.....	31
INTERVENCIÓN:.....	32
FASE DE VALORACIÓN INICIAL O DX:.....	33
FASE DE INTERVENCIÓN:.....	33
EVALUACIÓN DEL PROCESO:.....	33
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	54

CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	61
REFLEXIÓN FINAL SOBRE EL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXOS	79
ANEXO 1. EVALUACION DE DOCENTES PARA DIAGNOSTICO DE DIFICULTADES CONDUCTUALES.....	80
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELICTIVA DE SEISDEDOS. (1988):.....	84
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCION SOCIAL (Versión autoinforme).....	86
ANEXO 4. PRESENTACIÓN ESTUDIOS DE CASO CLÍNICO.....	89
Estudio de Caso Número 1	89
Estudio de Caso Número 2	101
Estudio de Caso Número 3	112
ANEXO 5. RESUMEN DE INTERVENCIÓN, GRUPO FOCAL ESTUDIANTES DE 7º GRADO .	124
ANEXO 6. TRABAJO PEDAGÓGICO CON DOCENTES FRENTE A CASOS DE HIPERACTIVIDAD	133
ANEXO 7. AGENDA DE TRABAJO CON DOCENTES FRENTE A CASOS DE HIPERACTIVIDAD	137
ANEXO 8: ENCUESTA APLICADA A DOCENTES PARA EVALUAR EL TRABAJO DESARROLLADO.....	138
ANEXO 9. EVALUACIÓN DEL PROCESO POR PARTE DEL DIRECTOR DE GRUPO DEL GRADO SÉPTIMO.....	140

LISTA DE FIGURAS

Gráfica 1: Medidas de la conducta antisocial en estudiantes de séptimo grado.....	35
Gráfica 2: Medias de la conducta delictiva en estudiantes de séptimo grado	35
Gráfica 3: de la conducta antisocial en estudiantes de noveno grado.	36
Gráfica 4: Medias de la conducta delictiva en estudiantes de noveno grado.	37
Gráfica 5: Comparativo de conducta antisocial en estudiantes de séptimo y noveno grado.....	38
Gráfica 6: Comparativo de conducta delictiva en estudiantes de séptimo y noveno grado	38
Gráfica 7: Puntuación en habilidades sociales en estudiantes de séptimo grado	39
Gráfica 8: Medida pre y post en habilidades sociales estudiantes de séptimo grado.	40

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Síntesis de intervención grupal con estudiantes:.....	41
Tabla 2: Síntesis de estudios de caso:	43

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TÍTULO: INTERVENCIÓN CLÍNICA TENDIENTE A ELEVAR FACTORES PROTECTORES PARA LA DISMINUCIÓN DE PROBLEMAS CONDUCTUALES SOCIALES EN ADOLESCENTES DEL GRADO SÉPTIMO DEL COLEGIO INTEGRADO MESA DE JERIDAS DEL MUNICIPIO DE LA MESA DE LOS SANTOS EN SANTANDER.*

AUTOR: PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

FACULTAD: ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA

DIRECTOR: ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ.**

RESUMEN

El objetivo principal de la práctica estuvo dirigido a evaluar factores de riesgo y protectores de la conducta antisocial y delictiva en adolescentes de séptimo y noveno grado de zona rural al igual que hacer intervención clínica individual. El trabajo grupal se desarrolló con 70 estudiantes, a los cuales se les aplicó cuestionario AD y cuestionario de interacción en habilidades sociales. Se focalizó la intervención en el grado séptimo y en distribución aleatoria el grupo fue dividido en dos subgrupos. La intervención se desarrolló en 10 sesiones de entrenamiento en habilidades sociales. Se hizo intervención clínica cognitivo- conductual en tres casos donde se desarrolló proceso evaluativo, diagnóstico, de intervención y seguimiento.

Los resultados mostraron que no todas las dificultades que se reportan de la población adolescente pueden ser consideradas disfuncionales; sin embargo, algunos de los desórdenes psicológicos tienen un continuo en el desarrollo y en esta etapa se agudizan síntomas que venían evidenciándose en etapas anteriores. Los factores dinámicos en las relaciones familiares y escolares son predictores confiables para distintos trastornos. El entrenamiento en habilidades sociales favorece la revisión de actitudes y pensamientos que dificultan la vida social claves para el ajuste del adolescente. Es necesario entender que la familia como agente primario de socialización del niño tiene una marcada influencia en los aprendizajes pero que la escuela también en su rol socializador tiene un compromiso ineludible de revisar dichos procesos y posibilitar alternativas relacionales. Entender los estilos pedagógicos y los tipos de vínculos que se establecen en dichos ambientes y que actúan como factores de riesgo es fundamental para promover mecanismos de protección tendientes a que problemáticas de aparición en la infancia no evolucionen a trastornos mentales severos en etapas siguientes de desarrollo.

Palabras clave: Factores Protectores, Factores de Riesgo, Conducta Antisocial, Conducta Delictiva, Estilos pedagógicos, Vínculos, Factores Dinámicos, Habilidades Sociales,

* Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Psicología Clínica.

** Doctora en Psicología Clínica y de la Salud.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

TITLE: CLINICAL INTERVENTION AIMED AT INCREASING PROTECTIVE FACTORS FOR REDUCING BEHAVIORAL AND SOCIAL PROBLEMS IN ADOLESCENTS IN SEVENTH GRADE AT COLEGIO INTEGRADO MESA DE JERIDAS, FROM MESA DE LOS SANTOS TOWN, IN SANTANDER.*

AUTHOR: PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

FACULTY: ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA

DIRECTOR: ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ.**

ABSTRACT

The main practice objective was directed to evaluate risk and protective factors for anti social and criminal behavior of seventh and ninth grade adolescents students in the rural area and likewise, make individual clinical intervention. Group work was conducted with seventy students, who answered the questionnaire AD and interaction on social skills questionnaire. The intervention was focused on seventh grade students and random distribution. The group was divided into two sub groups. The intervention was developed in 10 training sessions about social skills. It was cognitive-behavioral clinical intervention in three cases where the assessment process was developed, diagnosis and follow up intervention.

The results showed that not all the reported difficulties of adolescents can be considered dysfunctional; however, some of the psychological disorders have continuity in the development age and at this stage are exacerbated symptoms, which become evident in earlier stages. Dynamic factors in family and school relationships are reliable predictors for different disorders.

Social skills training help the revision of attitudes and thoughts that makes social life, which is a key factor in adolescent adjustment. It is necessary to understand that family is a primary agent in child socialization and has marked influence on learning processes, but the school, in its socialization role, has an unavoidable commitment to review these processes and enable relational alternatives. It is essential to understand the teaching styles and types of links established in such environments which act as risk factors to promote protection mechanisms designed to prevent problems occurring in childhood does not develop in severe mental disorders in the subsequent stages of development of the young.

Key words: protective factors, risk factors, anti social behavior, criminal behavior, teaching styles, links, dynamic factors, social skills.

* Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Psicología Clínica.

** Doctora en Psicología Clínica y de la Salud.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha cambiado mucho nuestra concepción de los problemas en la infancia y la adolescencia. Los hallazgos que ofrece la investigación y la clínica nos permiten considerar hoy de manera singular a estas poblaciones y desarrollar técnicas de evaluación y procesos de intervención acordes a las particularidades de estos grupos. La psicopatología infantil representa para la ciencia aplicada una preocupación social fundamental porque encontramos que la concurrencia de trastornos en estas edades es significativa. Las estimaciones generales de trastornos conductuales, emocionales y de desarrollo en los niños han ido desde el 14 hasta el 22 por 100, cuando consideramos a todos los niños (Brandenburg, Friedman y Silver, 1990) Se ha estimado también que perturbaciones más graves ocurren en un 8 a 10 por 100, aproximadamente en la población infantil (Offord et al 1987, Rutter, 1989) Estas estimaciones no incluyen un grupo importante de niños con características subclínicas o con problemas que no reciben un diagnóstico pero que sin embargo se convierten en población en alto grado de vulnerabilidad. Por otra parte; la investigación muestra, como muchos problemas de la infancia se convierten en continuidades a lo largo de la vida evolucionando hacia graves trastornos del comportamiento adulto. Estudios de seguimiento a niños con TDAH indican que cuando llegan a jóvenes, muchos de estos individuos siguen manifestando un TDAH y funcionan peor a nivel social, psicológico, académico y laboral en comparación con otros jóvenes (Barkley, 1997), Además, incluso cuando no está clara una patología diagnosticable en edades posteriores, los problemas de los niños durante periodos tempranos de desarrollo pueden tener un impacto negativo duradero sobre la

adaptación familiar, laboral y social posterior. Finalmente, algunas formas de psicopatología infantil (Por ejemplo el trastorno disocial) predicen en gran medida una serie de comportamientos negativos a nivel psicosocial, educacional y de salud en la adolescencia y en la vida adulta (Caspi y Moffitt, 1995)

Los trastornos infantiles se han considerado habitualmente como desviaciones que implican una reducción en el comportamiento adaptativo. Wakefield (1992) plantea que el estado de un niño es considerado trastorno solo si: 1. Provoca un deterioro o una privación de beneficios al niño, teniendo en cuenta las normas sociales 2 Es consecuencia del fallo de algún mecanismo interno para realizar su función. Garber (1984) ha señalado la importancia de cuatro parámetros críticos a la hora de considerar si un determinado comportamiento será etiquetado como desviado en relación a aspectos evolutivos propios de una etapa determinada: 1 La intensidad, que se refiere a si la magnitud del comportamiento es excesiva o deficiente; 2 La frecuencia, que se refiere a la gravedad de la conducta problema o a como a menudo ocurre o deja de ocurrir; 3 La duración, que se refiere a si las dificultades son transitorias y remiten de forma espontánea o si persisten a lo largo del tiempo, 4 El número de síntomas diferentes y su configuración.

La investigación en psicopatología infantil ha llevado a atender los factores de riesgo y protección relacionados con disfunciones en niños y adolescentes. Al hablar de factores de riesgo se hace referencia a aquellas características individuales y/o ambientales que aumentan la probabilidad de la aparición de determinado comportamiento o a un mantenimiento del mismo. Por el contrario, un factor de protección será una característica individual y/ o contextual que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del ejercicio y mantenimiento de las conductas adversas.

Queda claro, por tanto, que los factores de riesgo y protección no son más que los extremos de un continuo, y que un mismo factor será protector o de riesgo según el extremo de la escala en que esté situado. Así, por ejemplo, el rasgo impulsividad puede ser un factor de riesgo para las conductas antisociales cuando tiene un valor elevado en los individuos, mientras que sería un factor de protección cuando su valor es muy bajo.

La investigación ha identificado una serie de factores de protección y riesgo individuales, en relación con la familia y la comunidad estrechamente relacionados. Los factores de riesgo involucran situaciones de estrés agudo, pobreza, déficits en la atención de cuidadores, enfermedades mentales de los padres, descomposición familiar. Algunos de los factores de protección que se han identificado propios del niño son: Un fácil temperamento, estrategias tempranas de afrontamiento, elevada inteligencia, logros académicos, comunicación eficaz, habilidades para la solución de problemas, elevada autoestima y autoeficacia. A nivel familiar se han detectado los siguientes elementos protectores: Relación estrecha con al menos un familiar que comprende las necesidades del niño, educación positiva, disponibilidad de recursos, talento o afición valorada o tenida en cuenta por los adultos, costumbres o creencias religiosas que permiten enfrentar épocas de adversidad y a nivel comunitario cobran un papel relevante como factores de contingencia las relaciones extra familiares significativas, un ambiente escolar eficaz, con profesores valorados positivamente y contar con oportunidades en las transiciones principales de la vida.

La adolescencia es reconocida en la sociedad occidental como una fase de transición en el desarrollo de la personalidad, en donde se abandona el mundo infantil buscando un espacio

psicológico y social en el mundo adulto (Alarcón, 1997). La psicología evolutiva ha descrito como eje motivador de esta etapa la búsqueda y delimitación de la identidad (Erikson, 1969). No obstante se discute aún, si esta fase del desarrollo sigue una evolución continúa y predecible desde los años intermedios o irrumpen transformaciones de tal intensidad que dan origen a una fase de crisis, inestabilidad y fragilidad emocional (Crockett y Crouter, 1995; Rice, 2000).

Diversas investigaciones han dejado en evidencia una mayor vulnerabilidad durante el proceso adolescente para iniciar conductas de riesgo en salud mental y adaptación social tales como: consumo de drogas ilícitas, embarazo precoz, deserción escolar, violencia y conductas antisociales (Ávila, Jiménez, Gómez y González, 1996; Florenzano, 1998; Organización Mundial de la Salud (OMS), 1995) Estas manifestaciones se presentan como un fenómeno emergente, amenazando la convivencia social y reduciendo en estos adolescentes las posibilidades de ajuste psicológico y social futuro. Millón define la personalidad como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, se expresan casi automáticamente en casi todas las áreas del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, comprenden el modo idiosincrático de percibir, sentir, pensar afrontar y comportarse de un individuo. (Millón y Davis, 1998)

Millón y Davis (1998) plantean una hipótesis de continuidad del desarrollo psicológico, por tanto las características del funcionamiento del adolescente estarían determinadas tempranamente a partir de la interacción entre dos dimensiones de funcionamiento del ser humano. La dimensión I, anclada biológicamente pero modulada a través del aprendizaje, distingue dos modalidades

básicas de obtención de reforzamiento instrumental y afrontamiento de situaciones que utilizaría el adolescente para maximizar el placer y evitar el dolor. Estos modos son: activo, cuando muestra una actitud atenta y alerta, interviniendo y modificando los acontecimientos; pasiva, cuando por el contrario, aparecen apáticos e inhibidos y permiten que los sucesos se desarrollen fuera de su control o regulación personal.

La dimensión II define cinco categorías para caracterizar el tipo de vínculo que puede haber establecido el joven a través de su historia de vida con la fuente primaria a partir de la cual obtuvo u obtiene placer y satisfacción o intenta evitar el dolor y el sufrimiento. Estas categorías son: a) Desvinculación, cuando el joven evita el establecimiento de vínculos; b) Dependencia, cuando el establecimiento de vínculos con los otros es lo primordial para obtener placer y evitar el dolor; c) Independencia, Cuando se puede prescindir de vínculos externos pues la gratificación se obtiene internamente, a partir de los propios valores y deseos; d) Ambivalencia, cuando el joven oscila y experimenta conflictos entre ser guiado por otros o por los propios deseos en la obtención de la satisfacción; y el e) Discordancia, cuando en el joven se ha trastocado la naturaleza del vínculo interpersonal y vivencia lo negativo como positivo sustituyendo el dolor por placer.

Una de las aproximaciones clásicas ha sido la de Rutter y Giller (1985) quienes describen a los adolescentes infractores a través de dos amplias agrupaciones. Por una parte el grupo socializado que pertenece a una subcultura delictual o pandilla; ellos de algún modo aprenden valores propios de esa cultura y cometen delitos vinculados a sus grupos de referencia sin graves trastornos psicopatológicos. En cambio el segundo grupo No socializado, lo constituyen los adolescentes

que no pertenecen a ningún grupo social, presentan problemas en las relaciones interpersonales y tienen una mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos.

Himshaw, Lahey y Hart (1993) separan los trastornos disociales infanto- juveniles en dos categorías, según su momento de inicio: a) Inicio precoz, antes de los 13 años, caracterizado por comportamientos delictivos y agresivos que tienden a mantenerse a lo largo de la vida y b) Inicio tardío, con predominio de comportamientos delictivos, no agresivos (Garrido, Stangeland y Redondo, 1999; Moffit, 1993).

La evidencia empírica resalta la impulsividad como uno de los factores más importantes en el desarrollo de comportamientos disruptivos en la niñez y adolescencia, destacándose su naturaleza bidimensional que considera; Un factor conductual y referido a desinhibición e inquietud motora, y un factor cognitivo que implica la falta de previsión y planificación de la conducta. (White et al; 1994). Otros factores psicológicos de importancia son el estilo de afrontamiento pasivo, la baja autoestima, la desesperanza aprendida y la ausencia de proyecto vital (Bender, Bliesener y Losel, 1996, Smith y Stern, 1997; Vladisval, Eisemann y Hagglof, 1999).

Desde una perspectiva comprensiva- evolutiva se ha descrito la importancia del apego y la vinculación afectiva en los primeros años de vida (Bowlby, 1990; Winnicott, 1991), así como la protección y la supervisión familiar.

Por otra parte, en etapas más avanzadas del desarrollo y con mayor consolidación de la personalidad una de las dimensiones más estudiadas es la desviación psicopática o trastorno

antisocial de la personalidad. Se define psicopatía, como una alteración en la relación con los demás, tendencia a violar los derechos de otros, falta de conciencia moral o estilo antisocial (Oldano, 1998). Hare (1991) describe dos variantes de expresión de este trastorno, una narcisista egocéntrica, y otra centrada en conductas antisociales y baja tolerancia a la frustración. Ambos aspectos son corroborados por Kernberg (1989) y por Millon y Davis (1998) como parte de un estilo de personalidad psicopático.

Millón considera que las personalidades antisociales y narcisista se encuentran en un mismo continuo, en la normalidad ambos patrones están orientados a la satisfacción de las propias necesidades y deseos, cuando se traspasa hacia un plano patológico, satisfacen sus propias necesidades y deseos excluyendo al otro o a expensas de los demás. La diferencia entre ambos se debe al estilo de afrontamiento pasivo para las personalidades narcisistas y activo para la personalidad antisocial.

Argenent y De Mann (1996) definen la conducta antisocial de tipo delincencial en jóvenes como aquellas actividades que en términos de las normas y costumbres se consideran indeseables o incluso inaceptables. Las formas más graves se llaman trastornos de conducta, por lo que los autores concluyen que la delincuencia juvenil es un trastorno de comportamiento penado por la ley.

En lo concerniente a factores externos asociados al comportamiento antisocial entre adolescentes se ha aludido con frecuencia a las propiedades psicológicas de entornos como la comunidad a nivel de mesosistema (Bronfenbrenner, 1999) De este modo, el tipo de vecindario en que viven

los adolescentes desde su temprana infancia y el estrato socioeconómico de procedencia son buenos predictores del comportamiento antisocial (Frias- Armenta et al, 2003). Entre los factores interpersonales o mesosistemas debemos mencionar tres agencias de socialización especialmente importantes: familia, escuela y grupos de pares.

Con respecto a la familia, se han identificado factores estructurales como el tamaño de la familia, el trabajo de las madres, el orden de nacimiento de los hijos y la ausencia de uno de los progenitores (especialmente la figura paterna). Posteriormente se prestó mayor atención a factores dinámicos tales como el clima familiar, la calidad de las relaciones vinculares, el apego del adolescente hacia sus padres, la comunicación intrafamiliar, los estilos de crianza y la disciplina en el hogar.

Según algunas investigaciones españolas (Inglés, 1995; Moreno, Jiménez, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995) la negligencia familiar hacia el hijo es una de las tipologías detectadas con mayor frecuencia en nuestro país y su impacto negativo en la población infantil no es necesariamente menos severa que el maltrato físico, pues conlleva en muchas ocasiones secuelas emocionales y físicas, como han detectado diversos trabajos internacionales y nacionales (Ericson, Egeland y Pianta, 1989; Eckenrode, Laird y Doris, 1993; de Paúl y Arruabarrena, 1995; Fernández de Haro, 1995; Gracia, 1995; Stevenson, 1998; Pino, Herruzo y Moya, 2000).

Esta circunstancia abriga la necesidad de investigar con mayor frecuencia este tema, pues es una forma de maltrato desconocido e ignorado por los medios de comunicación, por la literatura científica y también por los servicios sanitarios y de protección infantil por ese motivo, Moreno

(2002) ha analizado 19 variables individuales, sociales, relacionales y familiares que intervienen en la negligencia infantil.

Polansky, De Saix y Sharlin (1972) identificaron la negligencia como un fenómeno invisible, silencioso, insidioso, provocado por una indiferencia generalizada familiar; por esto los casos de negligencia suelen ser en su mayoría más crónicos y de mucho peor pronóstico que los casos de niños (as) que han padecido maltrato o violencia al interior de su ambiente familiar.

En la bibliografía consultada (Cortés y Cantón, 1997, Arruabarrena y de Paúl, 1998) existen diversas etiquetas para identificar este tipo de maltrato: el maltrato pasivo, el abandono físico y la negligencia. El término negligencia es entonces la expresión más amplia en donde los progenitores o tutores no asumen la responsabilidad de cuidar y proteger mínimamente a sus hijos, no satisfacen las necesidades básicas de ellos cómo, por ejemplo, los cuidados en la salud física, las funciones de supervisión, la higiene personal, la custodia, la alimentación, la higiene en el hogar y la negligencia en el control educativo. (Polansky et al, 1972, Dubowitz, Black, Starr y Zuravin, 1993)

Por término general la negligencia puede desarrollarse en el seno de la familia de una forma consciente o como manifestación de ignorancia, incultura, pobreza o de la incapacidad parental para proteger y criar a sus hijos. de Paúl y Arruabarrena (1995) obtuvieron resultados claros en cuanto a que los niños abandonados físicamente obtenían puntuaciones más altas en conductas externalizantes (agesividad, hiperactividad y distracción) frente a los maltratados físicamente que

sobresalieron en conductas internalizantes (ansiedad, obsesión, compulsión, inhibición, impopularidad y autodestrucción)

La supervisión y el monitoreo de los padres parece ser un factor muy significativo, especialmente en el caso de los adolescentes varones (Angenent y De Mann, 1996). A nivel de la escuela las experiencias de fracaso escolar constituyen con frecuencia un factor de riesgo mientras que el logro escolar representa un factor protector. También resulta importante la actitud del adolescente hacia la escuela, es decir si la considera un espacio placentero y útil para su desarrollo personal y el compromiso con las metas del aprendizaje. En cuanto al grupo de pares, frecuentar amigos que son delincuentes, portan armas (blancas o de fuego) o consumen drogas, constituyen un buen predictor de la delincuencia juvenil.

Con respecto a los factores internos o intrapersonales además de la edad, el género y las experiencias normativas de vida, se encuentran los aspectos biológicos, cognitivos y afectivos. Los factores biológicos incluyen la herencia, especialmente en los casos que existe algún trastorno de personalidad asociado. También ha sido estudiado el efecto de las hormonas- principalmente los efectos de la testosterona- durante la etapa puberal, así como los efectos de los bajos niveles de serotonina en el cerebro. En lo que respecta a los factores afectivos, se ha estudiado de manera especial la relación existente entre la psicopatología y el delito. La asociación más evidente tiene que ver con el trastorno antisocial de la personalidad y sus precursores en la infancia: Trastorno de déficit de atención por hiperactividad, trastorno oposicionista y trastorno de conducta. (Lahey y Loeber, 1992)

Así mismo han sido identificados algunos rasgos de personalidad frecuentes entre infractores como son la impulsividad, dificultad para postergar la gratificación, autoconcepto disminuido, falta de habilidades sociales, bajo nivel de empatía y poca capacidad para sentir culpa (Blackbum, 1995).

Sin embargo aquellos adolescentes y jóvenes que desde la niñez y la pubertad han sido expuestos a una serie de desventajas a lo largo de su desarrollo tales como: cuidados negligentes, pobre estimulación temprana, (Henry, Moffitt, Robins, Earls, y Silva, 1993, aprovisionamiento insuficiente y que además reúnen una serie de déficits neuropsicológicos verbales y ejecutivos, acompañados de desórdenes severos del desarrollo, como déficit atencional e hiperactividad (Henry; Caspi, Moffitt y Silva , 1996) tienen mayor probabilidad de desarrollar un patrón de conducta antisocial persistente a lo largo de la vida. (Baltes, Lindenberger, y Staudinger, 1997; Caspi, McClay, Moffitt, Mill, Martin; cRaig, Taylor, y Poulton, 2002; CAspi y Roberts, 2001; Labey y Loeber, 1992; OMS; 2003).

Entre los factores de vulnerabilidad identificados más importantes la investigación ha demostrado que los adolescentes de género masculino tienen una mayor probabilidad de pertenecer al grupo de adolescentes que muestra comportamiento antisocial a lo largo de la vida, en comparación con sus respectivos pares femeninos (Magdol, Moffitt, Caspi, Newman, Fagan y Silva, 1997; Moffitt, Caspi, Rutter y Silva, 2001).

Otro importante grupo de factores de riesgo identificados en esta población, lo constituye su asociación con otros tipos de violencia. Presenciar actos violentos en el hogar o sufrir abuso

físico o sexual puede condicionar a los niños y adolescentes a considerar la agresión como un medio aceptable para resolver problemas o interactuar con los demás (Jaffee, Moffitt, Caspi, Taylor y Arseneault, 2002; Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor y Purcell, 2003, OMS, 2003).

Un trabajo que ha mostrado tener alta eficacia en estas alteraciones conductuales ha estado asociado al trabajo en el desarrollo y potencialización de las habilidades sociales; éstas se entienden como dimensiones cognitivas y socioafectivas que sustentan comportamientos que son evaluados como adecuados por los agentes sociales, teniendo en cuenta las demandas y restricciones de los distintos contextos. Estos comportamientos adquiridos por el aprendizaje en contextos sociales determinados., no están tan ligados a situaciones específicas, y por consiguiente se postula que tienen mayor poder de generalización a diferentes situaciones (Spivack, Platt y Shure, 1976; Spivack y Shure, 1974).

Por otra parte, los teóricos de tendencia conductual definen las habilidades sociales o interpersonales como respuestas observables aprendidas ligadas a contextos específicos y, en gran parte, controladas por el refuerzo proveniente del ambiente. Estas conductas, implementadas por los individuos en sus intercambios sociales, son utilizadas para obtener fines concretos y específicos de la situación (Caballo, 1996; Michelson, Sugai, 1987; Monjas, 1993).

Estas habilidades de interacción social son aprendidas y autorreguladas en el contexto familiar y actualizadas en el contexto escolar. Las características de los contextos sociales pueden ser favorecedoras o entorpecedoras del desarrollo personal, caracterizándose los primeros por la

presencia de una relación afectiva estable, un clima escolar positivo y modelos de relación que enfatizan el afrontamiento constructivo de los problemas (Aron y Milicic, 1999).

Al acercarnos al ambiente escolar vemos como los problemas conductuales son sin duda alguna unos de los principales motivos de consulta por padres y profesores durante la etapa preescolar, básica y media. En las remisiones que se tienen por parte de estos para la atención a esta población ocupan un lugar prioritario las necesidades de atención a las dificultades de comportamiento. Es importante asumir que muchas de estas conductas responden a situaciones normativas en el desarrollo y que los adolescentes están más expuestos a ser vistos por las figuras de autoridad como quiénes requieren atención y apoyo por su manera de comportarse. Sin embargo es fundamental señalar que muchas de las conductas que los otros refieren como problemas no son un continuo en el desarrollo y responden a situaciones específicas que en el curso normativo de la vida tendrán una evolución positiva. Sin embargo, muchas otras conductas son predictores importantes de un comportamiento futuro alterado. Es por ello importante desde la clínica en el ambiente educativo hacer un análisis y valoración oportuna de los factores de riesgo y determinar la población juvenil afectada y vulnerable diseñando estrategias de intervención individual y grupal tendientes a reestructuraciones que lleven a cambios conductuales que posibiliten a los adolescentes mejor nivel de adaptación y desenvolvimiento social. La intervención objeto de esta propuesta está fundamentada en una orientación de corte cognitivo conductual por una convicción en el enfoque y porque en el trabajo con grupos de escolares ha mostrado alto grado de efectividad en el abordaje de los trastornos conductuales contando desde aquí con fundamentos conceptuales y herramientas metodológicas claves para la evaluación, clasificación y tratamiento que permiten un abordaje integral de estas problemáticas.

El trabajo realizado dio respuesta a una necesidad sentida por el colegio donde se desarrolló la experiencia, en consecuencia a que para la institución era prioritaria una intervención con los estudiantes de séptimo y noveno que reportaban por parte de profesores alta conflictiva entre pares y con docentes, dificultad para el desarrollo académico, bajo nivel de desempeño y manejo grupal. Los propósitos que enmarcaron la experiencia de práctica tenían como hilo conductor lograr una aproximación a la comprensión de dichos problemas y tras el análisis de las dificultades detectadas diseñar y ejecutar un plan de intervención focal tendiente a elevar factores protectores, intervenir individualmente a los estudiantes que presentaban mayores factores de riesgo para la aparición o mantenimiento de dificultades conductuales sociales y asesorar familiar y pedagógicamente a padres y profesores sobre el abordaje de estas problemáticas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Desarrollar un proceso de intervención clínica escolar tendiente a elevar los factores protectores para la disminución de problemas conductuales sociales en la escuela en adolescentes del grado séptimo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar los factores de riesgo y protectores para los problemas de conducta social en la escuela en estudiantes del grado séptimo.
- Realizar intervención grupal con los estudiantes de séptimo grado para elevar los factores protectores.
- Intervenir individualmente a los estudiantes que presentan mayores factores de riesgo para la aparición o mantenimiento de dificultades conductuales sociales.
- Asesorar familiar y pedagógicamente a padres y profesores sobre el abordaje a estas problemáticas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

1 Grupo de séptimo de bachillerato integrado por 30 adolescentes (15 hombres y 15 mujeres) en edades entre los 13 y 15 años de edad del Colegio del Municipio de la Mesa de los Santos.

15 Docentes (Preescolar, Primaria y bachillerato) Sede A.

3 Pacientes

INSTRUMENTOS

- **Encuesta (2009):** Instrumento diseñado para conocer la mirada docente respecto a las dificultades de conducta de los estudiantes. Consistió en organizar de 1 a 8 grupos de problemas conductuales siendo 1 el de mayor frecuencia y 8 el de menor. Posteriormente se plantearon 7 preguntas abiertas dirigidas a evaluar otros problemas conductuales, población de alto riesgo, intervenciones docentes para manejo conductual, abordaje institucional, causas a nivel familiar, escolar y social, expectativas docentes. (**Ver anexo 1**)

- **Cuestionario de conducta antisocial y delictiva de Seisdedos. (1988):** Recoge un amplio espectro de conductas antisociales próximas a la delincuencia a las que los jóvenes españoles se han adscrito en mayor o menor grado.

Con base en análisis factoriales, se determinaron las dimensiones que cubre el Cuestionario: un factor de conducta delictiva o delincuente (D), es decir, comportamientos ilegales, así como un factor de conductas antisociales (A) que rozan la frontera con lo que cae fuera de la ley. Este cuestionario consta de 40 ítems de respuestas dicotómicas y evalúa dos aspectos: Conducta antisocial: Se trata de comportamientos no expresamente delictivos aunque si desviados de las normas y de los usos sociales considerados deseables. Conducta delictiva: Se trata de comportamientos que suelen estar fuera de la ley (**Ver anexo 2**)

- **Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (Versión autoinforme)** El instrumento consta de 60 enunciados que miden habilidades de interacción social entre los jóvenes. La escala de calificación es tipo likert. (**Ver anexo 3**)

- **Test de Figura Humana:** Prueba gráfica que proyecta toda una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico de la personalidad, tanto en niños como en adultos. El valor diagnóstico del lenguaje gráfico estaría referido a que éste se constituye como una expresión menos controlada del mundo interno, lo que permite una aproximación significativa a contenidos más profundos y regresivos, y consecuentemente a los aspectos patológicos presentes en el sujeto evaluado.

PROCEDIMIENTO

Nivel de Intervención Grupal con Docentes:

FASE DE VALORACIÓN INICIAL O DX: Cuestionario de reporte contestado por los profesores de primaria y bachillerato de la sede A. (Ver anexo 1)

FASE DE INTERVENCIÓN: Grupal. Durante 3 sesiones de trabajo. (Ver anexo 6 y 7)

EVALUACIÓN DEL PROCESO: La evaluación del proceso se realizó a través de la aplicación de una encuesta de evaluación de las sesiones (Ver anexo 8) y reporte del director de grupo grado séptimo.(Ver anexo 9)

Resultados del Diagnóstico:

Se aplicó una encuesta diseñada para determinar si existían problemas conductuales. De 15 docentes que desarrollaron la encuesta 14 reportaron que sí. Tras valoración efectuada se determinó que los grupos con más presencia de estas dificultades eran séptimo B y noveno. Las conductas que fueron señaladas como de mayor presencia en la institución fueron en su orden: Hiperactividad, Desobediencia y Conductas Agresivas. Las que al parecer de los docentes tienen menor presencia: Conductas Destructivas, Desafiantes, Autolesionantes, Robo y Peligrosas. (Ver anexo 7). Las intervenciones efectuadas por los docentes en el manejo de estas dificultades responden a: diálogos con el niño y con sus padres, establecimiento de compromisos, reporte a la comisión de evaluación, asambleas periódicas y semanales para brindar un espacio a los estudiantes y que puedan expresar sus dificultades, trabajo individual y grupal, asignación de

responsabilidades, la metodología diseñada en el manual de convivencia, citación al niño y al padre de familia con el psicólogo, charla en la hora de dirección de grupo. Los factores que los docentes señalan asociados a esta problemáticas son: factores hereditarios, desmotivación escolar, disfunción familiar, violencia intrafamiliar, problemas económicos, falta de diálogo y respeto con las figuras familiares, dificultades de aprendizaje, aplicación constante de castigos físicos, falta de atención por parte de los padres, violencia intrafamiliar, bajo nivel de estudio del entorno familiar , bajo nivel económico, la distancia de la casa a la institución, trabajo de los padres, actividades laborales de los estudiantes, permisividad.

Intervención:

La intervención con docentes se desarrolló en tres sesiones.

En la primera sesión se hizo una retroalimentación de las dificultades expresadas por ellos en el cuestionario de auto reporte, un acercamiento a la adolescencia como etapa evolutiva, a las características de los adolescentes y a las necesidades y logros básicos para esta etapa. A su vez se abordaron los factores de riesgo y de protección asociados al desarrollo y mantenimiento de estas dificultades en el orden de lo individual, familiar, escolar y social. Se hizo un juego de roles entre maestros para rastrear factores en la dinámica relacional con los estudiantes y en sesión de reflexión colectiva se hizo análisis de los elementos evidenciados durante la actividad. Surgió por parte de los docentes el deseo de trabajar en el manejo de estudiantes que presentan conducta hiperactiva y de la postura pedagógica que con este grupo se debe tener. Para ello se plantearon unos hilos conductores que cada maestro iba a desarrollar como agenda de trabajo para la siguiente sesión (Ver anexo 7)

Se estableció un listado de las conductas disruptivas en análisis de un caso de un estudiante en particular que representa para el grupo docente unas demandas y preocupaciones especiales. Se hizo análisis de las conductas y se establecieron acuerdos y estrategias para su manejo escolar. La última sesión estuvo dirigida a hacer un estudio de los logros y dificultades encontradas en el proceso así como diseñar una estrategia de seguimiento.

Evaluación:

La evaluación del trabajo efectuado se desarrolló tras la aplicación de una encuesta (Ver Anexo 8)

Allí el grupo de manera general denotó gran satisfacción por el trabajo desarrollado. Logros evidenciados por los maestros en la encuesta: Interés por los temas abordados, claridad en los conceptos manejados, metodología y recursos apropiados, conocimiento de estrategias prácticas para el manejo de los escolares con dificultades conductuales, promoción del trabajo en equipo por parte de los maestros, orientación en temas difíciles para la comunidad, evidencia de avances significativos en poco tiempo. Para el director de grupo los logros que se evidenciaron fueron: Elevación del liderazgo dentro del grupo, avance del mejoramiento de los estudiantes, quienes finalizaron el año demostrando interés por el estudio, presentación personal, comportamiento, manejo de horarios, relaciones interpersonales, desarrollo deportivo, participación en las actividades institucionales, entre otros.

El grupo pedagógico participante planteó como expectativa que se pueda dar continuidad al trabajo desarrollado organizando una mesa de trabajo donde se siga con estos procesos. Además

que se les pueda proporcionar material bibliográfico de consulta para la comprensión y abordaje de estas dificultades

Nivel de Intervención Grupal con Estudiantes:

FASE DE VALORACIÓN INICIAL O DX:

Se aplicó el cuestionario AD en sesión colectiva a (70) estudiantes. Noveno 40 y séptimo 30.

Posterior a esta aplicación se determinó la población de alto riesgo cuyas puntuaciones para conductas antisociales y delictivas estaban por encima de la media. Se aplicó cuestionario de habilidades sociales versión autoinforme a los estudiantes de séptimo y se decidió posteriormente focalizar la intervención solo en el grado séptimo tras análisis del tiempo y acuerdos con la institución.

Se realizó una distribución aleatoria del grupo séptimo en su totalidad quien fue dividido en dos grupos de 15 estudiantes cada uno. La distribución se efectuó por número par o impar en la lista y de esta manera se organizaron los grupos focales.

FASE DE INTERVENCIÓN: Grupal con estudiantes: Durante 10 sesiones de trabajo.

EVALUACIÓN DEL PROCESO: La evaluación del proceso se realizó a través de la aplicación post del cuestionario de habilidades de interacción social (Versión Autoinforme) y socialización de la experiencia por parte del grupo, reporte de la coordinadora y director de grupo.

INTERVENCIÓN: La intervención con los estudiantes estuvo principalmente dirigida a trabajar habilidades sociales (Ver anexo 5)

Nivel de Intervención Individual: (Ver anexo 4) Estudios de Caso Clínico

FASE DE VALORACIÓN INICIAL O DX:

El proceso de valoración y diagnóstico se desarrolló en un tiempo de 4 sesiones para cada uno de los casos abordados. Los instrumentos que apoyaron la configuración diagnóstica fueron la historia clínica y los particulares para cada caso. (Ver anexo 4)

FASE DE INTERVENCIÓN: La intervención se desarrolló durante 10 sesiones para cada paciente. Una sesión semanal en tiempo de consulta de 45 a 60 minutos.

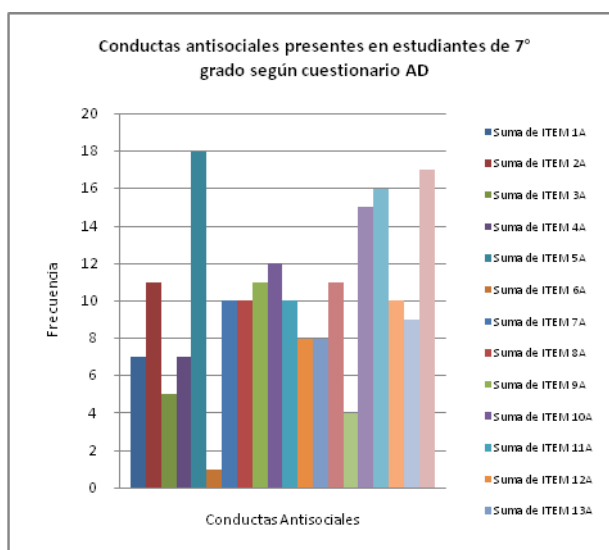
EVALUACIÓN DEL PROCESO: La evaluación del proceso clínico desarrollado con cada uno de los pacientes se basó en los alcances de los objetivos terapéuticos planteados para cada caso y el análisis funcional de cada uno de los consultantes.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de los procesos de valoración e intervención organizados por gráficas. Las primeras 2 gráficas muestran el comportamiento del grupo de séptimo en la prueba AD. Las gráficas 3 y 4 muestran los resultados del grado noveno frente al mismo instrumento. Luego se presenta un comparativo entre ambos grados para las conductas antisocial y delictiva.

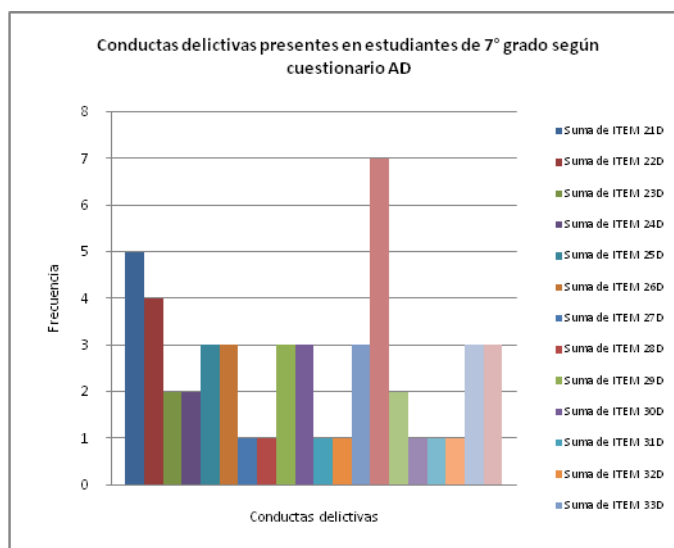
La gráfica 7 presenta los puntajes obtenidos por el grupo focal de séptimo diferenciando los ítems con más baja puntuación. La gráfica 8 muestra el resultado pre y post en el cuestionario de interacción social versión autoinforme.

Respecto a las conductas antisociales para el grupo de séptimo las de mayor frecuencia son los enunciados (5, 16, 17, 20). Relacionados con decir groserías o palabras fuertes, llamar a la puerta de alguien y salir corriendo, comer cuando está prohibido y pelearse con otros (con golpes, insultos o palabras ofensivas). **(Ver gráfica 1)**



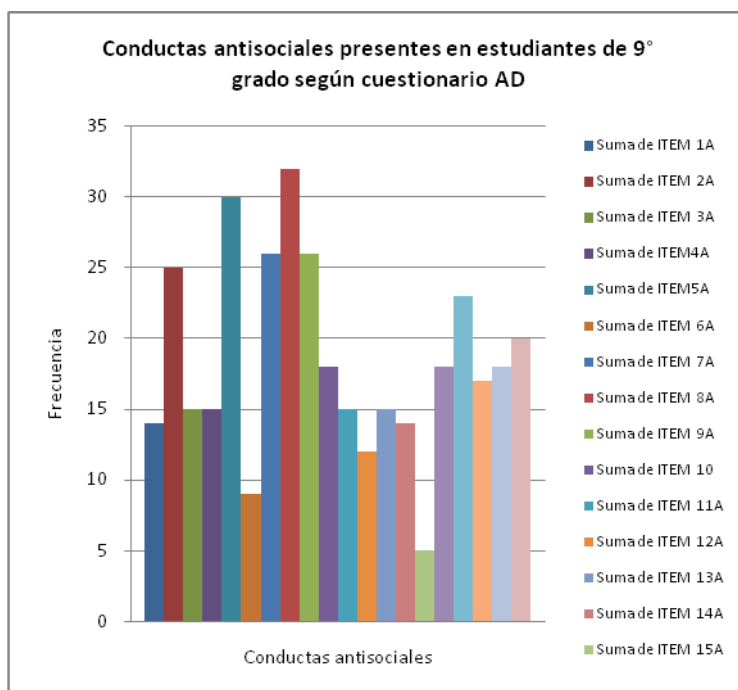
Gráfica 1: Medidas de la conducta antisocial en estudiantes de séptimo grado

El grupo de séptimo mostró un predominio en conductas delictivas siendo las de mayor frecuencia los ítems (21, 22, 34) relacionados con pertenecer a una pandilla, coger el carro o la moto de un desconocido para dar un paseo, y gastar frecuentemente en el juego más dinero del que se puede (**Ver Gráfica 2.**)



Gráfica 2: Medias de la conducta delictiva en estudiantes de séptimo grado

El grado noveno mostró más incidencia en conductas antisociales siendo las de mayor frecuencia (2, 5, 7, 8, 9) relacionadas con situaciones tales como salir sin permiso, decir groserías o palabras fuertes, llegar tarde al trabajo, colegio o reunión, hacer trampas, tirar basuras al suelo.

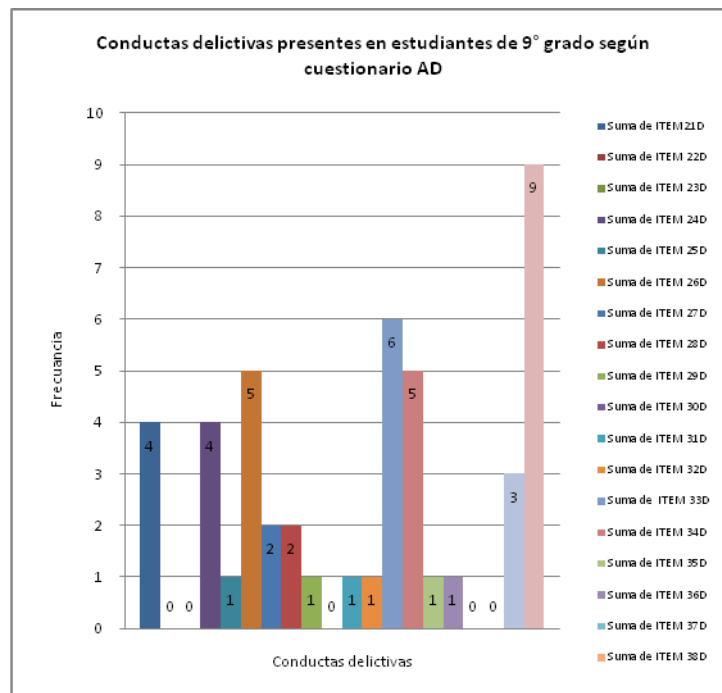


Gráfica 3: de la conducta antisocial en estudiantes de noveno grado.

En cuanto a las delictivas las de frecuencia más elevada fueron (26, 33, 34, 35, 40) Relacionadas con llevar algún arma, robar materiales o herramientas, gastar dinero en el juego, robar cosas o dinero en las máquinas, entrar en club prohibido o comprar bebidas prohibidas. (Ver Gráfica 4.)

Hay un elemento interesante en noveno pues 4 ítems para conductas delictivas calificaron como 0 dado que la mayoría de estudiantes lo dejaron sin calificar lo que muestra posiblemente una negación frente al cuestionario en conductas que son más reprochables culturalmente coger el carro o la moto de un desconocido, forzar la entrada de un almacén, garaje, depósito o caseta,

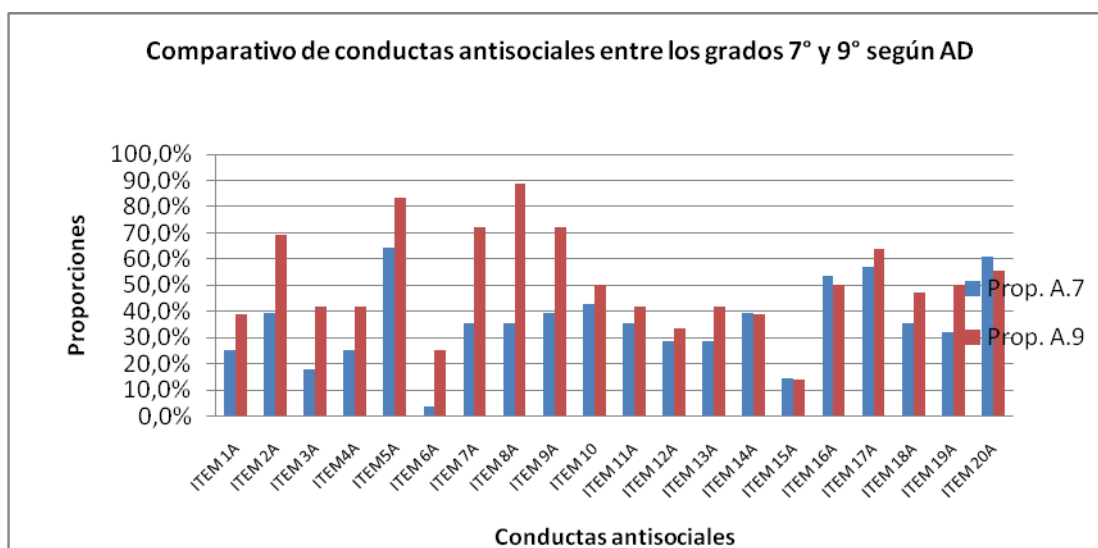
robar cosas de un lugar público (trabajo/colegio), conseguir dinero amenazando a personas más débiles y tomar drogas.



Gráfica 4: Medias de la conducta delictiva en estudiantes de noveno grado.

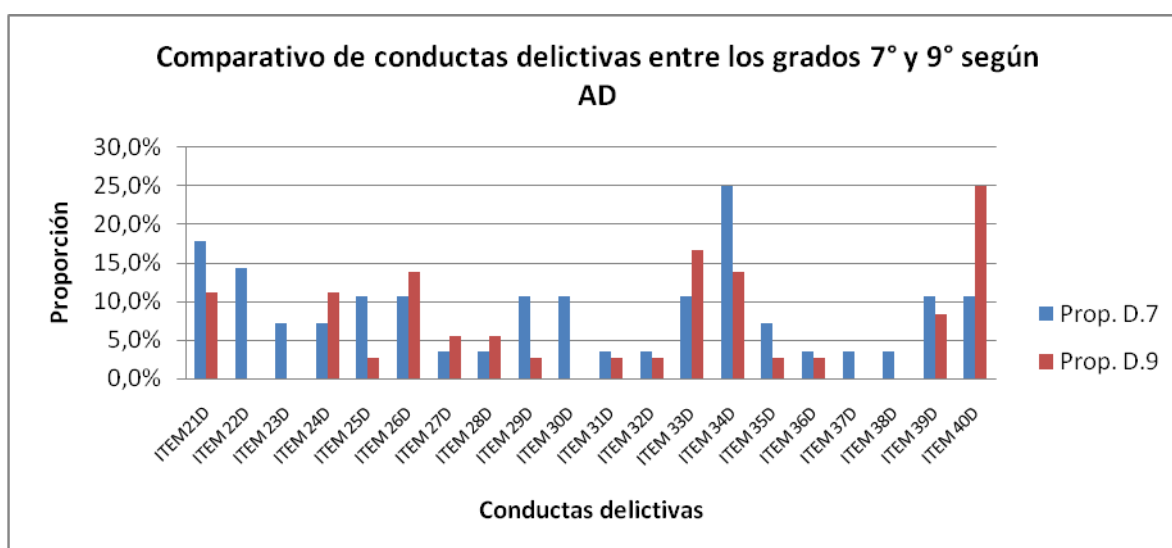
Resultados Comparativos:

A continuación se presentan dos gráficas. La primera muestra los resultados para la conducta antisocial en los grados de 7° y 9° y la segunda de la conducta delictiva. Se ve una tendencia general del grado noveno en la conducta antisocial. **(Ver Gráfica 5)**



Gráfica 5: Comparativo de conducta antisocial en estudiantes de séptimo y noveno grado.

Se ve una tendencia general del grado séptimo en la conducta delictiva. (Ver Gráfica 6)

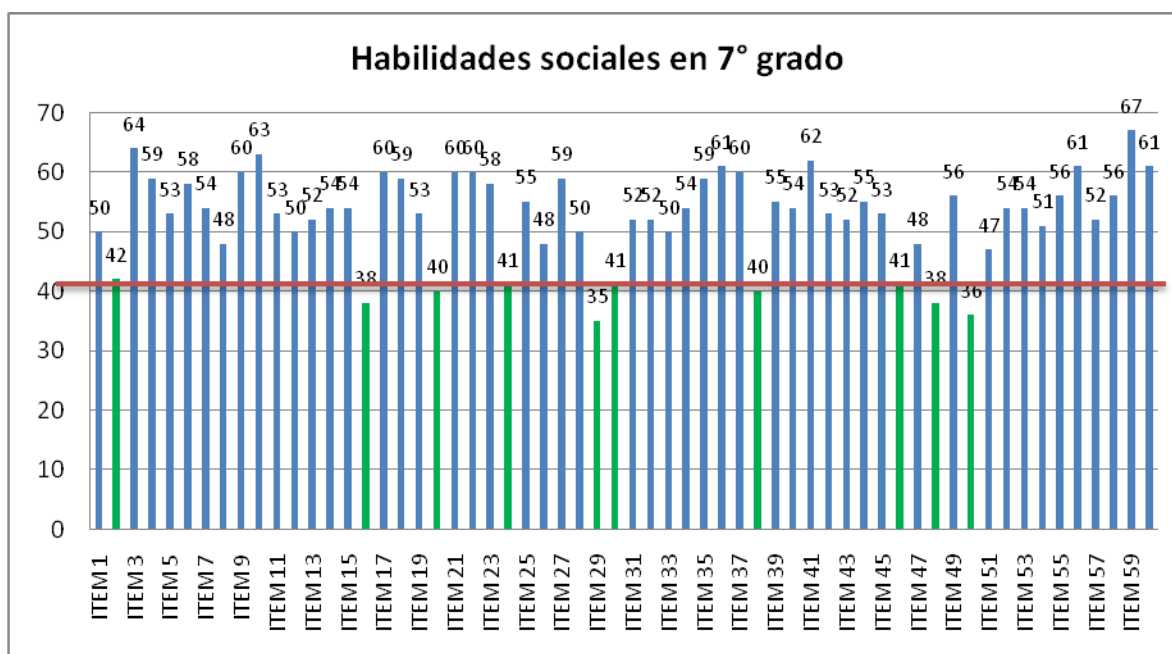


Gráfica 6: Comparativo de conducta delictiva en estudiantes de séptimo y noveno grado

Resultados de habilidades sociales: A continuación se presentan dos gráficas la primera muestra el puntaje obtenido por el grupo focal en el cuestionario de habilidades de interacción. Las que aparecen en color verde son las que muestran más déficit y fueron objeto de la intervención. (Ver

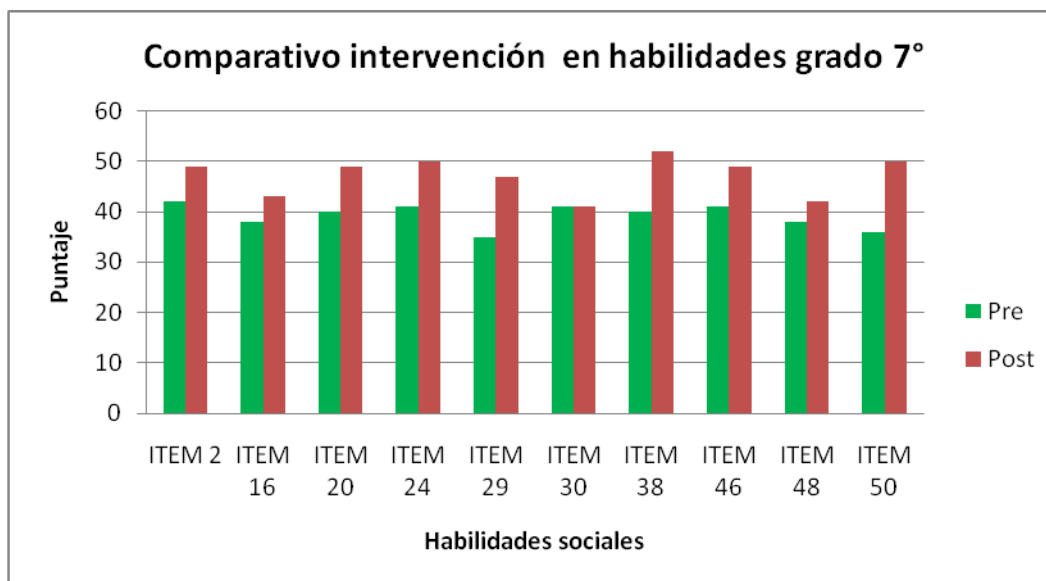
gráfica 7) La siguiente gráfica muestra los cambios (medida post) para las habilidades sociales y el referente desde la medida pre intervención. **(Ver gráfica 8)**

Las habilidades de interacción social que obtuvieron puntajes más bajos fueron las de evaluar los resultados obtenidos después de tener un problema con pares, iniciar y terminar conversaciones con personas adultas, responder adecuadamente a los emociones y sentimientos desagradables y negativos de los y las demás pedir favores a otras personas, hacer peticiones, sugerencias y quejas a las personas adultas, pensar en las consecuencias después de un problema con compañeros(as) expresar adecuadamente emociones y sentimientos desagradables y negativos, unirse a la conversación que tienen otros chicos y chicas, expresar desacuerdo con otras personas cuando es oportuno y participar activamente en las conversaciones.



Gráfica 7: Puntuación en habilidades sociales en estudiantes de séptimo grado

Después de la intervención efectuada (Ver anexo 5) se vio un cambio favorable en la conducta abordada



Gráfica 8: Medida pre y post en habilidades sociales estudiantes de séptimo grado.

Tabla 1: Síntesis de intervención grupal con estudiantes: A continuación se presenta una tabla resumen de la intervención grupal efectuada con estudiantes.

Aparecen relacionados los resultados de la fase diagnóstica, los objetivos de intervención, los resultados de la misma y la evaluación del proceso desarrollado.

PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	RESULTADOS DE EVALUACIÓN	OBJETIVOS	RESULTADOS DE INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN DEL PROCESO
ESTUDIANTES DE SÉPTIMO	<ul style="list-style-type: none"> • AD • CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL (versión Auto informe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas antisociales: Decir groserías o palabras fuertes, llamar a la puerta de alguien y salir corriendo, comer cuando está prohibido y pelearse con otros. • Conductas delictivas: Pertenecer a una pandilla, coger el carro o la moto de un desconocido para dar un paseo, y gastar frecuentemente en el juego más dinero del que se puede. • Habilidades de interacción social: Evaluar los resultados obtenidos después de tener un problema con pares, iniciar y terminar conversaciones con personas adultas, responder adecuadamente a las emociones y sentimientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer acuerdos para el trabajo en las sesiones. • Desarrollar clima de apertura y empatía entre los participantes. • Conocer que son las habilidades sociales. • Entender que las habilidades sociales se pueden entrenar y desarrollar. • Reconocer a las habilidades sociales que están más 	<p>Mejóro notoriamente la escucha y el clima interpersonal. Hubo clara cercanía y mejoraron actitudes entre los jóvenes. Liderazgo de las adolescentes, confrontación de sentimientos, análisis de los pensamientos que subyacen a las conductas impulsivas de los adolescentes, cedieron las conductas pasivos agresivas, mejoró la</p>	<p>Espacio para aprender de mucho de lo que cotidianamente les sucede y de lo cual no se tiene lugar dentro de las asignaturas. Acuerdo en que el ambiente de grupo fue mejorando sesión a sesión y que elementos como la escucha, el interés y apertura al otro, la no descalificación fueron logros significativos del trabajo. Se manejaron situaciones irresueltas entre unos y otros que los habían llevado al distanciamiento y/o agresión. Mostraron el deseo porque nos mantengamos vinculadas de alguna manera a la institución pues según ellos cada miércoles se abría un espacio distinto que disfrutaron y en el cual aprendieron mucho y lograron mejorar relaciones de unos y otros.</p>

		<p>desagradables y negativos de los demás, pedir favores a otras personas, hacer peticiones, sugerencias y quejas a las personas adultas, expresar adecuadamente emociones y sentimientos desagradables y negativos, unirse a la conversación que tienen otros chicos y chicas, expresar desacuerdo con otras personas cuando es oportuno y participar activamente en las conversaciones.</p>	<p>disminuidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hacer análisis grupal de las dificultades para el desarrollo o mantenimiento de estas habilidades sociales. Modelar actitudes tendientes a potencializar habilidades sociales. 	<p>capacidad de escucharse y respetar el turno de quien está hablando, apertura del grupo a situaciones del orden de lo personal y familiar como vivencias dolorosas que el grupo acogió de manera positiva y empática.</p>	
DOCENTES	<ul style="list-style-type: none"> CUESTIONARIO DE REPORTE DE DIFICULTADES CONDUCTUALES. ENCUESTA EVALUATIVA DEL TRABAJO 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas Conductuales: Hiperactividad, Desobediencia y Conductas Agresivas. Intervenciones docentes: diálogos con el niño y con sus padres, establecimiento de compromisos, reporte a la comisión de evaluación, asambleas periódicas y semanales para que estudiantes puedan expresar sus dificultades, trabajo individual y grupal, asignación de responsabilidades, la metodología diseñada en el manual de convivencia, citación al niño y al padre de familia con el psicólogo, charla en la hora de dirección de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> Aproximar al grupo a la comprensión del adolescente, necesidades y logros básicos para esta etapa. Identificar factores de riesgo y de protección en problemas conductuales. Rastrear factores de la dinámica relacional 	<p>Hubo cambio de actitud de los docentes. La inicial postura defensiva cambió por una postura de acogida y colaboración. Evidente compromiso en las sesiones. Aportando desde su experiencia y desarrollando los acuerdos para el trabajo. Análisis y reflexión de experiencias con los estudiantes que presentan déficits conductuales e Implementación de estrategias y recursos para su manejo y abordaje.</p>	<p>Satisfacción por el trabajo desarrollado. Interés por los temas abordados, claridad en los conceptos manejados, metodología y recursos apropiados, conocimiento de estrategias prácticas para el manejo de los escolares con dificultades conductuales, promoción del trabajo en equipo por parte de los maestros, orientación en temas difíciles para la comunidad, evidencia de avances significativos en poco tiempo. Para el director de grupo los logros que se evidenciaron fueron: Elevación del liderazgo dentro del grupo, avance del</p>

		<ul style="list-style-type: none"> Factores asociados a estas problemáticas son: factores hereditarios, desmotivación escolar, disfunción familiar, violencia intrafamiliar, problemas económicos, falta de diálogo y respeto con las figuras familiares, dificultades de aprendizaje, aplicación constante de castigos físicos, falta de atención por parte de los padres, violencia intrafamiliar, bajo nivel de estudio del entorno familiar , bajo nivel económico, la distancia de la casa a la institución, trabajo de los padres, actividades laborales de los estudiantes, permisividad por parte de los padres. 	<p>con los estudiantes asociados a estas dificultades.</p> <ul style="list-style-type: none"> Diseñar estrategias para el abordaje de estudiantes que presentan hiperactividad. 		<p>mejoramiento de los estudiantes, quienes finalizaron el año demostrando interés por el estudio, presentación personal, comportamiento, manejo de horarios, relaciones interpersonales, desarrollo deportivo, participación en las actividades institucionales, entre otros.</p> <p>El grupo pedagógico participante planteó como expectativa que se pueda dar continuidad al trabajo desarrollado organizando una mesa de trabajo donde se siga con estos procesos. Además que se les pueda proporcionar material bibliográfico de consulta para la comprensión y abordaje de estas dificultades.</p>
--	--	--	--	--	--

Tabla 2: Síntesis de estudios de caso: A continuación se presenta una síntesis de los estudios de caso clínico abordados. Para cada uno de los pacientes se especifican 11 componentes clínicos

COMPONENTES CLÍNICOS	CASO 1 “FELIPE”	CASO 2 “VICENTE”	CASO 3 “MAURICIO”
MOTIVO DE CONSULTA	Mamá: “Quiero que Felipe tenga una vida normal, mi prioridad en este joder	Paciente: “Quiero que me ayude a no joder tanto, a mejorar mi	Abuela: Mauricio es un niño que tiene diferentes estados de ánimo, a veces es tranquilo, es obediente,

COMPONENTES CLÍNICOS	CASO 1 “FELIPE”	CASO 2 “VICENTE”	CASO 3 “MAURICIO”
	<p>momento es su salud física y mental”.</p> <p>Paciente: “Quiero que me ayudes a que no me gusten los muchachos”.</p>	<p>comportamiento”</p>	<p>cariñoso, otras es brusco, interesado, agresivo, impulsivo, desordenado, Cuando se comporta mal si se le pega, se enfrenta a responder el golpe, quiere que todo gire en torno a él. Abre la nevera a cada rato para ver que come, por ratos juega solo con sus juguetes, pero luego no los recoge y terminamos nosotros haciéndolo por él. Le gusta que su hermano Carlos lo visite, pero es egoísta con él y pelea porque le coge los juguetes. A la hora de dormir, tiene un sueño muy intranquilo, gira por toda la cama y no está durmiendo solo. Cuando almuerza es muy acelerado quiere terminar rápido.</p>
ANTECEDENTES	<p>Ocultamiento del sexo del bebé por parte de la madre.</p> <p>Disolución del vínculo.</p> <p>Alcoholismo del padre.</p> <p>Atracción temprana hacia los niños.</p> <p>Aparente abuso sexual a los 5 años.</p> <p>Preferencia de la madre hacia su hija.</p>	<p>Embarazo no deseado.</p> <p>Violencia intrafamiliar.</p> <p>Negligencia por parte de la madre.</p> <p>Experiencias tempranas de daño y destrucción a cosas y animales.</p> <p>Cachetadas en la escuela periodo preescolar para manejo de la conducta.</p>	<p>Embarazo no planeado.</p> <p>Reanudación del vínculo de pareja tras la noticia del embarazo.</p> <p>Rechazo y reproches a nivel familiar.</p> <p>Apoyo médico y económico durante el embarazo.</p> <p>No hubo expresión afectiva de la madre hacia el bebé durante el embarazo.</p>

COMPONENTES CLÍNICOS	CASO 1 “FELIPE”	CASO 2 “VICENTE”	CASO 3 “MAURICIO”
	<p>Situaciones de estrés agudo por enfermedad de la abuela materna.</p> <p>Identificación con un compañero que manifiesta abiertamente sentir deseo y gusto por los muchachos.</p> <p>Sorprendido por parte de una tía en experiencias de tocamiento con un joven mayor.</p>	<p>Maltrato por parte de la madre.</p> <p>Separación de los padres.</p> <p>Rechazo y negación por parte del padre.</p> <p>Alternancia de la madre (Agresión-Culpa)</p> <p>Muerte del abuelo materno.</p> <p>Fracaso escolar.</p> <p>Expulsión de colegios.</p> <p>Participación en pandillas.</p> <p>Consumo de marihuana, alcohol y cigarrillo.</p> <p>Exposición a material pornográfico.</p>	<p>Consumo de alcohol en periodo de gestación.</p> <p>Abandono del hogar por parte de la madre a los 8 meses de edad del bebé.</p> <p>Transición traumática del seno hacia el biberón y otros alimentos.</p> <p>Fluctuación e inestabilidad en la relación con padres y medios hermanos.</p> <p>Idea de victimización de la familia hacia el niño.</p> <p>Excesiva permisividad.</p> <p>Agresividad y sometimiento para manejo de la conducta atípica.</p> <p>Inexistentes figuras de autoridad.</p> <p>Disfuncionalidad en las relaciones familiares.</p>
ANÁLISIS FUNCIONAL	<p>Felipe tiene un funcionamiento general apropiado. No percibe dificultades personales, académicas o sociales. Tiene expectativas claras en las diversas áreas de su vida. No le preocupan sus pensamientos y sentimientos en el orden</p>	<p>Vicente presenta disfuncionalidad en los ambientes de colegio, barrio y casa. No se ajusta a las normas en ninguno de estos ambientes y en cada uno de ellos vive una fuerte conflictiva y presenta relaciones interpersonales muy</p>	<p>Mauricio presenta muchas dificultades a nivel relacional. A nivel de familia y colegio hay bajo acatamiento de las normas y respeto por la autoridad. Su desempeño en el hogar es mucho más bajo que en el colegio. Manejo inapropiado en casa.</p>

COMPONENTES CLÍNICOS	CASO 1 “FELIPE”	CASO 2 “VICENTE”	CASO 3 “MAURICIO”
DIAGNÓSTICO	<p>de la sexualidad. El motivo de consulta fue variando en el transcurso de las sesiones manifestando de manera explícita que el deseo de cambio está enmarcado y promovido por el rechazo y no aprobación de la familia quienes constantemente le exigen que tiene que cambiar, actuar y pensar de manera distinta porque es un hombre. Su interés de cambio está basado en la culpa que tiene instaurada por los sentimientos que madre y tía de manera directa y encubierta le han expresado o hecho sentir en relación con sus intereses sexuales. Muestra comodidad y gusto frente al área sexual.</p>	<p>deterioradas. El muestra sentirse cómodo con lo que hace y no preocuparse por estas dificultades más allá de los efectos negativos que representan dichos problemas para sus intereses. Presenta una conflictiva alta en las relaciones con su grupo de pares pero alto nivel de reconocimiento y aceptación con jóvenes (mujeres y hombres) mayores.</p>	
	<p>De acuerdo con la información recolectada en las sesiones, el paciente</p>	<p>Vicente presenta un trastorno Disocial de la personalidad (312.8) según el</p>	<p>De acuerdo con la información recolectada en las sesiones, el paciente presenta un trastorno por déficit de</p>

COMPONENTES CLÍNICOS	CASO 1 “FELIPE”	CASO 2 “VICENTE”	CASO 3 “MAURICIO”
EVALUACIÓN MULTIAXIAL	<p>presenta un trastorno en la identidad sexual (302.6) según el DSM IV.</p> <p>Eje I Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual.</p> <p>Eje II Ninguno.</p> <p>Eje III Ninguno</p> <p>Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo.</p> <p>Eje V EEAG = 70</p> <p><u>Actual: 80</u></p>	<p>DSM IV</p> <p>Eje I Trastorno Disocial</p> <p>Eje II Ninguno.</p> <p>Eje III Ninguno</p> <p>Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo.</p> <p>Problemas relativos al ambiente social</p> <p>Problemas relativos a la enseñanza</p> <p>Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el Crimen</p> <p>Eje V EEAG = 40</p> <p><u>Actual: 45</u></p>	<p>atención con hiperactividad (tipo combinado) (314.01) según el DSMIV.</p> <p>Eje I Trastornos Por Déficit de Atención Con Hiperactividad Tipo Combinado (314.01)</p> <p>Eje II Ninguno.</p> <p>Eje III Ninguno</p> <p>Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo.</p> <p>Eje V EEAG = 50</p> <p><u>Actual: 70</u></p>
	HIPÓTESIS CLÍNICA	<p>Felipe fue concebido sin ser deseado porque existían muchos problemas en la pareja y la madre intrínsecamente había asumido que sólo iba a quedarse con la niña mayor. Alrededor del embarazo de Felipe hubo una intuición y</p>	<p>Vicente fue un niño no deseado. Hubo gran negligencia por parte de los padres frente a su cuidado en toda la etapa de la niñez. No existieron pautas de crianza adecuadas y Vicente no logró proceso apropiado de adecuación a la norma.</p>

COMPONENTES CLÍNICOS	CASO 1 “FELIPE”	CASO 2 “VICENTE”	CASO 3 “MAURICIO”
	<p>sentimientos muy marcados por parte de la mamá de que iba a ser otra niña. No se contemplaba la idea de que fuera un varón por ideas irracionales alrededor de la capacidad de procreación del padre: “él sólo puede dar mujeres”. De parte de la madre hay una marcada preferencia e identificación con la niña y un sentimiento expreso que desde pequeño sentía que su afecto no era igual para Felipe y Andrea. Tempranamente personas cercanas a los padres (amigos y familiares próximos) empezaron a señalar que veían en Felipe actitudes que distaban de lo que se esperaba de un niño. Se reforzó en la madre del menor su distanciamiento afectivo y poco involucramiento porque pensar en la posibilidad de que Felipe desarrolle</p>	<p>Tempranamente empezó a transgredir las normas sociales sin tener ninguna consecuencia efectiva por ello. Año a año fue iniciando nuevos comportamientos cada vez más disfuncionales sin que ello acarreará sanciones.</p> <p>La familia en la actualidad encubre y se mantiene pasiva frente a estos hechos para evitar problemas con la justicia. La madre del menor presenta una forma relacional muy inmadura e inestable. No ejerce autoridad real. Es permisiva y la culpa la lleva a tener un proceso de encubrimiento hacia Vicente de las acciones inadecuadas que desarrolla. No hay desarrollo de la conciencia moral ni empatía frente a los sentimientos y necesidades de los otros. Todas las</p>	<p>parte de la madre del niño y la respuesta de abuela y tíos es victimizar a Mauricio y en razón de la lástima actuar de manera permisiva. No han existido límites claros para Mauricio todos participan y se relacionan con él a su propio parecer y no hay una orientación educativa del niño. Se desautorizan mutuamente y hay claro irrespeto y ridiculización de unos y otros. Han utilizado expresa y abiertamente la agresión como forma para parar los comportamientos no aprobados en Mauricio. Existe en el niño narcisismo y egocentrismo, pero son sentimientos generalizados en esta familia. Al abordarlos como grupo afloran claramente las necesidades de cada uno, todos sienten que han sido incomprendidos y les cuesta mucha dificultad colocarse en la posición del otro. Mauricio muestra inmadurez afectiva que lo lleva a relacionarse de manera muy negativa con quienes le rodean principalmente con los miembros del hogar, utiliza la manipulación para tener el control sobre ellos. La respuesta de los miembros de</p>

COMPONENTES CLÍNICOS	CASO 1 “FELIPE”	CASO 2 “VICENTE”	CASO 3 “MAURICIO”
	<p>tendencias homosexuales le generan acciones que Vicente realiza en el orden de ideas expuesto es su criterio de normalidad, él no ve nada negativo en ello.</p> <p>fuerte conflictiva. En los primeros años del menor marcado control por parte del padre y actitudes descalificantes frente a sus acciones. Mucha exigencia frente a todo lo que hacía y el reproche por no cumplir con sus expectativas frente a las actividades que desarrollaba. La relación conflictiva y poco vincular con el padre impidió un proceso de identificación con el mismo, además en el hogar no existían más figuras masculinas. La imagen del padre era constantemente atacada por la madre en privado con sus hijos pues hablaba con ellos de los temas que la incomodaban y le preocupaban del padre alrededor del alcohol y sus actitudes de extrema perfección frente al trabajo.</p>	<p>acciones que Vicente realiza en el orden de ideas expuesto es su criterio de normalidad, él no ve nada negativo en ello.</p>	<p>la familia es igualmente disfuncional. Por ejemplo: Mauricio dice “Yo no los quiero, deberían morirse”.</p> <p>Familia: Pequeño demonio, yo tampoco lo quiero deberían morirse primero ustedes. Así a cada respuesta emotiva y disfuncional del niño hay una respuesta típica disfuncional por parte de sus familiares. Fácilmente pierden el control de la situación y utilizan como última instancia la fuerza y el sometimiento para parar una conducta no aprobada; sin embargo la mayoría de las veces Mauricio termina teniendo el control de la situación.</p>

COMPONENTES CLÍNICOS	CASO 1 “FELIPE”	CASO 2 “VICENTE”	CASO 3 “MAURICIO”
ENFOQUE	COGNITIVO- CONDUCTUAL	COGNITIVO- CONDUCTUAL	COGNITIVO- CONDUCTUAL
SISTEMAS INTERVENIDOS	INDIVIDUAL - FAMILIAR	INDIVIDUAL- ESCOLAR	INDIVIDUAL- FAMILIAR- ESCOLAR
OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	<p>Trabajar en las ideas de “Normalidad” y “anormalidad” que el menor maneja frente al comportamiento sexual.</p> <p>Promover un restablecimiento de la relación con el padre del menor.</p> <p>Trabajo en el vínculo madre- hijo.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales para el desarrollo de relaciones significativas con niñas y niños.</p> <p>Trabajar en el concepto del niño frente a sí mismo y su valía personal.</p> <p>Trabajar en familia en hacer partícipe a Felipe en las decisiones de casa y validar sus sentimientos, necesidades y expectativas.</p> <p>Ayudarlo en la expresión de sentimientos.</p>	<p>Elevar la actitud reflexiva frente a las decisiones que toma frente a si mismo y los otros.</p> <p>Diseñar un plan curricular personalizado que posibilite el cumplimiento de los logros académicos por parte de Vicente.</p> <p>Apoyar al grupo pedagógico de la institución para el manejo de Vicente en el aula de clase.</p> <p>Establecimiento de consecuencias frente a las acciones que desarrolla.</p> <p>Establecimiento de límites.</p>	<p>Empoderamiento a la familia.</p> <p>Trabajar en la idea de “Victima” que le han atribuido a Mauricio.</p> <p>Análisis de refuerzos y castigos aplicados hasta el momento.</p> <p>Intervención escolar para manejo de la conducta en el aula.</p> <p>Desarrollo de prácticas de autocontrol por parte de la familia.</p> <p>Análisis y modificación de pautas de crianza.</p> <p>Establecimiento de límites en el hogar,</p> <p>Entrenamiento familiar para el Manejo del comportamiento disfuncional.</p> <p>Comprensión del TDH.</p>

COMPONENTES CLÍNICOS	CASO 1 “FELIPE”	CASO 2 “VICENTE”	CASO 3 “MAURICIO”
ABORDAJE CLÍNICO	<p>Proceso de elaboración de duelo frente a las pérdidas y separaciones que ha tenido.</p> <p>Trabajar en los sentimientos de culpa frente a diversas situaciones que ha vivido.</p> <p>Trabajar con la madre un proceso de aceptación de Felipe.</p> <p>Revisar las ideas de determinación que por influencia social y familiar especialmente Felipe tiene frente a su sexualidad.</p>		
	<p>La intervención ha estado encaminada a trabajar las ideas disfuncionales de la madre en cuanto a que la orientación sexual determina la calidad de vida que una persona pueda tener. Trabajo con la madre del menor para que pueda reconocerlo integralmente y no de</p>	<p>La intervención estuvo altamente enfocada en trabajar con el menor un proceso reflexivo de las conductas disfuncionales que presenta. De igual forma analizar las consecuencias de sus conductas y los efectos que ellas generan. Se hizo un trabajo pedagógico</p>	<p>La intervención ha sido de corte familiar principalmente. Los objetivos están dirigidos a revisar con la familia los parámetros de relación con el niño. Las relaciones entre ellos, las prácticas para el manejo de la conducta en Mauricio y los sistemas de respuesta de cada miembro dentro del hogar. Se han revisado aspectos relacionados con la organización familiar. Se</p>

COMPONENTES CLÍNICOS	CASO 1 “FELIPE”	CASO 2 “VICENTE”	CASO 3 “MAURICIO”
	<p>manera seccionada como lo ha hecho hasta el momento. Desvalorización de Felipe por las conductas e intereses que muestra en relación con la sexualidad. Con el menor trabajar los sentimientos de culpa en relación con el evento vivido desencadenante de la consulta. Entrenamiento en habilidades sociales específicas para movilizar experiencias afectivas satisfactorias. Trabajo en la expresión de necesidades. Revisión de las ideas irracionales alrededor de su sexualidad.</p>	<p>con los docentes para aproximarse a una comprensión de las dificultades de Vicente. Se realizó semanalmente una mesa de trabajo para análisis de logros y obstáculos y se enfocó la estrategia de trabajo.</p>	<p>ha desarrollado un proceso de elaboración de situaciones pasadas no asimiladas aún que llevan a mantener sentimientos y pensamientos disfuncionales. De igual forma se ha preparado a la familia para que en conjunto comprendan que es TDH información acerca del diagnóstico, etiología, datos epidemiológicos, curso del trastorno, problemas y síntomas asociados y estrategias de tratamiento más frecuentemente empleadas. El aprendizaje social dirigido a la familia ha estado enfocado a trabajar con ellos en la identificación de comportamientos para aumentar conductas positivas y disminuir conductas negativas. Se ha hecho énfasis en el establecimiento de reglas en la casa, establecimiento del tiempo especial con el niño, refuerzo, dar órdenes, tiempo fuera, manejo fuera de la casa y elaboración de tablas de puntos.</p>
RESULTADOS	<p>Mejoramiento en la relación madre-hijo. Sustitución de pensamientos</p>	<p>Disminución de conductas amenazantes y agresivas a compañeros de grupo. Elevación de la evaluación y análisis de</p>	<p>Comprensión familiar del comportamiento de un niño con TDH.</p>

COMPONENTES CLÍNICOS	CASO 1 "FELIPE"	CASO 2 "VICENTE"	CASO 3 "MAURICIO"
	<p>disfuncionales por funcionales en sus acciones.</p> <p>relación con la sexualidad (por parte de madre e hijo)</p> <p>Elaboración de duelo por separación de los padres.</p> <p>Re establecimiento vínculo con padre y hermana.</p> <p>Desarrollo de actitudes y habilidades que posibilitan proximidad y mejores relaciones con el grupo de pares.</p>	<p>Aumento en la actitud reflexiva frente a sus pensamientos, emociones y conductas.</p>	<p>Mejoramiento en los procesos de comunicación familiar.</p> <p>Avances en el autocontrol.</p> <p>Mejoramiento escolar. (Elevación del rendimiento escolar)</p> <p>Mejoramiento a nivel atencional.</p> <p>Logros en las conductas de auto cuidado.</p> <p>Desarrollo reflexivo por parte del niño.</p> <p>Disminución de las conductas agresivas (golpes e insultos)</p> <p>Elevación de la conducta ajustada a la norma.</p>
SEGUIMIENTO	CONTINÚA EN SEGUIMIENTO	NO CONTINÚA EN SEGUIMIENTO	CONTINÚA EN SEGUIMIENTO

DISCUSIÓN

La práctica desarrollada permitió el acercamiento y comprensión de muchas de las problemáticas que presentan los adolescentes y que son fuente de gran preocupación por padres y profesores. Muchos de los comportamientos evaluados como disfuncionales por la mirada adulta a nivel escolar son tras análisis de los resultados conductas que responden a un ciclo evolutivo que demanda el cubrimiento de unas necesidades específicas para el logro de la identidad y diferenciación personal del joven. Como lo señala (Alarcón, 1997) La adolescencia es una época de transición en el desarrollo de la personalidad, en donde se abandona el mundo infantil y se busca un espacio psicológico y social en el mundo adulto. En esta delimitación que él joven busca; con la cual intenta diferenciarse de los otros y alcanzar un proceso de individuación se viven situaciones fuente de estrés porque escapan a la normativa infantil establecida y porque los mecanismos que probablemente allí funcionan en un estilo relacional dominante dejan de operar en la manera esperada es este momento de vida. Sin duda alguna es una responsabilidad de los distintos actores sociales que culturalmente cumplen funciones socializadoras prepararse para ayudar al joven a que alcance un ajuste social y psicológico al ambiente.

Es fundamental hacer una revisión de los contextos en los cuales el adolescente se desarrolla y de los estilos educativos con los cuales se pretende hacer manejo y modificación de la conducta pues a través de mi trabajo el estilo autoritario y agresivo es fuente de reacciones desafiantes y agresivas por parte de estos grupos. Esto es coincidente con los postulados e investigaciones de Millón y Davis (1998) respecto al tipo de vínculo. Sin duda alguna un trabajo escolar en el

orden de la clínica estaría dirigido a trabajar los factores dinámicos en las relaciones de maestros y estudiantes.

El manejo de la autoridad, el clima escolar, la calidad de las relaciones, los procesos vinculares, los procesos de comunicación, el apego y pertenencia a la escuela, los estilos educativos, el manejo de la disciplina. Un estudio a este nivel sería orientativo de las líneas de acción que cada institución debe seguir para trabajar en sus particulares factores protectores. No podemos desconocer que muchas de las conductas que configuran o pueden llegar a configurar un trastorno psicológico social y/o conductual pueden estar determinadas tempranamente en la vida del joven. Factores hereditarios, familiares, de la propia personalidad están asociados a ello pero también es indispensable comprender que el curso que tomen muchas de estas dificultades está determinado por la comprensión y abordaje que hagamos de ellas. Un aspecto que me llamó poderosamente la atención en la experiencia de práctica es la desesperanza, la indiferencia y la fatalización que se hace de los problemas. La mirada que como clínicos damos a los problemas que aquejan a los consultantes determinará de manera significativa el abordaje del caso. Por ello es fundamental revisar la conceptualización y formulación que hacemos de los motivos de consulta de los pacientes. La mirada que damos a los problemas de los pacientes diferenciará su abordaje y probablemente el tipo de intervención que podamos consolidar. De manera particular me encontré dentro de la intervención de casos clínicos con que la formulación diagnóstica muchas veces impide el horizonte de la esperanza y la oportunidad que es el que busca cada uno de los clientes que llegan a nuestro consultorio. Ver como se hace de fácil en los distintos ambientes colocar nombres y etiquetas a las dificultades; por cierto, muchas de ellas normativas en el desarrollo y cómo esta situación puede claramente marcar la vida y oportunidades para un sujeto

demanda como prioridad generar una cultura al interior de los ambientes que integramos para que se respete la rigurosidad y análisis multinivel que requiere el diagnóstico, permeando a distintos actores sobre la necesidad de que cada análisis clínico sea efectuado por el profesional y/o equipo que se ha preparado para ello.

Dentro del trabajo con docentes un aspecto claramente evidenciado a través del análisis de la encuesta aplicada al grupo es la marcada atención que dan a que las dificultades de conducta en niños y adolescentes tienen como causa las relaciones y dinámicas familiares. Es interesante analizar que para el grupo de profesores los generadores de estas conductas tienen exclusivo referente en el sistema familiar. No se evidencian como factores desencadenantes o de mantenimiento elementos asociados a la escuela y al mismo sujeto. Esta perspectiva comprensiva es muy interesante porque explica desde allí el tipo de intervenciones que eligen los docentes y su postura en el tratamiento a estas necesidades y problemáticas. Como quedó expuesto en el marco conceptual de este trabajo la negligencia familiar aparece como un fenómeno con alcances emocionales graves para los sujetos que la han padecido como lo han planteado distintas investigaciones (Inglés, 1995; Moreno, Jiménez, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995) la negligencia tiene un impacto muy negativo en la población infantil pues conlleva en muchas ocasiones graves secuelas físicas y emocionales, (Ericson, Egeland y Pianta, 1989; Eckenrode, Laird y Doris, 1993; de Paúl y Arruabarrena, 1995; Fernández de Haro, 1995; Gracia, 1995; Stevenson, 1998; Pino, Herruzo y Moya, 2000), Polansky, De Saix y Sharlin (1972) Es difícil promover actualización y mejora de diversos aspectos cuando de antemano no se apuesta a que es posible. Existe en el ambiente escolar de parte de muchos docentes estas dos actitudes LA DESESPERANZA Y LA INDIFERENCIA la misma negligencia que como forma de maltrato ocasiona tantos traumas en la vida de los niños y que en muchos remite a una disfuncionalidad

en su vida joven y adulta se vive en la escuela, en el barrio, en la comunidad. Sobre todo... se vive en la escuela, allí donde se espera que sea el maestro una alternativa y una oportunidad para que el joven reactualice vínculos y conozca posibilidades distintas a las conocidas al interior de la familia.

A nivel de la práctica se puede constatar como se ha evidenciado en la literatura que la impulsividad, la dificultad para postergar la gratificación, el auto concepto disminuido, la falta de habilidades sociales, la baja empatía y la poca capacidad para sentir culpa son rasgos claros característicos de los trastornos o déficit conductuales. (White et al, 1994)

Por lo anterior; el manejo inicial que hagan familia y escuela a la aparición de estas conductas son buen predictor de un funcionamiento posterior. Es claro desde el estudio de los casos clínicos y en la experiencia de grupo que aquel que se significa como problema tiene menos oportunidades. Por el contrario aquel más aventajado cognitiva, afectiva y socialmente tiene más posibilidades para el logro. Este es un aspecto fundamental en el orden de los procesos pedagógicos y de revisión en la vida de cualquier institución: “Evaluar que espacio tienen aquellos que salen de la normativa y de los límites intrínsecamente aceptados y validados en la cultura escolar y social”. ¿Qué espacio daremos a todos aquellos que hacen difícil, tortuoso y exigente nuestro trabajo? Los casos clínicos me confrontaron sin duda alguna con una perspectiva ética profesional. ¿Acaso el lugar es el aislamiento, la expulsión, la segregación, la ridiculización, la agresividad y la indiferencia?

Todos estos aspectos relacionales fueron una constante en los casos abordados a manera individual y una situación latente pero evidenciada a través de los resultados de la evaluación en los grupos ¿Será que nuestras intervenciones están aumentando la vida en la calle y las cárceles de nuestras ciudades? o por el contrario con nuestras intervenciones restamos a tanta problemática social que vivimos. Por otra parte considero necesario poder hacer un acercamiento a los patrones culturales y familiares de estos jóvenes. Hay situaciones importantes en cuanto a la zona, el trabajo de los padres, los métodos de crianza, la capacidad parental, la relación familia- escuela que requiere un trabajo a profundidad.

El trabajo de entrenamiento en habilidades sociales fue significativo y alcanzó las expectativas que se habían planteado en la experiencia de práctica. Sin embargo el colegio requiere dar continuidad a este proceso más allá de una intervención puntual que de no mantenerse en la dinámica escolar pasará a recordarse de manera especial pero difícilmente permeará e introyectará la vida de los jóvenes. Es necesario trabajar en los factores protectores y revisar que elementos del contexto son favorecedores o entorpecedores para el logro de las habilidades intervenidas de tal manera que desde la infancia se de curso a un proceso que se revise en los distintos momentos evolutivos de los escolares para reforzar los aspectos que según las necesidades y características propias en cada etapa son claves para el ajuste específico.

CONCLUSIONES

1. La adolescencia es una etapa de múltiples cambios donde el joven lucha por alcanzar su individuación, esta lucha personal genera estrés entre pares y adultos.
2. No todas las dificultades que se reportan de la población adolescente pueden ser consideradas disfuncionales muchas de ellas son esenciales para que el joven cumpla con los logros evolutivos o tareas básicas de esta etapa.
3. Muchos de los desórdenes psicológicos en la población juvenil tienen un continuo en el desarrollo y en esta etapa se agudizan síntomas que venían evidenciándose en etapas anteriores.
4. Diagnósticos oportunos en las problemáticas de niños(as) y adolescentes son básicos para desarrollar abordajes integrales.
5. Identificar poblaciones de alto riesgo dentro de la institución escolar es un trabajo prioritario para hacer procesos de promoción y prevención en salud mental.

6. Los factores dinámicos en las relaciones familiares y escolares son predictores confiables para distintos trastornos.
7. La negligencia es una forma de contacto que genera desvinculación y discordancia como tipos operantes de relación.
8. Los adolescentes requieren un acercamiento particular por parte de los adultos: Comprensión a sus necesidades, afectividad, alta escucha, capacidad de negociación, supervisión y autoridad son elementos básicos en el trabajo con esta población.
9. El entrenamiento en habilidades sociales es un ejercicio importante a realizar con estos grupos porque favorece la revisión de actitudes y pensamientos que dificultan la vida social y en esta etapa la resolución de estos aspectos en relación con adultos y pares se configuran en elementos importantes para el posterior ajuste al ambiente.
10. Es importante revisar los recursos humanos que tienen y pueden lograr las instituciones escolares para diseñar estrategias que posibiliten la modificación de estilos pedagógicos que obstruyen las habilidades objeto de este trabajo.

RECOMENDACIONES

- A nivel teórico pienso que sería muy interesante hacer estudios longitudinales con pacientes diagnosticados con trastorno hiperactivo en la infancia y mirar el curso en las distintas etapas de la vida adolescencia, juventud y adultez.
- Dichos estudios permitirían hacer análisis comparativos que posibilitaran hacer abordaje clínico, familiar, social y escolar para promover mecanismos de protección para que el curso del trastorno no evolucione a trastornos conductuales severos en etapas siguientes de desarrollo.
- Para el Colegio Mesa de Jéridas que cuenta con gran potencial humano una recomendación estaría orientada a procesos continuados de formación docente en el manejo relacional con niños y adolescentes.
- Poder formar mesas de discusión sobre temas de interés del profesorado y trabajar conjuntamente en el análisis de dichas situaciones y en el abordaje pedagógico de las mismas.

- Considero de interés hacer una revisión de las áreas de asignación docente al profesor José Manuel quien por su formación en psicología es un recurso humano interesante para dar continuación a estos procesos y que a su vez el pueda estar rodeado de profesores que cuentan con perfiles interesantes, gran empatía con los estudiantes, logros en sus metodologías y didácticas y principalmente interés en entender y dar respuesta a diversas situaciones que viven los jóvenes en este contexto.
- Es importante que la institución tenga una mirada sobre sí misma y diseñe experiencias pedagógicas tendientes a dar respuesta a las necesidades que la comunidad escolar ha detectado.
- Es necesario entender que la familia como agente primario de socialización del niño tiene una marcada influencia en los aprendizajes pero que la escuela también como agente socializador tiene un compromiso ineludible de revisar dichos procesos y posibilitar alternativas relacionales.
- El programa de postgrado en psicología clínica debe marcar una orientación clara de enfoque. Sin duda alguna el eclecticismo a nivel de pregrado es una ganancia pues permite conocer diferentes tendencias pero a nivel de especialización es pertinente que el estudiante se consolide en un solo enfoque. Por eso recomiendo que el programa ahonde en el enfoque de mayor tendencia para la escuela que es el Cognitivo- Conductual y fundamente todo el proceso desde allí.

- Dentro del programa de formación es prioritario dar más énfasis a los diagnósticos diferenciados, a la correlación de trastornos y al conocimiento avanzado de batería de pruebas y procesos de evaluación.
- Considero importante la perspectiva médica en los trastornos mentales (Eje III en la evaluación multiaxial). Conocer con más profundidad esta clasificación y las correlaciones con trastornos psicológicos.
- Dentro del proceso formativo más entrenamiento en habilidades terapéuticas y llevar a cabo dichos procesos con profesionales con amplio ejercicio de la clínica.
- Por otra parte en lo concerniente al proceso de práctica considero que podría darse de una manera distinta que implique más rigurosidad en la formación del estudiante y un proceso evaluativo más continuado y cualitativo.
- Pienso que sería muy interesante al momento de la inscripción en el programa poder mostrar que se ejerce la clínica y tener mínimo tres pacientes con los que se lleve proceso terapéutico de no ser así a través de una vertiente focalizada como podría ser el centro de proyección social empezar a desarrollar dichos procesos.
- Durante la etapa de formación profesional me parecería muy interesante hacer análisis de los estudios de caso entre compañeros y tutor (es) asignado(s) y recibir retroalimentación de todas las decisiones tomadas con los pacientes. Por otra parte me parecería prioritario

que el grupo de docentes de la especialización diseñara un proceso para evaluar habilidades clínicas terapéuticas en los estudiantes y con base en ambos procesos se generaran los juicios valorativos para acceder al título de especialista.

REFLEXIÓN FINAL SOBRE EL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA

El proceso de práctica fue muy enriquecedor porque me permitió abordar una población con la cual desde mi experiencia laboral he tenido poco contacto. Desde hace 10 años me dedico a ejercer labores profesionales clínico- educativas con niños (as) en edades entre los 2 y los 11 años principalmente.

Sin duda alguna la etapa adolescencial dista mucho de los momentos evolutivos anteriores a esta. Trabajar con adolescentes es complejo porque están en un momento de su vida donde intentan mostrar contantemente rechazo a las pautas que social y culturalmente se les han establecido. Una palabra que podría identificar a estos grupos es la INCONSTANCIA y el elevado EGOCENTRISMO pareciera como si cada día estuvieran probando un poco de muchas cosas e intentando llenar un espacio vacío con urgencia. En ellos es clara la poca normatividad y regularidad. Esta particularidad hace que la intervención con estos grupos sea a diario de retos constantes. Digo de retos, porque exige mucho manejo, claridad en el norte, autoridad, límites, capacidad de improvisación y de que lo sientan a uno cercano, más como igual que como figura de poder.

Tuve que fresquearme en muchos momentos en que presentaban conductas inaceptadas... Esperar para ver poco a poco progresos... en muchos momentos la necesidad de respuestas puede convertirse en punto en contra en nuestro trabajo con estos jóvenes. Todos estos aspectos me permitieron un constante crecimiento para entender que cada sujeto y cada grupo es singular y que el ritmo de desarrollo no depende en exclusiva de mí sino de la relación y el proceso inter relacional que hayamos desarrollado. Fue muy satisfactorio haber logrado trabajar y aprovechar los espacios colectivos, ver la motivación de los jóvenes para el trabajo, querer entrar a las sesiones de grupo, quedarse minutos más allá de haber finalizado, contarme situaciones íntimas y personales, todos estos aspectos indicadores de empatía y pertenencia con el grupo.

Cada semana veía como se afianzaba el espacio de reunión grupal en propósitos de interés conjunto y cómo elevaron su escucha, respeto e interés real por los otros. Sentí que las adolescentes se identificaron mucho conmigo y en ellas su alegría en cada encuentro, su rendimiento y sentido de pertenencia hacia el grupo era más notoria. Con los adolescentes fue una experiencia bien particular por sus picos en los estados de ánimo y por su constante necesidad de atención y reconocimiento presentaban mucho infantilismo... comportamientos que me generaban cantidad de preguntas y me exigían colocar al máximo mi intuición clínica y espontaneidad ... pero que sin duda disfruté al máximo y me enseñaron a tomar decisiones que probablemente sólo la experiencia permite desarrollar.

por mi manera de trabajar siendo demasiado a la estructura y me gusta planear y finiquitar cada detalle antes de cualquier tipo de intervención; sin embargo este elemento fue contrario a mis propósitos con el grupo, en las primeras sesiones la organización y planeación exhaustiva parecía que era un factor que impedía la fluidez de los encuentros y la participación de los estudiantes, poco a poco, fui entendiendo como en la medida en que daba poder en cada reunión para que ellos encauzaran el trabajo siguiendo claro está, unos hilos conductores previamente definidos, acordados y conciliados en el grupo el trabajo sesión a sesión se hacía más interesante y el material que ellos ofrecían se convertía en el mejor instrumento para generar los aprendizajes y procesos reflexivos.

A nivel individual me sentí muy bien; considero que tengo mucha madera clínica. No quiero que parezca una posición narcisista ni mucho menos... pero amo la clínica... Así tal cual, es el campo de trabajo que sin duda alguna disfruto de una manera inigualable. Cada vez, siento que se ha agudizado mi capacidad de comprensión de diversas situaciones. La formación a nivel de la especialización me permitió un gran crecimiento en dos áreas principales: la evaluación y las técnicas específicas de intervención. Reconozco que recibí de la formación en postgrado elementos muy importantes de perfeccionamiento en estas áreas tan importantes para este campo. Creo que la clínica hace parte inherente de mi ser, de ver el mundo, lo social y sin duda alguna cada paciente, cada encuentro lo vivencio de manera especial y particular.

He aprendido a escuchar mucho más y a hacer lectura de intenciones muy profundas que desbordan las palabras, a escuchar a través del lenguaje del cuerpo y a manejar los

silencios y momentos de tensión en la consulta. Creo que soy muy asertiva en este sentido. He elevado mi memoria sesión a sesión antes escribía casi cada palabra y ahora plasmo en mi agenda sentidos y significados que atribuye el paciente para luego hacerme impresiones clínicas que me permitan espacio a espacio de trabajo adentrarme de manera más profunda a la subjetividad de cada paciente. Fue complejo para mí enfrentarme a Brandon (Ver anexo 4) porque el trabajo que diariamente realizo en mi ejercicio laboral profesional va orientado a apoyar el proceso de desarrollo normativo y revisar pautas de crianza que facilitan u obstaculizan procesos adaptativos a nivel escolar, familiar y social. Cada encuentro con Brandon me remitía a los casos particulares de hiperactividad que he tratado con éxito en el colegio y me reafirmaba como el camino de la afectividad y la frustración son una aliciente para tanta problemática social que hoy por hoy vivimos.

Como cada docente, cada escuela o colegio tiene un compromiso real e ineludible de entregarse afectivamente con cada niño o niña y que el diagnóstico sólo debe servir para comprender y como punto de partida sin embargo en muchos casos como en el caso de Brandon fue desde temprana edad y hasta hoy punto de llegada. Para su familia, profesores, especialistas, vecinos, conocidos.

Las sesiones de trabajo con docentes fueron provechosas, enfrentarse a estos grupos no es tarea fácil porque con ellos se respira cierta atmósfera amenazante tienden a creer y así lo manifiestan que en muchas ocasiones cuando un profesional de áreas asociadas a la educación da charlas o hace trabajos con ellos vienen los constantes señalamientos y reproches. Con ellos es importante tener un tacto muy especial, hacerlos parte, trabajar a

su lado, validar su conocimiento y experiencias y promover espacios que faciliten su empoderamiento docente que crean en lo significativo y primordial de su trabajo al igual que su labor pedagógica es primero vinculante y enseña de las relaciones humanas, de la manera de amar, de enfrentar obstáculos, de manejar logros, de valorar, de evaluar, en general de vivir y ver la vida.

Me encontré con una asesora de práctica a quien admiro profundamente y quiero señalar la razón... Nunca antes en la academia me había sentido con plena libertad ante un docente de ser como yo soy. Más allá del lenguaje científico, de la formalidad Ana me enseñó que ella al igual que yo somos más que psicólogas. Su conocimiento, sencillez, su manera de señalar aciertos y errores son fuente de crecimiento, no me sentí luchando o compitiendo como en tantas otras ocasiones. Ella me impulsó en momentos donde quería desfallecer y probablemente de no ser por su fuerza y particular ejercicio de control este informe hubiera seguido aplazándose no por falta de interés sino porque la tarea de sistematizar implica un ejercicio de tiempo que en ocasiones se complica por las distintas labores y ocupaciones que tenemos. No sé si esto sea pertinente en todo un informe de especialización pero en este proceso reflexivo que estoy desarrollando es un elemento que no quiero dejar pasar. A veces los psicólogos nos encuadernamos mucho y probablemente ello haga que veamos cada paciente y estudiante como el libro abierto del DSM IV o V y con todo y ese aparente conocimiento quedamos reclusos en cantidad de espejismos.

Sin duda alguna la clínica es la vida... es la subjetividad... es nuestra razón de ciencia...
y entender esta subjetividad es la única posibilidad de hacer reales intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

- **Alarcón, P.** (1997). Adolescencia y familia. Documento presentado en primeras Jornadas "Una Mirada a la Adolescencia" Universidad de la Frontera y Servicio de Salud Sur.
- **Angenent, H., & De Mann, A.** (1996). **Backgrounds factors of juvenile delinquency.** New York: Peter Lang. **Millon, T. & Davis, R.** (1998). Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.
- **Arón, A. y Milicic, N.** (1999). "Clima social escolar y desarrollo personal: Un programa de mejoramiento. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile.
- **Ávila, A., Jiménez-Gómez, F. & González, R.** (1996). Aproximación psicométrica a los patrones de personalidad y estilos de afrontamiento del estrés en la adolescencia: Perspectivas teóricas y técnicas de evaluación. En M. Casullo (Comp.), Evaluación psicológica en el campo de la salud (pp. 267-325). Barcelona: Paidós.
- **Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M.** (1997). Life-span theory in developmental psychology. In W. Damon & R. Lerner (Eds.), Handbook of child psychology (5 ed.; Chap. 18). New York, John Wiley & Sons.

- **Barkley, R.A.** (1997): Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- **Bender, D., Bliesener, T. & Lösel, F.** (1996). Deviance or resilience? A longitudinal study of adolescents in residential care. En G. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. McMurrin & C. Wilson (Eds.), *Psychology, law, and criminal justice*. New York: Walter de Gruyter.
- **Blackburn, R.** (1995). *The psychology of criminal conduct: Theory, research and practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- **Bowlby, J.** (1990). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- **Brandenburg, N.A. Friedman, R.M. y Silver. S E.** (1990) The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 76- 83.
- **Bronfenbrenner, U.** (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. En S. L. Friedman (Ed.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3-31). Washington, DC: American Psychological Association.
- **Caballo, V.**(1996). Evaluación de las habilidades sociales. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*, Madrid: Siglo XXI S.A.

- **Caspi, A., y Moffitt, T.E.** (1995) The continuity of maladaptive behavior: From description to understanding in the study of antisocial behavior. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (dirs) *Developmental psychopathology. Vol 2. Risk, disorder, and adaptation.* Nueva York: Wiley.
- **Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., & Poulton, R.** (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- **Cortés, M. R. y Cantón, J.** (1997). Definición, incidencia y causas del maltrato infantil en el contexto familiar. En J. Cantón y M. R. Cortés (Eds.), *Malos tratos y abuso sexual infantil* (pp. 1 – 72). Madrid: Siglo XXI.
- **Crockett, L. & Crouter, A.** (1995). *Pathways through adolescence. Individual development in relation to social contexts.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- **de Paúl, J. y Arruabarrena, M. I.** (1995). Behavior problems in school – aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse & Neglect*, 19, 409 – 418.
- **Dubowitz, H., Black, M., Starr, R. H. y Zuravin, S.** (1993). A conceptual definition of child neglect. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 8 – 27.
- **Erickson, M. F., Egeland, B. y Pianta, R.** (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 647-684). Cambridge: Cambridge University Press.
- **Erikson, E.** (1969). *Infancia y sociedad.* Buenos Aires: Paidós.

- **Florenzano, R. (1998).** El adolescente y sus conductas de riesgo. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- **Frías-Armenta, M., López- Escobar, A. E., & Díaz-Méndez, S. G. (2003).** Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8(1), 15-24.
- **Garber, J. (1984)** Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child Development*, 55, 30-48.
- **Garrido, V., Stangeland, P. & Redondo, S. (1999).** Principios de criminología. Valencia: Tirant lo Blanch.
- **Gracia, E. (1995).** Visible but unreported: a case for the “not serious enough” cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1083 – 1093.
- **Hare, R. (1991).** The psychopathy checklist-revised. Toronto: Multi-Health System.
- **Henry, B., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1996).** Temperamental and familial predictors of violent and non-violent criminal convictions: From age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 32, 614-623.
- **Henry, B., Moffitt, T. E., Robins, L. N., Earls, F., & Silva, P. A. (1993).** Early family predictors of child and adolescent antisocial behavior: Who are the mothers of delinquents? *Criminal Behavior and Mental Health*, 3, 97-118.
- **Himshaw, D., Lahey, B. & Hart, E. (1993).** Issues of taxonomy and co morbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.

- **Inglés, A. (1995).** Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre los malos tratos infantiles en Cataluña. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 23 – 32.
- **Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., & Arseneault, L. (2002).** Influence of adult domestic violence on children's internalizing and externalizing problems. An environmentally informative twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1095-1103.
- **Kernberg, O. F. (1989).** **The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior.** *Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 553-570.
- **Millon, T. & Davis, R. (1998).** *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV.* Barcelona: Masson.
- **Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., & Purcell, S. (2003).** Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development & Psychopathology*, 15, 297-311.
- **Lahey, B., & Loeber, R. (1992).** Attention-deficit / hiperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and adult antisocial behavior: a life span perspective. In D. Stoff, J. Breiling & J. Maser (Eds.). *Handbook of antisocial behavior* (pp. 51-59). New York: John Wiley & Sons.
- **Lahey, B., & Loeber, R. (1992).** Attention-deficit / hiperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and adult antisocial behavior: a life span perspective. In D. Stoff, J. Breiling & J. Maser (Eds.). *Handbook of antisocial behavior* (pp. 51-59). New York: John Wiley & Sons.

- **Machover Karen, (1974).** Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana. Ediciones cultura Bogotá Colombia 1974
- **Magdol, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Newman, D. L., Fagan, J., & Silva, P. A. (1997).** Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-years-olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 68-78.
- **Michelson, I.; Sugai, D.P.; Wood, R.P. Y Kazdin, A.E. (1983).** Social Skills Assessment and Training with Children, Nueva York: Plenum Press (Traducción en castellano: Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento, Barcelona: Martínez Roca, S.A.).
- **Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. A. (2001).** Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- **Monjas, M.I. (1993).** Programa de enseñanza de habilidades de interacción social. Para niños y niñas en edad escolar. Valladolid: M.I.M.C.
- **Moreno, J. M. (2002).** Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología*, 18 (1), 135-150.
- **Moreno, M. C., Jiménez, J., Oliva, A., Palacios, J. y Saldaña, D. (1995).** Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 33 – 47.

- **Offord, D.R. ; Boyle, M.H.;Szatmari, P.: Rae- Grant. N.I.; Links, P. S. ; Cadman, D. T. ; Byles, J. A.: Crawford, J.W.; Blum, H.M.; Byrne, C.: Thomas, H. y Woodward. C.A.** (1987): Ontario Child Health Study: II. Six- month prevalence of disorder and rates of service utilization. Archives of General Psychiatry, 44, 832- 836.
- **Oldano, I.** (1998). Criminología agresividad y delincuencia. Buenos Aires: Ad-Hoc.
- **Organización Mundial de la Salud** (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: O.M.S.
- **Organización Mundial de la Salud.** (1995). La salud de los jóvenes. Ginebra: Autor.
- **Pino, M., Herruzo J. y Moya, E.** (2000). Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar en España. Child Abuse & Neglect, 24, 911 – 924.
- **Polansky, N., De Saix, C. y Sharlin, S. A.** (1972). Child neglect. Understanding and reaching the parent. Child Welfare League of America, Washington.
- **Rutter, M. & Giller, H.** (1985). Delincuencia juvenil. Madrid: Martínez Roca.
- **Rutter, M.** (1989): Isle of Wright revisited: Twenty – Five years of child psychiatric epidemiology. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: 28, 633 – 653.
- **Seisdedos,N.**(1988): Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas. Madrid: TEA.

- **Smith, C. & Stern, S.** (1997). Delinquency and anti-social behavior: A review of family processes and intervention research. *Social Service Review*, 71, 392-429.
- **Spivack, G. and Shure, M.B.** (1974); *Social Adjustment of Young Children. A Cognitive Approach to Solving Real-Life Problem*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- **Spivack, G., Platt, J.J. And Shure, M.B.** (1976); *The Problem-Solving approach to Adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- **Stevenson, O.** (1998). Neglect: where now? Some reflections. *Child Abuse & Neglect*, 7, 111 – 115.
- **Vladislav, R., Eisemann, M. & Hägglöf, B.** (1999). Coping styles in delinquent adolescents and controls: The role of personality and parental rearing. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 705-717.
- **Wakefield. J. C.** (1992): The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- **White, J., Moffitt, T., Caspi, A., Bartusch, D., Needles, D. & Stouthamer-Loeber, M.** (1994). Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 192-205.
- **Winnicott, D.** (1991). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

ANEXOS

ANEXO 1. EVALUACION DE DOCENTES PARA DIAGNOSTICO DE DIFICULTADES CONDUCTUALES

Respetado (a) Docente:

Somos estudiantes en proceso de práctica en la Especialización de Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga nuestra propuesta de grado está orientada al trabajo con escolares con dificultades de comportamiento.

Tenemos como propósito desarrollar un proceso de intervención clínica para tratar problemas conductuales presentes en los estudiantes de esta institución. Para dicho trabajo vamos a dar inicio a una fase diagnóstica cuyo propósito es determinar las necesidades de la población escolar.

A continuación presentamos una serie de ítems y preguntas abiertas que son fundamentales para esta primera fase. Esperamos destine un tiempo para que lo que responda sea consecuente con su comprensión y análisis de las situaciones planteadas.

Antes de iniciar vamos a clarificar lo que desde el proyecto denominamos **PROBLEMAS CONDUCTUALES**.

PROBLEMAS CONDUCTUALES: Entenderemos como Problemas Conductuales aquellos comportamientos que interfieren drásticamente y negativamente con el desarrollo académico y/o las relaciones consigo mismo y/o los demás.

1. Conteste SI o No:

Considera que en la institución existen problemas conductuales en los estudiantes.

2. Si su respuesta es afirmativa ordene los siguientes problemas conductuales en orden del primero al octavo. Siendo el problema conductual de mayor frecuencia entre los estudiantes ordenado como PRIMERO y el OCTAVO el que se presenta con menor frecuencia.

PROBLEMAS CONDUCTUALES	DESCRIPCIÓN	ORDEN
CONDUCTAS AGRESIVAS	Agrede física o verbalmente a los otros.	
CONDUCTAS DESTRUCTIVAS	Daña materiales o bienes.	
CONDUCTAS DESAFIANTES	Se opone y desafía activamente a los adultos.	
CONDUCTAS AUTOLESIONANTES	Se lastima física o verbalmente. (auto insultos, golpes)	
CONDUCTAS PELIGROSAS	Llega con armas a la institución, amenaza, promueve actividades ilícitas.	
ROBO	Toma objetos que no son de su pertenencia.	
DESOBEDIENCIA	Incumple reiteradamente normas, acuerdos y reglas.	
HIPERACTIVIDAD	Se mueve en exceso, no permanece sentado, no respeta turnos, habla en exceso, interrumpe.	

3. Existen otros problemas conductuales (no señalados en la tabla anterior) que a su juicio tienen mayor presencia e importancia para la institución. ¿Cuáles?

4. De los estudiantes que tienen contacto directo con usted como (Director(a) de Grupo o Profesor(a) de alguna área específica) cuáles estudiantes considera que requieren de un apoyo profesional por las dificultades conductuales que presentan: Señálelos (NOMBRE Y CURSO)

Que intervenciones ha efectuado como docente para el manejo de los problemas conductuales que existen en los escolares a su cargo:

Que intervenciones realiza la institución a nivel directivo para el manejo y/o apoyo a estas dificultades:

5. Señale las causas a nivel familiar, escolar y social que desde su percepción generan estos problemas:

6. Que expectativas le genera el trabajo de una psicóloga clínica en la institución:

7. Qué tipo de intervención (es) desearía que una psicóloga clínica ofreciera para la institución en el manejo de estas problemáticas.

Favor colocar su nombre completo. _____

Fecha de entrega: _____

Grupo que dirige: _____

Materias que dicta: _____

Esta información es de carácter privado y confidencial, tiene como objetivo exclusivo hacer un diagnóstico de las necesidades, por tanto sólo será usada para tal fin.

Muchas Gracias.

Paola Ximena Santos Uribe
Psicóloga.

Ana Teresa Parra Suárez
Psicóloga

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELICTIVA DE SEISDEDOS. (1988):

CUESTIONARIO AD

1. Alborotar o silbar en una reunión, lugar público o de trabajo.
2. Salir sin permiso (del trabajo, de casa o del colegio).
3. Entrar en un sitio prohibido (jardín privado, casa vacía).
4. Ensuciar las calles /aceras rompiendo botellas o volcando cestas de basura.
5. Decir groserías o palabras fuertes.
6. Molestar a personas desconocidas o hacer daños en lugares públicos.
7. Llegar tarde al trabajo, colegio o reunión.
8. Hacer trampas (en examen, competición importante, información de resultados).
9. Tirar basuras al suelo (cuando hay cerca una papelera o canasta).
10. Pintar en lugares prohibidos (pared, tabletas, mesa, etc.).
11. Coger fruta en un jardín /huerto que pertenece a otra persona.
12. Romper o tirar al suelo cosas que son de otra persona.
13. Gastar bromas pesadas a la gente, como empujarlas dentro de un charco o quitarles la silla cuando van a sentarse.
14. Llegar, a propósito, más tarde de lo permitido (a casa, trabajo, obligación).
15. Arrancar o pisotear flores o plantas en un parque o jardín.
16. Llamar a la puerta de alguien y salir corriendo.
17. Comer, cuando está prohibido, en el trabajo, clase, cine, etc.).
18. Contestar mal a un superior o autoridad (trabajo o calle).
19. Negarse a hacer las tareas encomendadas (trabajo, clase o casa).
20. Pelearse con otros (con golpes, insultos o palabras ofensivas).
21. Pertenecer a una pandilla que arma problemas, se mete en peleas o crea disturbios.
22. Coger el carro o la moto de un desconocido para dar un paseo, con la única intención de divertirse.

23. Forzar la entrada de un almacén, garaje, depósito o caseta.
24. Entrar en una tienda que está cerrada, robando o sin robar algo.
25. Robar cosas de los carros.
26. Llevar algún arma (cuchillo/navaja) por si es necesaria en una pelea.
27. Planear de antemano entrar en un casa/apartamento/finca /etc. para robar cosas de valor (y hacerlo si se puede).
28. Coger la bicicleta de un desconocido y quedarse con ella.
29. Forcejear o pelear para escapar de un policía.
30. Robar cosas de un lugar público (trabajo/colegio) por valor de más de \$ 10.000.
31. Robar cosas de grandes almacenes, supermercados, etc., estando abiertos.
32. Entrar en una casa/apartamento/etc. y robar algo (sin haberlo planeado antes).
33. Robar materiales o herramientas a gente que esta trabajando.
34. Gastar frecuentemente en el juego más dinero del que se puede.
35. Robar cosas o dinero en las máquinas tragamonedas, teléfono público, etc.).
36. Robar ropa de un tendero o cosas de los bolsillos de ropa colgada en un gancho.
37. Conseguir dinero amenazando a personas más débiles.
38. Tomar drogas.
39. Destrozar o dañar cosas en lugares públicos.
40. Entrar en un club prohibido o comprar bebidas prohibidas.

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCION SOCIAL

(Versión autoinforme)

1. Soluciono por mi mismo/a los conflictos que se me plantean con las personas adultas
2. Cuando tengo un problema con otros chicos y chicas, después de poner en práctica la solución elegida, evalúo los resultados obtenidos
3. Me digo a mi mismo/a cosas positivas
4. Alabo y digo cosas positivas y agradables a las personas adultas
5. Defiendo y reclamo mis derechos ante las y los demás
6. Saludo de modo adecuado a otras personas
7. Expreso y defiendo adecuadamente mis opiniones
8. Ante un problema con otros chicos y chicas, elijo una solución efectiva y justa para las personas implicadas
9. Respondo correctamente a las peticiones y sugerencias de las personas adultas
10. Respondo adecuadamente a las emociones y sentimientos agradables y positivos de los y las demás (felicitaciones, alegría...)
11. Ayudo a otros chicos y chicas en distintas ocasiones
12. Cuando tengo un problema con otros chicos y chicas, me pongo en su lugar y busco soluciones
13. Me río con otras personas cuando es oportuno
14. Cuando tengo un problema con una persona adulta, me pongo en su lugar y trato de solucionarlo
15. Pido ayuda a otras personas cuando lo necesito
16. Inicio y termino conversaciones con personas adultas
17. Respondo adecuadamente cuando las personas con las que estoy hablando quieren terminar la conversación
18. Respondo correctamente cuando las personas adultas se dirigen a mi de modo amable y educado
19. Hago alabanzas y digo cosas positivas a otros chicos y chicas

20. Respondo adecuadamente a las emociones y sentimientos desagradables y negativos de los y las demás (críticas enfado, tristeza)
21. Respondo correctamente cuando otro/a chico/a me pide que juegue o realice alguna actividad con él/ella
22. Respondo adecuadamente cuando otras personas me saludan
23. Cuando me relaciono con las personas adultas, soy cortés y educado/a
24. Pido favores a otras personas cuando necesito algo
25. Coopero con otros chicos y chicas en diversas actividades y juegos (participo, doy sugerencias, animo, etc.)
26. Sonrío a las demás personas en las situaciones adecuadas
27. Expreso adecuadamente a las demás personas mis emociones y sentimientos agradables y positivos (felicidad, placer, alegría...)
28. Cuando tengo un conflicto con otros chicos y chicas, preparo cómo voy a poner en práctica la solución elegida
29. Hago peticiones, sugerencias y quejas a las personas adultas
30. Cuando tengo un problema con otros chicos y chicas, pienso en las consecuencias de lo que puedo hacer para solucionarlo
31. Respondo adecuadamente cuando otras personas me hacen alabanzas, elogios y cumplidos
32. Comparto mis cosas con los otros chicos y chicas
33. Tengo conversaciones con las personas adultas
34. Cuando hablo con otra persona, escucho lo que me dice, respondo a lo que me pregunta y digo lo que yo pienso y siento
35. Cuando charlo con otros chicos y chicas, termino la conversación de modo adecuado
36. Respondo adecuadamente cuando otros chicos y chicas se dirigen hacia a mi de modo amable y educado
37. Me junto con otros chicos y chicas que están jugando o realizando una actividad
38. Expreso adecuadamente a las demás personas mis emociones y sentimientos desagradables y negativos (tristeza, enfado, fracaso...)
39. Respondo adecuadamente cuando otros chicos y chicas quieren entrar a nuestra conversación
40. Soy sincero/a cuando alabo y elogio a las personas adultas

41. Respondo adecuadamente cuando otros chicos y chicas quieren iniciar una conversación conmigo
42. Cuando quiero solucionar un problema que tengo con otros chicos y chicas, trato de elegir la mejor solución
43. Me presento ante otras personas cuando es necesario
44. Respondo de modo apropiado cuando otros chicos y chicas quieren unirse conmigo a jugar o a realizar una actividad
45. Hago favores a otras personas en distintas ocasiones
46. Me uno a la conversación que tienen otros chicos y chicas
47. Respondo adecuadamente cuando otras personas defienden sus derechos
48. Expreso desacuerdo con otras personas cuando es oportuno
49. Cuando tengo un problema con otros chicos y chicas, trato de buscar las causas que lo motivaron
50. Cuando tengo una conversación con otras personas, participo activamente (cambio de tema, intervengo en la conversación, etc.)
51. Identifico los problemas que me surgen cuando me relaciono con otros chicos y chicas
52. Ante un problema con otros chicos y chicas, busco muchas soluciones
53. Inicio conversaciones con otros chicos y chicas
54. Cuando tengo un problema con otros chicos y chicas, pienso en las consecuencias de lo que hagan los demás para solucionarlo
55. Inicio juegos y otras actividades con otros chicos y chicas
56. Expreso cosas positivas de mi mismo/a ante otras personas
57. Presento a otras personas que no se conocen entre sí
58. Cuando hablo con un grupo de chicos y chicas, participo de acuerdo a las normas establecidas
59. Cuando me relaciono con otros chicos y chicas, pido las cosas por favor, digo gracias, me disculpo, etc.
60. Cuando tengo una conversación en grupo, intervengo cuando es necesario y lo hago de modo correcto

ANEXO 4. PRESENTACIÓN ESTUDIOS DE CASO CLÍNICO.

Estudio de Caso Número 1

1. Datos sociodemográficos:

Nombre consultante: Felipe

Historia No: 00001

Fecha: 15 Septiembre 2009

Fecha de Nacimiento: Enero 29 de 1998. Edad: 11 años.

Nombre de los Padres:

Domicilio:

Teléfono:

Curso escolar actual: Quinto de Primaria **Centro escolar:** Aurelio Martínez Mutis

Seguro médico: SURA

Nombre acudiente:

Remitido: SI **Motivo de la Remisión:** La mamá está muy angustiada por una situación que se presentó con el niño y un muchacho que trabajaba en la casa. Está desesperada y no sabe qué hacer con el menor.

Composición Familiar: Padre, madre, 1 hermana.

2. Motivo de Consulta:

Mamá: “Quiero que Felipe tenga una vida normal, mi prioridad en este momento es su salud física y mental”.

Paciente: “Quiero que me ayudes a que no me gusten los muchachos”.

3. Listado y descripción de problemas

- Atracción física y deseo de intimidad con personas de su mismo sexo.
- Experiencias de tocamiento y sexo oral con un joven de 18 años.
- Sentimientos de culpa, auto reproche frente a los sentimientos de la madre.
- Tendencia a acosar a compañeros de la misma edad.
- Ideas de muerte y enfermedad asociadas a conductas sexuales.
- Amaneramiento.
- Deseo expreso de sentir atracción, gusto y deseo por los chicos.

4. Evaluación Diagnóstica (Instrumentos Aplicados)

La evaluación se desarrolló en tres sesiones de entrevista con la madre del menor y 2 con el menor.

Los instrumentos aplicados fueron:

- Test Wartteg
- Test de Figura Humana

- Dibujo de la familia
- Auto reporte de Historia de Vida

La entrevista permitió una recopilación de datos y estructuración de la historia clínica del menor.

Los instrumentos aplicados arrojaron un grupo de características y rasgos clínicos que a continuación relaciono. El test Wartegg muestra los siguientes indicadores; Mantiene una preocupación afectiva dominante, se reprime e inhibe emocionalmente, existe un claro deseo de superación, los estados de ánimo oscilan entre entusiasmo y depresión, falta concentración para tomar una línea de acción, complejo de inferioridad, se muestra ante las personas como feliz pero está profundamente triste, es capaz de observar objetivamente pero no lo hace frente a las cosas con alta carga afectiva, muestra actitudes de oposición y agresividad, existe en él una lucha interna que trata de organizar. En el dibujo de figura humana al igual que en el de la familia llama la atención la constante manos ocultas en todas las figuras. (Dicho rasgo está referido probablemente con las conductas en el orden de lo sexual reprochadas socialmente) De igual manera llama la atención el tamaño disminuido de las figuras, los detalles en el cabello, cejas y pestañas. Las figuras de hombre y mujer de perfil (mitad) muestra una disociación y rechazo por el sexo opuesto. En el desarrollo del dibujo de la familia su comportamiento no verbal fue significativo. Cuando empezó a dibujar al papá empezó a llorar, al ser abordado señaló que extrañaba mucho a su padre y que anhelaba que pudieran volver a ser una familia y no estar así separados

como se encontraban. El orden en el que los pinta también es significativo. Primero al padre, último mamá. Se ubica al lado de la mamá y a su hermana al lado del padre. También se pinta en un plano inferior respecto al de su familia y en tamaño más pequeño en relación con el grupo.

5. Historia y Antecedentes del problema:

Felipe relata haber sentido atracción por los niños a partir de los 6 años de edad. “Me parecían lindos los niños” y “Siempre me fijaba en ellos”. La mamá señala que cuando estaba de esa edad y veía un joven decía: “adiós mi amor” les mandaba besos. De igual manera llama para ella la atención en la excesiva preocupación e interés de Felipe en temas relacionados con el apareamiento y el fijarse en todo lo que hacen las mujeres. Aparente abuso sexual a los 5 años del niño efectuado por un familiar del padre del menor con retardo mental. Durante el desarrollo personas de la familia y cercanas a la familia del menor le han señalado a la madre que ven actitudes y comportamientos en Felipe que distan de un niño. (Conductas de amaneramiento). El mejor amigo de Felipe de toda la primaria le ha confesado que le gustan los hombres y Felipe siente mucha identificación con este niño. Hace dos meses la tía del menor lo encontró desnudo en experiencias íntimas con un joven que trabaja eventualmente en el hogar en la realización de oficios varios.

6. Descripción de la historia de vida:

Embarazo normal a término por cesárea. La madre le mantuvo oculto el sexo del bebé al padre hasta el momento del nacimiento porque era el primer hijo varón de la familia actual y en relación con la anterior relación del padre donde había tenido dos hijas. Felipe vivió sus primeros 6 años de vida en Venezuela donde aún vive el padre del menor. A lo largo de estos existió una fuerte conflictiva familiar principalmente a nivel de pareja, dichos problemas tenían un foco importante en las actitudes del padre frente al alcohol. Problema que se fue agudizando hasta que la madre tomó la decisión de separarse y trasladarse de ciudad con sus dos hijos. Por otra parte de la madre refiere haber dejado de quererlo.

Felipe siempre ha tenido un rendimiento promedio en el colegio. Acomodación a los cambios sin manifestación de sentimientos. Tras la separación los niños vivieron con la madre y la abuela materna (Bucaramanga) muchos episodios de crisis por la enfermedad de la abuela. Situación sentida por la madre del menor como una carga emocional muy alta en la cual la familia de origen dejó sobre ella casi en exclusiva el manejo de dicha situación.

Posterior reorganización familiar debido a aspectos económicos la tía, su esposo e hija se fueron a convivir con ellos para aminorar gastos del hogar y entre todos contribuir con la enfermedad de la mamá.

Hace dos años la madre del menor estableció una nueva relación de pareja con un hombre que vive en otra ciudad y con quien se ve de manera eventual. Dicha situación

desencadenó crisis con la hija que terminó decidiendo irse a vivir con el papá a Venezuela. En la actualidad no hay de parte de la niña aceptación de esta situación. Para Felipe este hecho es indiferente. Relación muy conflictiva entre los dos hermanos (Cuando vivían las peleas y riñas eran constantes) en la actualidad existe distanciamiento en ellos pero igualmente cuando pasan tiempo juntos (periodo de vacaciones hay fuertes conflictos).

7. Áreas de funcionamiento

<p>Área Académica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta motivación al logro. ▪ Claros planes académicos en el orden de las ciencias naturales señala querer estudiar biología marina. ▪ Su rendimiento académico ha sido bueno. ▪ Sin repitencia escolar.
<p>Área social</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Buenas relaciones con niños y niñas del grupo.</i> • <i>Más afinidad con las niñas que con los niños.</i> • <i>Fuera del colegio no existen vínculos con otros niños.</i> • <i>Pocas actividades fuera del plano académico.</i>
<p>Área Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Conflictos familiares actuales. (con el esposo de la hermana) de la mamá quienes viven en la casa.</i> • <i>Sentimiento de poca autonomía y control en casa para tomar decisiones.</i>
<p>Área sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Interés marcado por la sexualidad.</i> ▪ <i>Los aspectos propios del desarrollo.</i>

- *Identificación con las mujeres.*
- *Exposición a películas y videos pornográficos a la edad de 7 años.*
- *Deseo de intimar con algunos niños de su grupo (besarlos, acariciarlos)*
- *Episodios de tocamientos y sexo oral con un joven de 18 años.*
- *Marcada repulsión ante características sexuales secundarias (Barba, bigote, vello etc.*
- *Atracción por chicos mayores (Qué muestran desarrollo varonil)*

8. Análisis Funcional

Felipe tiene un funcionamiento general apropiado. No percibe dificultades personales, académicas o sociales. Tiene expectativas claras en las diversas áreas de su vida. No le preocupan sus pensamientos y sentimientos en el orden de la sexualidad. El motivo de consulta fue variando en el transcurso de las sesiones manifestando de manera explícita que el deseo de cambio está enmarcado y promovido por el rechazo y no aprobación de la familia quienes constantemente le exigen que tiene que cambiar y actuar y pensar de manera distinta porque es un hombre. Su interés de cambio está basado en la culpa que tiene instaurada por los sentimientos que madre y tía de manera directa y encubierta le han expresado o hecho sentir en relación con sus intereses sexuales. Muestra comodidad y gusto frente al área sexual.

Conclusiones:

Felipe tiene una alteración en la identidad de género.

Identificación con la madre de familia y pobre identificación con la figura paterna.

Asociación por parte del niño de que la masculinidad es equiparable a violencia.

Refuerzo social de la idea de “homosexual” por familia y compañeros en atribución a conductas de amaneramiento.

Atención extrema de la familia a la sexualidad de Felipe. La comunicación con el niño está estrechamente ligada a su sexualidad. La familia intenta modificar pensamientos y actitudes de Felipe haciéndole ver la homosexualidad como pecado o asociada a enfermedades.

9. Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección.

Factores de Predisposición:

- Antecedentes homosexuales (familia materna)
- Idea por parte del padre de estar esperando una niña.
- Antecedentes de enfermedad mental por parte de la familia paterna.
- Rechazo implícito a la figura paterna.
- Inexistentes modelos alternativos de identificación masculina.
- Antecedentes de alcoholismo por el padre.

Factores de Adquisición

- Probable abuso a los 5 años.
- Exposición a películas de contenido sexual a la edad de 6 años.

Factores desencadenantes:

- Pobres vínculos afectivos.
- Mucho aislamiento social.
- Introversión.
- Falta de afecto y de interés real de otros por el menor.
- Duelo no elaborado respecto a la separación de los padres y alejamiento de la hermana.
- Ideas religiosas y conservadoras frente a las tendencias y orientación sexual.
- Atención a la norma y a las exigencias y expectativas culturales.
- Su mejor amigo le expresa que le gustan los niños.
- Experiencias sexuales con un joven mayor que lo satisfacen.

Factores de Mantenimiento:

- Distanciamiento afectivo.
- Atención excesiva a su conducta que se convierte en reforzadora de la misma.
- Aislamiento y soledad.
- Ansiedad.

Factores de Protección:

- Aceptación escolar.
- Logros académicos.
- Culpa por los sentimientos de la madre.
- Deseo de acercarse a las niñas.

10. Hipótesis diagnóstica (DSM IV)

De acuerdo con la información recolectada en las sesiones, el paciente presenta un trastorno en la identidad sexual (302.6) según el DSM IV los criterios diagnósticos que cumple se relacionan a continuación:

Para el criterio A: **Identificación acusada y persistente con el otro sexo los rasgos que cumple son:**

1. Deseos repetidos de ser, del otro sexo.
2. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo.
5. Preferencia marcada por compañeros del otro sexo.

B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

Aversión hacia los juegos violentos, y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; y preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo).

11. Evaluación Multiaxial:

Eje I Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual.

Eje II Ninguno.

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V EEAG = 70

Actual: 80

12. Hipótesis clínica

Felipe fue concebido sin ser deseado porque existían muchos problemas en la pareja y la madre intrínsecamente había asumido que sólo iba a quedarse con la niña mayor. Alrededor del embarazo de Felipe hubo una intuición y sentimientos muy marcados por parte de la mamá de que iba a ser otra niña. No se contemplaba la idea de que fuera un varón por ideas irracionales alrededor de la capacidad de procreación del padre: “él sólo puede dar mujeres”. De parte de la madre hay una marcada preferencia e identificación con la niña y un sentimiento expreso que desde pequeño sentía que su afecto no era igual para Felipe y Andrea. Tempranamente personas cercanas a los padres (amigos y familiares próximos) empezaron a señalar que veían en Felipe actitudes que distaban de lo que se esperaba de un niño. Se reforzó en la madre del menor su distanciamiento afectivo y poco involucramiento porque pensar en la posibilidad de que Felipe desarrolle tendencias homosexuales le generan fuerte conflictiva. En los primeros años del menor marcado control por parte del padre y actitudes descalificantes frente a sus acciones. Mucha exigencia frente a todo lo que hacía y el reproche por no cumplir con sus expectativas frente a las actividades que desarrollaba. La relación conflictiva y poco vincular con el padre impidió un proceso de identificación con el mismo, además en el hogar no existían más figuras masculinas. La imagen del padre era constantemente atacada por la madre en privado con sus hijos pues

hablaba con ellos de los temas que la incomodaban y le preocupaban del padre alrededor del alcohol y sus actitudes de extrema perfección frente al trabajo.

13. Objetivos terapéuticos

- Trabajar en las ideas de “Normalidad” y “anormalidad” que el menor maneja frente al comportamiento sexual.
- Promover un restablecimiento de la relación con el padre del menor.
- Trabajo en el vínculo madre- hijo.
- Entrenamiento en habilidades sociales para el desarrollo de relaciones significativas con niñas y niños.
- Trabajar en el concepto del niño frente a sí mismo y su valía personal.
- Trabajar en familia en hacer partícipe a Felipe en las decisiones de casa y validar sus sentimientos, necesidades y expectativas.
- Ayudarlo en la expresión de sentimientos.
- Proceso de elaboración de duelo frente a las pérdidas y separaciones que ha tenido.
- Trabajar en los sentimientos de culpa frente a diversas situaciones que ha vivido.
- Trabajar con la madre un proceso de aceptación de Felipe.
- Revisar las ideas de determinación que por influencia social y familiar especialmente Felipe tiene frente a su sexualidad.

14. Intervención:

Cognitiva – Conductual

La intervención ha estado encaminada a trabajar las ideas disfuncionales de la madre en cuanto a que la orientación sexual determina la calidad de vida que una persona pueda tener. Trabajo con la madre del menor para que pueda reconocerlo integralmente y no de manera seccionada como lo ha hecho hasta el momento. Desvalorización de Felipe por las conductas e intereses que muestra en relación con la sexualidad.

Con el menor trabajar los sentimientos de culpa en relación con el evento vivido desencadenante de la consulta.

Entrenamiento en habilidades sociales específicas para movilizar experiencias afectivas satisfactorias. Trabajo en la expresión de necesidades. Revisión de las ideas irracionales alrededor de su sexualidad.

Estudio de Caso Número 2

1. Datos sociodemográficos:

Nombre consultante: Vicente

Historia No: 00002

Fecha: 16 Septiembre 2009

Fecha de Nacimiento: Enero 05 de 1996. Edad: 13 años.

Nombre de los Padres:

Domicilio:

Teléfono:

Curso escolar actual: Sexto de Bachillerato **Centro escolar:** Mesa de Jéridas **Seguro médico:**

COOMEVA

Nombre acudiente:

Teléfono trabajo:

Remitido: SI Motivo de la Remisión: Le pega a los compañeros, les toca sus genitales. Mantiene conductas morbosas y es muy vulgar. No responde con sus deberes académicos. Tiene un diagnóstico de hiperactividad. Lo recibimos en el colegio por orden de la defensoría porque viene botado de todos los colegios de La Mesa.

2. Motivo de Consulta:

“Quiero que me ayude a no joder tanto, a mejorar mi comportamiento”

3. Listado y descripción de problemas:

1. Movimiento excesivo por todo el salón.
2. Vocabulario inadecuado.
3. Colocar apodosos ofensivos.
4. Agresiones verbales y físicas a compañeros(as).
5. Conductas de irrespeto.
6. Llamar la atención con conductas exageradas como bostezar fuertemente o gritar.
7. Ingresos tardíos al salón de clases sin justificación.
8. Salidas no justificadas del salón de clase.
9. Dificil o nulo cumplimiento de las actividades asignadas en clase y extraclase.
10. Reírse constantemente sin motivo real.
11. Amenazas a sus compañeros.

12. Consumo eventual de marihuana.
13. Conductas de robo.
14. Agresiones físicas y verbales a la hermana.

4. Evaluación Diagnóstica (Instrumentos Utilizados)

La evaluación se desarrolló en tres sesiones de entrevista con el menor

Los instrumentos aplicados fueron:

- **Test Wartteg**
- **Test de Figura Humana**
- **Cuestionario AD- Conductas Antisociales – Delictivas**

5. Historia y Antecedentes del problema:

Desde que Vicente ingresó al preescolar la profesora empezó a señalarle a la mamá que el comportamiento del niño discrepaba del de un niño de su edad. Se trepaba en exceso a todos los lugares, optaba por situaciones de alto riesgo, no seguía indicaciones ni acataba las órdenes de la profesora. En el grado de transición la profesora del niño le dio una cachetada porque le contestó de manera inadecuada. Cada año la conducta fue más disfuncional, lo promovían por decisión del comité evaluativo de la institución buscando que el niño terminara prontamente su ciclo de educación básica sin embargo los informes descriptivos entregados al final del año mostraron

grado a grado el no alcance de los logros y la pérdida del año escolar. Fue expulsado del colegio donde había estudiado hasta quinto (5º) por sus problemas de conducta. No fue recibido en ningún colegio de la zona y por orden de la Personería le dieron el cupo en el colegio actual. Los profesores ven muy disfuncional el comportamiento de Vicente y optan como estrategia permanente hacer las anotaciones en el observador y llevarlo a coordinación, señalan que Vicente es una influencia muy negativa ante el grupo y que todos los niños le tienen miedo porque permanentemente los amenaza y manipula para que hagan lo que él quiere. Actualmente lleva perdido el año escolar contantes quejas por indisciplina, bajo rendimiento académico y responsabilidad con sus deberes.

6. Descripción de la historia de vida:

Vicente es el menor de tres hermanos. Embarazo no deseado. Control excesivo por parte del padre a la madre de familia y fuerte violencia de pareja. Abandono, negligencia y descuido por parte de la madre del menor. Desde muy niño se la pasaba todo el día en la calle con otros niños mientras la madre salía a distintas actividades. En este tiempo empezó a tener experiencias relacionadas con el irrumpimiento a la norma (maltratar animales, robar, dañar cosas, asustar o atacar a niños menores o personas en grado de vulnerabilidad) Hace cuatro años separación de los padres. A la edad de 7 años se fugó de la casa y volvió a los dos días. Sufrimiento tras la muerte de su abuelo materno con quién tenía buena relación y se identificaba.

Dificultades actuales y presentes con la madre y hermana. Relación significativa con el hermano. Más armonía y estabilidad en el vínculo, lo escucha y le preocupa lo que él piense. Con el padre gran conflictiva. Hace comentarios “El es un loco” “Retardado mental” “Entréguelo a Bienestar

Familiar”. Señalamientos por parte del padre de que Vicente no es hijo suyo porque no puede haber tenido un hijo de las características del menor.

Durante su niñez fuerte maltrato y violencia de la madre hacia el menor para control de su conducta. Fue demandada ante Bienestar Familiar por los vecinos por dicho trato. Alternancia entre violencia excesiva y permisividad. Se le castigaba de manera fuerte al menor y luego la madre le pedía perdón por haberse dejado llevar por la ira. En la actualidad Vicente hace lo que quiere. Ejerce fuerte presión sobre la madre quien es fácilmente manipulada. Le exige dinero de manera constante y la amenaza. Involucramiento con jóvenes mayores de la zona para hacer actividades ilícitas. Inicio de consumo eventual de marihuana. Consumo de alcohol y cigarrillo y exposición a contenido pornográfico.

7. Áreas de funcionamiento

Área Académica

- *Bajo rendimiento escolar.*
- *Problemas de atención y comprensión.*
- *Problemas de lecto- escritura.*
- *Baja motivación al logro.*
- *Incumplimiento constante con todas las actividades académicas.*
- *Rechazo de profesores.*

Área social

- *Relaciones sociales muy conflictivas y hostiles con los compañeros del grupo.*
- *Rechazo de los compañeros por las dificultades de conducta.*
- *Empatía con estudiantes de 10 y 11 grado.*

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Participación en grupos que organizan actividades de vandalismo.</i> • <i>Amistades con jóvenes del barrio con antecedentes delictivos.</i>
<p>Área Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Relación violenta con la hermana.</i> • <i>Nulo respeto a la autoridad de la madre.</i> • <i>Manipulación a la madre por su relación afectiva actual.</i> • <i>Distanciamiento con el padre.</i> • <i>Descalificación del menor por parte del padre</i>
<p>Área sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Fácil acercamiento a niñas mayores.</i> ▪ <i>Inicio de relaciones sexuales.</i> ▪ <i>Exposición a material pornográfico.</i>

8. Análisis Funcional

Vicente presenta disfuncionalidad en los ambientes de colegio, barrio y casa. No se ajusta a las normas en ninguno de estos ambientes y en cada uno de ellos vive una fuerte conflictiva y presenta relaciones interpersonales muy deterioradas. El muestra sentirse cómodo con lo que hace y no preocuparse por estas dificultades más allá de los efectos negativos que representan dichos problemas para sus intereses. Presenta una conflictiva alta en las relaciones con su grupo de pares pero alto nivel de reconocimiento y aceptación con jóvenes (mujeres y hombres) mayores.

9. Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección.

Factores de predisposición:

- Embarazo no deseado.
- Intentos repetidos de aborto.
- Violencia conyugal durante el embarazo y los primeros 7 años.
- Negligencia por parte de los padres.
- Antecedentes de enfermedad mental (familia materna)

Factores desencadenantes:

- Baja adaptación escolar.
- Excesivo autoritarismo por parte de los padres.
- Claras señales de preferencia hacia los otros hermanos.
- Inadecuación en pautas de crianza y manejo de la autoridad.
- Amistad con un niño con quien se reunía para hacer daño a animales, robar y efectuar daños a bienes.

Factores de mantenimiento:

- Manejo inadecuado del menor en los ambientes de casa y colegio.
- Fracaso escolar.
- Relación conflictiva con padres y hermana.
- Rechazo y descalificación social.
- Discriminación.

Factores de protección:

- Relación positiva con el hermano.

- Aprobación dentro del grupo al que es afín.
- Liderazgo.
- Habilidades deportivas y artísticas.
- Relaciones afectivas con compañeros y compañeras de grados superiores.

10. Hipótesis diagnóstica (DSM IV)

Vicente presenta un trastorno Disocial de la personalidad (**312.8**) según el DSM IV y los indicadores clínicos para dicho diagnóstico se relacionan a continuación:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. A menudo inicia peleas físicas
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. Ha manifestado crueldad física con personas
5. Ha manifestado crueldad física con animales
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión,

robo a mano armada)

Destrucción de la propiedad

1. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

1. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros)
2. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozo falsificaciones) Violaciones graves de normas
3. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
4. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
5. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Gravedad: **Grave:** varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

11. Evaluación Multiaxial

Eje I Trastorno Disocial

Eje II Ninguno.

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Problemas relativos al ambiente social

Problemas relativos a la enseñanza

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el

Crimen

Eje V EEAG = 40

Actual: 45

12. Hipótesis Clínica

Vicente fue un niño no deseado. Hubo gran negligencia por parte de los padres frente a su cuidado en toda la etapa de la niñez. No existieron pautas de crianza adecuadas y Vicente no logró proceso apropiado de adecuación a la norma. Tempranamente empezó a transgredir las normas sociales sin tener ninguna consecuencia efectiva por ello. Año a año fue iniciando nuevos comportamientos cada vez más disfuncionales sin que ello acarreará sanciones.

La familia en la actualidad encubre y se mantiene pasiva frente a estos hechos para evitar problemas con la justicia. La madre del menor presenta una forma relacional muy inmadura e inestable. No ejerce autoridad real. Es permisiva y la culpa la lleva a tener un proceso de encubrimiento hacia Vicente de las acciones inadecuadas que desarrolla. No hay desarrollo de la conciencia moral ni empatía frente a los sentimientos y necesidades de los otros. Todas las acciones que Vicente realiza en el orden de ideas expuesto es su criterio de normalidad, él no ve nada negativo en ello.

13. Objetivos terapéuticos

- Elevar la actitud reflexiva frente a las decisiones que toma frente a sí mismo y los otros.
- Diseñar un plan curricular personalizado que posibilite el cumplimiento de los logros académicos por parte de Vicente.
- Apoyar al grupo pedagógico de la institución para el manejo de Vicente en el aula de clase.
- Establecimiento de consecuencias frente a las acciones que desarrolla.
- Establecimiento de límites.

14. Intervención

La intervención estuvo altamente enfocada en trabajar con el menor un proceso reflexivo de las conductas disfuncionales que presenta. De igual forma analizar las consecuencias de sus conductas y los efectos que ellas generan. Se hizo un trabajo pedagógico con los docentes para aproximarse a una comprensión de las dificultades de Vicente. Se realizó semanalmente una mesa de trabajo para análisis de logros y obstáculos y se enfocó la estrategia de trabajo.

Estudio de Caso Número 3

1. Datos sociodemográficos:

Nombre consultante: Mauricio

Historia No: 00003

Fecha: 16 Septiembre 2009

Fecha de Nacimiento: 25 de Noviembre de 2002 Edad: 6 años

Nombre de los Padres:

Domicilio:

Teléfono:

Curso escolar actual: Primero Primaria **Centro escolar:** Colegio San Laureano **Seguro médico:** COMFENALCO

Nombre acudiente:

Teléfono trabajo:

Remitido: SI **Motivo de la Remisión:** En el colegio donde estudiaba en Preescolar prácticamente lo expulsaron, no lo aguantaban por su mal comportamiento lo enviaron a unas pruebas en el centro de servicios psicológicos de la UPB allá unos estudiantes de la UIS le aplicaron unas pruebas para determinar si era hiperkinético y la respuesta fue que no.

2. **Motivo de Consulta:**

Mauricio es un niño que tiene diferentes estados de ánimo, cuando está tranquilo, es obediente, cariñoso, colaborador, juguetón y se deja corregir y atiende lo que se le habla. Es brusco, interesado, desordenado, no le gusta arreglar los juguetes, se quita los zapatos y la ropa en

cualquier parte de la casa. Cuando está “estresado” como él lo llama, es rabioso, impulsivo, desafiante, quiere hacer y que se haga sólo lo que él diga, no obedece, no cumple los castigos, es grosero, no acepta perder, amenaza con dañar las cosas de la persona con la cual está discutiendo y dice malas palabras. En ocasiones cuando hace tareas es acelerado, otras veces se esmera para que le queden muy bien. Cuando se comporta mal si se le pega, se enfrenta a responder el golpe, quiere que todo gire en torno a él. Él es el primero, segundo, tercero y se porta mal para llamar la atención. Abre la nevera a cada rato para ver que come, por ratos juega solo con sus juguetes, pero luego no los recoge y terminamos nosotros haciéndolo por él. Le gusta que su hermano Carlos lo visite, pero es egoísta con él y pelea porque le coge los juguetes. A la hora de dormir, tiene un sueño muy intranquilo, gira por toda la cama y no está durmiendo solo. Cuando almuerza es muy acelerado quiere terminar rápido.

3. Listado y descripción de problemas

- Brusquedad en el trato con los otros.
- Agresividad física y verbal.
- Impulsividad.
- Desorganizado.
- Desobediente.
- Problemas de sueño.

4. Evaluación Diagnóstica (Instrumentos Utilizados)

La evaluación se desarrolló en 2 sesiones de entrevista con el menor, 2 sesiones de entrevista con la abuela (materna), 1 sesión de entrevista familiar.

Los instrumentos aplicados fueron:

- Test de Figura Humana DFH (Machover)
 - Dibujo de la familia
 - Autoreportes de la familia
 - Registro de Historia de Vida desarrollado por la Familia
-
- **Perfil diagnóstico arrojado:** A través del proceso evaluativo desarrollado se puede determinar que existe una débil identificación del niño con las figuras parentales, pobres relaciones vinculares, espontaneidad y sensibilidad frente al ambiente, rechazo y actitud hostil hacia padres y hermanos por la omisión y supresión de éstos en los dibujos. Sentimientos de inferioridad e inseguridad, preocupación excesiva por los afectos. Sentimientos de egocentrismo y narcisismo, dificultad para el contacto y relación con su ambiente social, pobres lazos afectivos y comunicativos dentro de la familia, fuerza, energía, vitalidad, acorde identificación sexual, sobrevaloración del medio ambiente. Relaciones pobres y hostiles, deseo de aprobación, Introversión. Además percibe el mundo vagamente, con pequeña discriminación de los detalles, inmadurez afectiva y poca habilidad para manejar impulsos, actitud defensiva y con problemas para interactuar con su medio ambiente, conflictos con los demás.

5. Historia y Antecedentes del problema:

Desde los primeros años Mauricio se mostraba como un niño inquieto, no acataba órdenes, agredía a compañeros y familiares (Golpes e insultos) enviado a psiquiatría por los déficit presentados. Diagnóstico hiperactividad. Intervención. Terapia Ocupacional.

6. Descripción de la historia de vida:

Mauricio fue un niño no planeado, la madre se enteró que estaba embarazada cuando ya había existido rompimiento del vínculo con el padre del menor. Ya había iniciado una nueva relación y tenía planes de irse a otra ciudad para organizarse con esta nueva pareja. La noticia del embarazo generó rechazo, depresión por parte de la madre para quien fue difícil hacerse a la idea de esta situación. Abuso de alcohol durante el embarazo. Por parte de su familia hubo rechazo y constantes reproches y descalificación. La abuela apoyo el embarazo afectiva y económicamente. Durante los nueve meses no hubo expresión afectiva por parte de la madre (no le hablaba, ni lo consentía) Constantes peleas con el padre del menor.

A los 8 meses hubo abandono el hogar por parte de la madre. Traumatismo por parte del niño porque hasta ese momento sólo aceptaba seno. La transición a tetero y otros alimentos fue compleja para la familia. A partir de allí la abuela y los tíos asumieron la tutela y mantenimiento del niño. A los tres años reaparición de la madre rechazo por parte del menor y por parte de toda la familia. Desde los primeros años se mostraba inquieto, impulsivo y voluntarioso, hasta la actualidad duerme con la abuela o algún tío. Dificultad para que atendiera normas, siguiera instrucciones y respetara a los miembros del hogar. Actitudes tempranas de agresividad. A los dos años ingresa al colegio, fue fácil su proceso de adaptación. Evento con la rectora de la

institución porque había vomitado el almuerzo y lo colocó a limpiar posterior rechazo al colegio, miedo. Lo retiraron de la institución y no concluyó su nivel.

En los siguientes colegios el referente de las profesoras era que Mauricio era un niño “problema”. No hacía caso, le pegaba a sus compañeros, era incontrolable. Remitido a valoración médica. Tras pruebas descartado diagnóstico de hiperquinesia y confirmación diagnóstico hiperactividad. Tratamiento 20 terapias ocupacionales. No hubo renovación del cupo en el colegio donde estudiaba.

En el colegio actual lleva dos años, muestra cariño hacia la institución y motivado hacia el logro. Presenta dificultades en la relación con compañeros y profesoras, baja atención a las normas, inquietud motora excesiva, problemas para el desarrollo de actividades de autocuidado (vestirse solo, amarrarse los zapatos, comer y organizar sus útiles y materiales). Su rendimiento académico es promedio. Presenta algunas dificultades a nivel lecto escritor por inversiones y escritura en espejo, es analítico, con buen nivel comprensivo y de memoria, interés marcado por los animales y los aspectos propios del desarrollo.

Actualmente vive con la abuela y los tíos. Los padres lo visitan o se lo llevan de manera eventual y la relación con ellos es bastante distante. Con la madre y su hermano muy conflictiva. Con el padre muestra apatía y desinterés.

Las relaciones con abuela y tíos son estables pero conflictivas. Mayor identificación con uno de sus tíos.

7. Áreas de funcionamiento

Área Académica

- *Motivación al logro.*
- *Competitivo*
- *Gran nivel comprensivo frente a temas del orden de la biología.*
- *Buen rendimiento académico.*

Área social

- *Extrovertido.*
- *Búsqueda de relaciones con los niños de su edad.*
- *Acercamiento a niños de características de conducta similares.*
- *Identificación e imitación a niños destacados académicamente.*
- *Participa en juegos.*
- *Fuera del colegio no existen vínculos con otros niños.*
- *Participa en la Escuela de Básquetbol*

Área Familiar

- *Conflictos familiares.*
- *Crisis no resueltas en la familia (abuela, madre, tíos)*
- *Bajo control y autoridad frente a Mauricio.*
- *Permanentemente lo ven cómo la víctima y ello hacen que sean muy permisivos.*
- *Todos actúan a su modo. Ninguno respeta la autoridad del otro.*
- *Se desautorizan y ridiculizan frente al niño.*
- *Irrespeto a la abuela y constantemente le reprochan la manera como los educó y las decisiones que toma.*
- *Problemas de comunicación y expresión del afecto en la familia.*
- *Alejamiento del padre.*
- *Desinterés y nulo proceso vincular con la madre.*
- *Desinterés por parte del padre.*
- *Relación conflictiva con el medio hermano (Mamá)*

- *Viaje inminente a Canadá por parte del tío con el que tiene mayor proceso de identificación y afinidad.*

Área sexual

- *Se impulsa a tocarles a compañeros del grupo la cola o los genitales en aparente jugueteo y por conductas de impulsividad.*

8. Análisis Funcional

Mauricio presenta muchas dificultades a nivel relacional. A nivel de familia y colegio hay bajo acatamiento de las normas y respeto por la autoridad. Su desempeño en el hogar es mucho más bajo que en el colegio. Manejo más inapropiado en casa.

9. Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección.

Factores de Predisposición:

- Embarazo indeseado.
- Bajo contacto afectivo en el periodo de gestación.
- Consumo de alcohol por parte de la madre.
- Depresión de la madre durante el embarazo.
- Antecedentes de depresión (Abuela materna).

Factores desencadenantes:

- Abandono por parte de la madre.
- Crisis familiar.
- Permisividad.
- Autoritarismo.
- Ejercicio inapropiado de la autoridad.
- Pautas de crianza inapropiadas.

Factores de mantenimiento:

- Ejercicio inapropiado de la autoridad.
- Inexistentes procesos funcionales de comunicación.
- Violencia física y verbal para promover ajuste a la expectativa de conducta.
- Conflictos intrafamiliares

Factores de protección:

- Buen nivel académico.
- Motivación escolar.
- Atención familiar.
- Vínculos con adultos y compañeros significativos en el ambiente escolar.
- Supervisión escolar.
- Atención personalizada en el aula.
- Correctivos/estímulos ambiente escolar

10. Hipótesis diagnóstica (DSM IV)

De acuerdo con la información recolectada en las sesiones, el paciente presenta un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tipo combinado) (314.01) según el DSMIV los criterios diagnósticos que cumple se relacionan a continuación:

Evaluación Multiaxial:

Eje I Trastornos Por Déficit de Atención Con Hiperactividad Tipo Combinado (314.01)

Eje II Ninguno.

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V EEAG = 50

Actual: 70

11. Hipótesis clínica

Mauricio es el “síntoma” en esta familia. Representa una serie de conflictivas pasadas y actuales no elaboradas por la familia. Está en un núcleo familiar que utiliza la agresión y la hostilidad como forma activa para la modificación de la conducta. En medio de la disfuncionalidad de la familia surge el abandono por parte de la madre del niño y la respuesta de abuela y tíos es victimizar a Mauricio y en razón de la lástima actuar de manera permisiva.

No han existido límites claros para Mauricio todos participan y se relacionan con él a su propio parecer y no hay una orientación educativa del niño. Se desautorizan mutuamente y hay claro irrespeto y ridiculización de unos y otros. Han utilizado expresa y abiertamente la agresión como forma para parar los comportamientos no aprobados en Mauricio. Existe en el niño narcisismo y egocentrismo, pero son sentimientos generalizados en esta familia. Al abordarlos como grupo afloran claramente las necesidades de cada uno, todos sienten que han sido incomprendidos y les cuesta mucha dificultad colocarse en la posición del otro. Mauricio muestra inmadurez afectiva que lo lleva a relacionarse de manera muy negativa con quienes le rodean principalmente con los miembros del hogar, utiliza la manipulación para tener el control sobre ellos. La respuesta de los miembros de la familia es igualmente disfuncional. Por ejemplo: Mauricio dice “Yo no los quiero, deberían morirse”. Familia: Pequeño demonio, yo tampoco lo quiero debería morirse primero usted. Así a cada respuesta emotiva y disfuncional del niño hay una respuesta típica disfuncional por parte de sus familiares. Fácilmente pierden el control de la situación y utilizan como última instancia la fuerza y el sometimiento para parar una conducta no aprobada sin embargo la mayoría de las veces Mauricio termina teniendo el control de la situación.

13. Objetivos terapéuticos

- Empoderamiento a la familia.
- Trabajar en la idea de “Victima” que le han atribuido a Mauricio.
- Análisis de refuerzos y castigos aplicados hasta el momento.
- Intervención escolar para manejo de la conducta en el aula.
- Desarrollo de prácticas de autocontrol por parte de la familia.
- Análisis y modificación de pautas de crianza.

- Establecimiento de límites en el hogar,
- Entrenamiento familiar para el Manejo del comportamiento disfuncional.
- Comprensión del TDH.

12. Intervención

La intervención ha sido de corte familiar principalmente. Los objetivos están dirigidos a revisar con la familia los parámetros de relación con el niño. Las relaciones entre ellos, las prácticas para el manejo de la conducta en Mauricio y los sistemas de respuesta de cada miembro dentro del hogar. Se han revisado aspectos relacionados con la organización familiar. Se ha desarrollado un proceso de elaboración de situaciones pasadas no asimiladas aún que llevan a mantener sentimientos y pensamientos disfuncionales. De igual forma se ha preparado a la familia para que en conjunto comprendan que es TDH información acerca del diagnóstico, etiología, datos epidemiológicos, curso del trastorno, problemas y síntomas asociados y estrategias de tratamiento más frecuentemente empleadas. El aprendizaje social dirigido a la familia ha estado enfocado a trabajar con ellos en la identificación de comportamientos para aumentar conductas positivas y disminuir conductas negativas. Se ha hecho énfasis en el establecimiento de reglas en la casa, establecimiento del tiempo especial con los niños, refuerzo, dar órdenes, tiempo fuera, manejo fuera de la casa y elaboración de tablas de puntos.

15. Resultados de la intervención

- Comprensión familiar del comportamiento de un niño con TDH.
- Mejoramiento en los procesos de comunicación familiar.
- Avances en el autocontrol.

- Mejoramiento escolar. (Elevación del rendimiento escolar)
- Mejoramiento a nivel atencional.
- Logros en las conductas de autocuidado.
- Desarrollo reflexivo por parte del niño.
- Disminución de las conductas agresivas (golpes e insultos)
- Elevación de la conducta ajustada a la norma.

ANEXO 5. RESUMEN DE INTERVENCIÓN, GRUPO FOCAL ESTUDIANTES DE 7º GRADO

Sesión	Objetivo	Indicadores	Actividades	Conclusiones
1	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer acuerdos para el trabajo en las sesiones. • Desarrollar un clima de apertura y empatía entre los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expresa sus necesidades. • Atiende la expresión de necesidades de los compañeros(as) de grupo. • Participa en la conciliación de las pautas para el funcionamiento grupal. • Demuestra apertura ante el proceso. 	<p>Elaboración de un collage: Mi vida plasmada en un papel.</p> <p>Ejercicio: Me gusta tratar y me gusta ser tratado.</p> <p>Acuerdos del trabajo en sesiones.</p>	<p>Hubo participación general del grupo. Trataban al máximo de no expresar situaciones personales. De no comprometerse. Se concentraban en detalles generales.</p> <p>Dificultad para escucharse. Cada uno concentrado en su turno para hablar pero con poco interés en las experiencias de los otros.</p> <p>Tienden entre los hombres a ridiculizarse, interrumpirse y agredirse con actitudes y palabras.</p> <p>Las adolescentes muestran molestia por las actitudes de los chicos mostrando aislamiento, enojo e indiferencia.</p> <p>Se acordó el respeto por la palabra. El esperar que la persona termine con su idea.</p>

Sesión	Objetivo	Indicadores	Actividades	Conclusiones
				<p>No agredirse ni física ni verbalmente,</p> <p>Trabajar con cualquier integrante, para el grupo el trato de la psicóloga es importante señalando que no se les grite, amenace o irrespete. Se acordó el horario de trabajo y límites en cuanto a salidas del salón, puntualidad y formas de trabajo.</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer que son las habilidades sociales. • Entender que las habilidades sociales son desarrollables y entrenables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce que son las habilidades sociales. • Señala distintas habilidades sociales que facilitan las relaciones interpersonales. • Conoce algunas formas para entrenar habilidades sociales. 	<p>Lectura: Habilidades sociales.</p> <p>Presentación: LA ASERTIVIDAD EN LAS RELACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Video: Entrenando nuestra asertividad. 	<p>Se mostraron muy atentos durante la presentación de las temáticas abordadas. Hubo permanente participación durante la jornada de trabajo.</p> <p>Mejoró notoriamente la escucha y el clima interpersonal. Hubo clara cercanía y mejoraron actitudes entre los jóvenes.</p> <p>Las adolescentes mostraron mucho liderazgo durante el trabajo y de parte de los chicos hubo más involucramiento.</p>

Sesión	Objetivo	Indicadores	Actividades	Conclusiones
3	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer al interior del grupo cuales son las habilidades sociales que están más disminuidas. • Hacer análisis grupal de las dificultades para el desarrollo o mantenimiento de estas habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce las habilidades sociales que se encuentran más disminuidas en el grupo. • Participando opiniones y puntos de vista de las dificultades sociales expuestas. • Plantea estrategias para el abordaje de las debilidades en la interacción social planteadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de resultados del cuestionario de autoinforme de habilidades sociales. • Ejercicio: Identificando factores. • Iniciativas de trabajo para el manejo deficitario de las habilidades sociales detectadas. 	<p>Hubo claro señalamiento de parte del grupo que las principales dificultades las presentaban con personas adultas principalmente profesores y padres. El perfil de profesor con los cuales mostraban más dificultades son aquellos que tienden al autoritarismo y con actitudes de poco involucramiento afectivo con ellos cómo jóvenes.</p> <p>Entre los chicos la sensación de que las mujeres del grupo son muy delicadas y de no saber cómo tratarlas. De parte de las niñas hubo de ellas mismas confrontación respecto a los sentimientos con los chicos donde se evidencia clara ambivalencia. Eran antes amigos y compartían muchas cosas. Actualmente hay dificultades en el trato. No saben cómo relacionarse. Se evidencian gusto de unos por otros, atracción, rivalidad entre chicos por competencias afectivas y búsqueda de control y poder en el grupo a través de actitudes agresivas.</p> <p>El grupo para sobrellevar la convivencia opta en frecuentes ocasiones que exigen rendimiento en el plano de lo académico separarse chicos de chicas. Logrando mejor desempeño y evitando constantes situaciones de conflicto y tensión.</p>

Sesión	Objetivo	Indicadores	Actividades	Conclusiones
4	<ul style="list-style-type: none"> • Modelar actitudes tendientes a potencializar habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participa activamente en los ejercicios de entrenamiento en habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Role Playing situaciones difíciles con adultos. • Definición del problema. • Identificación de soluciones. • Exposición a un modelo. • Ensayo y representación de la conducta. • Información sobre la actuación. • Manejo de contingencias. 	<p>En parejas los adolescentes recrearon situaciones que les generan conflicto. Todas las situaciones mostradas eran conflictos entre pares y con profesores. Con profesores fue clara la actitud desafiante y agresiva en situaciones donde ellos se sienten vulnerados. Se evidencia déficit en profesores para el manejo con los adolescentes cayendo en situaciones infantiles como forma de manejar su conducta y por otra parte en actitudes agresivas que fomentan al interior del grupo sentimientos de rabia y frustración.</p> <p>En los conflictos entre pares tienen que ver con ventilar situaciones que han sido confiadas, con la molestia insistente de los adolescentes a las chicas como manera de acercamiento que termina en agresiones por parte de éstas para tener control de la situación.</p> <p>Fue muy interesante el análisis de los pensamientos que subyacen a las conductas impulsivas de los adolescentes. Distorsiones cognitivas que operan principalmente: Generalización, interpretación del pensamiento, atención selectiva y maximización.</p>

Sesión	Objetivo	Indicadores	Actividades	Conclusiones
5	<ul style="list-style-type: none"> Modelar actitudes tendientes a potencializar habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> Participa activamente en los ejercicios de entrenamiento en habilidades sociales. 	<p>Trabajo colaborativo entre adolescentes: Se recrearon diversas situaciones que implicaban apoyarse y establecer acuerdos para alcanzar metas de trabajo.</p>	<p>Fue difícil lograr que respetaran el compañero asignado por parte de las chicas. Optaron varias al inicio del trabajo por trabajar en solitario bajo la negativa de la psicóloga de cambiarlas de compañero. Se trabajó directamente con las parejas que reportaban dificultades y se hizo un abordaje. Principalmente se evidencia poca tolerancia por parte de algunas chicas e incapacidad para organizar y dirigir un trabajo. Mucho déficit en el trabajo grupal. Más rendimiento en el trabajo individual.</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> Modelar actitudes tendientes a potencializar habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> Participa activamente en los ejercicios de entrenamiento en habilidades sociales. 	<p>Fomento de conductas prosociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escuchar Cooperar y ayudar a los demás Disculpar los errores de los demás. Disculparse por los errores propios. Comprender los afectos de los demás. Mostrar simpatía, empatía y compasión. 	<p>A través de distintos ejercicios se hizo modelamiento de las conductas prosociales de interés.</p> <p>Ya en esta sesión es claro el cambio en la capacidad de escucharse y respetar el turno de quien está hablando.</p> <p>Fue muy satisfactorio ver la apertura del grupo a situaciones del orden de lo personal y familiar. Vivencias dolorosas quedaron al descubierto y el grupo acogió de manera muy positiva y empática estas revelaciones.</p>

Sesión	Objetivo	Indicadores	Actividades	Conclusiones
			<ul style="list-style-type: none"> • Saber pedir favores o hacer peticiones. 	
7	<ul style="list-style-type: none"> • Modelar actitudes tendientes a potencializar habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participa activamente en los ejercicios de entrenamiento en habilidades sociales. 	<p>Entrenamiento en habilidades de conversación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar conversaciones con personas adultas. • Expresar quejas, sugerencias y peticiones a personas adultas. • Unirse a conversaciones de otros chicos y chicas. • Participar activamente en conversaciones. 	<p>El grupo estuvo muy participativo y entusiasta en los diferentes ejercicios de entrenamiento en las habilidades de conversación. Se dieron cuenta que en la medida en que se comprometen con su interlocutor fluyen temas porque la escucha activa posibilita darle un curso al diálogo. Se trabajó en actitudes pasivo-agresivas como mecanismos para enfrentar situaciones que generan conflicto o malestar. Se hizo un trabajo para leer estados de ánimo en los otros y en sí mismos y saber actuar asertivamente en momentos de tensión.</p>
8	<ul style="list-style-type: none"> • Modelar actitudes tendientes a potencializar habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participa activamente en los ejercicios de entrenamiento en habilidades sociales. 	<p>Expresión de sentimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de sentimientos • Clasificación en positivos y negativos. • Clasificación según las emociones básicas: Tristeza, Ansiedad, Rabia, Alegría, Amor amistad. 	<p>Es evidente que las principales dificultades de relación están ancladas en las emociones y sentimientos que experimentan los adolescentes. Mantienen gran carga afectiva y tienden a actuar en los momentos donde están desbordados por las emociones. Además sus estados de ánimo varían constantemente y aparentemente sin razón alguna. Muestran mucha ambivalencia afectiva.</p>

Sesión	Objetivo	Indicadores	Actividades	Conclusiones
			<ul style="list-style-type: none"> • La expresión de sentimientos; ventajas. • Mensajes “yo” • Autocontrol de las emociones • Primero identificarlas. • Segundo analizar qué las genera. • Decidir si primero autocontrolarse y/o expresar sentimientos. • Autocontrol de la rabia: • La relajación • “Pararse”-autocontención, contar, visualización de imagen positiva. • Auto-time-out. • Las emociones de tristeza y ansiedad. Técnicas de afrontamiento. 	<p>Los ejercicios de autocontrol fueron muy bien recibidos por parte del grupo y mostraron gran compromiso en las técnicas manejadas.</p>
9	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar 		<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del cuestionario de 	<p>El grupo señaló que el espacio de reunión fue significando un</p>

Sesión	Objetivo	Indicadores	Actividades	Conclusiones
	<p>el cuestionario de autoreporte en habilidades sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posibilitar un espacio para la valoración de la experiencia de trabajo en el grupo. 		<p>habilidades de interacción social (Versión Autoinforme) Medida Post.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conversatorio: Lo que me ha quedado de este proceso. 	<p>momento para aprender de mucho de lo que cotidianamente les sucede y de lo cual no se tiene lugar dentro de las asignaturas que por la formalidad de las clases, el tamaño del grupo y la estructura curricular no hay posibilidad de abordar. Hubo acuerdo en que el ambiente de grupo fue mejorando sesión a sesión y que elementos como la escucha, el interés y apertura al otro, la no descalificación fueron logros significativos del trabajo. Además se posibilitó un espacio para manejar situaciones irresueltas entre unos y otros que los habían llevado al distanciamiento y/o agresión llegando a acuerdos y puntos de conciliación que mejoraron el ambiente del grupo focal y en el grupo en general.</p>
10	<ul style="list-style-type: none"> • Efectuar el cierre del proceso de intervención grupal. 		<ul style="list-style-type: none"> • Película • Diálogo. • Compartir • Cierre del proceso 	<p>Fue muy grato que el grupo en su totalidad hubiera acudido al cierre del trabajo. Aunque ya estaban en periodo de vacaciones y no había ninguna obligatoriedad los adolescentes asistieron a la última jornada de trabajo.</p> <p>Hubo al final un momento muy interesante donde me confiaron muchos aspectos que han vivido en casa y colegio. Existe mucha confianza para plantear temas de su interés. Mostraron el deseo porque nos mantengamos vinculadas de alguna</p>

Sesión	Objetivo	Indicadores	Actividades	Conclusiones
				manera a la institución pues según ellos cada miércoles se abría un espacio distinto que disfrutaron y en el cual aprendieron mucho y lograron mejorar relaciones de unos y otros.

***ANEXO 6. TRABAJO PEDAGÓGICO CON DOCENTES FRENTE A
CASOS DE HIPERACTIVIDAD***

COLEGIO INTEGRADO MESA DE JÉRIDAS

Mesa de Trabajo

Docentes Grado Sexto

Tema: Manejo pedagógico para el abordaje de conductas disruptivas en el aula de clase.

A continuación me permito presentar una síntesis del trabajo desarrollado el día 8 de Octubre de 2009.

Según lo planteado por el grupo de profesores las principales conductas a manejar son las siguientes:

- Movimiento excesivo por todo el salón.
- Vocabulario inadecuado.
- Colocar apodosos ofensivos.
- Agresiones verbales y físicas a compañeros(as).
- Conductas de irrespeto.
- Llamar la atención con conductas exageradas como bostezar fuertemente o gritar.
- Ingresos tardíos al salón de clases sin justificación.

- Salidas no justificadas del salón de clase.
- Difícil o nulo cumplimiento de las actividades asignadas en clase y extraclase.
- Reírse constantemente sin motivo real.

Frente a las conductas anteriormente señaladas se hizo una aproximación a cada una de ellas, clarificando que algunas son de difícil manejo ya que responden a la hiperactividad manifiesta. Las otras conductas se relacionan directamente con la dificultad del estudiante para reconocer límites y al pobre manejo de la autoridad por su parte. La primera regla de oro para trabajar corresponde al **EMPODERAMIENTO** es decir cada docente debe volcarse en sí mismo para desarrollar estrategias que le posibiliten de manera personal hacer manejo de las conductas disruptivas del menor sin la intervención de otros. Segunda regla: **ACUERDOS** se deben establecer pautas claras de manejo las cuales deben estar unificadas por el grupo docente siendo de esta manera reforzadas al interior de cada espacio de clase. Se requiere un frente de trabajo estable y conciliado. Tercera Regla: **SANCIONES Y COSTOS** La manera como los seres humanos desarrollamos atención a la norma es a través de las sanciones y los costos que al no cumplirla se generan. De esta manera aprendemos que nuestros actos implican responsabilidad y que tenemos que lidiar con los efectos negativos que traen las conductas inapropiadas. Si las conductas inapropiadas no generan un costo REAL no habrá motivación para abandonarlas y se seguirán retroalimentando a cada momento, por lo tanto se deben establecer **COSTOS REALES** como consecuencia de las conductas disfuncionales. Cuarta Regla: **RECONOCIMIENTO POSITIVO DE LOS LOGROS** Los avances en el proceso deben ser retroalimentados. Los avances, así se consideren pequeños, deben ser objeto de atención y elogio. Quinta Regla: **LAS ACTIVIDADES ESCOLARES Y EXTRAESCOLARES DEBEN SER DISEÑADAS** Las actividades académicas de trabajo en el salón o como actividades complementarias deben cumplir los siguientes criterios: FOCALIZADAS Y ESTRUCTURADAS, CORTAS PARA QUE SE PUEDAN CUMPLIR EN EL TIEMPO DE LA CLASE, EVALUADAS AHÍ MISMO. Debido a las dificultades atencionales es fundamental diseñar para las clases en virtud de los temas que se están trabajando actividades con mucha estructura, pensadas para el tiempo de duración de la clase y que

logren ser evaluadas o retroalimentadas finalizando la clase o antes de terminar la jornada escolar del día en que la misma fue entregada. Sexta Regla: **PLAN DE ESTÍMULOS** por los logros alcanzados por el estudiante (Deporte).

Ficha de Seguimiento Diario:

Al finalizar la ficha de trabajo deben aparecer las conductas esperadas y una L (logró) NL (No logró)

Que se evaluarán de la misma manera que el resultado formal de la actividad asignada.

Conducta Esperada	Logró	No logró
1. Cumplió con la actividad asignada.		
2. Trató con respeto a sus compañeros y profesor (a).		
3. Se mantuvo en su lugar de trabajo.		
4. Su vocabulario fue apropiado.		
5. No gritó.		

- Los logros: Llevan a obtener ESTÍMULOS (Reconocimiento Positivo, Avances y resultados en el área de aprendizaje y refuerzo a nivel deportivo).
- Los no logros: Llevan a obtener SANCIONES (Costos reales por las conductas inadecuadas) Asumirse en la misma clase o jornada.

Ejemplo:

- No cumplió con la actividad asignada:
Costo: Deberá quedarse en la institución hasta terminarla y hacer entrega de la misma.

- Su vocabulario fue inapropiado:

Costo: Deberá hacer un mini cartel o cartelera donde explique de que manera las groserías o términos vulgares afectan la dinámica de grupo y disculparse frente al salón.

Estrategia del Cuaderno:

Manejar un cuaderno móvil o diario de campo donde se registren diariamente los logros y las dificultades expuestas por cada docente. Este diario busca llevar un seguimiento del proceso con el estudiante. Su uso no es para dar quejas o censurar es para mostrar un proceso. El llevarlo de manera juiciosa permitirá a los docentes revisar las prácticas que tienen mejor efecto e ir desarrollando claras y eficaces pautas de manejo.

ANEXO 7. AGENDA DE TRABAJO CON DOCENTES FRENTE A CASOS DE HIPERACTIVIDAD

Conductas Disruptivas Prioritarias.	Comprensión y Análisis de las mismas.	Intervenciones Pedagógicas Funcionales	Fortalezas del Estudiante y Áreas de Interés.
-------------------------------------	---------------------------------------	--	---

ACUERDOS ENTRE DOCENTES E INSTITUCIONALES PARA EL MANEJO DEL ESTUDIANTE

LÍMITES - FALTAS- SANCIONES

ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

EVALUACIÓN DEL PROCESO

RECONOCIMIENTO DE LOGROS Y DIFICULTADES

SEGUIMIENTO

ANEXO 8: ENCUESTA APLICADA A DOCENTES PARA EVALUAR EL TRABAJO DESARROLLADO

COLEGIO INTEGRADO MESA DE JÉRIDAS

EVALUACIÓN TALLER CON DOCENTES

TEMA: ADOLESCENTES, PROBLEMAS CONDUCTUALES Y ESTRATEGÍAS DE INTERVENCIÓN.

A CONTINUACIÓN PRESENTO UNOS ÍTEMS QUE BUSCAN EVALUAR EL TRABAJO REALIZADO DURANTE LOS DÍAS 7 Y 8 DE OCTUBRE. SUS APRECIACIONES SON VALIOSAS EN LA RETROALIMENTACIÓN DE NUESTRO TRABAJO.

CONTESTE SI O NO A CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ÍTEMS:

ASPECTOS EVALUADOS	SI	NO
1. El tema desarrollado fue de su interés.		
2. Hubo claridad en los conceptos y aspectos manejados dentro del taller.		
3. La metodología aplicada posibilitó la participación docente.		

4. Los materiales y recursos utilizados fueron apropiados.		
5. Hubo actitud de escucha y respeto por parte de las moderadoras.		
6. Se percibe preparación y dominio de los temas abordados.		
7. Se plantearon recursos y estrategias prácticas para el manejo de problemas conductuales.		
8. Se promovió el trabajo grupal para la construcción de estrategias pedagógicas de intervención en problemas conductuales.		
9. Las moderadoras mostraron interés por la persona de cada docente. (Nombre, atención a las intervenciones, manejo de la palabra)		
10. Hubo cumplimiento de los objetivos planteados al inicio del trabajo.		

Recomendaciones:

Gracias.

Paola Ximena Santos Uribe.

Psicóloga.

***ANEXO 9. EVALUACIÓN DEL PROCESO POR PARTE DEL
DIRECTOR DE GRUPO DEL GRADO SÉPTIMO***

COLEGIO INTEGRADO MESA DE JERIDAS
MUNICIPIO DE LOS SANTOS
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ANALISIS DE LA DINAMICA DE GRUPO 7B DESDE LA
DIRECCION DE GRUPO
DOCENTE JOSE MANUEL HERNANDEZ REMOLINA
DICIEMBRE 17 DE 2009

Todo adulto que haya ocupado por varios años un lugar en un aula de clase, recordará por siempre aquellos docentes que influyeron positivamente en su vida personal, que dejaron huellas indelebles en el desarrollo de su personalidad o su manera particular de percibir el mundo que le rodea y en la gran mayoría de los casos ese docente ha sido el Docente Director de Grupo.

El Director de Grupo es el adulto que, después de los padres, tiene la mayor responsabilidad en la formación del estudiante ya que en sus manos tiene la misión ineludible de transmitir todos aquellos valores propios de cada comunidad educativa, definidos en el Proyecto Educativo Institucional.

El Director de Grupo, además de su función docente propiamente dicha deberá ejercer la supervisión y control necesarios sobre el grupo de estudiantes a cargo con el propósito recurrente de crear y mantener un ambiente pedagógico óptimo (condiciones favorables para el

aprendizaje). Que genere el máximo nivel de excelencia y eficiencia, de acuerdo a las características propias del grupo, del trabajo escolar y de la institución, no sólo en su área sino durante el desarrollo de todas las clases.

El trabajo de todo Docente Director de Grupo estará siempre articulado con la actividad pedagógica de todos los docentes que interactúen con los estudiantes del grupo a cargo, esto se hará realidad a través de conversatorios en los cuales se socialice la información que de cada estudiante se haya recogido y su interacción con los demás miembros del grupo, para promover un adecuado ejercicio de la actividad pedagógica, una adecuada administración del tiempo, un trabajo didáctico integrado, la optimización de los recursos disponibles y un proceso evaluativo más meritocrático, todo ello orientado a la conducción del grupo hacia la excelencia académica y el desarrollo personal del estudiante.

Como Director de Grupo de el grado 7B del COLEGIO INTEGRADO MESA DE JERIDAS, del Municipio de Los Santos Santander, se aplicaron diferentes estrategias al inicio del año escolar como: desarrollo de la convivencia, el compartir, citación de padres de familia, el manejo de procesos de comunicación efectivos, el manejo de excelentes relaciones interpersonales, el manejo de la autoridad en el aula de clases (docentes) y en el entorno familiar (padres).

Pero el funcionamiento del grupo no mejoro, continuaron los llamados de atención por parte de docentes y directivos, respecto al comportamiento de algunos estudiantes del grado, de gran valor ha sido el aporte realizado por las Psicólogas Especialistas en Psicología Clínica Paola y María Teresa, al considerar que las estudiantes realizaron como un modelamiento de ellas y las llevaron a desarrollar liderazgo dentro del grupo y dirigir el mejoramiento del proceso grupal. También ha sido notorio el avance del mejoramiento de los estudiantes, quienes finalizaron el año demostrando interés por el estudio, presentación personal, comportamiento, manejo de horarios, relaciones interpersonales, desarrollo deportivo, participación en las actividades institucionales, entre otros.

Los agradecimientos sinceros por ese trabajo realizado en nuestra institución y apoyar a estos muchachos que en su proceso de desarrollo se encuentran en esa etapa de la vida que no saben si son infantes o adolescentes.

Nunca se me olvidara como habiendo pasado una semana de vacaciones volvieron al encuentro con las psicólogas, con su uniforme, esperándolas en el salón y colaborarles en la actividad de clausura, eso no es fácil de lograr, continúen adelante, recuerden que allí tienen un grupo de amigos, EXITOS EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL.

José Manuel Hernández Remolina