

Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

Fobia Social y Maltrato Infantil: abordaje desde un Equipo de Orientación
Escolar

Tutora: Dra. Nora I. Gelassen

Autor: María Yaquibe Josef

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCION | 2 |
| 2. OBJETIVOS | 2 |
| 2.1. Objetivo General | 2 |
| 2.2. Objetivos Específicos | 2 |
| 3. MARCO TEORICO | 3 |
| 3.1. Ansiedad | 3 |
| 3.1.1. Trastorno de Ansiedad Social (fobia social) | 4 |
| 3.1.2. Disfuncionalidad en niños con Fobia Social | 6 |
| 3.1.3. Evaluación de Trastornos de Ansiedad en niños | 7 |
| 3.1.4. Tratamiento de la Fobia Social | 8 |
| 3.2. Maltrato Infantil | 12 |
| 3.2.1. Definición y clasificación del Maltrato Infantil..... | 12 |
| 3.2.2. Las consecuencias de los malos tratos en los niños | 14 |
| 3.3. Maltrato Infantil, Fobia Social y Rendimiento Escolar | 16 |
| 3.4. Equipos de Orientación Escolar (E.O.E.) | 17 |
| 3.4.1. El Rol del Psicólogo en la Escuela | 19 |
| 3.4.2. Intervenciones del Psicólogo dentro del E.O.E. | 20 |
| 3.4.3. Cómo ayudar a estudiantes con trastornos de Ansiedad | 23 |
| 4. METODOLOGIA | 24 |
| 4.1. Tipo de Estudio: de caso único. | 24 |
| 4.2. Participante | 24 |
| 4.3. Instrumentos | 25 |
| 4.3.1. Observación no participante | 25 |
| 4.3.2. Legajo con historial psicopedagógico del niño. | 25 |
| 4.3.3. Entrevistas semi-dirigidas con profesionales del E.O.E. | 25 |
| 4.4. Procedimiento | 25 |
| 5. DESARROLLO | 26 |
| 6. CONCLUSIONES | 38 |
| 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 42 |

1. INTRODUCCION

Entre los meses de Marzo y Julio de 2014, se llevó a cabo la práctica profesional en el ámbito educativo, dentro del Gabinete psicopedagógico de un colegio privado y religioso de la Ciudad de Buenos Aires.

La residencia se desarrolló en el Servicio de Orientación Psicopedagógica donde se presencian entrevistas (con alumnos, padres, docentes y profesionales externos), y se realizan observaciones de niños en el aula, los recreos, el comedor y la Ludoteca (espacio para juegos reglados).

La tarea principal de los profesionales que integran el Equipo de Orientación Escolar (E.O.E) es realizar un seguimiento de las actividades de los niños. Esto incluye observar, detectar dificultades y armar estrategias destinadas a solucionar problemas.

Es en el transcurso de dicha práctica donde surge la idea de realizar el presente trabajo sobre el caso de un niño de doce años en situación de violencia familiar, quien además ha sido diagnosticado con fobia social.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir el caso de un niño de 12 años, alumno de un colegio primario, que sufre maltrato infantil y ha sido diagnosticado con Fobia Social.

2.2. Objetivos Específicos

Describir la sintomatología de un niño de 12 años, alumno de un colegio primario, que sufre maltrato infantil y ha sido diagnosticado con Fobia Social.

Describir y analizar las intervenciones llevadas a cabo por el equipo de orientación escolar para mejorar la conducta interpersonal del niño, en relación a su integración con pares.

Describir las conductas de integración del niño, luego de las intervenciones llevadas a cabo por el equipo de orientación escolar.

3. MARCO TEORICO

En el presente desarrollo se sentarán las bases teóricas de las variables centrales del caso en estudio. Se comenzará por desarrollar características generales de la ansiedad, para llegar al Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social), desarrollando particularidades de la sintomatología de este trastorno en niños y adolescentes. Luego, se tratará el tema del Maltrato Infantil, intentando relevar sus consecuencias a nivel de las conductas interpersonales y de integración. El presente caso se abordará desde el ámbito escolar, teniendo en cuenta el rol del psicólogo en dicho ámbito y desde las posibilidades de detección y de intervención que tiene un Equipo de Orientación Escolar.

3.1. Ansiedad

Antes de desarrollar el tema de la Fobia Social, es preciso introducir algunas conceptualizaciones acerca de la ansiedad.

La ansiedad, el miedo o la preocupación, no son patrimonio exclusivo de situaciones extremas o catastróficas donde existe un riesgo vital. Por el contrario, en la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en un contexto de estrés, presiones y demandas de la vida cotidiana. Son millones de personas en el mundo las que luchan a diario con la ansiedad clínica y sus síntomas. A raíz de ello, este tipo de trastornos son motivo de un gran esfuerzo económico, social y sanitario, de todos los países, principalmente los más desarrollados, que se enfrentan con frecuencia a convulsiones políticas y a desastres naturales (Clark & Beck, 2012).

Siguiendo con el desarrollo de estos autores, es fundamental sentar las diferencias entre el miedo y la ansiedad. Los teóricos de la emoción coinciden en mencionar al miedo como una de las emociones básicas. De este modo, el miedo formaría parte de la naturaleza emocional y se produciría como respuesta adaptativa sana ante una posible amenaza o peligro para la propia seguridad física o psíquica. El miedo advierte a los individuos de una amenaza inminente y la necesidad de una acción defensiva. Sin embargo, el miedo también puede surgir en medio de una situación neutral, no amenazante pero que es mal interpretada como representativa de un peligro o amenaza potencial. La ansiedad, por otro lado, es considerada por los autores como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (a modo de amenaza), que se pone en marcha al anticipar sucesos que se juzgan como peligrosos porque son percibidos como acontecimientos imprevisibles e incontrolables y que podrían ser un riesgo vital para el individuo. Tanto el miedo como la ansiedad conllevan una orientación o perspectiva futura.

En lo que respecta a los niños, Friedberg y McClure (2005) exponen que la ansiedad y los miedos son experiencias comunes en la infancia. Los estresores de la vida cotidiana, como por ejemplo las exigencias académicas, la violencia, las drogas, etc. generan presiones inevitables en los niños. Así, dominar estas presiones en la infancia o adolescencia puede ser complicado. La ansiedad en los menores puede presentarse de diversas formas. Muchos niños ansiosos presentan quejas somáticas, se muestran inquietos y hasta parecen sentirse incómodos con ellos mismos. Los síntomas conductuales son las manifestaciones más claras de la ansiedad, y la evitación es el síntoma más característico. La preocupación, el pánico, el miedo y la irritabilidad son los componentes emocionales de la ansiedad.

Los autores antes mencionados, sostienen que la ansiedad produce deterioro especialmente en el área del funcionamiento interpersonal. De este modo, leer en voz alta o hablar en clase son actividades que suelen dar miedo a los pequeños ansiosos.

Asimismo, es importante destacar que la presencia de trastornos de ansiedad en la niñez incrementa la probabilidad de ocurrencia de un rango de dificultades en la adolescencia y adultez temprana, que incluyen el Trastorno de Ansiedad por Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobia Social, ataques de pánico, desórdenes de conducta, depresión, trastornos oposicionista desafiante y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Gomar, Mandil & Bunge, 2010).

3.1.1. Trastorno de Ansiedad Social (fobia social)

El DSM 5 (A.P.A, 2013), en su clasificación, identifica los siguientes trastornos de ansiedad: Trastorno de ansiedad por separación, Mutismo Selectivo, Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social), Trastorno de Pánico, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Ansiedad

inducido por sustancias/medicamentos. En el presente desarrollo teórico, debido a la naturaleza del caso en estudio, se desarrollarán características y síntomas del Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social). La Fobia Social es considerada como el miedo o ansiedad intensa en situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al examen por parte de otras personas. El individuo tiene miedo de actuar de cierta forma o dejar ver síntomas de ansiedad que sean valorados en forma negativa por los demás (APA, 2013).

Los síntomas muchas veces aparecen en ambientes en los cuales el sujeto se encuentra entre desconocidos y se percibe con poco control como para asegurarse la aceptación por parte de los otros (Fernández-Álvarez & Bogiaizian, 2008).

Según la clasificación internacional de trastornos mentales y del comportamiento ICD-10, confeccionada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003), la Fobia Social suele comenzar en la adolescencia, presentándose con igual frecuencia en mujeres y varones. Puede ser restringida, por ejemplo temor a comer en público, hablar en público, etc. o extensa, abarcando la mayoría de las situaciones sociales fuera del círculo familiar. La Fobia Social suele acompañarse de una baja autoestima y temor a las críticas.

En niños y adolescentes, este miedo o ansiedad social puede manifestarse por medio de una gama de conductas que van desde llanto, rabieta, permanecer paralizado, aferrarse, encogerse, etc. De este modo, las situaciones sociales como mantener conversaciones o reunirse con personas extrañas al entorno, ser observado, actuar o hablar ante otras personas, se evitan o se resisten con miedo o ansiedad intensa. Así, un niño con Fobia Social percibirá como peligrosa o amenazante una reunión social, a menos que tenga indicadores incuestionables de ser aceptado por los demás (APA, 2013; Biglieri, 2011). Fernández-Álvarez y Bogiaizian (2008), sostienen que una característica de los fóbicos sociales es que en las reuniones buscan situarse en lugares periféricos, para pasar desapercibidos. Otro signo relevante en ellos es la mirada, que suele ser esquiva, encontrando dificultad para sostenerla frente al otro. En la misma línea, sus gestos y ademanes también suelen ser débiles y escasos. Los niños y adolescentes que padecen este trastorno suelen parecer muy tímidos y retraídos en situaciones sociales tanto con pares como con adultos, y por lo general evitan este tipo de situaciones de exposición (Biglieri, 2011; Gomar, Mandil & Bunge 2010).

Asimismo, Fernández-Álvarez y Bogiaizian (2008), plantean que la ansiedad social es una forma de temor ante la observación de los otros, que implica una serie de reacciones a nivel emocional, visceral y postural, que están asociadas a representaciones del individuo, que remiten a presuntos juicios negativos de los demás, en relación a su conducta o sus cualidades personales. Según los autores, una de las notas más característica de los fóbicos sociales es que emiten señales muy débiles. Se suele encontrar en estas personas una marcada tendencia a pasar desapercibidos intentando actuar a modo del “hombre invisible”. Por lo tanto, desde este lugar pueden imaginar estar entre los demás pero sin ser percibidos. Se trata así de individuos que quieren estar pero no quieren ser identificados, quieren pertenecer pero no quieren ser convocados.

Los autores también enuncian que de la experiencia clínica en relación a la ansiedad social, se ha observado la existencia de relaciones paterno-filiales basadas en un esquema dual de sobreprotección y distancia emocional. Por un lado, se constatan actitudes de elevado control sobre la conducta de los hijos por parte de las madres, dentro de contextos familiares en que el padre suele tener escasa presencia afectiva.

Por su parte, Michanie (2010), sostiene que el nivel de funcionamiento de los niños con fobia social en todas las áreas que involucran actividades sociales, se ve seriamente afectado ya que estas situaciones provocan un significativo malestar y tensión emocional. Además, el autor menciona un dato interesante en relación a que la fobia social puede tener un comienzo abrupto posterior a una situación estresante o socialmente humillante.

3.1.2. Disfuncionalidad en niños con Fobia Social

La Fobia Social suele tener un impacto negativo en el funcionamiento de los niños. Como ya se señaló con anterioridad, los niños con esta patología generalmente evitan situaciones de interacción que resultan apropiadas para su edad y fundamentales para un desarrollo sano. Por lo general, son menos queridos por sus pares, suelen tener dificultades en las relaciones sociales, en su rendimiento académico

y en su futuro bienestar emocional (Biglieri, 2011; Gomar, Mandil & Bunge 2010).

Si bien algunos síntomas pueden llegar a disminuir, la mayoría de los trastornos de ansiedad detectados en la niñez no remiten con el tiempo. De hecho, ciertos estudios realizados por medio de informes retrospectivos, demuestran que los adultos que padecen ansiedad dicen haber sufrido ansiedad significativa en la niñez. Así los trastornos de ansiedad en la niñez están asociados a depresión posterior, intentos o ideación suicida y problemas de abuso de sustancias. Por ende, la identificación temprana y el tratamiento eficaz de los trastornos de ansiedad en la juventud son muy importantes no solo para mejorar la situación del presente sino también para proteger la salud del niño y su posterior desarrollo (Gomar, Mandil & Bunge, 2010).

3.1.3. Evaluación de Trastornos de Ansiedad en niños

Al realizar la evaluación de un joven con un posible trastorno de ansiedad, deben considerarse diversas áreas tales como: el comienzo del trastorno, el desarrollo y el contexto de los síntomas, la historia del desarrollo, historia médica, familiar, social y académica del niño (Biglieri, 2011).

Tal como se señaló anteriormente, los niños con trastornos de ansiedad pueden presentar muchos síntomas físicos, y al mismo tiempo, hay muchas enfermedades médicas que tienen síntomas parecidos a los que genera la ansiedad. Por lo tanto, es recomendable que el pediatra realice un examen médico exhaustivo del niño. De este modo pueden descartarse problemas físicos que pueden presentarse enmascarados como trastornos de ansiedad. También, pueden existir problemas físicos que exacerben la ansiedad, y a la vez, es muy importante saber si la ansiedad puede agravar alguna cuestión médica. Por último, en el caso de niños que estén realizando algún tratamiento con medicamentos, es fundamental conocer qué tipo de efectos pueden causar esos fármacos en la ansiedad del niño (Friedberg & McClure, 2005).

Las entrevistas constituyen un método común para evaluar la ansiedad en jóvenes, éstas pueden variar desde no estructuradas hasta altamente estructuradas. Los auto-informes resultan el método más común para evaluar la ansiedad ya que proveen información importante sobre la experiencia de ansiedad subjetiva del joven y además son rápidos y generalmente de bajo costo. No obstante, dichos auto-informes no deberían ser utilizados como única herramienta, ya que pueden no ser buenos para discriminar los trastornos de ansiedad de otros trastornos. Además, éstos pueden no captar información sobre la ansiedad específica de un niño, y esta información es vital para personalizar el tratamiento. Por otro lado, la observación del comportamiento a lo largo del proceso de evaluación puede proporcionar información muy útil. Asimismo, las evaluaciones de padres y maestros proveen información adicional sobre el comportamiento del niño en diferentes situaciones, que sirve de complemento al resto de los datos (Gomar, Mandil & Bunge, 2010).

3.1.4. Tratamiento de la Fobia Social

Es común que los jóvenes experimenten ansiedad cuando se enfrentan a situaciones nuevas o demandas de desempeño tales como el primer día de escuela o la actuación en una obra de teatro. En definitiva, según Gomar, Mandil y Bunge (2010), todos van a experimentar ansiedad en algún momento de sus vidas, y en ciertas situaciones hasta puede resultar adaptativa. Ahora bien, cuando la ansiedad es más severa y además se torna demasiado frecuente, ésta puede generar estrés en exceso e interferir en el funcionamiento normal del joven. Así, cuando por la ansiedad, el niño comienza a evadir situaciones que son propias de su edad, como por ejemplo ir a la escuela y socializar con sus pares, ya es considerada un trastorno y por ende requiere algún tipo de intervención.

Diversas investigaciones estudiaron la efectividad de distintas alternativas de tratamiento para la fobia social. Entre ellos, tratamientos conductuales (con técnicas de contra-condicionamiento, confrontación con el estímulo fóbico, entrenamiento en habilidades sociales y en habilidades de exposición); cognitivos (reestructuración cognitiva y entrenamiento en focos atencionales); cognitivos-conductuales (reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades sociales); como así también, la implementación de ciertos tratamientos farmacológicos (para paliar síntomas a corto plazo). La evidencia empírica proveniente de ensayos clínicos señala que los tratamientos psicológicos más eficaces para la Fobia Social son la exposición y la combinación de exposición y

reestructuración cognitiva. (Rey, Aldana & Hernández, 2006). Por otro lado, la psicoterapia cognitiva de Beck (1976), produce cambios significativos en los trastornos de ansiedad interpersonal y en las fobias sociales. Asimismo, los abordajes conductuales con técnicas como la desensibilización sistemática, la exposición en vivo o imaginada y la relajación aplicada, en combinación con otras técnicas cognitivas, poseen demostrada eficacia en el tratamiento de la fobia social, fundamentalmente cuando predomina la repuesta de ansiedad (Castro Solano, 2003).

3.1.4.1. Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) para la ansiedad en niños

Las teorías cognitivas y conductuales han influenciado el desarrollo de tratamientos eficaces para la ansiedad infantil.

Siguiendo el desarrollo de Biglieri (2011), el proceso terapéutico no se basa en el ajuste del sujeto a la realidad, ya que ésta no se entiende como algo externo al sujeto que la significa. Por otro lado, el terapeuta no se considera como un garante de realidad, ya que no es poseedor de una visión correcta o incorrecta de la misma. La perspectiva que tenga el terapeuta también es una construcción, que de ninguna manera debe considerarse mejor o peor de la del paciente, sino que es diferente. El foco del proceso terapéutico se centrará entonces en la manera particular y única que tiene cada sujeto de significar y construir su propia realidad. Desde esta perspectiva del hombre como constructor activo de la realidad, se plantea la existencia de tantas realidades como seres humanos hay en el mundo. Por lo tanto, es inapropiado calificar de irracionales los pensamientos o interpretaciones de los pacientes.

El autor antes mencionado, señala que los términos disfuncional o desadaptativo son más propicios para describir las consecuencias de ciertos tipos de procesamiento de la información. Disfuncional hace referencia a que ciertas formas de adscribir significado generan malestar en el paciente de forma permanente. Por lo tanto, una interpretación desadaptativa, implica que la misma no le permite al individuo afrontar exitosamente las demandas de su entorno, de manera de poder dar respuesta a las mismas, superarlas y encausarse en dirección de sus metas.

Por su parte, Kendall (2010), da cuenta de varias investigaciones y estudios que evaluaron la eficacia de la TCC en niños con trastornos de ansiedad. Un ejemplo de ello, es una versión de TCC para jóvenes con trastornos de ansiedad, llamada programa “El gato valiente”. El autor comprueba que los jóvenes tratados con esta modalidad demuestran mejorías hasta varios años luego de finalizado el tratamiento. El programa “El gato valiente” combina estrategias cognitivas con estrategias conductuales para ayudar a los niños a afrontar la ansiedad. Consiste en un tratamiento mensualizado de 16 sesiones diseñado para niños de 7 a 13 años de edad. El objetivo es enseñar a jóvenes a reconocer señales de ansiedad incipiente y a aplicar estrategias para afrontar eficazmente estas situaciones. El programa de referencia consta de seis componentes: psicoeducación, relajación/manejo somático, manejo/reestructuración cognitiva, resolución de problemas, exposición a situaciones que provocan ansiedad y prevención de recaídas.

Psicoeducación: sienta las bases para la posterior reestructuración cognitiva, así como para los elementos conductuales del tratamiento. Incluye compartir factores clave de la ansiedad, que le permiten identificar los primeros indicios de ella, y a partir de allí la aplicación de los mecanismos de auto-control.

Relajación/manejo somático: los terapeutas pueden enseñar una variedad de ejercicios de relajación para que luego el niño elija el que prefiere. La relajación muscular profunda enseña a contraer y luego relajar una serie de músculos durante unos minutos mientras se toma conciencia de los síntomas de la ansiedad.

Reestructuración cognitiva: consiste en ayudar al niño en la comprensión de la conexión entre pensamientos, emociones y conductas. Muchos niños con ansiedad interpretan situaciones como más peligrosas de lo que en verdad son, por ende suelen tener pensamientos negativos y ansiosos. Así, al modificar los pensamientos irracionales e inútiles con alternativas más útiles y racionales, el niño se transforma en un afrontador activo. El cambio cognitivo puede ser logrado mediante la reflexión, examinando las evidencias en contra y a favor de un pensamiento, eliminando los sentidos negativos y catastróficos y reformulándolos.

Resolución de problemas: el primer paso es identificar el problema, puede parecer simple pero los niños ansiosos muchas veces no logran identificarlos por lo abrumadores que le resultan ciertos estímulos que les generan ansiedad. El siguiente paso es pensar en posibles soluciones o formas de afrontamiento. Se

debe retrasar el juicio acerca de las ventajas de cada posibilidad. Los jóvenes ansiosos suelen atascarse porque quieren llegar a la solución perfecta, por ello es importante que el terapeuta lo ayude a pensar desde afuera. El tercer paso consiste en comenzar a evaluar las posibles soluciones considerando pros y contras, y el paso final es que comience a ponerlas en práctica, probando así las posibles soluciones. Se le enseña al niño a estar preparado para implementar segundas y terceras alternativas si es que la primera no funciona.

Tareas de exposición: la exposición suele considerarse como el componente más importante en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Consiste en la exposición sistemática a situaciones temidas, en las que se brinda a los jóvenes la posibilidad de poner en práctica las habilidades aprendidas. De este modo consiguen enfrentar sus miedos a la vez que desarrollan comportamientos adaptativos en respuesta a un estímulo o situación temida. De este modo, pueden distinguir el peligro real del percibido, a través de la experiencia directa.

Prevención de recaídas: los jóvenes realizan tareas de exposición a lo largo del tratamiento hasta que llegan a experimentar sensación de dominio. La finalización del tratamiento es un momento de emoción tanto para el paciente como para la familia. El terapeuta comparte estrategias para mantener los logros y evitar las recaídas. Un aspecto central es que sepan hacer en los momentos en que la ansiedad resurja. El terapeuta actúa de entrenador a lo largo del tratamiento, enseñando al niño diferentes habilidades y guiándolo para poder ponerlas en práctica. Las primeras ocho sesiones están dedicadas a la enseñanza de estrategias de manejo de ansiedad, que pueden ser utilizadas cuando el niño identifica que está sintiendo ansiedad. Luego de esta primera fase, los niños pasan a la segunda etapa del tratamiento donde practican la aplicación del plan en situaciones que realmente les producen ansiedad. Y al final, cada niño desarrolla y presenta un comercial, donde expone a otros las habilidades aprendidas durante el programa. También se dedica un tiempo hacia el final a trabajar para prevenir las recaídas (Kendall, 2010).

3.2. Maltrato Infantil

El maltrato infantil es un fenómeno multicausal y universal. Existe una estrecha relación entre el maltrato infantil y el desarrollo biopsicosocial del niño, lo que puede traducirse en problemas escolares, tanto en el plano cognitivo como de la interacción social, y en alteraciones manifestadas por agresión o retraimiento. Es preciso conocer que no solo un trauma físico lastima a un niño, sino que otros tipos de maltrato como el psicológico y la negligencia también dañan la personalidad del menor (Santana, Sánchez & Herrera, 1998).

3.2.1. Definición y clasificación del Maltrato Infantil

Todos los niños deben recibir los cuidados necesarios a fin de asegurarles la vida, el bienestar y un desarrollo armonioso. Al mismo tiempo deben respetarse sus derechos sociales, económicos, cívicos y políticos para permitir el desarrollo de sus potencialidades, de modo que todos tengan las mismas posibilidades de ser libres y felices. Según estos principios enunciados, cualquier acción u omisión cometidas por individuos, instituciones o la sociedad, y toda situación provocada por éstos que prive al niño de sus cuidados, derechos o libertades impidiendo su pleno desarrollo, constituyen un acto o situación denominada negligencia o malos tratos (Barudy, 1998; Grosman & Mesterman, 1992).

Entre las causas más comunes del maltrato pueden encontrarse ciertas características de los padres, en cuanto que muchos de los padres maltratadores han sido maltratados en su infancia, y aprendieron en el seno de su familia que el castigo físico era un método de enseñanza. También hay ciertas características de los niños que están presentes como causas aparentes del maltrato. Por ejemplo, los niños inquietos, problemáticos, con conductas inadecuadas en sentido general. También hay características del medio, situaciones que pueden servir de catalizadoras a padres e hijos para que el maltrato se produzca, como por ejemplo problemas económicos, desempleo, dificultades en la pareja, hacinamiento, vivienda inadecuada, entre otras (Ochog Charco, A. & Pucha Ortiz, F., 2011).

Siguiendo a Grosman y Mesterman (1992), es importante destacar el componente intencional del abuso

físico de los niños, dado que se define como el uso intencional y nunca accidental, de la fuerza física o los actos de omisión, también intencionales, por parte de un progenitor o persona a cargo del niño, con el propósito de dañarlo o injurarlo.

A su vez, las autoras sostienen que si bien los problemas o condiciones socio-económicos y ambientales parecen incidir en la frecuencia e intensidad de los malos tratos, la violencia hacia el menor no es patrimonio de un sector socio-económico específico, sino que por el contrario, se dan en toda la estructura social asumiendo las particularidades propias de cada sector.

Barudy (1998), distingue por un lado, el maltrato activo o violencia por acción, que conlleva comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, sexual y/o psicológica, que por su intensidad y frecuencia provocan daños en los niños. Y por otro lado, presenta las situaciones de negligencia o violencia por omisión, también denominado maltrato pasivo, que hace referencia a la omisión de intervenciones y/o de discursos necesarios para asegurar el bienestar de los niños. De este modo, diferenciar el maltrato activo y pasivo, permite discriminar dos tipos de mundos relacionales, que generarán cada uno una “carrera” diferente para la víctima, constituyéndose en un aprendizaje específico impuesto por las circunstancias de la vida.

Asimismo, el autor expone que en los casos de violencia física, los mensajes de los maltratadores son comunicados a través de golpes, ejercidos directamente con las manos, los pies, la cabeza del adulto o con diferentes instrumentos (palo, cinturón, cable, etc.). También pueden ejercer quemaduras con agua, u objetos calientes. Este tipo de violencia a menudo se ejerce en un contexto imprevisible, provocando en la víctima una “carrera moral” que se caracteriza por el aprendizaje forzado a través del terror, la impotencia y la sumisión. Otro tipo de maltrato activo son los abusos sexuales, también denominados violencia sexual. En estos casos el mensaje del maltratador es transmitido por los comportamientos sexuales del adulto. Estos mensajes constituyen un profundo y grave atentado contra la integridad física y/o psicológica de las víctimas. Por último, el denominado maltrato psicológico es otra de las formas de maltrato activo. En estos casos, el niño es agredido a través de palabras que lo humillan, lo denigran o lo rechazan. También en algunos casos se trata de un ambiente relacional que se caracteriza por gestos insistentes que comunican confusión, aislamiento, fusión y/o corrupción.

Por último, dentro de la clasificación del maltrato infantil, Barudy (2000) menciona el maltrato pasivo o negligencia, como el resultado de situaciones en las que de manera deliberada o por una actitud extraordinariamente negligente, las personas responsables de los niños no realizan ningún tipo de acción para evitarles el sufrimiento, o para satisfacer sus necesidades esenciales para el desarrollo de las aptitudes físicas, intelectuales y emotivas de un ser humano.

Por su parte, Grosman y Mesterman (1992), exponen que diversos trabajos concuerdan en que padres y madres comparten en igual proporción la autoría de los maltratos. A su vez, numerosas investigaciones también corroboran la relación de complicidad que en las familias biparentales existe entre el cónyuge que maltrata y su compañero, de esta manera, los malos tratos siempre son asunto de toda la familia.

3.2.2. Las consecuencias de los malos tratos en los niños

El maltrato infantil trae serias consecuencias tanto en el individuo como en la sociedad en general. Todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales emocionales y sociales (Obaco Sarango, 2010).

Según Bowlby (1989), la primera infancia, niñez y adolescencia, están profundamente influidas por el modo en que los padres u otras figuras de paternidad, tratan a sus hijos.

En esta línea, Barudy (2000) afirma que la aparición de malos tratos a los niños puede explicarse por una falla en los mecanismos naturales que posee una familia para controlar determinadas situaciones de estrés familiar. Entendiendo por tal a las tensiones que pueden generarse por perturbaciones del entorno y/o internas de la familia y que resultan una amenaza para el equilibrio familiar.

Siguiendo a Barudy y Dantagnan (2005), los contextos de malos tratos infantiles son entornos que provocan graves daños, en ocasiones irreversibles, en los niños. El daño afecta su integridad, y puede manifestarse de diversos modos:

Trastornos de los procesos de desarrollo infantil con riesgo de retraso en todos los niveles de desarrollo: en estos casos los malos tratos impiden o dificultan el crecimiento sano de un niño. La energía necesaria para enfrentar el crecimiento debe ser puesta para sobrellevar el estrés y el dolor permanente. Diferentes

investigaciones han demostrado que los malos tratos generan alteraciones a nivel del sistema nervioso central, a veces imposibles de revertir. Por ello la imperiosa necesidad de intervenir cuanto antes.

Trastornos de los procesos de socialización y aprendizaje infantil: los niños víctimas de malos tratos se socializan en un contexto, que mayormente, si no reciben la ayuda adecuada, presentan luego trastornos de comportamiento que pueden ocasionar daños a sí mismos y hacia los demás. De este modo, se ven obligados a aprender a sobrevivir evitando el dolor con la lógica consecuencia de los trastornos de socialización, expresados en la dificultad para participar en relaciones de interdependencia sana, caracterizadas por el respeto y la empatía.

Trastornos de los procesos resilientes: la resiliencia es una capacidad que emerge de las relaciones familiares y sociales, en la medida que éstas proporcionan experiencias de buenos tratos por parte de los adultos significativos. Esta capacidad para resistir los embates de la vida, es el resultado de experiencias de apego seguro y de apoyo social mantenido con un adulto significativo. Las situaciones de maltrato alteran la resiliencia. Pero, afortunadamente, las capacidades resilientes pueden desarrollarse cuando se les ofrece a estos niños relaciones reparadoras, tanto en el ámbito educativo como terapéutico.

Los traumas infantiles: los diversos tipos de maltrato a los que se ve expuesto un niño, son experiencias que generan estrés y dolor crónico de gran intensidad. Este dolor físico y psicológico, tiene la ambigüedad de ser ocasionado por personas significativas como son los padres, generándose la paradoja de ser dañados por quienes le dieron la vida y quienes deberían cuidarlos, protegerlos y educarlos. Así para el niño, es muy difícil encontrar una explicación que dé sentido a estas conductas y malos tratos por parte de sus padres. Además del sufrimiento y el dolor del momento, queda el trauma por la falta de comprensión.

Los trastornos del apego: Constituyen una de las consecuencias más graves de los malos tratos, dado que se produce un daño en una de las capacidades que definen al ser humano, que es la de relacionarse consigo mismo y los demás de manera sana y constructiva (Barudy & Dantagnan, 2005).

3.3. Maltrato Infantil, Fobia Social y Rendimiento Escolar

En base a la bibliografía relevada podría inferirse que la exposición reiterada de los niños a situaciones de maltrato infantil generaría ansiedad social.

A su vez, altos niveles de ansiedad social reducen la eficiencia en el aprendizaje, ya que disminuyen la atención, la concentración y la retención, con el consecuente deterioro en el rendimiento escolar. Un estado ansioso intenso provoca que el alumno se altere fácilmente por experiencias de la vida cotidiana y especialmente ante la tarea escolar, ya que muestra un rendimiento distinto al resto de sus compañeros. Para los niños de entre 8 y 12 años de edad los miedos sociales más frecuentes suelen estar relacionados con situaciones en las que hay que leer o hablar en voz alta, hablar con personas que representan autoridad, como así también relacionarse con pares. La ansiedad social está ligada a la baja aceptación por parte de los compañeros de clase y a una autoestima deteriorada. Además estos niños pueden tener dificultades para verbalizar y comunicar sus emociones y sentimientos, lo que a veces implica una dificultad para realizar una evaluación acertada. (Jaude, 2001).

En la infancia, la conformación de habilidades sociales está estrechamente vinculada a los grupos primarios y a las figuras de apego. Por ende, en los primeros años de vida, la familia tiene una importancia central en el comportamiento interpersonal del niño. Los comportamientos sociales con pares, caracterizados por la reciprocidad, resultan un elemento esencial para el desarrollo social, emocional y cognitivo del niño. Por otro lado, las habilidades sociales también permiten al niño asimilar papeles y normas sociales. Así, los déficits en las habilidades sociales han sido relacionados a una serie de trastornos, entre ellos los trastornos de ansiedad (Lacunza, 2009).

El sistema escolar constituye un espacio de convivencia e intercambio. A diario en la escuela los alumnos se esfuerzan para establecer y mantener relaciones interpersonales, tratando de desarrollar identidades sociales y un sentido de pertenencia. Observan y así adquieren modelos de conducta que imitan de otros y son a su vez gratificados por comportarse de manera aceptable para sus compañeros y profesores. Generalmente los niños que tienen éxito en el contexto social resultan los más exitosos como estudiantes. El ambiente escolar cargado de evaluaciones contribuye además al incremento del temor

que puede provocar el contacto interpersonal dentro de la escuela, especialmente en los casos en los que el alumno se siente inseguro de sus habilidades sociales y tiene temor a la evaluación negativa por parte de sus compañeros, amigos, profesores, etc. Asimismo, los niños ansiosos a menudo presentan problemas de socialización porque su dependencia del adulto y sus aprensiones lo hacen parecer más infantil en relación a sus pares. (Jaude, 2001).

3.4. Equipos de Orientación Escolar (E.O.E.)

Desde la perspectiva del ámbito educativo, en los colegios pueden presentarse diferentes problemáticas con origen multicausal. Estas problemáticas deben abordarse de manera rápida y efectiva. De este modo, la Coordinación General de Orientación y Salud Escolar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998), expone que entre los diversos actores del sistema educativo se encuentran los Equipos de Orientación Escolar (E.O.E), compuestos por psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, licenciados en ciencias de la educación, sociólogos, fonoaudiólogos, etc. Además, menciona que el área de intervención de los E.O.E incluye temáticas referidas a: aprendizaje, repitencia, deserción, problemas de convivencia, crisis socio-institucionales, orientación vocacional, alumnado con necesidades especiales, vínculos disfuncionales, entre otros. Así, el E.O.E está pensado como un espacio institucional dinámico e interdisciplinario de orientación, prevención, seguimiento y/o derivación.

Según establece el Decreto del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 1929/04, el E.O.E interviene ayudando a identificar los posibles aspectos puntuales de cada situación de modo que puedan ser abordados por los diferentes actores de la institución.

Desde el punto de vista preventivo el E.O.E tiene la misión de detección precoz y la orientación al educando, a la familia y a la institución, además de posibilitar la búsqueda de tratamiento si fuese necesario, realizando la correspondiente derivación a los profesionales y lugares adecuados para la asistencia (de la Vega, 2009).

El E.O.E tiene a su cargo: diseñar y desarrollar programas preventivos de intervención en el aula para todos los alumnos, intervenir en todos los procesos de adaptación de los alumnos a la escuela, elaborar estrategias que favorezcan las relaciones vinculares entre docente-alumno y alumno-alumno, organizar grupos de reflexión y talleres sobre diversas temáticas, promover la participación conjunta en la elaboración de pautas de convivencia, entrevistar a alumnos que manifiesten dificultades de aprendizaje, lingüísticas, emocionales o de conducta, y derivar a profesionales especializados para su asistencia, cuando el caso lo requiera, efectuando el correspondiente seguimiento. En relación a la familia, el E.O.E, tiene entre sus actividades, realizar intervenciones destinadas a mejorar las relaciones entre la familia y la escuela, proponer y/o participar en reuniones con directivos, profesionales y docentes para tratar temas que respondan a inquietudes de padres, docentes u otras detectadas por el E.O.E. Respecto de los profesionales externos, el E.O.E. debe estar en contacto con los profesionales intervinientes generando redes sociales y profesionales con el fin de lograr un mejor seguimiento de cada situación observada, a su vez, operar de nexo entre profesionales externos y la institución (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Decreto 1929/04).

Siguiendo a Rascovan (2013), los equipos de orientación procuran promover, tanto en las instituciones como en los sujetos que las sostienen, maneras de tramitación de las problemáticas que se ubican en la intersección entre salud y educación. Fundamentalmente buscan enunciar ciertos problemas sin reducirlos al dispositivo escolar. Intentan trascenderlo, incluyendo prácticas sociales y de salud en el vasto campo de las intersecciones entre lo subjetivo y lo social.

Asimismo, la posición de los E.O.E, desde la perspectiva de Korinfeld (2013), es la de sostenerse en una función cuyos objetivos son generar las condiciones para reducir al mínimo su accionar. En tanto los modos de intervenir del E.O.E. buscan articularse con los distintos actores de la escena educativa transformando posiciones a través del debate y el intercambio de perspectivas. Por otra parte, la escuela por medio de sus intervenciones, puede construir resiliencia en los alumnos a través de la creación de un ambiente de relaciones personales afectivas. Para ello se requiere de docentes o tutores que tengan una actitud optimista y se centren en los puntos fuertes de los alumnos brindándoles retroalimentación sobre estos aspectos positivos. De este modo, las fortalezas del alumno serán las que lo ayuden a construir su resiliencia (Henderson & Milstein, 2003).

3.4.1. El Rol del Psicólogo en la Escuela

Para definir el rol del psicólogo en el ámbito escolar, es importante diferenciar el campo de las problemáticas de lo que son los pedidos de intervención. Las primeras son problemáticas que se observan, se detectan, y las segundas son relativamente independientes de la lectura propia del profesional, son pedidos de intervención, colaboración o consultas, constituyen registros de demanda diferentes. Se apela así al ejercicio de un rol de diagnosticador. De este modo, el psicólogo es convocado a trabajar centralmente con los aspectos patológicos de la escuela, con todo aquello considerado como síntoma. El desafío que se le presenta es tomar una posición tal que le permita reordenar lo que viene planteado como queja, malestar o como síntoma y reubicarlo proporcionando un contexto de consulta e interlocución (Korinfeld, 2013).

Según Coll (1988), el psicólogo que se desempeña en el ámbito educativo, es concebido como el profesional o el especialista que, en estrecha colaboración con los docentes, dirige sus esfuerzos a mejorar el aprendizaje. Este profesional tiene un área de responsabilidad muy específica, que consiste en la identificación, diagnóstico y tratamiento de los niños con problemas de aprendizaje y ajuste. En suma, el psicólogo escolar sería un psicólogo clínico que realiza sus tareas en la escuela. El éxito de las intervenciones depende de dos cualidades indispensables que son, su habilidad como psicólogo (clínico) y su conocimiento profundo del escenario educativo.

Por otro lado, retomando nuevamente a Korinfeld (2013), otra función del psicólogo en este ámbito es la de generar intervenciones que apunten a convertir en situación-problema, la certeza con la que se presenta el síntoma de un niño o un adolescente. Es decir, habilitarla para la construcción de espacios para escuchar y pensar con otros, y la posibilidad de trabajar en conjunto con quienes traen el problema. De este modo, se intenta lograr la redefinición de los términos en los que viene planteado el caso. Así, se plantea una estrategia de trabajo que presupone y supone que la mayoría de los problemas y conflictos que aparecen en las escuelas podrían ser abordados desde los lugares donde se producen y generan, evitando la derivación al Gabinete de los “chicos-problema”.

3.4.2. Intervenciones del Psicólogo dentro del E.O.E.

Los potenciales clientes del psicólogo en la escuela podría afirmarse que son todas las personas que allí trabajan, actúan y deciden, es decir, el rector, los docentes, los alumnos y los padres. Es común que todos ellos acudan al psicólogo para pedir su intervención. Así, en la escuela el que solicita la intervención del psicólogo lo hace para que, de cierto modo, someta a su consideración casos patológicos de los demás, y para que el profesional intervenga de manera directa o proponga consejos terapéuticos. En este sentido, se lo considera al psicólogo como un diagnosticador a quien a su vez se le atribuyen condiciones de “mago omnipotente” poseedor de los conocimientos y de la práctica requerida para resolver el caso. Por otro lado, quien formula el pedido alimenta siempre una certeza absoluta, que es la de haber identificado con exactitud el foco de la patología. La hipótesis en la mayoría de los casos es que la patología reside en el niño implicado y en ocasiones en la familia. Tanto la escuela como el docente que formuló el señalamiento no son considerados implicados en la problemática (Selvini Palazzoli, et al., 1997).

Los autores mencionados anteriormente, exponen diversas formas de intervención clásicamente utilizadas por psicólogos escolares:

Intervención primaria

Semanas después de empezado el ciclo lectivo, se aplica de modo colectivo a todos los alumnos una batería de pruebas, discriminadas por lo general en tests de nivel y tests proyectivos. Se trata de un trabajo considerable, que insume al psicometrista y a los alumnos, en cada curso, de cuatro a ocho horas distribuidas en varias sesiones. Todo el material reunido se procesa y analiza para que el psicólogo realice un diagnóstico de la clase. Los niños que en este diagnóstico se señalan como especialmente “perturbados” o con grave “déficit” intelectual, se vuelven a analizar de modo independiente. Este tipo de intervención actualmente se encuentra en decadencia.

Intervención por señalamiento: el “alumno problema”

En ocasiones contiene elementos de diagnósticos aproximativos, más a menudo, se limita a una indicación de carencia intelectual o de bajo rendimiento escolar, o bien de trastorno de conducta. La experiencia enseña que en la mayor parte de los casos la escuela solo espera del psicólogo que confirme su indicación añadiéndole una pizca de “cientificismo” para poder justificar así las medidas que se tomen respecto del alumno. El que señala el síntoma no tiene casi nunca conciencia de ser portador de un problema y espera que la intervención del especialista apunte sin tardanza al niño-problema. Los autores de referencia exponen que frente a este tipo de señalamiento el psicólogo puede responder de diferentes maneras:

a. *Actitud de consentimiento pasivo*: el psicólogo da por buena la indicación de la anomalía, y pone en movimiento el mecanismo diagnóstico. Somete al niño a entrevistas y tests psicométricos y proyectivos. Por lo común, se cita también a la familia y se practica una anamnesis profunda, no solo psicológica sino también socioambiental. Luego el psicólogo redacta un informe dirigido a los profesores autores del señalamiento o se entrevista con ellos. De ahí que el resultado sea un simple diagnóstico. Aun cuando el diagnóstico del psicólogo sea benévolo, el ritual de la convocatoria y los exámenes psicológicos individuales rotulan inevitablemente al niño señalado e introducen en su mente y la de su familia el carcoma de la duda. Así el psicólogo acentúa su rol de diagnosticador y se reafirma como técnico especialista al servicio de la institución escuela y de sus exigencias.

b. *Traspaso del problema a los docentes*: el psicólogo puede no aceptar la definición de “paciente señalado” y puede resolver no ocuparse de inmediato del caso y sostener antes con los docentes una discusión exhaustiva para un amplio debate. Los educadores suelen sentir gran hostilidad por esta actitud puesto que con el señalamiento esperan delegar un problema fastidioso y por el contrario, se encuentran con que deben enfrentar un recargo de tareas y la difícil tarea de analizar el caso propuesto.

c. *Actitud de rechazo* (desafío a la institución): algunos psicólogos apoyándose en la idea de que la escuela es obligatoria, no ha de ser selectiva y no debe por lo tanto producir marginación social, comenzaron a rehusarse sistemáticamente a tomar en consideración “casos” como quiera que fuesen presentados. Esta actitud de abierto desafío a la institución coloca al psicólogo en conflicto con la autoridad escolar y con los docentes. De hecho, el psicólogo transfiere a la institución la patología, “inculpándola” de cierto modo de la misma (Selvini Palazzoli, et al., 1997).

Siguiendo en la línea de las intervenciones, Coll (1988), señala que es importante tener presente la distinción clásica entre prevención primaria, secundaria y terciaria, formulada por Caplan en 1974 en el campo de la clínica, y reinterpretada por Allen y colaboradores en 1976 en el ámbito educativo. Los tres tipos de prevención han tenido y continúan teniendo un impacto considerable sobre la organización, puesta a punto y funcionamiento de los servicios psicológicos de tipo comunitario. Así, la prevención primaria tiene como objetivo eliminar o disminuir el riesgo de aparición de diversos trastornos comportamentales, elaborando las estrategias adecuadas para neutralizar los factores que los desencadenan. La prevención secundaria, por otra parte, está dirigida a lograr el descubrimiento precoz de los trastornos y a procurar su tratamiento inmediato con el propósito de impedir su generalización. Y por último, la prevención terciaria, se sitúa de modo exclusivo a nivel individual, y procurando aplicar los tratamientos correctivos que permitan a las personas afectadas su reinserción social plena, o en su defecto, el mayor grado posible de reintegración.

Según Facio (2006), se denominan factores de riesgo a aquellas características del niño (excesiva timidez) o de su ambiente (familia con alto nivel de conflicto), que incrementan la probabilidad de que el joven sufra un resultado negativo en su desarrollo. La resiliencia, en cambio es un proceso dinámico en el cual la persona despliega una adaptación positiva a pesar de haber sufrido significativa adversidad. Para el autor, estos conceptos son imprescindibles para comprender tanto el desarrollo patológico como el saludable. De este modo, identificar los factores de riesgo que crean vulnerabilidad permite identificar a aquellos adolescentes que necesitan una temprana intervención preventiva. Por otro lado, entender el funcionamiento de los factores

protectores y la resiliencia posibilita diseñar intervenciones destinadas a fortalecer a quienes están en peligro.

3.4.3. Cómo ayudar a estudiantes con trastornos de Ansiedad

El principal desafío de los profesionales del ámbito escolar es atender a las distintas necesidades educativas de los estudiantes, transformando paulatinamente las escuelas en ámbitos donde todos y cada uno de los alumnos tengan las mismas oportunidades y posibilidades de progresar, considerando sus características personales y sociales. Es necesario, para el éxito escolar del alumno ansioso, trabajar en el manejo de la ansiedad y en el desarrollo de adecuados métodos de estudio y de evaluaciones. La utilización de las evaluaciones como instancias especiales que se realizan en determinada ocasión, resultan desfavorables para los estudiantes ansiosos, ya que exacerban la ansiedad. La incorporación de estrategias alternativas de enseñanza, la flexibilidad curricular y la adaptación de las evaluaciones a las características personales son fundamentales para facilitar el aprendizaje de los alumnos ansiosos. Esto resultaría un aporte muy beneficioso para el rendimiento escolar, la conducta y las relaciones interpersonales en la comunidad educativa. Es imprescindible, por lo tanto, que en cada escuela se diversifiquen las evaluaciones y que se transformen, además, en una actividad constante y permanente, que permita estimar el progreso de los alumnos facilitando hacer ajustes para flexibilizar la enseñanza, de acuerdo a los distintos ritmos de aprendizaje de los estudiantes. La evaluación siempre debe ser considerada como un momento más del aprendizaje, una actividad permanente y constante que permita estimar paulatinamente el progreso de los alumnos. Con un sistema de evaluación permanente y constante, es posible aminorar la tensión emocional, el temor y los trastornos conductuales y de relaciones interpersonales causados por la ansiedad (Jadue, 2001).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudio: de caso único.

4.2. Participante

Durante la residencia se observó el caso de un niño llamado Juan, de 12 años de edad, quien cursa el séptimo grado en una institución educativa privada y religiosa de Capital Federal. Juan concurre diariamente a la institución en doble turno.

El niño de referencia, siguiendo con los criterios del DSM 5 (APA, 2013), está diagnosticado con Fobia Social. El niño llamó la atención de docentes y miembros del E.O.E. por la dificultad que evidenciaba para integrarse con sus pares, además de otras conductas de aislamiento que presentaba en la escuela.

Cuando Juan se encontraba cursando 6to grado, se cita una vez más a los padres para informales las conductas de aislamiento que presentaba en el colegio. Asimismo, se les informa sobre los riesgos que conllevan este tipo de conductas en la adolescencia, y la necesidad de prevenirlos. Por tal motivo, el E.O.E., sugiere consultar con un profesional externo a la institución para que Juan pueda realizar una terapia que ayude a generar otras herramientas a nivel de las relaciones interpersonales.

Después de aproximadamente dos meses, desde la reunión, los padres informan que aceptan que su hijo realice una consulta y eventualmente una terapia. A tal efecto, desde el colegio se les recomienda un profesional para consultar.

Actualmente, Juan hace más de un año que se encuentra en tratamiento con dicho profesional, quien informó el diagnóstico de Fobia Social.

El niño en cuestión, conversando con uno de los Psicólogos del E.O.E., le manifestó que en su casa padecía situaciones de maltrato. Relató que cuando sus padres se enojaban ante alguna desobediencia por parte de él o alguno de sus tres hermanos, se violentaban y les gritaban y pegaban de manera reiterada. Juan manifestó sentir miedo intenso cuando su padre se acerca ya que teme que pueda retarlo o pegarle. Ante este relato, el equipo de orientación se contacta con el psicólogo externo, quien ya estaba al tanto de la situación, y se encontraba trabajando sobre la misma. Luego, citan nuevamente a los padres de Juan, quienes reconocen la situación, y se comprometen a trabajar para el cambio de estas conductas.

4.3. Instrumentos

4.3.1. Observación no participante

Con una frecuencia de 1 ó 2 veces por semana, se observa al niño en tiempo de recreo, en clase, y en sus eventuales visitas al Gabinete. Se observa su conducta teniendo en cuenta las circunstancias y el entorno.

4.3.2. Legajo con historial psicopedagógico del niño.

En el legajo de Juan constan diversos informes de docentes que el niño tuvo desde que inició jardín de infantes en el establecimiento. En dichos informes se pueden observar los registros de los docentes sobre el comportamiento del niño en clase, y los diversos cambios que se van dando a lo largo del año académico. También se encuentran actas de minutas de reuniones llevadas a cabo con los padres del alumno, docentes, directivos y miembros del E.O.E. Asimismo, constan informes del profesional externo, que está llevando a cabo en tratamiento psicológico con Juan.

4.3.3. Entrevistas semi-dirigidas con profesionales del E.O.E.

A fin de recabar datos acerca del abordaje del caso por parte del E.O.E, se llevaron a cabo entrevistas semi-dirigidas con los psicólogos que siguen a Juan. El objetivo de las mismas era ampliar la información del caso en relación a la sintomatología que presentaba el niño, las intervenciones que se llevaron adelante desde el E.O.E, y por último las conductas observadas en el niño luego de las

intervenciones, para relevar si se produjo algún cambio en la conducta.

4.4. Procedimiento

Se realizaron entrevistas semi-dirigidas con los miembros del E.O.E. que llevaron a cabo las intervenciones con el niño. Las mismas se realizaron durante tres encuentros, en el Gabinete, luego de las reuniones de equipo (Gabinetes de jardín de infantes, primer y segundo ciclo y secundaria). En las entrevistas se indagó sobre los siguientes ejes: constitución familiar y datos del entorno del niño, síntomas iniciales que llamaron la atención al E.O.E y docentes, las intervenciones llevadas a cabo por el E.O.E. para mejorar la integración con pares, y también sobre las conductas que se observaron en el niño luego de realizadas las intervenciones.

Para tal fin, también se analizaron:

- ✓ Los diferentes informes emitidos por docentes y directivos.
- ✓ Los informes emitidos por profesionales externos.
- ✓ Notas sobre la observación de la conducta interpersonal del niño. Las observaciones se llevaron a cabo en espacios de clases: alrededor de 5 observaciones en clase; en tiempo de recreo: no se puede precisar la cantidad de observaciones ya que eran mucho más frecuentes que las demás; y dos observaciones en el Gabinete, cuando Juan fue convocado por los psicólogos del E.O.E para conversar con él y chequear si continuaba y en tal caso como se estaba desarrollando el tratamiento con el psicólogo externo. Las observaciones se registraban a modo de “notas de campo”, en un cuaderno, una vez llevadas a cabo. De este modo se destacaban las cuestiones más significativas a los fines del presente trabajo.

5. DESARROLLO

5.1. Descripción de la sintomatología del niño a lo largo de la escuela primaria.

Siguiendo la línea de los objetivos planteados al inicio del trabajo, se desarrollará en principio una descripción de la sintomatología del caso en estudio, que fue lo que llevó al E.O.E a tomar cartas en el asunto.

Como se comentó con anterioridad, Juan es un niño de 12 años de edad, quien concurre al establecimiento educativo de referencia, desde los 2 años de edad. El niño sufre episodios de maltrato físico y emocional por parte de sus padres, y además ha sido diagnosticado con fobia social.

Al realizar un recorrido por el legajo psicopedagógico de Juan, se observan diversas notas de los docentes y de miembros del E.O.E., que describen al niño en relación a su estilo personal, modalidad vincular, y también en cuanto a su desempeño escolar.

Para seguir un orden, se detallarán los comentarios, agrupándolos por grado escolar que se encontraba cursando el niño:

Primer y segundo grado: se lo describe como a un niño al que le cuesta crecer, en el sentido de que no va madurando a la par de sus compañeros. La maestra comenta que es un niño muy perfeccionista y autoexigente, que llora y se angustia cuando no le sale bien una tarea. A su vez lo describe como disperso y desprolijo en la ejecución de las tareas. Parece un niño más pequeño inserto en un curso de chicos de mayor edad. Su desarrollo parece más lento. Se lo ve torpe, con dificultades en la motricidad gruesa, en el área de educación física. Es un niño bueno, se lo observa muy callado, bastante aislado del resto de sus compañeros. Impresiona temeroso en su acercamiento con los adultos.

Su modalidad vincular (en relación a su acercamiento temeroso con los adultos) podría relacionarse con los episodios de maltrato que Juan vive en el seno de su hogar. Al respecto, Bowlby (1989) señala que la primera infancia, niñez y aún la adolescencia, están profundamente influidas por la forma en la que los padres tratan a sus hijos. De este modo, si el niño está acostumbrado a una respuesta violenta, principalmente por parte de su padre, a través de tirones de orejas, golpes, insultos, etc. es muy probable que esta situación influya tanto en su estilo personal, caracterizado por el retraimiento y la introversión, como en la manera de relacionarse con adultos y con pares en diversos entornos.

Tercer y cuarto grado: se lo describe como a un niño de contextura física pobre y estilo personal acorde.

Se hace referencia a un niño inhibido, muy tímido e introvertido. Se lo ve con poca autonomía y parece de menor edad de la que realmente tiene. En los cumpleaños juega el rol de observador no participante. Permanece solo, por lo general sin integrarse con sus compañeros.

Esta descripción podría considerarse un síntoma claro de la patología, coincidiendo con lo que exponen Fernández-Álvarez y Bogiaizian (2008), de que los niños con ansiedad social buscan situarse en lugares periféricos en el ámbito de reuniones sociales, con la intención de no ser percibidos por los demás. También en esta descripción se hace presente lo que sostiene Biglieri (2011), respecto que un niño con ansiedad social parece muy tímido y retraído, tanto con pares como con adultos. Estos niños perciben como amenazante o peligrosa una reunión social, motivo por el cual la evitan. A su vez, la descripción que consta en el legajo, coincide con lo que plantea Jaude (2001) en relación a que son niños que suelen parecer más infantiles e inmaduros dada la dependencia que tienen con los adultos y debido también a sus aprensiones.

En relación a la esfera cognitiva lo definen como un niño bastante inteligente, con aparentemente buena comprensión, pero que en ocasiones se retrasa, se queda. Su ritmo de trabajo en clase es muy lento. Suele pintar con dificultades, de forma inadecuada, presentando algunas fallas en la motricidad fina. Parece un niño inseguro y muy sobreprotegido por su madre.

Quinto y sexto grado: se expone que el niño presenta ciertas dificultades en la lecto-escritura. No lee con fluidez, lo hace de modo lento y muy entrecortado. Su tono de voz al expresarse es muy suave y bajo. Se pone muy tenso e incómodo cuando debe leer en voz alta para la clase. Omite, agrega, cambia letras y sílabas.

Esta característica podría asociarse con lo que plantean Friedberg y McClure (2005) en relación a que elevados niveles de ansiedad generan un deterioro notable principalmente en el área de funcionamiento interpersonal. Por lo tanto, tareas como leer en voz alta o hablar y participar en clase son actividades que suelen dar miedo a los pequeños con este trastorno.

A Juan le cuesta secuenciar una historia y además no logra aún las nociones básicas para su edad (por ejemplo empezar frases con mayúsculas, subrayar, respetar renglones al escribir, etc.). No le gusta participar de los trabajos en grupo. Cuando le toca hacerlo, permanece incómodo y casi sin hablar, pasando desapercibido dentro del grupo. Esta conducta podría considerarse como un claro indicador de fobia social, en relación al temor ante la mirada y la evaluación negativa de los demás. El niño evita situaciones sociales por la ansiedad y el malestar que éstas le generan (APA, 2013; Biglieri, 2011; Gomar, Mandil & Bunge, 2010).

A nivel del trabajo individual, entrega sus producciones desprolijas, manchadas y desordenadas. No cumple con los plazos de entrega. Las tareas diarias tampoco las finaliza a tiempo, su ritmo de procesamiento y trabajo es muy lento. No participa en clase, cuando se le pregunta algo parece ponerse muy incómodo, se mueve en la silla y se lo ve tembloroso. Juega solo en los patios, en ocasiones con un lápiz y un papel. En el mano a mano con las maestras, se muestra un poco más abierto, llegando a expresarse con algo más de fluidez.

La sintomatología descrita anteriormente, puede asociarse con lo que exponen Biglieri (2011) y Gomar, Mandil y Bunge (2010), sobre el impacto negativo que tiene la fobia social para el desarrollo sano en los niños. De este modo, Juan evita situaciones de exposición y de relación con sus pares, que son sumamente valiosas para su desarrollo y crecimiento sano. Por ende, al no relacionarse termina siendo menos querido y aceptado por sus pares ya que no se integra y no participa de las actividades que realiza la mayoría de sus compañeros.

Séptimo grado: en los recreos se lo observa solo, mirando cómo juegan sus compañeros, o en ocasiones, conversando con algún docente o miembro del E.O.E. En las horas libres suele “encerrarse” en la lectura de algún libro, mientras el resto de sus pares charla en grupos, juegan, organizan reuniones, y hablan de cosas típicas de la edad. Suele pasar totalmente desapercibido, como si no estuviese en la clase.

Esto podría asociarse con lo que exponen Fernández-Álvarez y Bogiaizian (2008), en relación a que los fóbicos sociales emiten señales muy débiles, intentando pasar desapercibidos, actuando a modo del “hombre invisible”.

Su escritura parece la de un niño mucho menor, su letra es grande y desprolija. La lectura continúa con dificultades en la fluidez, presentando aún más fallas a la hora de leer en voz alta para la clase.

Como puede observarse en la descripción de la sintomatología del niño, la timidez, introversión y aislamiento en relación a sus pares son características que se fueron incrementando notablemente con el correr del tiempo. El malestar ante las situaciones de exposición como trabajar en grupo, leer en voz alta y participar en clase, son cuestiones que también se fueron acentuando generando conductas disfuncionales en el menor. Asimismo, el desempeño escolar fue en descenso, presentando deficiencias, sin lograr el nivel esperado para su edad.

5.1.1. Características del entorno familiar

Por otro lado, en las entrevistas llevadas a cabo con los miembros del E.O.E. para relevar información, se pudieron constatar algunos datos en relación a las características del entorno familiar.

Juan es el mayor de cuatro hermanos. Sus padres ambos son profesionales, muy involucrados y dedicados a su trabajo. El padre es una persona formal, muy académica y estructurada. Posee una modalidad personal más bien fría y distante. En las reuniones no habla mucho, por lo general la que habla (mucho y rápido) es la madre. Esta señora, es muy acelerada y ansiosa, siempre está apurada. Tiene un estilo invasivo, se entromete en todo. Dada esta constelación, podría decirse que se trata de un ambiente familiar muy rígido y estructurado, con muchas exigencias, mucha ansiedad y poca tolerancia a la frustración. Son padres que se desbordan fácilmente y suelen responder con violencia, principalmente el papá. Esto podría relacionarse con lo expuesto por Barudy (2000) en relación a que la aparición de malos tratos a los niños, puede deberse a una falla en los mecanismos naturales que dispone una familia para controlar situaciones de estrés. Por otra parte, estas características de los padres, también coinciden con lo que los autores Fernández-Álvarez y Bogiaizian (2008) mencionan en relación a la fobia social en niños, que en ocasiones, se ha observado la existencia de relaciones basadas en un esquema dual de sobreprotección por un lado, en este caso proporcionada por la madre, y distancia emocional, tal como parece ocurrir con el padre de Juan. Así, se da un elevado control en la conducta por el lado de la madre, y el padre ocupa un lugar de poca presencia afectiva, siendo más frío y distante en su relación con el hijo.

5.2. Intervenciones llevadas a cabo por el E.O.E.

Siguiendo con el desarrollo de los objetivos específicos, se describirán y analizarán las intervenciones llevadas a cabo por el E.O.E. en relación a la conducta de aislamiento del niño, y en relación al maltrato infantil.

A medida que transcurrió el tiempo, se vieron incrementadas las conductas de aislamiento y retraimiento en el niño. Estas características sumadas a su bajo desempeño académico (con fallas en la lecto-escritura, incumplimientos y retrasos en las entregas de las tareas, etc.), fueron situaciones recurrentes a lo largo de la escolaridad primaria, motivo por el cual el E.O.E vio la necesidad de intervenir.

El E.O.E. según la Coordinación General de Orientación y Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998), y tal como pudo observarse en la residencia, está pensado como un espacio institucional dinámico e interdisciplinario de orientación, prevención, seguimiento y/o derivación.

Así acorde con su rol, y desde una perspectiva preventiva, el E.O.E tal como plantea de la Vega (2009), llevó adelante la misión de la detección precoz, la orientación al educando y a la familia en relación a los problemas que se manifestaron con Juan en el ámbito educativo.

Siguiendo esta línea, lo primero que realizó el E.O.E. a modo de intervención, es informar a los padres del niño acerca de las conductas de aislamiento observadas en él, mencionando también las dificultades en el desempeño escolar. A tal fin, se exponen extractos de actas de entrevistas del E.O.E con los padres del niño.

Quinto grado, acta de entrevista con la madre: se comenta a la madre de Juan, que dentro del colegio se lo ve como a un niño muy inhibido, solitario, tímido y que no se relaciona con sus pares. Se le menciona también, que su ritmo de trabajo es muy lento y por tal motivo no logra concluir las tareas del día. La madre alude que es un niño extremadamente perfeccionista, que por ello se demora y le cuesta el manejo de los tiempos. En la casa tratan de ayudarlo con las tareas, pero se terminan cansando y discutiendo dado que no se ponen de acuerdo con la forma de hacer las tareas. Los padres suelen ser

muy exigentes y críticos con Juan. No toleran su lentitud, su desprolijidad, y esto genera fuertes choques. En relación al aislamiento, la madre comenta que es un niño que busca compañía dentro de la casa, porque no le gusta quedarse solo.

Podría pensarse que dentro de esta constelación familiar, con características de mucha exigencia, altos niveles de rigidez y poca tolerancia a la frustración, estas situaciones como ayudar al niño a resolver las tareas escolares, dadas las dificultades que él presenta, pueden ser situaciones que, como expone Barudy (2000), incrementan la tensión dentro de la familia. Quizás, estas situaciones de tensión sean uno de los desencadenantes de malos tratos hacia el niño, siendo la violencia verbal y física la forma de los padres para responder ante las mismas. En este punto el E.O.E, explicó a los padres la necesidad de flexibilizarse y aceptar las dificultades que está demostrando el niño. Que valoren y resalten las cosas buenas y los pequeños logros que realice, que de este modo podrán reforzar su autoestima y sentimientos de autosatisfacción, de lo contrario todo es exigencia, incumplimiento y frustración. En esta intervención pudo observarse como la escuela, a través del E.O.E, puede construir resiliencia en los alumnos tal como lo plantean Henderson y Milstein (2003). Para lograrlo se requiere hacer foco en las características positivas, brindando al niño retroalimentación de las mismas, tal como recomendó el E.O.E. a los padres de Juan.

Sexto grado, acta de entrevista con los padres: se señala desde la institución que llama la atención y preocupa cada vez más la falta de integración con pares. Los padres aluden que fuera del colegio es un niño que sonríe, habla mucho y hasta confronta a sus padres y hermanos. Suele pelearse mucho con sus hermanos menores. El padre, serio y algo enojado, cuestiona la conducta de su hijo, hablando de fenotipos y sosteniendo que el niño es igual al tío paterno: tímido, introvertido, sin amigos, sin pareja y obsesivo con el orden. Desde el colegio se les sugiere consultar con un profesional externo para que evalúe un posible tratamiento para trabajar el tema de habilidades sociales.

Es en esta reunión con los padres (cuando Juan se encontraba en sexto grado) cuando el E.O.E. apela a su función de la derivación, con el fin de la búsqueda de un profesional externo a la institución, que posibilite el desarrollo de un tratamiento (de la Vega, 2009). Se orienta y advierte a los padres en relación a la importancia de realizar una consulta con un profesional, dado que las conductas de aislamiento de Juan son cada vez más notorias y preocupantes. Se resalta el riesgo que conllevan estas conductas en la adolescencia, donde la relación con pares es muy importante para el desarrollo sano. Se menciona, coincidiendo con la postura de Gomar, Mandil y Bunge (2010), que cuando un niño evade situaciones que son propias para su edad y desarrollo sano, como lo es por ejemplo socializar con pares, podría ser indicador de cierto tipo de disfuncionalidad que requiere algún tipo de tratamiento. Además se hace hincapié en la identificación y tratamiento temprano, ya que son cuestiones de suma importancia para proteger la salud actual y futura del niño.

Los padres luego de aproximadamente dos meses, informaron a la institución que aceptaban realizar una consulta con un profesional. A tal fin, dentro de la intervención de derivación, se les recomendó un profesional externo, al cual tardaron casi otros dos meses en contactar e iniciar la terapia.

En una charla con uno de los psicólogos del E.O.E (cuando Juan se encontraba ya en tratamiento desde hacía aproximadamente 5 meses) comenta que siente vergüenza por una cosa “asquerosa” que le suele pasar. Al interrogarlo por lo que había expuesto comenta que lo que le sucede es que se orina encima cuando su padre le pega. Además manifiesta que cuando su padre se le acerca no puede evitar moverse, a modo de esquivar, como si estuviese por recibir un golpe. Su padre se molesta cada vez que esto ocurre, pero Juan no puede evitarlo. Expone que cuando su padre o su madre se enojan con él o sus hermanos (ante las desobediencias de cualquier índole), suelen reaccionar con mucho enojo y furia, diciéndoles cosas feas, insultos, y en ocasiones (su padre), llegando a levantarlo, zamarrearlo, darle cachetadas, tirones de pelo y de oreja.

Al tomar conocimiento de dichos hechos, el E.O.E se contacta con el psicólogo que trata a Juan, quien dice estar al tanto de la situación de maltrato. También se cita nuevamente a los padres para conversar al respecto. Estos reconocen la situación, y se justifican agregando que muchas veces desbordados ante el cansancio de las situaciones de rutina, las diversas y permanentes demandas de los niños y el estrés de la vida cotidiana, suelen responder de manera violenta ante la eventual desobediencia de sus hijos. Juan, por ser el hijo mayor es que lleva la peor parte y el que más maltrato suele recibir. Se pregunta al respecto que es lo que entienden ellos por “responder de manera violenta”, y cuál es el tipo de

reacciones que tienen. De este modo, los dichos de los padres se corresponden con lo expuesto por el niño en relación a los modos de maltrato tanto en lo verbal como con algunas manifestaciones de tipo físicas.

Con esta nueva información, referente a la modalidad vincular del niño y sus padres, ciertas características de Juan empiezan a considerarse desde otra perspectiva. Tal como se desarrolló en el marco teórico, existe una estrecha relación entre el maltrato infantil y el desarrollo biopsicosocial del niño. Por lo tanto, esta situación de maltrato tanto físico como psicológico que se da en este caso, puede verse reflejada en los problemas escolares que se perciben en Juan, tanto en el plano cognitivo como a nivel de la interacción social, manifestado principalmente a través del retraimiento y la inhibición (Santana, Sánchez & Herrera, 1998).

Tal como señalan Barudy y Dantagnan (2005), los contextos de malos tratos infantiles, cualquiera sea el tipo, son entornos que provocan daños al niño afectando su integridad. En el caso de Juan, puede relacionarse el maltrato con trastornos en los procesos de socialización y aprendizaje. Desde el punto de vista de la socialización, puede verse en la falta de conductas pro sociales y de integración con pares, desplegando inhibición y retraimiento, al punto de haber recibido el diagnóstico de fobia social. El niño posee entonces dificultades para participar de relaciones de interdependencia sana, caracterizadas por el respeto y la empatía.

Por otro lado, a raíz de esta modalidad vincular con sus figuras de apego, también pueden presentarse daños en sus capacidades para relacionarse consigo mismo y con los demás de manera sana y constructiva. Del mismo modo, puede verse afectada la resiliencia, siendo ésta una capacidad que justamente emerge de las relaciones familiares y sociales, en la medida que éstas brinden experiencia de buenos tratos por parte de los adultos significativos, cuestión que parece no ocurrir en el caso de Juan. Sin embargo, los miembros del E.O.E., los docentes y directivos del colegio, junto con el psicólogo externo, intervienen ofreciendo al niño relaciones reparadoras para que estas capacidades resilientes puedan desarrollarse (Barudy & Dantagnan, 2005).

Las intervenciones llevadas a cabo por el E.O.E. pueden resumirse de la siguiente manera:

Entrevistas y observaciones del niño en el Gabinete, recreos y hora de clase. Estas actividades se llevaron a cabo desde que Juan ingresó a primer grado, aunque en los primeros años no eran tan frecuentes sus visitas al Gabinete, dado que no presentaba muchas conductas disfuncionales. Parecía un niño aceptado por los diferentes grupos dentro del curso y su rendimiento escolar estaba dentro de términos aceptables. A medida que fue pasando el tiempo se lo fue viendo cada vez más aislado, tímido y retraído, a la vez que su desempeño escolar también fue empeorando cada vez más. De este modo, las observaciones y las visitas a Gabinete se fueron llevando a cabo con mayor frecuencia, para seguir de cerca al niño. Este tipo de intervenciones anticipatorias, orientadas a la detección precoz, podrían relacionarse con el concepto de intervención primaria, de Caplan retomado por Coll (1988). De este modo, el E.O.E. intenta eliminar o disminuir el riesgo de aparición de ciertos trastornos comportamentales, elaborando diferentes estrategias para neutralizar los factores que puedan desencadenarlos. En este caso, las primeras observaciones de Gabinete, se realizaron porque algunas actitudes del niño en relación a su conducta interpersonal llamaron la atención, por lo tanto, se lo citaba al Gabinete y se lo observaba en diversas situaciones dentro del colegio para poder detectar estas cuestiones y actuar según fuera preciso.

Reuniones con los padres de Juan. Desde la institución se busca generar una relación fluida con la familia, más aún en estos casos donde es preciso generar empatía para poder lograr confianza y así ayudar al niño y a la familia. A partir de segundo grado, fue preciso intervenir citando con frecuencia a los padres para conversar con ellos respecto de las conductas de aislamiento que se observaban en el niño, y además para ver cómo ayudarlos a abordar el tema de las tareas en casa y cómo poder acompañarlo. Se detectaron de este modo, ciertos factores de riesgo, tal como expone Facio (2006), que son características del niño (como el retraimiento y la timidez) y de su entorno familiar (altos niveles de exigencia, poca tolerancia a la frustración, respuestas violentas, etc.), que incrementan la probabilidad de que el niño sufra algún resultado negativo en su desarrollo, principalmente en el ámbito social.

Derivación a profesional externo. El E.O.E. recurrió a esta intervención dado que las conductas de Juan a nivel de las relaciones interpersonales en el ámbito de la escuela se tornaban cada vez más disfuncionales. El accionar del E.O.E. como se señaló en otras oportunidades se basa en la detección de problemas, orientación a padres, docentes, directivos y además realizar la derivación en aquellos casos que considere necesario un tratamiento. Esta intervención puede asociarse con el concepto de prevención secundaria de Coll (1988), dirigida al descubrimiento precoz de los trastornos y procurar su tratamiento de manera pronta, con el propósito de impedir su avance y mayor deterioro. Ya, una vez iniciado el tratamiento con el profesional externo, podría hablarse del concepto prevención terciaria, también expuesta por Coll, a través de la cual se procura aplicar un tratamiento efectivo, para lograr la mejor reinserción posible. En este caso, para lograr la integración de Juan con su grupo de pares.

Reuniones con el psicólogo externo, a quién a su vez se le permitió observar al niño en clase, en recreos y otras actividades dentro del establecimiento. Estas reuniones tenían el objetivo de realizar un seguimiento de niño lo más cercano posible, y también alinear con el profesional algún tipo de intervención conjunta que fuera favorecedora para el tratamiento de Juan.

Talleres: el E.O.E. desarrolló diversos talleres para trabajar con el grupo, de modo de poder favorecer la apertura del curso, para que los niños puedan comprender las diferencias individuales y fomentar así la integración. También se llevó a cabo un taller de integración grupal, donde se trataban y trabajaban temas como “la solidaridad” y “la convivencia con el distinto”, realizando diversas dinámicas grupales que tendían al conocimiento y la integración del grupo. Fue así como en uno de estos talleres surgió la idea de organizar reuniones los días viernes, por la noche, en las casas de los alumnos. Cada viernes en una casa diferente, llevaban algo para comer y tomar, jugaban juegos, escuchaban música, bailaban, etc.

Convivencia y campamento: con el espíritu de integración, se llevó a cabo una convivencia grupal de un día, en un espacio verde al aire libre, y en otro momento del año, un campamento en una ciudad costera. Juan, logró concurrir a ambos eventos, previo a un gran trabajo junto al psicólogo externo y los del E.O.E. Al principio demostraba rechazo frente a la idea de asistir, pero a medida que se fue trabajando con él, y con el curso en los diversos talleres de integración, fue logrando ciertos avances. De todos modos, en ambas actividades se lo vio con mayor conexión con los adultos acompañantes que con sus compañeros, pero con algunos logró tener algún acercamiento aunque sea precario.

Estas actividades mencionadas anteriormente, se enmarcan dentro de las tareas que tiene a su cargo el E.O.E. en relación a diseñar y desarrollar programas preventivos de intervención para los alumnos, intermediando así en los procesos de adaptación de los alumnos a la escuela y de los alumnos entre sí (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Decreto 1929/04). Cabe destacar que el grupo en séptimo grado, es un grupo nuevo, recién conformado mediante la mezcla de los tres cursos, o sea los tres sextos del año previo.

5.3. Conducta observada luego de las intervenciones del E.O.E.

Por último, se describirán conductas del niño (en relación a la integración con pares) posteriores a las intervenciones del E.O.E.

La información relevada para responder a este objetivo fue menor de la que se pensó que se iba a poder obtener cuando se realizó el planteo.

Lo que pudo relevarse al respecto, es que a raíz de las diversas intervenciones que se llevaron a cabo, y fundamentalmente a través de los talleres y convivencias con el curso, se pudo observar como de a poco, fueron surgiendo algunas conductas que indicaban un cierto progreso en relación a las habilidades sociales de Juan. Algunos ejemplos de ello fueron ciertas reuniones que se llevaban a cabo fuera del ámbito escolar, en la casa de los alumnos los días viernes. Juan logró asistir a la mayoría de estas reuniones, incluso propuso realizar una de ellas en su casa. Esta actividad fue coordinada en conjunto por el psicólogo externo, el E.O.E y los padres de Juan. A partir de esta reunión en su casa, comenzaron a verse pequeños avances luego dentro del ámbito escolar, en relación a la integración con sus compañeros.

Siguiendo con la descripción de las conductas luego de las intervenciones, en ocasiones se lo pudo ver a Juan durante los recreos conversando con algún compañero. El resto del curso pudo por medio de los talleres y actividades de convivencia, conocer más a Juan, interesarse en él y su situación, y de este modo comenzaron ellos mismos a generar un cierto acercamiento. Parecen haber tomado conciencia sobre la importancia de la aceptación de las diferencias individuales y la necesidad de cooperar a favor de la inclusión. Esta toma de conciencia, fomentada por las intervenciones del E.O.E a través de diversas actividades, tuvo un alto impacto en el curso a nivel general, cuestión que terminó repercutiendo favorablemente en Juan, ya que logró el interés y el acercamiento por parte de sus pares, cuestión que antes no ocurría. Así, Juan pudo haber experimentado sentimientos positivos y favorables para su autoestima, sintiéndose considerado y aceptado por sus pares, disminuyendo tal vez la ansiedad generada por el temor ante la mirada y la evaluación negativa de los demás. Lo que se llevó a cabo, coincide con lo expuesto por Korinfeld (2013) en relación a que el psicólogo dentro del ámbito escolar genera espacios para escuchar y pensar con otros, trabajando de forma conjunta con quienes tienen un problema. De este modo y en consonancia con lo planteado por Jadue (2001), se procura que todos los alumnos tengan las mismas oportunidades y posibilidades de progresar, considerando sus características personales y sociales.

En relación a este objetivo, se pudo exponer la información que pudo relevarse a través de la observación directa, y la obtenida a través de los relatos de los miembros del E.O.E. durante las entrevistas semi-dirigidas que se llevaron a cabo. Por tal motivo, solo puede exponerse sobre los resultados que pudieron observarse en la conducta del niño a partir de las intervenciones llevadas a cabo por el E.O.E. La limitación que se encuentra en este punto, es poder atribuir específicamente alguno de estos cambios, a alguna intervención llevada a cabo por el psicólogo externo durante el tratamiento, ya que no se cuenta con tal información, que hubiese sido enriquecedora para los fines del este objetivo.

6. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha descrito la sintomatología de un niño con diagnóstico de fobia social, quien a su vez sufre episodios de maltrato infantil, tanto psicológico como físico, en el seno de su hogar. Se han descrito y analizado las intervenciones llevadas a cabo por el E.O.E, desde su función y sus posibles acciones en relación a los diversos actores dentro y fuera del establecimiento educativo: alumnos, docentes, padres y profesionales externos. Y por último, se han intentado describir conductas observadas en el niño, luego de las intervenciones, para detectar si se produjo algún tipo de cambio en relación a sus habilidades sociales.

Respecto del primer objetivo, podría decirse que se pudo observar y describir la sintomatología del niño, llegando a establecer una cierta conexión entre su conducta de aislamiento y evitación de situaciones sociales (propia de su trastorno de ansiedad social), y la modalidad vincular con sus figuras parentales, quienes reaccionan con diversas conductas violentas (desde lo verbal y lo físico) ante situaciones de estrés tanto internas como externas a la familia. En virtud de la modalidad de relacionamiento, el niño en cuestión no ha podido desarrollar y mantener relaciones basadas en la reciprocidad y la confianza, de modo tal que le permitan transpolar ese tipo de vínculo hacia otras personas dentro de otros entornos que no sea el de la familia. Por lo tanto, es un niño con autoestima muy baja, inseguro, con sentimientos de desprotección y vulnerabilidad, que lo llevan a tener temor intenso ante la mirada o el juicio de los demás, llegando a replegarse y evitando situaciones de interacción con otros. De este modo, prefiere mantenerse al margen de las actividades que realizan sus compañeros de clase, sin lograr ningún tipo de vinculación con ellos. Por lo tanto, se podría llegar a pensar el tema del maltrato infantil como una posible causa de la fobia social, manifestada a través de las conductas de aislamiento y evitación que presenta el niño, reforzando así lo que exponen autores como Barudy y Dantagnan (2005) y Obaco Sarango (2010), en relación a que el maltrato infantil da lugar a trastornos conductuales emocionales y sociales, que afectan la integridad del niño de diversos modos. A su vez, la ansiedad social que presenta el niño, reduce su eficiencia en el aprendizaje, ya que como plantea Jaude (2001) altos niveles de ansiedad disminuyen la atención, la concentración y la retención generando un deterioro del rendimiento escolar.

Sobre el segundo objetivo, también se han podido describir y analizar las intervenciones llevadas a cabo por el E.O.E, en relación a su función de detección precoz, asesoramiento y orientación, prevención, seguimiento y/o derivación. Se pudo clarificar el rol y el campo de acción del psicólogo dentro del

E.O.E., desde donde puede realizar una tarea de diagnosticador y derivador, con el desafío de tomar una posición que le permita reordenar los síntomas y ubicarlos en un contexto de consulta e interlocución, creando espacios para el trabajo en conjunto, tal como expone Korinfeld (2013). Se pudo constatar a su vez, la importancia del trabajo del E.O.E. en relación a la familia, operando de nexo entre ésta y el establecimiento, como así también, la importancia de que padres, E.O.E y psicólogo externo, trabajen de manera coordinada para mantener una línea coherente de intervenciones que se refuercen y se potencien entre sí. Así, pudieron diseñarse e implementarse diversas intervenciones: con el niño en el Gabinete, mediante entrevistas con los padres sugiriendo la derivación para el tratamiento, concertando reuniones y observaciones del psicólogo externo (para que pudiera ver a Juan en el ámbito del colegio), llevando a cabo diversos talleres y convivencias que fomenten la integración del nuevo grupo de séptimo, y especialmente para que el grupo tenga elementos para saber interpretar las diferencias individuales, aceptándolas y dándoles lugar para facilitar la integración de todos.

Por último, en relación al tercer objetivo, si bien se pudieron constatar algunos cambios conductuales en el niño, que denotan un cierto progreso en sus habilidades sociales, la información obtenida para este objetivo resultó ser un tanto escasa. Esto puede deberse en parte a la lentitud con la que suelen producirse algunos cambios, habiendo necesitado mayor tiempo de observación. No obstante ello, en relación a este punto, se evidenciaron ciertos cambios conductuales, tanto en el niño observado como en sus compañeros. Estos cambios se pueden atribuir a las intervenciones desarrolladas por el E.O.E (talleres, convivencia, campamento, etc.), faltando información para poder establecer algún tipo de correlación con las intervenciones llevadas a cabo por el profesional con el que se encuentra en tratamiento el niño. Para ello, sería necesario conocer qué tipo de psicoterapia lleva a cabo, y dentro de ella qué tipo de intervenciones se desarrollaron. A su vez, también sería preciso continuar con la observación de la conducta de Juan en el ámbito de la escuela, cuestión que no va a poder efectuarse en el presente trabajo, por una cuestión de plazos de tiempo.

Retomando el tema del tipo de psicoterapia empleado, sería interesante ampliar la información en relación al tratamiento y continuar con la observación del niño para determinar con mayor precisión qué tipo de cambios se producen y, si en tal caso, el tipo de terapia empleada por el profesional resulta efectiva y en qué medida. A raíz de la búsqueda bibliográfica se pudieron relevar ciertos datos a favor de la terapia cognitivo- conductual para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños (Rey, Aldana & Hernández, 2006; Castro Solano, 2003; Biglieri, 2011; Kendal, 2010), pero resultaría valioso lograr más pruebas a favor o no de la misma. Así, determinar la efectividad de una psicoterapia para el tratamiento de este tipo de patología, hubiese aportado información interesante para el análisis del caso, cuestión que en un principio no se consideró ya que se trató de limitar el abordaje al ámbito escolar y a las funciones del E.O.E.

Otro tema que resultó difícil de abordar o de conseguir información fue el referido al maltrato infantil. Se supo del tema, del tipo de conductas de maltrato que brindaban los padres, y que tanto el psicólogo externo, como el E.O.E. estaban al tanto de la situación. Además, también se supo que los padres se habían propuesto trabajar al respecto, pero se desconoce la modalidad de abordaje y tratamiento empleado en este tema. Por el momento, tampoco hubo información respecto si hubo algún cambio en la forma de responder de los padres ante las demandas y desobediencias de los niños.

A nivel personal, al inicio de la práctica resultó muy interesante explorar un nuevo ámbito como lo es el de la educación, en el cual no tenía experiencia. Esto fue enriquecedor desde el punto de vista de la adquisición de nuevos conocimientos y experiencias, pero quizás a la hora de plantear el plan del presente trabajo, y al momento de desarrollarlo, se presentaron ciertas limitaciones personales por falta de manejo de ciertos temas, que tal vez no se hubiesen presentado de haberlo encarado en un terreno que me fuera familiar, tal como el organizacional. Sin embargo, se concluye el presente trabajo con la satisfacción de haber logrado la meta propuesta en relación a explorar y conocer otro ámbito de ejercicio de la psicología.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th. edition). Washington, D.C: Author.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible en la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Barudy, J. (2000). *Maltrato infantil. Ecología Social, Prevención y Reparación*. Santiago de Chile: Galdoc.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Biglieri, R. (2011). *Manual de Terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Bowlby, J. (1989). "Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del Apego". Barcelona: Paidós.
- Castro Solano, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias? *Psicodebate*, 3, 61-92. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2005.pdf>
- Clark, D. & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower S.A.
- Coll, C. (1988). *Conocimiento psicológico y práctica educativa. Introducción a las relaciones entre psicología y educación*. Barcelona: Barcanova.
- Coll, C. (1992). Psicología y Educación: Aproximación a los objetivos y contenidos de la psicología de la educación. En Coll, C., Palacios, J., Merchesi, A.: *Desarrollo Psicológico y Educación. 2, Psicología de la Educación Escolar* (pp. 15-30). Madrid. Alianza.
- Coordinación General de Orientación y Salud Escolar de la Ciudad de Buenos Aires, (1998). *Circular Técnica N° 3: Misión y Funciones de los Equipos de Orientación Escolar*. Buenos Aires: Secretaría de Educación de la Ciudad de Buenos Aires.
- de la Vega, E. (2009). *La intervención psicoeducativa. Encrucijadas del psicólogo escolar*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Facio, A. (2006). *Adolescentes argentinos: cómo piensan y sienten*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fernández-Alvarez, H. & Bogiaizian, D. (2008). *El miedo a los otros*. Buenos Aires: Lumen.
- Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (2004). Decreto 1929/04. *Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, 2067.
- Gomar, M., Mandil, J. & Bunge E., (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Grosman, C. & Mesterman, S. (1992). *Maltrato al Menor. El lado oculto de la vida familiar*. Buenos Aires: Universidad.

- Henderson, N. & Milstein, M. (2003). *Resiliencia en la escuela*. Buenos Aires: Paidós.
- Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, (27), 111-118. Doi: 10.4067/S0718-07052001000100008.
- Kendall, P. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual para trastornos de ansiedad en niños*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Korinfeld, D. (2013). Equipos de orientación, espacios de interlocución. En D. Korinfeld, D. Levy, & S. Rascovan. *Entre adolescentes y adultos en la escuela* (pp. 215-238). Buenos Aires: Paidós.
- Lacunza, A., (2009). Las habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas en la infancia. *Psicodebate*, 10, 231-248. Recuperado de <http://biblio.palermo.edu/EOSWebOPAC/OPAC/Search/AdvancedSearch.aspx>.
- Michanie, C. (2010). Trastornos de Ansiedad. En Fejerman (Ed.). *Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes: conducta, motricidad, aprendizaje, lenguaje y comunicación* (pp. 302-330). Buenos Aires: Paidós.
- Obaco Sarango, M. (2010). *Causas y consecuencias del maltrato infantil de los casos que se receptan en el centro de diagnóstico y orientación psicopedagógico*. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/965>
- Ochog Charco, A. & Pucha Ortiz, F. (2011). *El maltrato infantil en el rendimiento académico en niños y niñas del tercer y cuarto año de educación básica de la unidad educativa San Pablo, de la Parroquia San Andrés, Cantón Guano, Provincia de Chimborazo en el año lectivo 2010-2011*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/15001/711>
- Rascovan, S. (2013). Las prácticas de la orientación educativa. En D. Korinfeld, D. Levy, & S. Rascovan. *Entre adolescentes y adultos en la escuela* (pp.185-210). Buenos Aires: Paidós.
- Rey, C., Aldana, D. & Hernández, S. (2006). Estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social. *Terapia Psicológica*, 24(2), 191-200. Recuperado de <http://teps.cl/files/2011/05/091.pdf>
- Santana, R., Sánchez, R., Herrera, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México*, 40(1), 1-8. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=10640109>
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., D'Ettorre L., Garbellini, M., Ghezzi, D., Lerma, M., et al. (1997). *El mago sin Magia: cómo cambiar la situación pedagógica del psicólogo en la escuela*. Buenos Aires: Paidós.
- World Health Organization (2003). *International classification of diseases* (10ma. ed.). Ginebra: WHO.