



TRABAJO DE INTEGRACION FINAL

“Descripción de un caso de un niño de 12 años de edad con Trastorno Negativista Desafiante que cursa el 7 mo. Grado.”

Autor: Gulchin Giselle Johanna.

Tutor: Rotman Manuel.

1. INTRODUCCION.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. Objetivos Generales.....	5
2.2. Objetivos Específicos.....	5
3. MARCO TEORICO.....	5
3.1. La escuela y el niño.....	5
3.2. El Trastorno Oposicionista Desafiante en la escuela.....	7
3.3. Definición del Trastorno Oposicionista Desafiante.....	8
3.3.1. Criterios diagnósticos del DSMIV TR.....	9
3.3.2. Etiología del Trastorno Oposicionista Desafiante.....	10
3.4. La Conducta Oposicionista.....	12
3.5. Prevalencia.....	13
3.6. Diagnóstico Diferencial.....	14
3.7. Competencias e intervenciones de los psicólogos en el gabinete psicopedagógicos de la escuela.....	17
3.7.1. Elementos del proceso diagnóstico en el ámbito educativo.....	20
3.7.2. Intervenciones con el niño.....	21
3.7.3. Intervenciones don los docentes.....	21
3.7.4. Intervenciones con los padres.....	22
3.7.5. Intervenciones con los profesiones que trabajan por fuera del ámbito educativo.....	22
3.8. Intervenciones orientativas para tratamientos en los problemas de conducta en el niño.....	24
3.8.1. Técnicas Conductuales.....	26
4. METODOLOGÍA.....	28
4.1. Participante.....	29
4.1.1. Composición familiar del niño.....	30
4.1.2. Genograma del niño.....	30
4.2. Instrumentos.....	31
4.2.1. Observación de la conducta.....	31
4.2.2. Recolección de datos.....	32
4.2.3. Historias psicopedagógicas.....	32

4.2.4. Observación de entrevista realizada entre los profesionales del gabinete y la psicóloga particular del niño.....	32
4.2.5. Administración de test.....	33
4.2.6. Boletines Escolares.....	34
4.2.7. Informes de la maestra de grado.....	34
4.3. Procedimiento.....	36
5. DESARROLLO.....	36
5.1. Sintomatología del niño.....	36
5.1.1. Evaluaciones. Técnicas Psicológicas (test de Bender, Familia Kinética, Persona bajo la lluvia, Casa-Árbol- Persona) (H.T.P).....	39
5.2. Análisis y descripciones de las intervenciones realizadas por el servicio de orientación psicopedagógica.....	41
5.3. Descripción de las sugerencias realizadas por la profesional del niño para trabajar con el alumno en la institución.....	44
6. CONCLUSIONES.....	48
7. BIBLIOGRAFÍA.....	53
8. ANEXOS.....	58
8.1. Test de Bender.....	58
8.1.1. Interpretación.....	60
8.2. Test de la Familia Kinética.....	61
8.2.1. Indicadores Emocionales.	62
8.3. Test de la Persona Bajo la lluvia.....	63
8.3.1. Indicadores emocionales.....	65
8.4. Test de Casa- Árbol- Persona	66

1. INTRODUCCION

El contenido del siguiente trabajo final de integración surge a partir de la residencia realizada en una Institución educativa privada correspondiente a la educación elemental primaria.

Este Colegio hace poco tiempo fue habilitado para el ingreso de niñas. Actualmente, continúa existiendo un alto porcentaje de niños que asisten a dicha escolaridad.

Esta institución educativa está avalada por valores sumamente religiosos y morales, basados en la educación de la comunidad marista.

La práctica profesional fue realizada durante el primer cuatrimestre del 2010, donde se trabajaron 320 horas en un colegio primario y donde surge la idea de realizar el presente trabajo, basado en la descripción de un niño diagnosticado con Trastorno Opositor Desafiante.

La residencia se desarrolla mayormente en el Servicio de Orientación Psicopedagógica, junto al trabajo de dos psicólogos y de una psicopedagoga.

La tarea principal de los mismos se basa en realizar un seguimiento constante de los alumnos, esto incluye todo lo que tenga que ver con observar, detectar dificultades y armar estrategias específicas que se orienten a la solución de problemas. Así mismo, el pasante tiene la oportunidad de presenciar entrevistas (con alumnos, padres, docentes y profesionales externos) además se realizan observaciones en el aula, y en los recreos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General.

- Realizar la descripción de un caso de un niño de 12 años de edad con Trastorno Opositor Desafiante que cursa el 7 mo. Grado.

2.2. Objetivos Específicos.

- Describir las características del Trastorno Opositor Desafiante en un niño de 12 años de edad que asiste al 7 mo. grado del colegio.
- Analizar y describir las intervenciones realizadas por el Servicio de Orientación Psicopedagógica en el caso.
- Describir las sugerencias dadas por la profesional externa para trabajar con él alumno dentro de la institución.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. La escuela y el niño.

Rutter (1985) destaca la importancia de la vida escolar que tienen los niños a los 11 años, ya que estos suelen haber pasado gran parte de su vida en las aulas. Entre los 10 y 12 años los niños alcanzan cierto grado de autonomía y de autodeterminación, dado por una mayor distancia afectiva respecto de los padres, y a su vez desarrollan una sabiduría y una profundidad que lo distingue de la etapa anterior.

La escuela también influye en el desarrollo cognitivo, emocional y físico de los niños, que va desde el desarrollo de las habilidades básicas hasta las mayores exigencias intelectuales junto al desarrollo moral y social. Acompañándolos a convertirse en adultos independientes y maduros (Rutter, 1985).

La importancia que tiene la madurez como signo de crecimiento, estará planteada por Griffa y Moreno (2005) como un rasgo que se evidencia en esta

etapa en la vida grupal, junto al desarrollo de la voluntad, la autodeterminación y la realización de los deberes escolares por sí mismo.

Estos procesos conllevan pérdida de la espontaneidad e ingenuidad infantil. Debido a ello, todavía experimenta dificultades para expresar todo lo que le pasa y tiende a enmascarar sus estados de ánimo para preservar su identidad (Griffa & Moreno, 2005).

Griffa y Moreno (2005) plantean acerca de los sentimientos del niño que giran en torno a la aceptación y valoración de sus pares. La familia continúa siendo la base de su contención afectiva; y el rendimiento escolar, los logros intelectuales, las evaluaciones y los exámenes pasan hacer para el niño situaciones que movilizan intensamente sus emociones y afectos.

Siguiendo esta línea, se establece que el niño en este período transita desde el ámbito familiar conocido hacia el escolar desconocido donde hay reglas, responsabilidades, nuevas autoridades y otros niños, y donde deberá de aprender a adaptarse y a desarrollarse.

Así también, como agrega Rutter (1985); Griffa y Moreno (2005) la escuela es un lugar de transición, por el cual el niño transita desde el cuidado materno hacia un ambiente distinto; con reglas más exigentes, menor contención afectiva y con tareas obligatorias. Según estos autores, este segundo hogar es para el niño un mundo de obligaciones y deberes que comparte con sus iguales e implica un nuevo desafío en donde el éxito y/o el fracaso escolar se convierten en esta etapa en los ejes principales de su propia autoestima.

Por otro lado, la conciencia de culpa y de arrepentimiento no obra en este período escolar como motivo principal en base a las decisiones que toma el niño, sino tan solo opera el temor al castigo o el deseo de ser querido (Griffa & Moreno, 2005).

En base a lo expuesto, estos autores mencionan que el final de la adolescencia concluye con la internalización de los modelos básicos del

comportamiento en donde ya han internalizado los lemas familiares y ya puede empezar a elaborar su propia moral primitiva permitiéndole orientar su conducta.

3.2. El Trastorno Oposicionista Desafiante en la escuela

Actualmente, la educación en la escuela está orientada a poder brindar a cada estudiante las herramientas necesarias para desarrollar su propia autonomía correspondiente a su edad, en virtud de las propias competencias, la creatividad y el amor propio (Almonte, Montt & Correa, 2009). Esta concepción educativa rige acorde a como mencionan estos autores, en un marco de inclusión integral considerando los dominios afectivos, cognitivos y conductuales que favorezcan al desarrollo de la autorrealización, las habilidades y/o los recursos individuales.

A su vez, se destaca que el medio escolar se haya en permanente interacción con el medio externo. Esto incluye a la familia de los alumnos, otros colegios, el ministerio de educación, los medios de comunicación, etc. En palabras de Pizano y Gomez (2003) pensamos al sistema educativo como un subsistema que es interdependiente del sistema social y que a su vez está conformado por su propia jerarquía, que incluye a docentes, alumnos, administrativos y padres.

Así vemos como la escuela influye de diferentes formas sobre la personalidad del niño, ya que brinda entre otras cosas la oportunidad de confrontar la situación familiar con lo que sucede en la escuela (Almonte et al. 2009). También es uno de los contextos en que aparecen más claramente las dificultades de los niños que presentan problemas de conducta siendo que las tasas de prevalencia de estos comportamientos rondan aproximadamente acerca del 6% para lo que se diagnostica como un Trastorno Oposicionista Desafiante (T.O.D.) (prevalencia estimada en una muestra de tres escuelas municipales de la ciudad de Buenos Aires) (Sylwan & Rosin, 2003).

Kaplan y Sadock (1999) añaden en base al (TOD) crónico como un trastorno que interfiere en las relaciones interpersonales y en el rendimiento escolar de

los niños. Dichos autores mencionan que los mismos, a pesar de tener un nivel de inteligencia adecuado suelen presentar un rendimiento académico bajo, ya que tienden a negarse en participar en clase, se resisten ante las demandas externas e insisten en solucionar sus problemas sin la ayuda de los demás. Consecuentemente suele aparecer, baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, ánimo deprimido y ataques de cólera.

3.3. Definición diagnóstica del Trastorno Opositorista Desafiante.

Se caracteriza al (TOD) por un patrón persistente de conducta marcadamente opositorista, desafiante, desobediente, provocativa, subversiva y hostil, en ausencia de otros comportamientos antisociales o agresivos que violen las normas y los derechos de los demás. Estaría claramente fuera de los límites normales del comportamiento en relación a niños de la misma edad y contexto sociocultural (Almonte et al. 2009).

Siguiendo esta línea, Sadock y Kaplan (1999) añaden que entre los síntomas más frecuentes que se dan en el TOD se incluyen los siguientes; pierde la templanza con facilidad, discute con adultos con frecuencia, provoca abiertamente a los adultos y se niega a aceptar las exigencias o normas; a menudo hace deliberadamente cosas para molestar a los demás y suelen culpar a otros de sus errores o de su mal comportamiento. También se destacan por ser niños hostiles que no se comprometen con sus obligaciones, molestan, amenazan verbal y físicamente. Además, son vengativos y no aceptan su responsabilidad en los conflictos interpretándolos como demandas desmedidas de los demás (Fejerman, 2010).

Para Hersen y Ollendick (1986) los niños también pueden presentar déficit en la flexibilidad o adaptabilidad, en la tolerancia a la frustración y/o en la resolución de problemas. Para estos autores existe algún tipo de dificultad en las (funciones ejecutivas), habilidades del procesamiento verbal, regulación de las emociones, flexibilidad cognitiva (ejemplo, pensamiento Todo o Nada; Concreto) y en las habilidades sociales.

No obstante, en la actualidad el conocimiento científico determina que las conductas impulsivas, agresivas y desafiantes tienen una fuerte predisposición

neurobiológica e influyen en las capacidades del niño para ajustarse a las demandas del ambiente (Guisti, Heven, & Abadi, 2003).

Otro dato interesante de resaltar es el hecho de que el Trastorno Opositor Desafiante (TOD) y el trastorno de conducta (TD) aparecen incluidos en las clasificaciones más recientes y de mayor difusión, en los trastornos de inicio frecuente en la infancia y la adolescencia (Almonte et al. 2009). Estos autores añaden que la clasificación de este trastorno en el DSM-IV TR aparece bajo la categoría de trastornos de la conducta disruptiva y en el CIE-10 en la categoría de trastornos disociales.

3.3.1. Criterios Diagnósticos DSM- IV TR.

El DSM-IV TR determina que los criterios diagnósticos para TOD responden a la presencia de un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, como para ser diagnosticado como tal, y en el cual deberá de estar presente cuatro o más de los siguientes comportamientos.

1. A menudo se encoleriza e incurre a pataletas.
 2. A menudo discute con adultos.
 3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa a cumplir sus demandas.
 4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
 5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
 6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
 7. A menudo es colérico y resentido.
 8. A menudo es rencoroso y vengativo.
- I . Las alteraciones conductuales causarían impedimentos significativos en el funcionamiento social, académico u ocupacional.
 - II . No existiría un cuadro psicótico o afectivo a la base.
 - III . No se cumplirían los trastornos de conducta, y en las personas de 18 años o más, los trastornos de personalidad antisocial.

Fejerman (2010) postula que el TOD se incluyó como entidad a partir del DSMIII. El CIE-10 especifica que los desafíos son provocaciones voluntarias

que dan lugar a enfrentamientos y agrega que por lo general, se comportan con niveles excesivos de groserías, falta de colaboración y resistencia a la autoridad. A su vez, la clasificación internacional afirma que se trata de un trastorno que se caracteriza en sus inicios en niños con edades por debajo de los 9 o 10 años.

Almonte et al. (2009) sostienen al igual que lo que se postula en el DSM-IV TR el hecho de que si coexisten con comportamientos antisociales, se privilegie el diagnóstico de trastorno de conducta DSM-IV TR o de otros trastornos disociales, CIE-10.

3.3.2. Etiología del Trastorno Oposicionista Desafiante

Coll, Merchesi y Palacios (1998) afirman que en todo desarrollo normal del niño, alrededor al segundo y/o al tercer año de vida se le observan períodos muy característicos de oposición, dirigidos principalmente a las demandas del adulto, llegando a responder en ocasiones con conductas agresivas que no tienen porque ser interpretados como un síntoma negativo sino que se deben a la expresión de los niños por constituirse de manera independiente.

La patología se produce cuando esta respuesta emocional persiste de manera anormal (Kaplan & Sadock, 1999). De acuerdo a estos autores, otro período de oposición normal se produce durante la adolescencia como expresión de la necesidad de separarse de los padres y desarrollar una necesidad en base a su propia autonomía.

A su vez, Vieyra (s.f.) menciona *la teoría del desarrollo y la teoría del aprendizaje* para explicar el desarrollo de dicho trastorno. En base a ello dirá;

1. *Teoría del desarrollo*: esta teoría sugiere que las conductas oposicionistas y desafiantes, propias del trastorno, se dan por haberse presentado problemas para separarse de su figura de apego primaria en los primeros años de vida, y continúan manifestándose por no haber sido resueltas de manera favorable en dicha etapa del desarrollo evolutivo.

2. *Teoría del aprendizaje:* Aquí se refiere a las conductas oposicionistas y desafiantes como actitudes aprendidas que reflejan los efectos de las técnicas de refuerzo negativo empleadas por los padres y personas en posición de autoridad.

No obstante, es interesante destacar que en la actualidad existe un consenso científico respecto a la multicausalidad de este trastorno (Bunge, Gommam & Mandil, 2008) donde intervienen factores propios del niño, del entorno y la cultura (Barkley, 2000).

En base a lo planteado, Bunge et al. (2008) afirman la interrelación existente entre los siguientes factores como originarios de la conducta disruptiva:

- *Los factores neurobiológicos:* Estos influyen en su temperamento y en el funcionamiento de las áreas de la corteza prefrontal, orientadas a la planificación, inhibición y control de las conductas.
- *Los factores psicológicos:* Comprenden tanto el déficit como la distorsión del procesamiento de la información y las funciones de autocontrol del niño.
- *Estresores ambientales:* Las características de los ambientes de crianza y desarrollo del niño, atendiendo a las modalidades de organización y estrategias para la resolución conjunta de problemas.
- *Consecuencias:* Refuerzo positivo y negativo de los comportamientos disfuncionales. Los refuerzos consisten en aquellas consecuencias, presentes en el contexto, que aumentan la probabilidad de aparición de una conducta determinada y características de los padres: posible psicopatología en figuras significativas que lo integran.

Por otro lado, los teóricos del apego han encontrado correlaciones significativas entre las conductas de estos niños. Los vínculos tempranos inseguros y las conductas disruptivas aparecen en relación a una paternidad poco consistente

y sensible a las demandas del niño. En base a esto, Green y Ablon (2006) hacen hincapié en la importancia del contexto y en la crianza de estos niños, ya que si bien existe la predisposición biológica en ellos, es el ambiente quien modela e interviene en la forma de manifestarse (Guisti, Heven, & Abadi, 2003), ya que como agregan Bunge et al. (2008) los niños suelen comportarse de acuerdo a las compañías y al ámbito donde se desarrollan.

Diferentes investigaciones dan cuenta de lo planteado. Se ha formulado que las conductas explosivas de los niños pueden deberse a una incompatibilidad de características entre padres y los niños ya que la conducta infantil siempre es el producto de la naturaleza y la crianza. No obstante, la crianza incluye factores ambientales tales como el medio sociocultural, familiar y de aprendizaje del niño (Hersen & Ollendick, 1986).

Así también, Hersen y Ollendick (1986) mencionan *el trabajo de Forehand y sus colegas*; donde se aporta información acerca de la relación entre la agresión infantil y el estado de ánimo de los padres. En este trabajo se han estudiado que las madres de niños desobedientes dan órdenes más vagas y confusas, así como menos gratificaciones que las madres de los niños que resultan obedientes. A su vez, estos autores añaden la existencia de investigaciones donde la incoherencia de los padres está muy correlacionada con la desorganización familiar y con el abuso de los niños por parte de los padres, como así también la ausencia del padre tanto como de la madre, han sido relacionados con los trastornos de conducta.

3.4. La conducta oposicionista:

La conducta oposicionista incluye violaciones agresivas y no agresivas de normas y/o leyes, así también como acciones que son opuestas a las conductas especificadas en una normativa. Aunque no todas las conductas desobedientes son oposicionistas, lo que las convierte es justamente tener la voluntad de haber aprendido a hacer, o a dejar de hacer, aquello que esté expresamente mandado (Hersen & Ollendick, 1986), de acuerdo Almonte et al. (2009) esta voluntad aparece como resultado del conflicto

existente entre el niño y sus padres, frente a los impedimentos y/o barreras de la satisfacción de sus deseos.

Las conductas oposicionistas se manifiestan de diferentes maneras.

Almonte et al. (2009) las clasificó como:

- Oposición activa: En forma activa el niño se resiste y confronta a las órdenes de los adultos.
- Oposición pasiva: El niño ante una orden simula no oír o comprender para no verse en la necesidad de obedecer. Se opone a la rutina diaria, le cuesta aceptar la realidad, se demora largo tiempo en hacer lo solicitado, aunque lo que se le pida realmente le interese.
- Rabietas: Es una respuesta normal frente a la frustración, el niño grita, llora, se lanza al suelo o sacude la cabeza. Habitualmente es una conducta autolimitada y logra extinguirse rápidamente al no ser reforzada.
- Mentiras: La mentira aparece generalmente después de los 6 a 7 años. Para el niño es difícil distinguir entre la realidad y sus deseos.
- Robo (hurto): La vivencia del niño que hurta es variable, mientras más tempranamente se vive, aparece sin angustia y sin culpa, luego de los 7 años empieza a tener conciencia de lo que es suyo y le pertenece y aquello que no. Si luego de esa edad, aparece, convendría ser enviado a un especialista.

3.5. Prevalencia

Aunque el trastorno negativista desafiante puede aparecer a partir de los 3 años de edad, por lo general, se suele iniciar hacia los 8 años de edad, y no después de la adolescencia (Kaplan & Sadock, 2009).

Se ha descrito también que existe una mayor frecuencia en hombres, cuyo inicio se daría alrededor de la etapa escolar, entre los 6 y 8 años de edad (Almonte et al. 2009).

Fejerman (2010) daría cuenta a que dicho trastorno prevalece más en los chicos que en las chicas antes del inicio de la pubertad aunque remarca que la distribución por sexos se iguala después.

Por otro lado, en nuestro país se hizo un estudio sobre la prevalencia de comportamiento negativista desafiante (ND) sobre una muestra de tres escuelas primarias municipales de la ciudad de Buenos Aires (Sylwan & Rosin, 2003). Para ello se utilizó una escala Likert, en una muestra de niños de primer a quinto grado, en cual los docentes completaron un inventario de comportamientos para el DSMIV, para ND.

Dicho estudio arrojó que las tasas de prevalencia de comportamientos (ND) fueron del 6% (Sylwan & Rosin, 2003).

3.6. Diagnóstico Diferencial.

A la hora de intervenir en la escuela es necesario contar con la realización de un diagnóstico diferencial para lograr trabajar de manera precisa y eficaz con los niños. Acortando los tiempos de los tratamientos y evitando la magnificación de los síntomas.

Debido a ello, a la hora de realizar un diagnóstico diferencial para el (T.O.D) se deberá de tener en cuenta los siguientes puntos, de acuerdo a la sintomatología que presentan los niños (Kaplan & Sadock, 1999; Almonte & et al. 2009, Fejerman, 2009):

- *Los periodos opositoristas del desarrollo:* La conducta de oposición es normal y adaptativa en varias etapas específicas del desarrollo, más precisamente durante la etapa preescolar y prepuberal, en donde las conductas negativistas y desafiantes resultan esperables dentro del marco evolutivo de los niños.
- *Trastornos de conductas:* Estarían implicadas las conductas del trastorno opositorista desafiante y los comportamientos antisociales que implican la transgresión de normas sociales y de los derechos de

los otros, incluyendo la agresión a personas y o animales, destrucción de la propiedad, robos, etc.

- *Trastorno por déficit atencional con hiperactividad:* Se puede asociar al trastorno oposicionista desafiante, siendo necesario distinguir que la baja tolerancia a la frustración como así también las conductas disruptivas en este síndrome de déficit atencional con hiperactividad, carecen del carácter oposicionista o desafiante. No estaría presente la voluntad de oponerse, siendo que las conductas responderían a un estilo cognitivo y de comportamiento pobremente regulado y coordinado. Además, este trastorno se manifiesta a una edad más temprana y responde mejor a psicoestimulantes.
- *Conductas Oposicionistas asociadas a retardo mental:* Sólo se hará el diagnóstico adicional en el caso que estos comportamientos superen en intensidad y frecuencia a lo que se esperaría en relación a la edad mental o nivel de retardo en el niño.
- *Alteraciones del lenguaje comprensivo:* Aquí se puede asociar a comportamientos oposicionistas que deberían analizarse en el contexto de las dificultades que presenta el niño para entender el mundo que lo rodea, más que en la intención de oponerse y desafiar a los demás.
- *Mutismo Selectivo:* En este tipo de trastorno el niño deja de hablar y/o no habla, no por oposición, sino por presentar un trastorno de ansiedad que le genera una inhibición selectiva de la respuesta verbal en situaciones nuevas y con personas que resultan extrañas para ellos. Generalmente este trastorno se manifiesta cuando el niño se incorpora a los centros educativos.
- *Trastorno de ansiedad por separación:* Estos niños suelen presentar una ansiedad excesiva (superior a la esperada en sujetos del mismo nivel de desarrollo) solamente cuando se alejan de aquellas personas

con las que ha desarrollado el apego. Como consecuencia se generan conductas disruptivas, tales como dificultades personales en cuanto a la integración social y de relación con los otros, enfrentamiento a la autoridad docente y/o alteración de las normas de funcionamiento de la clase y /o grupo. Son niños que suelen resistirse a estar solos en la casa y/ o ir a dormir sin una persona vinculada, y cuando están muy alterados por la anticipación de una separación pueden mostrarse coléricos y presentar rabietas.

- *Fobias*: Las fobias infantiles se manifiestan por temores excesivos a objetos y /o a situaciones concretas. Es de destacar que estos miedos intensos, persistentes, excesivos e irracionales, que presentan los niños, provocan una respuesta inmediata de ansiedad que limitan las actividades cotidianas del niño y/o le provocan un malestar excesivo generando conductas de evitación y escape, respuestas psicofisiológicas desmedidas, tales como vómitos, dolores, llanto, etc., en respuesta de la propia ansiedad que es generada por estímulos persistentes y específicos que resultan ser amenazantes para el niño.
- *Trastorno Obsesivo Compulsivo*: Este trastorno se diferencia del (T.O.C) básicamente en el hecho de que las conductas oposicionistas que podrían llegar a manifestarse, responderían a un trastorno de ansiedad que es provocado por una obsesión (idea, pensamientos, impulsos o imagen persistente) que el niño no controla y que trata de superar mediante una compulsión recurrente para prevenir y / o aliviar la propia ansiedad.
- *Trastorno Psicótico y trastorno del estado de ánimo*: Ambos tendrán prioridad por sobre el diagnóstico de desorden oposicionista desafiante.
- *Trastorno específico del aprendizaje*: La exposición a exigencias que no considere las limitaciones propias de las dificultades de aprendizaje pueden predisponer a comportamientos oposicionistas como respuestas a estas demandas.

3.7. Competencias e intervenciones de los psicólogos en el gabinete psicopedagógico de la escuela.

El rol del psicólogo educativo en la escuela se desarrolla como un agente de cambio respecto a las problemáticas que los niños van teniendo en la institución educativa, en este sentido Coll (1989) afirma que en los últimos años se han desencadenado una multiplicidad de funciones en esta disciplina, en donde la labor de los psicólogos educativos no se reducen únicamente al diagnóstico y al tratamiento de los problemas de aprendizaje escolar que tienen los alumnos. Actualmente, las funciones son mucho más abarcativas y están orientadas a la derivación y al seguimiento de las problemáticas circundantes.

Es relevante destacar que las intervenciones en el gabinete del colegio no están ligadas al ámbito clínico en el sentido de que no se brinda terapia ni al niño ni a su familia (Baeza, 2010), aunque Coll (1989) hace hincapié en que las intervenciones psicológicas que se utilizan en los ámbitos educativos exigen también de las aportaciones de otras disciplinas psicológicas y educativas tales como; la psicología social, la psicología clínica y /o la didáctica.

Siguiendo esta línea, Bartlavsky (1965) agrega que la necesidad del psicólogo que trabaja en educación se encuentra en función de un trabajo que sea interdisciplinario. Pudiendo delimitar las fronteras de su actividad con la de otros profesionales, ya sean (Psicopedagogos, maestros, profesionales externos, etc.) y a su vez, poder coordinar las actividades de prevención, investigación, diagnóstico y orientación del psicólogo escolar en relación a tareas de re educación de carácter pedagógico (Amitrano, 2007).

De esta manera se observa el trabajo del psicólogo con todo el entorno que rodea al niño que incluye a los padres, docentes y otros profesionales que atienden a los niños en cuestión.

Así mismo, Baeza (2010) destaca la importancia de realizar desde el colegio intervenciones con la familia, teniendo en cuenta la crianza, los límites, la comunicación que se da entre los mismos y evaluando la presencia de psicopatología parental y / o conflictos de pareja.

Una vez más, se afirma la necesidad de que los objetivos de las intervenciones en la escuela requieran de la participación de varios subsistemas (Baeza, 2010; Javaloyes Sanchís & Redondo Romero, 2006).

Siguiendo la idea de estos autores, el fin es asistir a ambos sistemas, ya sea la escuela y la familia, y a todo el entorno que afecta al niño, para contribuir a la resolución de los problemas mutuos y/o comunes, y ayudar a cambiar la manera de pensar, entender o definir el problema existente.

Se trata de ir logrando trabajar en problemas que estén bien delimitados para promover la generalización y el mantenimiento de los logros del niño (Baeza 2010; Javaloyes Sanchís & Redondo Romero, 2006). Así también, las intervenciones en el colegio se van a orientar al trabajo de los aspectos educativos y de la relación con iguales (Javaloyes Sanchís & Redondo Romero, 2006).

Las intervenciones dirigidas a las relaciones con sus pares, se centran en lograr la modificación de las interacciones disfuncionales entre el niño y los adultos (padres y docentes) o entre el niño y sus pares; o del niño consigo mismo, mientras que en las intervenciones educativas orientadas a los procesos de aprendizaje se trabaja de manera específica con los procesos mentales (Amitrano, 2007).

Aunque la idea rige en torno a lograr optimizar las intervenciones escolares basadas en un diagnóstico pedagógico que resulte preciso, priorizando el desempeño del alumno en la escuela más que la realización de un diagnóstico propiamente dicho (Sylwan & Rosin, 2003).

Se destaca también la importancia de lograr realizar prevención, detección precoz, intervenciones oportunas y eficientes, para evitar la progresiva intensificación y generalización de estas conductas y su evolución a otras más severas, como son las que caracteriza al trastorno de conducta disocial (Sylwan & Rosin, 2003).

No obstante, para Coll (1989) el abordaje del trabajo en equipo se va desarrollado en el gabinete psicopedagógico, mediante las siguientes líneas de intervención:

- *Prevención Educativa:* Son aquellas tareas que brindan soporte a profesores y a equipos de maestros en función de la clarificación de objetivos con respecto a sus alumnos y tareas a desarrollar, junto a la realización de acuerdos con el conjunto de la escuela (posibilidad de elaborar proyectos educativos con la institución); orientar a los padres para que puedan asumir responsablemente la educación de sus hijos y a promover iniciativas que contribuyan a la formación humana y cultural ciudadana de los niños.
- *Detección y valoración multidisciplinaria:* Incluye tareas tales como, orientar al maestro en relación a la utilización de los instrumentos propios de la escuela (hoja de observación sistemática, registro personal del alumno, etc.; establecer criterios de observación; que observar, cuando, cuanto tiempo, cuantas veces, etc.); facilitar o preparar conjuntamente recursos para sistematizar y hacer acumulativas sus observaciones- protocolos, técnicas de registro, etc.; realizar entrevistas familiares; observación del alumno en el aula; observación de la organización del aula y de la dinámica de la clase; exploraciones de tipo psicológico, pedagógico o social; delimitar las necesidades educativas y personales del alumno; identificar las posibilidades de aprendizaje; establecer orientaciones psicopedagógicas para la escuela y la familia.
- *Elaboración de informes de desarrollo individual y seguimiento:* El gabinete psicopedagógico debe contener precisiones sobre; objetivos de desarrollo individual que deben ser alcanzados por el alumno, sistemas de evaluación de los mismos, actividades y materiales pertinentes. Este seguimiento, al igual que su elaboración, son una responsabilidad compartida entre el gabinete y el maestro, que obliga a realizar nuevas observaciones y valorar la evolución constatada y a introducir las modificaciones y correcciones que resulten necesarias.

3.7.1. Elementos del proceso diagnóstico del ámbito educativo:

La tarea de los psicólogos educativos a la hora de realizar un diagnóstico sobre las problemáticas de los niños en la escuela, se realiza en base a los diferentes subsistemas que conforman al entorno del niño.

De esta manera a la hora de intervenir y trabajar se lo hace mediante el niño, sus padres, docentes y en caso de que la situación lo requiera; también se involucra a profesionales externos que estén involucrados en la mejora del mismo, aportando la información suficiente acerca de su desarrollo (Amitrano, 2007).

Este trabajo realizado desde el gabinete psicopedagógico del colegio, se orienta en lograr detectar las problemáticas escolares que están en cuestión, para luego trabajar con el qué debe hacerse, cómo llevar adelante lo acordado, etc., de esta manera se desarrolla en forma interdisciplinaria entre los diferentes componentes que conforman a la esfera del niño (Mares Cardenas et al. 2004).

Para llevar a cabo lo expuesto, desde el gabinete se trata de evitar cualquier tipo de ejercicio que esté basado en etiquetar y/o rotular los síntomas del niño, de esta manera Elichiry (2009) plantea trabajar con la propia subjetividad que incumbe a cada niño en donde se desarrolla y no en la generalidad del problema que lo caracteriza, en palabras Mares Cardenas et al. (2004) dirán que para entender tanto el origen como el desarrollo de las conductas habrá que estudiarlas de manera directa en los contextos que tienen lugar para trabajar con la individualidad de cada niño en el contexto en el que se desarrolla.

No obstante, resulta necesario destacar que cuando se interviene sobre el niño, también se debe intervenir sobre todo su entorno del cual el niño forma parte, incluyendo desde la comunidad hasta la familia propiamente dicha (Elichiry, 2009). Como menciona Amitrano (2007) la labor de los profesionales dentro del gabinete psicopedagógico se desempeña en función del trabajo con el niño, su familia, el colegio, los docentes y /o profesionales que estén a cargo del mismo.

3.7.2. Intervenciones con el niño.

A la hora de trabajar con las problemáticas de los alumnos en la escuela, los profesionales del gabinete psicopedagógico también deben de contar con la realización de una anamnesis para ahondar en la realización de intervenciones que resulten precisas y eficaces en los alumnos (Almonte et al. 2009). Para ello se tendrá en cuenta:

- La recopilación de antecedentes biográficos personales y familiares.
- Examen clínico, observación de la conducta y funcionamiento en diferentes áreas del desarrollo y en su periodo evolutivo.
- Las observaciones deberán de incluir (estilos interaccionales y del funcionamiento familiar).
- Análisis psicopatológico: Consta con la descripción de las conductas problemáticas, para detectar si son producto del ambiente o están en relación a los aspectos del desarrollo y/o motivadas por su propio mundo interno.

También se aplican pruebas psicométricas y/o proyectivas para determinar aspectos de la personalidad (ya sean características cognitivas, psicomotoras, relacionales, afectivas, etc.). Estas técnicas aportan información que contribuyen para dar una descripción más profunda acerca de los trastornos del sujeto (Almonte et al. 2009).

3.7.3. Intervenciones con el docente.

Las actividades y tareas académicas que se desarrollan en el aula influyen en el tipo de interacción que los alumnos tienen con el conocimiento, compañeros y docentes (Mares Cardenas et al. 2004). Debido a ello, desde el trabajo que se realiza en el gabinete psicopedagógico los profesionales orientan y proporcionan al docente información acerca del funcionamiento cognitivo y emocional de los niños para garantizar el aprendizaje a las necesidades de los niños y/ o en algún niño en particular (Amitrano, 2007).

El docente debe de tener un rol muy activo en la detección de problemas, en la organización de soluciones y en la evaluación de resultados, deberá de preguntarse y trabajar con el equipo del colegio acerca del vínculo con el niño, la organización de los alumnos en el aula, su actitud como docente, la forma de transmitir los conocimientos, etc., ya que el docente está a cargo de los alumnos y esto significa que debe de tener una actitud que marque la diferencia de roles y reafirme su propia autoridad. Por ello, los profesionales del gabinete psicopedagógico, orientan a los mismos para tratar las dificultades escolares, ayudando al docente para que logre focalizar y /o trabajar más sobre la relación entre el niño y el contexto y no ver al niño como el problema principal (Scandar, 2000).

Todo esto se deberá de realizar, acorde a como señala Scandar (2000), dentro de una metodología de trabajo integradora, que busca educar al niño dentro de un contexto de clases regulares y no marginarlo del proceso educativo, fomentando el desarrollo de espacios entre docentes, padres y otros alumnos.

3.7.4. Intervenciones con los padres.

Las intervenciones en el gabinete también están dirigidas a los padres. Los profesionales se encargan de brindarles información a los mismos, además de ocuparse de que ellos se involucren de manera efectiva, brindándoles la asistencia necesaria para que puedan entender los problemas en profundidad y saber qué hacer con ello, explicándoles también, sobre aquellos comportamientos que mantienen al problema en cuestión (Amitrano, 2007)

En palabras de Amitrano (2007) resulta necesario que los profesionales comprendan las motivaciones de los adultos para generar estrategias terapéuticas eficaces en la dinámica de niños y adultos.

En caso de querer conocer las interacciones específicas entre el niño y sus padres, los psicólogos llevarán a cabo entrevistas, para observar los recursos implementados por los padres para ayudar al niño en su problemática.

3.7.5. Intervenciones con los profesionales externos que trabajan por fuera del ambiente educativo:

Los profesionales que desarrollan su labor dentro del servicio de orientación psicopedagógica en los colegios, también trabajan con la esfera social que incluye a todos aquellos profesionales que orientan y compensan los tratamientos de los niños en el colegio (pediatra, neurólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, psicólogo, etc.) en el cual, estos cumplen con la función de experto a la hora de analizar e introducir aquellas modificaciones que resulten necesarias en cuanto a todo el entorno familiar y educativo que rodea al niño (Amitrano , 2007) .

Para Amitrano (2007) los profesionales que trabajan de manera complementaria con el colegio llegan a acuerdos básicos, determinando cual es el problema en cuestión, qué debe hacerse, cómo, etc., para lograr resultados más rápidos y eficaces; y que se mantengan en el tiempo.

- *La orientación escolar y profesional:* Esta forma de trabajo integra todos los elementos que inciden en la evolución del niño para favorecer al máximo su desarrollo en el campo intelectual, social y afectivo. Para ello se supone la actuación de profesionales que se encuentren dirigidos a la institución escolar para brindar orientación a los padres en relación a los hábitos de los niños con problemas escolares, brindando también asesoramiento , seguimiento , coordinación y colaboraciones pertinentes en favor de garantizar el desarrollo del niño en la escuela (Coll ,1989).

Existen casos en los que se necesita la utilización de fármacos. Frente a esta situación, la escuela cumple con la función de derivarlos a los profesionales correspondientes (Schur, Sikich & Findling, 2003).

Coll (1989) añade que en el contexto escolar, la psicología se está abriendo cada vez más a otros contextos educativos formales y / o

extraescolares que exigen una coordinación y organización creciente con otros profesionales, ya que como menciona dicho autor existe un espacio profesional en el campo de la educación escolar y extraescolar donde la psicología converge con otras disciplinas científicas y otras tradiciones profesionales.

3.8. Intervenciones orientadas para tratamientos de problemas de conducta en el niño.

Desde la psicología educativa existen diversos tipos de intervenciones que favorecen a lograr los cambios esperados en la conducta de los niños, aunque como se ha mencionado en este trabajo necesita del complemento del aporte familiar y del docente.

Las estrategias de intervención utilizadas en los trastornos de conducta dependen del tipo y grado del trastorno del comportamiento (Fejerman, 2010).

Este autor menciona que las intervenciones psicoterapéuticas pueden beneficiar a las formas leves del trastorno oposicionista desafiante.

Actualmente existen 500 modelos de terapia, aunque solo tienen evidencia de eficacia clínica los llamados enfoques psicoeducativos, como el entrenamiento para manejo parental, con el modelo de Barkley y también el modelo de Kazdin (2005) para el manejo colaborativo de la resolución de problemas.

Mediante el programa de Barkley se intenta conseguir que el chico adquiera conductas positivas que lo ayuden alcanzar el éxito en el colegio y en sus relaciones sociales. Las estrategias están diseñadas para reducir la terquedad, el comportamiento oposicionista y aumentar las conductas de colaboración (Rigau Ratera, García Nonell & Artigas Pallarés, 2006). Estos programas también tienen versiones locales adaptadas a nuestro país (Bunge et al. 2008).

En los casos moderados y severos se requiere de un enfoque combinado de psicoterapia y tratamiento farmacológico que se modula de acuerdo a la evolución de la sintomatología (Fejerman, 2010).

Cuando se observa agresividad en un niño con antecedentes de trastornos de conductas, por agresión, agitación, gritos, elevación de voz, conductas oposicionistas, etc., se debe decidir la intervención considerando los tres niveles de agresividad llamado *Algoritmo de Intervención en agresión aguda* (Barnett, Dos reis & Riddle, 2002),

En el primer nivel de este Algoritmo, se debe de tomar una actitud preventiva evitando la exacerbación de la conducta disruptiva. Para ello, se mejorara la comunicación, se ofrecen ayudas, opciones, y se remueve el estímulo aversivo.

En el segundo nivel, se determina cuando aparecen las conductas oposicionistas desafiantes, amenazantes, en forma visible. En este nivel se trabaja con una respuesta más activa, brindando asistencia individual junto con un adulto, retirando los estímulos desencadenantes, llevándolo a un espacio tranquilo en donde existan pocos estímulos, por lo menos durante las primeras 2 horas.

Si surge agresión con presencia de golpes, patadas, mordeduras, ya se considera estar en un nivel de intervención número 3. En cual la respuesta debe ser expeditiva evitando la lesión de sí y de los cuidadores. Se considera adecuado en estas circunstancias el hecho de retirar al niño a un ambiente restringido donde no tenga la posibilidad de dañarse. Hay veces que se requiere el uso de medicaciones en forma sintomática con control médico.

Existen escalas de evaluación de conductas disruptivas como el cuestionario que evalúa la motivación de la conducta, de Durand, que contestan los padres y/o las personas que están a cargo de la educación de los niños para poder definir si la conducta agresiva tiene la función de estar comunicando un pedido, si la usa para rechazar una situación, para llamar la atención o para autoestimularse (Durand & Crimmins, 1988).

En las distintivas modalidades de terapia que existen en la actualidad, se trabaja y se utiliza mucho para tratar la conducta disfuncional, las estrategias cognitivas y conductuales para lograr el autocontrol de agresión, mediante estrategias de resolución de problemas y estrategias de entrenamiento en respuestas asertivas; mostrándose mejorías significativas en las conductas

agresivas verbales y físicas a lo largo del tiempo. Estas se mantienen por meses mediante estrategias cognitivas y conductuales para lograr el autocontrol de agresión, mediante estrategias de resolución de problemas y estrategias de entrenamiento en respuesta asertiva. De esta manera, entre otras cosas, se logra aprender a responder a las situaciones no deseadas y /o de estrés de una manera más bien resolutiva pero no agresiva (Fejerman, 2010).

Así mismo, la terapia cognitiva comportamental focaliza en las percepciones y los pensamientos de los niños agresivos, se trabaja con ellos, los cuales suelen caracterizarse por presentar percepción de amenazas, miedos, frustraciones y déficit en las funciones cognitivas de autocontrol, regulación, evaluación y resolución de problemas (Bunge et al. 2008) o quizás, también, presentan dificultades para llevar a la práctica dichas habilidades cuando son necesarias (Rigau Ratera et al. 2006).

En base a lo expuesto por Bunge et al. (2008) este autor hace hincapié en el desarrollo de dichas técnicas y considera que los objetivos están dirigidos a los déficits y a las distorsiones del procesamiento cognitivos, provocando la regulación de la emociones, sobre todo la ira.

3.8.1. Técnicas conductuales

De acuerdo a lo planteado por Scandar (2000) existen procedimientos conductuales usados para tratar la conducta infantil para que los chicos con problemas de conductas puedan aprender a desarrollar otras alternativas de conductas.

- *La teoría del aprendizaje social de Rotter:* Esta teoría afirma que la probabilidad de que ocurra un comportamiento está determinado por las

evaluaciones cognitivas del valor subjetivo de los refuerzos y por la expectativa de lo que se debe hacer para obtenerlo.

- *Aprendizaje por observación o modelado*: Rotter, Hance y Phares (1972) mencionaron al concepto de *modelado*, agregado por Bandura (1977). Este concepto hace mención al hecho lograr aprenden las conductas a través de la observación de los otros. Bunge et al. (2008) agrega que de esta teoría de aprendizaje social emerge el concepto de modelado y que son muy eficaces para trabajar la impulsividad de los niños.
- *Economía de Fichas*: Se utiliza un reforzamiento incorporando en un programa de economía de fichas. Para ello se dan instrucciones acerca de aquellas conductas deseables del niño que van hacer recompensadas (premios). Las fichas sirven como estímulos potencialmente reforzantes y le dan al niño feedback sobre su propia conducta.
- *Coste de la Respuesta*: Se puede introducir esta técnica dentro de un programa de economía de fichas. Esta técnica se basa en la eliminación de los reforzadores anteriormente adquiridos, como consecuencia a la aparición de la conducta inapropiada. De esta manera la conducta inapropiada es seguida por el retiro de un beneficio o privilegio esperado por el niño.
- *Atención diferencial*: Se basa en el uso sistemático de la atención del adulto para alterar la conducta del niño Bunge et al. (2008). Esta técnica utiliza la atención positiva como un refuerzo positivo y simple, implementado por medio de comentarios elogiosos, aliento, caricias y abrazos, cuya naturaleza es básicamente social y afectiva (Scandar, 2000). En base a esta técnica varios investigadores encontraron que las conductas a las que se les prestaba atención consecuentemente en los niños aumentaban, mientras que decrecían las ignoradas. (Bunge et al. 2008).

- *Aislamiento o tiempo- fuera*: Se trata de la existencia de un procedimiento conocido como aislamiento respecto del reforzamiento positivo. La idea es aislar al niño de la situación generada por él. Es importante trabajar mediante la reafirmación de autoridades, roles y reglas propias de cada uno, así también se implica la extinción de futuros reforzadores posibilitando a que el comportamiento empeore. Es una forma útil para manejar las conductas oposicionistas, desobedientes y agresivas.
- *Contratos comportamentales*: Estos contratos comportamentales son acuerdos en donde docentes, padres, profesionales, etc., se comprometen con el niño especificando la consecuencia positiva a dicho cumplimiento, como así también cual emergerá frente al incumplimiento del mismo. Esta técnica suele ser un complemento útil para reestructurar vínculos.
- *Autorregulación*: La capacidad de autocontrol se desarrolla a partir del diálogo interno, producto de las interacciones realizadas con el adulto. Esta técnica consiste en enseñarle al niño que se hable a si mismo mientras desarrolla las tareas complejas. El objetivo es modelar un dialogo interno que oriente y organice las conductas. Primero en voz alta, luego en susurros y finalmente de manera encubierta.

4. Metodología.

Tipo de Estudio

- Descriptivo
- Estudio de un caso único.

4.1. Participante.

El trabajo final de integración se basó en un caso único de un niño de 12 años de edad que cursó el 7mo grado en una escuela privada, que fue diagnosticado con Trastorno Opositorista Desafiante.

Por otro lado, para preservar la particularidad del caso y la propia individualidad del chico, es de destacar que en dicho trabajo se ha utilizado un nombre ficticio que remite al niño en cuestión.

La autora de este trabajo desempeñó su rol de pasante, donde observó y recabó la mayor cantidad de información de las personas más cercanas al mismo en dicha institución, pudiendo describir al Trastorno Opositorista Desafiante y analizar las intervenciones realizadas en el gabinete, junto al trabajo interdisciplinario del gabinete en comunicación con la psicóloga particular del niño.

Siguiendo los criterios del DSMIV TR, el niño está diagnosticado como Trastorno Opositorista Desafiante. En tal sentido, D presenta las siguientes alteraciones respecto a su conducta:

- Deambulación por el aula y el colegio.
- Dificultad para hacer silencio, en el aula y en la formación (frente al pedido de sus maestras).
- Visitas reiteradas al gabinete ejercidas por su propia voluntad para evitar estar en la clase.
- Comunicación simétrica en dirección a la autoridad escolar (con maestras, profesores de computación, de plástica, de educación física, psicólogos, etc.) existiendo excepciones con el Director del colegio, el Sr. B.R.
- Manifiesta desinterés en la realización de sus tareas y a la hora de llevar los materiales para trabajar, hecho que es suplantado molestando al resto de sus compañeros.
- Intelectualmente presenta un rendimiento académico normal

4.1.1. Composición Familiar del niño.

El papá de D (41) trabaja como empresario. Viaja en forma recurrente, y debe de ausentarse por dicho motivo muy seguidamente. A su vez, es un ex alumno del colegio.

La mamá de D (36) es ama de casa. Actualmente se dedica a realizar obras artísticas, utiliza dicho recurso como hobby. En la casa cuenta con la presencia de una empleada doméstica que la ayuda con las tareas del hogar.

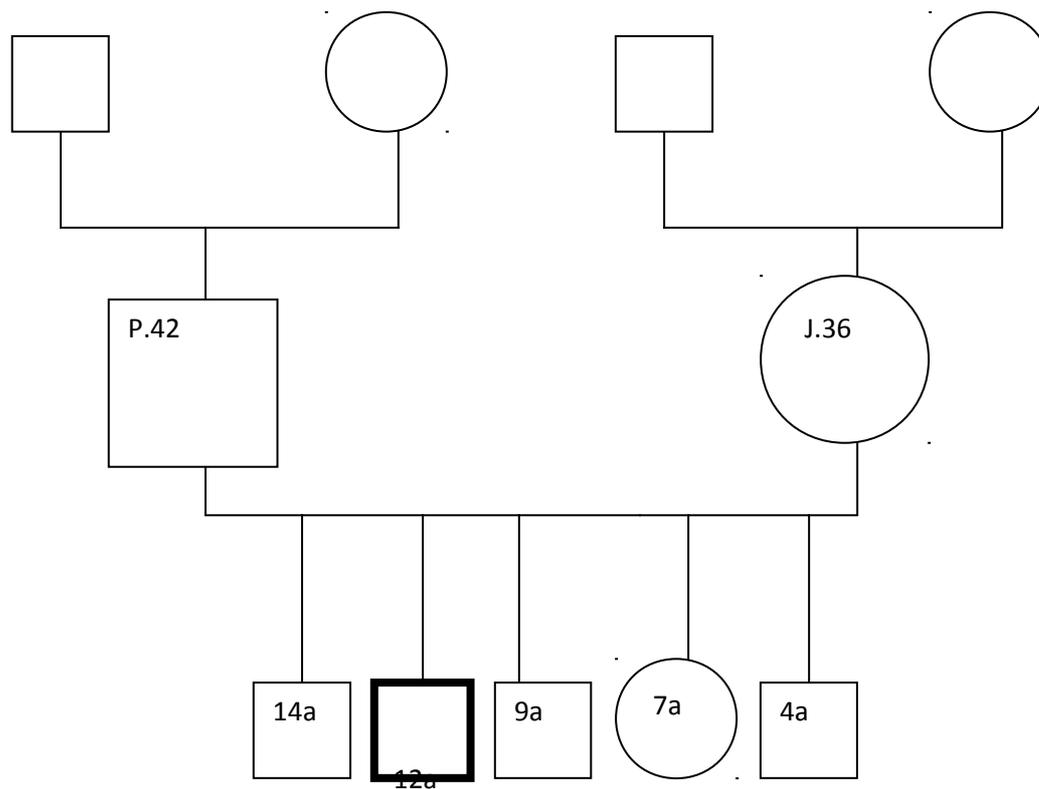
D tiene cuatro hermanos . Él es el segundo entre los cuatro hermanos. La familia es vista por la escuela, como muy identificada con la institución. Su hermano mayor (14) también ha presentado durante su pasaje por la escuela primaria alteraciones en su conducta. Este niño, también ejercía un rol de líder entre su grupo de pares y originaba desarmonía y solía no obedecer las normas que eran impuestas por el colegio. Aunque se diferenciaba de D, en la magnitud y en la frecuencia de sus conductas opositoras y desafiantes, ya que no eran ni tan constantes y ni tan recurrentes en él.

Por otro lado, el hermano menor (9) que también asiste a dicho colegio, no presenta signos que resulten muy significativos en cuanto a su conducta, ya que manifestaría más bien rasgos pertenecientes a un líder positivo.

El más chico (4) concurre al Jardín de infantes, mientras que la única hermana mujer (7) asiste a otro colegio donde predomina el género femenino.

4.1.2. El genograma del niño.

El genograma del niño está configurado de la siguiente manera:



4.2. INSTRUMENTOS

4.2.1. Observación de la conducta:

Se realizó una observación activa durante las 320 horas que implicó la realización de esta práctica profesional. Para ello se tuvo en cuenta las conductas observadas realizadas por el niño en los diferentes contextos de la escuela, esto es en el aula, en el recreo y especialmente en el Servicio de Orientación Psicológica del colegio, en cual se desarrolló un posterior análisis con la información recabada.

4.2.2. Recolección de datos.

Se recolectaron datos aportados por diferentes profesionales, incluyendo a su Psicóloga particular, al Vicedirector del Colegio, a sus maestras actuales de grado y a los miembros del Servicio de Orientación Psicopedagógica del Colegio, tanto el Psicólogo, la Psicóloga y a la Psicopedagoga de dicha institución.

4.2.3. Historia Psicopedagógica.

Desde el gabinete del Servicio de Orientación Psicopedagógica de la escuela donde el niño cursó su último grado de la escuela primaria, se consignó su historia familiar, entrevistas, diagnósticos y conductas observadas durante sus visitas eventuales al Servicio. Se realizó una observación activa durante las 320 horas que implicó la realización de esta práctica profesional.

De esta manera se tuvo en cuenta las conductas observadas del niño en los diferentes contextos de la escuela, etc., esto fue en el aula, en el recreo y especialmente en el Servicio de Orientación Psicológica, realizándose un posterior análisis con la información recabada.

4.2.4. Observación de entrevista entre miembros del gabinete y la psicóloga particular del niño.

Se tomó nota acerca del trabajo interdisciplinario que fue realizado entre los miembros del gabinete y el trabajo en conjunto con la psicóloga del niño, como así también las recomendaciones que fueron dadas por la profesional al colegio, para contribuir con el desarrollo eficaz del niño.

4.2.5. Administración de Tests.

Se administraron determinados test para obtener la mayor información acerca de la personalidad de D. Los tests que fueron seleccionados aportan datos sobre; la maduración emocional del niño, su autoconcepto, la dinámica familiar y sus defensas frente a ambientes estresantes.

1. El H-T-P (Casa- Árbol-Persona) es un test proyectivo, a través del cual se realiza una evaluación global de la personalidad del individuo, esto se refiere a su estado emocional. Según Hammer (1969) afirma que el dibujo es un lenguaje simbólico que ayuda a expresar la impronta de su personalidad, debido a que estas respuestas (tamaño, forma, trazos, acciones, etc.,) salen del interior del niño y están en función de su propio significado emocional. Además, estos conceptos gráficos permiten observar la imagen interna que se tiene del ambiente, de aquellas cosas que destaca y aquellas que deshecha. Hammer (1969) agrega que la casa estimula las asociaciones con la vida hogareña y las relaciones interfamiliares, mientras que el árbol tanto como la persona captan la imagen corporal y el concepto de sí mismo, a diferencia de que el árbol refleja los sentimientos más profundos e inconscientes y la persona transmite una autoimagen más cercana a la conciencia y a las relaciones con el ambiente.

2. El Test de la Persona Bajo la Lluvia, es una técnica gráfica proyectiva, que en educación sirve para tener un perfil del alumno para ayudarlo en su tarea escolar. En donde se invita al evaluado a colocarse bajo condiciones ambientales desagradables en donde se busca obtener la imagen corporal de sí mismo en situaciones desagradables. Esta técnica nos permiten comprobar defensas ocultas que tiene el individuo y que no aparecen en el test de la persona (Querol & Chavez Paz, 2008). Estos autores agregan que la situación de estrés que representa la lluvia favorece a que la persona a no pueda mantener su fachada habitual, sintiéndose forzada a recurrir a defensas latentes.

3. El dibujo de la Familia Kinética es un test que responde a como el niño percibe la dinámica entre los miembros de la familia y como se incluye o excluye él en este sistema. Además, se toma en cuenta la

comunicación existente, los vínculos y las alianzas del niño con otros integrantes de la familia. En esta técnica aparecen los deseos, fantasías y temores que tiene el individuo en relación a su dinámica familiar (Esquivel, Ancora & Heredia, 1999).

4. El test de Bender se utiliza para poder determinar la madurez para el aprendizaje, predicción del desempeño escolar, diagnóstico, problemas de lectura y aprendizaje. También podemos detectar la posible existencia de lesión cerebral y obtener indicadores emocionales como orientaciones generales que tiene la persona, que no deben ser interpretados como trastornos, sino que indicarían posibles signos que ameritan a realizar una detallada evaluación para corroborar la presencia real de alguna posible psicopatología (Münsterberg Kopitz, 1999).

4.2.6. Boletines Escolares

En los boletines escolares se registraron las notas finales de las materias por bimestre.

4.2.7. Informe de las maestras de Grado.

Se realizó un informe acerca el desempeño del niño en las clases de las áreas de (Lengua y Sociales, al igual que en Matemáticas y Naturales) y los cambios producidos a lo largo en esta primera etapa del año.

4.3. PROCEDIMIENTO

Se trabajó con D un niño de 12 años de edad con trastorno de conducta, diagnosticado por su psicóloga como Trastorno Opositor Desafiante. Para ello, se recabó información de las personas más cercanas al niño en su actividad escolar, bajo el acompañamiento y la supervisión del Lic. A. (psicólogo) junto con la Licenciada C. C. (psicóloga) y la psicopedagoga del gabinete, la Lic. M. S.; también se mantuvieron charlas activas con los respectivos profesionales del colegio (psicólogos, psicopedagoga, maestros y directores) que conocían el desarrollo del chico, para poder precisar la particularidad del caso, la presunción de su diagnóstico y la evolución del mismo.

Se efectuaron diferentes encuentros e informes con sus maestras de grado (Matemáticas y Lengua). Las mismas colaboraron con información acerca del comportamiento actual y del desempeño académico del niño.

Además, la pasante tomó nota de las conductas que pudo observar en D en los distintos contextos del colegio, tales como el aula, recreos y en el Servicio de Orientación Psicopedagógica del colegio.

De manera paralela, se llevó a cabo la realización de una entrevista interdisciplinar entre el equipo psicológico del colegio, junto a la participación de la psicóloga que lo atiende a D, a fin de recopilar datos para su posterior análisis.

5. ANALISIS DEL CASO.

5.1. Sintomatología.

Con el fin de recabar toda la historia escolar de D se obtuvo la siguiente información:

D finaliza su preescolaridad , ingresa al primer grado y a partir del segundo grado se solicita el encuentro con la familia de D, por la alteración constante de su conducta en clase, deambulación por los pasillos del colegio, dificultad para poder hacer silencio tanto en el aula como en la formación (frente al pedido de su maestra), visitas reiteradas y constantes al gabinete (ejercidas mediante su propia voluntad para poder escaparse de la clase) y conversaciones simétricas en dirección a la autoridad escolar (con maestras y psicólogos).

Por tal motivo, los miembros del gabinete solicitaron un encuentro con la familia de D. Los padres asistieron a la misma y comunicaron el confrontar constante que estaba teniendo para con ellos, más precisamente con su mamá, que expresaba que el niño no le hacía caso en nada y que pedirle algo era entrar en una pelea constante , donde él discutía y se enojaba. Almonte (2009) dirá que está naciente oposición se expresa en respuesta al conflicto que existe con sus padres, ya que ponen barreras y limitaciones a sus deseos y el niño de alguna manera se propone quebrar con esas restricciones.

Luego, los profesionales del gabinete recomendaron hacer una preconsulta con un profesional externo a la institución. Como producto de dicha derivación, el niño fue diagnosticado como Trastorno Opositor Desafiante y comienza con terapia una vez por semana.

Durante el mismo año los padres comunicaron al colegio que por derivación de la psicóloga de D habían comenzado con terapia vincular para poder entender la situación de su hijo y para contar con su propio espacio de contención en beneficio al desarrollo y la evolución del niño con su familia.

Al poco tiempo, la psicóloga le informó al gabinete que la mamá de D estaba embarazada y que era un hecho que tenía que ser tenido en cuenta.

En cuanto a la conducta de D, al comenzar con el tratamiento psicoterapéutico con la Lic. B., había comenzado a mejorar paulatinamente su forma de comportarse. Ya que en un principio era un chico muy impulsivo,

peleador y se enojaba con gran facilidad y solía no obedecer a las autoridades del colegio. Durante las clases, por lo general, molestaba a sus compañeros a los cuales los acusaba de conductas que en su mayoría las había originado él, y siempre que podía aprovechaba la oportunidad para no trabajar, molestar y jugar.

Con el tiempo, D logró comprometerse más con la escuela y empezar a sentirla como su lugar de pertenencia, ya que esta había comenzado a funcionar como un espacio de contención emocional para él, junto con el apoyo del espacio psicoterapéutico que tenía el niño. Se señala que desde el gabinete se le brindaba un lugar para que pueda aprender a manifestarse mediante la palabra y /o la reflexión, ya que justamente la idea de trabajo era acompañarlo y ayudarlo para que pueda aprovechar descubrir sus propias potencialidades (Coll et al. 1998).

Se destaca, acorde a los informes presentados por su psicóloga, junto a la información brindada por sus maestras de grado y el acceso al boletín escolar donde se hallaban impresas sus calificaciones, que no presentaba de manera significativas alteraciones en el área intelectual como así tampoco en el área atencional. Sin embargo, su rendimiento escolar en clase era fluctuante, ya que por lo general no solía estar desaprobado por no entender, sino más bien por su falta de compromiso con la tareas y /o trabajos que le correspondía realizar.

Respecto a su nivel social, en varias oportunidades durante el transcurso de toda su escolaridad se destacó por su rol de líder participando como vocero de su grupo. No obstante, actualmente se lo notaba más encerrado en sí mismo y un poco más retraído de su mundo social, ya que cuando buscaba cómplices no los conseguía con tanta facilidad como antes debido a que sus amigos al estar atravesando el inicio de la adolescencia estaban más interesados en captar la atención de las chicas que en molestarse entre ellos y/ o en confrontar a la autoridad.

De esta manera se fue desarrollando toda la problemática escolar de D. Nunca necesitó tomar medicación, pero siempre se estuvo al tanto del niño debido a los rasgos de personalidad con tendencias depresivas que presentaba. Es interesante destacar que este rasgo suele ser un factor de riesgo que pudiese

llegar a exacerbar su sintomatología. Por ello, la escuela siempre funcionó como un factor protector, en donde él se sintió reconocido y apreciado.

Sin embargo, todavía le cuesta manejar determinadas conductas y emociones debido a que presenta signos de impulsividad. Le cuesta mucho tolerar la frustración y en determinadas situaciones acatar órdenes, aunque ha mejorado muchísimo la intensidad y la frecuencia de su desacato en la escuela.

En cuanto al entorno familiar, que resulta ser en los problemas de conductas desafiantes una de las tareas más complejas de abordar, ya que comprende todo el entorno físico y social del niño, en donde la implicación de la familia sería un elemento fundamental de abordaje (Herrero Navarro, Verdejo Bolonio, Caravaca Cantabella & Escobar Solano, 1999).

La misma se había comprometido y responsabilizado en el inicio de la problemática, pero luego, mediante la evolución de D se desligaron rápidamente sin poder sostener dicho espacio terapéutico. Almonte (2009) dirá que la mayoría de las veces los problemas de conducta se dan por la falta de maduración emocional de los padres para responsabilizarse como tales. En cuanto a su papá, no estaba muy presente para él y tampoco presentaba un buen vínculo con su mamá. Con respecto a sus hermanos solía tener un vínculo sostenido por la propia competitividad, no así con su hermana con la cual presentaba un vínculo de mayor acercamiento afectivo.

En lo que refiere a la evolución de su comportamiento, D había mejorado muchísimo a lo largo de toda su escolaridad (desde su segundo grado hasta la actualidad). Ha ayudado muchísimo el trabajo interdisciplinar realizado entre los diferentes sistemas que competen al desarrollo evolutivo del niño, siendo el trabajo realizado con la familia, la escuela y la colaboración del trabajo de su psicóloga.

Cabe mencionar que actualmente, D concurre una vez por semana a su psicóloga particular y desde el año pasado sus papás han dejado de asistir por su propia voluntad a la terapia vincular orientativa dirigidas a padres, debido a la evolución favorable que fue teniendo el niño a lo largo de todo su desarrollo evolutivo.

5.1.1. Evaluaciones.

(El análisis detallado de cada técnica se encuentra en el anexo).

A fines de complementar la información aportada por los profesionales y lo derivado de las actas del colegio, también se administraron técnicas psicológicas para obtener una visión más global y completa acerca de la problemática que incumbe a D.

La pasante decidió la administración de las siguientes técnicas; el Test de Bender, Familia kinética, Persona Bajo la Lluvia y Casa, Árbol, Persona (H.T.P.). Los resultados de dichas evaluaciones acerca de la personalidad de D y la presencia de su sintomatología fueron los siguientes;

En principio se comenzó con la administración del Test de Bender. Este test consiste en la copia de 9 figuras, presentadas una por vez, para ser copiadas por el niño en una hoja en blanco. La copia realizada por el niño, resultará de procesos perceptivos, en el cual se verá reflejado algunas de las características psicológicas del niño. Además, se detecta la existencia de organicidad cerebral. (Munsterberg, Kopitz, 1999).

D comprendió rápidamente la consigna y comenzó con su ejecución. De acuerdo a los resultados, no alcanza la copia total de las figuras, esto implicaría algún tipo de desviación y/o distorsiones asociadas a la inmadurez en la percepción visomotriz, en relación con actitudes y factores de la personalidad (Münsterberg Kopitz, 1999). Cabe destacar que hay ciertos indicios en sus gráficos asociados a la impulsividad y /o agresividad.

De acuerdo a la dinámica y a la estructura de personalidad del niño, en relación a los vínculos consolidados dentro de su estructura familiar, se administró el test de la Familia Kinética. Los datos obtenidos fueron los siguientes; la composición gráfica concuerda con la composición real de su familia, el tamaño pequeño del dibujo denota sentimientos de introversión, retraimiento, inseguridad, inadecuación etc., asimismo se reflejaron signos que pueden estar señalando ansiedad en determinadas partes de su cuerpo y en la de sus

hermanos, más específicamente en las manos. En la secuencia temporal realizada se pudo deducir datos interesantes acerca de la producción de los padres, el niño los representa como débiles en cuanto a la función paternal y sumergidos en sus mundos, a esto se le agrega el hecho de que el vínculo con sus hermanos parecería estar basado en el juego y la competencia, sin embargo su única hermana mujer cumple un rol afectivo muy importante para D. Cabe de destacar que fue dibujada en primer lugar y en un escenario muy ligado a lo afectivo (se la dibujo cocinando).

En el test de la Persona bajo la lluvia, se trata de identificar aquellas defensas y /o mecanismos inconscientes que son utilizados por el niño para defenderse de un ambiente considerado relativamente hostil por él. Los resultados arrojados indicaron que las defensas de D denotan inmadurez emocional, retraimiento, ansiedad, inseguridad, tendencia a no hacerse cargo de su realidad e impulsividad y/o ansiedad en aquellas actividades que impliquen el contacto.

La técnica del H.T.P. (Casa, Árbol y Persona) permite evaluar la personalidad yoica del niño. En sus grafismos vuelve aparecer introversión, impulsividad, fragilidad en su fuerza yoica, ansiedad, desadaptación y ausencia de contacto con la realidad.

A modo de conclusión, de acuerdo a la administración de dichas técnicas se puede arribar a una concepción general acerca de la personalidad de D. Esta aparece caracterizada por rasgos que marcan signos de impulsividad, ansiedad, inmadurez emocional y una escasa relación vincular con sus padres. Su papá no aparece como con una imagen fuerte para D y la madre se muestra como aislada del manejo y/o la organización familiar del niño

5.2. Análisis y descripciones de las intervenciones realizadas por el servicio de orientación psicopedagógica.

A fines del presente documento se describirán las intervenciones y/o encuentros realizados por los miembros del gabinete, más precisamente,

aquéllos que resulten ser de carácter relevante para el cumplimiento de los objetivos planteados.

A lo largo de toda la escolaridad de D, se realizaron diferentes estrategias e intervenciones con él, con sus maestras, padres y con la psicóloga del niño que lo asistía en los problemas vinculados a su conducta. El trabajo fue realizado desde el gabinete psicopedagógico del colegio en función de poder lograr cambios eficaces en la conducta de D evitando posibles recaídas y retrocesos en la misma.

La función del Servicio de Orientación Psicopedagógica del Colegio consistía en asistir a los chicos en su problemática en particular, brindando el espacio para la participación de las familias en la dinámica de la escuela, en el proceso educativo de sus hijos y en sus responsabilidades como padres. La idea es trabajar con todo el macrosistema del niño (Baeza, 2010).

Una de las primeras intervenciones que se realizó en el gabinete psicopedagógico a comienzo del año escolar se basó en el seguimiento de la conducta de D. Para ello, los miembros del gabinete del colegio se contactaron con la psicóloga del niño. A la misma, se la mantuvo al tanto de la sintomatología actual que presentaba D como lo era su poca tolerancia a la frustración y sus respuestas oposicionistas que manifestaba por aquellas tareas que no le gusta hacer y también, por el hecho de buscar cualquier excusa para no estar en la clase y para no llevar los elementos necesarios para trabajar en la misma. Este tipo de intervención se orientaba al trabajo en equipo con el entorno del niño (Amitrano, 2007). Debido a como menciona Herrero Navarro et al. (1999) esta forma de abordaje necesita de la existencia de una comunicación que sea clara y fluida, generada dentro de un ámbito de confianza, mediante el compromiso asumido entre las partes, en donde se realicen reuniones de coordinación, de trabajo común, y planificación. Es así como se procedió a trabajar en la escuela, en donde el gabinete junto con la psicóloga del niño, se comprometieron a planificar y llevar a cabo aquellas intervenciones que resultasen necesarias para favorecer el autocontrol y la motivación de D y/o para ayudarlo a inhibir sus reacciones impulsivas y

emocionales que le provocan grandes dificultades en la escuela y en su vida social.

Otro tipo de intervención que fue llevada a cabo en el gabinete de la escuela estuvo dirigida al análisis funcional que el niño tenía en relación a las variables ambientales (personal, físico e institucional) que se ponían en juego en el aula. En este sentido, los profesionales administraron una toma de test colectivos al séptimo grado donde cursaba D, para su posterior análisis. La misma fue realizada en el aula. El objetivo de esta modalidad de trabajo estuvo orientada a lograr recabar la mayor cantidad posible de información acerca de la conducta del niño, en interacción con otros niños, maestras y profesionales del gabinete, ya que el entorno en donde se desenvuelve el alumno tiene mucho que aportar a la hora de solucionar los trastornos de conducta (Herrero Navarro et al. 1999) para luego, lograr trabajar y/o corregir aquellos aspectos que resultasen significativos en cuanto al entorno del niño y su conducta.

En el caso de D, se le administraron los test y respondió a todas las consignas, aunque antes de comenzar las cuestionó y se quejó de hacer dicha actividad. Desde el ejercicio aplicado por los profesionales del gabinete se ignoraron estos reclamos y se procedió a la realización de la tarea. Este tipo de intervención se basó en eliminar todos aquellos reforzadores posibles del comportamiento, ya que las conductas infantiles, inmaduras y/o impropias guardan una estrecha relación con la atención y/o repercusión que logran en los demás (Scandar, 2000). De esta manera, se pudo observar que D no presenta alteraciones en cuanto a su comprensión verbal y tampoco tiene dificultades a la hora de procesar la información dada, sin embargo, todavía se puede ver una actitud desafiante frente a las autoridades educativas, una falta de empatía social y en sus responsabilidades como alumno.

Por otro lado, los profesionales del gabinete también ejercían intervenciones que estaban orientadas a la prevención, tomando información del contexto. En relación a ello, Elichiry (2009) destaca que el mundo psicosocial del niño es tan importante de abordar tanto como su mundo intrapsíquico, ya que el rol que cumple el contexto es fundamental para modular los trastornos. Es así como

los profesionales del gabinete decidieron intervenir y trabajar con las maestras de grado del niño. Para ello, se dispuso brindar psicoeducación y concientización, acerca de las causas, síntomas y las formas más eficaces para lograr vincularse con el alumno en forma positiva (Scandar, 2000). La intención estaba dirigida a que las mismas puedan contar con las herramientas necesarias para trabajar con la problemática de D en conjunto con el resto de los alumnos en el aula, debido a que por lo general estos niños así como lo describe Scandar (2000) suelen alterar la dinámica de la clase.

En base a esta forma de intervención y trabajo en equipo, entre el gabinete del colegio y las maestras del niño, se focalizó en mejorar el vínculo entre la docente y D, y encaminarlo hacia una dirección positiva, debido a que estos niños suelen ser hostiles y opositoristas con las figuras de autoridad (Kaplan & Sadock, 1999). Este autor también dirá que se trata de disciplinar a los niños con creatividad, motivándolos y ayudándolos a mejorar las relaciones entre sus pares y adultos. Para ello, las docentes fueron instruidas mediante un plan de trabajo donde se les enseñaron habilidades comunicacionales para implementar con el niño, como por ejemplo el hecho de ser claras y precisas al enunciar las obligaciones y las consignas a cumplir, ya que lo importante era que sepan fijar reglas concretas y actuar de manera consistente para con D, como así también se las orientó a reforzar el comportamiento apropiado en forma rápida y frecuente, y se las mantuvo al tanto del estilo cognitivo y personal del niño, y de la necesidad de mantener organizada la clase para prevenir dificultades curriculares y/o problemas comportamentales con niño y el resto de los alumnos.

También se decidió trabajar con D como otra forma de intervenir en el colegio, debido a que su maestra lo había responsabilizado de ser el causante de alterar la dinámica de la clase mediante acotaciones chistosas que venía realizando y contagiando luego al resto de sus compañeros

Por este motivo, se generó un espacio de apoyo conductual positivo (Herrero Navarro et al. 1999) entre la Lic. C.C. y el niño, en presencia de la pasante, en donde se le brindó la oportunidad de ser escuchado, pudiendo dar sus razones

y entender el porqué de su accionar. La idea había sido trabajar mediante un entrenamiento en las habilidades sociales para ayudarlo a asumir su responsabilidad y concientización por su propia conducta, ya que como señala Amitrano (2007) resulta necesario influir en la dinámica del niño con los adultos (autoridades, padres), con otros niños y consigo mismo a la hora de trabajar desde el colegio, además de contar con el contexto.

Por lo tanto, se procedió en ese espacio ayudándolo a evitar acusar y culpar a los otros por sus propias conductas. En ese sentido, se le enseñó a hablar en primera persona y a fomentar el hecho de poder responsabilizarse por las consecuencias de sus conductas y ayudarlo a pensar conductas alternativas que pudiesen mejorar su situación actual.

Es de destacar que este tipo de modalidad cognitiva resulta ser una técnica muy útil para los problemas de conductas, ya que le ofrece al niño diferentes tipos de alternativas a la hora de actuar, impulsándolo a hacerse responsable de su propio accionar (Bunge et al. 2008).

5.3. Descripciones y análisis de las sugerencias dadas por la profesional del niño, para trabajar con él alumno dentro de la institución.

Se coordinó vía telefónica un encuentro con la psicóloga de D, en la escuela, para abordar la situación actual del niño como solía hacerse a comienzo de cada año lectivo para intercambiar la información necesaria acerca de la problemática del niño.

La entrevista fue realizada con la participación de Lic. J. A., el Sr. B. R. (vice rector), su maestra de grado, la señorita V. (maestra de matemáticas), la pasante y la psicóloga de D, la Lic. B.C., que lo asistía a D desde su segundo grado.

El encuentro se llevó a cabo en el gabinete psicopedagógico del colegio en donde la Lic. B. fue clara y precisa a la hora de explicar la situación actual en

la que se hallaba el niño, y las pautas que deberá de tomar la escuela con respecto al mismo.

La Lic. B. comenzó haciendo un balance general acerca de D, para ello comentó que D es un niño que había crecido muchísimo a nivel emocional. Remarcó que a pesar de que había tenido una evolución favorable y acertada en cuanto al desarrollo de su conducta, actualmente, se encontraba atravesando una situación muy compleja y angustiante para él, ya que se hallaba en un pre ingreso a la escuela secundaria donde pasará a pertenecer al grupo de los menores de la escuela, en la cual, el contexto social será radicalmente modificado y en donde deberá de poder contar con los recursos y herramientas necesarias para atravesar dicha etapa de la mejor manera posible, ya que la adolescencia es una etapa donde las conductas oposicionistas y desafiantes suelen aparecer de forma significativa (Kaplan & Sadock, 1999). Debido a ello, se recomendó asesorar a los padres acerca la situación actual de su hijo y a su vez, se le orientó a la escuela la función de brindar un sostén psicoeducativo tanto para el niño como para los padres.

La Lic. B. también sugirió desarrollar actitudes positivas para que D pueda aprender a manifestarse mediante la palabra y/o la reflexión, principalmente sobre todas aquellas situaciones que le provocaban la ira y / o la bronca. Así se lo ayudará a no actuar impulsivamente y a pensar más en las consecuencias de su accionar. De esta manera se cooperará con el niño para que logre ejercer un mayor control sobre su propia conducta. Bunge et al. (2008) sugieren estrategias basadas en el control del enojo, la ira y la impulsividad.

En cuanto a su nivel social, la psicóloga del niño destacó que D fue perdiendo su rol de líder en el transcurso de su escolaridad. Actualmente se lo notaba como más encerrado en sí mismo y retraído de su mundo social, queriendo recuperar su lugar de líder, que fue perdiendo paulatinamente, ya que cuando buscaba cómplices que lo acompañen para la realización de sus malas conductas, no los conseguía con tanta facilidad como antes. Debido a que con el inicio de la pubertad sus pares más íntimos, habían empezado a interesarse

más en captar la atención de las chicas y menos en el hecho de desobedecer a la autoridad.

No obstante, su psicóloga, hizo hincapié en el hecho de que D estaba intentando llamar la atención mediante su no obedecer constante, buscando erradamente el reconocimiento y el afecto del otro. En cierta oportunidad el niño llevo a cabo una situación que expone claramente lo planteado. Según la maestra V. (su maestra de matemáticas) en la hora del recreo, ella se encontraba vigilando y cuidando al resto de los chicos, y se le acercó D comentándole que alguien había arrancado las tapitas de luz de la pared, frente a lo no respuesta emitida por la maestra, D continua diciéndole y alertándola sobre el hecho de que los chicos cada vez en la escuela están cuidando menos y que nadie se hace responsable de nada. Consecuentemente frente a la reacción indiferente de la misma, inesperada por D, al cabo de un tiempo termina confesando que había sido él el responsable del hecho. El Lic. A. agregó que en esta situación y en este tipo de conductas y actitudes generadas por el niño, hay una clara necesidad afectiva y de reconocimiento dirigida a un otro, planteando frente a este hecho que D tiene un dilema con respecto a ¿qué tengo que hacer para sentir que soy? Informando también, que no se puede dejar de tener en cuenta que se haya en una edad difícil donde se mezcla la omnipotencia preadolescente junto con la ingenuidad. Consecuentemente se orientó trabajar con el niño ofreciéndole una atención positiva, en el cual se ignoren sus conductas negativas y se intente reforzar el comportamiento opuesto mediante gestos y / o palabras alentadoras, ya sean palabras de aliento, gestos, etc. que actúen como reforzadores para la conducta adecuada del niño (Bunge et al. 2008).

Por otra parte, su psicóloga recomendó enseñarle modalidades para que D aprenda a tolerar la frustración y asumir la autoridad de roles. Para ello aconsejó la utilización de técnicas basadas en los juegos de roles y modelado, que suelen utilizarse en las escuelas (Scandar, 2000). Así también, la Lic. B. planteó trabajar en torno a los disparadores que desencadenan la conducta explosiva y no tanto en los resultados de las mismas. Apuntando al

trabajo de los profesionales del gabinete para ayudarlo a generar diferentes tipos de estrategias de afrontamiento a D (Green & Ablon, 2006).

De esta manera, frente a este tipo de conductas disruptivas generadas por el niño, la terapeuta recomendó utilizar intervenciones simples en donde se garantice la comprensión y el conocimiento de las reglas que son impuestas en el niño. Scandar (2000) para este tipo de conductas recomienda la utilización de técnicas de modelado, como así también el entrenamiento con los compañeros para ignorar ciertas actitudes que son generadas por el niño y la realización de contratos comportamentales que estén bajo la supervisión de los padres.

La Lic. B. también comentó que estuvo charlando con D y que el niño le había dicho y reconocido que buscaba escaparse constantemente de la clase y /o que solía portarse mal para ser sacado de allí, para luego, ir a un lugar mejor donde él pueda divertirse, y evitar así el hecho de estar trabajando en clase. Consecuentemente, asesoró mandarlo a la biblioteca del colegio a hacer trabajos de redacción para empezar a extinguir dicha conducta mediante la utilización de refuerzo valorado por D como negativo. En relación a ello, Rutter (1985) planteó en sus escritos, que la evitación del castigo puede ser utilizado como un método efectivo de refuerzo de determinadas conductas.

A modo de síntesis, la entrevista concluyó de manera tal que se le sugirió a los profesionales del gabinete reforzar aquellas actitudes cooperativas en el cual la escuela actuaría como soporte para los padres acerca de la situación actual de su hijo, y a su vez poder funcionar como un sostén orientativo tanto para el niño como para los padres. Así mismo, se destacó la importancia por parte de las autoridades del colegio, frente al hecho de lograr trabajar la conducta disruptiva de D mediante la utilización de reforzadores positivos, ya sean palabras y/o gestos de aprobación para con él. Así también, se hizo hincapié en la utilización de la técnica de modelado para el aprendizaje de habilidades sociales, en el cual por medio de la observación, el niño aprende otras formas de conductas para lograr resolver problemas interpersonales (Rutter, 1985;

Scandar, 2000). A su vez, la incorporación de la técnica de juegos de roles se recomendó llevar a cabo en situaciones donde se necesite desarrollar empatía con D. Así mismo, la Lic. B. también orientó a los profesionales a ayudar a desarrollar diferentes formas de afrontamiento y promover orígenes de situaciones que sean satisfactorias, a la hora de resolver un conflicto, tanto para el niño como para los adultos en cuestión.

6. CONCLUSION:

A fin de cumplir con los objetivos planteados en este caso, se han observado y analizado las intervenciones y estrategias llevadas a cabo en el colegio desde el gabinete psicopedagógico y el trabajo en conjunto con la profesional externa al niño (su psicóloga), la Lic. B., para lograr el seguimiento y acompañamiento de un alumno de 12 años diagnosticado por su psicóloga, como trastorno oposicionista desafiante por presentar un mal comportamiento persistente y recurrente en el ámbito escolar y familiar.

En primera instancia, es de destacar que se ha comprobado la evolución favorable que tuvo D en el desarrollo de toda su escolaridad, debido a los beneficios aportados por todos los profesionales que estaban en relación al trabajo con el niño.

Desde el colegio, se observó que la estructura institucional cumplía con la función de delimitar y definir lo que le corresponde atender y gestionar a los psicólogos educativos. A su vez, los profesionales del gabinete trabajaron de manera pautada, organizada e interdisciplinaria, atendiendo las demandas de los alumnos, padres, docentes, autoridades educativas y profesionales externos, en base a realizar un acompañamiento a los problemas educativos que presentaba D, generando así, un espacio conveniente para trabajar con él.

Por lo general, en el Servicio de orientación Psicopedagógica del colegio los chicos se sentían muy contenidos por los profesionales que lo conformaban, en palabras de Renau (1998) en la actualidad el gabinete es visto por los alumnos de forma muy diferente a tiempos atrás. Así se generaba un clima

propicio para que puedan manifestar sus angustias y reflexionar acerca de su accionar. D se sentía muy contenido por los mismos, al cual visitaba de manera frecuente, aunque también aprovechaba su visita para evitar estar en la clase.

Respecto a su conducta, las mayores dificultades se presentaban en la incapacidad de posponer sus gratificaciones. En este sentido, a D le costaba mucho asumir la responsabilidad de trabajo que la escuela requería, ya que para él entre otras cosas, la escuela era su segundo hogar y por ello, solía comportarse de igual forma que en su casa. Por lo tanto se trabajó con su terapeuta y familia en donde se hicieron las intervenciones necesarias.

En cuanto a su nivel intelectual, no presentaba problemas académicos significativos. Aunque en varias oportunidades estuvo aplazado, por lo general, era un chico que cuando se dedicaba y se esforzaba, aprobaba sin presentar ninguna dificultad.

Se destaca que D funcionaba y respondía mejor en espacios donde se lo tenían en cuenta, mostrando una actitud que estaba menos a la defensiva y era menos opositorista. No obstante, al generar empatía con el niño, él se mostraba mucho más colaborativo y obediente.

En referencia al trabajo interdisciplinar entre la psicóloga del niño y los profesionales del colegio, se ha contemplado la existencia de una comunicación constante, recíproca y fluida entre los mismos. La misma se realizaba por mail y/o por teléfono para estar al tanto del niño y de su evolución.

Con la psicóloga de D se pautó una entrevista en el colegio en donde se trabajó de manera conjunta haciendo hincapié en su desarrollo psicoemocional y normalizando algunas dificultades que podría estar experimentando. Al finalizar dicho encuentro, se pautó entre los profesionales del gabinete coordinar una entrevista con los padres para informarlos acerca de la vulnerabilidad emocional por la que está atravesando el niño. Debido a que D está transitando el inicio de la adolescencia donde inevitablemente existirán

transformaciones psíquicas en él (Kaplan & Sadock, 1999) y por el cual necesitará de contar con una familia sólida que pueda tolerarlas, junto a un funcionamiento familiar que ayude a que no se exacerbe su sintomatología para lograr mantener una evolución favorable en el niño.

En referencia a lo expuesto, la implicación, la participación y el contacto que tenían los padres de D con la escuela, no era ni tan constante, ni tan fluida como se había dado al inicio de la problemática del niño. Siendo que los profesionales del gabinete atribuían a la familia la creencia de que daban por recuperado a su hijo, y así se desvinculaban en sus responsabilidades como padres, ya que en cada oportunidad que se les solicitaba algún tipo de participación solían no responder y/o desestimar el pedido de la escuela.

Desde esta óptica es interesante pensar que muchas veces la escuela puede funcionar para la familia, como un depósito de chicos donde la responsabilidad de aprender a obedecer y a defenderse en los niños recaiga únicamente sobre la escuela (Pain, 1983), por este motivo, se sugiere a los profesionales del gabinete intentar acercar a la familia de D a la escuela para lograr un trabajo interdisciplinario que favorezca a la evolución del niño.

Para ello, se recomienda cambiar el tipo de estrategia para trabajar con la familia. Incorporando un espacio que funcione como un taller dirigido a padres en la escuela (Romero Gallego, s.f.). La idea de este taller es interesar a los padres en algo que realmente los beneficie a la hora de entender y tratar a sus hijos. Informándolos de manera motivadora acerca de las problemáticas que pudiesen llegar a existir y qué a su vez sepan realmente qué hacer con ello. Ofreciéndoles un lugar donde puedan recibir pautas sencillas para ponerlas en práctica, mediante un seguimiento orientativo que permita y colabore con el bienestar familiar del niño. También se recomienda trabajar fomentando el compromiso, la participación y las motivaciones de los padres, para poder ser sostenido en el tiempo, con actividades que permitan ser un medio en donde puedan expresar y trabajar con sus propias necesidades, pareceres, opiniones, quejas y propuestas. Este taller también puede desarrollarse en conjunto con otros padres con similares tipos de problemáticas. Ya que se trata de ir trabajando en cada encuentro con dicho material.

En cuanto a la poca tolerancia a la frustración que D todavía presenta y que le ha costado manejar, se deberá de seguir trabajando para que pueda aprender a postergar sus deseos y satisfacer sus pequeñas necesidades por sí mismo, conociendo sus propias limitaciones, ya que presenta un rango significativo de inmadurez emocional. Para ello, una posible intervención podría ser trabajar con su autoestima y con el desarrollo de las motivaciones internas de D, para que logre identificarse de manera responsable y ejerciendo su propia autonomía con el fin de aumentar la capacidad para resolver problemas para el control del enojo y su impulso (Barkley, 1999).

Otra medida que podría incidir de manera positiva para trabajar con D, es el hecho de lograr desarrollar la práctica físico deportiva con el fin de que D pueda asimilar las reglas sociales y comportarse acorde a lo esperado en un contexto diferente y por medio de esta actividad. La actividad deportiva podría funcionar como un factor protector para el niño, ya que ayudaría a mejorar el estilo de vida para hacerlo mucho más activo y saludable, y donde se pondrán en juego, el aprender a trabajar en equipo, el respeto por las reglas, el valor del compromiso, su conciencia real sobre su accionar, sus limitaciones y su propio rendimiento, ya que como señala Pelegrin Muñoz (2002) el deporte utilizado como mediador social potencia la transmisión de valores prosociales, mejora la autoestima y el desarrollo social de los niños, además de prevenir y/o controlar aquellos comportamientos que suponen un riesgo para ellos.

Por lo tanto, a modo de síntesis, en cuanto a la problemática de D se concluye que mediante el aporte realizado por su psicóloga junto al trabajo realizado por el gabinete con padres, autoridades y maestros, fue favorable.

Aunque todavía queda mucho por hacer, ya que D está pasando por el inicio de la adolescencia donde se deberán de reforzar aquellas intervenciones que se orienten a identificar y / o a fortalecer los factores protectores que permitan que D evolucione de manera acertada ante su medio durante este último año en el colegio primario y luego, durante el pasaje que hará en la escuela secundaria, donde su mundo psíquico y social cambiará radicalmente y la idea será promover a que las conductas oposicionistas y desafiantes propias de la adolescencia pudiesen aparecer solamente en forma transitoria (Kaplan

& Sadock, 1999) evitando así, que esta etapa se convierta en un factor de riesgo que exacerbe su sintomatología.

Para ello también, se tendrá que seguir trabajando para que el niño mantenga los progresos realizados y para que pueda modificar aquellas conductas que todavía no ha logrado ni cambiar ni controlar, ayudándolo a lograr una mayor adaptabilidad social a su mundo circundante.

7. BIBLIOGRAFIA.

Almonte, V., Montt, C. & Correa, D. (2009). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Sistema Familiar y Desarrollo Psicosocial .Trastornos de Expresión Conductual. 3ª.ed.Santiago de Chile: Mediterráneo.

- Amitrano, C. & Rother, G. (2007). *Tratamiento psicopedagógico. Estrategias y procedimientos con niños, padres y docentes*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Baeza, S. (s.f.). Perspectivas Sistémicas. La Nueva Comunicación, *La intervención familia, escuela*. Revista recuperado el 15 de diciembre de 2010 de <http://www.redsistemica.com.ar/baeza.htm>.
- Barnett, S., Dos Reis, S., & Riddle (2002). Improving the management of acute aggression in state residential and inpatient psychiatric facilities for youths. *Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (8), 897-905. Citado en Fejerman, N (2010). *Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes (conducta, motricidad, aprendizaje, lenguaje y comunicación)*. Trastornos de comportamiento perturbador y conductas agresivas. Buenos Aires: Paidós.
- Barkley, R. (1999). *Defiant Children: A Clinician s Manual for Assessment and Parnet Training*. 2a.ed. Nueva York: The Guilford Press.
- Barkley, R. & Benton, C. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes “consejos para recuperar el afecto y lograr una mayor relación con su hijo*. España: Paidós.
- Bartlavsky, B. (1965). *El psicólogo educacional y su función específica*. Revista de Psicología de la Plata, N 2 la Plata.
- Bender, L. (1987). *El test Guestaticovisomotor*. Buenos Aires: Paidós.
- Bunge, E., Gommar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva Con niños y adolescentes aportes técnicos*. Buenos Aires: Akadia.
- Coll, C. (1989). *Conocimiento psicológico y práctica educativa*; Introducción a las relaciones entre psicología y educación. Barcelona: Barcanova.
- Coll, C., Marchesi A. & Palacios, J. (1998). *Desarrollo Psicológico y educación Tomo I; Procesos Cognitivos Básicos Años escolares. Relaciones Sociales; Familia; Escuela, Compañeros. Años escolares; Intervención Psicopedagógica y Actividad Docente: Claves para una colaboración*

necesaria, Tomo III. Trastornos de Comportamiento (compilación)
Madrid: Alianza.

DSMIV IV TR (2002). *Breviario Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Masson.

Durand, V. & Crimmimis, D. (1998). *Identifying the variables maintaining selfinjurious behavior*. Resumen. Recuperado el 28 de noviembre de 2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1284239/>.

Elichiry, N. (2009). *Escuela y aprendizajes, trabajos de psicología educacional*. 1ª ed. Buenos aires: Manantial.

Esquivel, F., Ancora, C. & Gómez Maqueo, L. (1999). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: El manual moderno.

Green & Ablon, J. (2006). *Treating Explosive kids*. The Guilford Press: New York- London. Citado en: Bunge, E. Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.

Fejerman, N. (2010). *Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes (conducta, motricidad, aprendizaje, lenguaje y comunicación)*. cap.3 Trastornos de comportamiento perturbador y conductas agresivas. Buenos Aires: Paidós.

Frank de Verthelyi, R. (1985). *Interacción y proyecto familiar. Evaluación, individual, diádica y grupal por medio del test de la familia Kinética Actual y Prospectiva*. Barcelona: Gedisa.

Guisti, E., Heven, S. & Abadi, A. (2003). *Psicodebate No. 5, Psicología cultura y sociedad*. Facultad de humanidades y ciencias sociales. Universidad de Palermo. Buenos Aires: Eliza Zingman

Griffa, M., & Moreno, J. (2005). *Claves para una psicología del desarrollo: Vida prenatal*. (2ª ed.) Buenos Aires: Lugar.

Hammer, E. (1969). *Test proyectivos Gráficos*. Buenos Aires: Paidós.

Herrero Navarro, J.M., Verdejo Bolonio, M.D., Caravaca Cantabella, M., & Escobar Solano, M.A. (1999). *Intervención educativa en el alumnado con trastornos de conducta*. Resumen: Equipo de orientación educativa y psicopedagógica. Recuperado el 12 de marzo del 2011 de <http://ftp.cprcieza.net/pdf/UNIDAD22.pdf>

Hersen, M. & Ollendick, H. (1986). *Psicología Infantil. Serie universidad biblioteca de psiquiatría y salud*. Factores Etiológicos, Conducta Agresiva y Oposicionista. Barcelona: Martínez Roca.

Javaloyes Sanchís, M. & Redondo Romero, A. (2006). *Trastorno del Comportamiento: Negativista Desafiante, Trastorno Disocial y otros problemas del comportamiento*. Resumen recuperado el 27 de octubre del 2010 de http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial.pdf.

Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencia de la conducta psiquiátrica y clínica*. 8a. ed. Buenos Aires: Panamericana.

Mares Cardenas, G., Guevara Benitez, Y., Rueda Pineda, E., Rivas García, O. & Rocha Leyra H.(2004). *Análisis de las interacciones de maestras y alumnos durante la enseñanza de las ciencias naturales en primaria*, 22 (3). Resumen: recuperado el 6 de marzo de 2011, de <http://www.comie.org.mx/documentos/rmie/v09/n022/pdf/rmiev09n22scC00n02es.pdf>.

Münsterberg Kopitz, E. (1999). *El test Gestáltico visomotor para niños*. 15ª ed. Buenos Aires: Biblioteca Pedagógica Guadalupe.

Pain, S. (1983). *Diagnóstico y tratamiento de problemas de aprendizaje*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Pelegriñi Muñoz, A. (2002). *Conducta agresiva y del deporte*. Dirección general del deporte. Facultad de psicología.

Revista: psicología del deporte. Recuperado el 18 de agosto de 2011 de <http://revistas.um.es/cpd/article/viewFile/105021/99951>

Pizzano, A. & Gómez, V. (2003) *Elementos para el estudio de la relación entre las intervenciones docentes y el desarrollo moral infantil*. Anuario XI de investigaciones de la Universidad de Psicología de la Prov. De Buenos Aires. Resumen. Buenos Aires: Revista.

Renau, D. (1998). *¿Otra psicología en la escuela? Un enfoque Institucional y comunitario*. La Demanda en la Escuela. La Respuesta Psicológica: una nueva forma de intervención psicopedagógica. Barcelona: Paidós.

Rigau Ratera, E., García Nonell, C. & Artigas Pallarés, J. (2006). *Tratamiento del trastorno de oposición desafiante*. Revista De Neurología, España. Recuperado el 18 de noviembre de 2010 de http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial.pdf.

Rutter, M. (1985). *Fundamentos Científicos de la psicología del desarrollo. Técnicas de aprendizaje*. Barcelona: Salvat.

Romero Gallego, M. (s.f.). *Escuela para padres*. Resumen. Recuperado el 10 de octubre de 2011, de <http://www.cesdonbosco.com/revista/revistas/revista%20ed%20futuro/EF12/REVISTA%2012/Art%C3%ADculos/Mercedes%20Romero%20-%20Escuela%20de%20Padres.pdf>

Scandar, R. (2000). *El niño que no podía dejar de portarse mal, TDAH: su comprensión y tratamiento*. Buenos Aires: Distal

Schur, S., Sicket L. & Findling, R. (2003). *Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth (TRAAAY)* .Part I: Recuperado el 3 de junio de 2011 de http://aacap.browsermedia.com/galleries/PracticeParameters/PP_ODD_2006_v2.pdf

Sylwan, P. & Rosin, F. (2003). *Atención y actividad en el aula*. Anuario XI de investigaciones de la Universidad de Psicología de la Prov. De Buenos Aires. Resumen. Buenos Aires: Revista.

Vieyra, M. I. (s.f.). *Niños desafiantes* .Resumen: Recuperado el 12 de julio de 2011, de <http://centrodeterapiacognitiva.com/wp-content/uploads/2011/01/Ni%C3%B1os-Desafiantes-Maria-Ines-Vieyra.pdf>

8. ANEXOS.

8.1. Tests.

El test de Bender consiste en nueva figuras que son presentadas una por vez para ser copiadas por el niño en una hoja en blanco. Fue pensado como un test de personalidad por la teoría de la Gestalt.

La copia realizada por el niño resultará de procesos perceptivos, por lo tanto, en las reproducciones se tendría que estar reflejado de alguna manera las características psicológicas del sujeto. Además es un test que detecta la existencia de organicidad (daño cerebral).

Hay varias formas de corregir el test, la que mejor ha resultado es la de Koppitz, es decir, el Bender-Koppitz, que mide también la madurez de la función visoperceptiva, por lo que es mayormente útil en edad escolar.

Se le da la consigna a D donde se le muestra cada tarjeta y se le pide que haga una copia igual a lo observado. El niño comprendió la consigna rápidamente y comenzó con su ejecución. Es interesante destacar que en el colegio dicho test de rastillaje es utilizado recurrentemente por los profesionales del gabinete psicopedagógico

CORRECCION:

FIGURA A:

- Segunda tentativa: Tentativa espontánea de realizar el dibujo una segunda vez. Se puntúa.

FIGURA 1:

- Distorsión de la forma: Cinco o más puntos convertidos en círculos. Se puntúa.

FIGURA 2:

- Rotación: el eje de la figura esta rotado en 45 grados. Se puntúa.

FIGURA 3:

- No se puntúa. Corroborar que no haya rotación.

FIGURA 4:

- No se puntúa.

FIGURA 5:

- No se puntúa.

FIGURA 6:

- No se puntúa.

FIGURA 7:

- Integración: los hexágonos se superponen excesivamente, es decir que un hexágono penetra completamente a través del otro. Se puntúa.

FIGURA 8:

- Repaso de las figuras y líneas.

Para el puntaje total hay una tabla que señala el nivel de maduración visoperceptiva (neuromotora) que corresponde a ese puntaje, la que debe compararse con la edad cronológica (la tabla va desde los 5 a los 11 años).

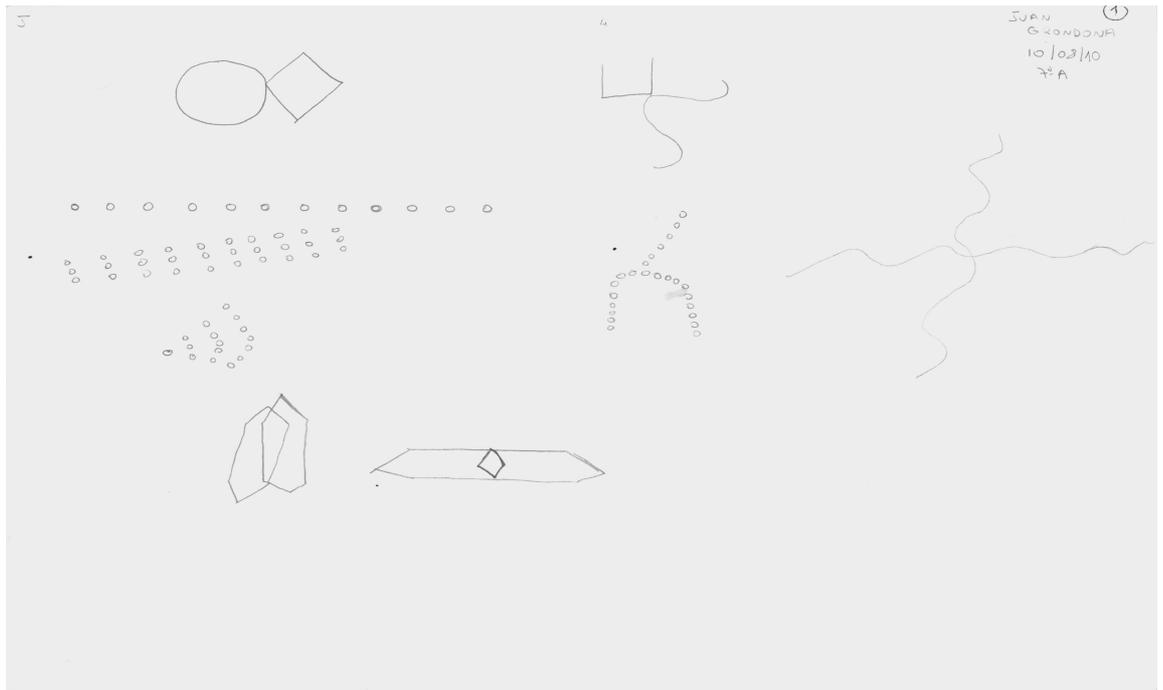
INTERPRETACION:

Es esperable que un chico de 12 años alcance la copia total de las figuras, ya que de lo contrario cualquier tipo de desviaciones y/o distorsiones en la gestalt estarán asociadas primariamente con inmadurez en la percepción visomotriz, en relación con actitudes y factores de la personalidad (Munsterberg, Kopitz, 1999).

Dichos autores plantean la hipótesis de que los niños con defectos en la función visomotriz presentarían una incidencia significativamente mayor de perturbación emocional. Este test no dice la naturaleza de la alteración sino su existencia o inexistencia.

INDICIOS EMOCIONALES:

- En la segunda tentativa (Fig. A) abandonó espontáneamente el dibujo, lo borró y lo volvió a dibujar en otro lugar diferente de la hoja. Este hecho puede estar relacionado con impulsividad o con ansiedad. Esto se lo encontró en niños mayores de 8 años con problemas emocionales y que tenían conciencia de que sus dibujos eran incorrectos, pero no tenían la paciencia ni el control interno suficiente como para corregir sus dibujos borrando los errores y volviendo hacer el dibujo. Munsterberg, Kopitz, 1999).
- Repaso del dibujo o de los trazos (Fig. 8). Parte del dibujo ha sido reformado con líneas. El dibujo fue corregido sin ninguna borradura. Munsterberg, Kopitz, 1999) plantearan que dicho indicio está asociado con impulsividad y con agresividad.



Test de Bender

Test de la Familia Kinética

Este test permite obtener material significativo respecto de la dinámica y estructura de personalidad del sujeto y además provee datos sobre las relaciones vinculares fantaseadas de este, con su grupo familiar (Frank & Vertelyi, 2000).

INDICADORES EMOCIONALES:

- Primera figura dibujada
- Secuencia
- Características individuales de la figura (tamaño, sombreados y trazos).
- Acciones asignadas y roles inferidos

Dse mostró colaborativo frente a la realización de los test ya que según él, no quería estar en su clase y prefería estar en gabinete haciéndolos.

Procedí a explicarle que dichos test eran necesarios para que nosotros como psicólogos del colegio, pudiésemos ver como estaba creciendo. Para ello le solicité que “dibuje a su familia haciendo algo” y una vez terminada la parte gráfica, le pedí que me escriba “para cada figura quien es, que está haciendo y la secuencia de su realización”.

D trabajaba tranquilo, con trazos pausados, aunque se podía dilucidar una actitud forzada para lograr demorarse con la realización del mismo, evitando estar en clase, ya que cada tanto miraba la hora del reloj y manifestaba el no querer volver a la misma.

La familia graficada por D concuerda con la composición de su grupo real, sin presentar ni adiciones ni omisiones significativas. El tamaño pequeño de los miembros familiares denota su sentimiento de introversión, retraimiento, no reconocimiento, inseguridad, etc., D entre sus hermanos aparece dibujado como uno de los más pequeños entre ellos. Se refleja sombreado en sus manos y en la mayoría de sus hermanos, pudiendo denotar ansiedad para dichas partes. La secuencia temporal arroja datos interesantes acerca del rol afectivo que cumple la hermana, siendo la primera figura dibujada, en un escenario sumamente afectivo como lo es la cocina y al final la realización del dibujo de sus padres. Según lo graficado los vínculos y/o dinamismos con sus hermanos parecerían estar basados en el juego y la competencia.

Familia Kinética.

Test de Persona Bajo La Lluvia.

Es una prueba proyectiva, en educación sirve para tener un perfil del alumno y ayudarlo en su tarea escolar. En la interpretación del dibujo se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el

elemento perturbador, haciendo propicio la aparición de defensas frente a dicha situación (Querol & Chavez Paz, 1997, 2000).

INDICADORES EMOCIONALES:

- Trazos (línea entrecortada)
- Sombreados (mecanismo de defensa anulación)
- Tamaño (dimensiones chicas)
- Características del dibujo: lluvia, paraguas ubicado hacia la izquierda, ojos sin pupilas, boca cóncava única, manos y dedos.
- Asimetría de extremidades.

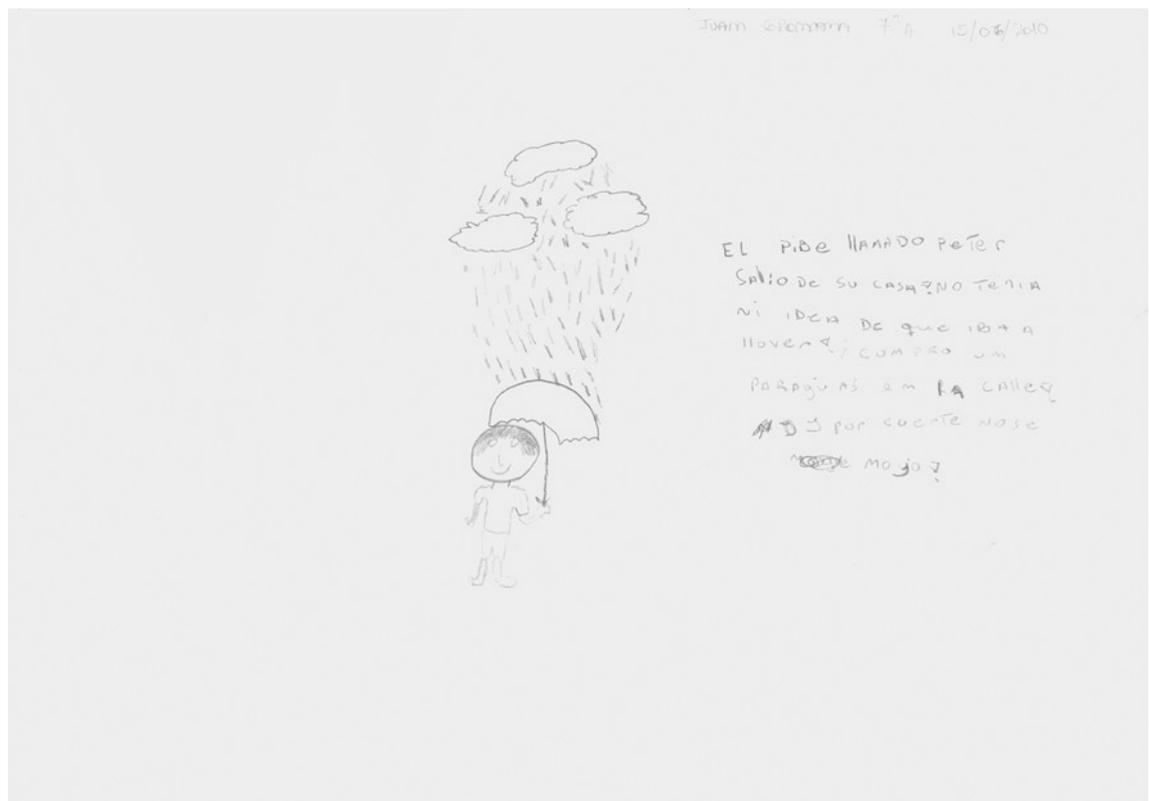
Se le entregó el papel a lo largo a D, un lápiz y se le dejó una goma blanca a su alcance. Luego se le dá la consigna.

“Dibuja a una persona bajo la lluvia”. D comprende la consigna rápidamente y comienza con la realización de la misma. Trabaja tranquilo y no emite preguntas.

Una vez finalizado el gráfico se le pidió que escriba un breve relato acerca del dibujo y que le ponga nombre y edad al mismo.

En cuanto a la persona que D dibujó se observan trazos que dan signos de ansiedad e inseguridad. De acuerdo al sombreado que se presenta en una de sus manos, también denotan signos de ansiedad por esa parte del cuerpo, esto suele corresponder al mecanismo de defensa anulación (personas que necesitan tachar una figura y hacer otra, o suelen hacer un dibujo sobre otros objetos ya realizados, de alguna manera ocultándolos). El paraguas está ubicado hacia la izquierda, esto podría significar que el niño se defiende de la figura materna, de los deseos edípicos y de las pulsiones infantiles. Con respecto a las partes del cuerpo D dibujó su cabeza más grande en relación al resto de su cuerpo, indicando deseos de poder, vanidad, narcisismo y autoexigencia, los ojos aparecen sin pupilas, pudiendo representar inmadurez emocional, egocentrismo, dependencia y sus pies son pequeños simbolizando inseguridad, y las manos y dedos están dibujados de cierta manera en forma inconclusa, pudiendo representar sentimientos de culpa. Cabe destacar que las manos simbolizan la capacidad de tomar el mundo y de orientarse hacia él. Según (Hammer, 1968) expuso en sus escritos que el sombreado excesivo de las manos expresa ansiedad con respecto a la manipulación y/o las actividades que implican contacto. La asimetría de las extremidades puede indicar

impulsividad, coordinación pobre o falta de equilibrio.



Persona bajo la lluvia

Test de la Casa- Árbol- Persona:

Esta técnica es un test gráfico proyectivo (Buck, 1948; Machover, 1948 & Hammer, 1986) permite evaluar la personalidad y/o emocional del niño. Dicho test diluye aspectos emocionales recurrentes y proyectados en la realización de los grafismos.

INDICADORES EMOCIONALES: Análisis de recurrencias y convergencias de la casa, árbol y persona.

- Tamaño
- Trazos
- Emplazamientos

ANALISIS DE CONTENIDO:

1 . Casa:

- Paredes líneas fragmentadas.
- Ventanas desnudas sin persianas ni cortinas, ni visillos ni siquiera sombreados.
- Ausencia de línea del suelo.

1 . Árbol:

- Tronco. Aparece fuerza y oca
- Copa del árbol. Ramas sombreadas hacia arriba (tipo Cerradura)

1. Persona.

- Manos y dedos sombrados
- Orientación hacia la izquierda
- Ojos sin pupila
- Pies chicos
- Asimetría corporal

- Falta de línea del suelo
- Dibujo pobre.

A D se le dieron hojas en blanco en forma vertical, lápiz, goma y se le explicó la consigna; “dibuja una casa, un árbol y una persona” en tres hojas distintas y escribir un pequeño relato acerca del mismo.

D continuó con su actitud de querer hacer los test, ya que de esta manera se evadía del hecho de estar en su clase.

Respondió de manera adecuada y rápida, comprendiendo el significado de las consignas y comenzó con los gráficos correspondientes.

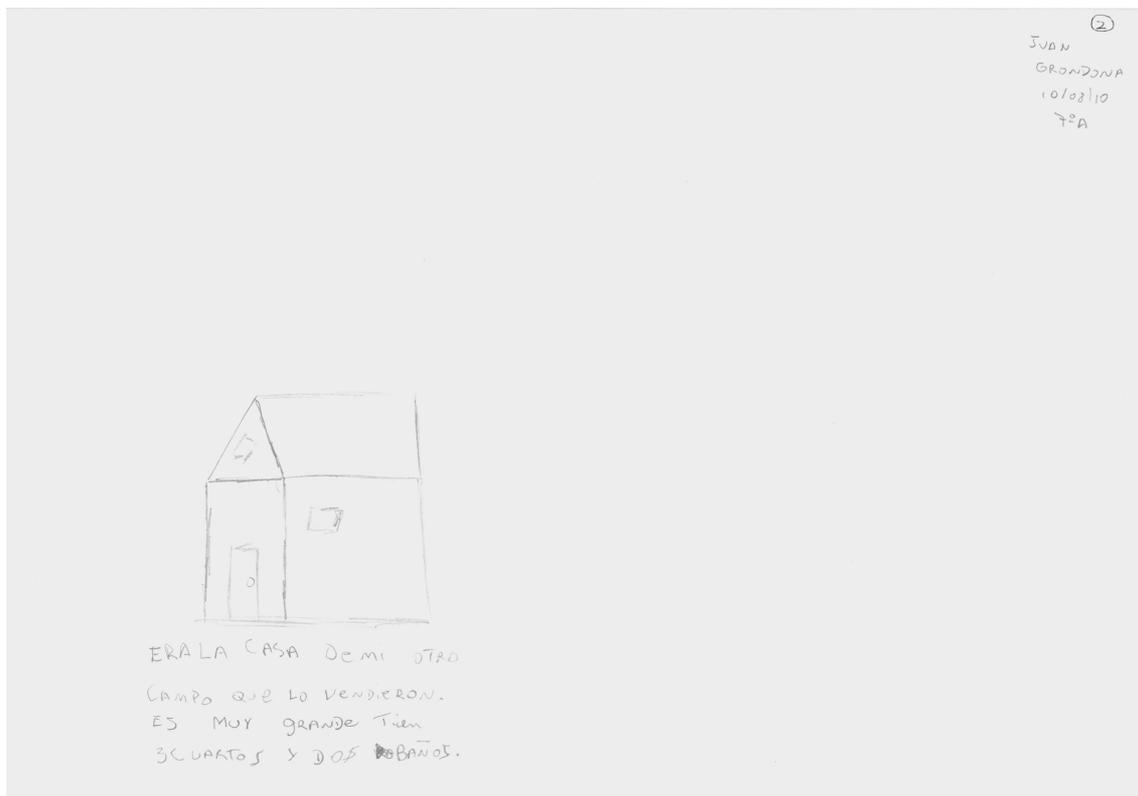
Lo que se puede dilucidar de manera significativa es la ubicación en el espacio de sus dibujos, hay cierta orientación al pasado, a lo no resuelto, en base a ello se dirá que cuanto mas hacia la izquierda se encuentre el dibujo, mayor será la posibilidad de que el individuo tiene a comportarse impulsivamente, buscando la satisfacción inmediata, franca y emocional de sus necesidades e impulsos proyectivo (Buck, 1948; Machover, 1948 & Hammer, 1986).

Sus trazos aparecen fragmentados notando una frágil fuerza yoica, ansiedad y falta de confianza en sí mismo. Así también, en sus dibujos realiza figuras pequeñas pudiendo manifestar sentimientos de inadaptación, y/o sentimientos de inferioridad frente a las demandas y /o requerimientos del ambiente, también podría llegar a responder rudamente o de manera muy descortés sin nada de tacto hacia el mismo.

Cabe destacar que no aparece la línea del suelo representada en ninguno de sus tres dibujos, esta línea revela el grado de contacto del examinado con la realidad.

ANALISIS DE CONTENIDO.

De acuerdo a los indicadores emocionales encontramos algunos que señalan cierta tendencias al retraimiento, impulsividad, falta de confianza en si mismo, ansiedad y posee dificultades para conectarse con el mundo circundante, presentando sentimientos de soledad afectiva, ya que tampoco presenta una fuerte fuerza yoica y compensa con los mecanismos de defensa anteriormente mencionados.



H.T.P. Casa.



H.T.P. Árbol.



H.T.P. Persona.