

INFORME FINAL DE PRACTICA PROFESIONAL

JORGE IVAN CARDONA GIRALDO

INSTITUCION EDUCATIVA GIMNASIO RISARALDA

UNIVERSIDAD CATOLICA POPULAR DEL RISARALDA

PROGRAMA DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANAS Y DE LA EDUCACION

PRÁCTICAS PROFESIONALES

SEGUNDO SEMESTRE DE 2009

PEREIRA

INFORME FINAL DE PRACTICA PROFESIONAL

Informe final de práctica profesional realizada en la Institución Educativa Gimnasio Risaralda en el periodo comprendido entre el mes de Febrero a Diciembre de 2009

Jorge Iván Cardona Giraldo

Gloria Stella Jaramillo (Tutora)

Universidad Católica Popular Del Risaralda

Facultad de Ciencias Sociales, Humanas y de la Educación

Programa de Psicología

Pereira-Risaralda

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	Pág. 7
1. Reseña histórica, presentación de la institución	Pág. 9
2. Marco Referencial	Pág. 13
2.1 Antecedentes (Diagnostico de necesidades)	Pág. 13
2.2 Ejes de intervención	Pag.14
2.3 Justificación	Pag. 15
2.4 Marco Teórico Conceptual	Pag. 18
2.4.1 A modo de introducción	18
2.4.2 Conceptos epistemológicos	19
2.4.3 Conceptualización de los transtornos del comportamiento mas comunes em El colégio Gimnasio Risaralda	23
2.4.3.1 Discapacidad cognitiva	25
2.4.3.2 Transtorno por déficit de atención con o sin hiperactividad	31
2.4.3.3 Autismo	39
2.4.4 Evaluación psicológica	45
2.5 Propuesta de Intervención	Pag.47
2.5.1 Eje de intervención Clinica,	47
2.5.2 Evaluación Psicológica	49
2.5.3 Eje Psicoeducativo	Pag. 51
2.5.3 Resultados	54
3 Dificultades Presentadas	60
4. Presentación del cronograma de actividades	Pág. 61
5 Conclusiones	Pág. 62
6 Recomendaciones	Pág 64
7 Anexos: Informes de actividades	64
8 Bibliografía	Pág. 68

INTRODUCCION

Muchos padres sienten orgullo por sus hijos al contemplar en ellos “habilidades” que se desarrollan velozmente; como el aprender a decir mamá y también papá, dar los primeros pasos, montar en bicicleta, escribir bien la letra “e”, hacer la tarea de matemáticas y posteriormente lograr la independencia económica. Siendo este orgullo producto del contrastar las habilidades “prematuras” del pequeño genio, con las habilidades de niños de la misma edad.

Cuando dichas habilidades “especiales” como solemos nombrarlas, no son producto de delirios maternos; podría contemplarse entonces la posibilidad de ingresar al niño en alguna institución educativa especializada en reforzar sus potencialidades; ya sea en el campo de la música, la historia, el deporte, la literatura y los idiomas entre muchos otros... Pero antes de ello, se acostumbra medir las habilidades cognitivas del niño en relación con su grupo de edad, por medio de test estandarizados que miden el coeficiente intelectual (CI), esto como un garante de que el niño es realmente “especial,” Y así poder llevarlo con certeza a escuelas donde sus talentos no serán “mal gastados” nunca más.

Por otra parte existen también, aquellos padres que perciben en sus hijos que el desarrollo de dichas habilidades es realmente lento, si se le compara al promedio de niños de edades similares. Convirtiéndose igualmente en niños “especiales” pero por sus *deficiencias* que en el caso de sospecharse ser cognitivas suelen comprobarse a través de los resultados que arrojan las pruebas de Coeficiente intelectual CI. Remitiendo entonces a estos niños a establecimientos dirigidos a una población con necesidades educativas especiales.

Es entonces cuando estos padres se someten a la par con sus hijos a una realidad distinta al promedio de familias; ya que tienen el deber de acompañar a estos niños durante las fases más importantes de su desarrollo y en numerosos casos hasta el final del ciclo vital; con el fin de que estos menores logren algún día la independencia emocional y tal vez económica a la que difícilmente llegarían si no se cuenta con el apoyo de mencionadas instituciones.

En teoría estas instituciones pretenden por medio de la “exclusión” brindar un apoyo educativo a menores de edad con discapacidad cognitiva; con el fin de potenciar habilidades que les permitan establecer un lazo social adecuado con sus pares, adaptarse bien a la vida en comunidad, y lograr un mayor grado de independencia, teniendo en cuenta las diferentes limitaciones y la gravedad de los trastornos, llegando a ser este apoyo intermitente, limitado, extenso o generalizado, como por ejemplo al establecimiento del lazo social, la adaptación del currículo académico a las capacidades que los niños tienen, y los grados de autonomía en cada una de estas áreas de la vida.

La intervención de orden psicológico ya sea en la escuela inclusiva o exclusiva como en este caso, se presenta como un complemento eficiente en la formación pretendida para esta población, siendo la práctica educativa y clínica la manera de vincular los preceptos de la psicología cognitivo conductual con las problemáticas del contexto educativo que requieren transformación.

En este sentido la práctica psicológica que se realiza durante el primer y segundo semestre del 2009, aborda principalmente los ejes de intervención clínico y psicoeducativo desde un enfoque cognitivo conductual, de esta forma se hace una praxis en la cual se articula el conocimiento teórico con la práctica clínica, lo que permite adquirir nuevos conceptos además de brindar apoyo psicológico a estudiantes, docentes y padres de familia que conforman la institución.

En el presente documento se muestra el plan de intervención que se lleva a cabo en colegio Gimnasio Risaralda, el diagnóstico de necesidades halladas en la institución, los ejes de intervención que responden a las necesidades encontradas, además del marco teórico que respalda el ejercicio clínico y socioeducativo.

1. Presentación de la organización:

Establecimiento: Institución Educativa Gimnasio Risaralda

Tipo Establecimiento: Colegio Oficial (Educación pública)

Población: 120 estudiantes entre los 6 y 18 años de edad

Grados de escolaridad: aulas especiales desde preescolar hasta grado 5to de básica primaria.

Ciudad: Pereira Risaralda

Dirección: avenida del rio entre calles 12 y 13 (sede II)

Teléfono: 3332788 Dirigido por: Bertha Elisa Ramírez Guevara

NIT: 891411792-1

“El objeto de la educación es formar seres aptos para gobernarse a sí mismos, y no para ser gobernados por los demás.”

Spencer, Herbert

Su creación se remonta al decreto 080 de Enero de 1974, cuyo espíritu pretendía nivelar todas las formas de educación secundaria en la categoría de bachillerato, pero especificado por alguna modalidad. Escuela Artesanal Femenina, requiriendo de algunos ajustes, tanto en su currículo como en su planta de personal de docentes para ser asimilado en la modalidad de bachillerato de promoción social.

La institución nueva empezó con esta modalidad y con el nombre de instituto de promoción social en 1975. Se dio además un plazo prudencial para que las profesoras que no tenían la categoría mínima exigida y el título docente, lo alcanzaran. La institución nació con un total de 362 alumnas, 12 profesoras, una rectora, una secretaria y una tesorera.

En 1977 la secretaria de educación, apoyada en los informes de la comisión evaluadora, integrada por supervisores de educación media, quienes sustentaban que la planta física no poseía los requisitos mínimos exigidos para progresar en la modalidad adoptada, resolvió cambiar la modalidad de promoción social, por académica mediante el decreto N~105 de febrero de 28 de 1977. Nace entonces otra institución de educación media con modalidad académica, cuyo artículo 1 dice “Denominar la antigua Escuela Artesanal Femenina con el nombre de Gimnasio Risaralda”.

Para este entonces el gobernador del departamento era el doctor Gonzalo Vallejo Restrepo y secretaria de educación la doctora Consuelo de la Cuesta Eastman. Fue su primera rectora la licenciada Argelia Pinzón de Martínez, quien venía en continuidad con el colegio de promoción social.

El colegio Gimnasio Risaralda, cuyo nombre fue propuesto por la educadora Zahir Jaramillo de López, quien también venía en continuidad desde 1964, constituyó un homenaje a nuestro joven y promisorio departamento, iniciando labores con los grados primero, segundo y tercero.

La primera promoción fue en el 1980 con 12 bachilleres. En este año se ejecutaba un presupuesto de \$33.010,81 pesos con un total de 405 alumnas.

En 1983 por razones de salud, la licenciada Argelia Pinzón de Martínez, renuncia a su cargo, luego de haber permanecido seis años en la rectoría del nuevo colegio. Asume como directora la licenciada Carmen Grisales de López, quien se desempeñaba como profesora de la institución en el área de química y biológicas; permaneció con espacio de tres años frente a la rectoría, hasta marzo de 1986, fecha en la cual asume el cargo la licenciada María Sadith Villa Gómez quien se encontraba en igual cargo en el colegio Hernando Vélez Marulanda de la ciudad de Pereira.

En 1987 el colegio celebró 10 años de labor educativa y para esta fecha ya mostraba un notable progreso. Su matrícula llegaba a 508 alumnas con un total de 27 profesores, dos coordinadoras, una secretaria, una tesorera, una bibliotecaria, una aseadora y dos celadores. El presupuesto alcanzó la suma de \$2.024.538,03 pesos...

A la par con el desarrollo curricular, la institución realiza actividades de tipo cultural, científico y deportivo que contribuyen a mejorar los niveles de conocimiento y comprensión. El colegio participa en eventos realizados en otras instituciones. (SENA, UTP, Colegio Salesiano). El principal evento que realiza la institución, lo celebra el 4 de octubre con ocasión de su aniversario. En esta ocasión se realiza el trabajo participativo de todos los estamentos de la comunidad educativa. Muy especialmente profesores y alumnos organizados por áreas que presentan una muestra de sus mejores realizaciones.

Como dificultades especiales se destaca, la difícil situación que debió afrontar en 1979 cuando requería mejoras locativas, fundamentalmente el cambio de unidades sanitarias, las cuales amenazaban la integridad física de las alumnas y profesores.

En 1988 afrontó otra situación difícil ocasionada por la falta de mobiliario para las alumnas, ambas situaciones fueron solucionadas por la intervención de la secretaria de

educación y fundamentalmente por el apoyo serio y responsable que profesores, padres de familia y directivas dieron a las alumnas.

Como especial logro, el colegio considera:

- La adquisición de laboratorios de física y química.
- Construcción de la unidad sanitaria (para alumnas y profesores).
- Sala de reuniones de la comunidad.
- Dotación para oficinas secretarías, tesorería y demás salas.

En el mes de diciembre de 1994, debido al ensanche de la calle 13, el colegio traslado su sede a la planta física que ocupaba la *Universidad Católica*, ubicada en la calle 20 N 3-65. Allí se compartió sede con la Casa de la Juventud, hasta enero del 2005, que el alcalde decidió trasladar la sede a la actual dirección y se fusionó con la Escuela Americana Mixta y la Fundación Centro de Formación el Futuro, en el año de 2006 con programas de preescolar y básica primaria, aulas multi-graduales, aceleración de aprendizaje y ciclos.

Misión:

La institución educativa Gimnasio Risaralda tiene la misión de contribuir a la formación integral y permanente de todos los protagonistas de la comunidad educativa, mediante la calificación constante de procesos académico - pedagógicos y humanos, centrados en valores y principios, atendiendo la inclusión de la población con necesidades educativas especiales, en los ámbitos: aulas multi-graduales, aula de apoyo pedagógico, aceleración del aprendizaje, educación por ciclos y educación regular, orientados en el enfoque de la pedagogía de la diversidad, para que a partir de la apropiación y aplicación de los saberes básicos, direccionados hacia una profundización en mercadeo y ventas, se promueva y dinamice el desarrollo personal, local y regional, en el marco de una sociedad democrática, participativa, pluralista y de consumo.

Visión:

La Institución Educativa Gimnasio Risaralda se proyecta como una empresa líder en educación comercial presencial e inclusoria de la diversidad, reconocida a nivel local, departamental, regional y nacional por la calidad innovadora, de pertinencia de sus ofertas y servicios educativos y por el compromiso y aporte de todos los integrantes de la comunidad, en los diversos ámbitos educativos: aulas multi-graduales, aula de apoyo pedagógico, aceleración del aprendizaje, educación por ciclos y educación regular, contribuyendo al desarrollo de competencias personales, sociales, ciudadanas y laborales.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Diagnóstico de necesidades

El diagnóstico de necesidades de la institución educativa Gimnasio Risaralda fue realizado mediante entrevistas dirigidas a los docentes de la institución (ver anexo No. 1), donde manifestaron el malestar sentido durante las horas de clases, por causa del comportamiento de numerosos estudiantes que interfieren en ella, agrediendo física y verbalmente a sus compañeros, no haciendo sus deberes escolares, acosando sexualmente a sus pares y no atendiendo las indicaciones de los maestros, entre otras manifestaciones de “indisciplina”.

Los docentes explican también como la condición de los niños con discapacidad cognitiva no es el único factor influyente en determinados comportamientos, sino que son consientes de otras variables que mantienen el comportamiento problema como el ambiente familiar, social y emocional del propio niño y que por tanto la intervención de orden psicológico se presenta como un complemento eficaz en la formación pretendida para esta población. Igualmente la información dada por los docentes es corroborada por María Ligia Villalba; Psicóloga de la institución, al revelar las historias clínicas, las historias educativas

y los respectivos seguimientos de los casos que según su propio criterio requieren mayor intervención psicológica.

El diagnóstico de necesidades se elaboró también por observación directa de las problemáticas evidenciadas durante el tiempo de clase, los recreos y el ejercicio mismo de la clínica donde se evidenció que la agresividad, conductas sexuales anómalas, y un rendimiento académico deficiente justifican la acción psicológica.

2.2 Ejes de intervención

El quehacer como psicólogo clínico en el colegio Gimnasio Risaralda, estuvo encausado por el cumplimiento apropiado de los ejes de intervención, teniendo en cuenta que el Colegio es una institución en donde se educan niños con trastornos del desarrollo, la función de orden psicológico se basó en los campos de acción clínico y Psicoeducativo.

2.2.1Eje clínico: conformado por la evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de patologías, no limitado a la intervención de aquello que se clasifica como trastornos mentales, sino a todas las condiciones que puedan generar malestar a estudiantes, padres y docentes.

2.2.2Eje psicoeducativo: este eje hace referencia a la posibilidad de construcción de conocimientos que se ofrece a estudiantes y padres de familia que se ven afectados por comportamientos que generan malestar ya sean propios o de su mismo entorno (escolar, familiar y social). Este eje se conforma por la intervención de orden psicológico relacionada con la problemáticas de convivencia, sexualidad y motivación por el aprendizaje, siendo estas trabajadas desde las metodologías del aprendizaje significativo.

2.2.3 Eje de apoyo institucional: consta del apoyo brindado a la institución mediante la elaboración de una base de datos en formato EXCEL donde se registran los datos de identificación de todos los estudiantes con sus respectivas anamnesis.

2.3 JUSTIFICACION DE LOS EJES

Eje Clínico

La mayoría de la población que se atendió desde el campo de la acción clínica son niños con algún tipo de discapacidad cognitiva, por tanto la acción de orden psicológico apunta inicialmente a la evaluación de las capacidades y dificultades que tienen los niños en ciertas áreas del aprendizaje. Realizándose pruebas de CI (WISC-R), pruebas de evaluación de desarrollo como el Bender y por supuesto la entrevista dirigida a padres, maestros y el propio niño; lo que evidencia la utilidad de la propuesta pues permite el identificar no solamente el grado del trastorno y su posible origen, sino también las variables del contexto familiar y escolar que influyen en el mantenimiento del problema. Para posteriormente idear un programa de intervención adecuado a cada una de las necesidades del paciente.

También se trabajó con los padres acerca de las creencias que tienen sobre el trastorno del niño, y cómo este ha influido en el modo de crianza, identificando las capacidades que ellos ven en el niño y con cuales dificultades se enfrentan, esto con el fin de que los padres asuman un rol activo durante la psicoterapia al decidir con el niño que habilidades necesita aprender, así como las conductas que deben cambiar del repertorio conductual.

El eje clínico se justifica entonces por los aportes a la salud psicológica que puede brindarse a niños con necesidades educativas especiales, para contribuir a la formación de ciudadanos funcionales a su contexto y a la vez disminuir el malestar sentido por los padres y los profesores que conforman la institución educativa. De esta manera lo novedoso se

establece a partir de la intervención con maestros y padres en el tratamiento del niño pues esto ayuda en primer lugar a una mejor comprensión del trastorno y de las habilidades y dificultades que el niño tiene a nivel académico y familiar, y en segundo lugar a la retroalimentación sobre el diagnóstico y a la formación de un programa de intervención aplicable en escuela y casa.

Eje psicoeducativo

Desde el eje Psicoeducativo se apoyaron los procesos curriculares de la institución, en primer lugar se identifica con los profesores las principales dificultades que tiene los niños a nivel escolar como la agresividad, la inatención, la indisciplina, desacato de las normas, etc. Lo que da cuenta de la utilidad pues permite el establecimiento de un programa de economía de fichas en el cual se estimula al trabajo en equipo, seguimiento de normas y atención en clase, disminuyendo la tensión entre el docente y los estudiantes dado que las sanciones igual que los refuerzos han sido establecidos previamente por unas normas construidas por todos los integrantes del aula escolar. Esto último establece la novedad de este eje pues permite una mejor relación entre docentes y alumnos, así como un mayor acatamiento de normas pues las sanciones y refuerzos por cumplimiento o incumplimiento de éstas se establecen con los estudiantes.

También se dictaron talleres sobre educación sexual para padres y niños, debido a que se debe preparar a estos menores para un ejercicio adecuado de su sexualidad, enseñarles sobre los cambios que tendrán, y a reconocer sus emociones y las de los demás. La utilidad de esta propuesta está basada en que la condición de discapacidad cognitiva es un factor proclive para el abuso sexual, de esta manera la enseñanza de los límites que deben imponer estos niños hacia un posible abusador y el autocontrol que deben tener los niños a nivel sexual justifican la acción psicoeducativa; la cual necesariamente debe involucrar la participación activa de los padres y demás familia, responsabilizándolos como los primeros educadores sexuales de sus hijos.

2.4 MARCO TEORICO

2.4.1 A manera de introducción

Brindar un contexto propicio para el desarrollo intelectual de los hijos no es tarea sencilla; la cuestión sobre que deben aprender y a qué edad deben aprender se convierte en un asunto de adaptación al entorno social. “sólo el más apto sobrevive” (Charles Darwin) es una máxima que no sólo es aplicable a la condición biológica de los organismos; sino también al mundo social de cada sujeto, el valerse de un repertorio de conductas funcionales es un factor clave para el aprovechamiento de las oportunidades que brinda el contexto social y que solamente los más capacitados logran explotar.

Preparar a los niños para que lleven un estilo de vida saludable con cierto grado de independencia da por terminado en gran parte la función de ser padres. Pero el cómo alcanzar este objetivo es un asunto complejo que lleva al cuestionarse por:

¿QUE contenido es apto para un aprendizaje provechoso?

¿CUANDO y hasta cuándo se pueden enseñar ciertos contenidos?

¿COMO hacer para que aprendan?

¿DONDE debe darse la educación, que debe enseñar la escuela, y la familia?

¿QUIEN o quienes son responsables de la educación?

¿PARA QUE se enseña y hasta qué momento debe enseñarse?

Son interrogantes que se complejizan aun mas cuando hablamos de infantes que asimilan lo que pretendemos que aprendan con lentitud y limites; lo que hace más exhaustiva la labor de ser padres.

Las dificultades que interfieren con las capacidades para lograr el aprendizaje finalmente ponen en desventaja a sus poseedores en contraste a otros sujetos que tienen un mayor desarrollo de sus capacidades ya sean físicas o cognitivas; dado que ambos grupos están inmersos en un mundo donde se compite por oportunidades que escasean cada vez más. Sin embargo la psicología educativa interviene para posibilitar las estrategias que permitan un mejor aprendizaje en los estudiantes.

2.4.2 Conceptos epistemológicos de la psicología cognitivo-conductual

Si se mira desde sus inicios podría decirse que la psicología conductual nace a partir de la pregunta por el aprendizaje, ¿Cómo se aprende una conducta?, pregunta que desarrolló Pavlov al hablar de condicionamiento clásico, a partir de la observación de la salivación de sus perros antes de que este les diera el alimento, lo cual le hizo preguntarse por qué salivaban antes de ver la comida, ante lo cual realizó un experimento en donde hacía sonar una campana cada que les llevaba el alimento, y observó que los perros después de un cierto tiempo comenzaron a salivar cuando escuchaban el sonido de la campana.

Lo que encontró Pavlov a partir de esta observación fue que los animales aprendieron a salivar por lo que denominó condicionamiento clásico que consiste en “aprender a transferir una respuesta natural de un estímulo a otro, antes neutral” (Morris, 1992. Pág 189-190) es decir que a partir de un estímulo incondicionado (EI), se da una respuesta también incondicionada (RI), en este caso la salivación es una respuesta incondicionada frente a la comida que es un estímulo incondicionado. Posteriormente se presenta un estímulo neutral (EN) que al inicio no produce la respuesta, sin embargo este estímulo posteriormente recibe el nombre de estímulo condicionado (EC), debido a que produce una respuesta también condicionada (RC), en este caso la campana de Pavlov es un estímulo neutro, pero después de la repetición sucesiva del sonido de ésta antes de darles la comida se produce la respuesta de salivación, por lo tanto el perro ha aprendido la conducta de salivación por medio del estímulo condicionado. Esto quiere decir que el aprendizaje se da en un inicio a partir de la presentación de un estímulo que genera un tipo de respuesta

Posteriormente influenciado por esta teoría Watson funda la psicología conductista, pues para Watson la psicología debe enfocarse en el estudio de la conducta observable, cuantificable, y no desviarse en conjeturas acerca de posibles estados profundos que pudieran explicar el comportamiento humano, “para entender a los humanos (...) la psicología se debe enfocar en el estudio de las condiciones observables y no perderse en conjeturas sobre los estados profundos e inobservables de la mente; la psicología debe ser objetiva y evitar caer en los enfoques subjetivos”(Nye, Robert, 2000. Pág 48). Para Watson el comportamiento humano se explicaba a través de la fórmula Estímulo- respuesta, es decir una conducta es generada a partir de un estímulo determinado. Lo anterior evidencia la influencia de la teoría Pavloviana.

Posteriormente Skinner, señala la importancia de las relaciones funcionales entre las condiciones ambientales y las conductas, en la medida en que las circunstancias sociales y físicas del ambiente ejercen un papel fundamental en la Instauración de las conductas del individuo, pues los factores perceptibles que pueden hallarse y especificarse en términos objetivos y detallados, ejercen un gran control sobre la conducta. Este control se extiende al sentimiento y al pensamiento, de la misma manera que se aplica a las acciones externas.

Skinner distingue dos categorías generales de conducta: la conducta operante y la conducta respondiente, la primera se refiere a que una conducta responde a un determinado estímulo, dicha conducta es una respuesta del tipo reflejo. Como veíamos anteriormente si se ubica otro estímulo diferente (Estímulo Neutro), junto al estímulo (estímulo incondicionado) que por reflejo genera la conducta (Conducta incondicionada), durante algún tiempo, el individuo comenzará emitir la conducta (conducta condicionada) frente al otro estímulo, pasando este de ser un estímulo neutro a ser un estímulo condicionado. Por tanto se ha producido un condicionamiento respondiente. Sin embargo si el estímulo condicionado deja de acompañar al estímulo incondicionado, se produciría la extinción de la conducta condicionada.

La otra categoría de conductas planteada por Skinner fue la conducta operante, en esta Skinner da cuenta de la complejidad que pueden llegar a tener las conductas, debido a

que no son sólo reflejas, sino que son respuestas que se emiten y producen consecuencias. En este sentido según Skinner la conducta operante es “la conducta que opera en el ambiente para producir consecuencias. Es una conducta emitida más que provocada y es característica de un organismo vivo” (Nye, Robert, 2000. Pág 55). Es decir que es una conducta que produce el ser humano sin necesidad de presencia de un estímulo, esta conducta genera consecuencias y es condicionada por estas.

Las consecuencias de la conducta operante son los reforzadores, y los castigos, siendo el reforzamiento la consecuencia más importante debido a que cuando una conducta es reforzada se fortalece, es decir que aumenta la probabilidad de que dicha conducta se repita en el futuro. “las respuestas que se refuerzan tienden a repetirse, incrementan su frecuencia y se establecen como respuestas comunes dentro del repertorio conductual de la persona- estas respuestas constituyen la conducta condicionada” (Nye, Robert, 2000. Pág 56), es importante tener en cuenta que el reforzamiento debe ser inmediato a la emisión de la respuesta deseada, pues sólo así adquiere su carácter reforzante. Es decir que un reforzador lo es sólo por medio de los efectos que produce. No siempre las recompensas son reforzadores debido a que infrecuentemente se dan de forma contingente.

Así los reforzadores tienen como consecuencia el reforzamiento de una determinada respuesta, esto es importante en la medida en que producen el aprendizaje de una nueva conducta en el sujeto. De esta forma respuestas como hablar, caminar, vestirse, leer, escribir, montar bicicleta, son reforzadas a partir de la aprobación y adulación de padres, maestros y compañeros produciéndose no sólo el fortalecimiento de la conducta sino su implantación en el repertorio conductual del individuo. Sin embargo si la conducta deja de reforzarse, esta tiende a extinguirse debido a que pierde su valor reforzante, lo que recibe el nombre de *extinción operante*.

Los reforzadores pueden ser positivos o negativos, “el reforzamiento positivo implica la adición de algo (reforzador positivo) a una situación cuando se da una respuesta” (Nye, Robert, 2000. Pág 58), por ejemplo para reforzar positivamente una conducta se da como reforzador positivo algo agradable para el individuo, algo que

necesite, que le guste, que quiera, en este sentido un reforzador podría ser un reconocimiento social, un halago, alimento, vestido, dinero, juguete, etc. En tanto que un reforzamiento negativo es la eliminación del algo aversivo para el sujeto cuando se emite la conducta deseada, por ejemplo un ruido fuerte, una tarea, etc. “en pocas palabras, muchas conductas se condicionan porque nos proporcionan algo (reforzamiento positivo) o nos permiten escapar o evitar algo (reforzamiento negativo)” (Nye, Robert, 2000. Pág 58).

Otra forma de controlar la conducta es el castigo, este también se divide en castigo positivo y castigo negativo, en el castigo positivo se presenta un estímulo aversivo para el sujeto después de emitir una conducta indeseada, por ejemplo un regaño o un golpe, y el castigo negativo se refiere a la supresión de un reforzador positivo después de la emisión de la conducta indeseada, es decir se le quita un beneficio al sujeto, es decir quitar el dinero, el juguete, apartar al individuo del sitio de reunión por mala conducta, o apartarse del lado de él. Este tipo de control de conducta genera la desaparición de la conducta de forma temporal. Aunque Skinner no estaba de acuerdo pues consideraba que su eficacia es limitada debido a que probablemente la conducta indeseada se vuelve a presentar y porque es un medio indeseable de control.

De lo anterior se concluye que la personalidad de un individuo se forma a través de la historia personal de reforzamiento, pues todo los aprendizajes que se obtienen desde la infancia, las formas de comportamiento adecuado o inadecuado, las formas de interacción con los demás, la relación con la autoridad, el interés o desinterés por la academia, los valores humanos, etc, se aprenden por medio del reforzamiento que se recibe de las personas que están a cargo de la crianza.

2.4.3 Conceptualización, evaluación y tratamiento de los trastornos del comportamiento más comunes en la institución.

Actualmente la prevalencia de diversos trastornos infantiles representa no sólo un campo de estudio amplio e importante para la psicología, sino que además genera una gran

preocupación social, debido en primer lugar a la amplia frecuencia de los trastornos infantiles, pues se estima que:

“los trastornos conductuales, emocionales y del desarrollo han ido aumentando desde el 14% hasta el 22 % teniendo en cuenta a todos los niños (...) se ha estimado también que perturbaciones mas graves ocurren en un 8% a 10 % aproximadamente de la población infantil. Estas estimaciones, siendo alarmantes no incluyen un importante número de niños que manifiestan perturbaciones subclínicas o que no llegan a ser diagnosticadas, las cuales pueden ponerles en una situación de alto riesgo para el desarrollo de problemas futuros”(Caballo, 2001. Pág 29)

En primer lugar estos trastornos generan perturbaciones no sólo en el desarrollo biológico, sino a nivel social, escolar, y familiar, dificultades que sin un adecuado tratamiento son difíciles de superar. En segundo lugar estos trastornos suelen tener una continuidad aunque su naturaleza y gravedad pueden cambiar, sin embargo cuando las dificultades de la infancia no son tratadas de forma adecuada pueden dejar secuelas negativas en la ulterior adaptación familiar, social y laboral. En tercer lugar la situación social puede influir en la prevalencia de los trastornos en edad temprana, pues las condiciones de pobreza, desplazamiento, disolución familiar, falta de hogar, maltrato, enfermedad, etc., posiblemente sean contribuyentes a la psicopatología infantil debido a la falta de oportunidades para un buen desarrollo físico, emocional, social y educativo, y también porque en estas condiciones los trastornos del desarrollo generan un impacto a nivel económico por los costos que genera la atención adecuada del infante, lo que hace que muchos niños se queden sin un tratamiento.

Los tres elementos que se contemplan anteriormente, la prevalencia del trastorno, la continuidad y la situación social, permiten que se evidencie “el impacto significativo de la psicopatología infantil sobre niños que padecen trastornos, sus familias y la sociedad como un todo” (Caballo, 2001. Pág 30)

En la psicopatología infantil es importante tener en cuenta el funcionamiento adaptativo tanto en la comparación con su línea de desarrollo, como en la comparación con sus pares, pues una disfunción en un ámbito particular genera fracaso en las tareas evolutivas de esta, además posiblemente no sólo haya fracaso en un ámbito específico sino que es posible que se manifiesten deterioros en otras áreas adaptativas. No obstante es importante tener en cuenta que los niños con un trastorno específico abordan de forma satisfactoria algunas áreas de su desarrollo, razón por lo cual se debe considerar las capacidades y dificultades del niño, pues esto ayuda a conocer más el trastorno y facilita la creación de estrategias que permiten al infante superar en alguna medida su problemática.

Teniendo en cuenta que en la institución educativa Gimnasio Risaralda se encuentran niños con cuatro tipos de trastornos específicamente, se considera importante realizar la revisión teórica referente a cada uno de ellos, de tal manera que se obtenga una conceptualización clara sobre sus manifestaciones, implicaciones y abordaje terapéutico desde los lineamientos de la psicología clínica cognitivo-conductual.

2.4.3.1 Discapacidad cognitiva

La discapacidad cognitiva es un trastorno que se diagnostica en los primeros años de edad, la mayoría de las veces cuando los infantes inician la escolaridad, empiezan también a manifestar atrasos en los conocimientos característicos de su edad cronológica a la par con su desarrollo motor.

“el retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, expresada en habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años sin embargo las dificultades para llevar una vida independiente pueden continuar en la vida adulta” (Cuervo, y cols. 2005 Pág 22).

Actualmente la discapacidad cognitiva es clasificada por la APA el DSM IV y el CIE 10 a partir de rangos de Capacidad Intelectual (CI), y por la Asociación Americana de Retraso Mental por medio de la intensidad de apoyos que el sujeto necesite para un funcionamiento adecuado en la comunidad. Sin embargo coinciden en que la capacidad intelectual es definida por el cociente intelectual que se obtiene a partir de evaluaciones de inteligencia, mediante test normalizados y utilizados de forma individual y que determinan si hay una posible ausencia o presencia de discapacidad cognitiva.

La capacidad intelectual se determina a partir de diferentes tipos de ítems y distintos factores de inteligencia. De esta forma un CI significativamente bajo con respecto a la media se ubica en una puntuación aproximada de 70 que se sitúa a dos desviaciones estándar por debajo de la media. Sin embargo hay que tener en cuenta que en los resultados arrojados hay un margen de error de 5 puntos aproximadamente, lo cual es muy importante considerarlo en un diagnóstico de discapacidad cognitiva, pues un puntaje de 70 no es fijo sino que hay un margen de al menos un error típico que oscila entre 64 y 75 o dos errores típicos que oscilan entre 60 y 80. Por esto es importante a la hora de aplicar un test tener en cuenta los factores que pueden afectar el rendimiento y por lo tanto los resultados, como el cansancio, posibles discapacidades sensoriales, comunicativas y/o motoras, el origen socio cultural, la lengua materna. Los test más utilizados para medir la capacidad intelectual son las escalas de Wechsler en la cual se evalúa un CI de ejecución y un CI Verbal.

Así mismo, es importante evaluar el funcionamiento adaptativo puesto que:

“la conducta adaptativa, o habilidades adaptativas según el manual de la Asociación Americana de Retardo Mental (AAMR), puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características ambientales o estímulos contextuales (por ejemplo escolaridad, oportunidades sociales o laborales) y características personales (por ejemplo, motivación, personalidad, trastornos mentales, enfermedades medicas adicionales)” (Caballo, 2001. Pág 375)

De esta forma la conducta se evalúa a partir de lo que se espera de acuerdo con su línea de desarrollo, la comparación con pares, su origen socio cultural y la comunidad en la que se encuentra. Esta conducta es evaluada a partir de entrevistas, historia clínica, historia académica, evaluaciones de los maestros y observación, ya sea en el medio familiar, escolar o social, etc.

Clasificación del trastorno

La discapacidad cognitiva se clasifica según su nivel de gravedad, en leve, moderada, grave y profunda. Después de la evaluación y el establecimiento de la presencia de la discapacidad cognitiva es importante mirar en qué nivel de gravedad se encuentra la persona. A continuación se presenta una descripción de estos niveles (Caballo, 2000):

- **Discapacidad cognitiva leve:** en este nivel se ubican los individuos que desarrollan habilidades sociales y de comunicación, y escasas dificultades sensoriales, que no son detectadas hasta que entran en la escolaridad, momento en el cual se empiezan a manifestar dificultades en las áreas académicas ya sea en un área específica o en varias materias, de igual forma pueden tener problemas de conducta. Sin embargo con la asistencia adecuada, estas personas en la adultez pueden adquirir habilidades sociales y laborales que le permiten tener una autonomía, aunque posiblemente lleguen a necesitar apoyo, especialmente en situación de crisis sociales, emocionales o económicas.

- **Discapacidad cognitiva moderada:** las personas con este trastorno desarrollan habilidades de comunicación en los primeros años de la infancia, pueden formarse laboralmente y con una asistencia adecuada tener un cuidado personal. Aunque académicamente es probable que no logren alcanzar una comprensión más allá de los contenidos básicos. Durante la adolescencia pueden tener problemas en sus relaciones interpersonales debido a sus dificultades en habilidades sociales. Sin embargo estos individuos se pueden beneficiar de un entrenamiento que les permita

interactuar de forma adecuada y desempeñarse laboralmente. En la adultez logran adaptarse de forma adecuada a la vida en comunidad y laboral aunque posiblemente necesiten un nivel de apoyo.

- **Discapacidad cognitiva grave:** Es importante dejar claro que las personas que se encuentran en este nivel de clasificación tienen la capacidad de aprender, con una adecuada programación educativa funcional, adaptada a su edad cronológica e individualizada, lo que le permite mejorar sus habilidades adaptativas, teniendo en cuenta que la instrucción es más útil referida a la comunidad y al campo de acción donde se va a utilizar. Las dificultades que presentan se encuentran en la adquisición de nuevas habilidades, deficiente desarrollo físico y motor, déficit en habilidades de comunicación, dificultades en habilidades de autoayuda y frecuencia en conductas desadaptativas, de igual forma presentan problemas de salud debido a enfermedades médicas como problemas sensoriales, neurológicos, neuromusculares, cardiovasculares. En la vida adulta el trabajo con asistencia es una alternativa para esta población, pues es posible que necesiten apoyo a lo largo del tiempo, por esto es necesario que tanto las personas con el trastorno, como sus familia sean consultadas en la construcción de los planes y estrategias educativas así como los diferentes tipos de apoyo que el sujeto va a necesitar.

- **Discapacidad cognitiva profunda:** las personas con este nivel de gravedad suelen presentar alteraciones en el área sensorio motora, así mismo presenta y en mayor medida que en el nivel anterior dificultades en las habilidades adaptativas y comunicativas. Sin embargo las personas con este trastorno con un adecuado nivel de instrucción y apoyo en un ambiente estructurado, y con programas individualizados pueden lograr un mejor desarrollo de sus capacidades.

La discapacidad cognitiva tiene tres posibles causas: prenatales, perinatales y postnatales: Las causas prenatales son los aspectos que influyen en el desarrollo del trastorno denominados factores hereditarios, las alteraciones tempranas del desarrollo

embrionario entre los que se encuentran las alteraciones cromosómicas que dan origen al síndrome de Down.; Las causas perinatales tiene que ver con problemas del embarazo como la mala nutrición fetal, el nacimiento prematuro, etc., y problemas durante el parto como la hipoxia, infección o traumatismo fetal; Como causas postnatales se encuentran las alteraciones médicas adquiridas en la infancia, como envenenamiento, infecciones, etc., y las influencias ambientales como la privación de crianza, la falta de presencia y afectividad, de oportunidades educativas y de estimulación fisiológica, social, lingüística, etc (Caballo, 2001).

De esta forma se evidencia que los principales factores influyentes en el trastorno son los biomédicos, los sociales, los conductuales y los educativos. En los factores biomédicos se encuentran las posibles causas biológicas como los trastornos genéticos y/o de nutrición; los factores sociales tienen que ver con la relación del niño con el entorno que lo rodea; los factores conductuales hacen referencia a aquellas conductas nocivas que posiblemente influyen en el origen del trastorno, como por ejemplo el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol o cigarrillo por parte de la madre; los factores educativos tienen que ver con presencia y efectividad de apoyos educativos para el desarrollo adecuado en su funcionamiento mental y adaptativo (Caballo, 2001).

Los factores etiológicos, así como el nivel de gravedad son elementos importantes a tener en cuenta para establecer el curso que tendrá el trastorno, lo cual es relevante para la creación de estrategias de adaptación cognitiva, social, y familiar que se adecuen al máximo de capacidades que se puedan potenciar y desarrollar en cada uno de los niveles del trastorno. De esta forma las discapacidades más graves como la discapacidad cognitiva grave y profunda se identifican frecuentemente en etapas muy tempranas de la niñez, e incluso después del nacimiento, máxime si se trata de discapacidad cognitiva debida a alteraciones cromosómicas como el síndrome de Down. Así mismo la discapacidad cognitiva debida a factores desconocidos, se identifica en épocas más tardías de la niñez e incluso se manifiesta después del ingreso del niño a la escolaridad.

Es importante tener en cuenta que, como se decía anteriormente el curso de la enfermedad se encuentra influido también por factores ambientales lo que hace que pueda mejorarse y en algunos casos suprimirse el diagnóstico por medio de programas de apoyo adecuados “la temprana provisión de apoyos puede originar mejoras en la conducta adaptativa que recomienden la supresión del diagnóstico” (Caballo, 2001. Pág 382); sin embargo cuando el apoyo familiar, social y educativo falta el diagnóstico puede empeorar.

Evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Para realizar la evaluación de la persona con discapacidad cognitiva debe hacerse un diagnóstico diferencial en donde se deben tener en cuenta los criterios que son: a) un CI menor que 70-75, dificultades en dos o más áreas adaptativas, y el desarrollo del trastorno antes de los 18 años (Caballo, 2001).

Posteriormente se clasifican y describen las potencialidades y dificultades del sujeto de acuerdo a las siguientes dimensiones: funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas; consideraciones psicológicas y emocionales; consideraciones físicas; consideraciones ambientales. Después de adquirir esta información, a partir de la entrevista realizada al niño, a los padres y maestros, y de la revisión de la historia clínica, se determina la intensidad de apoyo que necesita el sujeto para las áreas en las cuales tiene dificultades, bien sea:

- **Intermitente:** que puede ser de baja o elevada intensidad y que se da sólo cuando la persona lo requiere, ya sea en situaciones de crisis o de agudización de la enfermedad.
- **Limitado:** en donde se da un apoyo temporal, aunque a diferencia del anterior no es intermitente, y se da en el entrenamiento laboral por tiempo limitado, o los apoyos transitorios del paso de la escuela a la vida adulta.

- Extenso: es un apoyo a largo plazo que tiene una regularidad diaria que se puede dar en ambientes como el hogar o el trabajo.
- Generalizados: son apoyos que tienen una regularidad diaria y mayor intensidad, además de la posibilidad de mantenerse durante toda la vida y son proporcionados en diferentes situaciones (Caballo, 2001)

Normalmente los apoyos generalizados y extensos se proporcionan a personas con discapacidad cognitiva grave y profunda.

Ulteriormente se realiza un programa de tratamiento dependiendo del factor que se haya determinado como la causa más probable para la no emisión de la respuesta esperada, por ejemplo cuando la discapacidad cognitiva está asociada a una enfermedad médica que impida la realización de la conducta. En el tratamiento se sustituye la instrucción por la búsqueda de apoyo y la utilización de programas de refuerzo que aumenten la posibilidad de emisión de la conducta.

En otros casos cuando la persona tiene la conducta en su repertorio comportamental pero no la realiza, posiblemente se debe a falta de motivación para la emisión de la respuesta esperada, o por una inhibición de conducta causada por factores fisiológicos como la ansiedad o cognitivos como creencias irracionales. En este caso se recurre a técnicas de reducción de la activación fisiológica como desensibilización sistemática, o relajación, o también se emplean técnicas de reestructuración cognitiva como reconceptualización, exposición o técnicas de retribución (Caballo, 2001)

Además cuando la persona tiene conocimiento acerca de cómo realizar la conducta o los pasos individuales que conforman la cadena conductual, pero tiene dificultades en la secuenciación ordenada de la subconducta o en estar al tanto del tiempo adecuado para la ejecución de la respuesta, en el tratamiento se utilizan instigadores (gestuales, físicos,

verbales, visuales) que se transformen en estímulos discriminativos para llevar a cabo la ejecución de la respuesta.

Asimismo cuando la persona no emite una conducta porque no se encuentra en su repertorio conductual, se utilizan técnicas para la incorporación de conductas como el encadenamiento o moldeamiento.

2.4.3.2 Trastorno de Déficit de Atención Con o sin Hiperactividad (TDA/H).

Este trastorno es uno de los más comunes hoy entre los niños, sin embargo la falta de una buena claridad acerca de él ha hecho que se diagnostique de forma errada a chicos que no lo presentan, de ahí que sea importante tener en cuenta en la práctica psicoterapéutica y socioeducativa, de que se trata este trastorno, que áreas afecta en el niño a nivel fisiológico, psicológico y social y como se puede tratar desde el enfoque cognitivo comportamental.

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad es un trastorno que se caracteriza por problemas atencionales, de impulsividad, sobreactividad motora y de autocontrol, se origina en la población infantil y se descubre por lo general antes de los siete años de edad, la definición de este trastorno “se articula a través de tres conceptos clave: falta de atención, impulsividad, y sobreactividad” (Caballo, 2001. Pág 402). Estos tres conceptos clave presentan dificultades debido a la confusión que causan por su naturaleza multidimensional.

En este sentido, la atención es el proceso involucrado con los mecanismos de selección, distribución, y mantenimiento de la actividad psicológica, y que incluye bajo su

sintomatología la distracción sobre las tareas de rendimiento, la atención selectiva, la atención dividida y la atención sostenida.

La impulsividad se presenta como la dificultad “para inhibir conductas en repuesta a demandas situacionales” (Caballo, 2001. Pág 402), se divide en una impulsividad cognitiva y social. La impulsividad cognitiva se manifiesta por medio de la propensión a responder apresuradamente una pregunta que tiene incertidumbre de respuesta y requiere la exploración adecuada de diversas alternativas, cometiendo un mayor número de errores que los niños no impulsivos. La impulsividad social se evidencia cuando hay incapacidad del niño para trabajar en actividades que tienen refuerzos lejanos, esperar su turno en situaciones académicas o actividades lúdicas, dificultades para seguir, desarrollar y finalizar instrucciones en ausencia del estímulo que la ocasiona.

La sobreactividad motora posiblemente se genera por alguna alteración neurológica, se refiere a la presencia de niveles excesivos de actividad para la edad del niño, es decir, que son niños que por lo general hablan mucho, siempre tienen una parte de su cuerpo en movimiento o realizan movimientos corporales en situaciones inoportunas (Caballo, 2001). Esta sobreactividad se manifiesta en actividades que requieren esfuerzo y atención.

Teniendo en cuenta estas tres dimensiones, la hiperactividad es definida como

“un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de falta de atención, sobreactividad, e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas se inician, a menudo en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales del lenguaje, o motoras graves, a retraso mental o trastornos emocionales importantes”(Caballo, 2001. Pág 404)

Los criterios que se utilizan para establecer el diagnóstico son los propuestos por el DSM IV y la CIE 10, en este apartado se tendrán en cuenta los criterios diagnósticos del DSM IV para el déficit de atención con hiperactividad:

Criterio A

1. Seis o más de los siguientes síntomas de atención han persistido durante seis meses con una intensidad desadaptativa con relación al nivel de desarrollo.

Falta de atención:

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente a realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido como trabajos escolares o domésticos.

g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad:

a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento.

b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado.

c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

e) A menudo está ocupado o suele actuar como si estuviera impulsado por un motor.

f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

- a) A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas.
- b) A menudo tiene dificultades para esperar su turno.
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo se entromete en conversaciones o juegos).

Criterio B. algunos síntomas de hiperactividad- impulsividad o de falta de atención que causan alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.

Criterio C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas están presentes en dos o más ambientes (por ejemplo, en escuela y casa).

Criterio D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

Criterio E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno sicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Asimismo teniendo en cuenta estos criterios el trastorno de déficit de atención se clasifica en tres subtipos que son: predominio de déficit atencional, si se satisface sólo el criterio A1; Predominio hiperactivo impulsivo, si se satisface solamente el criterio A2; y tipo combinado, si se satisfacen ambos criterios A1y A2. Ahora bien si el niño presenta

síntomas de trastorno de atención e hiperactividad pero no cumple con todos los criterios, se diagnostica como déficit de atención con hiperactividad no especificado.

De igual forma es importante hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías asociadas, como el trastorno disocial o el trastorno negativista desafiante. El trastorno disocial se identifica por la transgresión de las normas y derechos sociales. En algunas ocasiones este trastorno aparece en el curso evolutivo de niños con trastorno negativista desafiante, y también se cree que puede aparecer en el curso evolutivo del TDAH.

Por otra parte el trastorno negativista desafiante se manifiesta a partir de comportamientos hostiles con sus pares o con personas adultas, desobediencia, etc. Este trastorno puede presentarse también en el curso evolutivo del TDAH, sin embargo es importante tener en cuenta que estos tres trastornos se presentan individualmente, “aunque en un porcentaje de sujetos pueda presentarse un solapamiento entre conductas hiperactivas y negativitas/disociales (lo que agrava su diagnóstico e incide mucho en el proceso de tratamiento), se trata por lo general de entidades diagnósticas que normalmente se dan por separado” (Caballo, 2001. Pág 409).

La evaluación del niño con trastorno por déficit de atención/ hiperactividad, se hace de forma interdisciplinar por medio de profesionales psicólogos, neurólogos, psiquiatras y pediatras. La evaluación psicológica para este y otros trastornos se realiza a partir de entrevista clínicas con los niños, padres y maestros, aplicación de pruebas que evalúan la atención, la impulsividad, la sobreactividad y la observación directa. Las entrevistas clínicas son el procedimiento inicial de la evaluación y tienen como beneficio el establecimiento de empatía con el niño, los padres y los maestros, así como la confrontación y aclaración de ideas erróneas que estos tienen sobre el trastorno. En las entrevistas se utilizan escalas y cuestionarios para padres o maestros que tienen como ventaja, la aplicación rápida, la descripción de conductas que son difíciles de observar

durante la entrevista con el niño por medio de registros, ofrecen información relevante sobre las personas más importantes en la relación con el niño, permitiendo analizar los antecedentes y consecuentes de las conductas hiperactivas, lo que facilita desarrollar un programa de intervención cognitivo-conductual (Caballo, 2001).

La intervención para este trastorno se realiza a partir de dos modalidades que son: la farmacológica y la terapia cognitivo conductamental, en la primera se utiliza como tratamiento los estimulantes que son los fármacos mas usados y en menor medida los antidepresivos, tranquilizantes y sales de litio. Entre los estimulantes el más utilizado es el metilfenidato, debido al control de efectos secundarios que tiene, el tiempo en que comienza a hacer efecto (30 minutos aproximadamente), y la duración de estos, (entre cuatro y cinco horas), en los cuales se observa una mejora atencional y comportamental por parte del niño. Aunque los efectos positivos del tratamiento farmacológico son notorios, es importante tener en cuenta algunas contraindicaciones que tiene este tratamiento, como por ejemplo las dificultades del mantenimiento de sus efectos positivos en ausencia del medicamento, y los efectos secundarios que podrían presentar los niños a largo plazo. (Caballo, 2001)

La otra modalidad de tratamiento, la terapia cognitivo conductamental se basa en los fundamentos del aprendizaje social y el análisis conductual aplicado, en el cual se realizan programas de moldeamiento, programas de refuerzo, coste de respuesta, tiempo fuera, etc. con el fin de controlar y eliminar conductas inapropiadas de los niños, y/o de insertar conductas deseadas en su repertorio conductual. Para esto también se lleva a cabo la utilización de técnicas cognitivas como el entrenamiento en solución de problemas, auto instrucciones, estas técnicas han dado resultado en el control de la impulsividad relacionada con dificultades académicas y disciplinarias. Al respecto se han evidenciado como efectos positivos de esta terapia, un incremento en la atención y una disminución de la sobreactividad motora, lo que influye en un buen rendimiento académico, de igual forma se

han observado mejoras en las relaciones sociales del niño y una mayor aceptación de los grupos de pares (Caballo, 2001).

Si bien estos programas son aplicados a los niños, es importante tener en cuenta los programas de entrenamiento para padres y maestros en técnicas como el modelado, los métodos verbales y ensayos conductuales, con el fin de “definir y precisar las conductas alteradas y enseñando las técnicas operantes para fomentar conductas adaptativas y eliminar comportamientos desadaptados” (Caballo, 2001 pág. 420), como efectos positivos en la terapia con padres se ha evidenciado una mejor apreciación del comportamiento del niño por parte de los adultos implicados en su crianza y educación; un mejoramiento en la relación padres-hijos; un mayor control del comportamiento infantil en el medio natural, lo que permite la generalización de las habilidades aprendidas por parte de los padres y los niños para la resolución en problemas específicos.

Aunque los efectos de ambas terapias tratadas en forma individual sean efectivos, actualmente se está utilizando el tratamiento combinado de terapia cognitivo conductual y farmacológico con el fin de optimizar la intervención debido a que la utilización de fármacos estimulantes favorece la implementación de las técnicas; de igual forma la terapia cognitivo comportamental permite reducir la dosis de los fármacos, lo que disminuye sus efectos secundarios, así mismo, con el tratamiento combinado se busca aumentar la generalización de las habilidades adquiridas y el mantenimiento de los resultados a lo largo del tiempo.

2.4.3.3 Autismo

Otro de los trastornos que se encuentra en los niños que asisten a la institución es el autismo, de ahí que sea importante tener en cuenta en la práctica psicoterapéutica y

socioeducativa, de que se trata este trastorno, que áreas afecta en el niño a nivel fisiológico, psicológico y social y como se puede tratar desde el enfoque cognitivo conductual.

El autismo es un trastorno generalizado del desarrollo que se caracteriza por “tres tipos de síntomas: alteración cualitativa de la interacción social, alteración cualitativa de la comunicación y patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados” (Pérez y Williams, 2005. Pág 233), este trastorno se diagnostica de forma interdisciplinaria por psicólogos, psiquiatras, pediatras, neurólogos, etc. especializados en autismo. Para realizar esta labor se requiere la participación de la familia permitiendo un intercambio de información adecuada para hacer un diagnóstico válido sobre la historia familiar, y los antecedentes médicos que tenga el portador del trastorno, de igual forma la evaluación incluye valoración biomédica y Psiquiátrica, y una evaluación psicológica de inteligencia, habilidades sociales, comunicativas y lingüísticas, así como competencias adaptativas. Esta evaluación permite brindar a la persona con autismo, a su familia y educadores un plan de intervención que circunscriba programas de intervención psicofarmacológica, conductual, apoyo familiar, psicopedagógicos y social.

Los criterios diagnósticos que se deben tener en cuenta al llevar a cabo la evaluación y posterior intervención son los que se enmarcan en el DSM IV. A continuación se enunciarán los principales criterios a tener en cuenta.

Criterio A, para este criterio hay seis ítems en los numerales 1,2,3, para que se cumpla es necesario que por lo menos en el numeral 1 se manifiesten dos de los síntomas descritos, y en el numeral 2 y tres sólo uno de los síntomas puntualizados.

1. Alteración cualitativa de la interacción social:

a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como la expresión facial, el contacto ocular, gestos reguladores de la interacción social, y postura corporal.

b) Dificultad para relacionarse de acuerdo con el desarrollo con los grupos de pares.

c) Dificultad de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos.

d) Dificultad en la reciprocidad social o emocional.

2. Alteración cualitativa de la comunicación:

a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral, que no se acompaña de un intento por compensarlo a través de medios de expresión no verbal.

b) En sujetos con un nivel de habla normal, dificultad para iniciar o mantener conversaciones.

c) Utilización estereotipada del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.

d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestadas a partir e las siguientes características.

a) Preocupación absorbente por uno o mas patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.

b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos como sacudir las manos o dedos o movimientos con todo el cuerpo.

d) Preocupación persistente por partes de objetos.

Criterio B: Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas que aparece antes de los 3 años de edad: 1. Interacción social 2. Lenguaje utilizado en la comunicación social 3. Juego simbólico o imaginativo.

Criterio C: El trastorno no se explica mejor por un trastorno de Rett o un trastorno desintegrativo infantil (DSM IV).

Ahora bien; la evaluación psicológica del autismo se encuentra enmarcada dentro de la evaluación interdisciplinar y tiene como objetivo establecer el diagnóstico diferencial, o identificar si hay comorbilidad con otros trastornos. Así mismo identificar las habilidades y dificultades que tiene el niño en áreas como la capacidad intelectual, las funciones neuropsicológicas como el lenguaje y la comunicación y las áreas adaptativas, con el fin de construir un plan de intervención y de igual forma establecer una línea de base que permitirá evaluar los progresos y hacer una evaluación de las necesidades y capacidades de la familia para atender el trastorno (Días-cuervo y cols, 2005).

Para esto se debe tener en cuenta la historia familiar, a qué edad inició o empezó a manifestarse el trastorno, y si cumple con los criterios diagnósticos del autismo. Como es su interacción social con la familia, los antecedentes médicos de su familia, y del niño. Con los grupos de pares, si permanece aislado o no, si se le dificulta mantener conversaciones y/o compartir intereses con los demás. De igual forma se evalúa la comunicación verbal si tiene un lenguaje incipiente, o si no tiene y si usa medios de expresión diferente para compensarlo, si utiliza contacto ocular, si tiene o no juego simbólico, conductas estereotipadas, e interés por partes de los objetos. Finalmente se deben revisar las

intervenciones que el niño ha tenido a lo largo del desarrollo de su trastorno (Días-cuervo y cols, 2005)

El programa de intervención con niños con trastorno generalizado del desarrollo desde el enfoque cognitivo conductual debe ser personalizado de acuerdo a las necesidades y capacidades encontradas en los niños. Desde el enfoque conductual se han hecho varias investigaciones con el fin de determinar los procedimientos de enseñanza más adecuados para estos niños, y lo que se ha encontrado es que un programa de intervención intensivo ayuda a que aprendan nuevas habilidades y las mantengan a lo largo del tiempo.

A continuación se presentará un programa de intervención utilizado en una investigación que demostró ser muy eficaz pues se trabajó a un ritmo de dos a tres habilidades por minuto, logrando con un programa intensivo que los niños adquirieran un aprendizaje de una meta por cada hora de intervención.

Esta intervención se hizo a partir de tácticas como dividir las habilidades en componentes más simples y enseñar cada componente por separado, como por ejemplo enseñar el niño a recortar un círculo, primero se le enseña a recortar de forma adecuada una línea recta, después una media luna y después el círculo. De igual forma en la enseñanza de estas habilidades se utilizaron ayudas físicas, por ejemplo en el área motora para enseñar formas de conductas se presentaba un estímulo, la mayor parte de las veces verbal, posteriormente se cogía la mano o la parte del cuerpo del niño implicada en la acción y se hacía la actividad con él.

Otra técnica utilizada fueron los cambios de criterio en los tiempos de enseñanza de habilidades, es decir que se utilizaba un criterio fácil de cumplir haciendo medición de tiempo y cuando se alcanzaba la meta se incrementaba el nivel de tiempo. Por ejemplo en el

sostenimiento de la mirada, se le pedía un niño que mirara a los ojos del maestro por un segundo, una vez cumplida la meta se incrementaba el tiempo hasta llegar a 10 segundos. Otra táctica empleada fue cambios de criterio basados en cantidades, es decir que cuando un niño aprendía una habilidad como por ejemplo al transcripción de un modelo que se encontraba formado por piezas de diferentes formas, tamaños y colores, se comenzaba con dos piezas para formar el modelo, una vez alcanzaba la meta se incrementaba una pieza más al diseño, hasta que el niño representaba el diseño con 10 piezas.

De igual modo se hizo un currículo de referencia de acuerdo a las características de cada niño. De esta forma las habilidades correspondientes a diferentes áreas se enseñaban de forma independiente y/o paralela. Es decir que un niño podía aprender habilidades de tipo motor de forma independiente a su desarrollo en los programas de comunicación. Aunque es importante tener en cuenta que algunas habilidades son el prerrequisito para el aprendizaje de otras habilidades, así para aprender a sumar es necesario antes aprender a contar.

Para enseñar cada habilidad se tuvo en cuenta criterios como adquisición, mantenimiento, fluidez y generalización, es decir que se enseñaba una habilidad hasta que el niño alcanzaba la meta, después se continuaba la práctica de esta habilidad de forma intercalada con otras habilidades para su mantenimiento y generalización y se repetían hasta que el niño utilizaba la habilidad con fluidez, entendiendo por fluidez la realización de una habilidad con corrección (sin errores) y con rapidez (definida muchas veces en una tasa elevada de conductas por minuto (Pérez, Williams, 2005). Así mismo se entrenaba a los padres con el fin no sólo de que ayudaran en la enseñanza de algunas habilidades sino para que las estimularan en la vida cotidiana.

2.4.4 Evaluación Psicológica

“Entre las capacidades de los seres humanos, ninguna es tan distintiva ni tan central para su potencial adaptativo como la inteligencia” (Sattler, 1996. Pág78)

La evaluación psicológica en el colegio, es importante debido a que a través de ella se logra establecer las dificultades que tiene el niño a nivel cognitivo, sensorial, motriz, social y motivacional, además posibilita vislumbrar las capacidades que el niño tiene y que le permite no sólo aprender con más facilidad otras áreas, sino que le posibilitan la atenuación o superación de las dificultades, mediante las estrategias y pautas que se construyan con los estudiantes, los padres y los profesores.

En este sentido y siendo la inteligencia la capacidad más importante que tiene el ser humano para adquirir su aprendizaje, es importante hablar del concepto de inteligencia, de sus influencias hereditarias y ambientales, y de los instrumentos que se utilizan para medirla.

La forma en que la herencia genética determina la predisposición o no que el sujeto tiene hacia las capacidades o dificultades en el aprendizaje de determinadas conductas.

“el programa genético para muchas conductas refleja un alto grado de pre organización y preparación que la evolución ha establecido en la estructura cerebral. Las acciones de los genes están en probabilidad de asociarse con patrones de aceleración y rezago en el crecimiento de diversas conductas humanas, de precocidad y deficiencias a nivel madurativo. Los ciclos distintivos en la acción del gen operan en conjunto con el estado madurativo del niño” (Sattler, 1996. Pág78).

Sin embargo aunque la herencia genética determina el límite para el potencial de inteligencia que puede alcanzar el niño, es la interacción con el ambiente lo que le permite alcanzar o no dicho potencial, pues la inteligencia humana se manifiesta siempre en un ambiente que pueda promover o restringir el desarrollo intelectual, de esta forma factores

como la nutrición, el ambiente familiar y educativo permiten favorecer o limitar el desarrollo intelectual. Si bien la herencia es importante cuando se habla de inteligencia, los factores ambientales en los que el niño se desarrolle pueden posibilitarle una mayor estimulación de sus capacidades y habilidades en el desarrollo intelectual, o puede limitarlas y con ello minimizar el funcionamiento cognoscitivo en algunas áreas.

En este sentido cuando se habla de medición de la inteligencia por medio de pruebas estandarizadas lo que se mide finalmente son las conductas del niño durante la aplicación, lo que hizo o no hizo, y es esto lo que nos da un estimado acerca de su funcionamiento cognitivo, un coeficiente intelectual (CI), esto quiere decir que las pruebas estandarizadas no miden la inteligencia o capacidad innata del individuo, de esta forma es importante tener en cuenta que cuando se dice que la inteligencia se manifiesta en un ambiente, quiere decir que si bien la herencia y el ambiente es importante no se puede medir, ni hacer inferencia acerca de ella por medio de una prueba de inteligencia, pues estas sólo miden la conducta adquirida y posibilitan un estimado de ejecución actual del niño de acuerdo a su desarrollo. Así “la realización en cualquier prueba manifiesta los efectos acumulativos, complejos y dominantes en la educación y la crianza” (Sattler, 1996. Pág78). Es decir que el Coeficiente intelectual es una aproximación al funcionamiento cognitivo, es decir que refleja sólo un espectro de las capacidades humanas (Sattler, 1996).

Sin embargo las pruebas de inteligencia no sólo están destinadas a establecer el coeficiente intelectual del niño, sino que mas allá de eso, posibilita la predicción de las capacidades y dificultades del niño, lo que permite a Psicólogos, docentes y padres la creación de currículos individualizados, programas de intervención y estrategias de aprendizaje que apunten a la potenciación de las capacidades y disminuyan las dificultades. Es decir que las pruebas que miden el coeficiente intelectual son una herramienta que permite distinguir en qué áreas se debe utilizar estrategias de aprendizaje que le posibiliten al niño una mejor comprensión.

2.5 Propuesta de Intervención

2.5.1 Eje de intervención: Psicología Clínica

Objetivo general:

Posibilitar en los estudiantes el aprendizaje de habilidades funcionales que les permitan la adaptación a la formación académica y disciplinar brindada por la institución.

Objetivos específicos

Favorecer el aprendizaje de las habilidades necesarias para desempeñarse de forma adecuada a nivel escolar

Favorecer el aprendizaje de las habilidades necesarias para desempeñarse de forma adecuada a nivel familiar

Favorecer el aprendizaje de las habilidades necesarias para desempeñarse de forma adecuada a nivel social

Fortalecer las habilidades adquiridas por medio de la terapia cognitivo conductual por medio del seguimiento con los padres y profesores.

Reforzar las habilidades que el niño ya tiene en su repertorio conductual

Estrategias de acción:

- Establecer el nivel de conocimiento que tienen los padres y los niños acerca de su problema de conducta.

- Confrontar las creencias inadecuadas acerca del trastorno con el conocimiento científico que se tiene de este.
- Evaluación interdisciplinaria para establecer las habilidades y dificultades del niño a nivel académico y comportamental
- Establecimiento de la línea de base relacionada con el trastorno de niño, en el conocimiento que tienen los padres de ese trastorno y en las habilidades que se desean alcanzar.
- Revisión de la historia clínica como un modo de comprender el trastorno y su particular evolución en el niño.
- Tratamiento cognitivo comportamental en el cual se modifican las conductas inapropiadas y se modelan las conductas que se quieren lograr.
- Favorecer el aprendizaje de los conceptos básicos de su nivel escolar.

Procedimiento

El proceso se lleva a cabo por medio de la clínica cognitivo comportamental, en la cual se hace una revisión detallada de los antecedentes familiares y médicos de los pacientes, de su situación familiar, social y académica, de los estímulos a los que responden y de las consecuencias que obtienen. Para de esta forma establecer un programa de intervención con el apoyo de los padres y profesores, se realiza seguimiento y revisión constante de los logros, replanteando las técnicas cuando sea necesario, o profundizando y enfatizando en ellas cuando sea evidente su utilidad.

Indicadores de Logro:

1. El 100 % de los procesos de intervención psicoterapéutica asignados se iniciaron oportunamente en un tiempo no mayor de 15 días.
2. El 70 % de los procesos de intervención psicoterapéutica se finalizaron.
3. El 100% de las historias clínicas son diligenciadas y reportadas semanalmente.
4. El 100% de las historias clínicas son avaladas por el asesor, mínimo mensualmente.

Indicadores de logro cualitativos

Se registraron cambios significativos en la conducta de los pacientes

Las pautas de crianza dadas a los padres se realizaron de forma adecuada

Se realizó un seguimiento de los casos clínicos con padres, maestros y niños.

2.5.2 Evaluación psicológica:

Objetivos General:

- Ofrecer el proceso de evaluación psicológica y aplicación de pruebas de forma rigurosa, teniendo en cuenta el discurso del paciente en los resultados de la prueba, respondiendo de esta forma no sólo a lo que demandan las instituciones, sino al sujeto que se está evaluando.

Objetivos específicos:

- Identificar por medio de la evaluación psicológica, las capacidades o dificultades del niño en un área determinada.

- Indicar las estrategias pertinentes (a nivel cognitivo, motriz, comunicativo) con el fin de que las dificultades que se presenten disminuyan, y en el caso de que sea necesario remitir a un especialista.

Estrategias de acción:

Ψ Escucha activa.

Ψ Establecimiento del Rapport.

Ψ Observación en el aula.

Ψ Entrevista con padres.

Ψ Entrevista con los docentes.

Ψ Entrevista con el sujeto.

Ψ Aplicación de pruebas.

Ψ Calificación e interpretación de resultados.

Ψ Contrastación de resultados con la información suministrada por los estudiantes, los padres y los docentes en cada una de las entrevistas.

Ψ Realización de informe psicológico.

Ψ Entrega de resultados.

Procedimiento:

En la Institución Educativa Gimnasio Risaralda se realizaron procesos de evaluación en los cuales se hicieron evaluaciones de desarrollo y de CI con el fin de determinar y prevenir posibles dificultades que presenten los niños a nivel fisiológico, cognitivo o relacional. Para esto fue necesario desarrollar de forma adecuada la anamnesis, los elementos encontrados en la entrevista realizada a estudiantes, padres y docentes y la observación de la conducta y el desempeño del niño en el aula, en la entrevista y en las pruebas aplicadas.

Indicadores de logro:

Cuantitativos:

Ψ El 100% de las evaluaciones se inician oportunamente en un tiempo no mayor de 15 días.

Ψ El 90% de las evaluaciones asignadas se finalizaron.

Ψ El 90% de los informes de evaluación se entregaron en un tiempo máximo de 15 días una vez finalizado el proceso.

Cualitativos

Presentación de informes de evaluaciones de forma clara y coherente

Explicación de los resultados a los niños y docentes para establecer las estrategias curriculares a seguir.

2.5.3Eje de intervención: Psicología Educativa

Objetivo general

- Posibilitar un adecuado nivel de aprendizaje académico en los niños a partir de los proyectos socioeducativos

Objetivos específicos

- Apoyar a los profesores en la implementación de estrategias educativas que permitan un mejor aprendizaje de los contenidos por parte de los niños.
- Apoyar a los profesores en la implementación de estrategias que permitan un mejor comportamiento disciplinar.
- Intervenir en la formulación, planeación y ejecución del proyecto de granja hidropónica.
- Escuchar los conocimientos y creencias que tienen los padres sobre el trastorno de desarrollo que tienen sus hijos.

- Elaborar talleres sobre sexualidad en la adolescencia y la infancia y su relación con la discapacidad cognitiva.
- Brindar información sobre pautas de crianza a los padres de los niños de la institución Gimnasio Risaralda Sede II.
- Brindar herramientas que favorezcan el desarrollo de los menores en ambientes mas adecuados a sus necesidades.

Procedimiento

En el área socioeducativa se llevó a cabo la Formulación, planeación y ejecución de estrategias que permitan un adecuado desempeño de los niños a nivel académico y disciplinario por medio de técnicas como la económica de fichas

Así mismo, se llevaron a cabo los talleres de educación sexual para padres de niños con discapacidad y para los niños mismos, pues se pretende enseñarles sobre los cambios que tendrán a nivel sexual, a reconocer sus emociones y las de los demás para que aprendan a canalizar sus manifestaciones de afecto, lo que incluye también de forma positiva en sus relaciones sociales.

De igual se dictaron pautas de crianza a los padres con el fin de que en primer lugar confronten el significado que tiene para ellos tener un hijo con trastorno de desarrollo, y a partir de esto identificar las creencias que tienen sobre la evolución de sus hijos, lo que permite confrontarlos con la situación verdadera. Asimismo realizar estrategias de intervención que los padres puedan utilizar para que los niños generalizen las habilidades aprendidas en el colegio.

Sin embargo no pudo realizarse la intervención en el proyecto de granja hidropónica, debido a que el proyecto no se ha ejecutado. En este proyecto se pretende que los niños por medio de este cultivo trabajen en áreas como matemáticas, ciencias sociales, ciencias naturales, español, religión, ética y valores, etc., además como el colegio tiene

énfasis en mercadeo y ventas se posibilita que los estudiantes de grados superiores apoyen el proyecto a partir de la comercialización y venta de las plantas

Indicadores de logro:

El 90% de los niños responde satisfactoriamente al programa de economía de fichas.

El 100% de los niños asistió a todos los talleres de educación sexual.

Cualitativo:

Participación de los asistentes en el momento de desarrollar el taller.

Nivel del impacto de las temáticas a nivel personal (según lo expresado por los participantes)

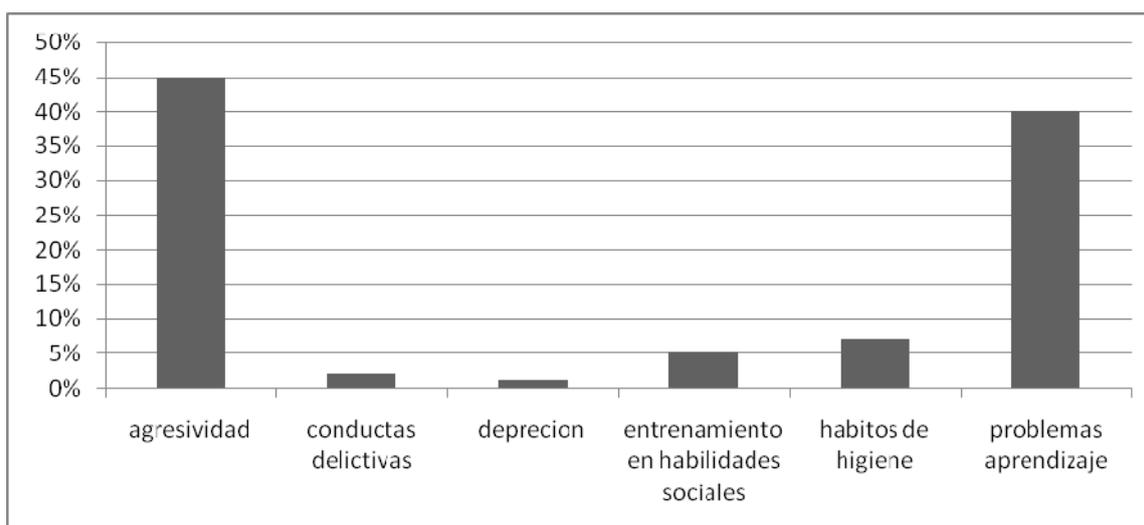
Interés frente a las ideas planteadas (según lo expresado por los participantes).

2.6 Resultados

2.7

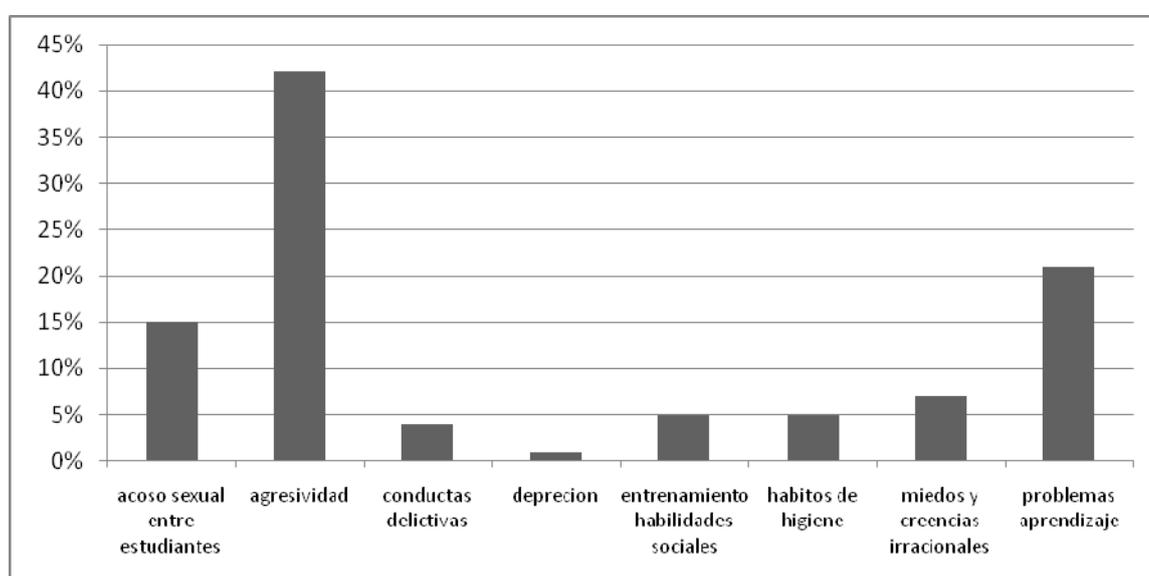
MOTIVOS DE CONSULTA NIÑOS SIN DISCAPACIDAD

COGNITIVA



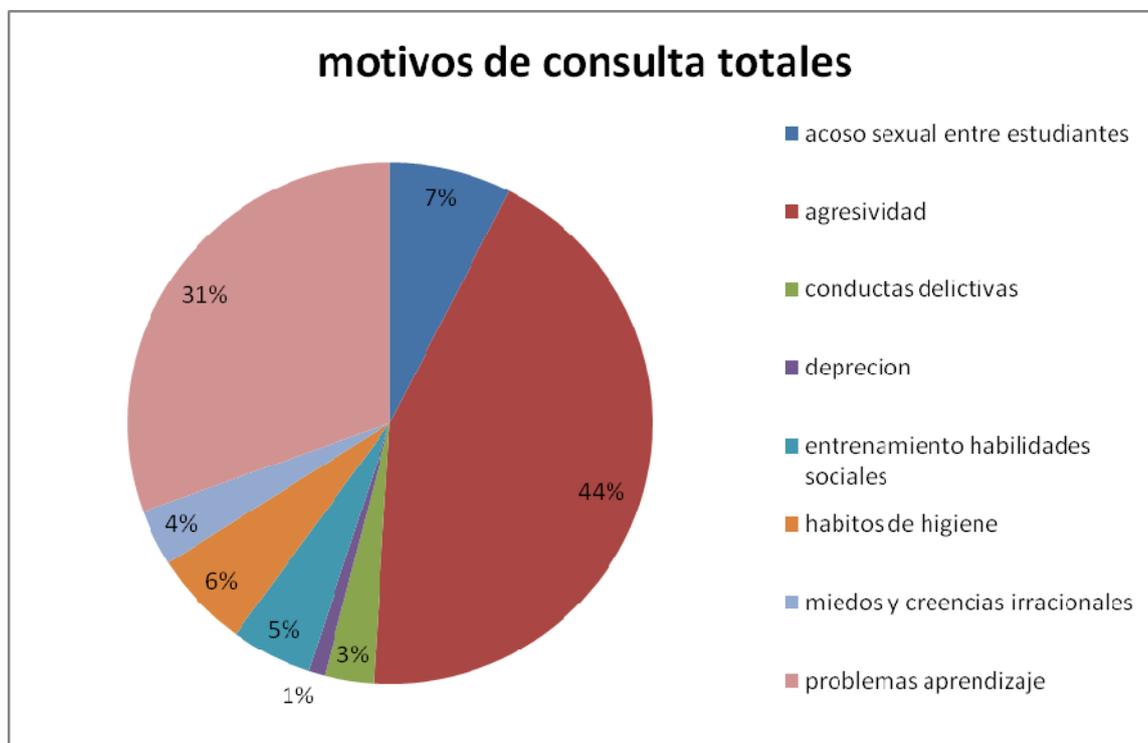
En la intervencion clinica individual se manifiesta una mayor problemática de agresividad en los niños sin discapacidad, que posiblemente este causado por falta de normas claras en el hogar, seguido de dificultades de aprendizaje y en una menor medida se evidencian problematicas en los habios de higiene, relaciones sociales, conductas delictivas, depresion.

MOTIVOS DE CONSULTA NIÑOS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA



En la clínica individual con niños con necesidades educativas especiales, se tiene como mayor motivo de consulta la agresividad, evidenciándose una similitud con los niños sin discapacidad, problemática que puede deberse a la falta de normas claras en el hogar, esto seguido de problemas aprendizaje, acoso sexual entre estudiantes, miedos y creencias irracionales, relaciones sociales, conductas delictivas y depresión.

MOTIVOS DE CONSULTA MAÑANA Y TARDE



Teniendo en cuenta los motivos de consulta en niños con discapacidad y sin discapacidad, los motivos de consulta más fueron la agresividad y los problemas de aprendizaje, seguido del acoso sexual, dificultades en los hábitos de higiene, socialización, conductas delictivas y depresión.

La práctica en el colegio Gimnasio Risaralda permitió el acercamiento a la población estudiantil con y sin necesidades educativas especiales (NEE), a las diferentes formas de aprendizaje que tienen los infantes, y que han adquirido a través de toda su historia personal determinando con estos su forma de comportarse, de socializar, motivación, etc. En estos términos y teniendo en cuenta lo dicho anteriormente acerca de que la personalidad del sujeto se forma a partir de las conductas aprendidas en su historia personal, la práctica clínica cognitiva comportamental se centra en los aprendizajes de los sujetos que asisten a consulta, no sólo en el ámbito académico sino individual, familiar, para de esta forma planear y ejecutar el programa de intervención pertinente.

De acuerdo a los resultados, puede evidenciarse que el motivo de consulta mas demandante es *la agresividad*; siendo esta una constante común entre niños con y sin discapacidad cognitiva, la idea de intervención radica en moldear estos tipos de comportamiento por medio del entrenamiento de habilidades sociales y el control de impulsos para lograr un mayor grado de adaptación escolar y social. Es importante aclarar que se interviene en ambas poblaciones (con discapacidad cognitiva y sin discapacidad), en horarios separados; siendo la mañana la jornada donde asisten niños sin discapacidad cognitiva diagnosticada y la tarde la jornada donde están acuden los niños diagnosticados con necesidades educativas especiales.

Cerrando este paréntesis tenemos *la estimulación cerebral* como la segunda causa que demanda mayores motivos de consulta, entendida como las actividades que ejercitan “la mente” como por ejemplo el ejercitar la memoria a corto plazo y la apropiación de conceptos gramaticales y numéricos que favorecen el paso del pensamiento concreto al pensamiento abstracto... estas actividades se vinculan directamente al rendimiento académico y son una estrategia útil para enseñar a aprender a niños con discapacidad cognitiva; no obstante es un asunto que se da equivalentemente en ambas jornadas.

Otro motivo de consulta son *las creencias irracionales* las más comunes para la población con discapacidad son la existencia de duendes, brujas, el diablo, y poderes sobrenaturales. Las cuales generan algún tipo de malestar y pretenden convertirse por medio de la terapia cognitivo comportamental en un componente útil en el desarrollo de la creatividad infantil.

Los temas relacionados con la sexualidad como el abuso ya sea por un adulto o un par son un motivo de consulta que se da con mayor frecuencia en niños con discapacidad cognitiva. Aun sin llegar muchos casos a consulta, puede evidenciarse tanto en los recreos y

horas de clase, como estas problemáticas se desencadenan diariamente, en especial por el abuso de un niño dirigido a una compañera o compañero (Descartando la violación carnal).

Otro motivo de consulta típico de niños sin discapacidad cognitiva es la hiperactividad que generalmente se vincula a los problemas de agresividad infantil, bajo rendimiento académico y desacato de las normas. En el caso de niños con discapacidad cognitiva este tipo de trastorno hasta el momento sólo es tratado con medicación psiquiátrica, siendo la acción psicológica un complemento eficaz para el tratamiento.

En el caso de adolescentes (secundaria) la depresión que justifican los mismos por el hecho de ser emos es el único motivo de consulta de esta población la cual se da por solicitud propia de los padres y docentes. Y aunque conforman la minoría terminan siendo casos difíciles que requieren mayor número de consultas, en especial de los padres, dado que los pacientes no asisten inicialmente a consulta por voluntad propia. No obstante desde el trabajo con padres y el entrenamiento en pautas de crianza pueden notarse resultados.

TOTAL ACTIVIDADES 2009

Actividades realizadas a partir del 1 marzo del 2009 al 31 de octubre del 2009

clínica con niños	322
clínica con padres	47
evaluaciones CI	29
economía fichas	77
base de datos	34
otras actividades	80

Otras actividades incluyen apoyo a docentes en sus horas de ausencia, entrega de ticket para el transporte escolar, elaboración del historial clínico, observaciones en aula de clase, votaciones estudiantiles, elaboración de afiches para economía de fichas, cine foro infantil...

Eje Psicoeducativo

En el eje Psicoeducativo se trabajó teniendo como guía las siguientes preguntas: ¿QUE contenido es apto para un aprendizaje provechoso?, ¿CUANDO y hasta cuándo se pueden enseñar ciertos contenidos? , ¿COMO hacer para que aprendan?, ¿DONDE debe darse la educación, que debe enseñar la escuela, y la familia?, ¿QUIEN o quienes son responsables de la educación?, ¿PARA QUE se enseña y hasta qué momento debe enseñarse?

De acuerdo a esto se realizó con cada profesor un programa de intervención en economía de fichas, así mismo se implementaron estrategias de aprendizaje con los niños de la institución como la ejercitación de la memoria a corto plazo y la apropiación de conceptos gramaticales y numéricos que favorecen el paso del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, estas actividades se vinculan directamente al rendimiento académico y son una estrategia útil para enseñar a aprender a niños con discapacidad cognitiva.

Así mismo se realizó la planeación, diseño y ejecución de talleres de sexualidad para niños, en donde se trabajó el valor del cuerpo propio, diferencias de género, hábitos de higiene, prevención del acoso sexual, con el fin de que aprendieran conductas funcionales en relación al manejo del cuerpo propio y el de los demás, así como prevención

del acoso, posibilitando con esto el aprendizaje de hábitos de vida saludable y una mayor grado de independencia en sus actividades particulares.

Eje de apoyo a la institución

En este eje se trabajó ampliando la información de las historias clínicas en la base de datos, y apoyando a los docentes en clase cuando tenían que ausentarse, en estos espacios, se realizaban actividades con los niños como talleres y juegos.

3 Dificultades Presentadas:

La intervención Psicoeducativa en la granja hidropónica no se llevó a cabo en este semestre debido a que no se ha construido aun.

4 Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2009																													
Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio													
L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V					
					C	C	C	A	E	C	C	C	A	E	C	C	C	A	E	C	C	C	A	E	C	C	C	A	E
L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
					C	C	C	A	E	C	C	C	A	E	C	C	C	A	E	C	C	C	A	E	C	C	C	A	C
L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
					C	C	C	A	E	C	C	C	A	E	C	C	C	A	E	C	C	C	A	E					
L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
					C	C	C	A	E	C	C	C	A	E	C	C	C	A	E	C	C	C	A	E	L	M	M	J	V
Julio				Agosto				Septiembre				Noviembre				Diciembre													
L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
C	C	C	A	E	C	C	C	A	C	C	C	C	A	C	C	C	C	A	C	C	C	C	A	C	C	C	C	A	C
L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
C	C	C	A	E	C	C	C	A	C	C	C	C	A	C	C	C	C	A	C	C	C	C	A	C	C	C	C	A	C
L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
C	C	E	A	E	C	C	E	A	C	C	C	E	A	C	C	C	E	A	C	C	C	E	A	C					
L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
C	C	E	C	C	C	C	E	A	C	C	C	E	A	C	C	C	E	A	C	C	C	E	A	C	L	M	M	J	V

- C** intervención clínica (estudiantes y padres de familia)
- E** apoyo psicoeducativo (economía de fichas y talleres de sexualidad)
- A** apoyo a la institución (construcción de base de datos y anamnesis)

5 CONCLUSIONES

Como experiencia profesional el lugar de práctica proporcionó una construcción de conocimiento como psicólogo clínico y educativo, por medio de la teoría y de la clínica y desde el enfoque cognitivo conductual permitió el encuentro con el aprendizaje como eje principal de la personalidad del sujeto.

A partir de los resultados obtenidos en la práctica realizada en el colegio Gimnasio Risaralda, se evidenció el cumplimiento de los objetivos propuestos en cada uno de los ejes de intervención, consiguiendo terminar satisfactoriamente el 90% de los procesos terapéuticos desde el enfoque cognitivo comportamental, traduciéndose esto, en la adquisición de conductas más adecuadas, un mayor manejo de las interacciones sociales, un mejor manejo de la imaginación y la creatividad y una disminución significativa del malestar en los niños que asistían a consulta.

Así mismo se realizaron procesos psicoeducativos sobre pautas de crianza a los padres de algunos niños que permitieron un mayor control de las normas por parte de los padres lo que posibilitó una mejor relación familiar.

Es importante resaltar que el seguimiento de los procesos posibilitó dar cuenta de los cambios obtenidos por los niños en psicoterapia, así como el aprendizaje de conductas deseables relacionadas con el entrenamiento en habilidades sociales, control de los impulsos, pensamientos funcionales, lo que permitió no sólo la evaluación continua del programa de intervención, sino la disminución del malestar y una mejor conducta por parte de los niños a nivel individual social y escolar.

Se realizaron evaluaciones de desarrollo y de CI que permitieron dar cuenta de las dificultades y capacidades de los niños y de las estrategias educativas a tener en cuenta para un mejor aprendizaje.

En cuanto al eje Psicoeducativo se realizaron programas de economía de fichas que posibilitaron una mejor convivencia en la clase debido a que se trabajaron áreas relacionadas con el respeto a las normas de clase, trabajo en grupo, disminución de la agresividad, aprender a escuchar al otro, disminución de la agresividad, motivación, comprensión de matemáticas.

Así mismo se realizaron talleres de educación sexual que permitieron a los niños el reconocimiento de su cuerpo, las diferencias de género, y el valor del cuerpo, así como el respeto al cuerpo de los demás y la prevención del abuso, con el fin de enseñar hábitos de vida saludables en relación con la sexualidad y la forma de expresar sentimientos y emociones.

También se diseñó y ejecutó la base de datos que contienen las historias clínicas de los estudiantes, lo que permite obtener datos valiosos para la inclusión de estos niños en el aula regular, la cual se le entrega a la jefe inmediata como única responsable del manejo de esta información.

6 RECOMENDACIONES

Es importante que en el colegio sigan implementando los programas de economía de fichas para una mejor convivencia en el salón de clase, y un mejor aprendizaje de conceptos en matemáticas.

De igual forma se hace indispensable la continuación de los talleres de sexualidad en los estudiantes en todos los grados, para un mejor conocimiento de la sexualidad, y una mayor prevención del abuso sexual.

Es primordial la utilización adecuada y ética de la base de datos por parte del personal calificado para su manejo, teniendo en cuenta que en esta se maneja información privada y relevante de la historia de los estudiantes. Lo que permite obtener datos valiosos para la inclusión de estos niños en el aula regular.

ANEXOS

Anexo No 1

Entrevista a docentes y coordinadora

¿Qué características tienen en común los estudiantes que conforman el colegio Gimnasio Risaralda?

¿Qué estudiantes manifiestan mayores dificultades en su adaptación a la escuela?

¿En que radican estas dificultades?

¿En qué modo los docentes y directivos han abordado estas dificultades?

¿Cómo afecta el comportamiento problema del niño a otros niños, docentes, familiares y al niño mismo?

BIBLIOGRAFIA

Caballo, V. 2001. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Ediciones Pirámide (grupo Amaya S.A). Madrid.

Díez Cuervo, y cols. 2005. Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Pág 299-310. Rev. Neurol. Extraído el 25 de marzo del 2009 desde http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/articulos/diag_autismo.pdf

Morris, Charles. 1992. Psicología: un nuevo enfoque. Prentice Hall Hispanoamericana S.A editores. México DF

Nye Robert. 2000. Tres Psicologías: Perspectivas de Freud, Skinner y Rogers. Thomson Editores. Madrid España.

Pérez-González Luis Antonio, y Williams Gladys (2005) Programa integral para la enseñanza de habilidades a niños con autismo. Pag pp. 233-244. Psicothema 2005. Vol. 17, nº 2, extraído el 25 de marzo del 2009 de <http://www.psicothema.com/pdf/3093.pdf>

Savater, Fernando 1997. El valor de educar. Capítulo VI, educar es universalizar. Editorial Ariel Barcelona. Barcelona, España.

Sattler, Jerome (1996). Evaluación Infantil. Editorial Manual Moderno. Tercera Edición. México D.F.

Vélez, M Cecilia y cols. (Julio del 2006). Orientaciones Psicopedagógicas Para La Atención Educativa a Estudiantes con Discapacidad Cognitiva. Pág 4-80. Extraído el 22 de marzo del 2009

Trastornos del espectro autista (n.d), Extraído el 25 de febrero del 2009 desde http://iier.isciii.es/autismo/pdf/aut_def.pdf