

PROYECTO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA ESCOLARES CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES

Grettel Batista Ramón

*Centro de Diagnóstico y Orientación. Municipio Diez de Octubre.
La Habana, Cuba.*

Resumen

Este artículo propone un proyecto de intervención psicoterapéutica para escolares con trastornos del comportamiento y de las emociones. Es una investigación realizada como respuesta a una demanda de la Escuela de Conducta (Tipo I): Nueva Juventud. Esta institución solicitaba a la Facultad de Psicología, nuestras estrategias de intervención para el trabajo con sus escolares. Para su diseño, se realizó la caracterización psicológica y psicopatológica de doce de los estudiantes matriculados en esta escuela en el curso 2011-2012; y la determinación de sus necesidades terapéuticas. Se realizó un estudio transversal, no experimental y descriptivo, apoyado en la metodología cualitativa y el método clínico.

Palabras clave: trastornos del comportamiento y de las emociones, intervención psicoterapéutica, necesidades terapéuticas.

Abstract

This article suggests a psychotherapeutic intervention project for schoolchild with behavior and emotional disorders. It is a research fulfilled to answer a demand of Nueva Juventud Behavior School (Type I). This institute requested to the Psychology University, new intervention strategies for the work with their schoolchild. For its design, it was fulfilled the psychopathologic and psychological portrayal of twelve of the enrolled students in this school in the 2011-2012 course; and the decision of their therapeutic needs. It was fulfilled a transverse, non-experimental and descriptive study, supported in the qualitative methodology and the clinical method.

Key words: behavior and emotional disorders, psychotherapeutic intervention, therapeutic needs.

Introducción

Los trastornos del comportamiento y las emociones constituyen uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en las consultas infantiles. El Departamento de Sanidad de Estados Unidos estima que estas cifras equivalen a catorce millones de menores (García, A., 2013b). En Cuba, entre el tres y el cinco por ciento presenta TDAH (coincidente con la incidencia mundial); y entre el uno y 10%, Trastorno disocial (De la Peña, F., 2003).

El cuadro clínico puede persistir con una prevalencia del tres al seis por ciento en la población general (Roizblatt, A., Bustamante, F., y Bacigalupo, F., 2003). Cuando es de inicio infantil, habrá mayor posibilidad de continuidad psicopatológica en el 75% de los casos (Rodríguez, J., 2000).

En Cuba, antes del triunfo revolucionario, este tipo de trastorno se abordaba a partir del internamiento de estos menores en instituciones prácticamente carcelarias, donde recibían un "tratamiento" basado en castigos físicos y en la explotación. Después de 1959, se ha avanzado hacia una intervención que considera las posibilidades de su desarrollo psicológico y su reinserción social.

Un primer paso para ello lo constituye la evaluación de estos niños. En nuestro país, estos son evaluados por el Centro de Diagnóstico y Orientación (CDO), el Centro de Evaluación, Análisis y Orientación de Menores (CEAOM) y el Centro de Atención a Menores (CAM) para ser ubicados en la enseñanza especial y, de esta manera, recibir atención acorde a sus particularidades diagnósticas. No obstante, este proceso evaluativo es, en ocasiones, deficiente; lo que tributa a que no se elaboren las estrategias de intervención más eficaces que permitan la adecuada reintegración de estos escolares a la sociedad.

Estas dificultades repercuten en el proceso de reincorporación a la enseñanza general, pues estos menores salen de las escuelas especiales en el período establecido, sin haber superado las manifestaciones que provocaron su ingreso en estas instituciones. Los maestros y demás especialistas sienten que las estrategias que emplean en su accionar cotidiano no están siendo lo suficientemente efectivas.

Debido a la escasez de investigaciones sobre nuevas prácticas clínicas para esta población, este trabajo (que constituye la Tesis de Diploma de la autora) tuvo como objetivo general *diseñar un proyecto de intervención psicoterapéutica para los estudiantes de la Escuela Primaria de Conducta Tipo I, Nueva Juventud, con vistas a su reincorporación social.*

Si bien se han realizado tesis en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, que han diseñado e implementado programas de intervención psicoterapéuticas dirigidos a las poblaciones infantiles, estas no se han dirigido hacia los trastornos del comportamiento. De ahí la importancia de nuestro estudio.

Para este trabajo incluimos técnicas creativas y psicomotoras, pues constituyen poderosas herramientas de la psicoterapia infantil en su modalidad grupal. Posibilitan, de un modo más accesible al niño y como alternativa al lenguaje verbal, la expresión y canalización de emociones, el fortalecimiento de la autoestima y la atención, el entrenamiento en habilidades sociales, y la disminución de problemas motores.

Los principales resultados de esta investigación tuvieron su salida en un proyecto de intervención psicoterapéutica dirigido a los menores con trastornos del comportamiento y de las emociones. No solo constituye un aporte a la investigación sobre las técnicas que pueden emplearse en la psicoterapia grupal para el tratamiento de poblaciones infantiles; sino que tributó a la formación de los especialistas del centro estudiado y de la Escuela Primaria de Conducta Tipo I: Seguidores de Camilo.

Metodología

Para esta investigación se empleó una metodología cualitativa, y algunos métodos cuantitativos. Se utilizó el método clínico y la investigación-acción para la descripción holística de las características psicológicas y psicopatológicas de los escolares del grupo de estudio, y el diseño del proyecto de intervención psicoterapéutica para ellos. Fue una investigación transversal, no experimental y descriptiva.

El grupo de estudio fue seleccionado de manera intencional. Lo integraron doce de los quince estudiantes de tercero hasta quinto grado que estaban matriculados en el centro estudiado, en el curso 2011-2012. La totalidad fueron varones con edades comprendidas entre los ocho y doce años. Se excluyeron del estudio a tres menores porque estaban en proceso inmediato de reincorporación a la enseñanza general, o porque no asistían al centro con sistematicidad.

Las técnicas e instrumentos se emplearon en la investigación en diferentes momentos. En la fase de confección teórica, se aplicó una entrevista semiestructurada al Dr. René Vega Vega. En la fase de Análisis de los resultados, se aplicaron el Dibujo infantil (en el cual se consideraron además los distrazos y subgrafismos), el Completamiento de frases de Rotter (infantil), los Tres deseos, tres miedos y tres rabias, la Entrevista socio-psicológica, y la Observación. En la fase de Diseño del proyecto de intervención psicoterapéutica, se emplearon técnicas creativas y psicomotoras. Por último, como parte del Taller metodológico, se realizó un resumen de las técnicas que los

especialistas pueden emplear con los menores en función de sus necesidades terapéuticas (todas ellas recogidas en el proyecto).

El Análisis de los resultados se realizó en función de los objetivos específicos. Primero se realizó la caracterización psicológica y psicopatológica de los estudiantes, se determinaron sus necesidades terapéuticas, se diseñó el proyecto de intervención psicoterapéutica, y se diseñó e implementó el taller metodológico con los especialistas.

Resultados

El diseño de un proyecto de intervención psicoterapéutica, para cualquier población, es un proceso que debe tener en cuenta múltiples factores para poder lograr ser efectivo. Existe en la actualidad la tendencia de generalizar en exceso nuestras estrategias de intervención: "si una psicoterapia es eficaz para estos niños, lo será para todos". Pero la realidad es bien diferente a esta utopía. Antes de intervenir, tenemos que lograr caracterizar a profundidad a nuestros niños, ver sus especificidades, ver sus potencialidades y aquello en lo que debemos focalizar la atención para poder potenciar su desarrollo psicológico.

Tomando en consideración estos aspectos, el análisis de los resultados parte, inicialmente, de la caracterización psicológica y psicopatológica de los alumnos estudiados:

Caracterización psicológica

Para la caracterización psicológica, se consideraron los defectos primarios y secundarios de los escolares de la investigación, es decir, las afectaciones en las esferas afectivo-volitiva y cognoscitiva, en el aprendizaje y en las relaciones interpersonales.

Como parte de la **esfera cognoscitiva**, el 100% tiene afectaciones en la *atención*. Este proceso constituye uno de los mecanismos psicológicos que se encuentra más afectado en los menores con trastornos de conducta. Por tanto, estos niños se alejan de la norma para la edad de acuerdo a la atención.

El 33% tiene afectada la *memoria*, por lo que la mayor parte de los niños está funcionando acorde a lo esperado para la edad, en la que aumenta el volumen de retención y la rapidez de la fijación (Domínguez, L., 2007). A los niños con dificultades en este proceso, les cuesta reproducir y conservar adecuadamente los contenidos recibidos. No se les hacen interesantes y necesarios. En el 8% de los casos se pone de manifiesto el olvido del nombre de objetos comunes, lo que constituye una alteración amnésica del hallazgo de la palabra según Rorschach.

El 83% tiene dificultades en la fluidez del *pensamiento*: este es más bien rígido, superficial, desorganizado, poco reflexivo, y la generalización es muy pobre. Exceptuando dos niños que tienen un *intelecto* superior a la media, el resto funciona entre el nivel normal bajo y el término medio.

Las afectaciones en el **lenguaje** (67%) inciden en la comunicación interpersonal, la adquisición de los conocimientos y la regulación de la conducta social. El 58% presenta dislalia. Por otra parte, el vocabulario es pobre para la edad, la redacción tiene muchos errores y el 50% tiene coprolalia.

En cuanto a la **esfera afectivo-volitiva**, vemos que estos niños se han desarrollado en ambientes familiares con conflictos constantes, que emplean la violencia física y psicológica como método educativo, y que los educan con normas que se alejan de las aprobadas por la sociedad. Es por ello que la *necesidad de afecto* (92%) emerge como una de las más demandantes, planteándose por los sujetos como satisfecha; pero pudiera constituir un deseo más que una realidad de vida.

Por otra parte, la *necesidad de recreación y esparcimiento* (92%) queda satisfecha a partir de los juegos con los coetáneos. Aunque el juego deja de ser la actividad rectora en la etapa escolar, esta posee aún un espacio importante en la vida de estos niños, pues posibilita que la esfera moral se desarrolle. No obstante, hay que tener en cuenta que se relacionan, en gran parte del día, con niños que tienen similares problemas conductuales, lo que repercute negativamente en su formación moral.

La *necesidad de autorrealización* (83%) está presente a partir del enunciado de algunas profesiones que quisieran desempeñar en el futuro. No obstante, aún estos proyectos futuros no se encuentran estructurados del todo.

La *baja autoestima* (58%) y el *sentir que no pueden rendir acorde a lo que se les exige* (50%) son características que los definen como consecuencia de las constantes críticas y del rechazo de la sociedad. En esta investigación, esto se relaciona con sus necesidades de autorrealización, ya que son niños que tratan de no hacer visible este modo de sentir, y lo intentan por medio de trazarse planes que, al menos por el momento, son inalcanzables y no regulan su conducta, teniendo en cuenta su desarrollo actual y sus problemas en el aprendizaje.

Las *emociones* presentes en estos niños son: temor (a la oscuridad, a ser golpeados o a que golpeen a seres queridos, a quedarse encerrados, a determinados animales...), depresión, tristeza, angustia, llanto, irritabilidad, ira, y alegría.

Desde edades tempranas vivencian vínculos conflictivos en su hogar. Son estas influencias negativas las que tienden a reproducir en su vínculo con los otros, ya que el 92% tiene dificultades en las **relaciones interpersonales**: son poco sociables, testarudos, agreden física y verbalmente, no logran relaciones de verdadera camaradería, son irrespetuosos con los adultos, no acatan la autoridad a pesar de que consideran al maestro como figura admirada, son opositoristas y rebeldes, dominan a los demás, y culpan a sus coetáneos de los errores que cometen.

Como **actitudes y acontecimientos potencialmente psicopatógenos** que inciden en su desarrollo están el maltrato, los conflictos, la sobreprotección, la rigidez y el autoritarismo, la permisividad, los conflictos alrededor de la crianza del niño, el divorcio, y la pérdida física o emocional por ausencia de madre o padre.

El proceso de **aprendizaje** se ve afectado como defecto secundario a las afectaciones en la esfera afectivo-volitiva. El 58% presenta bajos resultados, problemas ortográficos, lenguaje escrito incoherente por la escritura en bloque o silábica, lectura lenta, problemas en la caligrafía (también por las dificultades en el control muscular), no dominio de las cuatro operaciones básicas de cálculo, y repeticiones de curso.

No se interesan por asistir a clases, tienen baja motivación hacia el estudio; además los continuos fracasos van dañando su autoestima, por lo que sienten que no pueden rendir acorde a lo que se les exige. Ante ello reaccionan con hiperactividad, distractibilidad, olvido de los contenidos recibidos, no realización de las tareas orientadas y poco cuidado de los materiales de estudio. En este rendimiento influyen las dificultades en la esfera cognoscitiva, su conducta disocial y el mal manejo familiar.

Con relación al área escolar, vemos que el 50% desea **transitar** a la enseñanza general. Es una aspiración muy demandante.

Caracterización psicopatológica

Los diagnósticos psicopatológicos del grupo de estudio son los siguientes:

El 100% tiene *F91.8 Trastorno disocial*: inician peleas físicas con sus coetáneos (100%), amenazan o intimidan a los otros (92%); amenazan a menudo con suicidarse (8%), lo que se acompaña de perretas para obtener determinada ganancia; han destruido a propósito la propiedad social y también sus propias pertenencias (92%); han hurtado pertenencias de sus compañeros y, si son descubiertos, culpabilizan a los otros de habérselas puesto en la mochila (17%). El 42% permanece fuera de su casa por las noches a pesar de las prohibiciones de sus padres, para vender y comprar objetos, deambular, y reunirse con amigos mayores de la comunidad.

El 25% tiene *F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado*. Se les dificulta mantener su *atención*, pues parecen no escuchar cuando se les habla directamente (33%), les cuesta dedicarse a tareas que requieren de un esfuerzo mental sostenido (33%), no finalizan las tareas escolares (67%), se distraen por estímulos irrelevantes (100%) y no mantienen la atención en actividades lúdicas (33%). En cuanto a la *hiperactividad*, se paran de su asiento en la clase cuando

aún no ha sido permitido (100%), hablan en exceso (33%), se mueven en el asiento (67%), y están siempre “en marcha” (67%). La *impulsividad* se manifiesta a partir de que interrumpen las conversaciones o actividades de los otros (67%), y precipitan respuestas antes de que las preguntas hayan sido completadas (67%).

Estos tres niños que tienen diagnóstico de *F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado*; tienen asociado además un *F91.8 Trastorno disocial*, presentando la sintomatología referida con anterioridad para estos casos. El 67% de ellos se asocia a un *F91.3 Trastorno negativista desafiante*, siendo este el diagnóstico del 25% del grupo de estudio. Tienen perretas (60%), desafían a los adultos o se rehúsan a cumplir con las orientaciones de estos (80%), discuten con los adultos (40%), molestan a los compañeros en las clases (100%), son fácilmente molestados o burlados por los otros (60%), son coléricos y resentidos (40%), y acusan a los demás de sus errores o de su comportamiento desajustado (40%).

El otro escolar con diagnóstico de *F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado*; tiene asociado un *F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados*, siendo este un trastorno presente en otro 42%, para un total del 50% del grupo de estudio. Además de las manifestaciones disociales mencionadas, son niños con la particularidad de que tienen ausencia de relaciones afectivas recíprocas y duraderas con sus compañeros pues, o bien no existen vínculos afectivos recíprocos con estos, o las relaciones interpersonales se limitan a las amenazas, la resistencia a la autoridad, la agresividad y a involucrarse en peleas excesivas.

Un escolar (8%) tiene diagnóstico de *F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación*. Además de las manifestaciones disociales descritas, llora sin motivo, tiene perretas sin un motivo aparente, presenta una angustia que lo paraliza, se ríe solo y habla consigo mismo en el puesto de trabajo, cortando papeles en pedacitos.

En general, no se observan marcadas diferencias entre las manifestaciones y síntomas de los diagnósticos encontrados; a excepción del niño con Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

Necesidades terapéuticas del grupo de estudio

A partir de la caracterización psicológica y psicopatológica del grupo de estudio, se determinaron sus siguientes necesidades terapéuticas, es decir, todas aquellas carencias que se deben tener en cuenta para incidir en la disminución del displacer o las afectaciones de los procesos psicológicos y psicopatológicos de un sujeto determinado. Estas son:

1. Atención y concentración.
2. Canalización de la ansiedad
3. Entrenamiento de la motricidad.
4. Fortalecimiento de la autoestima
5. Entrenamiento en habilidades sociales:
 - 5.1 Control de la ira y los impulsos.
 - 5.2 Identificación de normas de convivencia y respeto a estas.
 - 5.3 Tolerancia a la frustración.
 - 5.4 Entrenamiento de la flexibilidad.

Estas necesidades rigieron toda la investigación, funcionando como ejes conductores del diseño del proyecto de intervención psicoterapéutica que se presenta a continuación. El Taller para los maestros tuvo, como objetivo general, familiarizar a los especialistas del centro con los recursos psicoterapéuticos necesarios para la potenciación del desarrollo de sus estudiantes.

Proyecto de intervención psicoterapéutica (1)

Objetivo general: Disminuir las dificultades del comportamiento y de las emociones que presentan los alumnos de la Escuela Primaria de Conducta Tipo I Nueva Juventud.

Temas de las Sesiones:

1. Encuadre y evaluación inicial
2. Mi familia
3. Mi familia es diferente
4. Espacios y límites
5. Control de la ira y los impulsos, tolerancia, flexibilidad
6. Desarrollo de la autoestima
7. Lo que más me molesta, lo que me disgusta

Relación de Técnicas por Sesión:

	Objetivos	Caldeamiento	Desarrollo	Cierre
1	Realizar el encuadre del grupo. Realizar la evaluación inicial de los miembros del grupo. Entrenar habilidades sociales.	“¡A caminar para relajar!”	Encuadre “La pelota caliente”. Composición. Papelógrafo grupal.	“Completando rostros”.
2	Canalizar la ansiedad. Fortalecer atención y concentración. Entrenar habilidades sociales. Entrenar la motricidad.	Cadena de nombres.	Picado y amasado del barro. Elaboración de figuras (tema “Mi familia”). Construcción de una historia grupal.	Ejercicio específico de grafoterapia “Incrementar la espontaneidad”.
3	Canalizar la ansiedad. Fortalecer atención y concentración. Entrenar habilidades sociales. Entrenar la motricidad. Desarrollar la autoestima.	Escultor y estatua.	Reparado y animado de las piezas de barro. Construcción de una nueva historia grupal. Te voy a decir.	El caracol familiar.

4	Evaluar la evolución del grupo. Entrenar habilidades sociales.	“El ciego y el lazarillo”.	Papelógrafo grupal. “Los árboles”.	Ejercicio específico de grafoterapia “Espacios y límites”.
5	Entrenar habilidades sociales. Fortalecer atención y concentración.	“Ejercicio de resistencia”.	Teatro con títeres “Mal carácter”. “Mi títere no se pone bravo”.	Ejercicio específico de grafoterapia “Control de impulsos”. “Adiós con la mímica”.
6	Entrenar habilidades sociales. Desarrollar la autoestima. Fortalecer atención y concentración. Canalizar la ansiedad.	“Partes del cuerpo”.	Juegos de ritmo y color: pintura dactilar. Este soy yo.	“Mi cuerpo se despide”.
7	Canalizar la ansiedad. Fortalecer atención y concentración. Entrenar la motricidad. Entrenar habilidades sociales.	El rincón de la ira.	Elaboración de figuras (tema “Para espantar lo que más me molesta”). Construcción de una historia grupal.	“Lo bueno, lo bello, lo que amo”.
8	Evaluar la evolución del grupo. Fortalecer atención y concentración. Canalizar la ansiedad. Entrenar habilidades sociales.	“El objeto imaginario”.	Papelógrafo grupal. Juegos de ritmo y color: pintura dactilar.	“Este soy yo este era yo”. Abrazo grupal.

Discusión

El Trastorno disocial estuvo presente en todo el grupo. Un sujeto tiene Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación, y el 25% un TDAH tipo combinado, con comorbilidad con un subtipo de Trastorno disocial. El género masculino tiene prevalencia (toda la población es de varones). Las pautas diagnósticas se correspondieron con las descritas en el DSM-IV (APA, 2003) y CIE-10 (OMS, 1989).

El defecto primario en estos trastornos lo constituyeron las alteraciones en la esfera afectivo-volitiva. Las emociones más frecuentes fueron la ira, irritabilidad, angustia, ansiedad, temor y cólera. Los menores estudiados son impulsivos: interrumpen las actividades y conversaciones de los otros, y se precipitan a dar respuestas antes de que las preguntas hayan sido completadas (coincidente con lo referido por la APA (2003) para niños con TDAH); lo cual fue evidente en sus representaciones gráficas.

No planifican sus acciones, ni tienen en cuenta las consecuencias de estas: su actividad voluntaria se queda en la fase de la necesidad de hacer, pero no se transforma en interés (Fontes, O. y Pupo, M., 2006). Esta característica podría explicar el pobre autocontrol de su conducta (contrario a lo esperado para la edad), además de su baja tolerancia a la frustración. En ocasiones, se trazan metas (incluso proyectos futuros por su necesidad de autorrealización) que no pueden realizar, pues no consideran sus posibilidades reales. Por esto su deseo solo se queda en la necesidad, y es lo que produce irritabilidad y frustración al no poder cumplir con lo planeado.

La autovaloración tiene un pobre desarrollo; a pesar de que se espera que se torne más objetiva por la experiencia acumulada (Domínguez, L., 2007). La autoestima es baja y sienten que no pueden rendir acorde a lo que se les exige. En esto el adulto juega un papel fundamental, pues los niños conductuales suelen ser rechazados por la sociedad, y el criterio del adulto será decisivo para su adecuado desarrollo psicológico. Este rechazo es percibido por estos menores, ante lo que responden con la necesidad altamente demandante de transitar a la enseñanza general para poder ser “normales”.

Como defecto secundario aparecieron dificultades en las relaciones interpersonales. En esta investigación, coincidente con la literatura, muchos de los problemas se relacionaron con situaciones familiares inadecuadas (Quiroga, S. y Cryan, G., 2009). Todas las familias son disfuncionales. Los niños establecen vivencias negativas en relación a estas figuras, que exteriorizan por medio de un comportamiento disocial. Estas familias, en su mayoría, no están de acuerdo con el diagnóstico de sus hijos y justifican sus comportamientos. Esto puede deberse a que las conductas disociales no son visibilizadas como un problema, sino que constituyen una condición aceptada porque forma parte de su cotidiano de vida: en estas hay antecedentes penales, y APF de trastorno disocial (50%), problemas psiquiátricos y desajuste emocional (33%).

Como actitudes y acontecimientos potencialmente psicopatógenos en el ámbito familiar, encontramos sobreprotección, permisividad, conflictos o divorcio de los padres, maltrato –físico y verbal– como método educativo cotidiano, rigidez y autoritarismo de los padres, pérdida física o emocional por ausencia de los padres, y conflictos alrededor de la crianza del niño. Traen como consecuencia, según García, A. (2011b), limitaciones en la socialización, dificultades para controlar la ansiedad y el temor, inseguridad, inhibición emocional, rebeldía, baja tolerancia a la frustración, dificultad para el establecimiento de normas y valores morales, y problemas conductuales; lo cual se observa también en los protagonistas de esta investigación y repercute en sus dificultades en las relaciones interpersonales en otras esferas de actuación.

La necesidad de afecto es la más demandante dentro de la jerarquía motivacional, y para ellos se satisface a partir de los vínculos con sus familiares. Sin embargo, consideramos que constituye más bien un deseo y no una realidad de vida, pues a pesar de que quieren a sus familiares, estos menores son víctimas de conflictos, además de maltrato físico y psicológico por parte de estas figuras.

Estas familias, aunque cumplen con su función económica según lo referido en el expediente escolar, presentan grandes problemas en sus responsabilidades educativas. El vínculo hogar-escuela es deficiente. Tampoco garantizan el cumplimiento del tratamiento médico indicado por los especialistas.

Existe falta de correspondencia entre la percepción que tienen de sus maestros, y cómo se comportan con ellos. Los describen con atributos positivos (como bueno y lindo). Esto es esperado para la edad, ya que esta figura es admirada hasta aproximadamente el cuarto grado (Domínguez, L., 2007). Sin embargo, las relaciones con estos se basan en negativismo, hostilidad, oposición, desafío, agresividad física y verbal, y resistencia a la autoridad. Este resultado, en apariencia contradictorio, puede explicarse por dos motivos: 1) pueden existir figuras atractivas para el menor que lo “obliguen” a mantenerse en el proceso educativo; y 2) el vínculo primario de autoridad está dañado porque algunos familiares están ausentes o presentes-ausentes.

Estas conductas se expresan mediante la falta de hábitos de conducción dentro del aula, muchos de los que se explican también por su hiperactividad: abandonan el asiento o se remueven en él, están

en marcha, hablan en exceso, y maltratan la propiedad social. No obstante, reconocen su indisciplina y tienen preocupación por el cambio; lo cual no necesariamente se deba a la interiorización de este comportamiento desajustado, sino a los continuos llamados de atención realizados por sus profesores.

El grupo escolar constituye uno de los espacios en los que satisfacen necesidades afectivas y cognoscitivas, y donde asimilan las normas (Domínguez, L., 2007). A pesar de que el juego deja de ser la actividad rectora de este período, las necesidades recreativas ocupan un lugar importante en la jerarquía motivacional, y se satisfacen con los coetáneos. Aunque esto posibilita el desarrollo de la esfera moral, debe recordarse que se relacionan con otros que tienen similares problemas conductuales, lo que repercute negativamente en su formación moral. Podría ser una de las causas de los conflictos entre ellos, de las agresiones físicas, de las ofensas por medio de palabras soeces (coprolalia), del rechazo grupal y del escaso establecimiento de relaciones.

Las dificultades en el lenguaje repercuten en la comunicación, la planificación y control de las actividades, y la adquisición de conocimientos (Fontes, O. y Pupo, M., 2006). Para su edad, utilizan un vocabulario pobre y tienen dislalia. Consideramos que estas afectaciones se han producido debido a la poca estimulación recibida en el hogar.

Todas estas dificultades en la comunicación social se expresaron en el dibujo infantil: a pesar de que tienen la capacidad de planear lo que desean expresar y de dar respuestas emocionales adecuadas y con la acometividad suficiente ante los estímulos; con relación al concepto de lo humano tienen problemas para expresarse, son rígidos, y sienten desprecio, desagrado, molestia profunda hacia este tipo de representaciones. Además, cuando dibujan el sol y las casas, disminuye la energía a partir de la presencia de atascos energéticos.

Como defecto secundario, también aparecen dificultades en la esfera cognoscitiva. El pensamiento, aunque es normal porque se corresponde con sus vivencias, está afectado (Fontes, O. y Pupo, M., 2006): es coherente pero poco flexible y reflexivo, con dificultades para relacionar con lógica los elementos, y con problemas para la formación de conceptos. Aún las abstracciones y generalizaciones son poco profundas.

Al contrario de lo que sucede con los niños de la norma (en los que aumenta el volumen y la capacidad de concentración de la atención), se les dificulta mantener su atención en las actividades. Se distraen por estímulos irrelevantes, les cuesta dedicarse a tareas que impliquen un esfuerzo mental sostenido. Son hiperactivos y no siguen instrucciones (lo que se corresponde con la distractibilidad según la APA, 2003).

La distractibilidad repercute en la memoria, pues dificulta captar las estimulaciones del medio que serán reproducidas (Fontes, O. y Pupo, M., 2006). Aunque la mayoría de los niños está funcionando acorde a la edad, donde aumenta el volumen de la retención y la rapidez de la fijación (Domínguez, L., 2007), en algunos hay problemas para reproducir y conservar los contenidos recibidos. Una de las causas de este resultado, además de la distractibilidad y la baja estimulación recibida, es que los menores con trastorno de la conducta tienen baja motivación e interés por la actividad docente.

Como otro defecto secundario aparecieron las dificultades en el aprendizaje. En estas influyen sus problemas cognitivos y la baja preocupación familiar por su desempeño académico. Estos niños no reconocen estas dificultades, lo que podría explicarse porque, al ser rechazados por la sociedad por estar en una escuela de conducta, tratan de suplir los daños en la autoestima negando las deficiencias que los hagan concordar con el modelo de "incapacidad" que se le asocia a los disociales. Según Bozhovich (1976), muchos rinden por debajo de sus posibilidades intelectuales porque temen fracasar, son indiferentes hacia sus propios éxitos, o sienten rechazo por el estudio.

En los niños con alteraciones psicológicas el dibujo se desvía del desarrollo gráfico normal (García, A., 2011b). En este caso, los indicadores presentes tienen variaciones conforme a lo encontrado por la autora, lo que se traduce en: dificultades para el control de los impulsos y el respeto a los límites, necesidad de comunicar a los otros, rigidez del pensamiento, dificultad para expresar las emociones

ante los estímulos del entorno (relacionado con el concepto de lo humano), dificultades atencionales y poca flexibilidad, tendencia a la impulsividad, y la acometividad para ejecutar las acciones encaminadas a la satisfacción de sus principales necesidades y motivos.

Conclusiones

Como parte de esta investigación, podemos afirmar que:

1. Resulta necesario diseñar los proyectos de intervención en función de las necesidades terapéuticas de cada menor.
2. La reincorporación de los menores a la enseñanza general debe realizarse solo cuando estos hayan superado las dificultades que lo llevaron a estar en una Escuela de Conducta; y, cuando tanto ellos como las instituciones que los reciben, tengan la preparación adecuada para ello.
3. Dado que el espacio familiar es uno de los que más afecta el desarrollo de estos menores, debe lograrse el aumento del vínculo hogar-escuela y, con ello, preparar a los padres para lograr el adecuado intercambio con sus hijos.

Bibliografía

Allen, F. (1945): *Psicoterapia Infantil*. Argentina: Rosario.

Álvarez, L. M, Rodríguez, W. y Moreno, M. A. (2003): Evaluación neurocognoscitiva del trastorno por déficit de atención con hiperactividad [versión electrónica]. *Perspectivas psicológicas*, 3 (4), 83-90. Recuperado el 20 de marzo de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1992-46902003000100009&script=sci_arttext

American Psychiatric Association (2003): *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th ed. [versión electrónica]. Texto revisado. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Amescua, G. (1997): *La magia de los niños*. La Habana: Academia.

Benjumea, P. & Mojarro, M. D. (2000): Trastornos de conducta. Los comportamientos disociales. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. En Rodríguez, J., *Psicopatología Infantil Básica. Teoría y casos clínicos* (243-251) Madrid: Pirámide.

_____ (2000): Trastorno hiperactivo. Clínica. Comorbilidad. Diagnóstico. Tratamiento. En Rodríguez, J., *Psicopatología Infantil Básica. Teoría y casos clínicos* (253-267) Madrid: Ediciones Pirámide.

Bozhovich, L. I. (1976): *La personalidad y su formación en la edad infantil*. La Habana: Pueblo y Educación.

Bozhovich, L.I. y Blagonadiezina, L.V. (1976): *Psicología de la personalidad del niño escolar*, t. I. La Habana: Pueblo y Educación.

Calviño, M. (1998): *Trabajar en y con grupos. Experiencias y reflexiones básicas*. La Habana: Academia.

Castellanos, R. (2008): Una experiencia psicoterapéutica de trabajo grupal infantil. Reflexiones teóricas y metodológicas. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.

Castelli, Y. & Maturana, B. (2010): *Fenómenos especiales en Rorschach y Zulliger*. Recuperado 10 de febrero de 2013, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Fen%C3%B3menos-Especiales/1133319.html>

Castaño, J. (2007): Neuropsicología y Pediatría [versión electrónica]. *Archivos argentinos de pediatría*, 105 (4), 320-327. Recuperado el 20 de marzo de 2013, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752007000400007&script=sci_arttext

Colectivo de Autores (2005): *Psicología Especial*, t. I. La Habana: Félix Varela.

Colectivo de Autores (2006): *Psicología del Desarrollo del Escolar. Selección de Lecturas*, t. I. La Habana: Félix Varela.

Colectivo de Autores (2008): *Psicoterapia general*. La Habana: Félix Varela.

- Cuba. Consejo de Estado (1982): *Decreto Ley No. 64: Sistema para la atención a menores con trastornos de conducta*. Ciudad de La Habana.
- Dalley, T. (1987): *El arte como terapia*. España: Herder.
- De la Peña, F. (2003): Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial [versión electrónica]. *Salud Pública de México*, 45 (1), 124-131. Recuperado el 16 de febrero de 2013, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15453.pdf>
- Domínguez, L. (2007): *Psicología del Desarrollo. Problemas, principios y categorías*. La Habana: Félix Varela.
- Fernández, L. (2012): Experiencia psicoterapéutica grupal, basada en la combinación del cuento terapéutico con las técnicas creativas, dirigidas a escolares menores con trastornos emocionales y/o del comportamiento. Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Fontes, O. & Pupo, M. (2006): *Los trastornos de la conducta. Una visión multidisciplinaria*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Friedrich, W. & Kossakowski, A. (1975): *Psicología de la edad juvenil*. La Habana: Pueblo y Educación.
- García, A. (1997): *Psicoterapia Infantil. La especialidad de las contradicciones*. Mesa redonda sobre Psicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- _____. (2003): *Psicopatología Infantil. Su evaluación y diagnóstico*. La Habana: Félix Varela.
- _____. (2008): *¿Qué nos dicen los dibujos?* [multimedia interactiva]. Facultad, de Psicología, Universidad de La Habana.
- _____. (2010): Las señales de violencia en los dibujos infantiles. Indicadores globales de daño [versión electrónica]. *Investigaciones Médicoquirúrgicas*, 2 (1), 39-42.
- _____. (2010): Niños: dibujo libre y Rorschach. *Grafología argentina con el mundo*, 5 (5), 55-58.
- _____. (2010): *Psicoterapia Infantil* [multimedia interactiva]. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
- _____. (2011): *El Grupo psicoterapéutico*. [versión electrónica]. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- _____. (2011): *Psicología Clínica Infantil. Su evaluación y diagnóstico*. [versión electrónica]. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
- _____. (2013): *Actualización de indicadores para el análisis de los dibujos espontáneos*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- _____. (2013): *Los trastornos emocionales en la infancia y la adolescencia*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006): *Metodología de la Investigación* (Cuarta edición). New York: Mc Graw Hill.
- Isla, B. (2006): Trastorno disocial de la conducta (parte I). Recuperado el 21 de enero de 2013, de http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?id_articulo=1001
- López, E. (2007): Técnicas creativas. Experiencia psicoterapéutica grupal con niños entre cuatro y seis años con trastornos de las emociones y del comportamiento. Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- López, J.A, Serrano, I., Sánchez, J. D, Cañas, M. T, Gil, C. & Sánchez, M. I. (2004): Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Evolución en dimensiones clínicas, cognitivas, académicas y relacionales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 63-80. Recuperado el 13 de marzo de 2013, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000300005&script=sci_arttext&tlng
- Mas, C. (2009): El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. *Clínica y Salud*, 20 (3), 249-259. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000300006&script=sci_arttext&tlng
- Organización Mundial de la Salud (1989): *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Palacios, L. et al. (2008): Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar pediátrico, ¿comorbilidad o traslape clínico?: una revisión. Segunda parte. *Revista Salud Mental*, 31 (2), 87-92. Recuperado el 20 de marzo de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200002

- Pérez, A. (2005): *Psicoterapia de grupo con niños, adolescentes y padres: Experiencias de trabajo*. La Habana: Científico-Técnica.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2009): Trastorno de personalidad en padres de adolescentes violentos con diagnóstico de trastorno negativista desafiante y trastorno disocial [versión electrónica]. *Anuario de investigaciones*, 16, 85-94. Recuperado el 16 de marzo de 2013, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100008
- Ras, M. (1917): *Grafología. Estudio del carácter por la escritura*. España: ESTVDIO.
- Reyes, E. et al. (2008): Potenciales relacionados con eventos y comorbilidad en un grupo de adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Salud Mental*, 31 (3), 213-220. Recuperado el 21 de marzo de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000300007&script=sci_arttext
- Roca, M.A. (1998): *Elementos básicos de Psicoterapia Infantil*. La Habana: Academia.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (2002): *Metodología de la investigación cualitativa*. La Habana: PROGRAF.
- Rodríguez, J. (2000): *Psicopatología Infantil Básica. Teoría y casos clínicos*. España: Pirámide.
- Roizblatt, A., Bustamante, F., & Bacigalupo, F. (2003): Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos. *Revista Médica de Chile*, 131 (10), 1195-1201. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003001000015&script=sci_arttext
- Ruiz, M., Gutiérrez, J., Garza, S. & de la Peña, F. (2005): Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 62 (2), 145-152. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462005000200009&script=sci_art
- Urbano, S. (2006): *Curso-Taller de Grafopatología*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Valdés, R. (1979): *El desarrollo psicográfico del niño*. La Habana: Científico-Técnica.
- Vega, R. (1978): *Psicoterapia Infantil*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Vega, R. (2008): *El niño con alteraciones psicológicas y su tratamiento*. La Habana: Félix Varela.
- Zaldívar, D. (1995). Arte y Psicoterapia. *Revista Cubana de Psicología*, vol. 12 (1-2).

Nota:

¹El Taller para los Maestros y el Proyecto íntegro se encuentran en Batista, G. (2013). Diseño de un proyecto de intervención psicoterapéutica para escolares con trastornos del comportamiento y de las emociones de la Escuela Primaria de Conducta Tipo I, Nueva Juventud. Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.