

**CARACTERIZACIÓN Y RELACIÓN BIO-PSICO-SOCIAL ENTRE INTELIGENCIA  
EMOCIONAL Y TRASTORNOS DE CONDUCTA**

**En niños con Necesidades Educativas Especiales (N.E.E.) de tipo psíquico derivadas  
de Retardo Mental y Autismo entre 5 y 13 años de edad.**

**Proyecto Desarrollo de Habilidades Cognitivo - Adaptativas (D.H.C.A) del Centro de  
Servicios Pedagógicos (C.S.P.).**

**María Lissette Cervera**

**Juan Carlos Gutiérrez**

**Maryory Alexandra Hoyos**

**Angela María Lopera**

**Sandra Yanet Rojas**

**John Bairon Villada**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN INFANTIL  
MEDELLÍN**

2001

**CARACTERIZACIÓN Y RELACIÓN BIO-PSICO-SOCIAL ENTRE INTELIGENCIA  
EMOCIONAL Y TRASTORNOS DE CONDUCTA**

**En niños con Necesidades Educativas Especiales (N.E.E.) de tipo psíquico derivadas  
de Retardo Mental y Autismo entre 5 y 13 años de edad.**

**Proyecto Desarrollo de Habilidades Cognitivo-Adaptativas (D.H.C.A) del Centro de  
Servicios Pedagógicos (C.S.P.).**

**María Lissette Cervera  
Juan Carlos Gutiérrez  
Maryory Alexandra Hoyos  
Angela María Lopera  
Sandra Yanet Rojas  
John Bairon Villada**

**Proyecto Pedagógico para optar al título de  
Licenciado(a) en Educación Infantil Especial**

**Asesora  
MARIELA RODRIGUEZ ARANGO  
Educatora Especial  
Magister en Educación.  
Enfasis en Desarrollo Cognitivo y Creatividad**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN INFANTIL  
MEDELLÍN  
2001**



*A nuestros alumnos y alumnas,  
esos seres maravillosos que nos enseñaron  
que la inteligencia va más allá  
de la capacidad cognitiva...*

## AGRADECIMIENTOS

*Expresamos gratitud a nuestras familias por su apoyo, comprensión y paciencia sin límites;  
A Mariela Rodríguez, nuestra asesora, por sus valiosos aportes académicos y personales;  
A las familias, niños y niñas del proyecto, por permitirnos aprender con ellos el valor emocional  
del compartir;  
a Dios y a todos aquellos que de una u otra forma hicieron posible que todas nuestras ideas, metas  
y sueños se materializaran en este trabajo...  
a todos ellos muchas gracias.*

*Estudiantes Proyecto Desarrollo de  
Habilidades Cognitivo – Adaptativas.  
Junio 2000 / Noviembre 2001*

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
ANTECEDENTES DEL PROYECTO	XIV
PREGUNTAS ORIENTADORAS	
XIV	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	XV
OBJETIVO GENERAL	XVI
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
XVI	
JUSTIFICACIÓN	XVII
DESCRIPCION Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	
XX	
MARCO CONCEPTUAL	23
<b>1. INTELIGENCIA: CONCEPTOS Y DEFINICIONES</b>	<b>23</b>
* EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA	
25	
1.1.1 Enfoque Tradicional: Modelo Psicométrico.	
26	

1.1.2	Enfoque Funcional: Análisis Funcional de la Conducta.	
		27
1.1.3	Modelo Dinámico o del Potencial de Aprendizaje	
		28
<b>2.</b>	<b>INTELIGENCIA SOCIAL</b>	<b>31</b>
2.1.	TEORÍAS DEL DESARROLLO SOCIO-AFECTIVO: JEAN PIAGET.	32
2.1.1	Etapas del desarrollo afectivo.	
		33
2.2.	INTELIGENCIA PERSONAL DE HOWARD GARDNER	
		35
<b>3.</b>	<b>INTELIGENCIA EMOCIONAL (I.E)</b>	<b>39</b>
3.1.	EVOLUCION HISTÓRICA DEL CONCEPTO	40
3.1.1	Inteligencia Emocional (I.E.) y Coeficiente Intelectual (C.I.).	41
3.1.2	Emociones.	42
3.1.2.1	Emociones Universales.	46
3.2.	BASES BIOLÓGICAS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	47
3.2.1	Neurotransmisores (Neuropéptidos).	
		48
3.2.2	Corteza Cerebral.	48
3.2.3	Sistema Límbico.	49
3.2.4	Aspectos Fisiológicos de la emoción.	
		50
3.3	BASES PSICOSOCIALES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	
		52
3.3.1	Interacción Fisiológica y Cognitiva en la emoción.	
		52

3.3.2 Aspectos Cognitivos de la emoción.	
53	
<b>4. CONDUCTA, COMPORTAMIENTO Y HABILIDAD</b>	<b>56</b>
4.1. CONDUCTA: Historia del término	56
4.2. CONDUCTA Y COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO	57
4.3. HABILIDAD ADAPTATIVA	57
4.4. HABILIDADES SOCIALES	58
<b>5. PSICOPATOLOGÍA</b>	<b>60</b>
5.1. TRASTORNOS MENTALES	60
5.1.1. Reseña histórica	60
5.2. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL	62
5.2.1 Aportes de la Psicopatología del Desarrollo a la Psicopatología Infantil	
63	
5.2.2 Psicopatología Afectiva	64
5.3 ALGUNAS CONCEPCIONES SOBRE TRASTORNOS DE CONDUCTA	
65	
5.3.1 Etiología	69
5.3.1.1 Perspectivas orgánicas	69
5.3.1.2 Perspectivas Sociales	
71	
5.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA	72
5.4.1. Conductas Disruptivas (C.D.) en el contexto escolar.	
76	
5.5. CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA	77
5.5.1. Clasificación Clínica: Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM IV) con	



los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

78

5.5.1.1.Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y adolescencia: 80

- ❖ Trastorno del Aprendizaje
- ❖ Trastorno de la comunicación
- ❖ Trastorno Generalizados del desarrollo
- ❖ Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador
- ❖ Trastorno de tics
- ❖ Trastorno de eliminación
- ❖ Trastorno de la alimentación
- ❖ Trastorno del sueño
- ❖ Trastorno del control de los impulsos no clasificados

5.5.2.Clasificación Psicopedagógica: Necesidades Educativas Especiales (N.E.E) 88

5.5.2.1.Psíquicas 88

- ❖ Dificultades del Aprendizaje
- ❖ Deficiencias intelectuales
- ❖ Deficiencias emocionales, afectivas o sociales

5.5.3 Evaluación y Diagnóstico de los Trastornos de Conducta

90

5.5.3.1 Modelos de Evaluación 90

## **6. CARACTERIZACION DEL DESARROLLO PSICO-SOCIAL EN NIÑOS Y NIÑAS CON N.E.E PSIQUICAS**

95

6.1 RETARDO MENTAL (R.M.) 95

6.1.1 Definición 95

6.1.2 Diagnóstico 96

6.1.3 Desarrollo Evolutivo

99

6.1.3.1 Lenguaje	101
6.1.3.2 Personal social	102
6.2 AUTISMO	104
6.2.1 Definición	104
6.2.2 Diagnóstico	105
6.2.3 Desarrollo Evolutivo	
106	
6.2.3.1 Desempeño cognitivo	
106	
6.2.3.2 Desempeño comunicativo	107
6.2.3.3 Desempeño personal social	
109	
<b>7. DESCRIPCION DEL PROCESO METODOLOGICO</b>	<b>112</b>
7.1 FASES DEL PROYECTO	114
7.1.1 Fase I Preactiva: Observación y diagnóstico para la formulación y diseño inicial.	
114	
7.1.2 Fase II Interactiva	119
7.1.3 Fase III: Análisis de Datos o Post activa	131
<b>8. ANALISIS E INTERPRETACION: CATEGORÍAS DE ANÁLISIS</b>	<b>136</b>
8.1 FACTORES BIOLÓGICOS	137
8.2 FACTORES PSICOLÓGICOS	140
8.3 FACTORES SOCIALES	
143	
8.4 TRASTORNOS DE CONDUCTA (T.C)	151
8.4.1 En Autismo	151

8.4.2 En Retardo Mental	154
8.5. INTELIGENCIA EMOCIONAL	155
8.5.1 Inteligencia Interpersonal	156
8.5.2 Inteligencia Intrapersonal	160
8.6 RELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y TRASTORNOS DE CONDUCTA	161
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>165</b>
<b>10. RECOMENDACIONES</b>	<b>167</b>
BIBLIOGRAFIA	169
ANEXOS	173

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Componentes de la emoción.	45
Cuadro 2. Aspectos fisiológicos de las emociones (Reeve, 1994).	51
Cuadro 3. Proceso cognitivo de la emoción.	54
Cuadro 4. Esquema de clasificación de las Necesidades Educativas Especiales.	89
Cuadro 5. Caracterización de la población	120
Cuadro 6. Etiología de la población.	137
Cuadro 7. Revisión y análisis de exámenes neurológicos.	139
Cuadro 8. Entrevistas a comunidad.	145
Cuadro 9. Entrevista a profesionales.	147
Cuadro 10. Entrevistas a familias.	149

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Sistema Límbico, base biológica de las emociones.	47
Figura 2. Distribución funcional de la corteza cerebral.	70

## LISTA DE ABREVIATURAS

A.A.M.D: Asociación Americana de Deficiencia Mental.

A.A.M.R: Asociación Americana de Retardo Mental.

A.P.A.: Asociación Americana de Psiquiatría.

C.D: Conductas Disruptivas.

C.I.E. 10: Clasificación Internacional de Enfermedades.

C.I.: Cociente Intelectual.

C.S.P.: Centro de Servicios Pedagógicos.

D.H.C.A: Desarrollo de Habilidades Cognitivas y Adaptativas.

D.S.M.IV: Diagnostic Statical Manual (Manual Diagnostico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría con los códigos del C.I.E. 10).

G.S.T.C.: Guía de Seguimiento de Trastorno de Conducta.

I.A.P.: Investigación Acción Participación.

I.E.: Inteligencia Emocional.

N.E.E.: Necesidades Educativas Especiales.

P.I.I.E.: Prueba Informal de Inteligencia Emocional.

R.M.: Retardo Mental.

S.N.C.: Sistema Nervioso Central.

T.C: Trastorno de Conducta.

## LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1. Entrevistas a familias.

Anexo 2. Entrevistas a comunidad.

Anexo 3. Entrevistas a profesionales.

Anexo 4. Prueba Informal de Inteligencia Emocional (P.I.I.E)

Anexo 5. Guía de Seguimiento de Trastornos de Conducta (G.S.T.C)

Anexo 6. Análisis de registros filmicos.



## I. ANTECEDENTES

### PREGUNTAS ORIENTADORAS

1. ¿Existe relación entre la conducta afectiva y emocional y los determinantes biológicos del diagnóstico, en niños y niñas con Retardo Mental (RM) y Autismo?
2. ¿Cuáles son las características de la conducta emocional en niños y niñas con Retardo Mental y Autismo, de acuerdo con los determinantes biológicos de sus diagnósticos?
3. ¿Las alteraciones de la conducta emocional y afectiva en niños y niñas con Retardo Mental y Autismo pueden ser consecuencia de factores exógenos; ambientales, psico sociales, culturales?
4. ¿Cómo influyen las características de desarrollo cognitivo - comunicativo en la conducta emocional y afectiva de la población con Retardo Mental y Autismo?
5. ¿Las alteraciones de la conducta en niños y niñas con Retardo Mental y Autismo, pueden ser explicadas a partir del concepto de Inteligencia Emocional?
6. ¿ Las alteraciones del comportamiento en niños y niñas con Retardo Mental y Autismo tienen alguna relación con sus expresiones afectivas y emocionales?

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre los factores bio-psico-sociales de la Inteligencia Emocional (I.E) y los Trastornos de Conducta (T.C) de los niños y niñas con Necesidades Educativas Especiales (N.E.E) de tipo psíquico, derivadas de Retardo Mental (RM) y Autismo entre 5 y 13 años de edad cronológica, del proyecto Desarrollo de Habilidades Cognitivo - Adaptativas (D.H.C.A) del Centro de Servicios Pedagógicos (C.S.P.)?.

## **OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar las formas y manifestaciones de la relación entre Inteligencia Emocional (I.E) y Trastornos de Conducta (T.C), a partir de los factores biológicos, psicológicos y sociales en niños y niñas con N.E.E. derivadas de RM y Autismo entre 5 y 13 años de edad cronológica del proyecto de Desarrollo de Habilidades Cognitivo Adaptativas (D.H.C.A) del Centro de Servicios Pedagógicos, que permita la formulación de propuestas pedagógico-didácticas para la enseñanza y aprendizaje social.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Identificar los Trastornos de Conducta de mayor prevalencia y sus posibles causas en la población objeto de estudio.

Describir las características de la I.E en niños y niñas con R.M y Autismo.

Diseñar y aplicar una propuesta de evaluación que de cuenta del desarrollo y características de la I.E y los T.C., en la población objeto de estudio.

Implementar estrategias de divulgación de la investigación, por medio de la incorporación de nuevas tecnologías, que permitan la proyección y capacitación a la comunidad.

## JUSTIFICACIÓN

En el proceso pedagógico que se realiza al interior del proyecto Desarrollo de Habilidades Cognitivo - Adaptativas (D.H.C.A), el cual se desarrolla como proyecto de atención pedagógica al interior del Centro de Servicios Pedagógicos de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquía, se contempla como punto de partida la observación y caracterización de la población, entre la cual se encuentran múltiples diagnósticos etiológicos como el autismo y el R.M. (sólo o asociado a otras etiologías como el Síndrome de Down, D.D.A.H, alteraciones motoras, entre otras). A partir de esos procesos de observación, se ha logrado identificar en la población -como características de desarrollo - déficits a nivel cognitivo, comunicativo y social principalmente; sin embargo, esta misma observación ha permitido detectar que, si bien las alteraciones cognitivas son generalizadas a los diferentes contextos de los que el niño hace parte (escuela, hogar, comunidad), no pasa lo mismo con los déficits comunicativos y sociales, pues las manifestaciones de la conducta en estas áreas parecen diferir en la relación a las situaciones, lugares y personas con las que interactúa el niño.

Dentro del área social, se encuentra predominio de alteraciones a nivel de la conducta adaptativa y habilidades sociales, expresados en conductas consideradas como disruptivas: mutismo, agresividad, autolesión, negativismo, manierismos, aislamiento, entre otras; encontrando además que estas expresiones pueden estar relacionadas con una intención comunicativa, es decir, con la expresión de deseos, angustia, ansiedad, frustración, cólera o alegría propias de la inteligencia emocional. Sin embargo, se identifica respuestas afectivas y emocionales positivas como: la ternura, el llanto. La risa, la solidaridad, la amistad, con relación a otras personas, a sí mismo y a situaciones sociales las cuales aparecen ante estímulos motivantes, es decir personas, situaciones o ambientes que le generen sentimientos

Es a partir de estas observaciones sobre la conducta social, afectiva y emocional en la población objeto de estudio, que se busca dar respuesta a la pregunta acerca de la relación bio-psico-social entre la Inteligencia Emocional y los Trastornos de Conducta de los niños con N.E.E. derivadas de R.M. y Autismo entre los 5 y 13 años del proyecto D.H.C.A, lo cual se convierte en el problema abordado en este trabajo.

Este tema de investigación presenta dos ejes fundamentales: la Inteligencia Emocional y los Trastornos de Conducta del RM y el Autismo. Para abordarlos se hace necesario tener en cuenta otras categorías como: Inteligencia, inteligencia social, neurofisiología de las emociones, desarrollo afectivo, psicopatología, evaluación y diagnóstico de los trastornos de conducta, entre las más importantes. Se pretende abarcar el tema de la Inteligencia Emocional no sólo desde la perspectiva neurobiológica, que brinda los elementos estructurales y funcionales a nivel orgánico, sino también desde su desarrollo, evolución en el niño y niña, teorías humanísticas que den cuenta de los diversos factores que afectan la conducta emocional y otras teorías que permitan hacer un análisis integral de este tema. Así mismo, en cuanto a los diagnósticos abordados (RM y Autismo), se

tomaran en cuenta las diversas concepciones sobre que a lo largo de la historia han surgido, profundizando en el desarrollo social y afectivo para poder posteriormente, caracterizar y establecer relaciones entre el estado actual de la población, los trastornos de conducta y su desempeño emocional.

Establecer una relación desde lo biológico lo psicológico y lo social, implica realizar una caracterización de la población, partiendo de teorías acerca del desarrollo socio-afectivo, desde autores como Piaget, Sternberg, y otros más actuales como Riviére, Gardner y Goleman; acerca de factores biológicos como el funcionamiento y estructuras cerebrales que intervienen en la conducta; y teorías cognitivas y conductuales que expliquen la presencia de las conductas disruptivas o desadaptativas en la infancia (como la del D.S.M. IV). De esta manera, analizando y estableciendo relaciones, categorías conceptuales entre estas temáticas, se pretende caracterizar la inteligencia emocional y los trastornos de conducta, buscando información en el contexto escolar (C.S.P.) a través de observación directa, entrevistas y pruebas informales, y en otros entornos de la población empleando entrevistas abiertas (familias, profesionales del área de la salud física y mental y otras personas), de tal manera que posteriormente se puedan establecer conclusiones que sirvan como referente teórico y metodológico +para el diseño y aplicación de modelos de intervención dirigidos al trabajo pedagógico de la inteligencia emocional y los trastornos de conducta.

Consideramos que el estudio de estos temas tiene un alto impacto, no solo dentro de nuestra formación docente sino también a nivel social, pues el estado del arte de estos temas nos muestra que es muy poco lo que se conoce sobre ellos y su relación, lo cual ocasiona un desconocimiento general sobre la evaluación e intervención de los trastornos de conducta en función de la inteligencia emocional, dentro del ámbito pedagógico.

Se espera que a partir de este trabajo se logre comprender el comportamiento afectivo y emocional de los niños y niñas, especialmente de aquellos que presentan R.M. y Autismo más allá del plantear técnicas de modificación que buscan extinguir o eliminar conductas, posibilitando con el mejoramiento de su desempeño social, tanto con relación a las interacciones con otras personas como también con respecto a sí mismo.

## **ANALISIS Y DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

El Centro de Servicios Pedagógicos de la Universidad de Antioquía, se concibe como un espacio en donde se pretende dar atención a las necesidades educativas y de rehabilitación de la población infantil que presenta algún trastorno en su desarrollo, fundamentalmente, tanto a través de programas y convenios inter institucionales

(I.C.B.F, Comfama, Universidad María Cano) como por proyectos de estudiantes en práctica de la Licenciatura en Educación Infantil Especial de la misma.

Dentro de éstos se encuentra el proyecto de Desarrollo de Habilidades Cognitivo Adaptativas (D.H.C.A.), el cual brinda atención a la población que presenta diagnóstico clínico de: Retardo Mental y Parálisis Cerebral entre los 7 y 12 años; Autismo y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad entre los 4 y 12 años, en el marco de la educación no formal, conforme a lo estipulado en la Ley General de Educación o Ley 115 de 1994 en el capítulo II (Artículos 36 al 42), y el título III en cuanto a modalidades de atención educativa a poblaciones y concretamente en el capítulo I sobre educación para personas con limitaciones, talentos o capacidades excepcionales (Artículos 46 al 49). Este proyecto pretende realizar acciones pedagógicas encaminadas al desarrollo de habilidades y capacidades cognitivas y de adaptación que les permita, bien sea integrarse a un aula regular, a programas pre vocacionales (de formación laboral) y/o desarrollarse integralmente en su entorno social.

En la actualidad, el proyecto atiende un máximo de 45 niños en modalidad grupal e individual, con una intensidad de 4 horas semanales, distribuidas en dos sesiones de 2 horas cada una. Los grupos se conforman de acuerdo con el diagnóstico clínico de los niños, sus niveles de funcionamiento (motriz, comunicativo, cognitivo y afectivo) y las edades cronológicas como último criterio. Gracias a estos criterios de selección, se han logrado conformar grupos mas o menos homogéneos en cuanto a sus niveles de desarrollo, lo cual ha permitido que se realicen observaciones de sus conductas, comportamiento, desempeño en las distintas áreas de desarrollo y elaborar diagnósticos sobre estas informaciones, entre las diferentes etiologías y también dentro de los mismos grupos, identificando necesidades, problemas y dificultades a nivel cognitivo - comportamental.



Una constante observada en la población del proyecto D.H.C.A. , y que ha sido la base de este trabajo, son las conductas desadaptativas y disruptivas presentadas, como también alteraciones en el desarrollo afectivo social. La mayor parte de la población que presenta estas características son niños y niñas con N.E.E derivadas de Retardo Mental y Autismo, cuyas condiciones de privación social, económica, cultural, nutricional, afectiva y educativas al interior del núcleo familiar, se identifican como factores generales exógenos relacionados con su desarrollo. Se observa como manifestación de estas privaciones la ausencia de condiciones económicas requeridas para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vestido, salud y recreación, dando como resultado la presencia de conflictos intrafamiliares (agresiones físicas, verbales, emocionales entre padres y/o de padres a hijos, alcoholismo, drogadicción, abuso sexual infantil, entre otros) que ocasionan situaciones desfavorables en y para los procesos de desarrollo y educación.

La caracterización inicial de necesidades de este grupo de niños y niñas, en cuanto su desarrollo psico social o a la dimensión de consideraciones psicológicas y emocionales, ha generado preguntas en torno a este tema y a su posible relación con factores sociales, psicológicos y con la etiología orgánica de los trastornos que ellos presentan. A manera de hipótesis, se establecen posibles vínculos entre la conducta social - emocional y factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan el desempeño de esta población; entre los factores biológicos se cuentan las posibles alteraciones a nivel neurofisiológico propios del diagnóstico clínico de cada niño, como también las lesiones de las estructuras cerebrales encargadas del desempeño emocional (sistema límbico), los efectos secundarios de la medicación suministrada en algunos casos y las posibles alteraciones a nivel metabólico. Entre los factores psicológicos está el nivel cognitivo de cada niño, evidenciado en pruebas (ej. Cociente Intelectual -C.I-), en los procesos de aprendizaje, resolución de problemas, procesamiento de la información o en el desempeño general en el aula y en el contexto social; las conductas o respuestas emocionales y afectivas dentro del aula, y características de la personalidad de cada

niño. Por último, entre los factores sociales se consideran las condiciones de privación económica, cultural, ambiental, situaciones de violencia en el entorno comunitario (barrio), relaciones intrafamiliares, entre otras.

Por estas razones se plantea como problema de investigación la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación bio-psico-social entre la Inteligencia Emocional (I.E) y los Trastornos de Conducta en niños con Retardo Mental y Autismo entre 5 y 13 años de edad del Proyecto Desarrollo de Habilidades Cognitivas y Adaptativas del Centro de Servicios Pedagógicos?

## MARCO CONCEPTUAL

### 1. INTELIGENCIA : CONCEPTOS Y DEFINICIONES



*“La Inteligencia es la existencia de muchas y distintas facultades o competencias intelectuales, cada una de las cuales tiene su propia historia de desarrollo.”*  
(H. Gardner, 1983)

Teniendo en cuenta que uno de los referentes conceptuales es la inteligencia emocional, a continuación se abordará el concepto macro de Inteligencia partiendo de las definiciones dadas por algunos de los autores que han realizado aportes al tema de la inteligencia emocional o temas afines.

Howard Gardner (1995), psicólogo estadounidense de la Universidad de Harvard, considera que la inteligencia *"implica la habilidad necesaria para resolver problemas o para elaborar productos que son de importancia en un contexto cultural o en una comunidad determinada."*; así mismo argumenta que ésta hace referencia al potencial *"bio - psicológico"* de un sujeto, ya que procede tanto de la herencia genética como de las características psicológicas que lo determinan. En su libro *"Estructuras de la Mente"*(1993) relaciona el

concepto de inteligencia con "*creatividad, genialidad, habilidad y otras hazañas mentales*", justificando su propuesta acerca de las inteligencias múltiples, teoría con la que da una visión multidimensional a los fenómenos cognitivos.

Heider (1958), desde su teoría de "Psicología Ingenua", define la inteligencia como "*sistema de conocimientos psicológicos, de sentido común, que utilizan las personas en su vida cotidiana, tanto para explicarse a sí mismas su propia conducta como para entender la de los demás y adecuar, en consecuencia, sus actuaciones.*" Con esta definición, Heider le confiere a la inteligencia un carácter social que se asemeja a la propuesta de Gardner de las Inteligencias Personales.

Continuando en la misma línea, de las teorías diferenciales de la inteligencia, aparece la definición ofrecida por Weschsler (1949), en la que considera la inteligencia como "*capacidad global del individuo para actuar de manera propositiva, para pensar racionalmente y para conducirse adecuada y eficientemente en su medio ambiente.*"

Por otra parte, Jean Piaget (1982), desde un enfoque estructuralista, considera la inteligencia como el conjunto de estructuras cognitivas que permiten al sujeto "*dar respuestas suscintas de forma veloz a problemas que implican habilidades lingüísticas y lógicas*"; reconoce en el proceso de adquisición del conocimiento tres momentos específicos: asimilación, acomodación y adaptación, al definir la inteligencia como "*... la capacidad de adaptación y de transformación de un organismo a su ambiente a través de los procesos de asimilación y acomodación.*"

Robert J. Sternberg (1990), plantea una explicación de las teorías multifactoriales de la Inteligencia, dividiéndolas según los criterios en los que estén basadas sus explicaciones; así, surgen dos dimensiones:

1. *Teorías Explícitas*, que conciben la inteligencia a través de los datos que suministran los test que miden el funcionamiento intelectual. Estas teorías pueden ser diferenciales (psicométricas) ó cognitivas (ej. Piaget).

2. *Teorías Implícitas*, basadas en conceptos que la gente posee acerca de la inteligencia, intenta reconstruir teorías ya existentes a partir de esas informaciones e investigaciones (p.e. La Teoría de H. Gardner). Para Sternberg, el concepto de inteligencia debe estar concebido desde ambas teorías, con lo cual se obtiene un concepto más global.

Otras definiciones y consideraciones teóricas acerca de la inteligencia son:

*"La inteligencia es una entidad inferida, un término o constructo que utilizamos para explicar diferencias en la conducta presente y predecirlas en la futura" (J.E. Ysseldyke, 1981).*

*"Todo individuo nace con un potencial para el desarrollo intelectual (dotación natural) el cual se desenvuelve a través de la maduración dentro de sus propios límites." ( Rappaport, 1965).*

*"Inteligencia es la capacidad de resolver problemas, enfrentar desafíos o crear..." (Goleman, 1999).*

*"La Inteligencia pura es un mito que esconde la realidad de las inteligencias diversificadas, en el que juega un papel la herencia y el medio" (Salvat, H. 1972).*

*" ... Potencial intelectual, en el que se insertan habilidades y experiencias" (Varela, 1990).*

*"Potencia intelectual, se enfatiza su carácter dinámico, evolutivo, multidimensional y cualitativo. Permite la adaptación y la transformación del individuo al medio" (Díaz - Quiroz, 1999).*

## 1.1. EVALUACION DE LA INTELIGENCIA

La inteligencia como capacidad del ser humano, ha sido considerada por numerosos autores como susceptible de ser evaluada ya sea por medio de test y pruebas de diferentes categorías. Podría decirse que para cada enfoque existente del término, existe también una prueba: los test cognitivos, pruebas proyectivas, pruebas conductuales, entre otras. Sin embargo, hay algo en lo que todas las teorías y concepciones coinciden: la inteligencia es algo intangible, observable en cuanto a las conductas que la manifiestan (respuestas a estímulos) y a las diferencias entre las diversas poblaciones.

Para J.E., Ysseldyke (1981), de la inteligencia es posible evaluar "muestras de conducta" a través de varias pruebas en las cuales se detectan las conductas más predominantes y se concretan resultados que permiten observar los dominios conductuales de cada población. Independientemente de la interpretación de la inteligencia que se mide, es un hecho que *"las pruebas de inteligencia sólo muestrean conductas"*. Las conductas generalmente observadas y tomadas como muestra son: Discriminación, generalización, conducta motora, información general, vocabulario, inducción, comprensión, secuenciación, reconocimiento de detalles, analogías, completamiento de patrones, razonamiento abstracto y memoria entre otras; aunque cabe anotar que ninguna prueba logra evaluar todas las posibles conductas de dominio presentes en el ser humano.

Al momento de evaluar, se deben tener presentes las características del niño que inciden en la manifestación de las conductas de la inteligencia (Ysseldyke, 1981):

- ❖ ***Aculturación:*** Conjunto particular de experiencias y oportunidades precedentes de un individuo para aprender,

❖ *Edad del niño evaluado:* Se debe tener en cuenta por las oportunidades y experiencias para adquirir habilidades.

**1.1.1 Enfoque Tradicional: Modelo Psicométrico:** Este enfoque comienza desde principios de siglo XX en París con Alfred Binet, en el cual la evaluación de la inteligencia se realiza a través de métodos psicométricos como los test; este modelo de evaluación tiene sus inicios en la Escala para Medir la Inteligencia (E.M.I) elaborada por Binet y Simon en 1905, con posteriores revisiones en 1908 y en 1911; esta Escala tenía como objetivo “determinar que estudiantes tendrían éxito y cuáles fracasarían en la escuela elemental” (Gardner, 1995). A partir del trabajo de Binet se llegó en último término a los primeros test de inteligencia y a la construcción del Coeficiente de Inteligencia, el CI. Este CI surge como una propuesta de Stern, quien llamó la atención sobre el concepto Edad Mental (E.M), concepto con el cual en un primer momento Binet y Simon representaron numéricamente la Inteligencia:

“... se examinaba a un número amplio de niños de diferentes edades cronológicas y, si las dos terceras partes lo resolvían correctamente, se consideraba representativo de esa edad. Una diferencia de dos años entre la Edad Mental y la Edad Cronológica era considerada como retraso.”

Esta diferencia fue la que preocupó a Stern, por lo que propuso el “Cociente Intelectual”, como una razón entre la edad mental y la cronológica:

$$C.I. = (E.M. * 100) / E.C.$$

En este enfoque no se llevó a formular una teoría de la Inteligencia; sin embargo, subyace una concepción estática de este término: “es considerada como una estructura latente que genera diferencias observables en la realización de los test.”

Algunos de los instrumentos de evaluación utilizados desde este enfoque son:

- ❖ Stanford Binet
- ❖ Scholastic Aptitude Test (SAT) (Test de aptitud escolar)
- ❖ Escala de Inteligencia Wechsler para niños

**1.1.2 Enfoque Funcional: Análisis funcional de la conducta:** Este enfoque parte de la identificación y análisis de conductas problema con el objetivo de su posterior modificación, centrándose en las variables internas y externas que mantiene o controlan la conducta. Este modelo tiene sus antecedentes en las primeras corrientes conductistas, aunque se consideran a Kanfer y Saslow como los autores que formularon propiamente dicho el modelo (Santiago Molina, Modelos para la Evaluación Cognitiva).

Desde este enfoque, la Inteligencia es considerada como “conjunto de repertorio de conductas cognitivas, que a su vez puede mediar en la aparición de otros comportamientos cognitivos del niño; es decir pueden ser variables dependientes e independientes y en cuanto variables dependientes pueden ser modificables por el ambiente.”

Con relación a la evaluación por ítems, el modelo de análisis funcional considera que el comportamiento de un individuo ante un ítem “será tan solo una muestra de su ejecución, que deberá contrastarse con otras situaciones materiales o tareas.” Por lo tanto, se habla de una evaluación directa de conductas observables; el interés no radica en si el sujeto contesta o no a la pregunta, sino también en las variables que median o controlan la situación, por lo que este modelo se considera desde un enfoque centrado en el individuo y no en un grupo. Gil Rosales y Polaino Lorente (1990), establecen unas características de la evaluación conductual aplicada al R.M. así:

- a) “La consideración de la conducta retardada como variable dependiente en función de otras variables independientes que, en numerosos casos, pueden ser modificados gracias a la intervención.”
- b) “La adopción de un procedimiento orientado preferentemente según un “criterio” en lugar de una norma.”



- c) “La consideración de los determinantes psicopatológicos y orgánicos de la conducta retrasada, ya que estos fundamentan las condiciones límite de las personas retrasadas.”

Fernández Ballesteros y Carrobles (1981), reúnen en tres grupos las variables cognitivas más utilizadas por este modelo:

- a) **Atribuciones e imaginación:** Variables relacionadas al cómo percibe el sujeto su ambiente.
- b) **Auto-instrucciones y estrategias:** Variables relacionadas con la elaboración del sujeto de una situación problema.
- c) **Auto-refuerzos:** Variables que incluyen la anticipación de las consecuencias de la conducta.

La evaluación conductual posee como Unidades de Análisis, las respuestas que son de tipo motriz, cognitivas y fisiológicas; situaciones, que hacen referencia a las variables físicas y sociales; antecedentes y consecuentes de cada sujeto, a diferencia del enfoque tradicional que se centra en los rasgos psicométricos (introversión, neuroticismo, etc.) y dinámicos (conflictos, defensas). Las respuestas dadas por el sujeto son entendidas como Muestras, y no como Signos.

Como evaluación directa, el enfoque conductual utiliza técnicas como:

- ❖ Registros Psicofisiológicos
- ❖ Observación sistemática
- ❖ Autoregistros
- ❖ Autoinformes específicos
- ❖ Entrevistas estructuradas

**1.1.3 Modelo Dinámico o del Potencial de Aprendizaje:** Al igual que el Enfoque Funcional, este modelo se centra en “La Modificabilidad de los procesos cognitivos y en la estrecha relación entre el proceso de evaluación e intervención”; sin embargo este

modelo es mucho más global que los anteriores, pues hace énfasis en detectar los déficits del desarrollo cognitivo para proceder a su modificación y conseguir un desarrollo adecuado.

Este modelo introduce como esencial la figura de un evaluador que debe tener una interacción positiva con el evaluado; esta función fue denominada por Feuerstein y colaboradores (1979) como “Aprendizaje Mediado”, presentando como prerequisites:

- a) **Intencionalidad recíproca:** Esfuerzos intencionales del mediador para producir cambios cognitivos en el examinado, que deben ser reforzados por un sentimiento de empatía entre ambos.
- b) **Mediación del Significado:** Manifestación de conductas de afecto y de aceptación, verbales y no verbales, por parte del examinador.
- c) **Mediación de la Trascendencia:** El evaluado debe identificar las consecuencias que sobre sus aprendizajes tiene la observación de características de los objetos durante las actividades de evaluación (conciencia cognitiva), a través del razonamiento inductivo y deductivo, comparaciones, implementación de estrategias mnemotécnicas, etc.
- d) **Mediación de los Sentimientos de Competencia:** Comunicación que el evaluador establece con el evaluado, de forma verbal y no verbal, expresando satisfacción con los esfuerzos de este, para que el evaluado tome conciencia de sus potencialidades y en consecuencia, elevar su autoconcepto.
- e) **Regulación de la Conducta:** El evaluador proporciona al evaluado modelos de comportamiento adecuados a cada tarea, antes de comenzar la ejecución de la misma, para evitar conductas que puedan inducir a resultados negativos. Este control puede realizarse a través de técnicas como el modelado o la activación de estrategias metacognitivas.
- f) **Mediación de la Participación:** Consiste en la transmisión de la información como componente energético de la participación, mediada por la calidad afectiva y emocional que asegura la efectividad del mediador en sus interacciones con el evaluado.

Desde una perspectiva histórica, Vigotsky es considerado como el creador de este enfoque; para este autor la Inteligencia debe ser considerada como “la resultante de muchas capacidades diferentes, cada una de las cuales, en cierto modo es independiente de las otras y por lo tanto ha de ser desarrollada independientemente mediante un ejercicio adecuado”. Quizás por esta razón, se encuentra un escaso desarrollo en la construcción de pruebas validas y fiables a partir de este modelo; desde Santiago Molina, esto puede deberse “a lo difícil que resulta la validación de los mediadores de aprendizaje que tales pruebas exigen”, pues este modelo de evaluación diagnostica exige un detallado análisis de tareas, un apropiado grupo de tareas cognitivas y un análisis de tareas de posibles pruebas de trasferencia. Un instrumento de evaluación desde el modelo cognitivo, requiere también de la elaboración de baterías referidas a distintos campos, debido a la concepción de Inteligencia como capacidades múltiples de Vigotsky.

Dentro de los instrumentos encontrados para evaluar la Inteligencia desde este enfoque están:

- ❖ Diseño de cubos de Kohs (Budoff y colaboradores)
- ❖ Raven Learning Potential test (Budoff, 1975)
- ❖ The series Learning Potential test
- ❖ The Picture Word Game
- ❖ Learning Potential Assesmen Device (L.P.A.D.) (Feuerstein)

## 2. INTELIGENCIA SOCIAL (I.S)



Desde la perspectiva de Sternberg (1990), la Inteligencia Social presenta 4 enfoques: definitorio, teórico/implícito, teórico/explicito y social/experimental. Al interior de estos enfoques, aparecen definiciones dadas desde principios del siglo XX por diversos autores:

### *a) Definitorio*

“Comprende las habilidades de comprender a otros y de actuar y comportarse sensatamente en relación con los demás” (Thorndike, 1920).

“Habilidad de llevarse bien con los demás” (Moss y Hunt, 1927)

Strang (1930), amplió la definición de Hunt, recalcando la importancia de conocer a las personas en el ejercicio de la Inteligencia Social (I.S).

“La I.S es la habilidad de llevarse bien con la gente en general, es el conocimiento de asuntos sociales, naturalidad con otras personas, susceptibilidad a estímulos de los otros miembros de un grupo y la visión psicológica de los estados y rasgos de los demás” (Vernon, 1933)

### *b) Teórico/implícito*

Se consideran las teorías de Bruner, Shapiro y Tagiuri (1958) y de Cantor (1978)

Ford y Miura (1983) que resaltan cuatro dimensiones principales de la I.S:

- Habilidades prosociales (responder a las necesidades del otro, apoyo emocional);
- - Habilidades de mando (saber cómo hacer las cosas, establecer objetivos);
- Facilidad social (Interacción).
- Autoeficacia (concepto de sí mismo, identidad y ser positivo).

*c) Teórico/explicito*

Teorización psicométrica: La I.S es considerada según las puntuaciones de diferentes test psicométricos, como el test de I.S George Washington (1949), Insight social (Chapin, 1967) y el Test Guilford (1967).

*d) Social/experimental*

Se basa en test de habilidades de I.S, desde un enfoque socio-psicológico, desde la psicología evolutiva social sobre la competencia social y desde la psicología social sobre la comunicación no verbal.

## **2.1. TEORÍA DEL DESARROLLO SOCIO AFECTIVO: JEAN PIAGET**

El desarrollo es un continuo de acciones que posibilitan a un sujeto adquirir determinados aprendizajes: cognitivos, motrices, comunicativos y afectivos. Piaget ha sido el mayor exponente del desarrollo cognitivo, para el cual ha propuesto cuatro factores que lo determinan: (1) la madurez, (2) la experiencia activa, (3) la interacción y (4) la progresión general del equilibrio (Wadsworth 1991, p. 27). Así mismo en su teoría, Piaget plantea que el desarrollo intelectual está formado por dos componentes: el cognoscitivo y el afectivo.

El desarrollo afectivo se da paralelo al desarrollo cognitivo, pues a medida que el niño adquiere nuevos conocimientos en el campo de lo cognitivo, se amplían sus “repertorios” en el campo de lo afectivo. El afecto, de acuerdo con Wadsworth, comprende los “*sentimientos, intereses, deseos, tendencias, valores y emociones en general*”. El afecto contiene varios aspectos entre ellos los sentimientos subjetivos (amor, ira, depresión) y los aspectos expresivos (sonrisa, llantos, gritos).

La influencia del afecto en el desarrollo intelectual es significativa: puede determinar la velocidad del desarrollo y la elección de los contenidos de la actividad intelectual. Sin embargo, Piaget afirma que aunque el afecto puede determinar el desarrollo intelectual e interviene constantemente en el funcionamiento cognitivo, no puede “*generar estructuras de conducta ni modificar las estructuras en cuyo funcionamiento interviene*”. Éste considera que el afecto se desarrolla paralelo a la inteligencia y al conocimiento: “*Toda conducta tiene tanto aspectos afectivos como cognoscitivos; no hay conductas cognoscitivas o afectivas puras*” (Wadsworth, 1991). De tal manera que las estructuras afectivas se construyen igual que las cognitivas. La capacidad afectiva, permite activar la actividad intelectual, mediando en la selección de objetos y fenómenos con que un individuo actúa.

### **2.1.1 Etapas del desarrollo afectivo**

Piaget propone que los cambios cognitivos son resultado de un proceso de desarrollo, interrumpido dentro de un continuo; para conceptualizar este proceso de conocimiento cognoscitivo, Piaget divide el desarrollo intelectual en cuatro grandes etapas: Sensoriomotriz (0 - 2 años), Preoperatorio (2 - 7 años), Operaciones concretas (7 - 11 años) y Operaciones formales (11 - 15 años o más).

Así como en cada una de las etapas mencionadas tiene lugar el desarrollo cognitivo, también lo tiene el desarrollo afectivo, observándose así una caracterización y construcción de estructuras similares a las cognitivas, es decir de forma evolutiva:

#### ❖ *Etapas Sensomotora (0 - 2 años)*

El desarrollo en esta etapa, a nivel cognitivo, está caracterizado por una constante exploración sensorial y motora del entorno, que posibilita al niño el reconocimiento de objetos, de sí mismo y el comienzo de las representaciones simbólicas.

El desarrollo afectivo está íntimamente ligado a estas posibilidades cognitivas, estando determinado por los avances del niño en cuanto a sus estructuras cognitivas.

En el primer período o (subestadio) de esta etapa denominado “reacciones circulares primarias”, el desarrollo afectivo está caracterizado por el instinto y las reacciones afectivas innatas, las cuales determinan las conductas del recién nacido: succiona y llora. Aún no aparecen los “sentimientos” todas sus respuestas afectivas están relacionadas con los reflejos. Los primeros sentimientos en aparecer surgen en el segundo y tercer período o “reacciones circulares secundarias” (1 - 4, 4 - 8 meses), son los sentimientos relacionados con las actividades propias y el cuerpo, los cuales Piaget reconoce como *afectos perceptuales* (placer, dolor, alegría...) unidos a las sensaciones - percepciones de la experiencia.

Entre el cuarto, quinto y sexto período o reacciones circulares terciarias se dan tres “desarrollos afectivos” (Wadsworth, 1991 p. 51):

- Los sentimientos comienzan a tener un papel en la determinación de los medios necesarios para alcanzar un objetivo.

- Primeros sentimientos de “éxito y fracaso”, conserva ciertos sentimientos relacionados con actividades o acciones particulares.
- En los periodos 5 y 6, el niño empieza a transferir afectos en otros a medida que se diferencia a sí mismo de los demás objetos. Comienza a dirigir sentimientos de aversión y afecto hacia los otros, como objetos.

Aunque los reflejos siguen funcionando, la conducta afectiva está orientada a respuestas frente a situaciones: los sentimientos se convierten en factores para decir qué hacer o qué no hacer. Al final de la etapa sensomotora, se puede observar un mundo afectivo mucho más amplio, comienzan a formarse las primeras elecciones interpersonales, posibilitando así el intercambio social.

❖ *Etapa del pensamiento Preoperativo (2 - 7 años)*

Durante esta etapa surgen los primeros “Sentimientos sociales”. La capacidad de representación simbólica le permite al niño crearse las imágenes de las experiencias, incluidas las afectivas, de tal manera que puede representar y evocar sentimientos.

❖ *Etapa de las Operaciones Concretas (7- 11 años)*

Durante esta etapa, el afecto logra un grado de estabilidad y congruencia, se “normatiza” y los sentimientos aunque no se “conservan” por completo, no se separan de las vivencias pasadas. Aparecen paulatinamente los criterios de normatividad: generalización del sentimiento, duración que trasciende el momento y la autonomía. La capacidad cognitiva de conservación y reversibilidad se traslada a la capacidad afectiva, en donde surgen dos características claves: voluntad y autonomía; voluntad, entendida como “autorregulador” (Wadsworth, 1989) y autonomía como “autogobierno”. Al comienzo de esta etapa, aparece la “cooperación” con sentido social, con fines o propósitos de justicia social.



### ❖ *Etapa de las Operaciones Formales (11 ó 12 años... en adelante)*

En esta etapa, en la que ya se habla de adolescentes, el desarrollo afectivo se caracteriza por dos importantes factores: los sentimientos idealistas, basados en hipótesis desde su propia visión de los acontecimientos y la formación continua de la personalidad, lo cual implica tener sus propios sentimientos e ideas frente a los demás, no influenciados por los valores de otras personas.

## **2.2. LAS INTELIGENCIAS PERSONALES DE GARDNER**

El psicólogo cognitivo Howard Gardner en su publicación " Estructuras de la Mente" (1993) aborda el término inteligencia como capacidad múltiple del ser humano, que va más allá del potencial intelectual y que se relaciona íntimamente con "*creatividad, genialidad, habilidad...*". Comienza así la exploración de la teoría que cambiaría la visión de la inteligencia en el mundo de la psicología cognitiva: la Teoría de las Inteligencias Múltiples (1989); Gardner sugiere la existencia de siete "inteligencias", las cuales se presentan en todo individuo pero no con la misma predominancia. Estas siete inteligencias son: Kinestésica (movimiento), Musical, lingüística, matemática, espacial y social/personal.

La última, la inteligencia social, en realidad se descompone en otras dos: Inteligencia *Intrapersonal* e *Interpersonal*, por lo cual también se encuentra en algunos textos del mismo autor como "Inteligencias Personales". De acuerdo con Gardner (1993) "*las inteligencias personales son capacidades de procesamiento de información que tiene disponible*

*todo infante humano como parte de su derecho de nacimiento de la especie. La capacidad de conocerse a uno mismo y de conocer a otros... deben ser parte del repertorio intelectual humano".*

La Inteligencia *Interpersonal*, hace referencia a la *"Capacidad para comprender a los demás, discernir y responder adecuadamente ante las emociones de otros. También se considera como "habilidad de comprender a otras personas -qué las motiva, cómo trabajar de forma eficaz con ellos, cómo conducirlas o seguirlas o cuidarlas-, crucial para sobrevivir y prosperar en cualquier ambiente humano"*(Goleman, 2000). Es el conocimiento de otras personas, y es lo que le permite a un niño llevarse bien con sus pares y con los adultos. En el curso de un día, este tipo de inteligencia se evidencia en acciones concretas como: llevar la delantera ante las decisiones de su grupo, es el que tranquiliza las situaciones y resuelve los conflictos. En la adultez, esta habilidad es el núcleo de talento en campos de las ciencias humanas (ventas, política, terapia, docencia). La Inteligencia Interpersonal, implica que el individuo debe *"analizar y responder adecuadamente ante las emociones de los demás."*

Por otra parte, la Inteligencia *Intrapersonal* consiste en *"conocerse a uno mismo"*. Es la capacidad de conocer sus propias fortalezas y debilidades, deseos y miedos, y poder actuar sobre la base de ese conocimiento adaptándose a las circunstancias. Este tipo de inteligencia se observa en cosas como *"tener un sentido decisivo de las propias preferencias, o en la autodisciplina y la habilidad de perseverar ante las frustraciones."*(Goleman, 2000). Gardner (citado por Goleman, 2000), dice acerca de esta inteligencia: *"A menudo esta inteligencia es invisible. Se reduce a conocerse muy, muy bien, y usar ese autoconocimiento en forma productiva. Hay personas con coeficientes de inteligencia muy altos que simplemente se golpean la cabeza contra la pared y no pueden llegar a ninguna parte con sus habilidades, porque en realidad no comprenden qué tipo de habilidades poseen que podrían ayudarles a progresar y qué propensiones se interponen en su camino"*. La Inteligencia Intrapersonal, supone el

acceso a los propios sentimientos y la capacidad de distinguirlos para regular la conducta.

Las Inteligencias Personales se desarrollan desde el mismo nacimiento, cuando el niño *"experimenta toda una gama de sentimientos y de afectos"*, manifiestos en un conjunto de "expresiones faciales" (llanto, risa, etc.). La inferencia más razonable es que hay estados corporales (y cerebrales) asociados con estas expresiones. Estos estados no logran ser interpretados por el niño durante los primeros días e incluso semanas de vida, pero sirven para introducirlo al ámbito del conocimiento intrapersonal (conocimiento de sí mismo); igualmente, constituyen el punto de partida para el *"descubrimiento posterior de que es una entidad distinta con sus propias experiencias e identidad singular"*.

A los dos meses el niño ya puede discriminar entre otros individuos e imitar expresiones faciales. Esto indica un grado de "preafinación" hacia los sentimientos y conducta de los demás individuos. Además, llega a asociar diversos sentimientos con individuos, experiencias y circunstancias particulares, presentándose las primeras señales de *EMPATIA*.

En el segundo año, comienzan a aparecer componentes del "sentido inicial de persona": reacciona al escuchar su nombre, se refiere a sí mismo por su nombre, tiene programas y planes que piensa cumplir, se siente "poderoso cuando tiene éxito", manifiesta incomodidad o malestar ante la violación de determinadas normas.

En el período de los dos a los cinco años, el niño sufre una "revolución intelectual", a medida que se vuelve capaz de emplear o utilizar símbolos para referirse a sí mismo, a otros y a sus propias experiencias. Utiliza palabras, imágenes, gestos y números como vehículos para conocer el mundo simbólicamente, al igual que mediante acciones físicas directas y discriminaciones sensoriales sobre él. Cuando termina este período, el niño es

un sujeto simbolizante, capaz de crear y extraer significados con base en el nivel del uso de símbolos.

Mediante la actividad simbólica (habla, juego de simulación, gestos, dibujos, etc), el niño pone a prueba las facetas de distintos roles sociales (papá-mamá, mamá-hijo, doctor-paciente, policía-ladrón, etc.), llegando a conocer la conducta asociada a estos individuos y también algo sobre cómo se siente ocupar esas posiciones. Es así como se comienza a evidenciar la inteligencia personal.

### 3. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL (I.E)

*“ Reconocer en el otro emociones y afectos,  
es la posibilidad de reconocerse a sí mismo como  
un sujeto social, capaz de interactuar con los demás,  
guiado por la capacidad emocional más que por una  
habilidad cognitiva”*



El concepto “Inteligencia emocional” surge como antídoto a un modelo educativo que solo proporciona cantidades de información académica, pero no mecanismos para una mejor relación con nosotros mismos. *¿De qué sirve saber muchas matemáticas si nuestro horizonte afectivo es desolador o no tenemos la más mínima capacidad de reacción ante lo imprevisto?*

Autores como Daniel Goleman, resaltan la importancia de desarrollar habilidades tan básicas como decidir por uno mismo, relacionarse con normalidad, ilusionarse por futuros proyectos, para lo cual se propone tomar conciencia sobre temas como:

- *Autoconciencia emocional:* Mayor conocimiento de nuestros sentimientos y sus causas, que permita mejorar modelos de conducta y relaciones.
- *Automotivación:* Capacidad de generar estímulos para ser más independientes y capaces en situaciones adversas, sin esperar siempre los estímulos externos.

- *Intuición*: Desarrollar nuestra propia y natural capacidad para captar e interpretar las cosas.
  
- *Toma de decisiones personales*: Nuestra opinión nos hace únicos. Atrevámonos a ser un poco más nosotros mismos.
  
- *Conciencia de uno mismo*: Capacidad para tomar auténticas decisiones y vivir de forma consciente.
  
- *Empatía*: Captar la sintonía con otras personas, aprender a ajustar el ritmo según el interlocutor, adaptarse, lo cual ayudará en cualquier contexto de relaciones humanas.

### 3.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO.

Por muchos años, la inteligencia ha sido vista como capacidad cognitiva, medida a partir de del coeficiente intelectual (C.I.) y desde una perspectiva psicométrica, que si bien, permite hacerse a una idea del desempeño cognitivo de un sujeto, abandona el desempeño social y emocional que este posee. Un C.I. elevado no es garantía de prosperidad y felicidad, argumenta D. Goleman (1995), sólo da muestras de habilidades académicas ignorando la inteligencia emocional. La aptitud emocional es una “*meta-habilidad y determina lo bien que podemos utilizar otro talento, incluido el intelecto puro*”.

La Inteligencia Emocional (I.E.), como concepto fue abordado por primera vez por Peter Salovey y John Mayer, en 1990. Emplearon el término para “ describir las cualidades emocionales que parecen tener importancia para el éxito” (Shapiro, 1998). Estos autores definen la I.E como “ *subconjunto de la inteligencia social, que comprende la capacidad de*

*controlar los sentimientos y emociones propios así como los de los demás...”,* capacidad que permite utilizar la información afectiva para guiar nuestro pensamiento y acciones.

Más tarde, en 1995, Daniel Goleman en su libro **“Inteligencia Emocional”**, plantea la I.E. como una serie de “habilidades”, actitudes y destrezas necesarias para el desempeño en la vida cotidiana, e introduce el término “empatía”, el cual Shapiro describe como “la base de todas las capacidades sociales”, y una de las emociones principales que modelan el desarrollo moral del niño, el cual se relaciona con la I.E. en la medida en que si es satisfactorio permite (o significa) tener emociones y conductas que reflejen preocupación por los demás. Desde esta posición la I.E. se relaciona y coexiste con la Inteligencia Social (Sternberg) y las Inteligencias Personales (intrapersonal e interpersonal) descritas por H. Gardner.

La Inteligencia Social podría ser adoptada entonces como el concepto macro que reúne las capacidades sociales interpersonales e intrapersonales; también reúne todas las “competencias sociales” (Sternberg, 1990) necesarias para que un sujeto pueda interactuar en la sociedad, tomando de esta forma un carácter más interpersonal, pero dependiendo también de la intrapersonal.

Gardner (1989) reconoce las Inteligencias Personales como la comprensión de uno mismo y de los demás, evidenciada en dos tipos de inteligencia: Inteligencia Interpersonal e Intrapersonal; Salovey incluye estas inteligencias personales en su definición básica de I.E., ampliando las capacidades contempladas por Gardner a cinco esferas principales: 1) Conocer las propias emociones; 2) Manejar las emociones ; 3) La propia motivación; 4) Reconocer emociones en los demás; y 5) Manejar las relaciones. Por lo tanto, hablar de I.E., es referirse paralelamente a las Inteligencias Personales y por ende a la Inteligencia Social.

### **3.1.1 Inteligencia Emocional (I.E.) y Coeficiente Intelectual (C.I)**

La I.E. y el C.I., de acuerdo con Goleman, no son conceptos “ opuestos sino mas bien distintos” pero complementarios. Mientras el C.I. proporciona datos acerca del desempeño cognitivo, la I.E. añade “ las cualidades que nos hacen mas plenamente humanos” , y que nos permiten interactuar adecuadamente con los demás. La Capacidad Emocional (C.E.) no es medible como el C.I., mas bien emerge como concepto significativo del desarrollo intelectual de un sujeto, susceptible de ser observado y reconocible. La relación existente entre el C.I. e inteligencia emocional es explicada por Goleman (1995) en la afirmación: “ *...en todos nosotros hay una mezcla de C.I. e inteligencia emocional en diversos grados*”. La influencia del uno sobre el otro es imprecisa; sin embargo hay una marcada tendencia en autores como Gardner, Sternberg, Goleman, entre otros, a suponer que la I.E. influye notoriamente en el desarrollo cognitivo y por otro tanto en el C.I. de un sujeto.

La Inteligencia Emocional debe ser vista como una capacidad igual de importante (o tal vez mas) que la capacidad cognitiva. La habilidad de sentir y controlar los sentimientos está íntimamente relacionada con otras capacidades como la representación simbólica, el concepto de objeto, entre otros, y es por esto que se hace necesario rescatar el desarrollo afectivo y emocional como componente del desarrollo intelectual.

**3.1.2 Emociones:** Las emociones son fenómenos o estados internos multidimensionales, que no pueden ser observados o medidos en forma directa, pues surgen de manera repentina; las emociones por sí mismas no impulsan la conducta, pero si incrementan la activación, la reacción y la irritabilidad. Las emociones están caracterizadas por componentes subjetivos (*hacen que nos sintamos de una manera en concreto*), fisiológicos (*activar mecanismos biológicos en nuestro cuerpo*), funcionales (*nos preparan para una acción posterior*) y sociales (*comunicar nuestras experiencias a los demás*). (Ver cuadro 1).



Los componentes **subjetivos**, son quizá los aspectos mas presentes de la emoción; estos contribuyen a la emoción los sentimientos y pensamientos, es decir, le dan un carácter cognitivo a la experiencia emocional. Desde la psicología, se ha tratado de localizar este componente de la emoción observando dimensiones subyacentes. Scholosberg (1954) identificó tres dimensiones desde las cuales se pueden describir los sentimientos reflejados en los rostros de las personas; estas dimensiones pueden asumirse como “escalas de calificación” para los sentimientos:

- a) Agradable a desagradable: la alegría es placentera mientras que la ira, el miedo no lo son.
- b) Atención/ rechazo a la experiencia: Las personas prestan atención a lo que les agrada, sorprende o asusta y tienden a rechazar lo que las enoja o entristece.
- c) Intenso a neutral: La mayor parte de las emociones pueden ser fuertes o moderadas; los sentimientos “felices” van desde la alegría –que es intensa- hasta la satisfacción – que es un estado moderado o neutral -.

Los componentes **fisiológicos** hacen referencia a las reacciones físicas como temblar, sonrojarse, palidecer, respirar de manera agitada y sentirse mareado que le dan a las emociones una cualidad de urgencia y poder. Uno de los primeros en hablar de este componente en la experiencia emocional, fue el fisiólogo Walter Cannon (1932), quien sugirió que *“el componente corporal de un sentimiento intenso proporciona al animal la energía que le ayuda a enfrentarse a las emergencias que hicieron surgir la emoción en primer lugar”*. Por lo tanto desde este componente la emoción es denominada como *respuesta de pelea o escape*.

Los componentes **funcionales** le atribuyen un objetivo a la emoción, es decir, hacen que la emoción tenga un propósito dirigido a una meta. Estos componentes se observan en

las respuestas que una persona selecciona para enfrentarse a una situación: cómo actuar o qué hacer frente a una situación, eligiendo la respuesta más acertada.

Los componentes **expresivos**, también encontrados en otros autores como “componentes conductuales”, están referidos a la conducta y comunicación social como aspectos sociales de la emoción; estos componentes incluyen las expresiones faciales, gestos y acciones que acompañan a la emoción. Las *expresiones faciales* son el componente conductual o expresivo más estudiado; los estudios han demostrado que las personas de varios lugares del mundo comunican las emociones básicas con las mismas expresiones faciales y que además logran identificar fácilmente emociones a partir de gestos faciales. La universalidad de los gestos faciales básicos sugiere una base genética de las emociones: podrían estar “programados por la herencia”; sin embargo, otros factores como el entorno y las experiencias individuales también aparecen como moderadores de aspectos como “la forma exacta de la expresión, cuán amplia es la sonrisa, cuán intenso es el gesto”, etc.

Los *gestos y acciones*, por otra parte, son las conductas predecibles que a menudo acompañan a las emociones: “la tristeza se asocia con respuestas de baja intensidad, como quedarse viendo fijamente hacia la nada, chuparse el dedo o entrelazar las manos”. Los sentimientos preceden y preparan para patrones de comportamiento adaptativo. Estas respuestas (gestos, acciones, conductas) no se dan de forma gratuita; los estudios sugieren diversas contribuciones:

a) Genética: La herencia moldea la gama de las respuestas humanas a los afectos.

- b) Aprendizaje observacional: Algunas respuestas se aprenden de la observación e imitación del entorno, principalmente del núcleo familiar (“las expresiones que la mamá suprime indican cuáles emociones no son aceptables a nivel social.”).
- c) Condicionamiento operante: Respuestas que se vuelven habituales por las consecuencias que traen consigo.

Para Reeve (1994)<sup>1</sup> el término “Emoción” es “el constructo psicológico que une estos cuatro aspectos de la experiencia que se suelen dar conjuntamente y que sirven a un único propósito.”. Este autor afirma que “...Las personas tenemos emociones porque ellas nos permiten ser más efectivos a la hora de interactuar con el entorno... La persona que carezca de estas emociones estaría en una clara desventaja evolutiva”.

ASPECTO DE LA EMOCIÓN	CONTRIBUCIÓN A LA EMOCIÓN	UNIDAD DE ANÁLISIS
Cognitivo-Subjetivo	Sentimiento y pensamiento	Auto-informe
Fisiológico	Preparación física	Estructuras cerebrales Sistema

<sup>1</sup> REEVE, Johnmarshall. Motivación y Emoción. España. 1994

		nervioso autónomo Sistema endocrino
Funcional	Propósito dirigido a una meta	Selección de las respuestas apropiadas a la situación
Expresivo	Comunicación social	Expresiones faciales Posturas corporales Vocalizaciones Reglas sociales

Cuadro 1. Componentes de la emoción.

Desde la Teoría Evolucionista, Charles Darwin (1872/1965) consideraba que “las emociones están programadas en la genética de los animales en aras de la supervivencia”. Los afectos comunican información vital; por ejemplo, es posible que el llanto de un bebé tenga la función de atraer a un adulto que pueda proporcionarle alivio, el disgusto puede permitir el retiro de sustancias nocivas, la sonrisa le indica a los padres qué es agradable haciendo más probable la protección. Para Izard (1979), las emociones también pueden desempeñar un papel en el aprendizaje, pues sensibilizan al bebé a algún aspecto del entorno: angustia hacia el hambre o el pañal mojado; interés a eventos novedosos y objetos nuevos, permitiéndole programar – como dimensión cognitiva de la emoción- las respuestas ante estos aspectos. Desde este enfoque, las emociones ayudan en el procesamiento de información y el aprendizaje de relaciones.

**3.1.3 Emociones Universales:** Las investigaciones sobre estos fenómenos o estados internos llamados emociones, presentan evidencia de que al menos seis sentimientos se experimentan en todo el mundo: alegría, ira, enojo, miedo, sorpresa y tristeza (Ekman, 1982); la prueba de la existencia de emociones universales surge de las investigaciones que estudian la forma en que la gente clasifica los sentimientos expresados en la cara humana (insertar gráficos o fotos). Los seres humanos de todo el mundo, incluyendo culturas aisladas sin escritura, designan estos sentimientos de maneras muy parecidas. Desde una perspectiva fisiológica, todos los humanos mueven los mismos músculos para expresar estas emociones.

Estudios con personas que nacen sordas y ciegas también han servido de apoyo para la explicación de las emociones universales; a pesar de que sus problemas los aíslan de los sonidos y las imágenes de las emociones de otros, logran manifestar sus sentimientos con las mismas expresiones faciales; igualmente, características no verbales del habla que indican emoción (tono, volumen), tienden a ser los mismos de un individuo a otro y de una cultura a otra.

El aprendizaje de los sentimientos básicos se da desde muy temprano y las personas aprenden a identificar las mismas emociones en los demás antes de que ingresen a la escuela. Todas las observaciones sobre las emociones sugieren que en los seres humanos ciertas expresiones faciales y sentimientos están programadas por medio de sus genes, por lo que mucho antes de que puedan comunicar otras cosas, los bebés desde los primeros días de vida transmiten afectos junto con sus motivos; las primeras manifestaciones son principalmente fisiológicas:

*“El llanto muestra el malestar del niño cuando surgen necesidades como el hambre... las reacciones positivas como la alegría emergen si se satisfacen los requerimientos del neonato, por ejemplo, cuando se le arrulla después de la comida.” .*

Otras emociones no aparecen sino después de las tres o cuatro primeras semanas; cuando los bebés tienen entre cuatro y seis semanas de edad comienzan a sonreírle a las personas que reconocen; a los tres o cuatro meses manifiestan sentimientos de enojo, sorpresa, tristeza (Malatesta y Haviland, 1982). Las expresiones de miedo y vergüenza o timidez (sentimientos de conciencia de sí mismo) aparecen más tarde, alrededor de los seis y ocho meses de edad.

### 3.2 BASES BIOLÓGICAS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

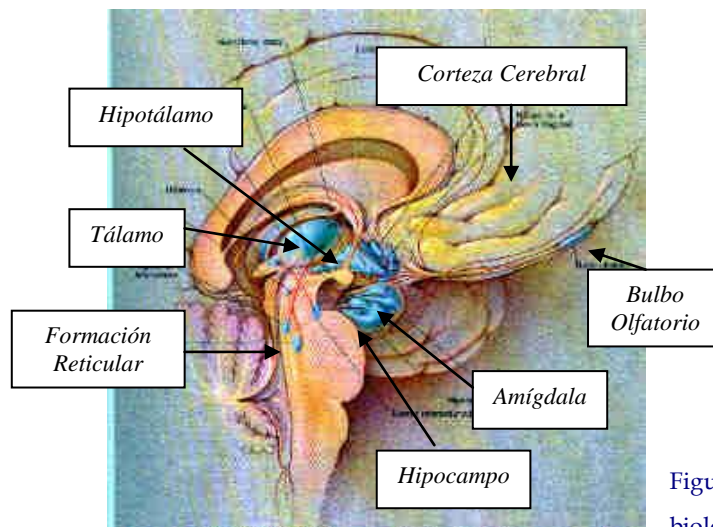


Figura N°1: Sistema Límbico, base biológica de la emoción.

Así como el desarrollo cognitivo está mediado por una serie de estructuras neurofisiológicas, la inteligencia emocional también está determinada por factores neurológicos, zonas y estructuras específicas, que irán a mediar el desempeño emocional y las respuestas afectivas del sujeto.

Desde la perspectiva de Goleman, el cerebro se divide en: Cerebro Pensante, ubicado en la corteza cerebral, y Cerebro Emocional, ubicado en el Sistema Límbico; el cerebro emocional existió mucho antes que el pensante; a partir del tronco cerebral (raíz mas

primitiva), dando origen a las áreas emocionales, que luego dieron lugar al cerebro pensante.

La inteligencia emocional esta definida por la relación entre el cerebro pensante y el cerebro emocional; ambos interactúan y dependen entre sí. Los componentes del sistema neurofisiológico que se relacionan con la Inteligencia Emocional son tres:

**3.2.1 Neurotransmisores (Neuropéptidos):** Son compuestos químicos cerebrales encargados de transmitir la información entre neurona y neurona; su función transmisora la cumplen a través de la sinapsis, que es el momento en donde viajan por medio de las dendritas de la neurona emisora a la neurona receptora. En el Sistema Nervioso Central (SNC) existen diferentes neurotransmisores encargados de diversas funciones; en la actualidad se conocen solo algunos de los muchos que posiblemente existen:

- ❖ Serotonina: Transmisor de un grupo específico de neuronas cuyos cuerpos celulares se hallan situados en los núcleos del tallo cerebral; los cambios en la actividad de este tipo de neuronas están relacionados con las acciones de las drogas psicodélicas (LSD, Mescalina). Es la encargada de la memoria, el aprendizaje y de regular el ánimo y el apetito.
- ❖ Dopamina: Neurotransmisor catecolamínico. El bloqueo de las acciones de la dopamina en otras zonas cerebrales explica los efectos terapéuticos de las drogas antiesquizofrénicas (Haloperidol, Clorpromacina). Es un inhibidor, regula el flujo de información que viene de otras estructuras y llega a los lóbulos frontales. Es conocida como la sustancia química del placer.
- ❖ Noradrenalina: Es uno de los dos principales neurotransmisores catecolamínicos . Fue descubierto como transmisor de los nervios simpáticos del sistema nervioso autónomo, que interviene en las respuestas de emergencia: aceleración del corazón, dilatación de los

bronquios y subida de la tensión arterial. Estimula la producción de la adrenalina, la cual regula y estimula las reacciones o respuestas inmediatas ante sensaciones y emociones fuertes.

- ❖ Oxitocina: regula las conductas de apego.
- ❖ Endorfinas: regulan la sensación de dolor.

**3.2.2 Corteza cerebral:** Tejido que envuelve los hemisferios cerebrales. Es el asiento del pensamiento humano; añade a un sentimiento lo que pensamos sobre él, y permite tener sentimiento con respecto a las ideas, el arte los símbolos y la imaginación. Contiene los centros que comparan y comprenden lo que perciben los sentidos. Posee cuatro lóbulos:

- ❖ Frontal: Es el encargado de la función ejecutiva. En él se encuentran las estructuras responsables del aprendizaje y la memoria.
- ❖ Parietal: Monitorea la información afectiva, por medio de la Activación Tónica (Motivación) y Fásica (Emoción).
- ❖ Occipital: Monitorea la información visual, pues posee las estructuras encargadas de la visión.
- ❖ Temporal: Posee las estructuras encargadas de la audición. Además, en este lóbulo se encuentran ubicadas las estructuras que componen el Sistema Límbico.

**3.2.3 Sistema Límbico:** Se encuentra alojado dentro de los hemisferios cerebrales, regula las emociones e impulsos (ver Gráfico N°1). El sistema Límbico refinó dos herramientas poderosas: el aprendizaje y la memoria; pero la especialista en asuntos emocionales es la amígdala, así como la estructura responsable de los recuerdos es el hipocampo.



La Amígdala es un racimo en forma de almendra, de estructuras interconectadas que se asientan sobre el tronco cerebral; existen dos amígdalas, una en cada lado del cerebro, apoyadas hacia el costado de la cabeza. Esta estructura puede albergar recuerdos y repertorios de respuestas que efectuamos sin saber exactamente por qué lo hacemos; cuando el sentimiento impulsivo supera lo racional, es cuando la amígdala se vuelve fundamental. Como depósito de la memoria emocional, la amígdala explora la experiencia, comparando lo que está sucediendo ahora con lo que ocurrió en el pasado. Su método de comparación es asociativo: cuando un elemento clave de una situación presente es similar al pasado, puede llamarle “igual”, y es por esa razón que el circuito resulta poco preciso: actúa antes de que haya confirmación plena.

La amígdala puede reaccionar ante un delirio de ira o temor, antes de que la corteza sepa lo que está ocurriendo. El regulador del cerebro para los arranques de la amígdala parece encontrarse en el otro extremo de un circuito más importante de la corteza, en los lóbulos prefrontales que se encuentran exactamente detrás de la frente. Esta zona del cerebro origina una respuesta más analítica o apropiada a nuestros impulsos emocionales; en la corteza, una serie de circuitos registran y analizan esa información, la comprende y por intermedio de los lóbulos prefrontales organiza una reacción. Si en el proceso se busca una respuesta emocional, los lóbulos prefrontales la dictan trabajando en conjunto con la amígdala y otros circuitos del cerebro emocional.

El sistema Límbico tiene las siguientes funciones:

- Activación de la mayor parte de las funciones corticales.
- Recoger información sensitiva y sensorial por su conexión con la formación reticular (F.R), programando respuestas que serán realizadas por estructuras más altas.
- Conferir un carácter afectivo a la conducta, proporcionándole un estilo personal.
- Permitir la adaptación del hombre a su medio, por su conexión con el sistema nervioso vestibular, integrando experiencia del mundo interno con las del externo.

**3.2.4 Aspectos fisiológicos de la emoción:** Desde un punto de vista fisiológico, la emoción es una reacción principalmente biológica. Las emociones son agentes que movilizan el cuerpo hacia una acción específica (como escaparse).

La primera teoría fisiológica sobre la emoción fue abordada por William James y Carl Lange (teoría James - Lange). William James (1884) sugirió que *“los cambios corporales no siguen a la experiencia emocional sino que son las experiencias emocionales las que se producen después a los cambios corporales. Para James la vivencia de la emoción es la percepción de un patrón de activación corporal por lo que la secuencia de acontecimientos sería: estímulo-reacción fisiológica-emoción.”*

La teoría de James se basa en dos postulados:

- “1- El cuerpo reacciona de forma distinta a distintos estímulos elicitors de emoción.
- 2- Los estímulos no emocionales no elicitans cambios corporales.”

Es decir, la experiencia emocional, de acuerdo con James, es nuestra interpretación de las reacciones corporales como cambios en la actividad cardiovascular: cuando nos encontramos frente a un estímulo elicitor (agua fría) nuestro organismo presenta reacciones fisiológicas (aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada, ojos muy abiertos) y es solo después de estas reacciones que se da la experiencia emocional. “Si estos cambios corporales no se produjeran entonces no sentiríamos emoción...”, por ejemplo cuando nos duchamos.

La primera crítica a la teoría James - Lange vino del fisiólogo Walter Cannon (1927) quién señaló que “Las reacciones fisiológicas del cuerpo ante los estímulos que elicitaban la emoción eran comparativamente lentas.”(...) Parece ser que hay algún tipo

de experiencia emocional que se da inmediatamente y que los cambios corporales lo que hacen es amplificar, no causar esa emoción, dándole a la emoción una cualidad de urgencia y poder.

A pesar de estas críticas, la teoría James - Lange ha encontrado apoyo para algunos de sus postulados en otras investigaciones realizadas casi un siglo después, entre ellas la de Ekman, Levenson y Friesen (1983), quienes estudiaron “si cada emoción tiene o no un patrón propio de cambios corporales” y encontraron que “efectivamente se producían diferencias fiables en el ritmo cardiaco y en la temperatura de la piel entre las emociones”.

EMOCIÓN	CAMBIO DE RITMO CARDIACO (LATIDOS /MINUTO)	CAMBIO EN LA TEMPERATURA CORPORAL (°C)
Rabia	más de 8,0	más de 0,16
Miedo	más de 8,0	menos de 0,01
Angustia	más de 6,5	más de 0,01
Alegria	más de 2,0	más de 0,03
Sorpresa	más de 1,8	menos de 0,01

Cuadro 2. Aspectos fisiológicos de las emociones. (Reeve, 1994)

### 3.3 BASES PSICO SOCIALES DE LA I. E.

**3.3.1 Interacción fisiológica y cognitiva en la emoción:** Después de las teorías puramente fisiológicas como la de James - Lange, surgen las teorías fisiológicas y cognitivas de la emoción con Stanley Schachter (1962) y George Mandler (1962). Para

Schachter (1964) “un estado emocional es el resultado de la activación fisiológica y la evaluación cognitiva de la situación”, en donde la activación fisiológica determina la intensidad pero no la cualidad de la emoción y el tipo de emoción es determinada por la “evaluación cognitiva de la situación”, de tal manera que ante un estímulo percibido, se produce una “cognición emocional” (p.e. el tigre es peligroso) y una activación fisiológica (sudor, aumento ritmo cardiaco); juntos, cognición emocional y activación fisiológica, definen el “estado emocional” (p.e, miedo). “Las cogniciones emocionales determinan el tipo de emoción que se tiene, mientras que la activación determina la intensidad”.

Para 1984, surge una teoría de la emoción desde un nuevo enfoque: el atribucional. Fue Bernard Weiner, quien desmarcó la idea de que “las emociones se guiaban solamente por la evaluación de la situación”; según Weiner, “las personas hacen dos y no sólo una evaluación”: una antes de interactuar con el estímulo y otra después del resultado que se produce en el ambiente.

La teoría de la atribución se basa en las explicaciones que las personas buscan y encuentran para las cosas tanto favorables como desfavorables. De acuerdo con esta teoría, la secuencia de acontecimientos es: “estímulo – resultado – atribución - emoción”. La atribución (explicación) es el mecanismo que produce la emoción.

En la teoría de Weiner se identifica una actividad cognitiva mucho mas amplia que en la teoría de Schachter; el análisis de atribuciones aclara la presencia de la que se pueden considerar elementos cognitivos fundamentales que juntos participan en el proceso de emoción:

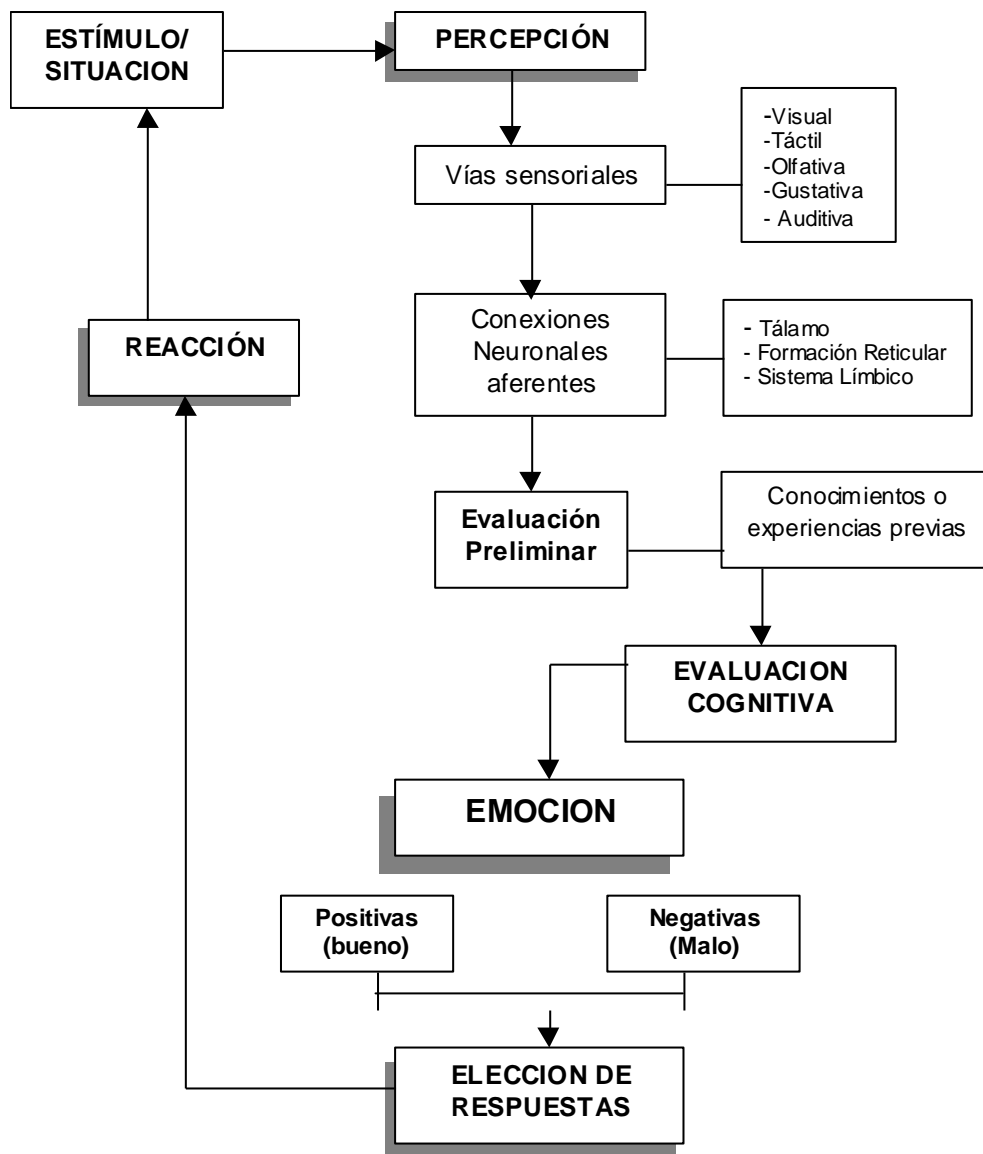
- Las evaluaciones inmediatas de los estímulos.
  - Las evaluaciones específicas de las situaciones.
  - Las atribuciones de resultado.
- ❖ **Arousal:** Niveles altos de excitabilidad, expresada por medio de respuestas fisiológicas como aumento del ritmo cardiaco, sudoración, hiperventilación, etc.;

pueden generarse por un componente físico o un componente cognitivo - o mixto - que permite que el sujeto le dé una explicación cognitiva a este fenómeno emocional, por lo que Schachter habla de "Arousal explicado" y "Arousal inexplicado", dependiendo de sí el sujeto logra interpretar o no su experiencia emocional.

Para George Mandler (1989), *"el arousal era necesario para que se pudiera dar la emoción pero solo era un sistema pre - requisito secundario en el proceso de emoción"*. Esto es, el arousal prepara al sujeto para vivir y expresar la emoción, pero es el componente cognitivo el que permite esa vivencia, pues se considera que *"la emoción se vive solo después de las cogniciones que co-ocurren en un contexto de arousal ya existente"*.

❖ **Significado emocional de las interrupciones:** Según Mandler, la conducta humana esta regida principalmente por la cognición. En el ser humano, la conducta suele seguir un orden programado al realizar cualquier acción. Cuando se presenta circunstancias que impiden la realización secuencial de la acción programada, entonces surge la emoción como respuesta a la "interrupción", por lo cual Mandler considera que esas interrupciones nos activan y e encuentran en el centro de la conducta emocional.

**3.3.2 Aspectos cognitivos de la emoción:** Magda Arnold (1960, 1970), inmediatamente después del encuentro con un objeto ambiental (situación - estímulo) se producen importantes percepciones y evaluaciones cognitivas que pueden ser factores determinantes de la experiencia emocional. Según Arnold *"la emoción no se daba sin antes haberse producido una evaluación del acontecimiento - estímulo."* La evaluación inicial de un estímulo como "bueno" o "malo", era para Arnold *"el mecanismo cognitivo clave que conducía tanto al arousal fisiológico como a la experiencia emocional subsiguiente"*.



Cuadro N° 3. Proceso cognitivo de la emoción.

La “evaluación” de la que habla Arnold hace referencia a la percepción y reconocimiento del estímulo/situación, a través de la activación de conocimientos previos por medio de la memoria, con lo que el sujeto relaciona la situación/estímulo actual con experiencias pasadas; de esta manera se producen los cambios fisiológicos, y es la mezcla evaluación-arousal la que da como resultado la emoción. Arnold definió la emoción como *“tendencia sentida hacia algo evaluado como bueno o la evitación de algo evaluado como malo”* (1960).

Para Arnold la teoría de la emoción tenía tres pasos:

- 1- Percepción del objeto ambiental que produce la evaluación.
- 2- Percepción buena/mala que produce la emoción.
- 3- Manifestación de la emoción sentida en expresión y acción.

Lazarus, Richard complementó la idea de Arnold, sugiriendo que se hacen evaluaciones diferentes de acuerdo con la emoción “cada emoción implica un tipo de evaluación” no solo como bueno/malo, la emoción va mas allá del concepto “aproximación - evitación”.

“A través de la experiencia, la persona construye una representación mental de las diferentes emociones...”.

## 4. CONDUCTA, COMPORTAMIENTO Y HABILIDAD

### 4.1. CONDUCTA: Historia del término

En el siglo XVI, el término “Conducta”, era definido como “práctica general, curso de vida, curso de acción en relación con, o dirigido hacia otros”<sup>2</sup>. A mediados de este, comenzó a ser utilizado para referirse a “la manera como las cosas actúan bajo condiciones específicas o circunstancias, o con relación a otras cosas”; y nuevamente hacia la mitad del siglo XIX, esta definición se conserva, siendo utilizada únicamente en relación con los seres humanos.

En el año de 1961, el concepto se define en los diccionarios como “la manera en la cual se comporta una persona en reacción a estímulos sociales o necesidades internas o a la combinación de ambas”. Esta redefinición o cambio de concepción del término, se considera por Senn (1966) como el “reflejo de la influencia de la historia del conductismo”.

Para el estudio de las conductas y comportamiento del ser humano, surge un campo teórico llamado “influencia conductual” (Krasner y Ullmann, 1973), que incluye los

---

<sup>2</sup> GAVIRIA, Patricia. Psique. Revista de Psicología N° 03. Enero - Junio



trabajos teórico - prácticos que se enfocan en la modificación, cambio o análisis de influencias de la conducta humana. Estos trabajos se encuentran inscritos desde diversas disciplinas enunciadas por Senn (1966) como “Ciencias conductuales”, las cuales son entendidas como un conjunto de estudios interesados en el comportamiento desde diversos niveles del conocimiento: biología, sociología, antropología, psicología, entre otros. Es a partir de esos trabajos, que deben conceptualizarse los elementos que constituyen la modificación de conducta, el análisis conductual aplicado, el análisis conductual básico y por ultimo la terapia del comportamiento, todos estos entendidos como enfoques dirigidos a la comprensión y tratamiento de la conducta en el ser humano.

#### **4.2. CONDUCTA Y COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO**

El término “conducta adaptativa”, hace referencia a los aspectos de maduración, aprendizaje y ajuste social, y se entiende como la capacidad para cumplir con los criterios para la autonomía personal y de llevar a cabo las obligaciones y roles apropiadas a la edad y grupo cultural de referencia (Grossman, 1983- citado por Verdugo, 1992). Por otra parte, retomando la posición biológica de la teoría Darwinista acerca del comportamiento y la evolución de las especies, se considera como comportamiento adaptativo “toda respuesta del organismo dirigida hacia el ambiente, con el objeto de adecuarse a las condiciones de éste y aumentar las posibilidades de supervivencia” (Darwin, 1859).

#### **4.3. HABILIDAD ADAPTATIVA**

Desde la definición de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, el Manual Diagnóstico y Estadístico (D.S.M IV- 1995) explica la habilidad adaptativa como “ capacidad adaptativa ”, que se refiere a “ ... cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural, y ubicación comunitaria particulares.” La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluye características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales.

Las Habilidades Adaptativas, al igual que la capacidad cognitiva en un sujeto, se puede evaluar mediante pruebas o test, entre los que se encuentran la Escala de Madurez Social Vineland y la Escala de Conducta Adaptativa de la Asociación Americana de Deficiencia Mental (AAMD). Según Verdugo (1992), las habilidades adaptativas se deben evaluar con base a las diez áreas propuestas por la Asociación Americana de Retardo Mental (AAMR), las cuales permiten categorizar y definir las necesidades de aprendizaje y apoyo de las personas con Retardo Mental.

Verdugo plantea acciones concretas para la evaluación de las habilidades:

Entrevistas y cuestionarios a las personas que atienden al niño(a).

Observación directa.

Autoinformes

Procedimientos observacionales estructurados

Inventarios de conducta adaptativa.

Además, la evaluación completa debería incluir la administración de una prueba (por parte de otro profesional diferente al docente), entrevistas al individuo por medio del juego o directa, y revisión de la historia del individuo.

#### **4.4. HABILIDADES SOCIALES**

Son las conductas y destrezas necesarias para la que es considerada la acción social por excelencia: la interacción social (Blanco, 1981); la interacción social es a su vez una habilidad que implica el establecimiento de relaciones con los demás, el desarrollo de la empatía - característica que según Shapiro (1997) es la base de todas las capacidades sociales -, implica también tener conductas que reflejan preocupación por los demás: compartir, ayudar, tolerar, respetar, entre otras.

Para Santiago Molina, una habilidad social es *“un patrón complejo de respuestas que llevan al éxito y reconocimiento social por parte de los demás y resultan eficaces tanto para controlar a los demás como a uno mismo en contextos interpersonales”*. En un estudio realizado por Rubin y Miller (1992), se observó que las madres de los niños estudiados establecían que el aprendizaje de las habilidades sociales se da en primer lugar por las experiencias personales; en segundo, por el aprendizaje observacional (imitación de padres y pares) y en tercero, la instrucción a través de explicaciones verbales. De acuerdo con Carmona Fernández (1997) *“Lo mismo que el niño construye el mundo también el mundo construye al niño y muy especialmente lo que llamamos el mundo social”*, por lo que las habilidades sociales se consideran dentro de un marco de construcción interactiva con el otro y de desarrollo de competencias sociales específicas.

## **5. PSICOPATOLOGIA**

### **5.1 TRASTORNOS MENTALES**



### **5.1.1 Reseña Histórica.**

Los Trastornos Mentales o enfermedades mentales, afecciones o síndromes psíquicos o conductuales, opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental en general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando el equilibrio emocional, el rendimiento intelectual y la adaptación social. A través de la historia y en todas las culturas se han inscrito diferentes tipos de trastornos, pese a la vaguedad y a las dificultades que implica su definición.

A lo largo de la historia, y hasta tiempo relativamente reciente, la locura no era considerada una enfermedad sino un problema moral - el extremo de la depravación humana- , o espiritual -casos de maldición o de posesión demoniaca .

Después de unos tímidos inicios en los siglos XVI y XVII, la psiquiatría empezó a ser una ciencia respetable. En 1790, cuando el médico parisino Phillippe Pinel decidió quitar las cadenas a los enfermos mentales, introdujo una perspectiva psicológica y comenzó a hacer estudios clínicos objetivos. A partir de entonces y desde que se inició el trabajo en los "manicomios", se definirían los principales tipos de enfermedades mentales y sus formas de tratamiento.

En el siglo XVIII Jean Esquirol (1838) fue de los primeros en dejar claro una distinción entre deficiencia o incapacidad mental y enfermedad mental. Señaló que los idiotas nunca desarrollan sus capacidades mentales, mientras que las personas con trastornos mentales pierden las capacidades que alguna vez poseyeron. Además intentó diferenciar los defectos de las enfermedades mentales, primero con un enfoque en la medición física y después en los patrones del habla como una manera de distinguir ambos grupos. Sus descripciones de las características verbales a varios niveles de idiotez pueden considerarse como la primera prueba mental tosca, pero efectiva.

Posteriormente en el siglo XIX se señaló la necesidad de un estudio práctico de la capacidad mental (Shouksmith, 1970)

La psicopatología es entendida como el estudio de las anomalías que se presentan en el funcionamiento psíquico de un sujeto como consecuencia de múltiples factores: biológicos, psicológicos y socioculturales; es necesario entender como es el desarrollo normal y a partir de ahí identificar sus desviaciones, fallas o déficits, que llevan al establecimiento de comportamientos psicopatológicos. Jean Ménéchal (1993) define la psicopatología como la ciencia del padecimiento psíquico en la cual se utilizan los calificativos como: “Paranoico”, “Histérico”, “Obsesivo”, “Perverso”. Estos términos designan modos específicos de organización psíquica de personas que, por diversas razones adoptan modos de pensar y comportarse que los hace “diferentes”, que padecen y ante los cuales no consiguen hallar fácilmente los reajustes o adaptaciones que cada persona realiza cotidianamente en su vida.

Otra definición es la de Amparo Belloch, Bonofacio Sandín y Francisco Ramos (1995): “La psicopatología es la ciencia encargada del estudio de conducta anormal”. Para esto se dan varios criterios:

- *Criterio Estadístico*: El postulado central de este es que la psicopatología es todo aquello que se desvía de la normalidad, es decir, “algo” (un rasgo de personalidad, una capacidad intelectual, una actividad mental, un comportamiento, una emoción, un afecto, etc.) que resulta poco frecuente que no entra en los límites de la distribución normal de la población que nos sirve de referencia.

- *Criterio Social*: La psicopatología es una cuestión de normativa social, es decir, del consenso social que se alcanza al respecto en un momento y lugar determinado, ya que en lo que en un contexto social, cultural o histórico, se torna patológico en otros.

- *Criterios biológicos*: La psicopatología es fundamentalmente la expresión de alteraciones y/o disfunciones en el modo normal de funcionamiento bien de la estructura, bien del proceso biológico que la sustenta. Estas alteraciones pueden estar causadas a su vez, por la acción de agentes patógenos externos (se clasifican con el prefijo Dis), o por carencias de determinados elementos constituyentes (se aplica el prefijo a), o por una ruptura en el equilibrio normal de los diferentes procesos, elementos o estructuras involucradas (se suelen aplicar los prefijos Hiper o Hipo) (Canguilhem, 1971).

## 5.2. PSICOPATOLOGIA INFANTIL

Desde los aspectos básicos de la psicopatología general, se concibe la psicopatología infantil como fenómeno del siglo XX; surge a partir de un cambio en las actitudes sociales frente al niño y su desarrollo, cambio marcado principalmente por la “Convención sobre los Derechos del Niño”, aprobada por las Naciones Unidas en 1991, en la que los niños pasan a ser “Ciudadanos de Primera” y se posibilita un cambio de posición frente a las formas de entender y tratar los trastornos psicopatológicos infantiles.

En su libro “Psicopatología Infantil” Manuel Jiménez (1995) brinda una definición acerca de este estudio: *“la Psicopatología infantil en la actualidad la definimos como es estudio científico de la conducta anormal, o alteraciones conductuales, del niño o niña”*. Esta definición implica la separación teórica de la psicopatología general o propia de los adultos, pues los trastornos infantiles deben ser evaluados y tratados desde la perspectiva de que el niño es un sujeto con características propias de su edad y nivel de desarrollo y no un adulto en miniatura, pues este solía ser un factor negativo debido a que lo que para el adulto es una conducta anormal, para el niño en cierta edad es el comportamiento normal.

Desde una posición desarrollista o evolucionista con respecto al niño, la Psicopatología Infantil se inscribe dentro de dos disciplinas: Psicología Clínica infantil y la psicología del desarrollo; estas disciplinas permiten *“la descripción, diferenciación y tratamiento del comportamiento alterado”* (Sroufe y Rutter, 1984).

Sin embargo, mas allá de un diagnóstico diferencial de técnicas de tratamiento y de pronóstico, aparece una disciplina encargada del estudio de los orígenes y curso temporal de un determinado trastorno. Hablamos entonces de la Psicopatología del Desarrollo, la cual es definida por estos autores como: *“El estudio de los orígenes y curso de los patrones individuales de la inadaptación comportamental, sea cual fuere la edad de comienzo, sus causas, las transformaciones en la manifestación comportamental y lo complejo del curso del patrón evolutivo”*.

La Psicopatología del Desarrollo incluye a la Psicopatología Infantil en tanto que no limita una edad de comienzo o aparición del trastorno. Con respecto a la Psicología Clínica infantil, esta última da importancia a las relaciones de la conducta no alterada con los orígenes de la conducta alterada, pues no aparece su relevancia clínica hasta la madurez; también aparece una diferencia en cuanto al énfasis de ambas disciplinas: mientras la psicología clínica infantil se preocupa por el diagnóstico, la Psicopatología del Desarrollo – y por tanto la Psicopatología Infantil- se preocupa por los orígenes, curso, variaciones, antecedentes y secuelas de un determinado trastorno, como también su relación con conductas no alteradas. Estas diferencias no implican exclusión o separación, por el contrario podrían considerarse como disciplinas complementarias e interactuantes.

**5.2.1. Aportes de la Psicopatología del Desarrollo a la Psicopatología Infantil:** La Psicopatología del Desarrollo permite un acercamiento general a la comprensión de las



relaciones entre “desarrollo y las desviaciones que llevan a la inadaptación”. Parte de un marco que trata de “organizar” el estudio en torno a los hitos y secuencias en el desarrollo físico, cognitivo, socio - emocional y educativo; permite además, el entendimiento de la conducta desadaptativa en relación con la evolución normativa y logros de edad determinada. La Psicopatología del desarrollo se plantea el reto de distinguir las variaciones de las conductas que se ubican dentro de un rango normal - evidentes en ciertos períodos evolutivos- de aquellas que pueden reflejar un estado patológico del sujeto.

**5.2.2 Psicopatología Afectiva:** La vida afectiva es el conjunto de estados y tendencias que el individuo vive de forma propia (subjetividad) y con inmediatez, que influye en toda su personalidad y su conducta (trascendencia), especialmente en su expresión (comunicatividad) y que generalmente se distribuye en términos duales de placer - dolor, agrado - desagrado, atracción - repulsión.

- **Subjetividad:** Componente esencial de los afectos. Todo sentimiento afectivo e íntimo es personal y directo para el individuo, por lo tanto no es observable para los demás; lo que sí puede ser observable son las manifestaciones de ese sentimiento, lo que el individuo expresa.
- **Trascendencia:** Es la difusión recíproca que ejercen los afectos sobre otras dimensiones de la personalidad y sobre la expresión de la conducta. La posición que ocupan los afectos en el ser humano permiten explicar la influencia recíproca entre afecto y conducta, así como entre afecto y otras dimensiones de la personalidad (un encuentro agradable constituye una sensación afectiva positiva que a su vez refuerza la conducta para futuros encuentros).

- **Comunicatividad:** Influencia y participación entre el individuo y el medio. En esta se distinguen tres niveles de transmisión de la afectividad:

\*Contenido del mensaje: Términos verbales

\*Forma del mensaje: Voz y movimientos

\*Modo de comunicación: Actitud.

Mientras el contenido y la forma son relativamente accesibles, el modo suele ser más difícil de apreciar porque se produce esencialmente en el marco de la intersubjetividad e involucra tanto la subjetividad del entrevistador como del entrevistado.

- **Dualidad :** Variedad cualitativa en que se manifiestan los aspectos del individuo

### 5.3 ALGUNAS CONCEPCIONES SOBRE TRASTORNO DE CONDUCTA

En términos del desarrollo de un individuo, podríamos referirnos a los logros específicos que caracterizan ciertos momentos o períodos del desarrollo. Es así, como en las teorías que se ocupan del desarrollo cognitivo, comunicativo, socio-emocional y motriz, se observan indicadores de procesos que hacen referencia a la adquisición continua de habilidades necesarias para lo que ha de considerarse un desarrollo “normal”. Cuando en estos procesos se observan alteraciones o desviaciones con respecto al rango de edad y contextos particulares, es cuando hablamos de un “trastorno”.

Un trastorno de conducta podría ser definido como una anomalía o un desorden del comportamiento, caracterizado por la presencia de conductas desadaptativas que suelen

ser factores de riesgo para el desarrollo del individuo y para las personas que le rodean. Su diagnóstico puede estar mediatizado por las normas de convivencia propias de cada comunidad; una conducta puede llegar a ser considerada como trastorno en tanto las características cualitativas y cuantitativas del sujeto con respecto a su rango de edad.

*“En la actualidad no existe una definición de los desordenes de conducta que sea aceptada en términos generales y existen varias razones que justifican la falta de una definición clara. Primero, hay problemas en la medición. Segundo, no hay un acuerdo claro sobre lo que constituye tener una buena salud mental. Tercero, las diferentes teorías de las perturbaciones emocionales utilizan su propia terminología y definiciones. La influencia cultural es otro problema, ya que las expectativas y las normas de la conducta adecuada son frecuentemente muy diferentes en los diversos grupos culturales y étnicos, además, la frecuencia es un aspecto muy importante, ya que todos los niños se comportan de forma inadecuada en algunos momentos; y por último, los trastornos de conducta se presentan a veces conjuntamente con otras condiciones de deficiencia, en general con retardo mental y trastorno de aprendizaje, y es difícil saber si una condición es causa o consecuencia de la otra”. (William L. Heward – Michael D. Orlansky. “Programas de Educación Especial”. 1992)*

De acuerdo con Heward - Orlansky, un trastorno de conducta no llega a ser definido desde una sola teoría: Según Antonina Bonals (1979), se entiende por trastorno del comportamiento “toda alteración o perturbación del mismo respecto a la norma”. Según Hewett y Taylor (1980), la definición de las perturbaciones emocionales debería idealmente:

- Ayudar a identificar con precisión el tipo de niño para que se pueda diagnosticar el problema.

- Facilitar la comunicación con los individuos e instituciones que determinan las políticas de educación, administrativas y de fondos para los niños con trastornos de conducta.
- Ayudar a los investigadores, describiendo de forma precisa y detallada las características de los niños con perturbaciones, de tal manera que los estudios pueden ser replicados y los resultados generalizados.

*“Los conceptos Trastorno de Conducta y Trastorno de Emocional son utilizados indistintamente, por lo cual no se discriminan unos de otros. Los trastornos de conducta no se diferencian en su ocurrencia; pueden darse en todos los niveles socio – económicos y en todos los niveles de inteligencia; aunque el riesgo de las “desviaciones” es mas alto en clases sociales marginales y en sujetos con baja capacidad intelectual”. (Kauffman, 1981)*

La anterior definición es importante a nivel educativo por las siguientes razones:

Para ser identificado un alumno con trastorno de conducta se requiere que éste afecte: el rendimiento académico, la capacidad para aprender, las relaciones interpersonales en la escuela y otros trastornos de salud provocados por los problemas escolares.

Esta definición parte del supuesto de que las conductas inadecuadas del niño son siempre provocadas por él mismo en la interrelación con su entorno y puede proporcionar el soporte necesario que permita al niño evolucionar en su desarrollo adaptativo.

Elli Bower (1969 – 1981 citado por Heward) ha presentado una importante investigación en educación especial, adoptada por el departamento de educación de los E.E.U.U, la cual ha sido tomada como referencia para la definición de los niños con perturbaciones emocionales graves:

El término *Perturbaciones Emocionales* significa una condición que presenta una o más de las siguientes características, que durante un largo periodo de tiempo y de un nivel determinado afecta de forma negativa el rendimiento educacional:

- Incapacidad de aprendizaje que no se puede explicar por factores intelectuales, sensoriales o de salud.
- Incapacidad para construir o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con compañeros o maestros.
- Tipos de conducta o sentimientos inadecuados bajo circunstancias normales.
- Permanente estado de ánimo de infelicidad o depresión.
- Tendencia a relacionar síntomas físicos o miedos con problemas de la escuela o personales.

Este término incluye niños Esquizofrénicos y Autistas, no incluye niños maladaptados socialmente, salvo que se determine que tienen perturbaciones emocionales graves. “*Es difícil concebir que un niño que tiene bastantes problemas de adaptación social se le denomine de esta manera si no presenta una o más de las cinco características anteriores*” (Bower, 1982; Taylor y Sternberg, 1989).

Kauffman (1977) y Ross (1974) plantean que a pesar de cada definición es algo diferente, todas tienen en común el hecho de considerar que un niño tiene trastorno de conducta cuando esta es crónica y difiere de forma muy marcada de las normas culturales y sociales actuales.

Algozzine (1980) encontró que, como grupo, los maestros de las escuelas normales clasifican algunas conductas como más perturbadas que el grupo de comparación formado por maestros de educación especial en un estudio posterior. Curran y Algozzine (1980) encontraron que el nivel de tolerancia de los maestros referente a las conductas desafiantes e inmaduras variaba y que evaluaban de forma diferente las posibilidades hipotéticas de éxito de un niño en clase normal.

En este sentido, Whelan (1981) afirma que “la perturbación emocional está en función de la persona que la percibe... Lo que es una perturbación para un maestro puede no serlo para otro”; tal vez la forma más funcional de contemplar los trastornos de conducta es describiendo, cómo actúan de verdad los niños denominados perturbados emocionales, respecto a los criterios de definición y diagnóstico de los trastornos de conducta.

Se puede analizar o medir diferentes aspectos de la conducta de un niño a partir de los siguientes aspectos:

- **Frecuencia:** Nos remite al número de veces que se ejecuta una conducta. La diferencia más importante entre los niños con trastornos de conducta y los niños normales es la frecuencia con que ocurren este tipo de actividades no deseables. A pesar de que con frecuencia muchos niños con trastornos de conducta no hacen nada que hagan sus pares normales, lo hacen mucho más a menudo (por ejemplo: gritar, pegar, o jugar solos).
- **Duración:** Es la medida del tiempo que el niño está ocupado en una actividad dada, por ejemplo, muchos niños pequeños tienen rabietas, pero en general no duran más de 5 o 10 minutos. Un niño con trastornos de conducta puede llegar a tener una rabieta durante una hora o más.

- **Topografía:** Se refiere a la forma física de una acción, por ejemplo, tirar una pelota en el canasto o hacer rodar una pelota de bolos, implica topografías diferentes. A pesar de que en ambas se utiliza el brazo, las dos actividades requieren movimientos diferentes.
- **Magnitud o fuerza:** Pueden ser o muy suave (por ejemplo, hablar en volumen tan bajo que no se pueda oír) o demasiado fuerte (como dar portazos con las puertas).

### 5.3.1 Etiología

**5.3.1.1 Perspectivas Orgánicas.** Este grupo de trastornos se caracteriza por la anormalidad psíquica y conductual asociada a deterioros transitorios o permanentes en el funcionamiento del cerebro. Estos desórdenes presentan diferentes síntomas según el área afectada o la causa, duración y progreso de la lesión. El daño cerebral procede de una enfermedad orgánica, del consumo de alguna droga lesiva para el cerebro o de alguna enfermedad que lo altere indiferentemente por sus efectos sobre otras partes del organismo.

Los síntomas asociados a los trastornos orgánicos mentales podrán ser el resultado de un daño orgánico o la reacción del paciente a la pérdida de capacidades mentales, algunas fuentes hablan de que un niño nace con un temperamento determinado pero si éste es provocado puede generar un trastorno de conducta.

Se habla de posibles causas biológicas cuando de antemano existe un trastorno orgánico (sea Retardo Mental, Autismo o algún síndrome); sin embargo, no puede afirmarse que

sea la anomalía fisiológica la única causa de la conducta o si es que solamente se encuentran asociados (trastorno de conducta-anormalidad fisiológica).

Desde la perspectiva neurobiológica de Kinsbourne - de Quirós (pendiente fecha), los estados mentales pueden estar basados en estados cerebrales, entendiendo "estado mental" como "condición intelectual de una persona... situación emocional y motivacional ". Si en algún estado mental existe una anomalía o una "falta de adaptabilidad", ésta puede estudiarse confrontándola con una anomalía cerebral subyacente, la cual los autores relacionan con "un déficit fijo en el sistema nervioso o como consecuencia de desequilibrios químicos o asimetrías entre partes homólogas del cerebro".

La estructura cerebral se divide en cuatro áreas (frontal, parietal, temporal y occipital), cada una de las cuales posee una función específica: "Los lóbulos parietal y occipital monitorean la información; el hemisferio izquierdo monitorea la información que proviene del exterior, mientras que el hemisferio derecho monitorea la información del interior, o sea de los sentimientos, las sensaciones y los estados emocionales de las personas, así como su relación con el resto del mundo"

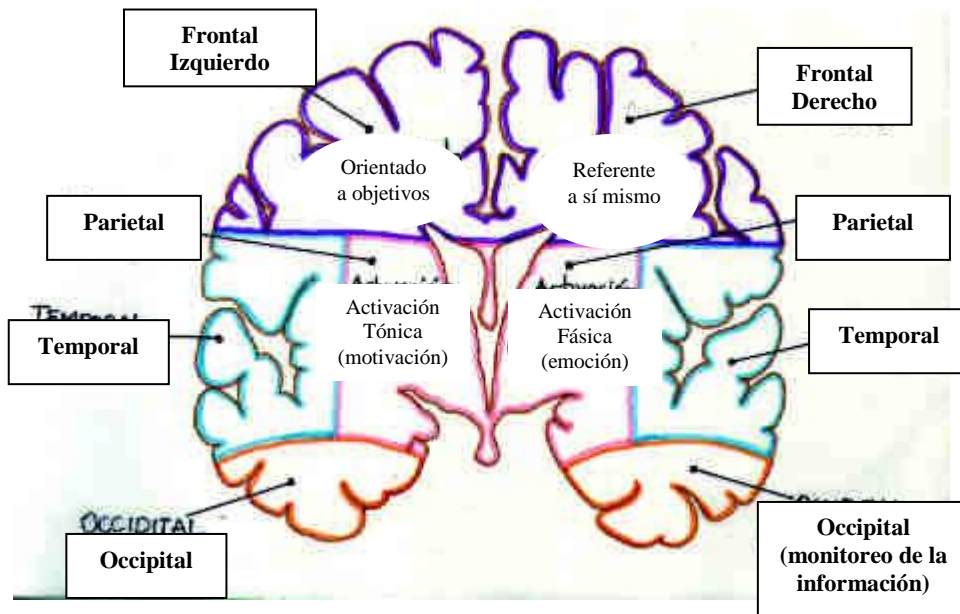


Figura N° 2. Distribución Funcional de la Corteza Cerebral.



A partir de la organización de funciones a nivel hemisférico, los autores logran identificar una serie de actividades específicas a nivel cortical, es decir, de la corteza cerebral, planteando que la corteza frontal tiene funciones de control. La parte izquierda formula planes para alcanzar objetivos en el mundo exterior; por esta razón, una persona con una lesión frontal izquierda “mostrará un estado de depresión reactiva” (Starkstein y Robinson, 1988- citado por los autores), entendiendo “reactiva” como “reaccionar si las cosas van bien”, pero en esta persona no sucedería así porque perdió la capacidad de planear sus acciones ante el mundo exterior, por lo que su conducta se considera como “un tipo de psicopatología externalizante”.

Por otra parte, la corteza frontal derecha relaciona el exterior con el interior, modifica los pensamientos y sentimientos de las personas en relación con los hechos del entorno o medio ambiente que lo rodea, de tal manera que una persona con una lesión en esta zona presentará “una sintomatología de desinhibición y la conducta de la persona se vuelve inapropiada”: presenta dificultad para acatar normas sociales como no reírse de otra persona que está triste, responder con respeto a las peticiones de otros, no hacer ruido cuando otros están durmiendo, etc.

**5.3.1.2 Perspectivas Sociales.** Kurt Goldstein propone una versión social de la conducta “como respuestas” ante las acciones de los demás. En esta, la personalidad está entendida como el conjunto de papeles que un ser humano desempeña a lo largo de su vida y la perturbación se concibe como aquellos papeles que son perjudiciales para los demás (El problema de las sociopatías o psicopatías, así como el de las personalidades delictivas se encuentran en esta opción) y, por ello los trastornos de personalidad serían concebidos como enfermedades o errores que evidencian rasgos inflexibles y desadaptativos causando incapacidad social significativa, disfuncionalismo ocupacional o malestar subjetivo del proceso de socialización dirigidos a la producción de daños en los demás, sin que medie necesariamente algún tipo de problema biológico.

Algunos autores se refieren a trastornos en los que no existe conciencia de enfermedad; para otros, se trata de elementos claros de patología social y para algunos se trataría de aminoraciones, estadios previos o estados psicológicos con alto riesgo de convertirse en una psicopatología mucho más grave.

El diagnóstico de trastorno de personalidad solo debe hacerse cuando esos rasgos sean típicos del funcionamiento del individuo a largo plazo, y no se limiten a episodios concretos de alguna enfermedad, circunstancia o momento específico en la vida del sujeto ocasionado por factores sociales, afectivos o ambientales.

Dentro de esta perspectiva social, se consideran factores psicológicos, siendo considerados como aquellos que de algún modo afectan la forma de actuar de un niño, debido a la existencia de algún hecho en su vida; esta clase de factores son importantes en el desarrollo de los trastornos de conducta. Algunas investigaciones han acusado a los padres de ser responsables de los problemas de conducta de sus hijos; pero este tipo de relación (padre - hijo) es recíproca y puede llegar a afectar a cualquiera de los dos. También se ha reconocido a la escuela como espacio en donde se pueden generar varios desórdenes de conducta, ocasionados por las relaciones interpersonales que en ella se dan (maestro - alumno y entre compañeros).

Existen conductas que dependiendo del contexto en que se miren y las personas que la analicen, se catalogan como Conductas Perturbadoras o Conductas Negativas.

## 5.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.

Los niños con trastorno de conducta también tienen dificultad en discriminar cuando y donde son apropiadas algunas conductas. El aprendizaje de este tipo de control de estímulos es una tarea importante del crecimiento y la mayoría de los niños lo dominan de forma natural a través de la socialización.

Hay dos aspectos importantes de los niños y niñas con trastorno de conducta:

- Presentan generalmente una variedad de problemas en varias áreas de funcionamiento como el área cognitiva (en procesos específicos como la atención) y el área social - afectiva.
- Los problemas de conducta de un niño son de larga duración y requieren de un tratamiento intensivo más que una intervención breve.

La ventaja de definir los trastornos de conducta en función de estas dimensiones conductuales es que la identificación, la evaluación, las estrategias de enseñanza y la evaluación de los efectos del tratamiento pueden girar alrededor de la medición objetiva de estas dimensiones. Este enfoque nos conduce a encarar de forma directa: el problema del niño, la conducta inadecuada y la forma de enfrentarse a la misma, en contraste a la postura de concentrarse en algunos problemas del niño. Si el niño puede aprender formas de conducta nuevas y socialmente aceptadas, no necesitará más ser denominado niño con trastorno de conducta.

En general, cuanto más sea presentado el trastorno de conducta por el niño, más probabilidades existen de obtener estimaciones exactas, estables y fiables.

Uno de los datos relevantes dentro de los estudios de prevalencia ha arrojado que los varones denominados perturbados tienen en general una conducta agresiva, mientras que las niñas son habitualmente tímidas, ansiosas y ensimismadas. Sea cual sea el estudio de frecuencia utilizado, es evidente que hay varios miles de escolares cuyo trastorno de conducta están provocando deficiencias en el proceso educacional y que en la actualidad no están recibiendo la educación especial que necesitan. Otro de los aportes está dado por Quay (1975-1979), el cual describió cuatro tipos de problemas:

- Trastornos de conducta: Suelen ser desobedientes, meterse en peleas, mandones y tienen rabietas.
- Trastornos de personalidad: Son la ansiedad, depresión, ensimismamiento, sentimientos de inferioridad, culpa, timidez e infelicidad.
- Inmadurez: Se caracteriza por poca capacidad de concentración, una gran pasividad, ensoñaciones, preferencia por compañeros menores y torpeza.
- Agresión a la sociedad: Se distingue por el robo, la pertenencia a pandillas y el sentimiento de orgullo por pertenecer a una subcultura delincinencial.

Hewett y Forness (1977); Hewett y Taylor (1980). Desarrollaron un sistema de clasificación en seis (6) niveles de competencia de aprendizaje:

- Nivel de atención: Tiene que ver con la toma de conciencia de los niños con su ambiente y entorno.
- Nivel de respuesta: Se evidencia en la participación activa del niño, motriz y verbalmente.
- Nivel de ordenes: Está relacionado con el aprendizaje de rutinas y el seguimiento de instrucciones.

- Nivel exploratorio: Esta relacionado con el interés de los niños por investigar su entorno.
- Nivel social: Tiene que ver con el interés del niño por relacionarse con otros (pares y/o adultos)
- Nivel de dominio: Implica aptitudes relacionadas con el cuidado de sí mismo y con el interés por aprendizajes académicos y vocacionales.

Este sistema de clasificación es tan descriptivo como funcional y permite relacionar al niño directamente con objetivos curriculares y de intervención, pues se considera que es mucho más fácil clasificar conductas de forma objetiva que clasificar niños.

La explicación precisa y objetiva de las conductas inapropiadas, específicas de un niño perturbado puede conducir a diseñar estrategias de tratamiento, y el etiquetar conductas en los niños es un acto optimista al suponer que un niño será normal cuando desarrolle habilidades adaptadas socialmente en sustitución de las conductas perturbadas.

Olson, Algozzine y Schmid (1980), Afirmaron que los maestros de niños con trastornos emocionales, identificaban dos (2) niveles o grados de perturbación de conducta: Leve y grave.

- Trastornos de conducta leves o moderados: la mayoría de los niños con trastorno de conducta tienen problemas leves o moderados que se presentan en general durante un corto período de tiempo, que pueden ser tratados de forma eficaz en la clase normal y en casa si padres y maestros están adecuadamente informados. Con frecuencia el niño con trastorno de conducta desorganiza permanentemente la clase, desafía de forma constante las instrucciones del maestro y las reglas.

- Trastornos de conducta graves: Estos niños son denominados en general psicóticos, esquizofrénicos o autistas; necesitan programas intensivos diseñados especialmente y que habitualmente se deben aplicar en medios muy supervisados y en centros de tratamientos residenciales o instituciones especializadas.

Walkler y Buckley(1974) han sugerido que las deficiencias académicas de los niños con trastornos de conducta se pueden al menos en parte explicar por la gran cantidad de tiempo que el niño pasa en asuntos no académicos a expensas del aprendizaje, por ejemplo: (Conductas características de un niño en clase)

- Estar fuera de su asiento.
- Grita.
- Corre por la clase.
- Molesta a sus compañeros.
- Pega o pelea.
- Ignora al maestro de clase.
- Se queja.
- Pelea excesivamente.
- Roba.
- Destruye cosas
- No cumple las órdenes o directrices de los adultos.
- Discute (Contesta con impertinencia).
- Distorsiona la verdad.
- Sus compañeros lo excluyen de las actividades.
- No termina tareas.

A medida que un niño con T.C crece, su conducta agresiva empieza a crear conflictos en su comunidad; mucha gente cree que la mayoría de los niños que presentan modelos de

conducta extravagante, podrán superarlos con el tiempo y que se convertirán en adultos con un funcionamiento normal. Algunos niños con T.C son todo menos agresivos: Poca interacción con los otros, aunque todos los niños que actúan de forma ensimismada no son una amenaza para los otros, su conducta es un serio obstáculo para su desarrollo. Rara vez juegan con niños de su misma edad. En general, no tienen las aptitudes sociales necesarias para hacer amigos y divertirse y con frecuencia permanecen ensimismados en sus propias fantasías y sueños.

#### **5.4.1 Conductas Disruptivas (C.D) en el contexto escolar:**

Son conductas que interfieren en el aprendizaje escolar perturbando la adquisición y desarrollo de habilidades básicas, en sí mismo y en sus compañeros.

Las C.D no son aceptadas en el aula de clase tanto por el profesor como por los mismos compañeros, ya que en ocasiones pueden percibirse como perjudiciales.

Stuart (1974) logra diferenciar tres tipos de conducta:

- Conducta adecuada: Propia y aceptable en una situación determinada.
- Conducta inadecuada: No es propia y adecuada a la situación pero se puede evadir.
- Conducta inaceptable: Es perjudicial para el niño y para quienes lo rodean.

Para determinar si una conducta infantil es disruptiva, se debe tener en cuenta la época histórica y las normas y costumbres establecidas por una sociedad en un momento definido; además de las características ambientales y del evaluador en las cuales se presenta dicho comportamiento.

Entre las principales C.D encontramos:

- \* Hiperactividad
- \* Déficit de Atención

- \* Conducta agresiva: Se alude a las conductas motoras o verbales, violentas o intensas que producen efectos observables en otros sujetos. Como golpearlos, ofenderlos o lastimarlos.

Hanke y otros (1979), insisten en que las agresiones manifestadas por los niños en el aula se pueden considerar en parte como expresiones de problemas y trastornos de relación relativamente independientes de la escuela y también como acciones provocadas por la escuela y dirigidas contra ella.

Formas de conducta agresiva:

Agresión física: pegar, tirar objetos, escupir, arañar, morder.

Agresión verbal: Maldecir, gritos insultantes.

Trastornos de la socialización: La escuela cumple un papel importante en la socialización del niño y en su vida desde los cinco o seis años de edad.

Hallahan y Kauff (1976) Afirma que el fallo en la escuela es equivalente a fallo en la vida, mientras que el éxito en esta potencia la autorealización. Los trastornos de socialización se manifiestan en la falta de conductas de cooperación e interacción con los demás, esto debido a que los niños carecen de habilidades para la aproximación a sus pares; en consecuencia, son olvidados y aislados.

Según Bower (1969) Existen algunas características que indican cuando un niño en edad escolar presenta problemas en su desarrollo social: Inhabilidad para aprender, inhabilidad para construir o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con sus compañeros; manifestar otro tipo de sentimiento o conducta ante una situación normal, estado emocional generalmente depresivo, tendencia a relacionar cualquier molestia física con una situación o problema personal.



## **5.5. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA**

Al hablar de trastorno como desviaciones o alteraciones dentro del desarrollo de un individuo, se hace necesario para su clasificación atender a las diferentes posturas que se ocupan de este concepto.

Por las implicaciones teóricas que nos ocupan es conveniente abordar específicamente dos campos: El campo clínico y el pedagógico, ambos hacen referencia a déficit o alteraciones en el desarrollo, aunque lo hagan en diferentes términos y por medio de diferentes instrumentos y fundamentos teóricos.

### **5.5.1. Clasificación Clínica: Manual Diagnóstico y Estadístico de Asociación Americana de Psiquiatría (D.S.M IV con los códigos C.I.E.10).**

El Manual Diagnóstico y Estadístico (D.S.M IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A), es un compendio elaborado con el fin de clasificar los trastornos y diagnósticos diferenciales; esta clasificación se realiza por medio de grupos de trastornos. Esta última versión fue realizada en 1994 en los E.E.U.U y llega a Colombia en 1995, es utilizada por médicos, psiquiatras, educadores especiales y terapeutas para la evaluación, diagnóstico y pautas de tratamiento, en los individuos que lo requieren.

Según el D.S.M IV los trastornos se clasifican en:

\*Trastorno de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia: Trastornos que suelen diagnosticarse en una de estas etapas, pero que no son excluidos de la edad adulta en la que también pueden diagnosticarse.

\*Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos: En estos trastornos, la alteración predominante es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivas o la memoria, que representa un cambio del nivel previo de actividad dado a una enfermedad médica.

\*Trastornos mentales debido a enfermedades médicas no clasificados: Se caracteriza por la presencia de síntomas mentales que se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.

\*Trastornos relacionados con sustancias: Incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos.

\*Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: El término psicótico se refiere a la persona que presenta ideas delirantes y alucinaciones, sin tener conciencia de su naturaleza patológica; Por otro lado la esquizofrenia presenta una mezcla de signos de síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (si se ha dado tratamiento con éxito), y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos seis meses.

\*Trastornos del estado de ánimo: Incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

\*Trastorno de ansiedad: Se caracterizan por la aparición súbita o no, de síntomas de aprensión, miedo, ansiedad, comportamiento de evitación, obsesiones y/o angustias .

\*Trastornos somatomorfos: Consisten en la presencia de un trastorno físico que persiste durante seis meses o más.

\*Trastornos facticios: Se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionalmente.

\*Trastornos disociativos: Alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno.

\*Trastornos sexuales y de la identidad sexual: Los trastornos de identidad sexual se caracterizan por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio. Por otro lado, los trastornos sexuales son una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual.

\*Trastornos alimenticios: Alteraciones graves de la conducta alimentaria.

\*Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Se refiere a estados o problemas que están relacionados con trastornos mentales descritos previamente en el D.S.M. IV, de alguna manera.

\*Trastorno del sueño: De acuerdo a la etiología pueden ser: Primarios, relacionados con otro trastorno, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias. Todos describen de alguna manera, alteraciones en los mecanismos del ciclo sueño - vigilia.

Trastorno del control de los impulsos no clasificados:

\*Trastornos Adaptativos.

\*Trastornos de la personalidad.

\*Códigos adicionales.

A continuación se especificarán los trastornos que son objeto de interés y que se consideran como parte de las alteraciones de la conducta, la emoción y el comportamiento. Algunos trastornos infantiles se hacen evidentes por primera vez durante la infancia, la pubertad o la adolescencia. Se pueden caracterizar por la incapacidad para aprender, ser independiente, distorsión simultánea y/o progresiva de varias funciones psíquicas como la atención, la percepción, la evaluación de la realidad y la motricidad. A continuación se describen los trastornos infantiles relacionados en el D.S.M IV :

#### **5.5.1.1. Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia.**

##### **❖ Trastorno del aprendizaje:**

Se caracteriza por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dado la edad cronológica del sujeto, su coeficiente intelectual (C.I), etc. Cuando el rendimiento del individuo en cálculo, lectura o expresión escrita es sustancialmente inferior a lo esperado por la edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas suministradas y normalizadas individualmente.

##### **❖ Trastorno de la comunicación:**

Se caracteriza por deficiencias del habla o del lenguaje, incluye el trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado.

*Características diagnósticas:*

- *Trastorno mixto receptivo – expresivo*: Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Incluye los propios trastornos del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases, etc.

Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral y la comunicación social.

- *Trastorno fonológico*: Incapacidad para utilizar los sonidos del habla evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (Errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro).

Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico - laboral o la comunicación social.

- *Tartamudeo*: Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (Inadecuadas para la edad del sujeto) caracterizada por uno o mas de los siguientes fenómenos:

- \* Repeticiones de sonidos y sílabas
- \* Prolongaciones de sonidos
- \* Palabras fragmentadas (pausas dentro de una palabra)
- \* Circuloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
- \* Repeticiones de palabras monosilábicas

- *Trastorno de la comunicación no especificado*: Esta categoría se reserva para trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específico: Por ejemplo un trastorno de la voz (anormalidad del volumen, calidad, tono o resonancia vocales)

### ❖ **Trastornos generalizados del desarrollo**

Se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo de habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. Los trastornos específicos son: Trastorno Autista, Rett, trastorno desintegrativo infantil, de Asperger.

*-Trastorno Autista:* Afecta la interacción social y la comunicación que puede presentarse desde los primeros años de vida, puede presentar una incapacidad para desarrollar relaciones con coetáneos apropiados al nivel de desarrollo. Los sujetos de menor edad pueden tener muy poco o ningún interés en establecer lazos de amistad, los de más edad pueden estar interesados por una relación amistosa pero carecen de la comprensión de las convenciones de la interacción social. Puede faltar la búsqueda espontánea de disfrutes, intereses u objetivos compartidos con otras personas.

La alteración de la comunicación afecta tanto las habilidades verbales. Aunque en los sujetos que hablan se puede identificar una alteración de la habilidad para iniciar o sostener una conversación o una utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje.

*-Trastorno de Rett:* Los sujetos presentan un periodo prenatal y perinatal aparentemente normal con un desarrollo psicomotor normal durante los primeros cinco meses de vida, entre los cinco y cuarenta y ocho meses de edad el crecimiento craneal se desacelera; entre los cinco y treinta meses de edad se produce una pérdida de habilidades manuales, el interés por el ambiente social disminuye en los primeros meses posteriores al inicio del trastorno. También existe una alteración grave del desarrollo del lenguaje expresivo- receptivo.

*- Trastorno desintegrativo infantil:* Es una marcada regresión en múltiples áreas de actividad tras un periodo de por lo menos dos años de desarrollo aparentemente normal, pero antes de los dos años de edad del niño experimenta una pérdida

clínicamente, por lo menos en dos de las siguientes áreas: Lenguaje expresivo receptivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, juego o habilidades motoras.

-*Trastorno de Asperger*: Alteración grave y persistente de la interacción social y desarrollo de patrones del comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivas.

El trastorno puede dar un deterioro clínicamente significativo, social y en otras áreas importantes de la actividad del individuo. En contraste con el trastorno Autista no existen retrasos del lenguaje clínicamente significativos del desarrollo cognoscitivo y en el desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad del sujeto.

- *Trastorno generalizado del desarrollo no especificado*: Cuando existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal o cuando hay comportamientos y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico.

#### ❖ **Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador.**

- *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*: Es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad, impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en un sujeto de un nivel de desarrollo similar. Los síntomas deben producirse en dos contextos por lo menos (en casa y en la escuela o el trabajo).

Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla. Los sujetos diagnosticados con este trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a otra, entonces dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas.

Para establecer este diagnóstico, la incapacidad para completar tareas solo debe tenerse en cuenta si se debe a problemas de atención y no a otras posibles razones (incapacidad para comprender instrucciones).

Los sujetos que sufren este trastorno se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados por los demás (Ruido del automóvil, una conversación lejana). La hiperactividad puede manifestarse por un exceso de correr o saltar en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo, experimentando dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio o hablando excesivamente. Esta puede variar de acuerdo a la edad y el nivel de desarrollo del sujeto, los niños pequeños y preescolares con este trastorno difieren de los niños pequeños normalmente activos por que experimentan dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo (ejemplo escuchar un cuento), tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan a menudo, se retuercen en el asiento o permanecen sentados en su borde.

La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas sin que las preguntas hayan sido completadas, dificultad para esperar un turno e interrumpir o interferir frecuentemente a otros. Las manifestaciones comportamentales suelen producirse en múltiples contextos, que incluye el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones sociales.

Para establecer el diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos de tales situaciones, es muy poco frecuente que un sujeto despliegue el mismo nivel de disfunción en todas partes o permanentemente en una misma situación. Habitualmente los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenido o que carecen de atractivo.

- *Trastorno Disocial*: En un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en que se violan los derechos básicos de los otros. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos:



\* Comportamiento agresivo: Que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales. Los niños adolescentes que poseen este trastorno pueden desplegar un comportamiento intimidatorio, desafiante negativista amenazador, iniciar peleas físicas frecuentemente, provocar daño físico grave (bate, botella rota, navaja o pistola).

\* Comportamiento no agresivo: Que causa pérdidas a daño a la sociedad, puede incluir prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves (romper vidrios de automóviles, vandalismo en la escuela).

\* Fraudes o robos: pueden incluir violentar las propiedades de otra persona.

\* Violaciones graves de las normas: Los niños con este trastorno y antes de los trece años de edad, permanecen fuera de casa en horas nocturnas a pesar de las prohibiciones de sus padres, pueden existir fugas de casa durante la noche. Para que puedan considerarse como síntomas de trastorno disocial, la fuga debe haber ocurrido por lo menos dos veces (o solo una vez sí el sujeto no regresó durante un período de tiempo prolongado).

- *Trastorno negativista desafiante*: Es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad que persiste por lo menos en seis meses. Se caracteriza por la frecuente aparición o por lo menos cuatro de los siguientes comportamientos:

\* Exceso de cólera; negarse a cumplir demandas o normas de los adultos; acusar a otros de sus propios errores o pruebas de comportamiento; mostrarse iracundo y resentido o ser rencoroso y/o negativo.

## ❖ Trastornos de tics

- *Trastorno de Tourette*: Se caracteriza por la presencia de tics motores (parpadeo, gestos faciales, mover los hombros, morder, lanzar...) y tics vocales (toser, olfatear, gruñir, ecolalia...), durante un periodo mayor a un año.

- *Trastorno de tics motores o vocales crónicos*: Se caracteriza por vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos.

- *Trastorno de tics transitorios*: Se caracteriza por la presencia de tics motores y/o vocales, por tiempo menor a un año

- *Trastorno de tics no especificados*: Comprende trastornos caracterizados por tics, pero que no cumplen los criterios de un trastorno de tics específico, por ejemplo: tics que duran menos de un mes o tics que se inician después de los 18 años de edad.

#### ❖ **Trastorno de eliminación:**

- *Enuresis*: Emisión persistente e involuntaria de orina durante el día o la noche, que se considera anormal para la edad del individuo, puede ser episódica cuando no es diaria, sus causas pueden ser de origen psicógeno o de causas orgánicas como la espina bífida, el retardo mental, deficiente control motor de la vejiga, etc.

- *Encopresis*: Su principal manifestación es la persistente eliminación voluntaria o involuntaria de heces de consistencia normal o casi normal en lugares no adecuados según el contexto sociocultural. No se conoce etiología con exactitud; al igual que con la enuresis se habla de causas orgánicas y de origen psicógeno.

## ❖ Trastornos de la alimentación

- *Bulimia*: El niño ingiere grandes cantidades de alimento; puede obedecer a causas orgánicas por una enfermedad del sistema endocrino o a causas psicológicas como reacción compensatoria o situaciones frustrantes.
  
- *Anorexia*: Pérdida del apetito sin que exista problema orgánico, puede aparecer como rechazo a un medio familiar que le es hostil o también como un medio de llamar a atención.
  
- *Pica*: come repetidamente sustancias no nutritivas como tierra, jabón, etc.
  
- *Coprofagia*: Niños que se comen sus propias heces debido a carencias afectivas o abandono por parte de los padres.

## ❖ Trastorno del sueño

- *Antes del sueño*
- \* Miedos: Edad de inicio hacia los dos años, caracterizado porque el niño pide que se le deje la luz encendida o quieren dormir tomados de la mano de la madre. Tiene miedo a las sombras de la habitación, a los fantasmas o a los muertos, etc.
- \* Rituales para el adormecimiento: Realizan actos antes de dormirse como acariciarse los cabellos, o tener una determinada tela en la mano.
- \* Rítmias: niños que balancean el tronco o la cabeza para dormirse.
- \* Insomnio: Alteración que se caracteriza por falta de sueño y pueden ser de varias formas: insomnio precoz, cuando el niño tarda en dormirse; insomnio tardío cuando el niño se despierta muy temprano.

- *Durante el sueño*

\* *Pesadillas*: El niño se mueve en la cama y a veces llega a despertarse, generalmente se recuerdan al día siguiente.

\* *Terrores nocturnos*: El niño da algunos gritos fuertes y da muestras de angustia, suda y gesticula como defendiéndose de algo y no se recuerdan al día siguiente.

\* *Sonambulismo*: Se levanta de la cama, marcha como autómatas, con la mirada fija, los ojos abiertos en camino recto y vuelve a la cama por sí solo y no se recuerda al día siguiente.

\* *Braxomanía o bruxismo*: Consiste en rechinar los dientes durante el sueño.

\* *Somniloquio*: Son automatismos verbales durante el sueño.

#### ❖ **Trastorno del control de los impulsos no clasificados**

- *Cleptomanía*: Consiste en un impulso por tomar objetos que son propiedad de otros, sin su consentimiento y con el fin de quedarse con ellos.

- *Piromanía*: Impulso o manía de jugar con fuego, sin premeditar el daño que puede ocasionarse a él mismo y/o a los demás.

- *Juego patológico*

- *Tricotilomanía*: Impulso por arrancarse el cabello con las manos.

### 5.5.2. Clasificación psicopedagógica de los Trastornos de Conducta: Necesidades Educativas Especiales (NEE)

A lo largo de la historia han sido muchos los autores y las corrientes que se han planteado clasificaciones en torno a los trastornos del desarrollo de la conducta. Desde la perspectiva pedagógica encontramos el término de Necesidades Educativas Especiales (NEE) el cual aparece por primera vez en el informe Warnock (1978) orientando la nueva ley educativa en Inglaterra, desde la cual se considera que un alumno necesita de una educación especial si presenta alguna dificultad en el aprendizaje, es decir, ayudas adicionales o diferentes respecto a la diversidad de los alumnos.

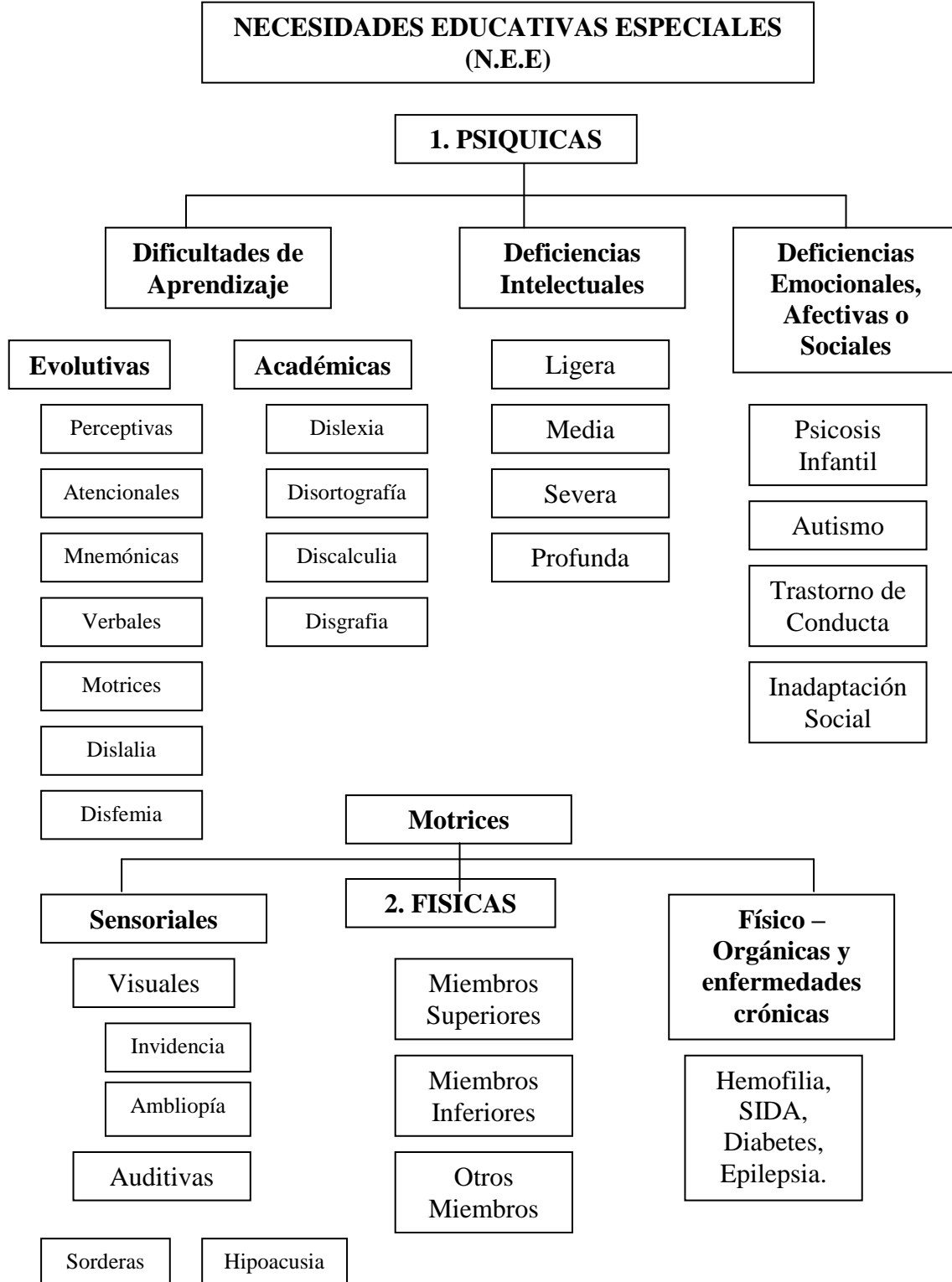
Ruiz 1987 (citado por Giné) describe algunas las principales características del concepto: “Las NEE se conciben como un continuo que va desde las leves hasta las mas graves y desde las mas generales hasta las mas particulares y específicas”.

Las ayudas pedagógicas específicas hacen referencia a recursos personales, materiales y técnicos, provenientes del entorno educativo, los cuales pueden requerirse a lo largo de toda la escolarización o en un momento determinado. La causa de las dificultades de aprendizaje de los alumnos tienen un carácter interactivo, dinámico, ecológico y ambiental, pues dependen tanto de sus condiciones personales como de las características del entorno en que se desenvuelven.

El concepto de NEE hace énfasis en los contextos y en la capacidad para dar respuestas educativas a las NEE de los alumnos sin obviar que estas tienen deficiencias específicamente vinculadas a su propio desarrollo, de igual manera ha permitido diferentes posturas en el campo de la educación especial ampliando sus límites.

El siguiente cuadro nos ilustra la clasificación de las N.E.E:

Cuadro N° 4. Esquema de clasificación de las Necesidades Educativas Especiales



### 3. ASOCIADAS

#### 5.5.3. Evaluación y Diagnóstico de los Trastornos de Conducta

**5.5.3.1. Modelos de Evaluación:** En general los modelos de evaluación están a menudo relacionados con los sistemas de clasificación. En la que concierne a los trastornos de conducta o trastornos emocionales se han identificado cuatro sistemas de clasificación:

- **Sistema Binario:** Es ampliamente utilizado en el sistema educativo que retoma, en forma de ítems, a los que hay que responder “sí” o “no”, la descripción de las conductas que provienen de la definición de trastornos de conducta. Este sistema identifica los trastornos de conducta y no los diferentes grados del mismo (ligero, moderado, severo).
- **Sistema de análisis - funcional de conducta:** Los autores que defienden éste sistema (Kanfer y Saslow, 1967; Phillips, Draguns y Bartiett, 1975) critican, la no funcionalidad de los diagnósticos por “etiquetas”. Ellos proponen describir o clasificar la conducta como excesiva o deficiente y que estas conductas debieran ser eliminadas o reducidas en su frecuencia de aparición.

En este sistema para determinar si la conducta sobrepasa la frontera de las normas sociales, se utiliza un formato de preguntas relacionadas con:

\* Frecuencia y duración de los trastornos de conducta (Ejemplo, las crisis de cólera), además de los factores que provocan y mantienen dicha conducta (En el ejemplo anterior, las crisis de cólera aparecen antes de pedirle a un alumno que haga o realice cierta actividad, conducta que parece ser reforzada por la atención que prestan los compañeros y el escape con la conducta aversiva a dicha actividad).

\* Historia evolutiva de la conducta: (por ejemplo, las crisis han podido ser eficaces en otras ocasiones para obtener un juguete deseado).

\* Existencia de otras situaciones similares en las que no se da la misma conducta inadecuada (por ejemplo, cuando el niño tiene que leer las instrucciones de un diskette para iniciar un juego en el ordenador).

De todos los ejemplos anteriores se puede deducir que: Las crisis de cólera son un problema en el aula; ocurren cuando se le pide al niño que lea y le permiten escapar de la lectura; las crisis permiten poseer objetos y evitar situaciones estresantes; y por último, el niño no dispone de destreza para el autocontrol al tener que enfrentarse a algunas situaciones.

- **Sistema psicopatológico:** Se apoya en el D.S.M IV y no es muy utilizado por los maestros de educación especial y por el sistema educativo en general.

Las raíces de elaboración de éste provienen del psiquiatra europeo Emil Krapelin (1856-1926) el cual atribuía a los trastornos emocionales (trastornos de conducta) o mentales causas orgánicas.

El D.S.M. IV (A.P.A, 1994-1995) describe los criterios diagnósticos de los trastornos de conducta; trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los niveles de gravedad leve, moderado, severo y profundo; trastornos de conducta, también en los tres niveles de gravedad y cuatro tipos: El tipo grupo; el tipo agresivo - solitario; el tipo indiferenciado y el tipo desafiante. Otros tipos de trastornos emocionales son los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia: Trastorno por angustia de separación; Trastorno de evitación y trastorno por ansiedad excesiva.

- **Sistema de agrupamiento ("Clusters"):** Se basa en procedimientos estadísticos complejos, aplicados a las respuestas dadas en los ítems de diversas escalas de conducta.



Es conocido también como análisis factorial o dimensional. En este análisis se identifica un grupo de ítems que tienen una alta correlación entre ellos y se hipotetiza que presentan una determinada dimensión de la conducta (Carlson y Lahey, 1983).

El modelo de evaluación evolucionó llegando a considerar que, si se sospecha que un alumno tiene trastornos emocionales, debía recibir una evaluación individual completa antes de ser etiquetado. Este proceso de identificación fue conocido como “Screening” y generalmente incluye una evaluación rápida de las funciones visuales y auditivas, test grupales de inteligencia, test de rendimiento académico y escalas de conducta. El siguiente paso, si los miembros de un equipo multidisciplinario y los padres están de acuerdo en que el alumno tiene dificultades consistía en realizar una evaluación más completa. Los resultados de esta última permiten decidir si el niño necesita o no, educación especial. Basándose en los resultados del Screening algunas de las estrategias de evaluación son:

- Entrevistas (a los padres, el maestro y el niño) para detectar las áreas más problemáticas y las características conductuales: Una persona cercana al alumno (maestro-padres compañeros) completa una escala de conducta que contiene ítems de adaptación y de inadaptación con rangos que van desde “frecuente” a “ocasionalmente”.
- Escala aplicada al alumno: El alumno puede ser evaluado en el nivel de autoconcepto, en la reacción a los acontecimientos que lo encolerizan y en cómo él mismo se explica las consecuencias de su conducta.
- Observación directa: El equipo multidisciplinario observa al alumno en el aula y registra los episodios conductuales.

- Test de inteligencia y de rendimiento: Los test individuales de inteligencia son aplicados por el psicólogo. Las puntuaciones obtenidas serán comparadas con las normas del test y éste análisis permitirá determinar si existen o no diferencias significativas entre ambos. Ciertos patrones de bajo rendimiento intelectual y académico pueden indicar que un alumno padece trastornos emocionales.

Existen diferentes escalas de conducta, las más utilizadas son:

\* Escala de evaluación de la conducta (Bes) (Mccarney, Leigh y Cornbleet, 1983), contiene ítems para cada una de las categorías de la definición de trastornos emocionales.

\* Perfil de conducta (BRP) (Brown y Hammill, 1983) consta de escalas de autoevaluación que realiza el alumno; escala que completa el maestro; escala para los padres; y sociograma que detecta la percepción (aceptación-rechazo) que tienen los compañeros del alumno.

Otro modelo es el test de reconocimiento que utiliza clasificaciones de las conductas del niño otorgadas por el maestro, sus compañeros y el mismo niño.

Simpson (1981), sugiere que un concienzudo proceso de reconocimiento e identificación de los estudiantes con Trastornos de Conducta debería incluir:

- Entrevista padres y tutor del niño.
- Escala de clasificación de las conductas.
- Observación directa en clase.
- Evaluación directa de los padres.
- Autoevaluación.

Tradicionalmente la evaluación de los niños con Trastornos de Conducta se apoyaba sobre todo en análisis de test psicológicos y entrevistas. En los últimos años la medición continua se ha convertido en un método cada vez más utilizado ya que permite observar y definir con claridad las conductas en el medio en que ocurren cada día.

De esta forma se pueden hacer afirmaciones exactas sobre cuales son las conductas que deben debilitarse y que conductas se deberían estimularse en su ocurrencia. Además de suministrar información sobre la frecuencia del problema, las mediciones directas y continuas también permiten al maestro de forma sistemática tomar nota de los hechos que normalmente rodean la conducta en cuestión tanto antes como después de la misma.

El objetivo más importante de la evaluación no es determinar si un niño presenta trastornos de conducta sino ver si la conducta es lo suficientemente diferente como para necesitar un tratamiento especial y en ese caso indicar cuales son los más adecuados.

## 6. CARACTERIZACION DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL EN NIÑOS Y NIÑAS CON N.E.E PSIQUICAS

### 6.1 RETARDO MENTAL

#### 6.1.1. Definición

- ❖ **Definición desde La Asociación Americana de Retardo Mental (AAMR, 1992):** En la propuesta del actual paradigma para el RM, éste es definido desde el siguiente enunciado:

*“Hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes habilidades adaptativas: salud y seguridad, autocuidado, vida en el hogar, utilización de la comunidad, trabajo, sociales, académicas funcionales,*

*autodirección, ocio y tiempo libre y comunicación. El Retardo Mental se manifiesta antes de los 18 años”. (Luckasson et al; 1992)<sup>3</sup>*

Las limitaciones intelectuales aparecen simultáneamente a las limitaciones desde las habilidades adaptativas, las cuales pueden variar conforme a la edad cronológica.

❖ **Definición desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV):**

*“...Capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales – interpersonales, utilización de recursos, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad. El RM tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC)<sup>4</sup>”*

### **6.1.2. Diagnóstico**

Desde el DSM IV aparecen criterios diagnósticos sobre la conducta adaptativa, la cual debe ser evaluada a partir de una o más fuentes fiables independientes como la evaluación del maestro e historia médica; escalas para medir la capacidad o comportamiento adaptativo, las cuales suelen “suministrar un punto de corte clínico basado en el rendimiento demostrado en distintas áreas de la capacidad adaptativa”.

---

<sup>1</sup>VERDUGO, Miguel Angel. Personas con Discapacidad. Madrid - 1995

<sup>4</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM IV)

Los déficits a nivel de la conducta presentados en las personas con RM deben ser evaluados en tanto a las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural.

De acuerdo al enfoque multidimensional de la propuesta actual para el diagnóstico del RM, planteada por la AAMR, un diagnóstico válido debe basarse en tres criterios: Nivel de funcionamiento intelectual, nivel de habilidades adaptativas y edad cronológica de aparición.

Además, para realizar un diagnóstico acorde con las premisas de este paradigma, como el respeto a la diversidad humana, se debe llevar a cabo un proceso de tres pasos, que permite no sólo diagnosticar, sino también clasificar y determinar el tipo de apoyos que requiere la persona con R.M; este proceso incluye las cuatro dimensiones desde las que el actual paradigma identifica el R.M:

- ❖ Paso I: Evaluación y diagnóstico del Funcionamiento Intelectual y las Habilidades Adaptativas (Dimensión I). Dentro de los principales criterios de diagnóstico se encuentran: A nivel de funcionamiento intelectual la persona debe presentar un C.I de 70 -75 o inferior; discapacidad significativa en 2 o más Habilidades Adaptativas y no superar los 18 años de edad cronológica.

El Funcionamiento Intelectual hace referencia a las habilidades cognitivas, a la Inteligencia Conceptual y capacidad de aprendizaje, evidenciadas en los dispositivos básicos: atención, memoria, percepción, resolución de problemas, lenguaje. Por otra parte, las Habilidades Adaptativas hacen referencia a la Inteligencia Social, habilidades o competencias que se dan como respuestas a las demandas ambientales, o sea lo que las personas hacen para cuidar de sí mismas y para relacionarse con otros en la vida diaria. Estas habilidades son resumidas por Verdugo (1992) en diez específicas: Comunicación, Autocuidado, Vida en el Hogar, Habilidades Sociales, Utilización de la comunidad, Salud y seguridad, Habilidades Académicas funcionales, Ocio y Tiempo libre, Trabajo, Autodirección.

Al evaluar las Habilidades Adaptativas en las personas con R.M se deben tener en cuenta algunas precauciones como:

- Iniciar el proceso de evaluación sólo si existen razones (de comportamiento, de desempeño académico...) suficientes para hacerlo.
- El responsable de la persona con R.M debe dar el consentimiento para realizar la evaluación.
- Este procedimiento evaluativo, debe ser realizado por un profesional altamente cualificado.
- Los procedimientos de evaluación deben tener en cuenta cada una de las limitaciones que presenta la persona a evaluar, en el ámbito comunicativo, cognitivo, motor, y sensorial.
- Si se detectan limitaciones, la evaluación debe ser realizada por un especialista de cada área: fonoaudiología, psicología, entre otros.
- Las conclusiones, recomendaciones y/o resultados deben ser fiables y con validez, utilizando la información obtenida con los diferentes instrumentos que se utilizaron, sometiéndola a juicios clínicos.

Para la evaluación de las habilidades adaptativas deben considerarse los entornos comunitarios típicos para los iguales en edad y relacionarlo con las necesidades individualizadas. Además para determinar de forma precisa los niveles de habilidades adaptativas de la persona, se debe utilizar un instrumento normalizado y estandarizado que logre establecer el perfil de habilidades adaptativas existentes en áreas representativas.

- ❖ Paso II: Identificar las capacidades, limitaciones y necesidad de apoyo, evaluando los aspectos de la Dimensión II, III y IV:
  - Dimensión II: Consideraciones Psicológicas y emocionales; aspectos referidos a la personalidad del sujeto, a las capacidades y limitaciones que presente con relación a los estados de ánimo, expresión de sentimientos, resolución de problemas.
  - Dimensión III: Consideraciones Físicas, de salud y etiológicas; Estado general de salud, como también la etiología clínica de su diagnóstico.
  - Dimensión IV: Consideraciones Ambientales; entornos habituales, características económicas, culturales, sociales del contexto inmediato (familia, escuela, comunidad) y su incidencia en el desarrollo del sujeto.
- ❖ Paso III: Identificación y selección de los apoyos necesarios en cada una de las cuatro Dimensiones. Estos apoyos se refieren a recursos y estrategias que promueven los intereses

y las metas de las personas con y sin discapacidades, posibilitándoles el acceso a recursos, información y relaciones propias en sus contextos; buscan brindar independencia, interdependencia, productividad, integración comunitaria y pueden ser de acuerdo al tiempo e intensidad:

- Intermitentes: Episódico o de corta duración.
- Limitado: Persistencia temporal.
- Extenso: Dados con regularidad, en algunos entornos y sin limitación temporal.
- Generalizado: Son de elevada intensidad y proporcionados en distintos entornos con posibilidad de mantenerse toda la vida.

También pueden ser de acuerdo al tipo:

- Pedagógicos
- Técnicos (Recursos médicos)
- Tecnológicos (Aparatos)

Se pueden dar en el contexto familiar, escolar y social, utilizando como fuentes de apoyo a otras personas, procesos de rehabilitación o incluso de forma individual.

### **6.1.3. Desarrollo Evolutivo**

De acuerdo con Domingo Bautista (1993), la conducta personal y social en los individuos con deficiencia mental es enormemente variado y por tanto no se pueden establecer características semejantes en todo el grupo, puesto que no poseen las mismas experiencias ambientales ni la misma constitución biológica.

A través de algunos estudios experimentales se demuestra la existencia de unas características diferentes entre individuos con deficiencia mental y otros que no lo son; Maria Angeles Quiroga, destaca las siguientes:



**a) Físicas**

- Equilibrio escaso
- Locomoción deficitaria
- Dificultades en coordinaciones complejas
- Dificultades en destrezas manipulativas.

**a) Personales**

- Ansiedad
- Bajo autocontrol
- Tendencias a evitar el fracaso más que a buscar el éxito.
- Posibilidad de existencia de trastornos en la personalidad.
- Menor control interno.

**a) Sociales**

- Retraso evolutivo en el juego, ocio y rol sexual.

**a) Cognitivos**

Sainz y Mayor (1989) abordan los déficit cognitivos mas relevantes:

- Déficit de memoria (activa, semántica)
- Déficit en la categorización.
- Déficit en la solución de problemas
- Déficit lingüístico
- Déficit en el conocimiento social

Dentro de las características diagnósticas de la persona con RM se considera un retraso intelectual y por lo tanto al hablar de su desarrollo cognitivo es necesario hacer énfasis en el impacto que los procesos tienen en la forma en que la persona aprende, mas que en la existencia de este déficit. Castanedo (1997) hace referencia a dos procesos cognitivos específicamente: Atención y Memoria.

### **a) Atención**

- Dificultad en tareas que requieren atención sostenida por periodos de tiempo extenso.
- Pocas dificultades “en las respuestas orientativas” que exigen atención a corto plazo.
- Requieren de más tiempo para fijarse en las dimensiones de los estímulos.
- Dificultad para atender a más de una dimensión.
- Dificultad en el traslado de la información a respuestas apropiadas.

### **b) Memoria**

- A nivel de la memoria a corto plazo (MCP), existe un déficit en la capacidad para transferir información de la memoria primaria a la memoria secundaria.
- Dificultad en la utilización espontánea de estrategias de memoria.
- Dificultad en la recuperación de la información y el uso efectivo de ésta.
- Dificultad para recuperar información de la memoria a largo plazo (MLP)
- Déficit en el control ejecutivo, en la forma de codificar, recuperar, controlar diferentes procesos de información.

En general las dificultades en el proceso de aprendizaje de las personas con Retardo Mental se podrían resumir de la siguiente forma:

### **\* Dificultades en el Proceso de Aprendizaje<sup>5</sup>**

- Atención Inicial
- Percepción y discriminación de los aspectos mas relevantes
- Memoria: Aprendizaje y retención de la información.
- Simbolización y abstracción. Elaboración de los principios generales, pensamiento flexible y creativo. Anticipación de las consecuencias.
- Estrategias para aprender y planificar.

---

<sup>5</sup> CASTANEDO, Celedonio. Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial. Madrid, Alcalá: Editorial CCS, 1997.

- Generalización de los aprendizajes.

**6.1.3.1 Lenguaje:** El desarrollo del lenguaje en las personas con Retardo Mental es siempre deficitario presentando diferentes niveles de compromiso, pero siempre con presencia de un trastorno y/o un retraso. Las diferencias en el desarrollo del lenguaje pueden estar relacionadas con la etiología del retraso que presenta el individuo; estas alteraciones o déficit en el lenguaje son cognitivos y no evolutivos. Varios autores como Castanedo (1997), Rondal (1983), entre otros, llegan a afirmar que la adquisición del lenguaje en niños y niñas con Retardo Mental sigue el mismo curso de niños y niñas sin Retardo Mental, utilizando patrones similares de desarrollo del lenguaje, pero a una velocidad más lenta.

María José del Río (1997), Resume las características del lenguaje de los niños y niñas con retardo mental en los siguientes enunciados:

- Evolucionan lingüísticamente de forma mas lenta que otros niños o niñas sin retardo mental.
- El desarrollo del lenguaje no es armónico, pues los componentes (forma, contenido y uso) no se desarrollan al mismo ritmo.
- Existen diferencias individuales entre la población con retardo mental, en relación con el desarrollo del lenguaje.
- En algunos casos pueden existir trastornos asociados que interfieran en el desarrollo del lenguaje como la hipoacusia, el mutismo y el tartamudeo.
- Determinados aspectos del lenguaje aparecen, pero de forma incompleta en el individuo con retardo mental.

**6.1.3.2 Personal Social:** Víctor J Rubio Franco (1992) Hace referencia al comportamiento adaptativo y desempeño social en las personas con retardo mental, argumentando que es necesario entender “...*Que todo individuo, incluso aquel con graves déficits o lesiones, es capaz de emitir conductas que son considerables como adaptativas*”.

Además, tiene en cuenta tres factores fundamentales en el proceso de adaptación de una persona con retardo mental:

- Adecuación del comportamiento a las exigencias del medio
- El comportamiento debe ser eficaz o útil para alcanzar un objetivo a nivel social
- Reconocer la norma social, es decir, las reglas de su sistema social concreto

De acuerdo con María José del Río, el desarrollo personal social de las personas con retardo mental presenta características desde lo intrapersonal (conocimiento de sí mismo) hasta lo interpersonal (conocimiento de los demás) que pueden ser algunas como:

- Bajas expectativas de éxito y tendencia al fracaso
- Bajos niveles de motivación
- Auto-concepto o auto-estima generalmente escaso, pero varía de acuerdo a los contextos de los sujetos con retardo mental
- Desarrollo personal social limitado por la interacción con otras características propias como la baja competencia cognitiva y los trastornos de conducta que puedan presentar.

A partir de la propuesta del actual paradigma para el R.M de la AARM (1992), el desarrollo personal – social en este grupo poblacional, se debe evaluar desde las diez habilidades adaptativas planteadas por Verdugo (1992):

- a) Comunicación: Habilidad que incluye la capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos y/o no simbólicos.
- b) Autocuidado: Habilidades implicadas en el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia física.
- c) Vida en el Hogar: Habilidades relacionadas con el funcionamiento, orientación y el comportamiento en el hogar.
- d) Habilidades Sociales: Se relacionan con el intercambio social como el iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros.
- e) Utilización de la comunidad: Relacionada con el adecuado uso de los recursos de la comunidad.

- f) Salud y seguridad: Relacionadas con el mantenimiento de la salud propia.
- g) Habilidades Académicas funcionales: Habilidades cognitivas y habilidades relacionadas con aprendizajes escolares que tienen además una aplicación directa en la vida, evitando centrarse en los logros académicos para la ubicación del individuo en determinado nivel, sino en la adquisición de habilidades para la vida independiente.
- h) Ocio y Tiempo libre: Desarrollo de intereses variados en el tiempo libre que reflejen las preferencias y elecciones personales.
- i) Trabajo: Relacionado con las habilidades laborales que permitan desempeñarse en un trabajo de tiempo completo o parcial.
- j) Autodirección: Habilidades para regular la propia conducta, adaptándola a las exigencias de la situación o contexto.

Así mismo, desde este paradigma se deben tener en cuenta las consideraciones de la Dimensión II: Psicológicas y emocionales, las cuales hacen referencia a la capacidad intelectual de los sujetos, como también a las características de la personalidad y posibles alteraciones en el comportamiento; la Dimensión III: donde se hace alusión al estado de salud de la persona y la etiología de su discapacidad, para así facilitar la adecuación y aplicación de los diferentes apoyos que se ofrecen en la paso IV; además de considerar el entorno familiar y cultural que se menciona en la Dimensión IV, para sí adecuar cada uno de estos a las necesidades del individuo.

## 6.2. AUTISMO

### 6.2.1 Definiciones:

- ❖ **Manual Diagnóstico y Estadístico con los códigos del CIE-10 (DSM IV):** Lo define como un trastorno generalizado del desarrollo, caracterizado por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: Habilidades para la interacción social; Habilidades para la comunicación y la presencia de comunicación; Intereses y actividades estereotipadas.

Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto.

- ❖ **Angel Rivière (1994):** Lo define como un Trastorno del Desarrollo en el cual se ven alterados los procesos dinámicos que permitan la ontogénesis de ciertas funciones superiores que se ven afectadas:
  - Capacidad de comprender a las personas como sujetos dotados de mente.
  - Funciones de comprensión y lenguaje.
  - Destrezas inter-subjetivas que permitan compartir estados internos.
  - Las competencias simbólicas.
  - Las pautas de acción flexible y significativa (invarianza).

#### ❖ **Características - Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) - 1994**

Las personas con trastorno autista pueden mostrar una amplia gama de síntomas y comportamientos, en las que se incluyen la hiperactividad, ámbitos atencionales muy graves, impulsividad, agresividad, conductas autolesivas, y en especial en los niños rabietas.

Puede haber respuestas extrañas a estímulos sensoriales, por ejemplo, umbrales altos de dolor, hipersensibilidad a los sonidos o al ser tocados, reacciones exageradas a olores y luces, fascinación por ciertos estímulos. (APA, 1994, 67 - 68)

**6.2.2 Diagnóstico:** Para determinar si un sujeto es autista se debe tener en cuenta los siguientes criterios de diagnóstico, según lo planteado por el DSM IV.

l. Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse 6 o más manifestaciones del conjunto del trastorno (1) de la relación, (2) de la comunicación, (3) de la flexibilidad; cumpliéndose como mínimo 2 elementos de (1), 1 de (2) y 1 de (3).

1- *Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en 2 de las siguientes manifestaciones:*

a- Trastorno importante en muchas conductas de la relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.

b- Iniciativa para desarrollar relaciones con diferentes adecuada al nivel evolutivo.

c- Ausencia de conductas espontáneas encaminada a compartir placer, intereses o logros con otras personas.

d- Falta de reciprocidad social o emocional.

2. *Trastorno cualitativo de la comunicación, expresado como mínimo en 1 de las siguientes manifestaciones:*

a. Retraso o ausencia completa del desarrollo del lenguaje oral.

b. En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener una conversación.

c. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje o uso de un lenguaje idiosincrático.

d. Falta de juego de ficción espontáneo y variado o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.

3. *Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, expresados como mínimo en 1 de las siguientes manifestaciones:*

a. Preocupación excesiva por un foco de interés restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.

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

c. Estereotipias motoras repetitivas, sacudida de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo.

- d. Preocupación persistente por partes de objetos.
- ll. Antes de los tres (3) años deben producirse retraso o alteración en una de las 3 áreas (1) interacción social, (2) empleo comunicativo del lenguaje, o (3) juego simbólico.
- lll. El trastorno no se explica mejor por su Síndrome de Rett o Trastorno desintegrativo de la niñez.

### **6.2.3 Desarrollo Evolutivo**

**6.2.3.1 Desempeño Cognitivo:** La disfunción perceptiva de las personas autistas está en que sus procesos de atención no son igual de selectivos a los de las demás personas (Baron-Cohen,1987). Pero esto no sugiere que sean los procesos perceptivos básicos los que estén alterados en estas personas, sino que estas atienden a dimensiones de los estímulos distintas a los que atienden otros sujetos durante el aprendizaje.

En referencia al procesamiento de la información Hermelin y O'connor, (1975), demostraron que las personas con Autismo presentan dificultades en la asociación y transferencia intermodal de inputs sensoriales, es decir, se les dificultaba transferir información proveniente de una vía sensorial con información proveniente de otra. Un hallazgo similar se encontró comparando autistas ciegos y normales en el uso de la modalidad visual y la cinestésica donde se pide a los sujetos que extendieran su mano desde encima de su cabeza hasta una barra graduada que estaba en frente de ellos, primero todos lo hacían con los ojos tapados por lo que no podían aprovechar la vía visual, y cometían el mismo tipo de errores. Después se le destapaban los ojos y los normales corregían su error con base a la información visual, pero los autistas seguían basando su respuesta en la información cinestésica, igual que los niños ciegos que, evidentemente, no podían ver la barra graduada y compararla. Investigaciones posteriores demostraron que los autistas poseen mayor capacidad para recordar series de palabras sin significado, que otras que forman frases con significado (Schwartz, 1981); lo cual deja claro que la percepción del significado por parte de los niños con



Autismo puede estar alterada y la percepción de la información carente de significado puede estar perfectamente preservada.

Estos experimentos pueden sugerir que las personas Autistas no perciben los estímulos como organizados de una manera determinada, y que tienen dificultad para extraer reglas y redundancias de la información que reciben. Este déficit podría explicar por qué los autistas no muestran patrones activos de la organización de la información; parece no existir problemas en los procesos perceptivos básicos, pero sí en aquellos que dan sentido a las percepciones.

**6.2.3.2 Desempeño Comunicativo:** Los niños Autistas atraviesan las mismas etapas que los demás niños, solo que presentan alteraciones en ellas. Estas etapas son:

- **Expresión de necesidades:** Presenta una sola forma de comunicación para expresar diferentes necesidades.
- **Expresión de necesidades específicas:** Es de tipo motora, es aquí donde el niño muestra o señala el objeto deseado.
- **El uso de gestos:** Incluye señalar, mirar el objeto y la persona, lo mismo que la presencia de otros gestos comunes. Los niños autistas presentan mayor dificultad en esta etapa, ya que los gestos comunican ideas internas o información social.
- **Atención Conjunta :** Es la habilidad para compartir atención sobre un mismo objeto.
- **Contacto visual :** Consiste en usar la información visual para comunicarse.
- **Los signos :** Son visuales, e igual que las palabras son abstractas.
- **Las palabras :** Va desde usar palabras simples hasta formar frases.

Una de las principales características del niño y niña autista es la pobreza del lenguaje interiorizado, la cual manifiesta a través de sus juegos : no suele jugar con objetos ni darles una finalidad, sino que les sustrae una propiedad única (como el color, sonido, movimientos, entre otros). Una de las primeras investigaciones sobre el uso de los actos comunicativos no verbales (Curcio, 1978), presenta un informe acerca de que los autistas no presentaban gestos con función proto declarativa (compartir el conocimiento) y en cambio si presentaban gestos con función proto imperativa (demandar algo). Más tarde, otros estudios demostraron que los autistas utilizaban conductas para conseguir objetos, más no lo hacían para compartir experiencias sociales (Wetherby y Prutting, 1984).

Mundy (1986) comprobó que el problema de los autistas no era sólo la ausencia de actos declarativos, sino la ausencia de habilidades de atención conjunta, las cuales hacen referencia a la habilidad de coordinar la atención entre los participantes de una interacción.

Riviére y Canal (1993) manifestaron que los autistas muestran dificultades en habilidades de tipo imperativo, por ejemplo, no tienen en cuenta el contacto visual al iniciar una interacción social.

❖ Características del desempeño comunicativo en el autismo:

Citando a Wicks - Nelson, algunas de las características de la comunicación en esta población son:

- Emplea pocas señales no verbales y puede que transmitan una ausencia de expresión (estatua).
- Carencia de sonrisa social y expresión emocional.
- Deficiencia en las interacciones que impliquen articular la atención: señalar, mostrar y establecer contacto ocular.
- Poca comprensión de la comunicación no verbal.

- Poca comprensión del lenguaje hablado.
- Pocos desarrollan un habla práctica.
- El balbuceo y las verbalizaciones suelen ser anormales, en cuanto a tono, intensidad y ritmo.
- Puede retardarse el aprendizaje de sonidos de la gramática y la comprensión, o quedarse por debajo de lo normal.
- Suele ser frecuente la ecolalia y la inversión pronominal.
- Problemas en el uso pragmático y social del lenguaje

Dificultades comunicativas más características de los autistas:

- Actos comunicativos acompañados de expresiones neutras o confusas de afecto.
- Falta de respuesta a señales emocionales positivas de los demás.
- No tener en cuenta la atención del otro antes de iniciar un gesto de petición.
- Dificultad en el control de los turnos durante la conversación.
- Poca frecuencia o falta de respuestas a los actos comunicativos de los demás.
- Uso restringido y dificultad con palabras de tipo relacional (conjunciones y preposiciones...).

### **6.2.3.3 Desempeño Personal Social**

Es el área donde las personas autistas presentan mayor déficit, ya que se da una “incapacidad para lograr relacionarse normalmente con las personas y las situaciones” (Kanner, 1943); esto genera una dificultad en el niño y niñas autistas, en tanto la comprensión de lo que el otro piensa, definido por Riviére (1997) como “Teoría de la Mente”, siendo éste el principal origen de la dificultad en la interacción social.

Por tal razón se observa que muchos niños autistas no acceden a actividades de imitación con sus madres, siendo éste el primer intercambio social que se observa en los niños, por lo cual este déficit se hace más observable en los primeros años de vida, evidenciándose en el momento que se tiene al niño en brazos, puesto que el niño autista no suele acomodar su cuerpo al de la persona con la cual se encuentra, como tampoco asume cambios de postura anticipatorios cuando se acercan a él. Parece no mostrar interés por la voz humana, evidenciado en el momento de ser llamado por su nombre.

Sin embargo, esto no quiere decir que no exista una relación con la madre, ya que se ha identificado que los niños Autistas presentan conductas de acercamiento y proximidad con ella, las cuales pueden ser definidas como conductas de apego.

Las relaciones sociales de las personas Autistas están ligadas a los contextos, que generalmente son muy reducidos (hogar - escuela); estas relaciones pueden verse alteradas por cambios ambientales (de lugar, de objetos, de personas). Generalmente, las personas autistas buscan relacionarse con otros para satisfacer necesidades básicas como el aseo personal, la alimentación y el vestido, o también con el fin de rechazar los intentos de socialización que les manifiestan otras personas.

Las alteraciones en el área social conllevan a deficiencias en las demás áreas, puesto que para la adquisición de aprendizajes se hace necesaria la mediación y la relación con las personas que los rodean; por tal razón, el niño autista no puede adquirir de forma adecuada la comunicación y los aprendizajes, sino que estos se van desarrollando a medida que el individuo se desenvuelve en el medio social.

La psicología Evolutiva ha demostrado que el niño no interactúa en función de unas estructuras cognitivas y afectivas de base, si no que la génesis de esas funciones reside en la interacción misma y no en una competencia endógena.

Alteraciones sociales

- ❖ Fracaso en el uso de mirada frente a frente, de la expresión facial, corporal y gestual que regula la interacción
- ❖ Tardan en desarrollarse las conductas de apego.
- ❖ No suelen seguir a los padres o reaccionar a su presencia.
- ❖ Pocas veces ofrecen consuelo o responden a alegrías o fracasos de otras personas.
- ❖ Inician pocos juegos interactivos.
- ❖ Presentan mirada “vacía” carente de expresión emocional.

## 7. DESCRIPCION DEL PROCESO METODOLOGICO

El desarrollo del proyecto se plantea en el marco de la investigación cualitativa, y a partir del método de estudio de casos.

El enfoque de investigación cualitativa constituye un gran aporte dentro de las ciencias humanas y sociales para su mejoramiento y transformación, de igual manera se identifica como el paradigma predominante en las tendencias actuales sobre investigación en el campo educativo.

El enfoque cualitativo posee una larga trayectoria en las ciencias sociales(siglo XVII) y como movimiento científico se sustenta en los planteamientos de:

**La psicología ecológica** que busca descubrir de manera objetiva y detallada las conductas naturales del individuo con el fin de descubrir las leyes que las rigen y los patrones “transindividuales”.

- a) **La antropología** para la exploración, descripción y análisis de patrones culturales de un grupo social a partir de la participación directa.
- b) **La antropología cognitiva** que parte del supuesto de que cada grupo de individuos posee un sistema propio para percibir el mundo reflejado en la estructura semántica de su lenguaje. Su objeto son los sistemas simbólicos de los grupos sociales para alcanzar el conocimiento de su organización cultural.
- c) **La etnografía de la comunicación** configurada a partir de la sociolingüística, la comunicación no verbal, la antropología y la microetnografía que centran sus esfuerzos en la interacción social.
- d) **El modelo interpretativo** fundamentado en la interacción simbólica y en la interdependencia entre el individuo y la sociedad. Este modelo posee dos grandes líneas y al mismo tiempo perspectivas metodológicas:

- ❖ **Etnográfica:** basada en la pertenencia directa y activa en el contexto real de investigación (observación participante).
- ❖ **Estudio de caso:** Basado en la interacción simbólica y cognitivista, propuesto para la formación, diagnóstico y toma de decisiones en el campo de los problemas humanos.

Este modelo esencialmente activo permite:

- El análisis de la realidad
- La investigación, comprensión y solución de problemas sociales y educativos
- Examen intensivo y comprensión del sentido y el significado del fenómeno estudiado.
- Observar y describir las características del objeto estudiado
- Buscar soluciones a través de la discusión y el análisis grupal
- En psicopedagogía activa el método busca estudiar el problema, percibir los hechos, comprender las situaciones y encontrar soluciones
- Comprender como funcionan las partes en la configuración del todo (inductivo)
- Aprendizaje en la toma de decisiones y como modalidad de investigación
- Una toma de conciencia concreta y realista
- Una conceptualización experiencial
- Aprendizaje a través de la resolución de problemas
- Articulación docencia - investigación
- Aprendizaje por descubrimiento y la interpretación más que la verificación de hipótesis

#### **- Propósitos del método de estudio de casos**

“*Descubrir las propiedades de la clase a la cual pertenece el caso estudiado*”, en doble sentido:

- a) Conocimiento y comprensión del grupo, objeto o situación observada, relacionar, captar la configuración, evolución y significación de los datos
- b) Proponer afirmaciones teóricas generales a partir de la reconceptualización del objeto estudiado, “*conceptualización operatoria*”, emergente del caso estudiado.

## 7.1 FASES DEL PROYECTO

### 7.1.1 Fase I Preactiva: Observación y Diagnóstico para la Formulación y Diseño

**Inicial:** El contacto inicial con la población del proyecto permite en primer lugar establecer el vínculo de comunicación y relación entre los estudiantes con cada uno de los grupos de trabajo.

Durante este semestre y fase del proyecto el objetivo fundamental se dirige hacia la elaboración de un diagnóstico general de la población referido a la caracterización de sus desarrollos, del tipo de necesidades educativas especiales y de las principales necesidades, dificultades y/o problemas identificados en su desarrollo y en la intervención, con la finalidad de estructurar tanto los planes de trabajo respectivos y al mismo tiempo las posibles temáticas y /o problemas a abordar en la ejecución del proyecto pedagógico.

- ❖ *Organización y clasificación de los niños por sus diagnósticos, niveles de desarrollo y funcionamiento:* A partir de una evaluación inicial que permita la identificación de aspectos fuertes y débiles, lo mismo que el planteamiento de los objetivos de trabajo para cada grupo y niño.
- ❖ *Conformación de grupos de intervención:* Cada grupo estará integrado máximo por diez(10) niños, atendidos cada uno por dos practicantes del programa de Educación Especial.
- ❖ *Definición de intensidad y horarios de atención para cada grupo.*
- ❖ *Revisión de literatura*
- ❖ *Estado del arte*
- ❖ *Construcción del marco conceptual*

#### **Actividades:**



- a) *Indagación o rastreo bibliográfico sobre teorías, autores, temáticas, categorías o conceptos.* Estos son una guía orientadora para la selección y organización del rastreo, de igual manera permite perfilar la estructura del contenido del marco teórico del proyecto, como también brindar conocimientos y aprendizajes sobre el tema a investigar, aspecto necesario para la delimitación de preguntas y del problema.
- b) *Elaboración del marco en torno a las definiciones y conceptualizaciones sobre el tema inicial.* Diversas teorías, autores y definiciones en torno la afectividad o la conducta emocional, por ejemplo:
- Inteligencia
  - Inteligencia emocional
  - Inteligencia personal (interpersonal e intrapersonal)
  - Inteligencia social
  - Perspectivas bio- psico-sociales sobre la conducta emocional o afectiva (desarrollo evolutivo, psicología cognitiva y de la conducta, la explicación neuropsicológica y neurofisiológica)

La segunda temática en cuestión se refiere al marco de referencia acerca de las alteraciones o trastornos de la conducta emocional de manera general y posteriormente se abordan estas características en el Autismo y el Retardo Mental:

- Psicopatología infantil
  - Problemas de conducta o trastornos
  - Conductas disruptivas
  - Características de la personalidad, relaciones interpersonales, habilidades sociales, adaptación social, comportamiento afectivo, emocional en niños con RM y Autismo
- c) *Realización del estado del arte sobre la temática:* rastreos bibliográficos, consulta en Internet, club de revistas, bibliotecas, entre otros.
- d) *Aproximación conceptual inicial:* Seminarios, lecturas y ejercicios escriturales sobre temáticas de inteligencia, inteligencia emocional, trastornos de conducta, etc.

- e) *Elaboración del marco conceptual:* A partir del rastreo bibliográfico se realiza una selección de los textos más actuales acerca de los ejes temáticos, conformando así la base teórica del proyecto.
- f) *Conceptualización y aplicación de técnicas de observación:* primeras observaciones y registro inicial.
- g) *Familiarización con la naturaleza y el ámbito del objeto de estudio:* Implica un conocimiento básico del fenómeno, sus aspectos fundamentales y problemas implicados.

Contempla la fundamentación epistemológica sobre el caso, y formación sobre la metodología del estudio de casos, los objetivos, la información de que se dispone, aportes del contexto de desarrollo de otros estudios (estado del arte) recursos y técnicas a implementar, delimitar el tiempo del proceso y estrategias de seguimiento

La temática y el problema de investigación surgen de los siguientes elementos:

- ❖ **Los intereses, motivaciones personales y académicas del grupo de estudiantes de práctica:** En este aspecto se procede a que cada uno de los estudiantes participantes en el proyecto enuncie los temas e interrogantes de interés o motivación surgidos tanto desde el contacto inicial con la población como del conocimiento general de las necesidades educativas especiales o del campo de la educación especial. A partir de este listado se busca posteriormente categorizarlos de tal forma que pueda lograrse una mínima unificación.
- ❖ **Los problemas, necesidades y dificultades observadas en la población del proyecto.** Estos empiezan a configurarse a través de la observación y diagnósticos grupales, intentado llevar un registro escrito en los diarios pedagógicos tanto del proceso de cada uno de los alumnos como también orientado hacia la identificación de estos aspectos en la intervención.

❖ **Los referentes conceptuales, teóricos, metodológicos, las áreas y objetivos de intervención del proyecto de habilidades:** La propuesta de intervención del proyecto de habilidades cognitivo- adaptativas se concibe desde un modelo cognitivo- comportamental fundamentado en los supuestos teóricos de la psicología del desarrollo, el aprendizaje y la mediación social - instrumental, la educación o rehabilitación cognitiva y la modificabilidad estructural cognitiva, dirigida hacia la potencialización del desarrollo integral de la población.

A partir de la estrategia de lluvia de ideas y árbol de problemas logran identificarse las siguientes temáticas generales, referidas a la población con N.E.E, posibles de abordarse en el proyecto:

- El desconocimiento de los padres acerca del diagnóstico de sus hijos.
- El manejo del niño por parte de los padres.
- Actitudes y aceptación familiar frente al diagnóstico y al niño.
- Expectativas del grupo familiar frente al futuro de los niños.
- ¿Cómo lograr la independencia en el niño?
- El problema de la comunicación y el lenguaje en los niños.
- ¿Cómo se conciben a sí mismo y como asumen su desarrollo los niños?
- La interacción social del niño.
- El desempeño y rol del niño en el hogar.
- ¿Por qué no son permanentes los aprendizajes en los niños?
- La inestabilidad emocional de los niños.
- ¿Cuál es la actitud y cómo conciben los padres al grupo de estudiantes de práctica, son estudiantes o docentes propiamente dicho?
- Diferencias individuales y niveles diferenciados de desarrollo en la población con diagnóstico de autismo.
- ¿Es posible que niños con diagnóstico de autismo de mas alto funcionamiento potencien el desarrollo y aprendizaje de otros con menor desarrollo?
- ¿Cómo se dan los procesos de imitación en y entre niños con diagnóstico de autismo?
- ¿Cómo pueden ser evidenciados los procesos de aprendizaje en los niños con diagnóstico de autismo y lenguaje no verbal?

- Las respuestas afectivas en los niños con diagnóstico de autismo.
- La medicación y sus implicaciones en los niños con diagnóstico de autismo.

A partir de los resultados de la lluvia de ideas se procede a un rastreo bibliográfico inicial orientado hacia la elaboración del estado del arte acerca de las temáticas e interrogantes formulados por el grupo. Este acercamiento teórico permitió precisar con mayor exactitud las inquietudes primarias de tal forma que se concretan las siguientes:

- El proceso de socialización del niño.
- La inteligencia y el comportamiento en los niños.
- El aprendizaje y el desarrollo emocional del niño.
- La interacción social y el aprendizaje en los niños.

En torno a estas temáticas se realizan los siguientes interrogantes que contribuyen a la delimitación de una temática y a la formulación de preguntas, problemas o hipótesis:

¿Cuál es la importancia y validez de la temática para la población perteneciente al proyecto de Habilidades?

¿Cuál es la importancia y validez teórica, conceptual y metodológica de cada una de las temáticas respecto al ámbito de las NEE y de la Educación Especial

**Componentes o aspectos en la fase de formulación:**

- ***Delimitación del campo disciplinar y teórico:*** Referido a la educación, la educación especial y las Necesidades Educativas Especiales.
- ***Qué o área temática:*** Surgida de los interrogantes iniciales, del diagnóstico de necesidades, problemas y dificultades dados en el contexto de ocurrencia real y del rastreo bibliográfico relacionado con los mismos: los problemas del comportamiento y el desarrollo afectivo-emocional de los niños con NEE.
- ***Preguntas orientadoras:*** En tercer lugar se procede a formular interrogantes en torno a dicha temática y situaciones observadas.

Se realiza aproximación inicial a:

- ***Para qué u Objetivos:*** Tanto del proyecto como del abordaje de esta temática.
- ***Porqué o Justificación:*** Validez e importancia del tema para la educación especial, las necesidades educativas especiales y la población del proyecto de habilidades.
- ***Cómo o Metodología:*** Relacionado tanto con el enfoque y tipo de investigación, como con algunas estrategias metodológicas, acciones, pasos, ideas para su ejecución.
- ***Quién o Selección de la Muestra Poblacional:*** Aproximación a la selección de la población objeto de estudio
- ***Recursos:*** medios, materiales, recursos físicos, humanos y profesionales
- ***Temporalidad:*** definición de metas a corto, mediano y largo plazo, organización de un cronograma de trabajo
- ***Estado del arte:*** proceso consistente en el rastreo bibliográfico que permite la aproximación teórica al tema, al problema y a la delimitación de los referentes conceptuales

**7.1.2 Fase II Interactiva:** Proceso metodológico denominado como el trabajo de campo para la recolección de información, en el cual se delimitan, diseñan y aplican las técnicas e instrumentos de recolección de información, contactos y negociaciones iniciales entre los investigadores para delimitar la perspectiva, entrevistas, observación, evidencias, triangulación o contrastación de información de diferentes fuentes (teoría, el contexto real y la interacción sujeto-objeto).

Incluye además proceso de observación y recolección de la información, la aplicación de diferentes modelos de evaluación y diagnóstico de los trastornos comportamentales: multidimensional, contextual, de análisis funcional de la conducta y procedimientos (test o pruebas) formales e informales.

❖ **Muestreo: Delimitación de la Población Objeto de Estudio:**

Se selecciona la población Retardo Mental y autismo perteneciente al proyecto de habilidades por tratarse de la población más significativa teniendo en cuenta la cantidad de alumnos en general y dadas las características y problemáticas observadas a nivel comportamental. En este sentido se seleccionan 11 niños con Autismo entre 5 y 10 años de edad y 18 con diagnóstico de retardo mental entre 6 y 13 años de edad.

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	SEXO		EDAD	TRASTORNOS ASOCIADOS y ETIOLÓGICOS
		M	F		
<b>AUTISMO</b>	11	8	3	5 a 9	Retardo Mental : 3
<b>RETARDO MENTAL</b>	18	12	6	6 a 13	Síndrome Down: 6 Microcefalia: 2 Hiperactividad: 2 Agenesia del cuerpo Calloso: 1 No especificados: 7
<b>TOTAL</b>	29	20	9		

Cuadro No 5 Caracterización de la población

h) **Definición de Técnicas e Instrumentos:** Las técnicas utilizadas en el proceso de recolección de información fueron la entrevista y la observación:

- **La entrevista:** De tipo semiestructurada a partir de cuestionarios de preguntas abiertas dirigidos a la comunidad educativa del CSP (familias, docentes y estudiantes en práctica) y a profesionales tanto de esta Institución como de otros contextos, del área de la salud y

la educación (maestros de apoyo, educadores especiales, neurólogos, psiquiatras, pediatras y psicólogos).

Para la realización de las entrevistas se diseñaron cuestionarios de acuerdo al grupo que se deseaba abordar, adecuando las preguntas y la forma de aplicación conforme al propósito con cada uno. De esta manera, surgieron los siguientes grupos:

**a) Familias (papá, hermanos, tíos...)/ Madres:** Se diseñó el mismo cuestionario para ambos (ver anexo 1.) el cual contenía ocho preguntas abiertas con relación a las conductas, comportamientos, expresiones emocionales y afectivas del niño (a) en el contexto familiar, como también a las actitudes y posiciones adoptadas por los diversos miembros de la familia ante esas conductas. Las madres fueron tomadas como un grupo por separado de la familia, debido al vínculo social y afectivo que ellas establecen con los niños (as), manifestado en la permanencia y el acompañamiento constante en los procesos de su hijo (a), con excepciones en algunos casos.

Para la aplicación de la entrevista, se utilizó el espacio de los grupos de intervención con padres, en los cuales de forma individual se le realizaba a cada madre o familiar (según el caso) las preguntas del cuestionario, dando explicaciones únicamente referidas a conceptos o palabras desconocidas (conductas, emoción, actitud, entre otras) para evitar contaminar las respuestas.

En total, se realizaron 10 entrevistas a familiares entre tíos, tías, hermanos, abuelas, entre otros, y 24 entrevistas a madres, de un total de 29 niños y niñas.

**a) Comunidad CSP (estudiantes en práctica, docentes, madres de otros proyectos y personal administrativo):** Para este grupo se diseñó un cuestionario semiestructurado de seis preguntas abiertas y una de selección múltiple, con el objetivo de indagar sobre la visión y concepción que al interior de la institución se tiene de los Trastornos de Conducta y de las manifestaciones de éstos en la población objeto de estudio; las preguntas realizadas tenían relación con el concepto de Trastorno de Conducta, conductas consideradas como problemáticas, conductas problema identificadas en la población del proyecto D.H.C.A, causas de las conductas, actitud y sensación frente a las conductas y relación con diagnósticos

clínicos; para establecer esta relación se utilizó la pregunta de selección múltiple, que consistía en una lista de diagnósticos con los cuales la persona podía relacionar las conductas problema. Entre esos diagnósticos enunciados en la lista se contemplaron los que presenta la población y otros que no, pero que desde el marco teórico se relacionan con los Trastornos de Conducta. (ver Anexo 2).

Esta entrevista sirve como instrumento soporte para la información obtenida en el marco teórico con relación a las causas y propósitos de una conducta problema, puesto que la comunidad del C.S.P es el contexto escolar de la población objeto de estudio y en este sentido posibilita el análisis de la incidencia del factor social en los Trastornos de Conducta.

La aplicación de la entrevista se realizó de forma indirecta, entregando a cada persona el formato y solicitando su devolución en un término de siete días. Se entregaron un total de 30 entrevistas, distribuidas entre la comunidad del Centro así:

- Educadoras:	11
- Estudiantes en Práctica	7
- Asesoras	5
- Personal Administrativo	4
- Otros	3

De estas entrevistas, sólo se recibió devolución de un total de 14, distribuidas así:

- Educadoras:	4
- Estudiantes en Práctica	6
- Asesoras	1
- Personal Administrativo	2
- Otros	1

**c) Profesionales Externos (comunidad externa al C.S.P):** Profesionales externos al C.S.P relacionados con las áreas de la salud física (pediatras, neurólogos), mental (psiquiatras,



psicólogos), educación (maestras integradoras) y rehabilitación (educadores especiales), de instituciones pública y privadas; para la recolección de la información con estos profesionales se diseñó un cuestionario de siete preguntas abiertas (ver anexo 3), en las cuales se indagaba por el concepto de Trastorno de Conducta desde la visión particular del área, por conductas consideradas como problemáticas y sus posibles causas, relación de los trastornos de conductas con otros trastornos, déficits, o etiologías y por los enfoques, teorías, modelos y/o programas de intervención que conocen y aplican en el trabajo con niños y niñas con trastornos de conducta.

Para la aplicación de estas entrevistas, cada uno de los practicantes/investigadores visitó instituciones públicas y privadas previamente seleccionadas, en donde se encontraron profesionales de los mencionados; Se entrevistaron un total de 21 profesionales, distribuidos así:

Neurología Infantil:	3
Pediatría:	3
Psicología:	3
Psiquiatría:	3
Educación Especial:	6
Maestras Integradoras:	3

Sin embargo, sólo logró recolectarse información de un total de 6 profesionales, distribuidos así:

Neurología Infantil:	1
Pediatría:	2
Psicología:	
Psiquiatría:	0
Educación Especial:	

Dentro de las principales razones dadas por los profesionales para no responder a la entrevista se encontró el desconocimiento del tema específico (Trastornos de Conducta en niños y niñas).

- **La Observación:** Esta es participante, es decir realizada de forma directa en el C.S.P., tanto en las intervenciones en el aula como en las salidas pedagógicas y en los eventos programados por la institución, donde se cuenta con la asistencia de la familia del niño. Los instrumentos diseñados y utilizados para trabajar con esta técnica de recolección, fueron seleccionados a partir de los datos encontrados durante la elaboración del marco teórico, con referencia a la evaluación de la Inteligencia, del desarrollo socio afectivo y de los Trastornos de Conducta, entre otros. Estos instrumentos fueron:
  
- **Diarios Pedagógicos:** Es una herramienta pedagógica diseñada para facilitar el registro escrito de la observación – en este caso participante –, análisis, reflexión y sistematización en torno al quehacer docente, y que se realiza para cada intervención. Al interior de este proyecto, el diario de campo es asumido como instrumento soporte para la observación continua al interior del aula, en el cual se registran importantes elementos relacionados con el proceso de intervención, la didáctica o metodologías de enseñanza, los alumnos y su proceso de desarrollo y aprendizaje, como también acerca de la dinámica psicosocial, ambiental, cultural y educativa en el aula. El Diario Pedagógico posibilita detectar necesidades y hacer explícitas las concepciones de la acción pedagógica; este consta de varias partes:
  - **Diagnóstico Grupal:** Se realiza un diagnóstico inicial del grupo (aproximadamente al finalizar el primer mes de intervención), en el cual se registran las condiciones socio- económicas (estrato, estructura familiar, condiciones de vida, condiciones sociales del entorno, etc), necesidades,

debilidades y fortalezas observadas en los niños y niñas, tanto de forma grupal como individual. Se atiende específicamente al desarrollo por áreas, al diagnóstico clínico de los niños y niñas y a las áreas de intervención del proyecto (Inteligencia Social, Práctica y Conceptual).

- Planeación: Es el diseño de las estrategias pedagógicas a partir de las cuales se realiza el trabajo de intervención. Este diseño puede realizarse por: objetivos, unidades o proyectos de aula, de acuerdo a las necesidades y expectativas de cada grupo.
  - Observaciones de aula: Estas son el registro escrito de las vivencias y lo que acontece en el aula; lo que se interroga el docente, lo que logra reflexionar en torno al grupo y al tema específico de investigación.
- **Análisis documental:** Se realiza a partir de la recopilación y lectura de diferentes documentos que contienen información necesaria para el desarrollo del proyecto. Entre estos documentos se encuentran las Historias Pedagógicas de la población, en las cuales se analizan:
    - Exámenes neurológicos, los cuales suministran la información a nivel biológico de cada niño y niña; entre estos exámenes se encuentran: Tomografía Axial Computarizada (TAC), Electroencefalogramas (EEG), Tamizajes Metabólicos, Cariotipos cromosómicos, entre otros.
    - Informes Pedagógicos, los cuales se realizan por los docentes de forma semestral; en estos informes se reúne la información correspondiente al desempeño de la población en cada área de intervención: Desempeño Cognitivo, Comunicativo, Motriz, Psicoafectivo, Compromiso familiar y Recomendaciones. Estos Informes permitieron la caracterización de la población a nivel psicológico y social, principalmente.
    - Anamnesis, documento de evaluación inicial, en donde se registra la información general de cada niño y niña que ingresa al proyecto. Este registro se realiza a través de entrevista directa con el padre, madre o acudiente, por medio de un formato que contiene

información acerca de: estructura familiar, antecedentes del desarrollo del niño o niña, observación del desempeño del niño o niña durante la evaluación, entre otros.

- Registros de visitas domiciliarias, las cuales se realizan una vez el niño o niña ha sido aceptada dentro del proyecto y además una vez por semestre para la población existente en el proyecto, con el propósito de actualizar los datos con respecto a su situación familiar. Este registro se realiza por medio de la observación directa del contexto familiar y social por parte del educador

- **Registros fílmicos y fotográficos:**

Consiste en la realización de grabaciones audiovisuales y fotografías, asumidas dentro del proyecto como soporte video gráfico, llevadas a cabo en situaciones espontáneas y otras programadas, con el fin de observar en los niños y niñas las respuestas emocionales y los trastornos de conducta. Para realizar estos registros, se contó con la presencia de un observador no participante dentro del aula, el cual era encargado de manejar el equipo fílmico y fotográfico (cámaras). En otras ocasiones, se hizo necesario que fuera uno de los docentes del grupo el que realizara el registro fílmico, para evitar que el grupo se dispersara y así la actividad no se convirtiera en un estímulo distractor.

Se realizaron dos registros fílmicos, por grupos:

- Primera toma (Semestre I/ 2001): Situación totalmente espontánea, en donde el objetivo era registrar las reacciones emocionales de la población ante estímulos cotidianos, dentro del aula.
- Segunda toma (Semestre II/ 2001): Situación diseñada para obtener respuestas emocionales, realizando actividades que generarán en los niños y niñas un desequilibrio emocional: actividades no placenteras como quitarles juguetes, dar instrucciones que son estresantes para ellos, cambio de compañeros, entre otras. Además, se tomaron registros en la ejecución de pruebas informales (P.I.I.E).

- **Descripción de Pruebas Informales:**

- a) Prueba Informal de Inteligencia Emocional(P.I.I.E.)**

La Prueba Informal de Inteligencia Emocional (P.I.I.E) es un instrumento de observación, lo cual tiene como objetivo que la población objeto de estudio reconozca, a través de láminas o imágenes, emociones y expresiones de afecto, como también permitir al maestro observador realizar descripción, valoración, análisis e interpretación de las respuestas emocionales, para interpretar, valorar y describir la inteligencia emocional de los niños y niñas con Necesidades Educativas Especiales derivadas del Autismo y Retardo Mental.

Dentro de esta prueba se tuvo en cuenta para la observación y el análisis los diferentes componentes de inteligencia emocional como lo funcional, fisiológico, expresivo y cognitivo, considerando aspectos como la comunicación y Feed-Back, que permiten dar cuenta del desempeño emocional de la población durante la situación de evaluación.

La P.I.I.E fue diseñada teniendo en cuenta los lineamientos del enfoque del análisis de los componentes de la emoción, empleando como estrategia el análisis de los componentes subjetivos y conductuales, al igual que la observación participante en el contexto escolar, el cual se hace en forma individual.

La observación y el análisis de los componentes permite una valoración de las respuestas y del reconocimiento de los estímulos emocionales gráficos, articulándolos con las situaciones vividas previamente por cada niño o niña. Paralelo al análisis y a la

observación participante, el maestro realiza un registro escrito analítico - descriptivo de la respuesta emocional del niño o niña, por medio de una guía (ver anexo 5); además, para la aplicación de la prueba se hace necesario el seguimiento de ciertos requerimientos tanto para el maestro como para el alumno, en relación al espacio, material y condiciones ambientales.

La prueba se compone de tres partes:

### **1. Emociones Básicas**

Son siete (7) láminas en las cuales están representadas las emociones básicas:

\*Tristeza

\*Alegría

\*Ira, Rabia o Enojo

\*Llanto

\*Miedo

\*Sorpresa

\*Asco

A partir de estas emociones, se pretende que el niño o niña identifique y exprese el reconocimiento de las emociones básicas, por medio de instrucciones verbales, mediante la formulación de preguntas (por ejemplo: Qué siente éste niño? Qué está haciendo y Por Qué?, entre otras).

### **2. Gestos Corporales Afectivos - Emocionales**

En esta parte de la prueba se presentan siete(7) fichas en las cuales se muestran gestos corporales - emocionales como:

- \*Burla
- \*Perdón
- \*Pelea
- \*Abrazo
- \*Golpear
- \*Saludo
- \*Compartir

Con estas fichas el niño o niña debe reconocer gestos mediante la descripción verbal o gestual de la situación que ocurre en ella.

### 3. Secuencias Afectivo - Emocionales

Se compone de tres (3) secuencias de situaciones en las que se evidencian gestos y expresiones emocionales:

\***Sueño** (Situación en la que una niña está durmiendo, tiene una pesadilla, se despierta y llora hasta que la mamá acude a consolarla)

\***Ratón** (Situación en la que una niña está jugando con un carro, ve un ratón y se asusta; luego aparece un niño que le muestra que el ratón es de juguete y se ríe de ella, por lo que ella se va disgustada)

\***Amigos** (Una niña y un niño jugando con un balón, de pronto comienzan a discutir y a tratar de quitarse el juguete; pelean agredándose físicamente, se sientan a reflexionar y luego se reconcilian).

Con estas secuencias, el niño o niña debe reconocer la situación emocional (gestos, emociones, expresiones) y ordenar la secuencia en forma lógica o coherente con respecto a las emociones presentadas en cada una.

### **b) Guía de Seguimiento de Trastornos de Conducta (G.S.T.C.)**

La Guía de Seguimiento de Trastornos de Conducta (G.S.T.C.) es un instrumento de observación, elaborado con el propósito de identificar y analizar las conductas presentadas por la población objeto de estudio en tres contextos: escuela, hogar y comunidad (entendida ésta como los diversos ambientes y lugares de los que el niño y niña con N.E.E es partícipe).

Este instrumento surge desde el enfoque del Análisis Funcional de la conducta, utilizando como estrategia la observación participante –en el contexto escolar- y no participante –en el contexto familiar y social-, por parte de los maestros en forma de registro escrito y por medio de entrevistas informales con la familia, a partir de los criterios de frecuencia, intensidad y duración.

#### **Objetivos de la G.S.T.C**

Identificar y analizar los T.C de la población objeto de estudio y los posibles factores desencadenantes.

Establecer la prevalencia de conductas en cada grupo poblacional (RM y Autismo) en términos de Intensidad, Frecuencia, Duración y Contexto de ocurrencia.

Observar en cuál contexto se presenta con mayor frecuencia, intensidad y/o duración una(s) conducta(s) determinada(s).



Realizar un análisis de las conductas problema a partir de la búsqueda de factores biológicos (orgánicos, médicos o farmacológico), sociales (familia, relaciones personales), ambientales (entorno físico), escolares (currículo o métodos de aprendizaje) y psicológicos (sucesos lejanos y relativos a la persona), formulando hipótesis sobre las causas y propósitos de estas.

Para recolectar esta información, se diseñó un formato de observación (ver anexo 6), en el cual se tuvieron en cuenta:

- 1. Conductas a observar:** Listado de conductas problema divididas en dos bloques *Internas* y *Externas*; a su vez estos presentan sub grupos de comportamientos, dentro de los cuales se enuncian conductas específicas.

En la G.S.T.C, aparecen dentro del bloque de *Conductas Internas*, cinco grupos de comportamientos (Autolesivo, Evitación, Hábitos Atípicos, del Estado de ánimo, Trastornos del Sueño) y en el bloque de *Conductas Externas*, once grupos de comportamientos (Agresivo hacia otros, Hiperactividad, Hipoactividad, Impulsividad, Pataleta, Comportamientos desafiantes, Falta de Atención, Fobias, Trastornos de la Comunicación, Trastornos de la Relación Social y Trastornos de la Actividad)

- 1. Criterios de Valoración:** Para realizar el análisis de las conductas se tomaron como criterios de valoración la *intensidad*, *frecuencia* y *duración* de la conducta, como también el contexto de ocurrencia. Cada criterio posee ítems de valoración:

- |                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| <b>- Intensidad:</b> | <b>L</b> = Leve          |
|                      | <b>I</b> = Intermitente  |
|                      | <b>F</b> = Fuerte        |
| <b>- Frecuencia:</b> | <b>S</b> = Siempre       |
|                      | <b>CS</b> = Casi siempre |

**PV** = Pocas veces

**N** = Nunca

- Intensidad:**
- C** = Corta, de 1 a 10 minutos.
  - M** = Mediana, 10 a 30 minutos.
  - L** = Larga, más de 30 minutos

### **Aplicación de la Guía**

Para la aplicación de este instrumento, cada investigador (docente) realizó el registro de las conductas de los niños y niñas con quienes había intervenido pedagógicamente por un tiempo mínimo de seis meses; no se requirió de la presencia de la población para llevar a cabo el registro en el formato, pues como instrumento de observación, la principal exigencia a nivel metodológico era haber realizado un seguimiento de la historia del niño, apoyándose de otros instrumentos como la Historia Pedagógica, Diario Pedagógico, Entrevistas a Familias, entre otros

#### **7.1.3 Fase III: Análisis de datos o Post Activa**

Interacción entre conceptualización y observación para la reflexión crítica, puede incluir la valoración crítica personal de los investigadores, en este caso de las disciplinas participantes.

- Sistematización de la información y los datos recolectados
- Descripción del proceso metodológico propio del trabajo de campo
- Análisis e interpretación de los resultados.
  
- Descripción, análisis e interpretación de las observaciones a partir del enfoque teórico y las categorías conceptuales establecidas.

- Formulación de propuesta de evaluación informal para la población objeto de investigación en el área de inteligencia emocional y trastornos de conducta.
- Publicación de los resultados de investigación
- Socialización del proceso y resultados del mismo.

#### ❖ **Sentido del proyecto**

- El proyecto tiene como propósito fundamental articular teórica y metodológicamente las diversas perspectivas disciplinares desde el campo de la pedagogía, la educación especial y la medicina (rehabilitación, neurociencia, psicología...) con la acción investigativa, en procura de plantear alternativas de atención para la población.

- En segunda instancia plantea una visión interdisciplinaria tanto en la formación del docente como también en el abordaje de los procesos de intervención educativa a partir de la interrelación entre los aportes de la psicología cognitiva, del desarrollo, del aprendizaje, de la psicopatología y la educación especial.

- Se busca también a través del proyecto realizar una caracterización acerca de los procesos de desarrollo y sus alteraciones en los niños incluidos en el proyecto

-A partir del proceso anterior se busca brindar elementos para la evaluación, intervención, capacitación y cualificación en general de los procesos en los diferentes programas del C.S.P

#### ❖ **Resultados Esperados**

- Mejoramiento en la población atendida de los niveles en inteligencia conceptual, práctica y social específicamente en la adquisición de las habilidades adaptativas para el desempeño y la integración social.

- Diseño de estrategias didácticas y metodológicas para la enseñanza y el aprendizaje en la población con N.E.E derivadas de déficit cognitivo y trastornos de conducta
  
- Cualificación pedagógico - didáctica para el ámbito de la educación especial y específicamente en los programas de atención al interior del C.S.P en cuanto a las metodologías de enseñanza y los procesos de aprendizaje de los alumnos con N.E.E
- Planteamiento de un abordaje interdisciplinario de las necesidades educativas especiales derivadas de déficit cognitivo asociado a alteraciones o limitaciones en la inteligencia social desde la intervención educativa y las propuestas de investigación.
  
- Las temáticas sobre cognición empiezan a incursionar en nuestro contexto en el ámbito de la psicología cognitiva como de la educación, cuyas implicaciones para la enseñanza y la investigación son aún aspectos no contemplados en el campo educativo, tanto en la formación de formadores como para su aplicación en el aula, e igualmente inexplorados en el campo investigativo.
  
- De la profundización acerca de los procesos cognitivos y su relación con la inteligencia social y emocional, de la identificación y caracterización de las principales deficiencias en los mismos, presentes en los niños con N.E.E se deriva la necesidad de plantear nuevas alternativas y estrategias educativas como por ejemplo el diseño y estructuración de programas acordes a las particularidades de cada una de las N.E.E.
  
- Posibilidad desde el ámbito de la educación especial de un proceso de investigación continuada acerca de la temática sobre trastornos de conducta desde una perspectiva médico - psicopedagógica.
  
- La relación entre cognición y afecto es un problema de investigación sin resolver, aunque ha sido abordada desde diversas perspectivas teóricas por psicopedagogos, psicólogos e investigadores como Mayer y Salovey(1990) Gardner(1983-1993) Goleman(1996) Bandura, el mismo Vigotsky, Riviére en el campo de la Educación Especial ...entre otros. Esta propuesta no

pretende llegar a conclusiones definitivas y generalizables, constituye mas bien una experiencia inicial de aprendizaje que genere nuevos interrogantes en nuestro contexto educativo real con el propósito de pensar y una atención educativa integral, mas científica y mas humanizada.

- Genera en los docentes, estudiantes y profesionales de las distintas áreas el interés y motivación para formular otras propuestas de investigación.

- Articulación entre docencia, investigación y extensión considerada como un área estratégica crítica dentro del Plan de Desarrollo de la Facultad de Educación 1998- 2002.

### ❖ **Impacto del Proyecto**

- Contribución al mejoramiento de la calidad de la educación y en los programas de atención para población con necesidades educativas especiales.

- Fortalecimiento conceptual y metodológico en el proceso de formación de docentes con relación a la investigación

- Posibilidad de sugerir transformaciones para la cualificación de los procesos de práctica y proyecto pedagógico al interior de los programas de la facultad de educación.

- Ampliación de las posibilidades de consolidación del C.S.P como centro dinamizador de procesos de investigación

- Iniciar proceso de conformación de equipos permanentes de investigación interdisciplinaria en el C.S.P con vinculación de las asesoras y estudiantes de práctica.

- Imprimir a las prácticas y proyectos pedagógicos un carácter de mayor y/o real proceso investigativo.

- A partir de los resultados encontrados y de la formulación de transformaciones en las propuestas y estrategias educativas, se espera generar en el niño con N.E.E una mayor motivación para la interacción al igual que disminuir las barreras comunicativas.

- Posibilitar en el niño con N.E.E la movilización de procesos de pensamiento (modificabilidad) y de socialización a pesar de la presencia de deficiencias estructurales

- Articulación teórica y operativa desde la dimensión I del “nuevo paradigma” entre el nivel de funcionamiento intelectual y las habilidades adaptativas para el planteamiento de programas de intervención educativa en niños con N.E.E derivadas de déficit cognitivo y comportamental

## **8. ANALISIS E INTERPRETACION: CATEGORIAS DE ANALISIS**

A partir del planteamiento del problema, “Caracterización y relación bio-psico-social entre Inteligencia Emocional y Trastornos de Conducta” en niños y niñas con Retardo Mental y Autismo, el cual surge desde el diagnóstico de las necesidades y características de desarrollo y desempeño de la población atendida en el proyecto, aparecen los ejes temáticos que han fundamentado el trabajo teórico, la revisión de literatura o revisión bibliográfica y el diseño de la investigación propiamente dicha; estos ejes teóricos y temáticos son la Inteligencia Emocional (I.E) y los Trastornos de Conducta (T.C), los cuales a su vez se encuentran articulados en tanto factores biológicos, psicológicos y sociales, además de articularse directamente con los diagnósticos objeto de estudio (Retardo Mental y Autismo).

Es así como desde esos ejes y articulaciones, surgen lo que dentro del proceso de investigación se conoce como “categorías de análisis”, que desde Goetz y LeCompte (1988) son las pautas y regularidades que se transforman y clasifican los elementos; éstas son derivadas de la consideración de los datos y de la interpretación de los mismos. De esta forma, se plantean como

categorías de análisis: los factores biológicos, psicológicos y sociales, la Inteligencia Emocional, los Trastornos de Conducta y la relación existente entre ellos, categorías con las que se pretende dar respuesta a la pregunta inicial, abordándolas tanto en R. M como en el Autismo, teniendo en cuenta las diferencias evolutivas y características de desempeño en cada uno de estos dos grupos poblacionales. Además, dentro de cada una de estas categorías se incluyen las unidades de análisis correspondientes, que permiten caracterizar, interpretar, valorar, relacionar y llegar a extraer conclusiones y recomendaciones con respecto a las temáticas planteadas en este proyecto de investigación.

De esta manera, describimos a continuación las categorías de análisis.

### 8.1 FACTORES BIOLÓGICOS

Los factores biológicos están referidos específicamente a la etiología de los diagnósticos que presenta la población, información que se obtuvo a partir de la revisión de las historias pedagógicas, dentro de las cuales se encuentran los datos con respecto a exámenes neurológicos (TAC de cráneo simple, EEG, resonancia magnética), metabólicos (tamizajes, análisis de sacáridos, lípidos, carbohidratos, ácido úrico,...), cromosómicos (cariotipos), psicológicos (pruebas de inteligencia,...), y fonaudiológicos (potenciales evocados, BERA). Teniendo en cuenta que el objetivo de este trabajo es caracterizar y relacionar la I.E y los T.C, se hizo necesario seleccionar los datos que arrojaran información relacionada con estos temas, por lo cual solo se retomaron los exámenes neurológicos, metabólicos y cromosómicos, que dan cuenta de las alteraciones cognitivas, orgánicas y emocionales de la población objeto de estudio.

Esta información, permitió seleccionar la población de acuerdo con la etiología de sus diagnósticos, tal como lo muestra el siguiente cuadro:

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>RETARDO MENTAL</b>	<b>AUTISMO</b>	<b>TOTAL</b>
	(18 casos)	( 11 casos)	(29 Casos)
<b>ETIOLOGIA</b>	6 niñas – 12 niños	3 niñas – 8 niños	9 niñas – 20 niños
<b>CROMOSOMICA</b>	2 niñas – 4 niños	—————	6 casos

(Síndrome Down)	7 – 11 años		
<b>NEUROLOGICA</b> (Agenesia del cuerpo calloso) (Microcefalia) (Descargas Paroxísticas)	1 niño – 9 años  1 niño – 12 años 1 niña – 11 años  _____	_____  _____  1 niño – 7 años	4 casos
<b>METABOLICA</b> (Alteración Ácido Úrico)	_____	1 niño – 7 años	1 caso
<b>NO ESPECIFICADA</b>	3 niñas – 6 niños	3 niñas – 7 niños	19 casos

Cuadro N° 6. Etiologías de la población.

Las diferentes etiologías que se encontraron en la población, no tienen una relación directa con los trastornos de conducta que presenta cada niño o niña: de un total de 6 niños y niñas con etiología cromosómica, cada uno de ellos presenta un desempeño emocional y afectivo diferente, como también conductas problemas que están más relacionadas con factores sociales, económicos y culturales de las familias de cada uno.

Algunos niños presentan alteraciones orgánicas que requieren ser manejadas con tratamientos farmacológicos, es decir medicamentos como anticonvulsivos, ritalina, y calmantes psiquiátricos – como el Haloperidol-, los cuales tienen como propósito mejorar las condiciones de aprendizaje y comportamiento, así como el control y manejo de manierismos motores, la impulsividad y la hiperactividad, tanto dentro del aula como en los demás contextos. En este sentido, se logran identificar alteraciones específicas que pueden incidir en la conducta emocional de los niños de la población: por ejemplo, el resultado de un TAC de cráneo simple realizado a un niño de 7 años con diagnóstico de RM y Autismo – no confirmado-, se relaciona con las conductas de aislamiento y evitación que presenta:

*“Descargas de actividad paroxística esporádicas generalizadas en toda la corteza formada por ondas agudas y ondas lentas...” (ver cuadro N° 6 – caso 8)*



Lo cual desde una explicación neurológica, sugiere que el niño presenta una dificultad para procesar la información que le llega de su entorno y por lo cual no logra emitir respuestas ante cualquier contacto o instrucción.

El aspecto biológico en el grupo de autismo se ve más relacionado con alteraciones comunicativas y cognitivas, propias del desarrollo evolutivo de esta población, pues no se encuentran – a excepción del caso anterior- alteraciones cromosómicas, neurológicas o metabólicas que expliquen las causas del trastorno. Estas alteraciones comunicativas y cognitivas inciden de forma directa en el desempeño comportamental de los niños y niñas autistas, pues ocasionan dificultades para relacionarse de forma adecuada con su entorno. Las respuestas emocionales arrojadas por el grupo de autismo en la PIIE muestran una carencia en el reconocimiento, descripción y manifestación de las situaciones emocionales y las emociones básicas (tristeza, alegría, sorpresa, rabia, miedo).

Otro aspecto importante dentro del factor biológico, son las condiciones de salud presentadas por la población. Se logra identificar que la presencia de enfermedades (virales, infecciosas, entre otras) predispone a la presencia de conductas disruptivas como las pataletas, autoagresiones, agresividad, hiperactividad, entre otras, especialmente en los casos en que coexiste un déficit en la comunicación expresiva – verbal o gestual-, pues ante la imposibilidad de expresar un malestar o un dolor, los niños comunican su estado por medio de estas conductas inadecuadas. Esta situación se observa de forma más prevalente en los casos de Autismo.

<b>SUJETO</b>	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	<b>RESULTADOS</b>
Sujeto 1. Niño	TAC de cráneo simple	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disgenesia del cuerpo calloso</li> <li>• Descargas de actividad paroxísticas en toda la corteza</li> <li>• Agenesia parcial</li> </ul>
Sujeto 2. Niño	TAC de cráneo simple Potenciales evocados	Normal Integridad de las vías auditivas centrales y periféricas en forma bilateral.
Sujeto 3. Niño	Tamizaje metabólico en orina  Cromatografía de aminoácidos	No presenta excreción anormal de aminoácidos, carbohidratos ni mucopolisacáridos Normal

	EEG TAC de cráneo simple Estudio cromosómico Potenciales evocados	Normal Límites normales Normal Límites normales
Sujeto 4. Niña	TAC de cráneo simple	Normal
Sujeto 5. Niño	Análisis cromosómico	Trisomía 21
Sujeto 6. Niño	Análisis cromosómico	Trisomía 21
Sujeto 7. Niño	Estudio EEG	Descargas paroxísticas frecuentes
Sujeto 8. Niño	Estudio metabólico Cromatografía de aminoácidos Examen químico  Cariotipo BERA EEG  TAC de cráneo simple TAC de cráneo simple Potenciales evocados	Todos los análisis “negativo” Plasma: Generalizada aumentada Potasio y cloro por encima de los resultados de referencia Normal Normal Descargas de actividad paroxística esporádicas generalizadas en toda la corteza formada por ondas agudas y ondas lentas Hidrocefalia comunicante leve Anormal; no hidrocefalia Retardo en la onda III
Sujeto 9. Niño	Evaluación neuropsicológica	CI 54

Cuadro N° 7. Revisión y análisis de exámenes neurológicos.

## 8.2 FACTORES PSICOLÓGICOS

Dentro de los factores psicológicos, se consideran todos aquellos aspectos que se refieren al desarrollo psíquico, cognitivo, comportamental de un sujeto; teniendo en cuenta que dentro de este trabajo los aspectos comportamentales se abordan de forma específica en la categoría “Trastornos de Conducta”, esta categoría de factores psicológicos hará énfasis en los aspectos relacionados con: niveles de desarrollo cognitivo y características de los dispositivos básicos para el aprendizaje en la población objeto de estudio.

A partir de las observaciones realizadas en el aula, de forma directa y participante – como docentes – se logra observar que la población, presenta déficits comunes en los procesos de aprendizaje relacionados con el desempeño emocional y conductual, es decir, en los dispositivos necesarios para manejarse emocionalmente en un contexto. A pesar de las diferencias existentes entre cada uno de los niños y niñas de la población – en términos de edad, diagnóstico, contextos sociales-, se puede decir que todos ellos y ellas presentan déficits específicos en:

- ❖ **Percepción:** Dificultad para la integración sensorial de experiencias, es decir, no logran explorar el entorno y percibirlo articulando todos los sentidos y uniéndolos en una sola experiencia de aprendizaje, sino que cada estímulo aparece de forma aislada, de acuerdo al tipo de percepción que requiera. Esta recepción de los estímulos, hace que la información que ingresa al cerebro llegue de forma fragmentada, pues además se observa persistencia de una sola modalidad sensorial que limita la integración de la información.  
Se observa además, hiper e hipo sensibilidad frente a estímulos o situaciones específicas; esta alteración perceptual es una característica propia del desarrollo evolutivo en la población autista, quienes desarrollan tendencias y fijaciones por objetos o partes de ellos.
- ❖ **Atención:** Los procesos de atención en la población son los más relacionados con el desempeño afectivo y emocional, puesto que la falta de atención, el poco contacto visual con otros, la impulsividad y la hiperactividad, son conductas que evidencian alteraciones o dificultades para mantenerse en una actividad y centrar su atención en ella – atención

sostenida-; en otros casos, la alteración se relaciona con dificultad para seleccionar de un estímulo la información necesaria para realizar una acción, por lo tanto, se les dificulta discriminar, reconocer e interpretar emociones, afectos y estados de ánimo en los demás.

- ❖ **Metacognición:** Desde la teoría de la mente, se observa que la población - principalmente los niños y niñas autistas -, presentan dificultad en la construcción de imágenes en las que se representen estados mentales internos de otros: “si aquel se está riendo, entonces está feliz”, puesto que no se tiene un reconocimiento de las emociones, control ejecutivo que permita organizar y planificar las acciones propias y de los demás.

Además de estas características a nivel del procesamiento de la información, la población logra ser caracterizada desde los estadios de pensamiento planteados por Piaget, en su teoría cognitiva; desde esta posición teórica, los niños y niñas de la población se dividen en dos grupos:

- ❖ **Período Sensoriomotor:** Caracterizado por la presencia de sentimientos ligados a la experiencia, es decir, el niño identifica los estímulos de acuerdo al bienestar o placer que le causen; de esta manera, el aula de clase puede ser un espacio grato y generar sentimientos positivos (alegría) en tanto puedan realizar allí lo que se quiera, o ser un espacio desagradable y generar sentimientos negativos (miedo, rabia) en tanto se le hagan prohibiciones o se le demanden tareas que no son de su agrado.

En un primer momento de este período (2° y 3° sub estadio) se presenta un componente netamente sensorial: el mundo se aprende a través de los sentidos. Los niños manifiestan sentimientos perceptuales, es decir, unidos a la experiencia sensorial: un estímulo puede generar sentimientos de dolor, placer, alegría. Sin embargo, se observa poca constancia en estos sentimientos (hoy quieren a alguien y mañana no, por que ayer le dieron algo y hoy no). Las emociones aparecen como impulsos emotivos, caracterizados por la presencia de componentes fisiológicos y funcionales de la emoción, no se observan componentes funcionales, es decir, propósitos o metas de la emoción, ni componentes comunicativos, o sea la emoción como expresión social de un estado anímico.

- ❖ **Período Preoperatorio:** Este período se caracteriza por la presencia de función simbólica, por medio de manifestaciones como la imitación (diferida o directa), el lenguaje verbal y no verbal (gestos, señas, sonidos vocálicos contextualizados) expresivo y comprensivo, la representación gráfica (dibujos, letras). A nivel del desarrollo psico afectivo, en el período preoperatorio surgen los primeros “sentimientos sociales” y estos se vuelven más constantes, con respecto a las personas a quienes van dirigidos y a la emoción y sentimiento que les causan. En la población de estudio que se encuentra en los inicios de este período, se observa capacidad para verbalizar las emociones y los sentimientos con relación a otros; en los casos en los que no hay lenguaje verbal, esta expresión se evidencia por medio de acciones y gestos: por ejemplo, abrazar a una persona que le es significativa cuando la ve, o rechazar a aquella que no lo es.

La capacidad de imitación, también le permite a los niños y niñas representar y evocar aquellas personas que les son significativas por alguna razón: profesores, un cantante, un actor, etc. Así mismo, se observa que la capacidad de representación simbólica le permite a la población de este grupo, evocar experiencias afectivas positivas y negativas. Negativas como: abandono de un familiar (abuelos, madre, padre), maltrato físico y verbal, relaciones intrafamiliares conflictivas, entre otras; positivas como: situaciones de afecto, lugares placenteros, personas con las que se tiene algún vínculo afectivo, entre otras.

En este período, las emociones se presentan como fenómenos multidimensionales, en las cuales se pueden observar los cuatro componentes: fisiológico, funcional (utilizan las emociones con un propósito), comunicativo (gracias a la posibilidad de representación) y subjetivo (constancia de los sentimientos y conciencia de los mismos).

### **8.3 FACTORES SOCIALES**

Teniendo en cuenta la importancia de este factor al interior del desempeño emocional y afectivo de los niños y niñas con N.E.E, los factores sociales se explican mejor desde dos unidades de análisis: el macro ambiente y el micro ambiente, por medio de las cuales se

pretende realizar una caracterización de cada uno de los entornos a los que pertenece la población. Al hablar de macro ambiente, se hace referencia al entorno socio económico y cultural de la población, al barrio, condiciones de violencia, oportunidades laborales para jóvenes y adultos, entorno escolar; por otra parte, el micro ambiente se refiere al entorno familiar y a todos aquellos elementos que conforman la dinámica intrafamiliar: estructura (monoparental, nuclear, extensa), relaciones familiares (padre- madre, parentales, filiales), niveles de educación, nivel socio económico de la familia. Para el análisis de esta categoría se utilizan instrumentos de observación y registro escrito, como entrevistas en los diferentes contextos de los que el niño o niña hace parte, las cuales permiten abordar diversos elementos de las dos unidades de análisis mencionadas - macro ambiente y micro ambiente-.

Con relación al macro ambiente, una característica importante en la población de estudio es el nivel socio económico al que pertenecen las familias, pues se observa una generalización de los estratos 1, 2 y 3, ubicados en general en zona urbana dentro de los municipios, barrios y comunas pertenecientes a la denominada Área Metropolitana del Valle de Aburrá, distribuidos en: zona occidental (Castilla, Robledo) y zona nororiental (Manrique, Guadalupe, Aranjuez, Campovaldes) del municipio de Medellín, municipio de Bello e Itagüi y otros en zonas al sur de Medellín (Belén). El entorno cultural y social de cada una de estas zonas es muy diverso; por medio de las visitas domiciliarias realizadas a cada familia, se logró observar que, en general, los barrios o zonas donde habitan las familias pertenecientes a la muestra poblacional, no presentan problemas graves de orden público, aunque hay presencia de grupos, bandas o pandillas, principalmente en la zona nororiental y algunas zonas del sur (Trinidad); la presencia de estos grupos en el entorno inmediato de los niños, ha llegado incluso a limitar el normal desempeño del trabajo pedagógico, pues se presentan ocasiones en que los niños se deben ausentar de clase por situaciones de violencia que les impide a salir de la casa. Estas situaciones también contribuyen a la aparición de trastornos de conductas específicos: en el caso de un niño de 8 años, con diagnóstico de R.M, se observa la presencia de mentiras con intencionalidad como conducta para evadir situaciones estresantes, centrándose en temas como posesión de armas, vehículos, motos,

tener heridas causadas por arma de fuego, entre otras y que tienen como antecedente la muerte de dos hermanos de forma violenta y el alcoholismo presentado por la madre.

En general, las familias poseen las condiciones económicas para suplir las necesidades básicas cotidianas, como es la alimentación, el vestido, la vivienda –alquiler y servicios públicos -, pero no logran cubrir otras necesidades igualmente importantes, como es la educación, la recreación y el uso del tiempo libre en familia, debido a los factores netamente económicos, por falta de oportunidades laborales para los padres, que son generalmente quienes llevan esta responsabilidad. Esta dificultad para acceder a servicios básicos como la educación y la recreación, ejes fundamentales en el desarrollo de un niño, pueden contribuir a la aparición de trastornos de conducta, debido a la ausencia de oportunidades para la exploración de lugares diferentes a su contexto inmediato que le permitan desarrollar habilidades sociales, para desempeñarse mejor en su vida cotidiana (Verdugo, 1992). Además, por otra parte se encuentra que la percepción de padres y madres frente a los espacios recreativos, culturales y en general sociales para los niños y niñas con N.E.E, no favorece los procesos de socialización: la mayor parte de los padres y madres de la población, considera que el niño o niña no “sabe” aprovechar estos espacios, que los utiliza inadecuadamente o que no los requiere, argumentando además la presencia de conductas disruptivas que dificultan la permanencia en lugares públicos, como pataletas, llanto, agresión, autoagresión, entre otras.

El entorno escolar de la mayor parte de la población se limita al C.S.P, pues por sus características de desempeño no logran acceder a procesos de integración escolar. Dentro del entorno escolar se observa la presencia de muchos agentes o estamentos relacionados con el niño y niña: profesores, directivas, personal de aseo, administrativos, madres y niños de otros programas (Estimulación, Preescolar, Dificultades de lecto escritura, etc.). Cada uno de ellos posee una percepción acerca de los niños y niñas pertenecientes a la muestra poblacional y a las alteraciones del comportamiento que estos presentan; estas posiciones en torno al comportamiento alterado llegan a afectar las relaciones sociales del niño dentro de la institución, puesto que por sus conductas disruptivas suelen ser niños que interfieren con frecuencia, en el normal desarrollo de las actividades de la institución, realizando acciones como tomar objetos de otros, ingresar a oficinas o espacios privados, utilizar material de otros, entre otras.

<b>ENTREVISTAS A COMUNIDAD DEL CSP</b>			
	<b>ESTUDIANTES</b>	<b>EDUCADORAS</b>	<b>OTROS</b>
¿Qué es un trastorno de conducta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Alteración de origen biológico o psicológico que altera el comportamiento.</li> <li>◆ Problemas en el comportamiento que los procesos de aprendizaje e interacción social.</li> <li>◆ Alteración en la forma de actuar y responder a las diferentes situaciones de la vida a causa de deficiencia cognoscitiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Alteración en el comportamiento</li> <li>◆ Trastorno emocional o psico-afectivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Comportamientos diferentes al común de los demás ocasionada por deficiencias físicas, psicológicas, herencia familiar.</li> <li>◆ Discapacidad severa en el desarrollo infantil</li> <li>◆ Falta de interacción social</li> <li>◆ Ausencia de respuesta a actividades normales en el comportamiento normal</li> </ul>
Conductas problemáticas o difíciles	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Agresividad</li> <li>◆ Hiperactividad</li> <li>◆ Autoagresión</li> <li>◆ Desatención</li> <li>◆ Autismo</li> <li>◆ Psicosis</li> <li>◆ Perversidad</li> <li>◆ Hiperemotividad</li> <li>◆ Antisocial</li> <li>◆ Evasiones</li> <li>◆ Gritos</li> <li>◆ Pataletas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Agresividad</li> <li>◆ Trasgresión de la norma</li> <li>◆ Pataletas</li> <li>◆ Impulsividad</li> <li>◆ Autismo</li> <li>◆ Hiperactividad</li> <li>◆ Esquizofrenia</li> <li>◆ Psicosis</li> <li>◆ DDAH</li> <li>◆ Autoagresiones</li> <li>◆ Evasión</li> <li>◆ Fugas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Agresividad</li> <li>◆ Autoagresión</li> <li>◆ Pasividad</li> <li>◆ Destructividad</li> <li>◆ Manipulación</li> <li>◆ Autismo</li> </ul>
Conductas problema observadas en DHCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pataletas</li> <li>◆ Poco autocontrol</li> <li>◆ Autoagresión</li> <li>◆ Desatención</li> <li>◆ Hiperactividad</li> <li>◆ Autismo</li> <li>◆ Agresiones</li> <li>◆ Evasión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Agresividad</li> <li>◆ Dificultad para asumir órdenes verbales</li> <li>◆ Hiperactividad</li> <li>◆ Autismo</li> <li>◆ Autoagresión</li> <li>◆ Negativismo desafiante</li> <li>◆ Gritos</li> <li>◆ Falta de regulación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Interrumpir clases</li> <li>◆ Autoagresiones</li> <li>◆ Dificultad en la alimentación</li> <li>◆ Rechazo al contacto físico.</li> </ul>



<p>Sensación y actitud frente a las conductas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Indiferencia</li> <li>◆ Cuestiona posibles alternativas de trabajo</li> <li>◆ Tristeza</li> <li>◆ Impotencia. Desconcierto</li> <li>◆ Comprensible</li> <li>◆ Hablar en forma clara</li> <li>◆ Remitirlos a consulta psicológica</li> <li>◆ Actitud abierta a colaborar</li> <li>◆ Responsabilidad de capacitación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Los estímulos alteran al niño</li> <li>◆ Ignora</li> <li>◆ Impotencia</li> <li>◆ Desconcierto para el adecuado manejo</li> <li>◆ Hacer observaciones a los educadores</li> <li>◆ Ser mas exigentes con los padres de estos niños en cuanto a independencia y proceso de “normalización”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Impotencia</li> <li>◆ Angustia</li> <li>◆ Cerrar las puertas para que no hagan daños</li> <li>◆ Entender a estas personas</li> </ul>
<p>Por qué se presentan estas conductas en los niños</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Número alto de niños por grupo</li> <li>◆ Trastornos emocionales</li> <li>◆ Falta de estimulación</li> <li>◆ Problemas familiares</li> <li>◆ Alteraciones en el desarrollo físico, psicológico, neurológico</li> <li>◆ Dificultad de adaptación a espacios y situaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Por el diagnóstico</li> <li>◆ Ambiente familiar inadecuado</li> <li>◆ Problemas a nivel emocional</li> <li>◆ Problemas y cambios ambientales.</li> <li>◆ Problemas orgánicos</li> <li>◆ Mala dosificación del medicamento</li> <li>◆ Falta de fundamentación teórica por los maestros a su cargo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ El entorno</li> <li>◆ Por el diagnóstico</li> <li>◆ Presencia de estímulos agradables para ellos</li> <li>◆ Ansiedad</li> </ul>
<p>Comportamientos adecuados en DHCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Intención comunicativa</li> <li>◆ No agreden a otras personas</li> <li>◆ Tienen normas de higiene</li> <li>◆ Respetan el turno en el comedor</li> <li>◆ Diferenciación de puntos</li> <li>◆ Capacidad de seguir instrucciones</li> <li>◆ Respeto hacia otros niños</li> <li>◆ Conductas sociales adecuadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Motivación</li> <li>◆ Normas de cortesía con apoyo verbal</li> <li>◆ Reconocimiento de personas que trabajan en el CSP</li> <li>◆ Mayor independencia</li> <li>◆ Reconocimiento del CSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ No salen del salón</li> <li>◆ Disminución de autoagresiones y gritos</li> </ul>
<p>Diagnósticos con los cuales asocia los trastornos de conducta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Hiperactividad</li> <li>◆ THDA/ Déficit de atención</li> <li>◆ Autismo</li> <li>◆ Psicosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ THDA/ Déficit de atención</li> <li>◆ RM</li> <li>◆ Síndrome Down</li> <li>◆ Autismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ THDA</li> <li>◆ Psicosis</li> <li>◆ Esquizofrenia</li> <li>◆ Autismo</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ PC</li> <li>◆ RM</li> <li>◆ Esquizofrenia</li> <li>◆ Síndrome Down</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Hiperactividad</li> <li>◆ Psicosis</li> <li>◆ Esquizofrenia</li> <li>◆ Otros: Trastorno oposicionista desafiante, Negativista</li> </ul>	
--	--	---	--

Cuadro N° 8. Entrevista a Comunidad C.S.P.

Además de la comunidad interna del C.S.P, para abordar el macro ambiente también se consideran las diversas opiniones que en torno a este tema pueden ofrecer profesionales de diversas áreas relacionadas con la I.E y los T.C; dentro de estos se encuentran profesionales del área de la salud física (neurologos, pediatras) y mental (psiquiatras, psicólogos) y del área de la educación regular y especial (maestras integradoras y educadoras especiales). Para acceder a la información que estos profesionales podían brindar, se realizaron entrevistas (ver cuadro 8), las cuales posibilitaron realizar un sondeo sobre la concepción y manejo de los T.C desde diversas disciplinas, además de las relaciones que establecen entre los niños y niñas con N.E.E y los T.C.

<b>ENTREVISTAS A PROFESIONALES</b>			
	<b>EDUCADORAS</b>	<b>MEDICO PEDIATRAS</b>	<b>NEUROLOGO INFANTIL</b>
¿Qué es un trastorno de conducta?	Conjunto de malos comportamientos por mala crianza, o problemas orgánicos o neurológicos.	Alteraciones del comportamiento que sobrepasan los límites tolerables, para los parámetros de convivencia. Trastorno de adaptación en el que se presentan comportamientos no aceptables por el medio familiar o social.	Comportamiento perturbador que puede interferir con los aspectos familiares, académicos, laborales, emocionales.
¿Cuáles conductas son problemáticas o difíciles?	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Groserias</li> <li>◆ Insultos</li> <li>◆ Agresión a compañeros</li> <li>◆ Desafío a adultos</li> <li>◆ Inquietud constante</li> <li>◆ Gritar</li> <li>◆ Hablar a destiempo</li> <li>◆ Agresiones a pares y adultos</li> <li>◆ Negación a trabajar y decir que le pasa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Agresión</li> <li>◆ Depresivos</li> <li>◆ Conductas antisociales</li> <li>◆ Conductas asociales</li> <li>◆ Agresión</li> <li>◆ Mentira</li> <li>◆ Trastornos compulsivos</li> <li>◆ Deseo de hacer daño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Hiperactividad</li> <li>◆ Inatención</li> <li>◆ Impulsividad</li> <li>◆ Oposicionismo</li> <li>◆ Negativismo</li> <li>◆ Desafío</li> <li>◆ Agresión</li> <li>◆ Autoagresión</li> <li>◆ Depresión</li> <li>◆ Ansiedad</li> <li>◆ Compulsión</li> <li>◆ Obsesión</li> <li>◆ Intolerancia</li> </ul>
Causas de los trastornos de conducta	Manejo inadecuado del niño en la casa. Trastornos o enfermedades mentales o de aprendizaje	Social, ambiental, familiar, emocional. Normas existentes	Genéticas, ambientales, familiares, pedagógico-educativo, química (neuroquímica)

	Crianza inadecuada. Dificultad en el aprendizaje. Problemas mentales		
Relación entre trastornos de conducta y factores afectivo-emocionales. Cuales y por qué?	Problemas familiares. Rechazo a agresiones y negaciones. Manera de responder a lo que pasa.	Pueden producirse espacios o deficiencias en el individuo que hagan que presente trastornos a nivel de su autocrítica, independencia, seguridad que pueden producir trastornos de conducta. Las experiencias previas y relaciones afectivo – emocionales del núcleo familiar favorecen o disminuyen la aparición de trastornos.	Los trastornos de conducta llevan a depresiones.
¿Los trastornos de conducta son características de las N.E.E.?	Cualquier niño puede presentarlos si no se forma correctamente. Hay mayor tendencia en los niños con dificultades en el aprendizaje	No siempre, o no son detectados a tiempo.  Los niños con T.C presentan N.E.E	Si, es mas común en niños con N.E.E.
¿Enfoques, teorías, modelos, programas conoce de intervención y aplica para la evaluación e intervención en niños con trastornos de conducta?	Modificación de conducta (no la conoce, solo la ha escuchado)	Descartar patologías orgánicas. Remite a psicología o psiquiatría infantil, para manejo interdisciplinario.	Programas de intervención: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Educación en crianza</li> <li>◆ Manejo farmacológico</li> <li>◆ Tratamiento cognitivo-comportamental</li> <li>◆ Intervención disténica</li> <li>◆ Intervención psicoanalítica</li> </ul> Aplicación: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Farmacoterapia</li> <li>◆ Tratamiento cognitivo-comportamental</li> <li>◆ Educación en crianza</li> </ul>

Cuadro N° 9. Entrevista a Profesionales.

Con relación al micro ambiente (entorno familiar – relaciones), en general el grupo familiar de la población se caracteriza por ser nuclear, es decir, está compuesto por padre, madre e hijos, en ciertos casos se presenta convivencia con algún miembro de la familia extensa (abuela, tía, hermana, etc.) u otras personas. Dentro de las familias se identifica a la figura paterna como soporte económico en la mayoría de los casos, siendo representada esta en el padre, mientras que la madre desempeña la función de velar por el cuidado de la familia en especial del niño con

N.E.E.; esta figura no siempre esta representada por la madre biológica, pues también se identifica en la abuela, la tía etc.

Dentro del grupo familiar se suscitan diversos conflictos, principalmente de pareja, debido al desacuerdo sobre el trato o manejo que se le da en este contexto a las conductas disruptivas que presenta el niño, como llanto, gritos, agresividad, hiperactividad, impulsividad (Ver cuadro 9) y que ocasionan malestar en los diferentes miembros de la familia, puesto que la presencia de estas conductas interfiere en la realización de actividades familiares (ver televisión, dormir, comer, etc.). Se observa por medio de la entrevista a familias, que algunos de los miembros de la familia, perciben estas conductas como grosería del niño ausencia de normas por parte de la madre, mientras que otros la definen como una manifestación de emociones.

Estos conflictos generalmente se centran en culpabilizar a la madre por las conductas del niño, delegándole a ella la responsabilidad del acompañamiento en el proceso pedagógico y de rehabilitación. Esta situación genera un desconocimiento acerca de dicho proceso por parte de todo el grupo familiar y por lo tanto un continuo rechazo a la participación activa dentro del contexto escolar.

..

<b>ENTREVISTAS A FAMILIAS</b>	
Conductas difíciles o problemáticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Agresividad</li> <li>● Rebeldía</li> <li>● Pataleta</li> <li>● Timidez</li> <li>● Caprichos</li> <li>● Inestabilidad</li> <li>● Palabras obscenas</li> <li>● Egoísmo</li> <li>● Mal genio</li> </ul>
Cuándo y por qué se presentan	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuando no se le cumple una demanda</li> <li>● Cuando sale de la casa</li> <li>● Cuando es provocado</li> <li>● No permite que compartan con él</li> <li>● Cuando se le da una instrucción</li> </ul>
Actitudes que asume la madre	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aconsejarle</li> <li>● Comprenderlo</li> <li>● Amenazarlo</li> <li>● Ignorarlo</li> </ul>

Actitudes de los demás Miembros de la familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo</li> <li>• Llamar la atención</li> <li>• Castigo físico</li> <li>• Impaciencia</li> <li>• Ignorar</li> <li>• Distraerlo</li> <li>• Amenaza emocional</li> <li>• Comprenderlo</li> </ul>
Acuerdo entre padres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí 30%</li> <li>• No 70%</li> </ul> (el 100% corresponde a 29 casos)
Manifestaciones de afecto del niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto físico: caricias, abrazos, besos, gestos, sonrisas</li> <li>• Contacto verbal: Palabras de afecto</li> <li>• Otros: juego</li> </ul>
Manifestaciones de afecto hacia el niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palabras cariñosas</li> <li>• Regalos</li> <li>• Motivación</li> <li>• Comprensión</li> <li>• Expresiones físicas</li> <li>• Compartir</li> <li>• Diálogo</li> <li>• Tolerancia</li> <li>• Exigencia</li> <li>• Juegos</li> <li>• Música y baile</li> </ul>
Expresión de las emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RABIA: agresión, gritos, pataleta, golpes a otros, llanto, taparse oídos</li> <li>• ALEGRIA: risa, gestos, abrazos, gritos, desplazamientos, besos, baila, canta, juega, saltos</li> <li>• MIEDO: sollozos, nervios (risa)</li> <li>• TRISTEZA: callado, solitario, aislamiento, llanto</li> </ul>

Cuadro N° 10. Entrevista a Familias.

#### 8.4 TRASTORNOS DE CONDUCTA (T.C)

Los T.C que se presentan en la población, han sido caracterizados por medio de la observación del desempeño de los niños y niñas en situaciones naturales (espontáneas) en diversos contextos, recolectando esta información a través de instrumentos como la Guía de Seguimiento de Trastornos de Conducta (G.S.T.C), videos, entrevistas a familias y los Diarios Pedagógicos.

Desde un análisis funcional de la conducta, los T.C se evalúan y analizan utilizando dos subcategorías:

- T.C de tipo interno: Los cuales hacen referencia a conductas disruptivas que afectan directamente al propio sujeto, aunque por su intensidad, frecuencia, duración y contextos de ocurrencia terminen afectando también la relación con otros.
- T.C de tipo externo: Conductas que afectan las relaciones sociales y a los demás directamente, como por ejemplo, las conductas agresivas y la hiperactividad.

Teniendo en cuenta las diferencias presentadas por la población objeto de estudio (R.M y Autismo) con relación al tipo de conductas presentadas, a las causas y características de las mismas, se realiza el análisis por separado, con el propósito de establecer las características a nivel de esta categoría en cada uno de los diagnósticos.

#### **8.4.1 En el Autismo**

❖ **Trastornos de Conducta de tipo Interno:** En la población con Autismo se logran identificar conductas internas referidas a:

- **Comportamientos de evitación:** Retraimiento, aislamiento, ausencia de contacto físico y la disposición y colaboración para el trabajo, lo cual se relaciona con los estados de ánimo, las motivaciones e incluso los materiales utilizados en la intervención pedagógica, con una mayor prevalencia en el contexto escolar y familiar, siendo más evidentes para los docentes en las salidas pedagógicas, puesto que las conductas aumentan en términos de intensidad, frecuencia y duración ante situaciones nuevas para ellos, evidenciándose en aislarse del lugar o sitio de juego,

aumento de estereotipias (balanceos, aleteos, entre otros), evitar entrar en contacto con otros compañeros, buscando más estímulos que sean agradables para ellos, lo cual dificulta la adquisición de habilidades de autocuidado y sociales. Estas conductas presentan un origen desde el entorno familiar, puesto que desde este contexto se le limita al niño o niña la experimentación de nuevas situaciones de aprendizaje social.

- **Hábitos atípicos:** Comportamientos sexuales manifiestos en la exploración genital con las manos o fricciones de los mismos contra personas y objetos; Sin embargo, los comportamientos referidos a la “sexualidad”, pueden ser explicados posiblemente mejor, a partir de autestimulaciones o exploraciones sensoriales, independiente mente de que se trate o no de los genitales y en tal caso, estas no pueden entenderse como conductas sexuales propiamente dichas, sólo por el hecho de estar referidas la exploración de los genitales, puesto que entonces se entenderían como sexuales todas las conductas de exploración sobre cualquier parte del cuerpo. También se presentan como hábitos atípicos, las estereotipias y manierismo motores, principalmente aleteos, rotaciones de cabeza, balanceo de piernas, deambulación, taparse los oídos y saltar, que suelen asociarse tanto a experiencias de malestar o alegría y a respuestas emocionales.

- **Comportamientos del estado de ánimo:** Ideas denominadas como obsesivo- compulsivas, manifiestas en narraciones discursivas incoherentes e imitaciones o juegos de roles sobre personajes, situaciones y experiencias generadas tanto desde la vida real, como tomadas de contextos propios en la mayoría de veces (maestros, periodistas, modelos, entre otros), en las cuales parecen más bien evidenciarse una ecolalia diferida descontextualizada. Estados de depresión, que pueden observarse en conductas como el llanto, el aislamiento y poco interés en las actividades, acompañadas de ansiedad y nerviosismo, inestabilidad motriz, incremento de producciones vocales o silábicas. Irritabilidad, manifiesta especialmente ante la negativa de los adultos para permitirles acceder a algo que deseen en un momento determinado.

- ❖ **Trastornos de Conducta de tipo Externo:** Dentro de las conductas problema mas prevalentes en el grupo de Autismo se identificaron:
- **Trastornos de la actividad (*juego ritualista, uso inadecuado de objetos, exploraciones sensoriales inadecuadas y fijación excesiva en objetos*):** Se presentan de forma generalizada en todos los contextos, por períodos de tiempo superiores a 20', afectando el aprendizaje de normas sociales, de convivencia, al igual que aprendizajes conceptuales. Estas conductas se manifiestan ante estímulos específicos, los cuales generalmente son propios del ambiente (ruidos, ventanas, luces, etc.) y del material de trabajo (sustancias viscosas, objetos llamativos o por el contrario poco motivantes, etc.)
  - **Hiperactividad, impulsividad:** “pataletas”, como expresión de insatisfacción o malestar.
  - **Falta de Atención:** en las que se observan variaciones en su intensidad, duración y frecuencia, siendo mas marcada en los casos en que se presenta dificultad para centrar la atención en actividades que requieran permanencia prolongada. En estos casos el déficit de atención se presenta por la presencia de un procesamiento simultáneo o paralelo que genera dispersión en cuanto a la atención sostenida y focalizada, presentándose entonces en períodos cortos de tiempo. Para otros casos, por el contrario, el déficit atencional es observable en la focalización o perseveración permanente en un sólo tipo de objetos o estímulos, alterando la posibilidad de realizar una atención distribuida. En ambos casos estas situaciones generan en los niños respuestas emocionales como rabia, enojo que por supuesto pueden ser leídas como conductas perturbadoras asociadas con ansiedad, hiperactividad e incremento de manierismos motores.
  - **Trastornos de la comunicación:** Se observan conductas como la ecolalia, la cual se presenta de diferentes tipos y niveles, de acuerdo a factores intelectuales (habilidades cognitivas); Se encuentran casos de ecolalia diferida, evidenciada en la repetición de palabras, frases y conversaciones que han sido escuchadas con anterioridad, con aparente control y se presentan en contextos que evoquen situaciones similares. En otros casos, la ecolalia está caracterizada por la repetición de sonidos vocálicos y silábicos, como forma de evitar una actividad o



situación. Por último, se presentan dos casos en los que la conducta comunicativa está ligada a los procesos de atención: si el niño (a) no está atento a las instrucciones o el modelado, se observa repetición de una o varias palabras de la instrucción.

- **Conductas Desafiantes:** Que obviamente refieren la comprensión de una relación de causalidad entre su comportamiento y las posibles respuestas o cambios comportamentales en otras personas a partir de sus propias acciones.

Como una de las principales características del diagnóstico de autismo, se identifica la ausencia de elaboración de una teoría de la mente, y por supuesto de la comprensión y adopción de una conducta intencionada que presuponga la representación de los estados emocionales, intenciones y predicciones acerca de sus posibles respuestas sociales respecto a las otras personas; es así como en algunos casos, han logrado identificarse comportamientos como utilizar pretextos o mentir para obtener algún beneficio particular: “ Voy a ir al baño”, para evadir una tarea escolar o cualquier otra obligación. Se cuestiona entonces la exactitud en el diagnóstico y también la precisión en las caracterizaciones de su desarrollo y desempeño general.

#### **8.4.1 En Retardo Mental:**

- **Trastornos de Conducta de tipo Interno:** En esta población, los T.C de tipo interno no se presentan con tanta prevalencia como en el autismo; sin embargo en los casos en que se registran aparecen con alta intensidad, frecuencia y duración, lo cual las hace ser mas observable, sobre todo ante la perspectiva de las familias, que relacionan o definen TC como “grosería, desobediencia” del niño o niña ante determinadas situaciones, contextos y personas. Las conductas internas que se registran para los casos de Retardo Mental, son principalmente los comportamientos de evitación (Retraimiento , Aislamiento, Ausencia de disposición – colaboración) y en algunos casos los trastornos de la alimentación y hábitos atípicos como la autoestimulación y conducta sexual inadecuada. Estas conductas (hábitos atípicos) se relacionan con el entorno social de los niños o niñas que las presentan, pues factores culturales como los bajos niveles de escolarización de los padres y el vivir en zonas de alto riesgo (por violencia) hacen que aparezcan con mayor frecuencia, además, hay casos específicos en los que se reportan

antecedentes de posibles abusos sexuales (no confirmados). Estas conductas en la población con R.M. se ven “agravadas” por el nivel cognitivo que se presenta en esos casos, pues es mas bajo que el resto de la población con la misma etiología y diagnóstico (Síndrome de Down – R.M.).

- **Trastornos de Conducta de tipo Externo:**, Se pueden observar con mayor frecuencia conductas como comportamientos agresivos hacia otros, Hiperactividad, Hipoactividad, impulsividad y falta de atención. Estas conductas presentan diferencias en términos de intensidad, frecuencia y duración, de acuerdo con criterios de edad, niveles cognitivos, tiempo de escolarización y factores sociales o ambientales. Se observa que entre menor sea la edad, el tiempo de escolarización y el nivel cognitivo, mayores son las conductas externas referidas al desempeño social, es decir, la interacción con pares y adultos, y desempeño académico, o sea cognitivo (reconocimiento del espacio gráfico, clasificaciones simples de dos criterios, como color y tamaño) entre otras.

Se observa además que los T.C externos ocasionan en las familias un alto grado de ansiedad, debido a que alteran de forma directa el ambiente familiar y social, pues limitan la participación de ellos y los niños y niñas en diferentes ambientes, debido a las concepciones culturales del contexto urbano con respecto a las conductas problema que esta población presenta, a las oportunidades de acceso a espacios recreativos y al uso inadecuado que – en gran parte - le dan los niños a los recursos del entorno.

## **8.5. INTELIGENCIA EMOCIONAL**

La Inteligencia Emocional presentada por Goleman (1995) como la capacidad de conocer y manejar las propias emociones y las ajenas, se logra caracterizar en la población de estudio, por medio de técnicas como la observación, utilizando instrumentos como guías, pruebas informales, registros fílmicos, fotografías, diarios pedagógicos. Estos instrumentos permiten establecer criterios en torno a la conducta emocional que presentan los niños y niñas.

Para facilitar el proceso de análisis de esta categoría y haciendo referencia a los conceptos encontrados en el marco teórico sobre inteligencia social, personal y finalmente emocional, aparecen dos sub categorías o unidades de análisis: la Inteligencia Interpersonal e Intrapersonal,

expuestas por Gardner (1992) en su teoría sobre Las Inteligencias Múltiples, agrupándolas bajo el constructo de Inteligencias Personales. A partir de estas dos sub categorías, se analiza y caracteriza el desempeño emocional y afectivo de la población.

**8.5.1 Inteligencia Interpersonal:** Esta subcategoría, se evidencia en la población por medio de las relaciones sociales y afectivas que se manifiestan en los diversos contextos de los que hacen parte. Se encuentra que la población con diagnóstico de Autismo, presenta déficits en esta manifestación de la Inteligencia Emocional, lo cual se relaciona con el déficit metacognitivo que explica la dificultad para entender las conductas, respuestas, manifestaciones afectivas, sociales y emocionales de los demás. Las interacciones sociales de los niños y niñas autistas, se caracterizan por carecer de intencionalidad afectiva en su mayoría, es decir, sus relaciones presentan como componente funcional de la emoción una tendencia a estar motivadas por la necesidad de suplir una demanda de tipo físico (desplazarse a un lugar con ayuda de otro) o material (pedir un alimento o un juguete) y pocas veces de tipo afectivo, lo cual muestra que los objetivos y propósitos de una emoción manifiesta – tristeza, alegría, miedo, etc.-, están articulados con intereses individuales más que de un colectivo; sin embargo, se logra observar un aumento en la aceptación y el número de relaciones o contactos afectivos, y en la comprensión de situaciones de este mismo tipo, tanto en el contexto familiar, social y educativo, lo cual se evidencia al comparar el desempeño socio – afectivo de la población durante el semestre II del año 2000 con el desempeño observado en los dos semestres correspondientes al año 2001.

A partir de los resultados obtenidos en la Prueba de Inteligencia Emocional (P.I.I.E), se logra observar que la población con Autismo, presenta dificultades en el reconocimiento de gestos y expresiones emocionales al ser presentados de forma gráfica, encontrando respuestas únicamente en casos en que el niño o niña posee lenguaje expresivo, ya sea verbal o no verbal (en este caso las respuestas se manifiestan por medio de la imitación de gestos, sonidos o movimientos afirmativos o negativos con la cabeza. Se observa también que este reconocimiento está ligado a la propia experiencia afectiva de cada niño o niña; en uno de los casos estudiados, una niña de 8 años con diagnóstico de Autismo y con lenguaje verbal, logra nombrar emociones que identifica

en las imágenes, narrando historias a partir de otras situaciones que ha vivido o que extrae de situaciones vistas en programas de televisión como novelas, películas, comerciales, etc.

El reconocimiento de emociones en otro – característica propia de la inteligencia interpersonal - se hace más evidente en situaciones reales, es decir, cuando el niño o niña observa gestos, actitudes, expresiones en personas cercanas afectivamente a él, propias de sus contextos: profesores, padres, compañeros, entre otros, ante los cuales adopta posturas que dan cuenta de esta comprensión y reconocimiento:

*“... cuando el niño me siente enojada y subo el tono de la voz, cambia de actitud, se calma o comienza a llorar como reprochando mi actitud...”* (Profesora de niño autista de 7 años)

*“... el niño ve que uno sea altera cuando él golpea objetos, entonces aumenta la conducta: tira las sillas con más fuerza, le da patadas más fuerte a la puerta y mira la reacción de uno...”*  
(Profesor de niño autista de 7 años)

*“ Cuando una compañera comienza a llorar porque la regañaron, entonces ellos emiten una expresión de angustia, movimientos de la mano como preguntando ¿Qué pasa? O emitiendo sonidos...”*  
(Profesor de niño autista de 9 años y niña autista de 8 años)

*“Los niños reconocen el momento de llegada o de saludo con sólo manifestarles un gesto como sonrisa, un beso o estirarles los brazos pidiéndoles un abrazo; con eso ellos saben que comenzamos, y corresponden a esto dando un abrazo, un beso o simplemente sonriendo...”*  
(Profesora de grupo de niños y niñas autistas)

La capacidad de reconocer y comprender emociones en otro, se encuentra relacionada con el nivel cognitivo de cada niño o niña, más que con el nivel comunicativo. La experiencia con tres niños autistas entre los 5 y 7 años, que presentan un nivel de pensamiento sensoriomotriz – desde los períodos piagetianos -, esencialmente exploratorio sensorial, a permitido observar que no

manifiestan ningún tipo de reconocimiento o comprensión de sentimientos en otros, pues en sus interacciones con pares o adultos prevalece la intención exploratoria sensorial, asumiendo al otro más como “objeto” que le significa algún estímulo placentero, asociando sentimientos de alegría, enojo, tristeza, con experiencias y circunstancias particulares de satisfacción o disgusto.

Se observa una relación directa entre las respuestas dadas por los niños y niñas en la prueba, con el nivel de desarrollo social afectivo que a su vez se articula con el desarrollo cognitivo – habilidades de pensamiento -. En los niños y niñas autistas que presentan habilidades, capacidades o destrezas propias del sub estadio 6 del período sensoriomotriz o del período preoperatorio, se observan características socio afectivas como:

- Comprensión y seguimiento de normas por medio de la imitación.
- Interacción social y capacidad de cooperación.
- Lenguaje verbal y no verbal social e intercomunicativo.
- Manifestación gestual o verbal de emociones sociales básicas (alegría, miedo, tristeza, etc.)
- Reconocimiento de emociones y afecto de otros

Estas conductas socio-emocionales se relacionan con características del funcionamiento cognitivo como la función simbólica, por medio de la cual logran manifestar el reconocimiento de estados emocionales en otros. Sin embargo, se observa dificultad en la expresión adecuada, es decir, adaptada a los contextos y situaciones, de ese reconocimiento, lo cual puede articularse con los déficits metacognitivos propios de los sujetos con Autismo.

En la población con diagnóstico de Retardo Mental, se observan conductas y desempeños muy diversos; esta diferencia está relacionada posiblemente con la etiología del diagnóstico: cromosómica (Síndrome de Down), neurológica (microcefalia, agenesia del cuerpo calloso) y metabólicas. Otra variable importante es la edad (5 a 13 años) y los contextos familiares y socio culturales de cada niño y niña.

En el grupo que presenta etiología cromosómica – Síndrome de Down – el desempeño interpersonal se caracteriza por un mutismo selectivo y evitación de contactos físicos y verbales, principalmente en el contexto escolar con pares y profesores, con los que logran establecer

relaciones sociales muy primarias, es decir, motivadas por la necesidad o por que el otro (compañero o profesor) lo busque; esta conducta es más evidente en los niños y niñas con edades entre los 6 y 10 años, quienes por la conducta de apego a la madre, presentan dificultad para permanecer con otras personas desconocidas y lejos de la figura materna; también se observa que en estos casos, la madre es la mediadora social, o sea, es quien posibilita la interacción del niño con el medio. Con respecto a los casos de Síndrome de Down mayores de 10 años (1 niña), se observa que la conducta social está motivada por una posible necesidad de reconocimiento y aceptación, la cual está apoyada en el nivel de funcionamiento cognitivo superior a los otros casos descritos. Como característica general de este grupo poblacional, se observa que las condiciones culturales, económicas, ambientales dentro del núcleo familiar, también son determinantes para este desempeño, pues se observa que en casos en los que el ambiente familiar se caracteriza por conductas de sobreprotección hacia el niño, este presenta mayor dificultad para relacionarse adecuadamente en otros entornos, llegando incluso a omitir cualquier forma de comunicación aún teniéndola.

En la población con etiología neurológica, metabólica y otras no definidas, la variable que determina la subcategoría de inteligencia interpersonal, está más referida a procesos de socialización que aparecen como antecedentes en el desarrollo y a las características de los contextos actuales. Se observa a partir de los datos recolectados en las entrevistas a familias y en los registros de seguimiento, que las conductas interpersonales en este grupo varían con respecto a los contextos, pues entre más conflictivos aparecen éstos (situaciones de violencia intrafamiliar, abandono de uno o ambos padres, privación económica, social y afectiva, entre otros), mayor es la presencia de alteraciones a nivel de la relación con los demás, principalmente en lo que se refiere a la capacidad de reconocer o identificar los estados anímicos y emociones en las personas que conforman sus contextos familiar, social y educativo (padres, hermanos, profesores y otras personas cercanas). Las respuestas emocionales y afectivas que dan los niños y niñas ante diversas situaciones, presentan relación directa con las experiencias de los niños y niñas: si sus experiencias afectivas han sido negativas –por abandono, maltrato físico/verbal, rechazo por el diagnóstico, etc.-, sus respuestas generalmente, también lo son, manifestándolas en T.C de tipo externo (agresión, pataleta, llanto, gritos, amenazas, respuestas desafiantes, mentiras con

intención, entre otras) o interno (autolesiones, comportamientos de evitación, hábitos atípicos, entre otros).

Al igual que en la etiología cromosómica, esta población que presenta diversas etiologías, tiene como variable la edad y el funcionamiento cognitivo de cada niño o niña; podría decirse que a mayor edad –y menor compromiso cognitivo- se presenta más intencionalidad social en la relación con pares y adultos. Esta habilidad social es más observable en los niños y niñas con edades superiores a los 10 años y que en su estructura familiar se les ha posibilitado los espacios y elementos necesarios para desarrollar esta capacidad social.

**8.5.2 Inteligencia Intrapersonal:** Este tipo de inteligencia se hace más compleja de observar en la población, debido a los déficits en el lenguaje expresivo que presenta gran parte de la población de estudio; sin embargo, por medio de la observación de sus conductas (sobre todo de la imitación) se puede plantear que hay expresiones faciales, corporales y fisiológicas que dan cuenta de algunas manifestaciones propias de este tipo de inteligencia; estas expresiones cobran importancia para el análisis, en tanto que forman parte del componente comunicativo de la emoción y por lo tanto, podría decirse que este no se encuentra ausente de la conducta emocional de los niños y niñas con N.E.E, y que más bien, aparece alterado por las características del lenguaje y cognición de cada sujeto. Las manifestaciones de la inteligencia intrapersonal, entonces, logran evidenciarse por medio de actos comunicativos, en acciones como: expresar por medio de gestos y acciones una emoción o un estado de ánimo (llorar para indicar que está triste o que simplemente no le gusta lo que está haciendo), expresar necesidades y deseos de tipo emotivo (buscar contactos físicos con otros, de forma verbal o gestual, como abrazos, besos, entre otros), manifestación de cambios comportamentales ante determinadas situaciones o estímulos, etc.

## **8.6. RELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y TRASTORNOS DE CONDUCTA**

*“...cuando la niña llego a la institución por primera vez*

*nos ignoraba por completo, como si nuestra presencia,  
voz y movimientos no le importaran; pero un día  
entró al salón, nos buscó, se sonrió y nos dio.  
un beso y un “hola” como saludo. Ese día confirmamos  
que en todo niño o niña autista, hay una respuesta  
emocional y afectiva oculta...” (Observación de Diario de campo  
de grupo Autismo, semestre I de 2001)*

Cuando se trataba de buscar respuestas “emocionales”, cognitivas, comunicativas, motrices en un niño con N.E.E., a primera vista no se hallaban, por lo tanto se recurrió entonces a mil y un métodos, estrategias o actividades que, desde nuestro saber, suponemos que las van a movilizar; y entonces de repente, cuando ya se han agotado – aparentemente- todas las herramientas y “trucos” pedagógicos, aparecen las respuestas, así sin más, de la forma más natural, y es en esos momentos cuando entendemos que las respuestas siempre estuvieron allí, esperando para ser leídas: la pataleta de tal día, el llanto incansable, la deambulación “sin sentido”, la agresión hacia otros y a él mismo, la sonrisa de un segundo, los gritos... tantas manifestaciones que, tal como lo mencionaría Riviére, son un “grito sordo”, conductas que siempre desean comunicar algo, de su sentir, su pensar, y su conocer del mundo y que desde nuestra posición como educadores muchas veces no comprendemos.

Cada una de estas conductas hacen parte de un conjunto denominado como “Conductas Disruptivas”, que interfieren en los procesos de desarrollo de habilidades necesarias para el desempeño de una persona comunicativas, cognitivas, motrices y afectivas. Según Hanke y otros (1979), algunas conductas disruptivas, como las agresiones, pueden ser consideradas como “expresiones de problemas y trastornos de relación...”, que pueden estar o no relacionados con el contexto escolar. Además, para determinar si una conducta infantil es disruptiva, es necesario tener en cuenta factores sociales como la época histórica, las normas propias de una sociedad y características de los entornos



(hogar, escuela, barrio). Cuando un niño presenta de forma constante y por periodos largos de tiempo una conducta disruptiva, aparece desde un enfoque clínico, el termino “Trastorno de Conducta”, como objeto de estudio y característica de la Psicopatología Infantil, disciplina que estudia las alteraciones a nivel comportamental de niños y niñas. El “Trastorno de Conducta” (T.C.) se considera como “alteración del comportamiento, caracterizado por la presencia de conductas desadaptativas”. Autores como Hewett y Taylor (1980), asocian o relacionan T.C. con la definición de “perturbaciones emocionales”, por lo que las conductas problema son observadas como manifestaciones inadecuadas de sentimientos y pensamientos: un niño con T.C. puede expresar su alegría dando saltos incontrolados o incluso dando un golpe a otro.

En la parte de estas perturbaciones se encuentran alteraciones cognitivas específicas: déficits en el procesamiento de la información, resolución de problemas, metacognición y a nivel atencional, por lo que niños y niñas con N.E.E. de tipo intelectual suelen presentar con mayor frecuencia T.C., lo cual no significa que los T.C. sean exclusivos o propios de esta población, pues el factor cognitivo es sólo un posible determinante de las alteraciones conductuales.

Dentro de ese factor cognitivo, aparece una variable más que viene a sustentar el concepto de Hewett y Taylor sobre “perturbaciones emocionales”, desde un enfoque cognitivo-social es la “Inteligencia Emocional (I.E.)”, definida como concepto por primera vez en 1990, por Salovey y Mayer de la Universidad de Yale: “subconjunto de la inteligencia social, que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios así como los de los demás...” y ampliada por Daniel Goleman (1995), quien añade a esta definición que la inteligencia emocional, son una serie de “habilidades”, actitudes y destrezas, introduciendo además el término “empatía”, como base de las emociones.

El estudio de la inteligencia emocional, desde su base biológica, nos sugiere que una alteración en alguna de las estructuras y/o funciones cerebrales que intervienen en este proceso cognitivo de la emoción (sistema límbico, neurotransmisores, corteza cerebral), puede ser la causa de problemas y trastornos emocionales. Desde la Psicopatología,

también los T.C, presentan factores orgánicos o biológicos determinantes de esta alteración; principalmente las lesiones corticales son las que pueden alterar el comportamiento normal de una persona, según la zona exacta que se afecte: una lesión en la zona frontal (encargada del control ejecutivo de las acciones) puede causar un trastorno de impulsividad, pues el niño o niña tiene dificultad para controlar sus acciones y planearlas.

Estas condiciones biológicas de los trastornos de conducta y la inteligencia emocional, pueden ser consideradas como uno de los puntos de relación entre ambos conceptos: una alteración cerebral puede ocasionar un trastorno emocional, que además de ser considerado desde una perspectiva clínica comportamental como T.C., viene a ser una manifestación de la I.E, específicamente de una alteración en la misma siendo así que los trastornos de conducta son a su vez deficiencias en la capacidad intelectual emocional, manifiestas a nivel funcional, es decir en los desempeños, competencias y habilidades del sujeto. Se pueden establecer relaciones biológicas entre I.E. Y T.C. más concretas:

- Una falla en el lóbulo parietal, en el cual se alojan las estructuras del sistema límbico (motivación, emoción), ocasiona la alteración de las habilidades propias de la I.E. y por lo tanto la aparición de T.C.
- Desde la base psicosocial de la I.E., aparecen las emociones, como fenómenos internos de cada sujeto expresadas en cuatro componentes:
- **1- Subjetivos:** Sentimientos y pensamientos. La alteración o déficits cognitivos que presentan los niños y niñas con N.E.E. psíquicas (intelectuales, emocionales, afectivas), influyen en este componente, en tanto que no poseen –o se les dificulta- atender de forma constante (sostenida) a estímulos afectivos del entorno: gestos o expresiones de los demás, por lo que entonces sus respuestas no son consecuentes o coherentes con la situación (agresiones, llantos, evitación).
- **2- Fisiológicos:** Respuestas físicas o biológicas del organismo como lágrimas, sudoración, aumento/disminución del ritmo cardiaco. Estas respuestas orgánicas también logran ser observadas cuando un niño o niña presenta conductas disruptivas; la intensidad de estas respuestas está relacionada con la magnitud o

fuerza de la conducta y con condiciones biológicas propias de cada niño (endógenos).

- **3- Funcionales:** Las emociones surgen como propósitos para alcanzar una meta. Este componente se encarga de la selección de respuestas apropiadas a la situación; por lo tanto requiere de habilidades cognitivas como memoria, metacognición, control ejecutivo y resolución de problemas. Estas habilidades son precisamente las que aparecen como déficits en niños y niñas con N.E.E. psíquicas que presentan T.C. de tipo externos como trastornos de comunicación, de la actividad, hiperactividad, pataletas, entre los más prevalentes. En esta población se observa dificultad al momento de dar una respuesta ante una situación problemática (ej. No puede tomar la comida de otros), aunque ésta ya haya sido conocida, emitiendo respuestas indaptadas y por lo tanto disruptivas (como hacer pataleta, agredir al otro, tirar objetos...), que pasan a ser la manifestación de su inteligencia emocional.
- **4- Expresivo:** Contribuye a la emoción el carácter de comunicación social. Incluye expresiones faciales, gestos posturas corporales, vocalizaciones, cumplimiento de reglas sociales. A nivel de este componente se presentan los mayores déficits de la inteligencia emocional, pues en la población con N.E.E. psíquicas (Retardo Mental y Autismo) coexiste un alto grado –en la mayoría de los casos- de déficit comunicativo, tanto a nivel comprensivo como expresivo. En una muestra de 29 niños y niñas con diagnósticos clínicos de R.M. (derivado de etiologías neurológicas, cromosómicas y metabólicas) y Autismo, entre los 5 y 13 años de edad, se observó que 21 niños y niñas presentan un alto compromiso a nivel comunicativo–expresivo, dado en la mayor parte de los casos, por causas sociales (sobre protección materna, temor a la relación social, entre otros); sólo en 7 casos este déficit se explica mejor por factores etiológicos (casos de autismo).
- El déficit emocional a nivel del componente expresivo, también se articula con el componente funcional, pues aparecen otros casos en los que a pesar de haber un lenguaje –verbal y no verbal- expresivo, las respuestas emocionales son manifestadas en conductas disruptivas o en conductas no propias al contexto: reírse cuando otro

está llorando, golpear al maestro (a) si se le llama la atención, negarse a realizar un trabajo con evasivas como “tengo dolor” o “No, gracias”, que son incoherentes a la situación.

-

## CONCLUSIONES

La categorización y análisis de los datos encontrados en el proceso de trabajo de campo y en general durante toda la investigación, permiten plantear enunciados concretos a manera de conclusiones:

- ❖ Los T.C aparecen al interior de ambas poblaciones como la manifestación de alteraciones en la conducta emocional y afectiva, alteraciones que están dadas principalmente por factores sociales ( contextos, condiciones de vida, relaciones intra familiares, etc.) y psicológicos (niveles de desarrollo cognitivo, déficits específicos en los dispositivos básicos de aprendizaje).
- ❖ Como alteraciones de la conducta emocional, los T.C pueden ser explicados desde el concepto de I.E, pues se observa relación directa entre los tipos de conductas manifestadas por los niños y niñas, y las habilidades propias de las inteligencias personales (interpersonal e intrapersonal). Una alteración de la I.E a nivel de la inteligencia intrapersonal, puede ser evidenciada en conductas disruptivas de carácter interno (autoagresiones, evitación, hábitos atípicos); de igual manera, una alteración a nivel interpersonal, se manifiesta en conductas disruptivas de tipo externo (agresión, hiperactividad, impulsividad, trastornos de la actividad...).
- ❖ Las características del desarrollo cognitivo – comunicativo de la población y que se relacionan con las alteraciones de la conducta emocional, están dadas principalmente por déficits a nivel atencional (atención poco sostenida y selectiva), perceptual (dificultad en la integración sensorial, información fragmentada, etc.), metacognitivo (dificultad en representaciones y reconocimiento de estados internos de otros) y en la memoria (dificultad en recuperación de información para utilizarla en una situación similar).
- ❖ El diagnóstico clínico que presente un niño o niña, es sólo un componente más que puede contribuir a la aparición de una alteración en la conducta emocional, pero es el contexto familiar y social quien determina en mayor medida estas alteraciones; una N.E.E no siempre

conlleva a un trastorno de conducta, pero un trastorno de conducta siempre deberá ser considerado como un N.E.E.

## RECOMENDACIONES

A partir de las experiencias vividas en este trabajo de investigación pedagógica, se plantean las siguientes recomendaciones:

❖ Con relación al proyecto pedagógico:

Dar continuidad a la temática abordada en este proyecto, teniendo en cuenta su impacto e importancia en los procesos de enseñanza y aprendizaje de los niños con NEE de tipo psíquico, a partir del diseño e implementación de propuestas de intervención basadas en el desarrollo de competencias emocionales y afectivas (Inteligencia Emocional).

❖ Con relación al programa académico Licenciatura en Educación Infantil Especial:

La formación académica de los docentes, debe contemplar núcleos temáticos en torno a la investigación, metodología, procesos y papel del educador como investigador. Esta formación debe darse de forma continua, durante toda la carrera y no ser un componente exclusivo de la práctica pedagógica. La formación en investigación, posibilitaría la realización de trabajos pedagógicos más estructurados y la articulación del conocimiento teórico con la experiencia pedagógico – didáctica.

❖ Con relación a las familias de los niños y niñas con N.E.E:

Como entorno primario de los niños y niñas con N.E.E, la familia debe hacerse partícipe de los procesos de identificación y diagnóstico de T.C en los niños, involucrándose más de forma activa en el diseño y ejecución de estrategias pedagógicas didácticas para su modificación conductual, acompañados por los docentes del niño o niña.

❖ Con relación a la intervención:

El abordaje de los T.C en un proceso pedagógico, debe contemplar además de una intervención planificada, el estudio de las causas de esas alteraciones, teniendo en cuenta factores exógenos y endógenos, buscando de esta forma que el proceso esté articulado con las necesidades de cada niño y niña.

❖ Con relación al Centro de Servicios Pedagógicos:

Como entorno educativo, es necesario que cada una de las personas que allí interactúan con los niños y niñas del proyecto D.H.C.A y en general con los niños y niñas que presentan T.C, se sensibilicen frente a estos comportamientos, entendiéndolos no sólo como conducta problema, sino también como la manifestación emocional y afectiva de sus necesidades, deseos y carencias.

## **BIBLIOGRAFIA**

ARDILA, Rubén. Síntesis experimental del comportamiento. Santa Fé de Bogotá: Editorial Planeta, 1993.

ASOCIACION AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 4<sup>a</sup> Edición (D.S.M. IV). Barcelona : Masson S.A, 1995.

BAUTISTA, Rafael. Necesidades educativas especiales. Málaga: Editorial Aljibe, 1993

BELLOCK, Amparo - SANDIN, Bonifacio y RAMOS, Francisco. Manual De Psicopatología. Madrid: Editorial MC Graw-Hill/Interamericana S.A, 1995. Volumen I y II.



BONALS, Antonina. Investigaciones Psicológicas y Neurofisiológicas de los Trastornos de Comportamiento en la Infancia (Tesis Doctoral). Inédita, 1979.

CASTANEDO, Celedonio. Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial. Madrid, Alcalá: Editorial CCS, 1997.

COHEN, Dorothy H. Cómo aprenden los niños. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

COLL, Cesar - PALACIOS, Jesús y MARCHESSI, Alvaro. Desarrollo Psicológico y Educación. Necesidades Educativas Especiales y aprendizaje escolar. Madrid: Editorial Alianza, 1996. Tomo II y III..

DEL RÍO, María José. Lenguaje y Comunicación en personas con Necesidades Educativas Especiales. Barcelona: Ediciones Martinez roca, S.A., 1997.

DIAZ, Ana Elsy - QUIROZ, Ruth Elena. Teoría Psicopedagógica: Un enfoque cognitivo. Medellín (Col.): Colección Aula Abierta, 1999.

ENCICLOPEDIA MICROSOFT ENCARTA ® 99. © 1993 - 1998 Trastornos Mentales. Microsoft Corporation.

ESQUIVEL A., Fayne y HEREDIA A., Cristina. Psicodiagnóstico Clínico del niño. México: Editorial El Manual Moderno S.A.

FEJERMAN, Natalio - ARROYO, Hugo A. - MASSARO, Mario y RUGGIERI, Victor L. Autismo Infantil y otros Trastornos del desarrollo. Buenos Aires: Paidós SAICS. 1994

GALGUERA, Isabel - HINOJOSA R, Guillermo y GALINDO C., Edgar. El Retardo en el Desarrollo: Teoría y Práctica. México: Editorial Trillas, 1984.

GARDNER, Howard. Inteligencias Múltiples. La teoría en la práctica. España: Paidós. 1995.

\_\_\_\_\_Estructuras de la Mente. La teoría de las inteligencias múltiples  
Colombia: Paidós, 1997.

\_\_\_\_\_La Mente no escolarizada. España: Paidós, 1995.

GARTON, Alison F. Interacción social y desarrollo del lenguaje y la cognición. España: Paidós, 1994.

GOETZ, J. P y LECOMPTE, M. D. Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Ediciones Morata, S.A,1988

GOLEMAN, Daniel. Inteligencia Emocional. Buenos Aires - Argentina: Javier Vergara Editores S.A. 1996.

HEWART, William L. y ORLANSKY, Michael D. Programas de Educación Especial. España: Editorial CEAC, 1992. Tomo II

JIMENEZ H., Manuel. Psicopatología Infantil. Madrid: Editorial Aljibe. 1995.

MARSHALL R., John. Motivación y Emoción. España: Editorial McGraw Hill, 1994.

MARTINEZ M., Miguel. La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teorico-practico. Bogotá: Circulo de lectura alternativa Ltda, 2000.

MARTINEZ, Pascual F. – FREIRE. La Nueva Filosofía de la Mente. Barcelona: Editorial Gedisa, 1995.

MENECHAL, Jean. Introducción a la Psicopatología. Madrid: Editorial S.A., 1998.

MOLINA, Santiago. Deficiencia Mental. Aspectos Psicoevolutivos y educativos. Editorial Aljibe.

MORENO, Miguel. Intervención Psicoeducativa en las dificultades del desarrollo. Barcelona: Editorial Ariel S.A, 1997.

RIVIERE, Angel. Objetos con Mente. Madrid: Editorial Alianza, 1991.

RODRIGUEZ, Jose A. Adaptaciones Curriculares, como respuesta a las necesidades del niño autista.

RODRIGUEZ S., Soledad y otros. Inventario de Problemas conductuales y socioemocionales, para niños entre 3 y 5 años. México: Editorial Universidad Católica de Chile, 1999.

SHAPIRO, Lawrence E. La Inteligencia Emocional de los niños. Buenos Aires - Argentina: Javier Vergara Editores. 1997

SNYDER, Solomon H. Drogas y Cerebro. Barcelona: Biblioteca Científica Americana, 1992.

STERNBERG, Robert J. Más allá del cociente intelectual. Bilbao (Esp.): Editorial Descleé de Brouwer S.A, 1990.

VERDUGO, Miguel Angel. Personas con Discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Madrid: Siglo XXI editores S.A, 1995.

WADSWORTH, Barry J. Teoría de Piaget del desarrollo cognoscitivo y afectivo. Madrid: Editorial Diana S.A, 1989-1991.

WALLON, Henry. La evolución Psicológica del niño. Buenos Aires: Psique. Capitulo II.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1. ENTREVISTA A FAMILIAS**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN**  
**CENTRO DE SERVICIOS PEDAGÓGICOS**  
**PROYECTO DESARROLLO DE HABILIDADES COGNITIVO ADAPTATIVAS**

**ENTREVISTAS A FAMILIARES (Mamá, papá, primos, tíos, etc.)**

**NOMBRE DEL NIÑO (A):** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA MADRE (O FAMILIAR):** \_\_\_\_\_

**FECHA DE LA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_

1. ¿Qué conductas difíciles o problemáticas ha observado usted en el niño(a)?

---

---

---

---

2. ¿Cuándo y por qué considera usted que se presentan estas conductas?

---

---

---

---

3. ¿Cuál es su actitud o sensación frente a estas conductas problema?

---

---

---

---

4. ¿Qué actitud asumen los demás miembros de la familia?

---

---

---

---

5. ¿Existe acuerdo entre los padres para manejar las conductas problema del niño?

Sí\_\_\_ No\_\_\_ ¿Por qué?

---

---

---

---

6. ¿ El niño demuestra afecto por otros? Sí\_\_\_ No\_\_\_ ¿Cómo y a quién?

---

---

---

---

7. ¿Cómo le demuestran el afecto al niño en la casa?

---

---

---

---

8. ¿Cómo expresa el niño las emociones (rabia, alegría, miedo, tristeza, etc.)?

---

---

---

---

## **ANEXO 2. ENTREVISTA A COMUNIDAD DEL C.S.P**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN**  
**CENTRO DE SERVICIOS PEDAGÓGICOS**  
**PROYECTO DESARROLLO DE HABILIDADES COGNITIVO ADAPTATIVAS**

**ENTREVISTAS A COMUNIDAD**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**PROFESION:** \_\_\_\_\_

**VINCULO CON EL C.S.P:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

1. ¿Qué es para usted un Trastorno de Conducta?

---

---

---

---

2. ¿Cuáles comportamientos considera usted como conductas problema?

---

---

---

---

3. ¿Qué conductas problema ha observado en la población del proyecto Desarrollo de Habilidades Cognitivo Adaptativas (D.H.C.A)?

---

---

---

---



7. ¿Porqué cree usted que se presentan estas conductas en los niños y niñas?

---

---

---

---

8. ¿Qué comportamientos adecuados ha observado en los niños y niñas de D.H.C.A?

---

---

---

---

9. ¿Con cuál de los siguientes diagnósticos asocia usted los Trastornos de Conducta?

Marque una X al frente de los que relacione:

Hiperactividad \_\_\_\_

T.D.A.H \_\_\_\_

Autismo \_\_\_\_

Psicosis \_\_\_\_

Parálisis Cerebral \_\_\_\_

Retardo Mental \_\_\_\_

Esquizofrenia \_\_\_\_

Síndrome de Down \_\_\_\_

Todos \_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

—

---

---

### ANEXO 3. ENTREVISTA A PROFESIONALES

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
CENTRO DE SERVICIOS PEDAGÓGICOS  
PROYECTO DESARROLLO DE HABILIDADES COGNITIVO ADAPTATIVAS**

**ENTREVISTA A DIVERSOS PROFESIONALES DE LA EDUCACION, PSICOLOGIA Y  
SALUD.**

**PROFESION:** \_\_\_\_\_

**TIEMPO DE EXPERIENCIA:** \_\_\_\_\_

**LUGAR Y AREA DE DESEMPEÑO:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Desde su formación y experiencia:

1. ¿Qué es un Trastorno de Conducta? ¿Por qué?

---

---

---

---

---

2. ¿Cuáles conductas considera usted como problemáticas o difíciles?

---

---

---

---

3. ¿Cuáles considera usted que son las causas de los Trastornos de conducta?

---

---

---

---

---

4. ¿Considera usted que existe relación entre los Trastornos de conducta y factores afectivo emocionales en cada niño? ¿Por qué?

---

---

---

---

---

5. ¿Los Trastornos de Conducta son característicos de los niños con Necesidades educativas especiales (N.E.E)? Sí \_\_\_ No\_\_ Por qué\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

5. Desde su formación, ¿Qué enfoques, teorías, modelos y/o programas conoce y aplica para la evaluación e intervención en niños con Trastornos de Conducta?

---

---

---

---

---

7. ¿Qué inquietudes, sugerencias o recomendaciones, propone frente a la temática y desarrollo de este proyecto?

---

---

---

---

---

Gracias por su colaboración. Para mayores informes acerca del Proyecto Desarrollo de Habilidades Cognitivo Adaptativas, por favor comunicarse con los teléfonos:

263 18 53 Centro de Servicios Pedagógicos

Preguntar por: Mariela Rodríguez (Asesora del Proyecto)

**ANEXO 4. PRUEBA INFORMAL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL  
(P.I.I.E)**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
CENTRO DE SERVICIOS PEDAGÓGICOS  
PROYECTO DESARROLLO DE HABILIDADES COGNITIVO-ADAPTATIVAS  
PRUEBA INFORMAL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL  
- P.I.I.E -**

**DATOS GENERALES**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

**EVALUADOR:** \_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA EVALUACIÓN:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

**1. EMOCIONES BÁSICAS:**

Presentar cada ficha durante un tiempo máximo de 1 minuto, previamente dada la instrucción:

- \* ¿Qué siente este niño?
- \* ¿Qué está haciendo y por qué?

Si no emite respuestas verbales se acude a:

- \* Mostrarle la ficha enumerándole posibles respuestas esperando que afirme o niegue.
- \* Presentarle 3 fichas contrastantes y preguntarle por una emoción esperando que la señale.

<b>EMOCIONES</b>	<b>IDENTIFICA</b>	<b>NO IDENTIFICA</b>
<b>Rabia</b>		

<b>Tristeza</b>		
<b>Asco</b>		
<b>Alegría</b>		
<b>Sorpresa</b>		
<b>Miedo</b>		
<b>TOTAL</b>		

**2. GESTOS CORPORALES AFECTIVOS:**

Presentar cada ficha y dar la siguiente instrucción:

¿Qué está sucediendo en este dibujo? (Emociones, gestos, sentimientos, reacciones físicas, situación)

\*Burla: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\*Perdón: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\*Pelea: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\*Abrazo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\*Golpear: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\*Saludo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Compartir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. ESCENAS AFECTIVAS:

Presentar en desorden las tarjetas de la secuencia y dar la siguiente instrucción:

- \* Observa cada tarjeta.
- \* Ordena las tarjetas formando una historia
- \* Cuenta qué sucede en la historia (si tiene lenguaje verbal o gestual).

<b>SECUENCIA</b>	<b>ORDEN DEL NIÑO</b>
<b>A (Sueño)</b>	
<b>B (Ratón)</b>	
<b>C (Amigos)</b>	

## ANÁLISIS DE LA PRUEBA

1. Emociones nombradas o identificadas por el niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Análisis de los componentes de la emoción:

\* Componentes subjetivos (sentimientos y pensamientos): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Componentes conductuales / expresivos (gestos, acciones, expresiones faciales):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Componentes funcionales (objetivos, propósitos, metas de la emoción): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Componentes fisiológicos (lágrimas, sudoración y otros cambios corporales):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ANEXO 5. GUIA DE SEGUIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA  
(G.S.T.C)**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
CENTRO DE SERVICIOS PEDAGÓGICOS  
PROYECTO DE HABILIDADES COGNITIVO ADAPTATIVAS  
GUIA DE SEGUIMIENTO DE TRASTORNOS COMPORTAMENTALES  
- G.S.T.C-**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

**EVALUADOR:** \_\_\_\_\_

DESCRIPCION DE LA EVALUACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA**

CONDUCTAS OBSERVADAS	CRITERIOS DE VALORACIÓN										
	Leve: L Intermitente: I Fuerte: F			Siempre: S Casi siempre: CS Pocas veces: PV Nunca: N				Corta: 1' a 10' Mediana: 30' Larga: Más de 30'			
1. INTERNAS a) Comportamiento Autolesivo - Autodestructividad - Onicofagia - Tricotilomanía	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN			
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L	

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L
b) Comportamiento de evitación										
- Retraimiento / Aislamiento										
- Ausencia de contacto Físico										
- Evitación de contacto físico										
- Ausencia de disposición/colaboración.										

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L
c) Hábitos Atípicos										
- Autoestimulación										
- Manierismos estereotipias										
- Conductas sexuales inadecuadas										
- Mentira con intencionalidad										
- Enuresis										
- Encopresis										
- Trastornos de Alimentación:										
• Bulimia										
• Anorexia										
• Regurgitación/rumiación										
• Pica										

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L
d) Comportamientos del estado de ánimo										
- Ideas obsesivo compulsivas										
- Ansiedad nerviosismo										
- Depresión										
- Irritabilidad										
- Queja somática										

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L
e) Trastornos del Sueño										
- Narcolepsia										
- Sonambulismo										
- Insomnio										
- Temores Nocturnos										

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. EXTERNAS	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L
a) Comportamiento Agresivo hacia otros										

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Hiperactividad	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L

c) Hipoactividad										
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

d) Impulsividad	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	<b>L</b>	<b>I</b>	<b>F</b>	<b>S</b>	<b>CS</b>	<b>PV</b>	<b>N</b>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>L</b>

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

e) Pataleta	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	<b>L</b>	<b>I</b>	<b>F</b>	<b>S</b>	<b>CS</b>	<b>PV</b>	<b>N</b>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>L</b>

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

f) Conductas desafiantes	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	<b>L</b>	<b>I</b>	<b>F</b>	<b>S</b>	<b>CS</b>	<b>PV</b>	<b>N</b>	<b>C</b>	<b>M</b>	<b>L</b>
	- Rebeldía									
	- Obstinación / negligencia									

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
--	------------	--	--	------------	--	--	--	----------	--	--

	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L
<b>g) Falta de atención</b>										

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L
<b>h) Fobias</b>										

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L
<b>i) Trastornos de la comunicación</b>										
- Mutismo										
- Ecolalia										
- Verborrea										
- Contacto Visual										
- Sonrisa Social										
- Imitación										
- Seguimiento de Instrucciones										
- Motivación a la Comunicación										
- Interacción social y comunicativa										
- Hábitos vocales inadecuados										

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L
<b>j) Trastornos de la relación social</b>										
- Conducta antisocial										
- Modales interpersonales inadecuados										

- Reciprocidad en la relación social										
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

k) Trastornos de la actividad	INTENSIDAD			FRECUENCIA				DURACIÓN		
	L	I	F	S	CS	PV	N	C	M	L
- Juegos rituales con objetos										
- Uso inadecuado de objetos										
- Exploraciones sensoriales inadecuadas										
- Fijación excesiva en objetos										

**DESCRIPCION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES GENERALES:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANALISIS DE LAS CONDUCTAS PROBLEMAS**

Se debe responder a las siguientes preguntas:

1. ¿La conducta puede tener un posible origen orgánico, médico, farmacológico? \_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. ¿El problema se relaciona con el entorno social (grupal, familiar, profesores, compañeros, profesionales)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. ¿ El problema está relacionado con el entorno físico? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿ Se considera como un factor el currículo o los métodos de aprendizaje? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿ La conducta es el resultado de acontecimientos lejanos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Otros factores relativos a la persona: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### HIPOTESIS SOBRE CAUSAS Y PROPOSITOS DE LA CONDUCTA

(¿Por qué realiza el niño la conducta problema? ¿ Qué motiva al niño a responder de tal forma?)

1. Respuesta emocional
2. Autorregulación
3. Obtener refuerzo sensorial
4. Obtener refuerzo social o material
5. Autoentretenimiento o Juego
6. Protestar o evitar una situación

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **ANEXO 6. ANALISIS DE REGISTROS FÍLMICOS**

### **CONDUCTAS OBSERVADAS**

CASO 1: Niño de 10 años con diagnóstico de Autismo.

Se observa un movimiento estereotipado considerado dentro de las conductas que presenta esta población, como el movimiento de balanceo, autoagresión física (golpearse la mano izquierda con la derecha), juegos ritualistas con objetos (agrupar material y separarlo una y otra vez), manifestando con estas conductas ansiedad por ser observado o ante situaciones estresantes en grupo.



CASO 2: Niño de 6 años con diagnóstico de Autismo y R.M. (no confirmado)

Se observa exploración táctil de objetos guiado por el sonido que producen, y por el movimiento al ser manipulado; entra en contacto con objetos a través de receptores sensoriales como la boca y el tacto, aunque existen receptores de distancia como la visión y el oído.

Produce sonidos vocálicos que son interpretados como juegos vocales, realizado de forma propioceptiva, no dirigidos a otro ni con intencionalidad comunicativa.

En situaciones de interacción social como juego o comunicación, las actividades acciones, comportamientos se presentan de forma discontinua, para volver sobre el juego egocéntrico, solitario, con el propio cuerpo o con objetos inmediatos.

El juego sensorial se presenta como reacciones circulares o esquemas de acción o movimiento que se repiten de manera permanente sobre sí mismo u objetos con la característica de poca variabilidad, creatividad y flexibilización situacional.

Además presenta lanzamiento de objetos como juego sensoriomotor o esquema de acción, lo cual no se evidencia como expresión de agresividad.

Se muestra indiferente a los lugares y personas, entendiéndose esto como una ausencia en la expresión de las motivaciones o reacciones positivas o negativas (aceptación o rechazo). A la vez que no hay expectativas ante los eventos sociales.

CASO 3: Niña de 11 años con diagnóstico de R.M.

Ante la realización y terminación de una tarea se estimula y autoaprueba por medio del aplauso en público; acto aprendido de manera vicaria.

#### ANALISIS DE ACTIVIDAD GRUPAL

- Durante una situación libre, donde los niños y niñas utilizaban agua se pudieron evidenciar expresiones de alegría como: saltar aplaudir, tocar a otros, emitir sonidos, pero preferiblemente eligiendo el juego egocéntrico.

- En otro grupo diferente, se observa el reconocimiento entre compañeros al serles nombrados.
- En uno de los grupos donde los niños poseen edades comprendidas entre los 7 y 13 años se observa que cuando se da la instrucción de realizar un dibujo libre este está generalmente representado por la figura humana, además hay niños que se encuentran en la etapa del garabateo, e igualmente se refieren a ella al pedirles que la socialicen, sea cual sea su tipo de lenguaje verbal o gestual.
- En el juego lúdico con pares existe comprensión de las reglas explícitas en el y adecuación de sus comportamientos y actitudes según se requiera.
- En un grupo de niños con diagnóstico de Autismo, durante la realización de una actividad cada niño está centrado en su propia dinámica.



