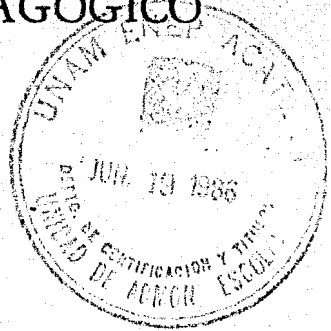




Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
" Acatlán "

TRASTORNOS DE CONDUCTA UN ENFOQUE PEDAGOGICO



T E S I S

Que Para Obtener el Título de:
LICENCIADA EN PEDAGOGIA

P R E S E N T A:

SONIA DE LA PAZ AGUILAR BARCENAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	Pag.
<i>Introducción</i>	1
1. EL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO EN SUS PRIMEROS AÑOS	4
1.1. <i>Influencia del embarazo y parto</i>	5
1.2. <i>La relación madre-hijo</i>	10
1.3. <i>La alimentación y el destete</i>	11
1.4. <i>El control de esfínteres</i>	12
2. LA FAMILIA COMO FACTOR DETERMINANTE EN EL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO	16
2.1. <i>Relación padre-hijo</i>	17
2.2. <i>Hijo único / relación con los hermanos</i>	19
2.3. <i>Actitud de los padres</i>	20
2.4. <i>Estabilidad del hogar</i>	21
3. SALUD, SEGURIDAD Y DESARROLLO SOCIAL DEL NIÑO	24
3.1. <i>Desarrollo evolutivo y retrasos en la madurez</i>	25
3.2. <i>El paso del hogar a la escuela</i>	26
3.3. <i>El amigo imaginario</i>	27
3.4. <i>Los premios y castigos</i>	28
3.5. <i>Permisos y prohibiciones</i>	30
3.6. <i>Aprendizaje de conductas socialmente aceptadas</i>	30

4. EL PERIODO ADOLESCENTE	33
4.1. Desarrollo evolutivo	34
4.1.1. Biológico	34
4.1.2. Psicológico	35
4.1.3. Social	44
4.2. Conductas no aceptadas vs. conductas aceptadas	46
5. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	50
5.1. Marco histórico	51
5.2. Principales teorías	52
5.3. Aspectos neurofisiológicos	58
5.4. Clasificaciones	59
5.4.1. Psiquiátrica	59
5.4.2. Psiquiátrica según la O.M.S.	65
5.4.3. Pedagógica	75
5.5. Trastornos de la sexualidad	81
5.6. Métodos de diagnóstico	86
5.7. Métodos de corrección	87
6. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN	91
Conclusiones	108
Bibliografía	115

INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis es el resultado de una serie de investigaciones de campo y bibliográficas, realizadas con el fin de estudiar los trastornos de la conducta, una de las áreas de la educación especial, misma que forma parte importante de la Pedagogía.

Pretende crear conciencia en el pedagogo para que no deje de lado esta área tan poco estudiada. Los psicólogos y psiquiatras la han abordado, no así nosotros. Es necesario no mantenernos al margen de ella, para lograr una mejor reeducación del individuo.

La investigación de campo se hizo por medio de entrevistas abiertas, -- que sirvieran de apoyo a la investigación bibliográfica, en las siguientes -- Instituciones: Clínica de la Conducta (SEP), Instituto Nacional de la Salud Mental (PIF), PIF Tlalnepanitla, Centro Médico, Clínica Hospital de Zona No. 58, Hospitales Psiquiátricos Infantil y de Adultos (SS) y Centro de Salud -- Portales (SS).

Respecto al contenido de la tesis, he puesto especial interés en la relación existente entre la educación y la etiología de los trastornos de conducta, dividido en 6 capítulos, de los cuales los 4 primeros se refieren al desarrollo del individuo; desde el estado prenatal hasta la adolescencia, es por esto que hablaré del desarrollo físico, las relaciones familiares, grupales, etc., que son factores importantes en el desarrollo emocional del individuo. El capítulo 5o. se refiere a los trastornos de conducta: sus teorías, clasificaciones, métodos de diagnóstico y de corrección para lograr una vi--

sión más amplia de los mismos. El 60. y último capítulo es un programa de prevención de los trastornos de conducta, dividido en tres niveles: primer nivel, dirigido a los padres de familia; segundo nivel, a los profesionistas involucrados en el área y tercer nivel, a pedagogos. Contiene, en términos generales objetivos, actividades, evaluación y temario del curso para cada nivel.

Finalmente, quiero aclarar que los trastornos de conducta les di un enfoque pedagógico porque considero que la educación juega un papel determinante en su etiología, y tratamiento correctivo.

CAPITULO I
EL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NINO EN SUS PRIMEROS AÑOS

La familia es un importante elemento a considerar en el desarrollo emocional del niño, ya que ella es la unidad básica del acontecer socializador, pues es en su seno donde tiene sus primeras experiencias sociales.

El desarrollo de la familia se va a articular sobre dos pilares, EL PADRE Y LA MADRE. Del sistema de normas y valores de ambos va a surgir el comportamiento educativo consciente e inconsciente del individuo. La familia tiene como características básicas el lazo consanguíneo y un techo común; pero el auténtico lazo de unión está dado por el amor recíproco de los miembros por los miembros.

El pedagogo debe considerar este elemento -la familia- como prioritario en el desarrollo del niño, de no hacerlo, el conocimiento que se tenga de él será parcial y el trabajo que se realice no será adecuado.

1.1. INFLUENCIA DEL EMBARAZO Y PARTO

Para hablar del desarrollo emocional del niño es necesario partir de la influencia del embarazo y del parto. El estado emocional de la madre puede influir en las reacciones y en el desarrollo del feto debido a que emociones tales como la ira, el miedo y la ansiedad ponen en acción su sistema nervioso, que libera algunas sustancias químicas en la corriente sanguínea produciendo cambios en el sistema circulatorio del feto. Se ha comprobado -- que estos cambios pueden irritarlos y traer consecuencias perdurables en el niño.

La actitud de la madre respecto a su embarazo está relacionada íntimamente con su madurez emocional. Se ha encontrado que las mujeres que tienen sentimientos positivos al embarazo, por lo general, están bien ajustadas al matrimonio; se sienten económicamente seguras; sexual y socialmente compatibles con su compañero y durante su infancia las relaciones familiares eran estrechas. Por otro lado, un mal ajuste matrimonial; el empobrecimiento emocional durante la niñez; la falta de relaciones con la madre durante la infancia; una mala educación sexual y el haber sido obligadas a cuidar de hermanos menores, son circunstancias que rodean a las mujeres con sentimientos negativos, quienes propenderán a sentirse alteradas con mayor frecuencia o intensidad.

Debido a que la cólera o alguna frustración extrema provocada por un embarazo no deseado podrían producir reacciones fisiológicas que afecten al feto, podemos, pensar entonces, que el estado psicológico de la madre embarazada puede tener consecuencias negativas para la futura integridad psicológica del bebé.

Así, por ejemplo, la tensión y la ansiedad extrema durante el embarazo pueden predisponer a la madre a experimentar un parto difícil. El pedagogo debe dar una información amplia a los padres y futuros padres, con la cual ellos aprenden que la madre debe tener una actitud física y mental adecuadas, como por ejemplo: llevar una alimentación sana que contenga: minerales, proteínas, vitaminas, grasas y carbohidratos; realizar ejercicios, como: caminata

tas, natación, etc.

El compañero, por su parte, debe tomar parte integral de este proceso, para que así la mujer no se sienta sola ni menospreciada por la situación en que se encuentra.

Así, los padres y futuros padres aprenderán que algunas situaciones son propias del embarazo (como: cansancio, miedo, enojo, llanto, poca estabilidad emocional, hambre, ascos, náuseas, etc.), lo que evitará en gran medida -- tensiones, ansiedad, problemas físicos, disgustos entre ellos, etc.

La ansiedad y la alteración emocional pueden afectar nocivamente el desarrollo del feto y menoscabar al niño recién nacido en lo que toca a su --- adaptación al ambiente externo. Es difícil evaluar las consecuencias a largo -- plazo de tales trastornos puesto que, por lo común, es imposible determinar si las circunstancias prenatales o las de los primeros días de vida fueron las -- que desempeñaron el papel más importante en las reacciones de los niños recién nacidos.

Las tensiones de la madre pueden desempeñar también un papel en el -- origen de los cólicos de los neonatos. Autores, como Nussen (1979), afirman -- que es posible que las relaciones tensas madre-hijo después del nacimiento dan lugar a la aparición del cólico -- término que designa un síndrome caracterizado por una distensión del abdomen, dolor aparente y llanto continuo a determina--

dos intervalos durante el día.

También hay que señalar que muchos casos de cólicos no están directamente relacionados con este problema.

Otros puntos que hay que mencionar, ya que pueden afectar negativamente al feto, son: la mecánica del alumbramiento; la rapidez con que se produce el parto y la facilidad con que el recién nacido comienza a respirar.

Aunque son muchos los peligros que asedian al alumbramiento, los dos principales son: a) El rompimiento de los vasos sanguíneos del encéfalo, causado por presiones fuertes aplicadas a su cabeza y b) La falta de oxígeno suficiente para que el niño logre respirar en cuanto queda separado de la fuente materna. Ambos acontecimientos afectan el suministro de oxígeno a las células nerviosas del encéfalo y pueden producir una lesión cerebral y acarrear trastornos de la conducta.

Las neuronas del sistema nervioso central necesitan de oxígeno y si les llega a faltar, algunas de ellas pueden morir; si son muy numerosas las neuronas que mueren, el niño puede sufrir una grave lesión cerebral o la muerte.

El cerebro consta de dos partes: la corteza cerebral y el tallo cerebral. La primera está relacionada con las percepciones complejas y con el pensamiento; la segunda se encarga de la coordinación motora. La anoxia en -

el recién nacido puede producir lesión con mayor facilidad a las células del tallo cerebral ocasionando defectos motores: el niño mostrará parálisis de las piernas o de los brazos, un temblor en los dedos o en el rostro o incapacidad de utilizar los músculos del habla. En general, se utiliza el término de parálisis cerebral para describir toda una variedad de defectos motores vinculados con la lesión a células cerebrales a consecuencia de la falta de oxígeno durante el alumbramiento; desafortunadamente, muchos casos de estos se llegan a presentar, con lo que los padres se sienten frustrados porque el bebé no es lo sano que ellos esperaban y se sienten impotentes en el momento de actuar.

En estos casos, el pedagogo tiene que trabajar con los padres y enseñarles cómo pueden ir motivando al bebé para que su desarrollo intelectual no se detenga; posteriormente, serán atendidos en las escuelas de educación especial para integrarlos en la mayor medida posible a su núcleo familiar y social.

Se ha encontrado que son tan fundamentales las influencias del embarazo y parto que no hay corriente médica o psicológica que no les asigne un valor. Una de las corrientes más representativas es el Psicoanálisis.

Freud fue el primero en postular la significación psicológica del proceso de nacimiento: el organismo pasa de un ambiente relativamente tranquilo a una situación que le resulta abrumadora; se produce una exposición violenta a estímulos externos que el recién nacido no tiene oportunidad de

manejar y de esta manera se produce el llamado trauma del nacimiento.

1.2. LA RELACION MADRE-HIJO

Para que un ser humano evolucione y llegue a ser considerado como un adulto normal por la sociedad, es requisito indispensable que otra persona le enseñe adecuadamente; casi siempre es la madre la encargada de ello durante -- sus primeros años.

La madre y el niño van a formar durante el embarazo una unidad perfecta, ya que la primera le suministra al bebé automáticamente todo aquello -- que necesita. El niño nace con condiciones físicas que son bastante desfavorables para que se desarrolle por sí mismo, por lo que necesita de los cuidados de la madre a través de una relación estrecha o con la figura que ocupe su lugar. La simbiosis que existía en el claustro materno no debe ser rota en los -- primeros años de vida, ya que de otro modo pueden ocurrir graves trastornos en el desarrollo emocional y un daño irreversible en la capacidad funcional del -- cerebro.

En la relación madre-hijo, el concepto de apego es la relación estrecha que se observa entre un infante y la madre. Ella es el estímulo eficaz para que las reacciones del infante, tales como el sonreír, balbucear, manipular y agarrar, sean una experiencia positiva. Propicia que aparezcan nuevas experiencias, y que queden incorporadas a las vivencias del bebé, también le pro-

porciona alimento, alivio al dolor y estimulación táctil agradable. Todo ello hace que el niño sienta gran apego hacia su madre y al adulto.

1.3. LA ALIMENTACION Y EL DESTETE

La alimentación y todo el proceso que lleva consigo es fundamental para las relaciones madre-hijo.

La alimentación llena una necesidad fisiológica: el organismo, la aprovecha para crecer y desarrollarse. Las dietas que se les imponen hoy en día son perfectas desde el punto de vista de nutrición, pero casi siempre se olvida el componente psicológico que lo debe acompañar. Hay que señalar, entonces, la forma de hacerlo, ya que de lo contrario, el no darle importancia, puede provocar que se convierta en momentos de gran angustia para el bebé y la madre.

El primer problema que se plantea es la elección entre el pecho materno y la leche administrada en biberón. Se ha encontrado que la mejor manera de alimentarlo es con la leche materna. Cuando el bebé es alimentado, este estudia el rostro de su madre y experimenta simultáneamente: el alivio del hambre y del dolor; el contacto táctil con ella; la estimulación cinestésica proveniente de la postura "acunada" y la estimulación olfativa y auditiva que le envía la madre. Con estas experiencias, el bebé aprende a asociar las sensaciones agradables con los estímulos auditivos-vocales-visuales de la madre y a pro

ducir las respuestas de escudriñar, balbucear, sonreír, aferrarse y cambiar la postura del cuerpo en respuesta a la persona que lo está sosteniendo. El biberón no provoca apego, ya que, se le deja solo alimentándose.

Surge otra duda: el horario de alimentación, ¿debe ser a una hora determinada o cada vez que lo pida? Actualmente se recomienda esto último para evitar se produzcan dolores de tensión por hambre.

Al iniciarse el destete, bien por haber llegado la época o porque se piense sustituir la leche materna por el biberón, se debe hacer gradualmente y teniendo cuidado de que no se afecte negativamente el comportamiento del niño por esta nueva situación. Es importante que a este hecho no se le sumen otros cambios de importancia para el niño, ya que puede adquirir una cualidad traumática debido a que implica separación y todas aquellas separaciones que ocurran en lo sucesivo provocarán problemas.

1.4. EL CONTROL DE ESFINTERES

El entrenamiento para el control de esfínteres puede constituir una fuente importante de fricciones entre padres e hijos.

Existe una gran aversión y una marcada repugnancia por las heces fecales: el adulto las ve como un producto de desecho muy desagradable de su organismo y se le hace intolerable entrar en contacto con ellas. El niño y el recién nacido presentan una actitud completamente opuesta, porque no se han vis-

to influidos por el proceso educativo y les confieren un valor.

El entrenamiento esfinteriano debe iniciarse cuando el aparato neuromuscular esté maduro -cuando el niño adquiera control sobre sus intestinos y vejiga, aproximadamente a los dieciocho meses de edad- o le impondrán una carga psicológica y fisiológica demasiado grande. El entrenamiento para el control de las evacuaciones puede avanzar sin contratiempos y alcanzarse con un mínimo de conflictos si los padres alientan la adquisición gradual del control con cariño y paciencia, para lograr esto los padres deben enseñar al niño que el cuarto de baño es un lugar necesario para mantenerse limpio, si es posible, se debe asumir la misma postura de él y sentarse en el inodoro, también se le puede proporcionar juguetes y revistas; esto logrará que no le tema al baño ni a los padres o asuma una conducta hostil.

La respuesta de un niño ante un entrenamiento punitivo y severo puede ser la hostilidad e, inclusive, la agresión dirigida contra el padre, encargado del entrenamiento. Las rabietas, la irritabilidad y las pérdidas transitorias de control son también reacciones bastante frecuentes y pueden persistir hasta una niñez muy avanzada. La enuresis crónica continuada se observa en los niños cuyo entrenamiento por una madre enérgica comenzó pronto, desde el punto de vista de la maduración, como para realizarse con éxito.

Así el entrenamiento es tan importante que "...la diferencia entre haberlo manejado adecuadamente y no haberlo hecho bien puede dar como resultado un adulto gravemente enfermo desde el punto de vista emocional".⁽¹⁾

(1) Nájera, Pérez H. Educación y Desarrollo Emocional del Niño, p. 7

El carácter del niño y del adulto dependerá en gran medida de la acti tud que asuman los padres en cuanto al control de la orina y de las heces feca les.

En suma, podemos determinar que la familia y las relaciones que se -- dan entre la madre y el hijo son determinantes para el buen desarrollo mental y emocional del infante. Lo mismo podemos decir de las influencias del embarazo y el parto, ya que puede suceder, de no desear la descendencia, que "...de los - pertenecientes a este grupo se nutrirán en el futuro muchos asilos de enfermos- mentales y cárceles".⁽²⁾

El pedagogo debe considerar el elemento -familia- como prioritario en el desarrollo emocional, físico y mental del niño. Por lo tanto, tiene que orien tar a los padres y futuros padres de la actitud que deban tomar ante el niño.

Esta orientación debe darse desde el embarazo, en cuanto, a que, la ma dre tendrá que estar preparada emocional, física y mentalmente, para recibir a - su bebé.

Respecto al padre, se le dará orientación, acerca de la manera de ac-- tuar ante los cambios físicos y emocionales que sufra su esposa y el apoyo que - debe brindar en el cuidado del pequeño. Así, el padre y la madre formarán una -- unidad íntegra en la que haya madurez y estabilidad emocional lo que repercutirá en el desarrollo de su hijo.

(2) *Ibidem*, p.46

El pedagogo orientará sus esfuerzos para que se logre una relación armoniosa entre padres e hijo (s) y los ayudará a fundamentar los principios de una buena educación que les permita ayudarlo (s) a su desarrollo integral evitando, en lo posible, trastornos en su conducta.

C A P I T U L O I I
**LA FAMILIA COMO FACTOR DETERMINANTE EN EL DESARROLLO
EMOCIONAL DEL NIÑO.**

La familia es un sistema de intercambio emocional de amor y agresión, que fluye en todas direcciones y en distintos grados, en constante interacción. -- Puede producir crecimiento o estancamiento, salud o enfermedad. Para que el niño pueda lograr un desarrollo emocional adecuado debe contar con una familia sana emocionalmente. Las personas más importantes son los padres, que deben tener una actitud positiva y constante en su relación. Los hermanos son también elementos esenciales en esta educación familiar; así mismo, la actitud que tengan los padres como pareja con los demás integrantes de la familia.

2.1. RELACION PADRE-HIJO

En nuestra cultura, tradicionalmente, los padres tienen la idea de -- que los bebés son un asunto que toca a las madres y del cual se pueden desentender. Solamente cuando el niño tiene más edad se empieza a interesar por él. El valor de la presencia paterna se manifiesta más tarde.

Debemos hacer notar que la armonía psicoevolutiva exige la intervención de ambos padres, cada uno de los cuales asume en el niño su propia e insustituible función integrativa respectivamente. A partir del séptimo año aproximadamente, ambos papeles tendrán idéntica importancia, misma que disminuye -- hasta que su madurez le permita sustituir las relaciones infantiles con sus padres por relaciones de adulto a adulto.

El niño recibe la imagen de autoridad por parte del padre, pero esta-

no debe ser punitiva y ordenadora, sino de ejemplaridad, como modelo a imitar para lograr el ideal que se forja en él: ser como su padre.

Esta identificación lleva al niño a pensar, sentir y comportarse como si las características de su padre le perteneciesen a él. Este proceso no es consciente.

La identificación con un padre fuerte es una fuente de seguridad para el niño pequeño. Al incorporar en sí mismo la fuerza y capacidad de su padre, se siente más dueño y capaz de sí mismo. Este proceso de identificación es fundamental en su socialización.

La mayoría de los niños sienten que sus padres tienen numerosas características, habilidades y privilegios apetecibles. Dan y reciben amor, -- son fuertes y tienen poder, son competentes en cosas que a ellos les gustaría hacer. Esta relación de identificación se facilita cuando el padre es -- afectuoso, cuidadoso y acepta a su hijo. En cambio, si su actitud es de rechazo y no es un modelo adecuado, puede darse un conflicto de hostilidad.

La falta de una figura paterna adecuada puede provocar un vacío peligroso que prive al niño de las enseñanzas fundamentales que necesita para aprender a vivir, pues lo sumergiría en un estado de inseguridad.

Por otro lado, la figura paterna es necesaria para la identificación de los roles masculino y femenino.

Podemos concluir que el papel del padre no ha de buscarse en una igualdad ficticia con el de la madre, ni en un reparto radical del tiempo, las influencias del padre y de la madre son diferentes en calidad y variables en importancia según la edad del niño.

2.2 HIJO UNICO/RELACION CON LOS HERMANOS

Los hermanos desempeñan una importante función en el desarrollo del niño. Las relaciones aquí se convierten en horizontales y son muy variadas como también lo son las interacciones en el interior de este grupo natural. Desglosar las relaciones que sostienen es casi imposible, pero sabemos que esta convivencia es de suma importancia ya que se educan unos a otros.

El encontrarse entre varios hermanos es saludable para el desarrollo psicológico normal porque en esta relación surgen oscilaciones entre dar y tomar, servir y dominar, amar y amarse así mismo. Esto va a afinar el sentido social por medio del amor natural de unos con otros.

Los intereses individuales hacen entrar en acción la tendencia al poder y a hacerse valer. Cada uno de los hermanos cuidará de que sus intereses no sean asaltados por los demás. Aquí surgen rivalidades, normales y necesarias, que deberán ser manejadas adecuadamente por los padres.

Las relaciones en el grupo familiar dependen sobre todo del sexo, de -

la edad y de la categoría que ocupe el niño dentro de la familia. Cuando el hijo es único, los padres tienden a sobreprotegerlo y a no darle la suficiente independencia. En algunas ocasiones, el hijo único no es deseado. Otro problema que plantea el hijo único es la falta de compañeros de juego; como carece de hermanos se ve obligado a jugar y competir con adultos, lo cual le resultará más difícil. Le faltará también el apoyo y comprensión que pueden dar los hermanos.

No se debe generalizar que los hijos únicos no se desarrollan normalmente, ya que con padres cuidadosos, uno o varios hijos crecen sanos y felices.

2.3 ACTITUD DE LOS PADRES

La estructura de las actitudes de una persona, así como, las características de su personalidad dependen de sus anteriores experiencias de aprendizaje.

Desde el nacimiento hasta la pubertad, las actitudes del niño son formadas, principalmente, por los padres, y la actitud que éstos recibieron en su niñez va a determinar el tipo de actitud que tengan ante sus hijos. Pueden asumir la misma actitud de sus padres (por ejemplo maltratar a sus hijos o restringirlos) o presentar una actitud contraria (darán a sus hijos mejores cosas de las que ellos tuvieron, no los golpearán ni restringirán y --

les cumplirán todos sus deseos). Estas actitudes no son las favorables para el desarrollo emocional del niño ya que el libre albedrío o el maltrato no constituyen el punto medio para un sano crecimiento.

Podemos concluir que las relaciones afectivas de la infancia condicionarán la vida amorosa del adulto.

2.4 ESTABILIDAD DEL HOGAR

En el hogar, los padres deben presentar una conducta estable. Es necesario mantener frente al niño una gran unidad de criterios y una sincera solidaridad. No puede haber relaciones estables entre padres e hijos en un bloque que carezca de firmeza.

Por otra parte no es conveniente hacer creer al niño que jamás hay fricciones entre ellos ya que al descubrir que esto no es cierto, se sentirá de fraudado.

La mejor actitud que pueden tener los padres es evitar discutir frente a ellos; y cuando lo hagan, hacerle notar que él a veces discute con sus amigos o sus hermanos, pero que esto no significa que no se amen.

Al ser el hogar la unión del padre y de la madre, basta la separación de cualquiera de los dos para definir su destrucción. Las ausencias demasiado prolongadas tienen un papel análogo al de la muerte, por lo que es necesario

saría la presencia de los dos.

Es evidente que del hogar que los padres hayan sabido ofrecer a sus hijos, Estos tomarán los elementos necesarios para formar el suyo.

En resumen, la familia, al ser el motor de la sociedad, debe contar -- con elementos de amor, de comprensión, estabilidad y seguridad. Estos elementos serán proporcionados por los padres por medio de una educación diaria y continua. Sólo así los hijos crecerán emocionalmente sanos y su desempeño en la sociedad será adecuado.

Consideramos a la familia como el núcleo esencial para el desarrollo emocional óptimo del niño.

El pedagogo debe hacer notar a los padres que su relación tiene que -- ser armoniosa, para así, transmitir actitudes positivas a sus hijos. Los aconsejará también para que el padre establezca una relación directa con sus hijos -- desde su nacimiento, rechazando así, el mito de que los bebés son asunto exclusivo de las madres. Se exige la intervención de ambos padres para lograr una mejor interacción del niño.

El pedagogo debe sugerir a los padres que la autoridad no tiene que -- ser punitiva y ordenadora, sino de ejemplaridad, como modelo a imitar. Es papel del pedagogo enfatizar la importancia de la figura paterna, puesto que ésta es determinante en la identificación y discernimiento de los papeles masculino y -

femenino. Esta identificación lleva al niño a pensar, sentir y comportarse como su padre.

El pedagogo debe señalar la importancia de los hermanos en el desarrollo del niño, también debe marcar que las actitudes del niño son formadas, --- principalmente, por los padres y la educación que éstos recibieron en su niñez- lo que va a determinar el tipo de actitud que tengan ante sus hijos.

El pedagogo tiene que remarcar la importancia de la conducta estable - de los padres, puesto que es necesario mantener frente al niño una gran unidad- de criterios y una sincera solidaridad.

C A P I T U L O I I I
S A L U D , S E G U R I D A D Y D E S A R R O L L O S O C I A L D E L N I N O

La salud física y mental del niño es un requisito fundamental para su adecuado desarrollo, no sólo social sino también emocional.

La educación a través del afecto, del amor y de la imitación, a la que el niño tiende tanto, preserva y desarrolla cuantas posibilidades potenciales --- existan en él.

Es muy frecuente que los padres necesiten ayuda para saber cómo deben dar atención a sus hijos; conocer el comportamiento y el desarrollo infantil y entender cómo vive y funciona.

3.1 DESARROLLO EVOLUTIVO Y RETRASOS EN LA MADUREZ

En el período de los dos a los cinco años de edad, hay en el niño diferencias de personalidad cada vez más manifiestas. Hacia los cinco años están bien definidas, de tal forma que varios rasgos se establecen y muchos de ellos persisten hasta la adolescencia y aún hasta la edad adulta.

Para Mussen (1980) durante este período los cambios primordiales que se dan son:

- 1) El crecimiento rápido de las capacidades cognoscitivas y el lenguaje.*
- 2) El comienzo de la tipificación sexual.*

- 3) *La identificación con modelos de los padres.*
- 4) *La aparición de un super Yo o conciencia.*
- 5) *El establecimiento inicial de conductas defensivas en reacción a situaciones provocadoras de ansiedad.*

3.2 EL PASO DEL HOGAR A LA ESCUELA

El ámbito social del niño se amplía enormemente durante el lapso de tiempo que transcurre entre la niñez intermedia y la pubertad. Paralelamente sigue desarrollándose físicamente y sus capacidades cognoscitivas aumentan volviéndose más complejas y diferenciadas. Va adquiriendo destrezas intelectuales y académicas, y necesita motivación para llegar a dominarlas.

La escuela es uno de los principales agentes socializadores, un lugar excepcionalmente conveniente para complementar la enseñanza de los padres, aunque en muchos casos no logra cumplir con éxito sus objetivos.

Una vez que el niño ingresa a la escuela, esta se convierte en el centro de su mundo extrafamiliar. En ella fortalece algunas de las respuestas sociales y cognoscitivas que le fueron enseñadas y aprende muchas respuestas nuevas.

El maestro ejerce una influencia importante en el desarrollo del

niño a lo largo de los años escolares. La clase de maestros que lo eduquen, de terminará en gran medida que la experiencia escolar favorezca su desarrollo o aumenten sus dificultades y frustraciones. Al pedagogo le corresponde orientar a los padres y maestros mediante conferencias, cursos, programas, charlas, -- etc., sobre el desarrollo físico y cognoscitivo del niño para que puedan prepararlo y ayudarlo a enfrentarse a los problemas y dominarlos; de lo contrario, - la imagen que tiene de sí mismo se volverá pobre, su propia estimación se debilitará y se presentarán trastornos en la conducta.

3.4 EL AMIGO IMAGINARIO

El compañero imaginario es un fenómeno que tiende a presentarse en algunos niños, con inteligencia normal o superior, entre los dos y medio y tres- y los nueve años de edad; tiende a aparecer con más frecuencia en los niños pequeños que en los mayorcitos y más en las niñas que en los niños.

El niño o la niña se refieren a un compañero -casi siempre es un ser humano y del mismo sexo que el niño que lo crea- con el cual juegan y conversan durante el día. Obviamente éste no existe, pero ellos actúan como si realmente lo vieran y ocupara un lugar en el espacio.

El amigo imaginario tiene una variedad de funciones que dependen de las necesidades del niño. En ocasiones juega el papel de una conciencia auxiliar, en otras sirve para justificar la mala conducta o porque necesita compañía. Sucede también que es la personificación de la personalidad que el niño -

ha adquirido y que posee las características que él desearía tener, en contraste con lo que piensa decir. Así mismo, está relacionado con la forma en que el niño adquiera control sobre ciertos impulsos o deseos inaceptables para los padres. Al presentarse esta situación, los padres deben averiguar todo lo que puedan sobre el amigo imaginario, alentando al niño para que hable de él. Esto les dará una mayor información sobre lo que originó su aparición.

Sin embargo, esta situación no debe preocupar demasiado a los padres ya que desaparece casi siempre al entrar a la adolescencia, aún cuando puede persistir hasta la edad adulta. Pero esto no significa que olvidemos al niño y a su amigo, simplemente que debemos prestar más atención a lo que le estamos transmitiendo con nuestra conducta.

3.5 LOS PREMIOS Y CASTIGOS

Se ha dicho que existe una tendencia general del hombre a ser agresivo, y una de las personas a quién manifiesta su agresión es al pequeño.

"...El abuso es un patrón de interacciones entre los padres y los niños, un estilo de crianza entre los niños".⁽³⁾ Este patrón se aprende en los primeros años de vida, por lo que nos encontramos con que los padres --

[3] Marcovích, Jaime. El maltrato a los hijos, p. 104

abusivos casi siempre fueron maltratados durante su infancia y repiten esta conducta con sus propios hijos, convencidos de que los castigos sirven para corregir el mal comportamiento.

Estos castigos, en su mayoría, son absolutamente innecesarios, injustos y dañinos. Y si en este sistema educativo no se entiende el daño que se causa a los niños, éste no sólo será físico sino emocional y cuando sea adulto necesitará ayuda especializada.

Si se logra una adecuada relación padre-hijos, éstos, llevados por el cariño de sus progenitores, aprenderán por imitación y se sentirán orgullosos de emularlos. Es por esto que la educación que se da al niño, debe ser constante y sistemática. Cuando las relaciones y la actitud emocional básica de los padres es buena, un castigo ocasional no será problemático para su salud.

Al igual que los castigos, los premios en exceso deben ser evitados, ya que se les estará enseñando que cada cosa buena que hagan será premiada y que sólo deben hacer los trabajos que les pidan cuando lo premien. Esto no va a beneficiarlos porque les están dando una enseñanza incorrecta de la vida.

Los premios y castigos que se otorguen al niño deben ser cuidadosamente pensados antes de aplicarlos.

3.6 PERMISOS Y PROHIBICIONES

Los permisos y prohibiciones se inician en cuanto nace el bebé y continúan hasta que llega a la edad adulta. La disciplina con que se le educa se ve mezclada, muchas veces, con el miedo de los padres a frustrarlo o a volverlo un egoísta.

El aprendizaje de reglas que involucra los permisos y prohibiciones es un proceso lento porque se debe interiorizar. El niño inhibe sus impulsos sólo ante la presencia real de alguien que los desapruébe. Cuando llega a la etapa genital, los permisos y prohibiciones se han interiorizado en forma de conciencia y ya no necesita a las personas físicas; no olvidemos desde que nace hasta aproximadamente hasta los cinco años el niño aprende todas las reglas y normas morales que les hayamos enseñado.

Si la educación es demasiado permisiva o prohibitiva, el niño no adquirirá una conciencia real y presentará problemas de conciencia.

3.7 APRENDIZAJE DE CONDUCTAS SOCIALMENTE ACEPTADAS

Desde el momento que el niño nace se inicia su proceso de socialización que conlleva el aprendizaje de conductas socialmente aceptadas, mismas -- que aprenderá no por lo que le digan sino por las conductas que sus padres tienen.

La primera de Estas es el control de esfínteres. El niño debe aprender lo pronto sin ver sus desechos como algo sucio. Otras conductas son: estar limpio, comer sin ensuciarse, hablar con corrección, ir a la escuela, etc. en una palabra: adquirir las conductas que la sociedad marca como aceptables.

El niño va interiorizando todas estas conductas sociales gracias a las figuras materna y paterna, ayudados con los permisos y prohibiciones de los que hablamos en el punto anterior.

Estas conductas van a cambiar al llegar a la adolescencia ya que en esta etapa debe adquirir una independencia, autonomía e identidad propias.

Los padres deben conocer esto por medio de la orientación que les dé el pedagogo, así, se darán cuenta del daño que pueden hacer al niño con demasiado castigos, permisos, prohibiciones, etc., lo que ayudará a que tenga una adecuada salud tanto física como mental, lo que redundará en un desarrollo social y psicológico sano.

La gran mayoría de los padres y maestros descuidan el aspecto emocional del niño en sus primeros años, creen que por estar pequeño las actitudes -- que tengan y las normas morales que les inculquen se le olvidarán. Al pedagogo le corresponde orientar y aconsejar a éstos, ya que desde el niño se encuentra en proceso de gestación hasta aproximadamente los cinco o seis años va a absorber todas aquellas conductas y actitudes emocionales que los padres y maestros-

presenten.

El pedagogo tiene que hacer énfasis entonces en que las prohibiciones, castigos, premios, permisos, control de esfínteres, alimentación, educación formal, etc., son factores que determinarán un adecuado desarrollo - emocional. Les recordará con frecuencia que se enseña más con la conducta - que uno presenta que con lo que se dice; que las contradicciones que haya - entre lo que se diga y haga serán los factores desencadenantes de los desajustes emocionales.

CAPITULO IV
EL PERIODO ADOLESCENTE

4.1 DESARROLLO EVOLUTIVO

La adolescencia está caracterizada por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo y que en las diferentes sociedades existentes puede variar como varía el reconocimiento de la condición del individuo.

La adolescencia presenta cambios corporales en la maduración sexual y en los componentes psicológicos como el instinto sexual, la alteración de la autoimagen, el establecimiento de relaciones homosexuales, heterosexuales, etc.

4.1.1 BIOLÓGICO

El comienzo de la madurez sexual se fecha a partir de la primera menstruación en las niñas y la primera eyaculación en los niños. Estos cambios traen consigo alteraciones de conducta y dificultades de adaptación: la sexualidad del individuo entra en conflicto con su seguridad.

La aparición de los caracteres sexuales primarios y el desarrollo de los secundarios marcan el inicio de la pubescencia. Según Ausubel (1980) Estos son:

MUJERES

- Crecimiento del esqueleto.

HOMBRES

- Crecimiento del esqueleto.

- Desarrollo de los pechos.
- Agrandamiento de testículos.
- Pelo pubiano pigmentado lacio.
- Pelo pubiano pigmentado lacio.
- Máximo aumento anual de crecimiento.
- Primera mutación de la voz.
- Pelo pubiano pigmentado ensortijado.
- Eyaculación.
- Menstruación.
- Pelo pubiano pigmentado ensortijado.
- Aparición del pelo axilar.
- Máximo aumento anual de crecimiento.
- Aparición del bozo.
- Aparición del pelo axilar.
- Mutación ulterior de la voz.
- Aparición de la barba pigmentada.
- Aparición del vello pectoral.

La sexualidad pubescente se manifiesta por la excitación externa de la zona erógena; por la tensión interior y la necesidad fisiológica de dar salida a los productos sexuales; y por la excitación sexual psicológica, influidas por los dos primeros factores.

Este desarrollo biológica se va a relacionar con el psicológico.

4.1.2 PSICOLÓGICO

La adolescencia es una etapa de desarrollo en la cual han de

realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto.

En este periodo tiene lugar la adaptación social, sexual, ideológica y vocacional y se pugna por independizarse de los padres.

En la adolescencia, la inteligencia formal va a marcar el primer vuelo del pensamiento: hay una libre actividad de la reflexión espontánea.

La vida afectiva del adolescente se afirma por una doble conquista: la de su personalidad y la de su inserción en la sociedad adulta. Se coloca igual entre sus mayores, pero se siente otro, diferente de ellos, por la vida nueva que se agita en él y quiere sobrepasarlos y sorprenderlos transformando el mundo. Esto nos explica por qué sus sistemas y planes de vida están llenos de sentimientos generosos de proyectos altruistas, de fervor místico y de un egocentrismo consciente.

Estos proyectos de cooperación social y esta valoración del Yo marcan los desequilibrios de la personalidad incipiente, que se encuentra a menudo bajo una especie mesianismo: el adolescente se atribuye con toda modestia un papel esencial en la salvación de la humanidad y organiza su plan de vida en función de esa idea.

Según Fernández Mouján (1982) varias características se presentan en la adolescencia que la definen como un periodo conflictivo:

- 1) La búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- 2) La tendencia grupal.
- 3) La necesidad de intelectualizar y fantasear.
- 4) Las crisis religiosas que pueden ir del ateísmo al misticismo
- 5) La desubicación temporal, donde el pensamiento adquiere las - características del pensamiento primario.
- 6) La evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo - hasta la heterosexualidad genital adulta.
- 7) La actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales o asociales.
- 8) Las contradicciones sucesivas en la conducta dominada por la acción.
- 9) La separación progresiva de los padres.
- 10) Las constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

1) BUSQUEDA DE SI MISMO Y DE LA IDENTIDAD

En este período, el individuo da un nuevo paso para estructurarse en la preparación de la vida adulta dentro de la cual los elementos biológicos introducen una modificación irreversible.

El adolescente realiza un verdadero proceso de duelo en el que, al principio, niega la pérdida de sus condiciones infantiles y tiene dificultades en aceptar la realidad (el mundo adulto) que se le va imponiendo, como las modificaciones biológicas y morfológicas de su propio cuerpo.

La integración del Yo se produce por la elaboración del duelo de las partes perdidas de sí mismo y de sus objetos. Su mundo interno va a surgir de una relación de satisfacción entre los padres internalizados y la capacidad creadora que éstos le permitieron. La identidad adolescente, se caracteriza por el cambio de relación con los padres externos reales y las figuras parentales internalizadas.

Aún cuando todo el proceso evolutivo está lleno microduelos, se inicia un duelo por el rol y la identidad infantiles y por esos padres de la infancia a quienes tanto se les necesitaba y de los cuales se podía depender. La presencia externa concreta de los padres empieza a hacerse innecesaria sus figuras se hayan internalizadas e incorporadas a la personalidad del sujeto y así este puede iniciar su proceso de individualización.

2) TENDENCIA GRUPAL

En la búsqueda de su identidad el individuo recurre como comportamiento defensivo a la uniformidad, que le brinda seguridad y estima perso

nal. Ahí surge el estímulo de grupo; se da entonces un proceso de sobreidentificación masiva en donde todos se identifican con cada uno, y en ocasiones el proceso es tan intenso que la separación del grupo parece casi imposible con lo que el individuo pertenece más al grupo de coetáneos que al grupo familiar y no puede apartarse de la barra ni de sus caprichos o modas. Muchas veces este proceso ocasiona una identificación negativa: el adolescente se identifica con personajes reales, pero negativos porque considera que es mejor a no ser nada. Esto constituye una de las bases del pandillerismo. Para evitar esto se le debe tratar como amigos y no como enemigos; salir con ellos, platicar, -- mostrar interés por sus cosas, motivarlos a estudiar alguna actividad física, manual, inscribirlos a un club, etc.

Las actuaciones del grupo representan la oposición a las figuras parentales y es una manera activa de determinar una identidad distinta a la del medio familiar. En el grupo el adolescente encuentra un reforzamiento muy necesario para los aspectos cambiantes del Yo que se produjeron en él.

El fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental, ya que se transfiere al grupo parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura familiar. Constituye la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta; así, al pasar por esta experiencia, el individuo puede separarse y asumir su identidad adulta.

3) NECESIDAD DE INTELECTUALIZAR Y FANTASEAR

La renuncia al cuerpo, al papel y a los padres de la vida in-

fantil así como a la bisexualidad que acompañan esta etapa enfrenta al adolescente a una vivencia de fracasos o de impotencia frente a la realidad externa. Esto lo obliga a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí y que no puede evitar.

Las elucubraciones de las fantasías conscientes y el intelectualizar le sirven como medios defensivos a estas pérdidas dolorosas.

La fluctuación de la identidad adolescente que se proyecta como identidad adulta tiene caracteres que son angustiantes y que obliga a un refugio interior característico.

Para Ana Freud (1965), el ascetismo que mantiene al Ello dentro de ciertos límites por medio de prohibiciones y la intelectualización que consiste en ligar los fenómenos instintivos contenidos ideativos y hacerlos accesibles a la conciencia y fáciles de controlar, son defensas típicas de la adolescencia.

4) CRISIS RELIGIOSA

El adolescente puede manifestar situaciones externas como -- ser un ateo exacerbado o un místico muy fervoroso. Atraviesa por periodos místicos o por ateísmo absoluto. En esta situación es recomendable mostrar paciencia y no agudizar su problema con reproches, lamentos, agresiones, etc.,-

ya que esto forma parte de su desarrollo normal.

Sus crisis religiosas son intento de solución de la angustia que vive el Yo en la búsqueda de identidades positivas y propias y del enfrentamiento del fenómeno de la muerte de su vida infantil. Comienza a aceptar la separación definitiva y parte así a la construcción de sus valores -- éticos y morales.

5) DESUBICACION TEMPORAL

El adolescente vive con cierta desubicación temporal. Convierte el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. La dimensión temporal va adquiriendo lentamente características discriminativas. Espacializa el tiempo para poder manejarlo, viviendo su relación con él mismo como un objeto.

6) EVOLUCION SEXUAL

Se puede notar una oscilación permanente entre la actividad masturbatoria y los comienzos del ejercicio genital. La actividad masturbatoria tiene una finalidad exploratoria y preparatoria para la futura aceptación de la genitalidad.

Se da, además, un enamoramiento apasionado que presenta todo el aspecto de los vínculos intensos pero frágiles de la relación interpersonal del adolescente.

Las fantasmas del vínculo genital con las características de lo penetrante en los varones y lo penetrado en las mujeres se plasma en este período y se va a mantener durante toda la vida ulterior del sujeto, por lo que el papel que jugaron las figuras materna y paterna es fundamental para ello.

7) ACTITUD SOCIAL REIVINDICATORIA

No todo el proceso de la adolescencia depende de él mismo. La familia y la sociedad determinan gran parte de su conducta.

La adolescencia es recibida predominantemente en forma hostil, por los adultos. Buscan aislar físicamente a los adolescente en su mundo ya que su autoridad y experiencia se ven amenazados. El fenómeno de la subcultura adolescente se contagia y se expande como un signo de rebeldía. En la medida que el adolescente no encuentra el camino adecuado para su expresión vital y la aceptación de una posibilidad de realización no podrá ser nunca un adulto satisfecho.

8) CONTRADICCIONES SUCESIVAS EN LA CONDUCTA DOMINADA POR LA ACCION.

El adolecente no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aún cuando lo intente y lo busque. Su personali-

dad es permeable, esto es, que recibe y refleja los procesos de proyección e introyección que son intensos, variables y frecuentes, lo cual lleva a que no haya una línea de conducta determinada. Su inestabilidad es una anomalía normal. Sólo el adolescente mentalmente enfermo puede mostrar rigidez en la conducta.

Estas contradicciones y la variada utilización de defensas facilitan la elaboración de los duelos típicos de esta etapa y caracterizan la conducta adolescente.

9) SEPARACION PROGRESIVA DE LOS PADRES

Uno de los duelos fundamentales de este período es la pérdida de los padres de la infancia. La aparición de la capacidad efectora de la genitalidad impone la separación de los padres y reactiva aspectos que se iniciaron en las artes genital previa.

La intensidad y vitalidad de la angustia con que se maneja la relación con los padres y su separación estará determinada por la forma en que se ha realizado y elaborado la fase genital previa.

La presencia internalizada de buenas imágenes parentales con papeles bien definidos y una escena primaria amorosa y creativa, permitirán una buena separación y facilitarán el paso a la madurez; pero si las figuras

parentales no son buenas, se obliga al adolescente a buscar identificarse con personalidades más consistentes y firmes, aún cuando sean negativas.

10) CONSTANTE FLUCTUACION DEL HUMOR Y DEL ESTADO DE ANIMO

Un sentimiento básico de angustia y ansiedad acompañarán permanentemente al adolescente, quien se refugiara en sí mismo y en el mundo interno que ha ido formando durante su infancia, preparándose para la acción.

Se dará a la tarea de considerar constantemente su fracaso y vivencia. La intensidad y frecuencia de los procesos de introyección pueden obligarlo a realizar rápidas modificaciones con su estado de ánimo; se le verá sumergido en las desesperanzas más profundas o en una efusión desmedida. Estos cambios de humor se deben entender sobre la base de mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de objetos. Al fallar los intentos de elaboración, tales cambios de humor pueden aparecer como microcrisis maniaco-depresivas. En estos casos se debe dejar saque toda la carga afectiva que tenga en ese momento, y cuando ya se encuentre tranquilo y en control de la situación, dialogar con él y hacerle ver que comprendemos la situación por la que atraviesa.

4.1.3 SOCIAL

El adolescente se prepara para insertarse en la sociedad de adultos por medio de proyectos, de programas de vida, de planes de reformas

políticas o sociales. En una palabra, por el pensamiento, y podríamos decir incluso, por la imaginación.

En su vida social presenta un comportamiento asocial, pero falso, porque el adolescente medita sin cesar en función de ella. Además, su sociabilidad se afirma a menudo, desde los primeros momentos, a través de la vida.

La sociedad que le interesa es la que quiere reformar y no siente más que desprecio y desinterés hacia aquellos que lo condenan. Los adolescentes se alían en grupos para reformarla y reconstruir el mundo. Estos grupos surgen como necesidad de crear una zona imaginaria donde se manipule lo real con un fuerte sentimiento, de omnipotencia que se logra mediante la cohesión y la integridad grupal (nueva identidad).

Su nueva ubicación lo va a incluir activamente en el ámbito social donde desarrollará su personalidad. Por esto el fenómeno de grupo en la adolescencia es inseparable de la participación en la sociedad.

Podemos definir estos grupos como "...el germen de un nuevo núcleo de pertenencia que los desarrollará como hombres en un determinado pueblo y tiempos históricos". (4)

(4) Fernández Mouján, Octavio. Abordaje Teórico y Clínico del Adolescente, p. 187

En los grupos de púberes y adolescentes medianos hay un desprendimiento emocional que redundo en rechazo, presentimiento y hostilidad para con los padres y otras formas de autoridad como maestros, amigos, etc.

Los adolescentes buscan también diferenciarse sexualmente e inician los primeros intentos de pareja en todo su grupo. Para lograrlo necesitan sentirse identificados con su grupo y su cultura, ya que estas reglas arbitrarias acerca del valor y falta de valor de algunas características corporales, -- asociadas con el atractivo sexual, que al no poder desarrollarse, dan lugar a rechazo social y a sentimientos de insuficiencia sexual. A través de estas generalizaciones, el adolescente equipara su capacidad de establecer relaciones heterosexuales satisfactorias con diversos aspectos de su físico y de su apariencia.

Con estas actitudes, el adolescente realiza su inserción social, ya no en abstracto sino asumiendo un compromiso, y es alrededor de los 18 años -- que se abre al ámbito social, identificándose más fácilmente con algunos sectores de la sociedad.

4.2 CONDUCTAS NO ACEPTADAS CONTRA CONDUCTAS ACEPTADAS

La estabilización de la personalidad adolescente no se logra sin pasar por un cierto grado de conducta patológica que se debe considerar normal. -- Las luchas y rebeldías externas del adolescente no son más que reflejos de los -- conflictos de dependencia infantil que íntimamente aún persisten.

Los procesos de duelo obligan a actuaciones que tienen características defensivas del tipo psicopático, fóbico, contrafóbico, maníptico o esquizoparanoide, según el individuo o las circunstancias.

Comportamientos como depresión, ansiedad, desgano, tensión, rebeldía y la participación en grupos se consideran conductas no aceptadas por los adultos, lo que provoca que esta etapa sea más conflictiva.

El adolescente tiene que adquirir rápidamente madurez e independencia (en contraste con la tolerancia a su inmadurez e irresponsabilidad propias de la niñez) para que sus conductas sean aceptadas. Evitaremos esto: si desde pequeños, los padres les asignaron tareas y responsabilidades como: hacer sus deberes escolares, tender su cama, recoger su cuarto, ayudar en la preparación de la comida, auxiliar al padre en sus deberes, etc.

La conducta adolescente se considera además en todos los individuos y suponen los adultos que todos luchan por los mismos problemas y que reaccionan de igual manera. Si bien es cierto, en algunos aspectos (el físico, problemas de identidad e independencia) todos son distintos y reaccionan de múltiples formas por lo que tratar de unificarlos no les ayuda a adquirir conductas socialmente aceptadas y si los perjudica.

Es importante que se tomen en cuenta las diferencias individuales y no se trate de etiquetarlos para que adquieran un desarrollo emocional sano.

En resumen, el pedagogo tiene que hacer notar a los padres y maestros que en el período adolescente se va a reflejar toda la educación que recibió durante la niñez; si esta fue adecuada, entonces no se presentarán más conflictos de los necesarios; si hubo grandes fallas, entonces el adolescente no se desarrollará adecuadamente y presentará problemas de aceptación social. El programa preventivo que propongo más adelante ayudará en gran medida a la no aparición de muchos de los trastornos que he mencionado.

Es también función del pedagogo orientar a los adolescentes sobre su desarrollo físico, psicológico, intelectual y social para que los conflictos de identidad, independencia, sexualidad, etc., no se agraven; también debe ayudarlos a evitar choques frecuentes con los padres, ya que éstos también atraviesan por un período de cambio ante el crecimiento de sus hijos, con esto se logrará también que la barrera entre generaciones disminuya.

CAPITULO V
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

El concepto de normalidad es arbitrario su definición depende de lo que la sociedad considera como normal o sano y anormal o enfermo.

Podemos definir a la salud como ausencia de enfermedad, pero también -- aquí la definición no es concreta, ya que, no nos indica qué se entiende -- por enfermedad y no se establecen los límites que hay entre una y otra.

Este problema es uno de tantos que se presentan en la Pedagogía y otras ciencias no exactas al momento de tratar una definición, aunque sea rebatible, cumpla con los objetivos que nos hemos trazado. Empezaremos por aclarar que los trastornos de conducta son todos aquellos que se hacen o se dejan de hacer y que resultan anormales en nuestro medio; en algunas ocasiones podemos notar alteraciones en la organización mental como, alucinaciones, delirios, etc., y "todas las manifestaciones externas de trastornos de la personalidad". (5)

Es conveniente aclarar que no todos los trastornos presentan alteraciones en la organización mental, por ejemplo; si un adolescente se masturba, para algún sector de la sociedad resultará anormal, pero esto no indica -- que presente alteraciones en la organización mental o que en realidad tenga trastornos de conducta.

Los trastornos de conducta, desde su definición, clasificación, corrección y diagnóstico, nos marcan grandes dificultades por el número de co---rrientes que los estudian y el punto de vista desde el cual lo hacen. Por esto mismo considero que el pedagogo tiene que prepararse ampliamente y --

(5) Gisbert Alós, José, Educación Especial, p. 243

adoptar la (s) teoría (s) que sea más efectiva en la reedificación de cada paciente. Esto significa que algunos pacientes necesitarán terapia conductual mientras que otros necesitarán terapia gestalt.

Determinándose esto en base al diagnóstico establecido.

5.1 MARCO HISTORICO

Antes de iniciar el desarrollo del tema es necesario partir de un marco histórico que nos dará una visión general sobre las formas de enfocar los trastornos de conducta.

El hombre primitivo y las civilizaciones antiguas contemplaron la enfermedad como algo mágico o mitológico. La creencia más generalizada fue de que el trastorno se debía a que al paciente lo tenían poseído espíritus sagrados o demoníacos. Para curarlos se practicaban torturas a la personalidad afectada o se rezaban plegarias. Más tarde se llegó a considerar que los trastornos tenían un origen cerebral.

Al llegar a la edad media es considerada como una posesión diabólica y se practicaron "terapias" brutales y punitivas, torturas, quemas, etc., para tratarlas. Es hasta la aparición del francés P.H. Pinel (1745-1826) que se dan las bases para el establecimiento de una psiquiatría científica, en la cual el enfermo era estudiado a través de una observación clínica rigurosa.

Años después, Sigmund Freud (1856-1939) va a presentar sus trabajos con

una concepción dinámica del enfermar psíquico, en la cual el desarrollo del aparato psíquico era predominante. (conciente, preconciente e inconsciente). Esto es, que la formación del Yo, Super yo y Ello iban a determinar las pautas de comportamiento de las personas.

Esta corriente es el psicoanálisis.

Surge también en esta época otra corriente que va a estudiar la conducta: El conductismo, con John Watson (1878-1957), Edward L. Thorndike y más recientemente B.F. Skinner (1904).

La educación que reciben los seres humanos durante su desarrollo es un aspecto que tiene gran relevancia en estas dos corrientes, y es precisamente esto lo que interesa a la pedagogía, que es sinónimo de educación y por lo tanto tiene que estudiar los aspectos educativos de las personas afectadas, para así poder llevar a cabo una mejor terapia.

5.2 PRINCIPALES TEORIAS

5.2.1 PSICOANALISIS

Las teorías psicodinámicas elaboran un modelo de enfermedad psíquica sustituyendo los factores biológicos por los psicológicos.

Manteniendo el concepto de trauma psíquico, conflicto o compensaciones psíquicas, frente a la somatogénesis y la noción biológica, hay una reacción desadaptada que sucede cuando la seguridad básica del individuo está amenazada por un conflicto intra o extrapsíquico.

La psique se concibe como un aparato constituido por el yo, el super yo y el ello y con regiones: el consciente, el preconscious y el inconsciente. Tiene fuerzas que se desarrollan, se transforman, se reprimen o se descargan. Todas estas fuerzas están regidas por la libido o energía sexual, que busca su satisfacción o descarga de acuerdo al principio del placer y cuyas alteraciones constituirían la causa de los trastornos o disfunciones del aparato psíquico.

Las perturbaciones que ocurran en cada uno de estos elementos darán lugar a trastornos de la personalidad, que pueden ir desde lo más leves, como alteraciones del sueño, hasta los graves, como las psicopatías.

Estos trastornos van a tener según la teoría psicoanalítica casi siempre su origen en traumatismos ocurridos en la infancia, he aquí porque la educación que se da y/o recibe es importante. Tomemos un ejemplo: cuando la adquisición del control de esfínteres no se lleva a cabo con eficacia se pueden presentar trastornos intestinales, digestivos, agresiones, etc., también podemos hablar que algunos trastornos de la sexualidad como la prostitución, anorgasmia, impotencia, etc., algunas veces tienen su etiología en informaciones sexuales inadecuadas, con mitos, etc.

5.2.2 CONDUCTISMO

Una de las grandes revoluciones en el campo de la Pedagogía, la Psiquiatría, y la Psicología, ha sido la aplicación de los principios del aprendizaje y la psicología experimental al estudio y tratamiento de los trastornos de la conducta, lo que ocasiona que esta teoría en combinación -

con la anterior deba ser muy bien estudiada por el pedagogo.

Uno de los principales pioneros del Conductismo es Watson. Y se basa esta corriente en dos modelos de aprendizaje: el condicionamiento operante de Skinner y el condicionamiento clásico de Pavlov.

El condicionamiento clásico es uno de los métodos utilizados para obtener respuestas aprendidas simples. Su técnica consta de estímulo incondicionado, respuestas incondicionadas, estímulo neutro, estímulo condicionado y respuestas condicionadas.

El condicionamiento operante dice que la conducta del sujeto de experimentación es instrumento para obtener una recompensa o para evitar un castigo. - Sobre estas bases se elaboraron diversas leyes que plantean que el aprendizaje es tanto más rápido cuanto más fuerte es la motivación.

Partiendo de estos esquemas se han elaborado una serie de técnicas y teorías para la modificación de la conducta patológica y su sustitución por otra más adecuada.

Los síntomas patológicos de comportamiento no se consideran problemas de la personalidad o de la psique (como sucede en el psicoanálisis) sino que cree que estos trastornos son respuestas equivocadas y adquiridas en forma de hábitos, frente a determinadas situaciones a las que se han quedado condicionadas. Su tratamiento, por lógica, es la sustitución de un aprendizaje por otro, proporcionando los hábitos que faltan y estableciendo las discriminaciones necesarias para evitar la aparición de dichos conflictos. En muchos casos,

el pedagogo puede hacer notar a las personas que rodean al afectado de la conveniencia de utilizar estas técnicas para una mejor reeducación del afectado.

5.2.3 SOCIOGENICA O ANTIPSIQUIATRIA

Esta teoría es la que más se aparta de las génesis individual y mantienen la creencia de que es una determinada estructura social la que origina la enfermedad mental. La considera, de cierta manera, como un producto artificial de la cultura.

Y bien, es verdad que el hombre, como ser social, vive en un entorno socio-cultural del que recibe múltiples influencias, pero no son las circunstancias ambientales por sí mismas las que hacen enfermar sino que hay que atender a la elaboración personal de las mismas. Por ejemplo; cuando surgen dificultades como enfermedades largas o difíciles, quedarse sin empleo, etc., es necesario afrontar y superar estos problemas, lo cual no lo consiguen algunas personas y es aquí donde surgen los trastornos.

La sociología y la antropología son las disciplinas que al entrar al campo de la psiquiatría y la pedagogía han contribuido para el desarrollo de estas teorías.

Existen tres grandes enfoques que constituyen las bases sociogénicas de los trastornos de la conducta:

5.2.3.1 Enfoque familiar.

A través de algunos estudios de familias de esquizofrénicos y del

análisis de la comunicación humana realizados por la escuela de Palo Alto en California USA. se afirma que el grupo familiar es capaz, de determinar modalidades de enfermedad mental, debido a comportamientos patológicos de algunos miembros de la familia; como por ejemplo: la neurosis.

Investigaciones efectuadas posteriormente, reducen su campo, porque si bien es cierto que existen algunas familias patógenas, la mayoría de las veces consiguen transformar un organismo biológico en ser humano, o sea consiguen que un bebé se desarrolle y se convierta en un adulto adaptado a su sociedad.

5.2.3.2 Enfoque político-social

La enfermedad mental, aunque se da en un individuo, es sinónimo de enfermedad social como la consecuencia directa de las contradicciones de la estructura social en que aparece Basaglia y Cooper son los principales representantes de esta tendencia. En Italia fue tan fuerte su impacto que Basaglia consiguió abolir los hospitales (tal como los conocemos) para enfermos mentales.

Este enfoque toma como base la obra de Marx y propugna, de una forma cada vez más radical las luchas de las fuerzas sociales contra el quehacer y la opresión psiquiátrica como funciona en la mayoría de los consultorios y hospitales, estableciendo un compromiso político para la práctica psiquiátrica. Esto es que el psiquiatra asuma una postura política y esté al tanto de los sucesos de este tipo, también se acusa al psicoanálisis de estar al servicio de la ideología burguesa represiva.

5.2.3.3 Enfoque ético-sociológico

Esta corriente sostiene que la enfermedad mental es un mito, producto de la inversión de los psiquiatras.

La mayoría de sus afirmaciones carecen de validez científica; se basan en unos cuantos casos aislados: rechazan todas las aportaciones de la ciencia y -- niegan evidencias de índole orgánica y psíquica, reduciendo al hombre a un nivel social.

La teoría biológica aún cuando se considera extremista, debe ser tomada en cuenta por el pedagogo ya que tiene que dar una gran importancia a todo aquello que rodea al paciente y no descuidar ningún aspecto, por muy simple que le parezca, esto significa que debe tomar en cuenta el entorno familiar, social, político, etc. que rodea al afectado, ya que puede haber situaciones opresivas y conflictivas que el paciente no haya podido elaborar.

5.2.4 BIÓLOGISTA

Según los biólogos, los trastornos de conducta son fundamentalmente un estado biológico alterado y factores como la neuroanatomía, la genética, y la bioquímica son los determinantes primarios de los síntomas psíquicos.

Dichos síntomas están producidos por causas internas que interfieren en el psiquismo normal produciendo irregularidades biológicas en forma de déficits, disfunciones y enfermedades. A raíz de las investigaciones sobre los mecanismos de la herencia y la neuroquímica, esta teoría ha tenido un gran avance.

Todo ser viviente se desarrolla a partir de dos parámetros: lo heredado y lo adquirido. Ambos se van a complementar de tal manera que se admite que los factores hereditarios juegan un papel importante en la forma de ser del individuo, aunque las disposiciones genéticas pueden ser en muchos casos -- sustancialmente modificadas por los factores ambientales.

Los estudios sobre gemelos han servido para valorar el papel de la herencia en ciertos trastornos. Los estudios familiares, por su parte, han -- aportado orientaciones sobre las formas de transmisión hereditaria u el cálculo de riesgo a enfermar. También los estudios epidemiológicos o citogénicos y los bioquímicos a nivel molecular han enriquecido esta teoría.

Según Salvador Cervera (1982) existe una transmisión hereditaria de la esquizofrenia (modalidad recesiva poligénica) y la psicosis maniaco-depresiva (modalidad dominante poligénica). Sabemos, además, que determinadas condiciones genéticas producen modificaciones encimáticas y metabólicas causantes de retraso intelectual (fenilcetonuria). Se conocen también los riesgos de enfermedad en la población o en familiares para ciertas psicosis debido a factores como la genética y la bioquímica.

Estos aspectos son importantes para el diagnóstico, ya que van a determinar el tipo de tratamiento a realizar, y el papel que la terapia pedagógica tenga, ya sea de apoyo o esencial.

5.3 ASPECTOS NEUROFISIOLÓGICOS

Dentro de la clasificación de los trastornos hay ciertos problemas-

debido a lesiones o mal funcionamiento del sistema nervioso (parálisis cerebral, lesión cerebral, fenilcetonurias, oligofrenia, Hiperquinésia, etc.) es por esto que al hablar de trastornos es necesario hacer un diagnóstico completo que incluya un análisis del sistema nervioso central o el sistema nervioso periférico se atrofian, ya sea por genética (herencia) o por adquisición (maltrato y accidente) originarán leves o graves trastornos de la conducta en el individuo, llegando a ser irreversibles algunos de ellos.

Debido al enfoque de la tesis, los aspectos más relevantes son el pedagógico y el psicológico; sin embargo, no debemos descartar lo fisiológico.

5.4 CLASIFICACIONES

Hemos visto distintas teorías que tratan sobre los trastornos de la conducta. Aunque cada una de ellas los enumeran de manera distinta, no difieren mucho unas de otras, ya que como pudimos notar los trastornos y sus síntomas casi son iguales.

Para una mejor formación, el pedagogo debe conocerlas, aclarando que no es para que trabaje con ellas (excepto la clasificación pedagógica) sino para saber en qué se basan los diagnósticos de los profesionistas que laboran conjuntamente con el paciente y así realizar una mejor reeducación.

5.4.1 CLASIFICACION PSIQUIATRICA (Dimascio A. y Goldberg H.)

La psiquiatría es otra corriente que estudia los trastornos de conducta. Se basa fundamentalmente en el aspecto fisiológico más que en el psicológico. Aun así notaremos también como el factor aprendizaje es preponderante.

5.4.1.1 Esquizofrenia

Este trastorno comprende un grupo de diversas enfermedades que se caracterizan por:

- Reacciones emocionales sorprendentes
- Anomalías de pensamiento
- Delirios frecuentes
- Alucinaciones ocasionales

Se divide en aguda y crónica. Este trastorno no puede ser trabajado por el pedagogo, debido a su gravedad. Pero no dudamos que en un futuro, el esquizofrénico pueda recibir terapia pedagógica.

5.4.1.2 Depresión Neurótica y Psicótica

Disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y bajeza. Sus síntomas son:

- Tristeza
- Apatía
- Pesimismo
- Desesperanza
- Desamparo
- Sentido de culpabilidad y reproches a sí mismo, alteraciones de la actividad motora

- Agitación
- Fatiga
- Inapetencia
- Trastornos del sueño e ideación de suicidio

5.4.1.3 Estados Maniacos

Desequilibrios mentales caracterizados por la excitación y una actividad emotiva extremada. Sus síntomas son:

- Ademanes agitados y verborrea
- Energía incrementada y falta de necesidad de dormir
- Actos impulsivos
- Tendencia a la destrucción
- Fuga de ideas
- Emociones exageradas a menudo con elación o euforia
- Sobreestimación de sí mismo

5.4.1.4 Estados de Ansiedad

La ansiedad es un estado de inquietud producido en una persona por la expectación generalizada de un peligro de origen desconocido. Sus síntomas son:

- Distracción

- Falta de motivación
- Compulsiones
- Preocupación obsesiva
- Disminución de la capacidad de aprendizaje
- Preocupación excesiva
- Disminución en la tolerancia de la frustración
- Irritabilidad aumentada

5.4.1.5 Geriatría

A medida que las personas entran a la última etapa de su vida cambia su forma de pensar acerca de sí mismos y de su medio ambiente. Durante el envejecimiento, los factores fisiológicos, psicológicos y sociales se ven totalmente afectados. Los síntomas que se presentan son:

- Dependencia
- Desesperación
- Desilusión
- Ira
- Pérdida de la autoestima
- Soledad
- Tédio
- Agitación
- Inadecuación

- Insomnio
- Incapacidad para afrontar los cambios
- Tozudez
- Enfermedades somáticas
- Confabulación
- Deterioro intelectual
- Pérdida de la memoria
- Pérdida de identidad del papel que desempeña
- Miedo de morir
- Cambios en los tejidos cerebrales
- Pérdidas sensoriales
- Fuerza motora decreciente
- Disminución de la actividad sexual

5.4.1.6 Trastornos Psiquiátricos en la Infancia

Autores como Gisbert (1980) afirman que estos trastornos pueden ser tratados por el pedagogo, desde luego dentro de un equipo interdisciplinario, ya que algunos síntomas entran en el campo de trabajo del pedagogo.

5.4.1.6.1 Trastornos Psicóticos, llamados también esquizofrenia - infantil, autismo infantil, psicosis infantil. Sus síntomas son:

- Retraimiento

- Desconocimiento de las relaciones interpersonales
- Desarrollo deficiente del lenguaje
- Anormalidades motoras
- Aberraciones de la percepción
- Agresividad
- Temor o ansiedad
- Apatía
- Inexpresividad

5.4.1.6.2 Trastornos psiconeuróticos. Presentan estados de ansiedad, caracterizados por:

- Ansiedad
- Temor
- Nerviosismo
- Exagerada dependencia de la madre
- Fobias y reacciones depresivas

5.4.1.6.3 Disfunción cerebral mínima o síndrome hiperkinético, - hiperactividad o incapacidad de aprendizaje. Sus síntomas son:

- Hiperactividad
- Atención fugaz e incapacidad de concentración (lo que provoca un déficit de aprendizaje), anormalidades de la

coordinación o retraso de la maduración motora (signos leves neurológicos)

- *Impulsividad*
- *Destructividad*
- *Deterioro de las relaciones interpersonales*
- *Rebelión ante la autoridad*

5.4.2 CLASIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA, SEGUN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

5.4.2.1 Trastornos del sueño

El sueño es un estado fisiológico, periódico y natural durante el cual se produce una menor respuesta a las influencias externas o estímulos. Se considera normal ocho horas de sueño sobre las veinticuatro que -- tiene el día.

5.4.2.1.1 *Insomnio o incapacidad para dormir*

Es la reducción del tiempo total del sueño y se acompaña de somnolencia, cansancio y malestar subjetivos. Se puede presentar por un adormecimiento muy prolongado; un sueño no reparador con frecuentes despertares a lo largo de la noche o un despertar matutino que no permite conciliar de nuevo el sueño.

5.4.2.1.2 Hipersomnia

Las situaciones conflictivas y ansiosas que tienden a disminuir el sueño pueden provocar en ciertas personas hipersomnia de mayor o menor duración, en las que el sueño desempeña una forma de evasión (dormir y olvidar) de las dificultades vitales cotidianas.

5.4.2.2. Estados ansiosos u fóbicos

Los síntomas neuróticos son transformaciones y expresiones de la angustia. En los estados ansiosos, la angustia se describe como difusa o libre y flotante, no hallándose fijada en ningún objeto o situación.

En los estados fóbicos (neurosis fóbica), la angustia -- aparece fijada a objetos o situaciones específicas que no justifican dicha --- reacción.

Aunque el paciente sabe que sus temores son irracionales, no los puede evitar; aparecen en forma de crisis sin que aparentemente posean agente precipitante (crisis de angustia) o bien ser desencadenado por algún objeto o situación específica (neurosis fóbica).

5.4.2.3. Histeria

5.4.2.3.1 Neurosis histérica

Se caracteriza por fenómenos de conversión o disociación que dan lugar a disturbios psicogénicos de la función de alguna parte -- del cuerpo (parálisis, temblor, convulsiones) o un estrechamiento del campo -- de la conciencia que parece servir a un propósito inconsciente y va comúnmente acompañado o seguido de una amnesia selectiva (fenómeno de disociación).

Sus síntomas Son:

- Fenómenos de conversión
- Temblores
- Tics
- Espasmos musculares o parálisis
- Anestias o cefaleas
- Fenómenos de disociación
- Sonambulismo
- fugas
- vagabundeo
- Debilitación de la conciencia que va desde la obnubilación hasta el estupor e incluso puede llegar al coma histérico y acompañarse de amnesia

5.4.2.3.2 Neurosis obsesiva

Es el trastorno neurótico caracterizado por el predo

minio de mecanismos de defensa, de enfrentamiento y de control de inseguridad de la angustia, que tiene su expresión en síntomas obsesivos. Síntomas:

- Pensamiento obsesivo
- Dudas u obsesiones de tipo ético o religioso
- Repetición constante y comprobación
- Compulsiones
- Ritual

5.4.2.4 Personalidades Psicopáticas.

Agrupan formas de comportamiento desadaptado. Se reconocen en la adolescencia y persisten en la edad adulta. Sus síntomas son:

- Superficialidad en las relaciones interpersonales
- Ausencia de angustia y de conciencia de enfermedad
- Falta de criterio de la realidad
- Desconfianza
- Irresponsabilidad
- Ausencia de remordimiento o culpa
- Potencial agresivo exagerado
- Desconocimiento e incapacidad de amar
- Pobreza de reacciones afectivas
- Buena inteligencia práctica
- La capacidad para mejorar la experiencia pasada es muy ..

Limitada

- Poca capacidad para adaptarse satisfactoriamente a su en
torno social

5.4.2.5 Alcoholismo

Es una condición personal en la que el consumo habitual del alcohol produce efectos nocivos en la salud física y psíquica, en las re-
laciones sociales y la adaptación profesional.

En su origen influyen factores psíquicos y sociocultura
les, situaciones personales de inestabilidad emocional, insatisfacción, inse-
guridad en sí mismo, retraimiento social, ansiedad.

Síntomas:

- Dependencia alcohólica definitiva
- Irritabilidad
- Insomnio
- Temblor
- Anorexia
- Lesiones hepáticas, gastritis
- Trastornos graves del sistema nervioso central

5.4.2.6 Toxicomanías

Son estados de dependencia psíquica, física o ambas frente a un producto, y que se establece en un sujeto después de la administración periódica del mismo. Tipos de droga:

- Alcohol
- Barbitúricos
- Anfetaminas
- Estimulantes
- Cannabis
- Alucinógenos
- Morfina
- Codeína
- Heroína
- Solventes inhalables

5.4.2.7 Estados Depresivos

La depresión endógena se considera como típica, tanto -- por su gravedad como por su mayor riesgo de suicidio. Síntomas:

- Trastornos del sueño
- Cansancio general
- Tristeza
- Apatía

- Falta de ilusión
- Repugnancia a vivir
- Sentimientos de fracaso
- Anorexia
- Lentitud de las funciones intelectuales

5.4.2.8 Suicidio

Es una conducta dirigida voluntaria e intencionadamente por el sujeto que se conduce a la muerte o a una situación de gravedad mortal (suicidio consumado y suicidio frustrado). Síntomas

- Dificultades laborales
- Enfermedad depresiva
- Enfermedad terminal
- Antecedentes suicidas

5.4.2.9 Esquizofrenia

Se incluye dentro de la psicosis en la que manteniéndose - generalmente la conciencia y la capacidad intelectual se produce una deformación de las funciones básicas de la personalidad. Se divide en catatónica, hebefrénica, paranoide y simple. Síntomas:

- *Perturbación de la percepción, (alucinaciones, delirios, persecuciones)*
- *Alteraciones de la afectividad (ánimo superficial, caprichos, incongruente)*
- *Autismo o catatonia*

5.4.2.10 Anorexia Nerviosa

Consisten en un persistente rechazo a ingerir alimentos.

Se debe a tensiones y conflictos psicológicos, cambios corporales o por la búsqueda de la identidad. Síntomas:

- *Se presenta antes de los 25 años*
- *Rechazo total a ingerir alimentos con pérdida por lo menos del 25% del peso original*
- *Ausencia de otra enfermedad*
- *Periodo de apetito insaciable y vómitos que pueden ser -- provocados*
- *Alteración perceptiva de su imagen corporal*
- *Intenso miedo a engordar*
- *Nivel alto de actividad y atención a pesar de la desnutrición*
- *Obsesión neurótica hacia el peso y los alimentos*

5.4.2.11 Subnormalidad, Oligofrenia, Retraso Mental,
Daño Cerebral.

No expresa propiamente trastornos, sino un grupo variado de entidades clínicas cuya característica común es un déficit intelectual que dificulta el aprendizaje y una adecuada integración social. Se clasifica en:

No adiestrables

- CI inferior a 20: No tienen capacidad para asearse personalmente
- No saben vestirse ni alimentarse
- Poseen un lenguaje escaso y muchos no hablan
- Falta de control visceral e intestinal

Adiestrables

- CI superior a 20 e inferior a 50:
- Aprende a vestirse con ayuda
- Pueden controlar esfínteres
- Aprenden a alimentarse
- Poseen un lenguaje simple con un vocabulario rudimenta-
rio

- Algunos pueden iniciarse en la escritura

Educables

- CI entre 50 y 70:
- Se desenvuelven por sí mismos (aseo)
- Poseen un lenguaje más adecuado
- Pueden adquirir conceptos de educación primaria

5.4.2.11.1 Autismo Infantil

Significa la pérdida del contacto con la realidad, que tiene como consecuencia una imposibilidad o una gran dificultad para comunicarse con los demás. Síntomas:

- Rechaza y evita el contacto humano
- No muestra ninguna reacción ante la ausencia o presencia de los padres
- Angustia ante el cambio
- Dótiles y fáciles de dirigir y en ocasiones difíciles

- Movimientos estereotipados
- Preocupación obsesiva ante lo idéntico e inmutable
- Trastornos del lenguaje

- Su inteligencia puede ir desde la subnormalidad severa hasta la superior.

5.4.3 CLASIFICACION PEDAGOGICA (Ma. Esther Sánchez 'Hoi 601⁶

Las clasificaciones anteriores, aún cuando han sido estudiadas, - desde el punto de vista psiquiátrico, de alguna manera entran en el ámbito pedagógico, ya que nos marcan en casi todos los trastornos de conducta una deficiencia en el aprendizaje, y algunos síntomas se ubican en el área de trabajo del pedagogo, como por ejemplo: trastornos del lenguaje, de la percepción, retraso mental, etc.

En este trabajo se considera que es la clasificación pedagógica con la que el pedagogo va a trabajar, ya que si pertenece al campo educativo y se divide en áreas o funciones generales (esta clasificación es bastante discutible ya que va a depender de la edad y de lo que se considere normal para que se hable de un trastorno en la conducta).

El nivel de las funciones elementales se relaciona con las actividades vitales primarias. Estas alteraciones tienen su origen en los primeros años de vida, principalmente en el medio familiar. En el comienzo de la escolaridad, más o menos a los seis años, se inicia el nivel de las funciones secundarias y que dependen del contacto del niño con la sociedad y la cultura.

Nivel de las funciones elementales

1) Trastornos en el sueño:

- Falta de sueño, insomnio, sueño insuficiente e intranquilo.

(6) Gisbert Alos, José Educación Especial pp. 240-251

- Hablar en el sueño, somniloquia
- Pesadilla, llanto en el sueño, terror nocturno
- Rechinar de dientes al dormir, balanceos en el sueño
- Sonambulismo
- Sueño excesivo y somnolencia
- Miedo al acostarse, ritos alrededor del sueño

2) trastornos de la alimentación

- Falta de apetito, anorexia
- Rechazo de la comida, arcadas y vómitos durante la comida
- Lentitud para comer, no comer solo, caprichos para comer-
- Exceso de comida, bulimia
- Exceso de bebida, potomanía
- Regurgitación
- Comer sustancias inhabituales

3) Trastornos de los esfínteres y evacuación

- Enuresis, poliuria
- Encopresis, estreñimiento, diarrea
- Exceso de sudoración, hiperhidrosis

- Exceso de salivación, sialorrea

4) Trastornos de la actividad:

- Inquietud, inestabilidad, impulsividad
- Destructividad
- Debilidad motora, torpeza motora, ambidextrismo
- Actividad repetitiva
- Dependiente de la actividad de los demás
- Fatigabilidad, pereza, lentitud
- Huye al esfuerzo, huye al riesgo
- Sucio, desordenado, no tiene sentido del tiempo
- Tics, balanceo, succión del pulgar, onicofagia, tirarse del pelo. Todo tipo de hábitos gestuales anormales, llamados vicios o manías
- Ritos ceremoniales
- Frecuencia de lesiones y accidentes

(Además del tipo de actividad general y de los hábitos especiales, es interesante conocer cómo son las modalidades del juego, deporte y ejercicio físico; del aseo personal; de las actividades preferidas y de las rechazadas.)

5) Trastornos del lenguaje:

- No adquisición, afasia, retraso en la adquisición

- Defectos de pronunciación, disartria.
- Defectos de construcción, disfasia
- Defectos de audición, sordera, hipoacusia
- Negarse a hablar, mutismo
- Tartamudez
- Problemas de expresión: se disgrega, se bloquea, repite, inventa

6) Trastornos de la sexualidad: :

- Curiosidad verbal, visual y exploratoria
- Exhibicionismo
- Masturbación
- Actos y juegos sexuales, heterosexuales

7) Trastornos de la afectividad: :

- Arisco, rechaza las caricias
- Excesivamente acariciador
- Indiferente al afecto
- Reservado para confidencias y la expresión afectiva
- Tímido, vergonzoso, se bloquea por emoción fuerte
- En exceso sensible, emotivo, susceptible
- Se queja de que no lo quieren

- Celos
- Egocentrismo, no cede nada suyo y desea acaparar
- Opositor, terco
- Descarado, insolente, agresivo
- Ataques premeditados, crueldad

8) Trastornos del estado de ánimo:

- Muy variable, disrítmico
- Irritable, rabietas
- Hosco, amargado, seriedad, falta de alegría
- Tristeza, llanto frecuente
- Culpabilidad, expresa sentirse inferior, incapaz, malo
- Depresión, intentos de suicidio
- Angustia
- Miedos, fobias, obsesiones
- Abulia, apatía, desinterés

9) Trastornos psicovegetativos:

- Cefalea
- Algia abdominal
- Facilidad para vómitos, mareos
- Espasmos de sollozo
- Ataques convulsivos por fiebre

- Afecciones psicosomáticas (úlceras de estómago, colon irritable, colitis ulcerosa, asma, alergia, etc.)
- Trastornos del sueño, evacuación y alimentación (ya citados)
- Trastornos de la vitalidad general, exceso de enfermedades infecciosas, defectos de nutrición y crecimiento

Nivel de las funciones secundarias

10) Trastornos del aprendizaje escolar:

- Distracción, inacción, lentitud
- Negar deberes o malas notas
- Rechazo escolar
- Fobia escolar
- Dislexia, disgrafía, discalculia
- Indisciplina, rebeldía
- Novillos

11) Trastornos de las relaciones sociales:

- Solitario, rechaza amigos
- Un solo amigo o aislado en grupo pequeño
- Víctima de los demás, no sabe defenderse, hace regalos para que lo admitan

- Peleas frecuentes, agresor. Sólo juega con otros si se dejan dominar
- Delator
- Tramposo en exceso

12) Trastornos que infringen leyes sociales:

- Mentiras, robos, fugas
- Agresión física y ataques destructivos a personas u objetos
- Delincuencia, abusos sexuales, drogadicción

Es necesario que el pedagogo tome en cuenta las etapas por las que atraviesa el paciente para que estos síntomas puedan ser considerados trastornos, y así también hacerlo saber a los padres y maestros que rodean al afectado.

5.5 TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD (Josef Rattner).

Para explicar las necesidades sexuales del hombre y del animal, la Biología supone la existencia de un "instinto sexual". El Psicoanálisis utiliza la palabra "libido" para referirse a la fuerza con que se manifiesta el instinto sexual. Los problemas de incomprensión educativa, información inadecuada, etc., son los factores más decisivos para provocar problemas en la organización de la personalidad. El pedagogo, al trabajar con padres, -

maestros, profesionales, niños, adolescentes, debe dar un énfasis especial al aspecto sexual del desarrollo humano, dando una información adecuada y tratando de desterrar todos aquellos prejuicios e informaciones inadecuadas que posean.

Dentro de los trastornos de conducta, los de la sexualidad son bastante frecuentes.

1. Masturbación

La satisfacción sexual solitaria es una etapa normal dentro del desarrollo sexual. Al convertirse en una finalidad se transforma en una táctica elusiva neurótica para evitar la temida relación con el sexo opuesto. En la masturbación se satisface el instinto sin relacionarse con el mundo en torno; se realizan todos los sueños de omnipotencia y grandeza. El autista o autoerótico es más bien un odiador que un enamorado de sí mismo. La clave de su vida sexual solitaria es la angustia ante la compañía.

2. Impotencia masculina

Es uno de los trastornos más frecuentes. Hay una incapacidad para el amor o al menos una capacidad restringida para la entrega y simpatía. El hombre inhibe sus manifestaciones afectivas y perturba su relación con la pareja.

3. Anorgasmia femenina

Se presenta en mujeres que no pueden alcanzar el orgasmo. Es una deformación neurótica de la vida afectiva. Estas mujeres se sienten incapaces de despertar en sí mismas el sentimiento de la armonía psíquica y sexual.

4. Sadomasoquismo

En este trastorno se substituyen el amor y la ternura por manifestaciones de violencia.

El sádico no puede amarse a sí mismo ni a otro; su afectividad se encuentra extraviada; disfruta del dominio; trata de protegerse de la vivencia de la unión íntima y presenta una gran soledad interior.

El masoquista es la contrapartida del sádico. Necesita de alguna forma de sufrimiento o humillación; presenta una falta de aprecio por sí mismo y un sentimiento aniquilador por su carencia de valores; no cree en sí mismo y se quiere apoyar en otro más fuerte; ama a quien le tortura y su satisfacción sexual está ligada al sufrimiento.

5. Exhibicionismo y voyeurismo

El exhibicionismo es un perverso activo y el voyeurista, pasivo.

El exhibicionista presenta en su acto simbólico enseñar los genital

les) una declaración amorosa perversa, como un esfuerzo tímido y siniestro, por despertar una excitación sexual en la víctima de la actividad delictiva. Para el voyeurista el contacto visual sustituye el contacto corporal. El mirar se -- convierte en su única actividad sexual, quiere protegerse de la relación amorosa normal y evitar la proximidad del compañero sexual.

6. Fetichismo

Al fetichista no le excita erótica y sexualmente la mujer (la mayoría son varones) sino un objeto sustitutivo. Hay una búsqueda de objetos sexuales que le representan lo femenino. En lugar de una relación de persona a persona hay una relación de objetos que sustituyen a la pareja amorosa.

7. Homosexualidad (Sigmund Freud; tres ensayos " una teoría sexual).

Se presenta en algunos hombres y mujeres cuyo objeto sexual es una persona de su mismo sexo. Los podemos dividir en:

- a) Absolutos: El objeto sexual es siempre una persona del mismo sexo.
- b) Anfígenos: Llamados también bisexuales, el objeto sexual puede pertenecer a uno u otro sexo.
- c) Ocasionales: Bajo determinadas condiciones externas puede adoptar como objeto sexual a una persona del mismo sexo.

8. Paidofilia y Zoofilia

Se presenta cuando las personas sienten un instinto impulsivo que es inaplazable, y al no poder apoderarse de un objeto apropiado en ese momento, realizan el acto con impáberes o animales.

Este trastorno es, muchas veces, debido al medio en que se desarrollan las personas y no porque tengan alguna afección grave. Sin embargo, no podemos descartar que haya personas cuya sexualidad se limite sólo a impáberes y animales.

9. Prostitución femenina

La vida amorosa se reduce a un simple acto de placer. La mujer se encuentra degradada a la condición de objeto.

La prostitución se origina por una determinada estructura social, basada en la superioridad del hombre y la inferioridad de la mujer.

La prostituta niega las formas de convivencia humana; no quiere ser mujer sino hombre, por lo que se convierte en una caricatura del sexo opuesto.

Todos estos trastornos se deben a una mala educación sexual, donde la visión del sexo está deformada.

En el campo de la educación sexual el pedagogo tiene un gran trabajo

Puede, y es necesario, establecer y/o impartir programas en este sentido.

La educación sexual se debe iniciar en la niñez; y a los adultos con problemas, otorgarles una reeducación. Esta debe incluir desde aspectos fisiológicos hasta los psicológicos, para lograr que el adulto adquiriera una visión global y sana de su propia sexualidad.

5.6. METODOS DE DIAGNOSTICO

Se sospecha que hay un trastorno de conducta cuando las manifestaciones exteriores de una conducta resultan anormales para las personas que rodean al afectado. Cuando estas manifestaciones son muy notorias, el paciente es conducido a una clínica, hospital o consultorio para que se investigue qué afección presenta y sus causas.

El diagnóstico se inicia con una serie de pruebas sobre su estado físico: Estado de salud actual, enfermedades padecidas, electroencefalogramas, alimentación, etc.; su estado psicológico: comportamientos anteriores a los síntomas actuales, síntomas actuales, nivel de inteligencia, afectividad, agresividad, relaciones familiares, relaciones interpersonales, sexualidad, etc.; y, finalmente, su estado educativo: nivel de inteligencia, desempeño escolar anterior " actual, relaciones con el educador, con los compañeros, fobias o miedos a la escuela, percepción, lenguaje, etc.

Con los datos obtenidos se elabora un diagnóstico previo que se --

confirma con la sintomatología de los diversos trastornos y con su comportamiento actual. El diagnóstico es importante porque nos ayuda a indicar el tratamiento a seguir. Durante su elaboración, debemos evitar los prejuicios y el etiquetamiento, pues generalmente provoca que las personas que rodean al afectado y el afectado mismo se sienta enfermo de por vida y piense que nunca podrá curarse.

5.7 METODOS DE CORRECCION

En el ámbito de los trastornos de conducta, los métodos de corrección que más se emplean son: la farmacoterapia, la psicoterapia y la terapia psicopedagógica.

Los dos primeros son los que comúnmente se utilizan, ya sea en forma independiente o combinados; mientras que el tercero sólo se emplea en algunos casos, Esto lo consideramos erróneo, porque si la mayoría de los pacientes con trastornos presentan deficiencias en el aprendizaje afectivo (amor, respeto, confianza, reglas morales, caricias, etc., son aspectos que no se consideran las más de la veces como básicas ni determinantes en la educación de los hijos) debería utilizarse, en casi todos los casos, como apoyo de los primeros.

Las áreas básicas de reeducación son: discernimiento de: figura -- fondo; espacio-tiempo; esquema-corporal; lecto-escritura; procesos matemáticos; percepción auditiva y visual; coordinación motora gruesa y fina; juegos de socialización, etc., solamente estos aspectos educativos son los que competen al pedagogo.

A través de los métodos de corrección el pedagogo debe facilitar que aflore la verdadera personalidad del paciente, para que éste cuente con ella y utilice los recursos que más le convienen en cada momento. Así; -- permitirá que afronte las consecuencias de sus actos y extraiga conclusiones. De esta forma reeducará y entrenará, por medio de la aceptación de la naturaleza, su ritmo personal, sus aficiones e intereses particulares, que al no haber coincidido con sus adecuadores, provocaron trastornos de conducta. Ya que como sabemos la carencia total o parcial de cariño puede dar lugar a trastornos graves de la personalidad, que van a marcar permanentemente la vida del individuo. Si pensamos que el hombre al nacer tiene todas las posibilidades internas de ser un adulto autónomo y aceptaciones que es distinto, eliminaremos muchos intentos equivocados para cambiarlo y corregirlo..

Esta no significa que por ser una persona distinta y diferente a la norma, tenga necesariamente trastornos de conducta.

El pedagogo debe dar toda la ayuda posible al paciente y a las personas que lo rodean y conviven con él, ya que, por lo general, se tiende a culpar sistemáticamente a los padres y educadores.

Farmacoterapia. La elección del fármaco adecuado en el tratamiento de los trastornos de conducta se hace en función de la sintomatología del momento.

La intención básica del tratamiento es eliminar aquellos síntomas que

impiden el contacto social (agresividad, ansiedad, tendencia compulsiva, etc.)
inhibir la inquietud psicomotriz en los casos en que esté muy alterado o evi-
tar la depresión y apatía.

La selección de los medicamentos no debe hacerse con base en la etiqueta
que se le haya puesto al paciente, sino en su historia personal y al tipo de
terapia. Es necesario que se realicen revisiones periódicas de éstos.

Psicoterapia. Se realiza predominantemente la terapia psicoanalítica que
se basa en las asociaciones y los recuerdos pasados. También se emplean tera-
pias familiares, conductuales y de grupo para adolescentes. Las terapias se em-
plean para ayudar al paciente a integrar y estructurar su personalidad.

En resumen, no importa cuáles sean los métodos de corrección en los tras-
tornos de conducta, siempre y cuando cumplan con sus objetivos: ayudar al pa-
ciente para su reintegración social, familiar, escolar y personal; hacerlo --
autónomo e independiente. Paralelamente, lograr que su familia y la gente que
lo rodea lo acepte y quiera tal como es. Para alcanzar sus metas el pedagogo
debe trabajar con mucho cuidado y prepararse ampliamente.

Podemos concluir que los trastornos de conducta y su clasificación, de-
penden del concepto de normalidad que se tenga. Por otro lado, los trastornos
se dan en grados ya que las apatías, tristezas, anorexias, etc., pueden ser pa-
decidas sin que afecten la estructura de la personalidad. Esto nos muestra --
que la educación que se le imparte a cada individuo va a determinar su desa-
rrollo no solo físico sino emocional y, por lo tanto, debe ser planeada y --

pensada cuidadosamente.

EL PAPEL DEL PEDAGOGO SE VA A ENFOCAR A LOS ASPECTOS DE APRENDIZAJE EN CUALQUIER TRASTORNO; DAR TERAPIAS PARA EL DESARROLLO DEL LENGUAJE, DE LA PERCEPCION, COORDINACION MOTORA GRUESA Y FINA, EXPRESION ORAL, ESCRITA Y CORPORAL; CONSEJOS PEDAGOGICOS, ETC.; TODO ESTO SIN OLVIDAR EL ELEMENTO AMOR QUE ES ESENCIAL EN TODO TRATAMIENTO.

CAPITULO VI
PROGRAMA DE PREVENCIÓN

INDICE

I.- *Introducción*

II.- *Filosofía*

III.- *Justificación*

IV.- *Objetivos*

V.- *Organización*

VI.- *Funcionamiento*

6.1 *Duración*

6.2 *Horario*

6.3 *Universo de trabajo*

6.4 *Límite de espacio*

6.5 *Recursos humanos*

6.6 *Reconocimiento del curso*

VII.- *Temario*

VIII.- *Evaluación*

I.- INTRODUCCION

Hemos visto a lo largo de todos los capítulos anteriores, la importancia de una buena educación, estabilidad en el hogar, relaciones padre-hijos, --- etc., como partes fundamentales del desarrollo del individuo y, por lo tanto, esenciales en un programa de prevención de trastornos de la conducta.

Es necesario que este programa de prevención proporcione una información básica a los padres, futuros padres, maestros, pedagogos y otros profesionales involucrados en el área sobre el desarrollo integral del individuo, para lo cual es necesario abordarlo desde distintas perspectivas teóricas: psicoanalíticas, conductistas, pedagógicas y médicas, haciendo énfasis en el papel que ellos tienen para lograr un desarrollo emocional sano y adecuado que le permitirá a la persona adaptarse a su núcleo familiar y social.

En México, desafortunadamente, se cuenta con muy pocos programas como el que se propone. El IMSS, por ejemplo, sólo tiene un programa de salud mental que trata los temas de alcoholismo y drogadicción; las delegaciones políticas y la Secretaría de Salud trabajan conjuntamente en el programa ADEFAR -- que atiende problemas de alcoholismo, drogadicción y delincuencia; el Instituto Nacional de Salud Mental (DIF), los Hospitales Psiquiátricos, Infantil y para Adultos, así como la Clínica de la Conducta (SEP) efectúan solamente programas de apoyo para los padres cuyos hijos presentan algún trastorno. Reconozco que esta labor ha tenido sus méritos y ha invertido mucho trabajo, pero todavía no se ha hecho lo suficiente, ya que falta personal capacitado e instalaciones. El hecho de que la población nacional aumente, ocasiona que

se incrementa el número de personas con trastornos. Desafortunadamente, se cuenta con muy pocos datos estadísticos y éstos se refieren a infantes y adolescentes. Con respecto a los primeros, por cada paciente femenina hay tres pacientes masculinos y las afecciones que padecen más frecuentemente son:

- 1.- Daños cerebrales
- 2.- Problemas de aprendizaje
- 3.- Emocional-afectivo

Con respecto a los adolescentes, no hay mayor incidencia de un sexo sobre otro. (Datos obtenidos del Psicólogo Alberto Terrones González, Jefe del Departamento de Psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro").

Considero que el énfasis debería hacerse en programas preventivos: es decir, elaborar planes en los que se anticipen sucesos, como lo son trastornos de conducta y no sólo corregirlos, ya que conlleva menos costo de vidas humanas y de recursos. El pedagogo tiene entonces un campo de trabajo muy amplio en la prevención y en la reeducación como parte del equipo interdisciplinario.

II.- FILOSOFIA

Prevenir los trastornos de conducta por medio de la preparación de pa-

dres, maestros y profesionales involucrados en el área son metas del programa preventivo que propongo, en éste se les proporcionarán conocimientos sobre el desarrollo integral del individuo y algunas alteraciones que pueden ocurrir durante este proceso de crecimiento .

Es importante también que instituciones particulares y oficiales como: Clínica de la Conducta (SEP), ISSSTE, IMSS, Secretaría de Salud, etc., cuentan con programas de prevención como este. Así se logrará una mayor cobertura lo que nos conducirá a cumplir con las metas que nos hemos trazado

III.- JUSTIFICACION

Como respuesta de la distancia cada vez más grande entre los satisfactores y las posibilidades económicas imperativas del vestido, alojamiento, alimentación y la disminución o pérdida de la capacidad adquisitiva, al igual que el constante crecimiento de la población nacional, es de esperarse que se eleven los coeficientes de los trastornos de conducta, ya que los anteriormente mencionados son factores que ejercen presión sobre la estabilidad emocional de las personas.

Tomando en cuenta entonces los factores anteriores y la crisis por la que está atravesando actualmente nuestro país, donde forzadamente los recursos materiales están limitados se debe retomar la participación abierta de los actuales recursos humanos con los que se cuenta, llevando a cabo un programa de concientización dirigido a la prevención de los trastornos de conducta, ya que, les puede conducir a una total desadaptación social -

que lleve al individuo a una autodestrucción y seguimiento de salidas falsas como: alcoholismo, drogadicción y suicidio.

Prueba de la importancia de esto es la medida preventiva que están llevando a cabo las empresas en la selección de su personal (se eligen personas con una buena estabilidad emocional entre otros requisitos, para su ingreso)

Por lo tanto no se puede dejar de lado el papel que tiene la educación - para lograr que este programa arroje resultados favorables.

IV.- OBJETIVOS

Objetivo general: prevenir los trastornos de conducta por medio de cursos.

Objetivos particulares:

Primer nivel. Los padres de familia:

- Conocerán el desarrollo integral del individuo desde su nacimiento hasta su madurez.
- Diferenciarán la importancia de las relaciones afectivas en la esfera familiar.
- Distinguirán el papel que ellos juegan en la prevención de los trastornos de conducta.

Segundo nivel. Los profesionales involucrados en el área

- Reafirmarán aspectos del desarrollo integral del individuo desde un enfoque pedagógico.
- Distinguirán el papel que ellos tienen en la reducción de la aparición y progreso de los trastornos de conducta, así como en la prevención de los mismos.
- Valorarán el papel que tienen para el logro de un mejor bienestar individual, familiar y social.

Tercer nivel. El pedagogo:

- Reafirmará sus conocimientos sobre el desarrollo integral humano.
- Analizará las diferentes formas en que la educación podría mejorar las manifestaciones afectivas en el núcleo familiar y escolar.
- Planeará cómo disminuir factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos de conducta.
- Evaluará el papel que tiene en la prevención, reducción y progreso de los trastornos de conducta.

V.- ORGANIZACION

Para un mejor cumplimiento de los objetivos trazados el curso se dividirá en tres niveles:

Primer nivel: padres de familia.

Segundo nivel: profesionales involucrados en el área

Tercer nivel: pedagogo

a) "Desarrollo Integral del Ser Humano", para el primer nivel y que tendría una duración de 10 horas en cinco días (dos horas diarias) con un enfoque general, en donde se utilice un lenguaje comprensible, para quienes participen tratando de eliminar tecnicismos que impiden el buen entendimiento de las exposiciones.

b) "Prevención de Trastornos de Conducta", para el segundo y tercer nivel, cuya duración sería de 20 horas durante cinco días (cuatro horas diarias), donde se tratarían aspectos más específicos, con un enfoque más profundo y por supuesto, empleando un lenguaje más técnico pero siempre al nivel de los participantes.

VI.- FUNCIONAMIENTO

6.1 DURACION: para el primer nivel, 10 horas durante 5 días (2 horas diarias)

para el segundo y tercer nivel 20 horas durante 5 días (4 horas diarias)

6.2 UNIVERSO DE TRABAJO: padres de familia, profesionales involucrados en el área y pedagogos.

6.3 RECURSOS FÍSICOS: escuelas, delegaciones, hospitales, universidades,

etc.

6.4 RECURSOS HUMANOS: *Pedagogos capacitadores e interesados en el área y conferencistas invitados del área médica y humanística:*

6.5 RECONOCIMIENTO DEL CURSO: *al finalizar el curso y con más del 80% de asistencia se les otorgará un diploma que acredite que tuvieron una participación y asistencia activa durante el curso.*

VII.- TEMARIO

Objetivos específicos

El participante:

Introducción

1) *Aparato reproductor masculino y femenino*

- *Diferenciará los distintos órganos que conforman el aparato reproductor masculino y femenino.*
- *Distinguirá las distintas funciones que realizan cada uno de los órganos que conforman el aparato reproductor masculino y femenino.*

2) Gestación

2.1 Desarrollo embrionario y fetal.

- Enunciará el proceso de desarrollo embrionario y fetal que conduce a la formación fisiológica del producto.

2.2 Cuidados de la madre: alimentación, higiene y medicamentos.

- Comparará los tipos de alimentación, higiene y medicamentación que pueden ayudar a un mejor desarrollo del embarazo.

2.3 Aspectos psicológicos: afectividad, tranquilidad, niño deseado, no deseado, sexualidad, prevención de angustias.

- Diferenciará los factores de origen psicológico que pueden alterar las relaciones entre pareja y entre padres-hijos.

3) Parto

3.1 Tipos de parto

- Nombrará las distintas técnicas y métodos para un mejor desarrollo del parto.

4) Atención al neonato

4.1 Alimentación

4.2 Horario

4.3 Higiene

4.4 Afectividad

4.5 Desarrollo físico

4.6 Sexualidad

- Registrará las dificultades de adaptación que se suceden con la llegada de un nuevo miembro como por ejemplo: la depresión post-parto.

- Examinará los tipos de alimentación, higiene y horarios más adecuados para un mejor desarrollo físico del neonato.

5) 1o., 2do. y 3er. año de vida.

5.1 Alimentación

5.2 Higiene

5.3 Afectividad

5.4 Inteligencia

5.5 Desarrollo físico

5.6 Sexualidad

- Debatirá distintas actitudes con respecto a las manifestaciones afectivas que se tengan con el bebé.

- Analizará las distintas expectativas que se presenten con respecto al sexo del nuevo miembro.

- Definirá los procesos de desarrollo físico que se suceden durante este período.

- Examinará los tipos de alimentación e higiene más adecuados para un mejor desarrollo físico del infante.

- Distinguirá diferentes factores de origen ambiental y físicos que afecten el desarrollo adecuado del aprendizaje, como es, la falta de motivación.

- Analizará los cambios que se suceden en la conducta sexual del niño.

6) Edad preescolar

6.1 Desarrollo físico

6.2 Alimentación

6.3 Higiene

6.4 Afectividad

6.5 Inteligencia

- Nombrará los procesos de desarrollo físico que se suceden durante este período.

- Examinará los tipos de higiene y alimentación más adecuados para un mejor desarrollo físico del preescolar

6.6 Socialización

6.7 Paso del hogar a la escuela

6.8 Sexualidad

- Distinguirá diferentes factores de origen ambiental que afectan al desarrollo adecuado del aprendizaje.
como: la falta de motivación.
- Analizará los cambios en la conducta psicológica y cognoscitiva del niño, al ingresar este a la escuela.
- Diferenciará los cambios que se suceden en la conducta sexual del niño.

7) Edad escolar

7.1 Desarrollo físico

7.2 Alimentación

7.3 Higiene

7.4 Afectividad

7.5 Inteligencia

7.6 Socialización

7.7 Sexualidad

- Recordará los procesos de desarrollo que acontecen en este período.
- Examinará los tipos de higiene y alimentación más adecuados para un mejor desarrollo físico del escolar.
- Distinguirá diferentes factores de origen ambiental que afectan al desarrollo adecuado del aprendizaje como:
la falta de motivación.
- Analizará los cambios que ocurren en la conducta sexual del niño.

8) Adolescencia

8.1 Pubertad

- Enlistará los cambios corporales que acontecen en el púber.

- 2.- Aplicación de cursos de información a los tres niveles.
- 3.- Las actividades anteriores funcionarán como campañas educativas que tendrán a contrarrestar factores que favorezcan la aparición de trastornos de conducta.
- 4.- Se hará difusión a padres y profesionales sobre el papel de éstos en la prevención y se actualizarán sobre los factores que influyan en la aparición de los trastornos de conducta.

Bibliografía básica

MUSSEN, CONGER y KAGAN. Desarrollo de la Personalidad en el Niño México: Tri-llas, 1980, 878 págs.

FERNANDEZ, MOUJAN OCTAVIO. Abordaje Técnico y Clínico del Adolescente, Buenos Aires: Nueva visión, 207 págs.

ROBERTIELLO, RICHARD C. Abrazalos Estrechamente, y Después ... Déjalos Ir.- México: ed. Diana, 1985, 232 págs.

DEXEUS TRIAS de BES, JOSE M. y CARRERA MACIA J.M. Así Nace un Niño, Barcelona: Salvat Editores, 1985, 64 págs.

VIII EVALUACION

Primer, segundo y tercer nivel:

8.2 Inteligencia

8.3 Cambios psicológicos: identdad grupal e individual, in-diferencia, conflictos emo--
cionales.

8.4 Sexualidad

- Diferenciará las distintas actitudes que presentan los adolescentes como: alegría, tristeza, agresión, forma--
ción de pandillas o grupos, etc.

- Analizará la necesidad de una evaluación en el comportamiento de los pa-
dres hacia el adolescente y vicever-
sa, con respecto a sus conflictos --
emocionales y sexuales.

9) Geriatria

9.1 Deterioro físico

9.2 Inteligencia

9.3 Afectividad

9.4 Factores sociales y psicoló--
gicos

- Enunciará los cambios físicos que se
suceden al llegar a esta etapa de la
vida.

- Diferenciará los factores de origen--
psicológico que alteran las relacio--
nes sociales, laborales, familiares,
conyugales, etc., de esta etapa.

- Analizará la necesidad de realizar -
Actividades físicas, manuales, grupa--
les, etc. para lograr una mayor inte
gración del anciano.

ACTIVIDADES

1.- Información al público acerca de los cursos y sus objetivos haciendo uso
de los medios de comunicación

- 2.- Aplicación de un cuestionario oral o escrito según las necesidades de los participantes para registrar los conocimientos y prejuicios existentes sobre el tema.
- 3.- Los asistentes al curso podrán participar al final de cada sesión con preguntas y opiniones.
- 4.- Al finalizar el curso se aplicará el mismo cuestionario (oral o escrito) para verificar si los asistentes obtuvieron y mejoraron sus conocimientos y si se cumplieron los objetivos.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA.

COMFORT, ALEX y COMFORT, JANE Sexualidad. Vida y Crecimiento, España: ed. Blume, 1980, 126 págs.

CLARIZO, HARVEY Trastornos de la Conducta en el Niño, México, El Manual Moderno, 1981, 697 págs.

CHOLETTE-PERUSSE, FRANCOISE. La Sexualidad explicada a los Hijos, Barcelona: ed. A.T.E., 176 págs.

DOLTO, FRANCOISE. Psicoanálisis y Pediatría, México: Siglo XXI 1982, 313 págs.

DEXEUS TRIAS DE BES, JOSÉ M., CARRERA MACIA J.M. Así Nace un Niño, Barcelona Salvat Editores, 1985, 64 págs.

NEILL, A.S. Maestros Problema y los Problemas del Maestro, México: Editores Mexicanos Unidos, 1985, 203 págs.

NEILL, A.S. Corazones no sólo cabezas en la Escuela, México: Editores Mexicanos Unidos, 1981, 195 págs.

PIAGET, JEAN, Seis Estudios de Psicología, México; Seix Barral, 1980, 227 - págs.

PIAGET, JEAN, Problemas de Psicología Genética, México; Ariel 1981, 196 --- págs.

PIAGET, JEAN, Psicología y Pedagogía, México; Ariel, 1973, 208 págs.

RON, NORTON. Paternidad, México: ed. Diana, 1982, 275 págs.

STONE, JOSEPH y CHURCH, JOSEPH. Niñez y Adolescencia, Ed. Hormé, 1979, 350- págs.

SHAW, CHARLES R. Cuando su Hijo Necesita Ayuda, México: ed. Diana, 1982, -- 347 págs.

SHAFFER, DAVID y DUNN, JUDY, El Primer Año de Vida, México: 1982, 292 págs.

ROBERTIELLO, RICHARD C. Abrázalos Estrechamente, y Después ... Déjalos Ir. México: Ed. Diana, 1985, 132 págs.

ELKIND, DAVID. Niños y Adolescentes, Barcelona, España: Oikos Tau, 144 págs.

FERNANDEZ, MOUJAN OCTAVIO. Abordaje Técnico y Clínico del Adolescente, Buenos Aires, Nueva Visión, 207 págs.

FREUD, ANA. El Yo y Los Mecanismos de Defensa, Buenos Aires, Psidós, 1965.

FREUD SIGMUND, Sexualidad Infantil y Neurosis, Madrid: Alianza Editorial, -- 1980, 303 págs.

FREUD, SIGMUND. Tres Ensayos sobre una Teoría Sexual, Madrid: Alianza Editorial, 1981, 158 págs.

HANKE, G.L. y HUBER H. El Niño Agresivo y Desatento, Argentina: Kapelusz, -- 1979, 159 págs.

HURLOCK, ELIZABETH B. Desarrollo del Niño, México, Mc Graw Hill, 1982, 608 - págs.

MAGARENKO, ANTON. Conferencias sobre Educación Infantil, México: Editores -- Mexicanos Unidos, 1980, 183 págs.

MACY, CHRISTOPHER y FALKNER, FRANK, Embarazo y Nacimiento, México: ed. Harla, 1980, 128 págs.

MONTESSORI, MARIA, El Niño el Secreto de la Infancia?, México: ed. Diana, -- 1985, 327 págs.

THE BOSTON WOMEN, S HEALTH BOOK COLLECTIVER. Nosotros y Nuestros Hijos, México:
Ed. Diana, 1983, 327 págs.

ZULLIGER H. Los Niños Difíciles, España: Ediciones Morata, 1979, 271 págs.

CONCLUSIONES

Al término del presente trabajo de tesis, pude concluir que la educación tiene realmente un papel fundamental en el desarrollo del ser humano; sin ella, el hombre no se elevaría como tal, ni lograría manifestarse en todos los campos de las ciencias y las artes. Es por esto que la educación debe ser valuada y considerada como un factor esencial para el desarrollo de la sociedad. La relación educativa, tal y como se plantea comúnmente en nuestra cultura y en nuestra sociedad, está sujeta a conflictos, errores y abusos, que si bien son soportados sin mucho daño por una gran parte de la población, son traumatizantes para los más débiles, lo que va a originar trastornos en la conducta.

La familia es un sistema de intercambio emocional de amor y agresión, que fluye en todas direcciones y en distintos grados, en constante interacción, puede producir crecimiento o estancamiento, salud o enfermedad.

El niño, para que pueda lograr un desarrollo emocional sano, debe contar con una familia sana emocionalmente. Debe recibir autoridad, pero no punitiva ni ordenadora, sino de ejemplaridad. La mayoría de los niños sienten que sus padres tienen numerosas características, habilidades y privilegios apetecibles. Dan y reciben amor, son fuertes y tienen poder, son competentes en cosas que al niño le gustaría hacer. Las figuras paterna y materna son fundamentales para aprender a vivir, y a identificar su rol masculino o femenino.

Pero si la actitud de los padres es de discusión o desdicha se va preparando el terreno para que los hijos tengan una fuerte predisposición a pade-

cer trastornos de conducta y alteraciones sexuales.

Sabemos, además, que muchas de las neurosis se originan antes de los seis años, aún cuando sus síntomas se manifiestan mucho más tarde.

Es por esto que la familia, al ser el motor de la sociedad, debe contar con elementos de amor, comprensión, estabilidad y seguridad. Elementos que serán proporcionados por los padres, por medio de una educación diaria y continua, sólo así los hijos crecerán emocionalmente sanos, ya que la estructura de las actitudes de una persona, así como las características de su personalidad, dependen de sus anteriores experiencias de aprendizaje.

La salud física y mental del niño es un requisito fundamental para su adecuado desarrollo no sólo social sino emocional, y esto es lo que un pedagogo tiene que hacerle saber tanto a los padres como a los maestros.

La educación a través del afecto, del diálogo, del amor y de la imitación, a la que el niño tiende tanto, preserva y desarrolla cuantas posibilidades potenciales existan en él.

El ámbito social del niño amplía enormemente el lapso de tiempo que transcurre entre la niñez intermedia y la pubertad; paralelamente, sigue desarrollándose físicamente y sus capacidades cognoscitivas aumentan, volviéndose más complejas y diferenciadas. Sin embargo, además de la maduración, es imprescindible

el aprendizaje para la formación de la personalidad. Va adquiriendo destrezas intelectuales y académicas y necesita motivación, para llegar a dominarlas. La escuela es entonces uno de los principales agentes socializadores, un lugar -- excepcionalmente conveniente para complementar la enseñanza de los padres, aunque, en muchos casos, no logra cumplir con éxito sus objetivos. El maestro ejerce una influencia importante en el desarrollo del niño a lo largo de los años escolares. La clase de maestros que educan al niño determinará, en gran medida, que la experiencia escolar favorezca su desarrollo o aumente sus dificultades y frustraciones.

Al pedagogo le corresponde orientar a los padres y maestros sobre el desarrollo físico, cognoscitivo y afectivo del niño para que puedan prepararlo y ayudarlo a enfrentarse a los problemas y dominarlos; de lo contrario, la imagen que tiene de sí mismo se debilitará y se presentarán trastornos en la conducta. En aquellos casos en que por un diagnóstico presuntivo detecte anomalías en cualquiera de las áreas mencionadas, deberá canalizar al pequeño con el profesionalista especializado para que el diagnóstico y tratamiento sean los adecuados.

La adolescencia está caracterizada por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. Es proceso de desarrollo en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones: social, sexual, ideológica y vocacional y se pugna por independizarse de los padres.

Se prepara para insertarse en la sociedad de adultos por medio de proyectos, de programas de vida, planes de reformas políticas o sociales; en una palabra, por el pensamiento e incluso por la imaginación. Parece que presenta un comportamiento asocial pero esto es falso, ya que medita sin cesar en función de su sociedad.

El adolescente presenta un desprendimiento emocional que redundará en rechazo, resentimiento y hostilidad para con los padres y otras formas de autoridad como: maestros, amigos, etc. El pedagogo tiene que orientar al adolescente sobre sus propias actitudes para y con sus padres, maestros, compañeros, etc., y así lograr que este período no le sea tan conflictivo.

La estabilización de la personalidad adolescente no se logra sin pasar por un cierto grado de conducta patológica que se debe considerar normal. Las luchas y rebeldías del adolescente no son más que reflejos de los conflictos de dependencia infantil que íntimamente aún persisten.

El pedagogo debe trabajar con los padres, maestros y en general con la gente que rodea al adolescente, enseñándole que comportamientos como: depresión, ansiedad, desgano, tensión, rebeldías, inmadurez e irresponsabilidad son debidos a procesos de desarrollo normal amén de ser reflejos de la educación que recibió durante la niñez.

El concepto de normalidad es arbitrario porque su definición depende de lo que la sociedad considera como anormal o sano y anormal o enfermo. Es por esto que consideramos que un trastorno de conducta es todo aquello que se hace o se deja de hacer y que resulta anormal en nuestro medio; en algunas ocasiones podemos notar alteraciones en la organización mental como, alucinaciones, delirios, etc.

Teorías como el psicoanálisis y el conductismo han puesto especial atención al estudio del comportamiento humano y consideran que la educación es un factor importante. Por otro lado, la psiquiatría también empieza a tomar en cuenta el factor educativo. Esto es entonces lo que el pedagogo debe aprovechar, ya que así se verán beneficiados los pacientes.

Se sospecha que hay un trastorno cuando las manifestaciones exteriores de una conducta resultan anormales para las personas que rodean al afectado. Es entonces cuando se le canaliza a instituciones oficiales o particulares, y se inicia su diagnóstico, en el cual se toman en cuenta su estado físico, psicológico y educativo.

Al elaborarse el diagnóstico, se deciden los métodos de corrección que serían más convenientes de emplear, estos pueden ser: farmacoterapia, psicoterapia, y terapia psicopedagógica (independientes o combinadas) en las cuales --- unas funcionan como apoyo de otras.

Creo que la terapia psicopedagógica debería emplearse en todos los casos, ya que la mayoría de los trastornos presentan deficiencias en el aprendizaje - afectivo.

El pedagogo debe trabajar en constante interacción con los profesionales que los atienden, lo mismo con el afectado y sus familiares, para que de esta forma el paciente logre una reeducación más adecuada. Así se dará el tratamiento al niño y la asistencia a sus padres.

Con respecto a los trastornos, es importante hacer notar que no todos pueden recibir terapia psicopedagógica y éstos son los que entran en las psicopatías. En los demás, el pedagogo puede dar terapia psicopedagógica, que sería de apoyo o esencial según sea el caso.

Por último, debemos tener en cuenta que los padecimientos se dan en grados, ya que problemas como apatías, tristezas, anorexias, etc., pueden ser padecidas sin que afecten la estructura básica de la personalidad.

Para evitar trastornos he propuesto un programa de prevención, en el que el pedagogo proporciona información básica a los padres, sobre el desarrollo integral del individuo, haciendo énfasis en el papel que ellos tienen para lograr un desarrollo emocional sano y adecuado que el permitirá a la persona adaptarse a su núcleo familiar y social.

Para concluir, diré que el pedagogo debe darse cuenta de la importancia, y necesidad de incursionar en esta área realizando una labor interdisciplinaria en la que cada uno de los profesionales como son: el psicólogo, el pedagogo y el psiquiatra, tienen su campo de acción bien definido y realizan una labor distinta y complementaria, pero cuyo objetivo es el mismo; integrar al paciente a su ámbito familiar, escolar y social.

No se trata que el pedagogo se convierta en un todólogo, sino de que se interese en esta área, ya que, como hemos visto, cada vez se hace más necesaria su participación.

Si no cuenta con una preparación especializada en este ramo, no deberá participar en él, ya que dañaría más que ayudar al paciente.

El hecho de que la educación tenga un papel fundamental en la etiología de los trastornos de conducta, abre las posibilidades para ello.

BIBLIOGRAFIA

BIGGE, M.L. Y HUNT M.P. Bases Psicológicas de la Educación, México: Trillas, 1980, 735 págs.

BLUM, GERALD S. Teorías Psicoanalíticas de la Personalidad, Argentina: Paidós, 1978, 285 págs.

BOWLBY, J. El Vínculo Afectivo, Argentina: Paidós, 1976, 418 págs.

BOWLBY, J. La Separación Afectiva, Argentina: Paidós, 1976, 444 págs.

CERVERA, SALVADOR ZAPATA R. Psiquiatría Hoy, Barcelona: Salvat, 1982, 64 --- págs.

CLARIZIO, HARVEY. Trastornos de la Conducta en el Niño, México: El Manual Moderno, 1981, 697 págs.

DIMASCIO GÓLBERG. Trastornos Emocionales, México: Medix, 1980, 125 págs.

DOCTO, FRANÇOISE. Psicoanálisis y Pediatría, México: Siglo XXI, 1982, 313 -- págs.

ELKIND, DAVID. Niños y Adolescentes, Barcelona, España: Oikos-Tau, 144 págs.

FERNANDEZ, MOUJAN OCTAVIO. Abordaje Teórico y Clínico del Adolescente, Buenos Aires, Nueva Visión, 207 págs.

FREUD, ANNA. El Yo y los Mecanismos de Defensa, Buenos Aires: Paidós, 1965.

FREUD, SIGMUND. Esquema del Psicoanálisis, Madrid: 1979, 356 págs.

FREUD, SIGMUND. Sexualidad Infantil y Neurosis, Madrid: Alianza Editorial -
1980, 303 págs.

FREUD, SIGMUND. Paranoia y Neurosis Obsesiva, Madrid: Alianza Editorial, --
1981, 223 págs.

FREUD, SIGMUND. La Histeria, Madrid: Alianza Editorial, 1981, 227 págs.

FREUD, SIGMUND. Tres Ensayos sobre una Teoría Sexual, Madrid: Alianza Edito-
rial, 1981, 158 págs.

GISBERT, ALÓS JOSE ET, AL. Educación Especial, España: Cincel, 1980, 493 --
págs.

HARRIS, TOMAS. Yo Estoy Bien-Tú Estás Bien, España: Grijalbo, 1973, 340 ---
págs.

HANKE, G.L. y HUBER, H. El Niño Agresivo y Desatento, Argentina: Kapelusz,-
1979, 159 págs.

KARNEI, LOUIS J. Medición y Evaluación Escolar, México: Trillas, 1974, 546-
págs.

GUITAN Mc. Psicología Experimental, México, Trillas, 1983, 473 págs.

MAKARENKO, ANTON. Conferencias Sobre Educación Infantil, México: Editores Mexicanos Unidos, 1980, 183 págs.

MARCOVICH, JAIME. El Maltrato a los Hijos, México: Edicol, 1978, 311 págs.

MORGAN, CLIFORD T. Breve Introducción a la Psicología, México: Mc. Graw-Hill, 1981, 457 págs.

MUSS, ROLF E. Teorías de la Adolescencia, Argentina: Paidós, 1980, 225 págs.

MUSSEN, CONGER Y KAGAN. Desarrollo de la Personalidad en el Niño, México: Trillas, 1980, 878 págs.

NAJERA, H. Educación y Desarrollo Emocional del Niño, México: La Prensa Médica Mexicana, 1984, 158 págs.

NAVA, SEGURA JOSE. Neuroanatomía Funcional, México: Impresiones Modernas, 1982, 225 págs.

PEREIRA DE GOMEZ, MA. NIEVES. La Apercepción Familiar del Niño Abandonado, México: Editorial Trillas, 1981, 128 págs.

PIAGET, JEAN. Seis Estudios de Psicología, México: Seix Barral, 1980, 227 págs.

PIAGET, JEAN. Problemas de Psicología Genética, México: Ariel, 1981, 196 págs.

PIAGET, JEAN. Psicología y Pedagogía, México: Ariel, 1973, 208 págs.

RATNER, JOSEPH. Psicología y Psicopatología de la Vida Amorosa, México: Siglo XX, 1982, 260 págs.

SALVIA, JOHN ET. AL. Evaluación en la Educación Especial, México: El Manual Moderno, 1981, 559 págs.

STONE JOSEPH Y CHURCH JOSEPH. Niñez y Adolescencia, Editorial Hormé, 1979, --- 350 págs.

WARREN, HOWARD C. Diccionario de Psicología, México: Fondo de Cultura Económica, 1981, 383 págs.

WALLON, HENRY. La Evolución Psicológica del Niño, Argentina: Psique, 1974, --- 267 págs.

WERNER, WOLFF. Introducción a la Psicología, México: Porrúa, 1981, 369 págs.

WINNICOTT, D.W. El Proceso de Maduración en el Niño, España: Laia, 1979, 340 - págs.

WOLFF, SULA. Trastornos Psíquicos del Niño, México: Pesa, 1977, 137 págs.

ZULLIGER, H. Los Niños Dificiles, España: Ediciones Morata, 1979, 271 págs.