

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA PSICOLOGÍA**

**“ATENCIÓN A ADOLESCENTE CON
PROBLEMAS DE CONDUCTA”**

**REPORTE DE PRÁCTICA
PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
CARLOS CUAUHTÉMOC CRUZ GUZMÁN

Asesoras:

Dra. Claudia Lucy Saucedo Ramos

Mtra. Patricia Suárez Castillo

Lic. María de los Angeles Campos Huichán

TLALNEPANTLA DE BAZ, EDO. DE MÉXICO, 2006



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 esta 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.

Para:

Mis padres Carlos y Teresa. (Origen de un sueño).

Mis hermanos Olga, Mari, Naty, Ade, Viga, Quique, Beli, Rafa y Tere. (Por la unidad).

Mi esposa Irma Rosa e hijos Carlos Abraham y Quipcia Guadalupe (El Amor).

Mis amigos Abel, Rocío y Claudia (La Solidaridad).

Gracias.

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	8
 PRIMERA PARTE: MARCO DE REFERENCIA	
 Capítulo 1	
Contexto Institucional	10
1.1. Antecedentes históricos de los servicios públicos en el Distrito Federal	10
1.2. Hospital Materno Infantil de Inguarán	18
1.3. Clínica de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (CAISA)	20
1.3.1. La Adolescencia como Población Objetivo	21
1.3.2. Formación y Objetivos de la Clínica de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia	24
1.4. Población atendida (Universo de Trabajo)	29
1.4.1. Tipos de demanda y de servicio	29
 Capítulo 2	
Aspectos Teóricos sobre la Atención Psicológica del Adolescente	32
2.1. La Psicología en México	33
2.2. La formación del psicólogo en la FES Iztacala (Modelos Teóricos)	37
2.2.1. La Psicología desde el Punto de Vista de la Teoría Conductual	37
2.2.2. El enfoque psicogénético de Piaget, Wallon, e histórico-cultural de Vygotsky	42
2.2.3. Enfoque cultural	49
2.3. Psicología de la salud y Psicología clínica	51
2.3.1. Psicología de la salud	51

2.3.2. Psicología clínica	54
2.4. La importancia del contexto social	57

SEGUNDA PARTE: REPORTE DE ACTIVIDADES PROFESIONALES

Capítulo 3

Procedimiento de Trabajo	62
3.1. La clasificación de la conducta anormal	63
3.1.1 Los modelos teóricos de la conducta anormal.	64
3.2. La escuela como un medio sociocultural	68
3.3. La familia como un medio sociocultural	70
3.4. Los problemas más comunes en la adolescencia y las habilidades sociales	72
3.5. Clasificación de los trastornos de conducta	74
3.6. Trastornos más comunes reportados en la CAISA	76
3.7. Organización del trabajo en la CAISA.	78

Capítulo 4

Mi Actividad Profesional	81
4.1. Semblanza de mi Actividad Profesional	81
4.2. Enfoque aplicado en mi Actividad Profesional	85
4.3. Descripción de casos	87

CONCLUSIONES	113
---------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	118
---------------------	-----

RESUMEN

En este Reporte de Trabajo describo mi labor como Psicólogo Clínico en la Clínica de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (CAISA), institución oficial del Gobierno del Distrito Federal donde atiendo a adolescentes con trastornos de conducta, problemas académicos y problemas de control y supervisión familiar.

A partir de una revisión de los fundamentos teóricos y metodológicos que recibí durante mi formación profesional en la ENEP Iztacala, y de la descripción de las metodologías de trabajo que utilizo en mi desempeño profesional en la CAISA, ofrezco una exposición del tratamiento aplicado a cinco pacientes que han requerido mis servicios. Dicha exposición incluye la evaluación y valoración diagnóstica de cada uno de los pacientes en cuestión, la clasificación del tipo de sus trastornos y la estrategia terapéutica que he aplicado, así como los resultados finales obtenidos en su tratamiento.

Como lo explico en el reporte, mi trabajo profesional se sustenta en una formación académica que retoma los hallazgos y métodos de la psicología experimental con los servicios de las áreas aplicadas, planteada por Emilio Ribes, así como los principios de la psicología interconductual de Kantor, donde la conducta se explica como la interacción del organismo con su entorno.

Utilizo también técnicas cognitivas, como el entrenamiento de habilidades sociales (información y demostración de las respuestas adecuadas; reproducción y prácticas de respuestas; moldeamiento de conductas y mantenimiento y generalización).

Asimismo, retomo de Piaget su concepto de inteligencia operatoria formal porque me permite ver el aprendizaje de los adolescentes en las relaciones sociales y culturales. Mientras que de Walon rescato su desarrollo teórico sobre la capacidad del adolescente de elaborar un sistema de valores sociales (éticos, culturales,

profesionales) a través de la toma de conciencia del Yo y la afirmación de su identidad. También considero a Vygotsky en el aspecto de la imaginación del adolescente como una función intelectual básica que sufre cambio significativo y pasa de subjetiva a objetiva.

Por último, el enfoque cultural me proporciona el análisis de los cambios biológicos y psicológicos del adolescente por la influencia de las fuerzas culturales y sociales de su entorno (familia, escuela, maestros, compañeros, amigos, medios masivos de comunicación, situación social y económica, etcétera). Esto me permite ampliar mi conocimiento de los adolescentes que acuden a consultarme, sobre aspectos como su escolarización, sus intereses, preocupaciones, así como su comportamiento en contextos familiares y sociales diferentes, en donde la escuela ocupa un lugar central.

El modelo sociocultural me da la pauta de analizar como la escuela y la familia influyen en la conducta del adolescente y determina ciertas prácticas conductuales consideradas atípicas.

Como lo muestran los casos expuestos en el Reporte, el adolescente que asiste a la CAISA, inmerso en un nivel social de ingresos medios bajos, presenta generalmente trastornos de conducta como platicar en clase, salirse del salón, agredir a sus compañeros física o verbalmente, conducta de reto a maestros y a sus padres, tiene sus cuadernos en desorden, reprueba exámenes, y no realiza trabajos escolares.

Mi intervención con los adolescente consiste en analizar los factores que intervienen para originar o mantener conductas que afectan su rendimiento en la escuela o bien su adaptación a las reglas de su ambiente escolar y familiar. El establecimiento de un plan de vida y la supervisión de éste a través de los padres me han dado buenos resultados para implementar hábitos de estudio, higiene

personal y de organización individual. Dentro de mi labor de psicólogo de adolescentes considero importante que el menor logre negociar con los adultos, mejore su autoestima y comunicación, su confianza en sí mismo, lo que le permite prevenir conductas de riesgo como las adicciones, el robo, la mentira, y el rendimiento escolar bajo.

Sin embargo, dentro de las variables que difícilmente podemos controlar se encuentra la extrema pobreza y la falta de políticas públicas diseñadas para los adolescentes. Por ello planteo al final del Reporte que en el diagnóstico clínico de muchos casos atendidos, el mejor tratamiento a seguir sería proporcionar a los jóvenes un trabajo estable y suficiente, donde puedan aprovechar su tiempo, destrezas e inteligencia en actividades productivas. El desempleo y el subempleo orillan a muchos sectores de nuestra población al alcoholismo, a la drogadicción, a la mercantilización de su vida sexual y a la delincuencia. La insuficiencia laboral propicia también las condiciones para la proliferación en nuestra juventud de hábito de ocio, de pereza, e improductividad.

Es cada vez mayor la necesidad de invertir en salud y desarrollo de los adolescentes, pues actualmente representan el 30 % de la población en Latinoamérica y son el mayor potencial humano para el desarrollo social y económico de la región. El gran desafío en los próximos años será aplicar programas para el desarrollo integral de los adolescentes que mejoren su acceso a la educación, la salud, la cultura y la recreación, estrechen el vínculo entre escuelas, familias y comunidades, y apoyen su transición armónica a la vida adulta.

INTRODUCCION

El presente trabajo pretende cubrir los requisitos académicos correspondientes a la opción de titulación que para obtener el grado de Licenciado en Psicología establece la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala. De conformidad con esos requisitos ofrezco un Reporte de las actividades profesionales que he venido realizando como psicólogo clínico en una institución de salud dedicada a la atención de los adolescentes, a lo largo ya de varios años.

En la primera parte del Reporte expongo el marco de referencia institucional y teórico que sustenta mi actividad profesional. En este sentido, inicialmente incluyo un análisis de la evolución que ha tenido la infraestructura hospitalaria en el Distrito Federal. Ello permite ubicar el contexto institucional en que está inmerso el Hospital Materno Infantil Inguarán (HMII), unidad adscrita a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSGDF), y en específico la Clínica de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (CAISA), entidad en la que realizo la labor profesional que describiré en este trabajo.

En este primer capítulo incluyo también una sección sobre la delimitación de la etapa de la adolescencia, en donde se ubican los casos que son atendidos en la CAISA, intentando puntualizar la importancia que tiene el contexto social para la emergencia de trastornos de conducta y emocionales. El capítulo concluye con la delimitación de los objetivos y las características de la CAISA, así como la evolución de la demanda atendida y de los servicios comúnmente atendidos en la clínica.

El segundo capítulo, corresponde a la presentación de los fundamentos teóricos que guían mi labor profesional. Ofrezco por tanto, una revisión somera del desarrollo de la Psicología en México, así como de las características de la formación profesional que recibí en la FES Iztacala. Hago particular énfasis en

los postulados principales de los modelos teóricos que han guiado mi labor profesional: los enfoques conductual, histórico cultural y el cultural, además de los fundamentos que aportan la Psicología de la Salud y la Psicología Clínica, para la atención de los casos que serán expuestos en la parte final del Reporte.

En la segunda parte del Reporte ofrezco una descripción detallada de mi labor profesional en la CAISA. En el tercer capítulo, delimito el marco conceptual que me guía en la selección del tratamiento a seguir, de acuerdo a los modelos teóricos utilizados, y la evolución de los trastornos de la adolescencia que son atendidos en CAISA. Asimismo, describo la metodología de trabajo que utilizo en mi labor profesional en la CAISA, en sus distintas etapas: la recepción del paciente, los estudios y la valoración inicial que se aplican, la identificación de los trastornos de conducta y emocionales que se atienden así como los criterios diagnósticos para la clasificación de los mismos.

A manera de ejemplificar los procedimientos de trabajo que utilizo, ofrezco en el cuarto capítulo una semblanza de mi trayectoria profesional y de los enfoques aplicados durante ésta, destacando además las experiencias adquiridas dentro de los distintos centros de trabajo durante la atención de la población adolescente que me ha correspondido tratar. Concluyó este capítulo del Reporte, con una exposición sobre la atención de cinco pacientes adolescentes que han requerido mis servicios, identificando la evaluación y valoración diagnósticas, la clasificación del tipo de trastorno y la estrategia terapéutica que he implementado en los pacientes adolescentes, así como los resultados de la aplicación de los correspondientes tratamientos.

Finalmente, presento a manera de conclusiones, algunas reflexiones generales sobre mi conceptualización de la labor del Psicólogo Clínico en nuestro contexto histórico nacional actual, a la luz de las experiencias adquiridas en mi labor profesional.

PRIMERA PARTE: MARCO DE REFERENCIA

Capítulo 1

Contexto Institucional

La actividad profesional que he desarrollado como psicólogo clínico se ha concentrado en la Clínica de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (CAISA), del Hospital Materno Infantil Inguarán (HMII), unidad médica adscrita a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSGDF). En este capítulo presento una reseña de la evolución de los servicios de salud de la administración pública del Distrito Federal, en el contexto de la transformación económica y demográfica del país en el siglo pasado, con la finalidad de ubicar cronológicamente la creación tanto del HMII, como de la CAISA.

A partir de lo anterior, expongo los objetivos que persigue la operación del HMII y de la CAISA, precisando posteriormente los tipos de demanda y de servicio que le corresponden a la Clínica.

1.1. Antecedentes históricos de los servicios públicos en el Distrito Federal

La Clínica de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (CAISA) es un centro de apoyo a jóvenes que solicitan, por medio de sus padres o de la escuela a la que acuden, la atención de personal médico y de psicólogos para el tratamiento de problemas propios de la vida individual, familiar y escolar del adolescente.

La CAISA pertenece al Hospital Materno Infantil Inguarán (HMII) de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSGDF). El grado de

especialización alcanzado y la reconocida calidad de los servicios prestados es principalmente resultado del esfuerzo desarrollado por especialistas y científicos mexicanos que han colaborado en ella.

De acuerdo al Compendio Histórico de los Servicios de Salud del Distrito Federal (1990), la creación y desarrollo histórico de la CAISA, se remonta a los años iniciales del siglo pasado cuando en la Ciudad de México los servicios públicos de salud en general eran escasos.¹ En 1909 el Distrito Federal contaba con una población aproximada de 350 mil habitantes y el gobierno de la Ciudad de México, a pesar de ser el responsable de la prestación de servicios médicos municipales, carecía de unidades médicas y la escasa atención que se proporcionaba consistía en otorgar los primeros auxilios en las secciones médicas de las *comisarías*, en donde los encargados eran estudiantes de medicina llamados *practicantes*. Para la atención institucional a enfermos, apenas se contaba con el Hospital Juárez y el entonces recién inaugurado Hospital General, que inició sus labores en 1905.

El 15 de diciembre de 1909 las autoridades federales y el gobierno de la ciudad pusieron en marcha el primer Puesto Central de Socorro (PCS) para concentrar todos los casos de traumatología procedentes de los servicios médicos de las *comisarías de policía*. Este puesto se instaló en las calles de Revillagigedo y las Verdes (hoy Victoria) en el centro de la ciudad. El PCS fue el primer antecedente de los servicios médicos prestados por el gobierno de la ciudad. En 1911 el PCS se conformó como *centro de auxilio*, precursor del Servicio Médico Legal. El servicio funcionó durante algún tiempo, pero por cuestiones económicas, derivadas del conflicto armado de la revolución mexicana, desapareció en junio de 1913, no así las secciones médicas de las *comisarías*.

¹ La cronología de la evolución de los servicios médicos en la Ciudad de México que se presenta en esta sección se apoya en la información proporcionada por la Dirección General de Servicios de Salud; *Compendio Histórico de los Servicios de Salud del Distrito Federal (1990)*, edición interna del Departamento del Distrito Federal, México, 1990.

El 14 de abril de 1917 se expidió la Ley de la Organización Política del Distrito Federal y de los Territorios, la cual consideró diversas disposiciones para la beneficencia pública y apoyo a los servicios médicos. Sin embargo, no fue sino hasta 1921, concluida la lucha armada, que reanudó sus funciones el PCS, con una cobertura limitada por su presupuesto, teniendo más importancia la Cruz Roja y la Cruz Blanca para desempeñar las funciones médicas de urgencias.

La reconstrucción económica posrevolucionaria que tuvo lugar durante las décadas de los 20 y 30, posibilitó también el reforzamiento de la atención médica y hospitalaria por parte de los gobiernos en turno. De 1928 a 1932 se imprimió un importante impulso a los servicios médicos del gobierno capitalino, al establecerse las técnicas de tratamiento en traumatología en el PCS y con la fundación de la *Asociación de Médicos del Departamento*, misma que, posteriormente, se transformaría en la *Sociedad de Cirugía del Departamento*, y más tarde en *Sociedad Mexicana de Traumatología*. En 1932 se crearon cuatro puestos de socorro periféricos: el No. 1 *Balbuena*, No. 2 *Santa Julia*, No. 3 *Mixcoac* y el No. 4 *General Anaya* (hoy Portales).

En 1935 los servicios médicos dejaron de pertenecer a la Jefatura de Policía y pasaron a formar parte de la Dirección de Acción Social del Departamento del Distrito Federal (DASDDF). Uno de los logros del entonces jefe de estos servicios, Rubén Leñero, fue el coordinar al Hospital Juárez y los servicios médicos para trabajar conjuntamente. También se ampliaron los servicios médicos de los centros de reclusión y de la penitenciaría. Rubén Leñero promovió la idea de dotar a la ciudad de un Hospital Municipal de Urgencias iniciándose la construcción del Hospital de Traumatología. En 1938 se inauguraron nuevas secciones médicas en las entonces delegaciones foráneas de *Azcapotzalco* y *Villa Gustavo A. Madero*.

El desarrollo económico nacional sustentado en la industrialización que tuvo lugar a partir de la década de los 40, otorgó un lugar privilegiado a la ciudad de México, la cual se convirtió en el centro concentrador predominante de las actividades productivas, comerciales y financieras. Ello implicó, a su vez, que el Distrito Federal tuviese la mayor concentración poblacional del país, extendiéndose incluso a municipios colindantes del Estado de México, lo que obligó a los gobiernos federal y local a dotar de la infraestructura urbana y de servicios que demandaban los crecientes asentamientos humanos.²

Asimismo, un destacado elemento de las conquistas sociales derivadas de la Revolución Mexicana lo constituyó el establecimiento de una importante infraestructura clínica y hospitalaria por parte del gobierno federal, la cual se centralizó en la ciudad de México. Este esfuerzo institucional sin precedente en el país, junto con la generación de empleos y el mejoramiento de los niveles nutricionales de amplios sectores de la población, permitió durante esos años abatir de manera significativa los índices de morbilidad y mortalidad e iniciar el aumento continuado de la esperanza de vida.

De manera complementaria al esfuerzo federal, las administraciones de la ciudad de México impulsaron la construcción de clínicas y hospitales. En 1943 se inauguró el primer Hospital de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF), llamado Hospital de la Cruz Verde, el cual, por sugerencias de Lázaro Cárdenas, recibió el nombre de Hospital Rubén Leñero. En 1954 dentro del Hospital de Lecumberri se instaló un pabellón para enfermos mentales, que dio origen al Centro Médico de los Reclusorios. En 1957 se creó la primera sala de Terapia Intensiva y Recuperación que se instaló en el Hospital Rubén Leñero.

² Garza Villarreal, Gustavo; “El Carácter Metropolitano de la Urbanización en México, 1900-1988”, en *El Desarrollo Regional en México: Teoría y Práctica*, Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, México, 1992, pp 182 – 184.

En 1958, con la inauguración del Hospital Infantil de Zona en Azcapotzalco, se abre una etapa de atención enfocada a la población infantil que presentó un acelerado aumento durante esos años y las tres décadas posteriores. El 1º de enero de 1960 la Oficina de Servicios Médicos de la Dirección de Acción Social pasó a ser la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (DGSMDDF) con lo que amplió sus áreas de operación, reforzó y creó un modelo de infraestructura hospitalaria que en la actualidad se conserva. En ese mismo año se inauguraron el Hospital Infantil de Zona; el Hospital Infantil de Gustavo A. Madero y el Hospital Infantil de Iztapalapa. En 1961 se abrieron los hospitales infantiles de Tacubaya y Moctezuma. En 1962 se inauguraron los hospitales infantiles de Iztacalco, Peralvillo, Coyoacán y los hospitales de Urgencias de Coyoacán (Xoco) y Balbuena .

Durante los siguientes años (1963-1964) entraron en operación los *Hospitales Infantiles de* Inguarán, Legaria, Xochimilco y San Juan de Aragón, y los Hospitales de Urgencias de la Villa y Tacubaya.

El gran esfuerzo institucional en materia de infraestructura para la salud que tuvo lugar desde los años 40 en el Distrito Federal se detuvo a partir de los años setenta. Para desestimular el crecimiento de la zona metropolitana de la ciudad de México e incentivar el desarrollo de zonas regionales alternativas, el gobierno federal limitó paulatinamente los apoyos financieros al Distrito Federal.³

Además, la crisis económica que tuvo lugar a principios de los años 80, abrió la coyuntura para iniciar los denominados cambios estructurales de la economía, los cuales van a implicar, para el caso que nos ocupa, que durante los años siguientes el gasto público destinado a los servicios de salud se limiten,

³ Valencia Robles, Alfonso; *Las Finanzas Públicas del Distrito Federal, Desarrollo y Funcionalidad Urbana*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Economía, UNAM, México, 2004, pp. 10-12 y 31 - 38.

afectando particularmente la inversión de los gobiernos federal y capitalino en infraestructura.⁴ Muestra de lo anterior es el hecho de que en la ciudad de México, después de la reconstrucción de las clínicas y hospitales afectados por el sismo de 1985, la obra más significativa en el sector es la modernización del Hospital Rubén Leñero por parte del Gobierno del Distrito Federal, la cual, sin embargo, tardó más de 10 años en concluir debido al limitado presupuesto que se le canalizó.⁵

La situación actual de los servicios de salud en México no es satisfactoria. La labor médica y asistencial desarrollada en el siglo pasado permitió erradicar múltiples enfermedades epidémicas, la elevación constante de la esperanza de vida y una mejor nutrición de la población en general. Sin embargo, se ha conformado un cuadro diferente de morbilidad, resultante principalmente de los nuevos fenómenos económicos y sociales que se presentan en el país.

En este sentido, cabe señalar que las dificultades económicas de las últimas dos décadas han generado el crecimiento de la pobreza y de la pobreza extrema, así como la reducción de los niveles de empleo formal y del poder adquisitivo de los salarios, lo cual se traduce en el deterioro de la calidad de vida de sectores mayoritarios de la población.⁶ Esta situación se ha convertido en elemento potencial para el incremento de la delincuencia, las adicciones y la

⁴ En el Presupuesto de Egresos de la Federación que anualmente asigna los recursos presupuestales a las dependencias y organismos gubernamentales, se reporta con relación al ramo 12 – Salud que de 1980 a 1989, el gasto per cápita a precios constantes, se redujo de 255.7 a 184.6 pesos. Ver: Centro de Estudios de las Finanzas Públicas; *Evolución del Gasto Público por Ramos 1980 – 2003*; Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, México, junio de 2003, pp.19

⁵ Páramo, Arturo; “Abren el Rubén Leñero”, en *Periódico Reforma*, México, 4 de abril de 2002.

⁶ Boltvinik, Julio; “La medición de la pobreza en América Latina”, en *Comercio Exterior*, Vol. 41, No. 5, Mayo 1991. Ver también del mismo autor “Economía Moral”, *Periódico La Jornada*, México, 20 de septiembre de 2002,

desintegración familiar, lo cual está afectando principalmente a la población adolescente, sobre la que se sustentará el futuro inmediato del país.⁷

El cuadro de morbilidad para los sectores jóvenes de la población se ha modificado, de manera que las afecciones de carácter fisiológico están siendo desplazadas por las de tipo emocional, adictivo y psicosocial.⁸ Desafortunadamente, la capacidad instalada y presupuestal del gobierno en la actualidad es muy limitada tanto para atender las causas estructurales que generan estos problemas sociales, como para cubrir la creciente demanda de servicios, en este caso de atención a adolescentes, que se presenta a lo largo del país.

A pesar de que la salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de los países, especialmente en América latina donde predomina la población juvenil, con frecuencia sus necesidades y derechos no destacan en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando genera problemáticas de desadaptación.⁹

Una razón que parece influir en esta omisión, es que los adolescentes, en comparación con los niños y los adultos mayores, no presentan cuadros que inciden en los índices de morbilidad y mortalidad, siendo el grupo de población aparentemente más sano y con poca recurrencia a los servicios de salud.

Sin embargo, gran parte de los efectos nocivos a la salud por factores de riesgo - como sexo inseguro, consumo de alcohol, tabaco y drogas, consumo

⁷ Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F; “Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década”, en Revista *Salud Pública de México*, México, 2003; número 45, suplemento 1, pp.132 – 139.

⁸ Organización Panamericana de la Salud - Fundación W.K. Kellogg; *Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000*, División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Mundial de la Salud; ONU, Washington D.C. Enero de 1998. pp 5 – 7.

⁹ Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F; op. cit. pag. 132

inadecuado de alimentos y sedentarismo - adquiridos en la adolescencia se manifestarán en años posteriores, con la aparición de enfermedades crónico - degenerativas de la etapa adulta. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70 % de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia.¹⁰

Es conveniente destacar que en México se ha pretendido superar ésta omisión, desarrollando esfuerzos desde organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para ofrecer a adolescentes servicios de salud que satisfagan sus necesidades. Destacan en este esfuerzo los Centros de Integración Juvenil (CIJ) desde 1969, El Centro de Orientación Para Adolescentes desde 1978 y la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar.¹¹

En el ámbito institucional, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desarrolla un programa coordinado para adolescentes desde 1985, con el concepto de Fomento a la Salud. Por su parte, la Secretaría de Salud (antes SSA) inició el Programa Nacional de Adolescentes en 1994 con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva y acciones contra las adicciones y el abuso de sustancias tóxicas.

En 1997 el Programa IMSS Solidaridad introdujo los Centros de Atención Rural para adolescentes, con el fin de reducir la brecha de atención en las zonas rurales.

En el 2000 la Secretaría de Salud impulsó una iniciativa que integra a instituciones del sector salud públicas y privadas que, sustentada en normas oficiales mexicanas explícitas para este tipo de población, conforman el Programa de Acción para la Atención a la Salud de las y los Adolescentes

¹⁰ Ibid; pag. 132

¹¹ Santos Preciado, José Ignacio; “La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana”; en Revista *Salud Publica*, México, 2003; número 45, suplemento 1, pag. 5.

(PAASA), la cual arranca en dos vertientes: Atención a la Salud y Promoción a la Salud con enfoque de riesgo.¹²

Actualmente México cuenta con un total de 19 mil unidades de Primer Nivel de Atención para la población abierta, con un promedio nacional de 2,400 habitantes por núcleo básico de atención, con un médico y una enfermera como recursos humanos mínimos, indispensables. A ellos se agregan 240 unidades amigables de atención para adolescentes (casi una por jurisdicción sanitaria en el país), integradas por equipos multidisciplinarios conformados por un médico, una enfermera, un psicólogo y un promotor de salud o trabajador (a) social.¹³

1.2. Hospital Materno Infantil de Inguarán

El Hospital Materno Infantil de Inguarán (HMII) está ubicado en la calle Estaño número 307, colonia Felipe Ángeles, delegación Venustiano Carranza, Distrito Federal, en el área que ocupaba el Hospital Pediátrico desde 1963 y que fue demolido en su totalidad, para que en 1989 se edificara el actual, el cual inició actividades el 19 de noviembre de 1990.

El Hospital tiene como objetivo general mejorar el estado de salud de la población no derechohabiente de los servicios de seguridad social, a través del desarrollo de actividades de Prevención, Curación, Rehabilitación, Enseñanza e investigación. Procurando resaltar la atención al aspecto bio-psico-social.¹⁴

¹² Santos Preciado, José Ignacio; *ibid*, pp 5 y 6.

¹³ Santos Preciado, José Ignacio; *ibidem*, pag 6.

¹⁴ La información relacionada con los objetivos, tareas, actividades y recursos del Hospital Materno Infantil de Inguarán fueron tomados del *Informe Anual de Actividades del Servicio de Medicina de la Adolescencia 2002*, elaborado por la Jefatura del Servicio de Medicina de la Adolescencia, del Hospital Materno Infantil Inguarán.

Las tareas primordiales del HMII son:

- detectar tempranamente padecimientos para su tratamiento oportuno y limitación de daños;
- promover la participación integral de la familia para fomentar el mejoramiento y autocuidado de la salud;
- fomentar la educación para la salud en la población;
- desarrollar actividades de planificación familiar;
- proporcionar atención ambulatoria preventiva y curativa;
- brindar atención hospitalaria en especialidades pediátricas, gineco-obstétricas y de urgencias;
- apoyar al Ministerio Público en la atención médico legal con certificados médicos, dictámenes y clasificación de lesiones;
- brindar atención especial a víctimas de abuso sexual.

El Hospital desarrolla también actividades correspondientes al segundo nivel de atención médica del sistema de Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Por los servicios prestados, la Tesorería del Distrito Federal cobra cuotas de recuperación con base a tabuladores vigentes y clasificación resultante de los estudios socioeconómicos de los pacientes, con excepción de la atención médica de urgencias, que es gratuita.

Los recursos físicos del Hospital son los siguientes: se ubica sobre una superficie de 9 mil metros cuadrados con 5,652 metros cuadrados de

construcción; tiene 7 cuerpos arquitectónicos; 12 consultorios de consulta externa; 4 consultorios de urgencias; 110 camas censables; 41 camas no censables; 5 peines de laboratorio; 2 aparatos de rayos X; un aparato de ultrasonografía; 4 salas de operaciones; 2 salas de expulsión, y una farmacia interna.

Los recursos humanos del HMII están compuestos por: el cuerpo de gobierno con 9 personas; el área médica con 350 profesionistas entre médicos, odontólogos, enfermeras y paramédicos; los servicios generales con 57 personas; y el área administrativa con 63, lo que hace un total de 481 personas.

Las áreas del HMII son las siguientes: Dirección, Subdirección Médica, Coordinación de Consulta Externa, Coordinación de Urgencias, Coordinación de Hospitalización, Clínica de la Adolescencia, Clínica de la Lactancia Materna, Coordinación de Servicios Paramédicos, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Coordinación de Enseñanza e Investigación,

El HMII cuenta además con dos clínicas de especialidades, que son la de Displacia y la de Adolescencia. La primera depende de la Subdirección Médica, mientras que la segunda depende directamente de la dirección del Hospital.

1.3. Clínica de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (CAISA)

La medicina de la adolescencia es un enfoque reciente de la aplicación de las ciencias de la salud a un sector de la población que ha carecido, por tradición, de servicios médicos específicos. Antes de exponer las características de la atención que brinda la Clínica de Atención Integral para la Salud de la

Adolescencia, conviene revisar los elementos particulares que configuran la etapa de la adolescencia.

1.3.1. La Adolescencia como Población Objetivo

La *adolescencia* es un periodo de transición en el desarrollo del ser humano que se ubica entre la infancia y la edad adulta. Es una etapa que se caracteriza por profundos cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales. Es probable que, con excepción del nacimiento, no hay otro período en la vida humana en la que se produzca una transición de tanta importancia, y si bien es cierto que los cambios fisiológicos se producen en todas las edades, durante éste período la velocidad de cambio es inmensamente mayor que en los años anteriores y ulteriores.¹⁵

Cronológicamente, la adolescencia comprende un lapso que va desde los 12 o 13 años hasta los primeros de la segunda década, con grandes variaciones individuales y culturales.

Desde el punto de vista fisiológico, la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios físicos evidentes. De acuerdo con los estudios de Tanner (1964), los adolescentes crecen rápidamente, particularmente durante la fase conocida como de la pubertad. Casi por regla general el hombre alcanza una talla más grande - debido a su tronco y antebrazos relativamente más largos - en comparación a la mujer, quien en cambio desarrolla la pelvis más ancha. Las mujeres alcanzan su máximo desarrollo corporal alrededor de los 17 años y los varones alrededor de los 21 años. El desarrollo fisiológico del adolescente consiste también en una generalización de los cambios en el sistema glandular

¹⁵ R.M. Muuss, *Teorías de la Adolescencia*, Ed. Paidós Mexicana, México, 1997, pp. 10 - 19.

y hormonal hasta la maduración de las funciones reproductoras y la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

Aunado a los cambios fisiológicos y físicos que tiene lugar en esta etapa, tiene lugar también una potencialización de su capacidad intelectual, y surge, además, en el adolescente la necesidad de establecer un sentimiento de identidad, dejando atrás la niñez dependiente para adquirir cada vez más autonomía propia, así como su integración en el ámbito social.

En el área cognoscitiva, Papalia ha planteado que el adolescente desarrolla más el razonamiento hipotético, por lo que es capaz de manejar con facilidad y eficiencia muchos tipos de tareas o problemas intelectuales. Además, cuando el *adolescente* es capaz de manipular y organizar las ideas al igual que los objetos, esto le posibilita aumentar su capacidad de abstracción y tener ideas y pensamientos acerca de los objetos, así como imaginarse objetos y hechos que nunca ha experimentado en realidad.¹⁶ La potencialización de la capacidad intelectual que caracteriza a la adolescencia permite concluir a especialistas como Mussen que esta etapa representa para el ser humano el momento adecuado para adquirir y utilizar conocimientos a una eficiencia máxima.¹⁷

En el área emocional, al entrar a la etapa de la adolescencia el individuo ya ha desarrollado un sentido de sí mismo, pero sus definiciones son cuestionadas debido a los cambios sexuales ocurridos y a las nuevas capacidades físicas e intelectuales. Se generan además nuevas expectativas por parte de los padres, la escuela y la sociedad en general, ya que se espera que el *adolescente* sea

¹⁶ Tomado de: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; *Adolescencia Concepto y Características*, Ediciones del DIF, México, s/f, pag. 10.

¹⁷ Ibid. pag. 11. Otra fuente de consulta es Mussen, P. ; *Desarrollo Psicológico del Niño*, Editorial Trillas, México, 1983.

más independiente, más responsable por sí mismo Todo ello hace que el adolescente sufra una crisis de identidad, según Erickson.¹⁸

La solución a dicha crisis está en que el *adolescente* debe desarrollar tres aspectos de una nueva identidad: una identidad sexual que implica un concepto maduro del papel sexual y el entendimiento de la propia sexualidad; la identidad ocupacional o una idea de lo que hará cuando sea adulto; y una identidad ideológica o las creencias, actividades e ideales del *adolescente*.

Con relación a la sociedad mexicana, actualmente la importancia demográfica y socioeconómica de los adolescentes en el país es creciente. Más de 17 millones de jóvenes entre 12 y 19 años demandan oportunidades de desarrollo, lo que constituye un reto para la sociedad mexicana, ya que la falta de alternativas viables para ellos, les sitúa como un grupo social vulnerable, que al no encontrar opciones de realización personal, se constituyen en sujetos cuya actividad o posibilidad no sólo no fortalecen a su grupo social, sino que pueden dañarlo severamente.¹⁹

Esta es la génesis de las conductas antisociales que hay que prevenir, sobre todo a partir de las dificultades económicas de los últimos años, al reducirse los espacios de movilidad social, y agudizarse con ello el problema de la desintegración familiar. De ahí la importancia de que el sector institucional de salud cuente con clínicas especializadas en la atención integral de los estratos juveniles del país.

¹⁸ Ibidem. pag 14. Puede consultarse también Erickson, Erick H.; *Sociedad y Adolescencia*, Siglo XXI Editores, México, 1972.

¹⁹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, (Población total por municipio, edad desplegada y grupos quinquenales de edad, y su distribución según sexo) , INEGI, México, 2000.

1.3.2. Formación y Objetivos de la Clínica de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia

El antecedente primario de atención de los servicios de salud pública a la población juvenil como objetivo específico data de 1954, cuando surgió el Departamento de Adolescentes en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", con el objetivo de dar seguimiento a los pacientes pediátricos con enfermedades crónicas. Otros intentos de atención especial para el adolescente, aunque parcial, se enfocaron a fármaco dependientes, a niños y adolescentes de la calle y maltratados. En 1989 se fundaron la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia y la Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente, con el fin de promover un sistema de atención favorable para la salud del adolescente e intercambiar conocimientos entre los profesionales que atienden este grupo de población.

Con fundamento en los proyectos anteriores, en 1991 se creó la Clínica de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia en el Hospital Materno Infantil Inguarán. La Clínica surge como una alternativa para cubrir las necesidades de salud de la población adolescente de la zona de influencia del *Hospital Materno Infantil Inguarán* que se ubica en la Delegación Política Venustiano Carranza del Distrito Federal.

A pesar de que la atención especializada al sector específicamente adolescente es un servicio relativamente novedoso, desafortunadamente resulta insuficiente ante la enorme demanda potencial que se registra anualmente. De acuerdo a datos censales, la población adolescente representa el 22% del total nacional. Tan sólo en la ciudad de México y la zona conurbada del Estado de México se

asientan alrededor de 3.5 millones de jóvenes.²⁰ Sin embargo, la oferta de servicios para este sector apenas se ofrece en las clínicas especializadas para adolescentes correspondientes al Hospital “Adolfo López Mateos” del ISSSTE, del Hospital “Federico Gómez” de la Secretaría de Salud, la mencionada CAISA, todas ellas ubicadas en la ciudad de México, y la Clínica especializada que se localiza en la ciudad de Guadalajara.

Con relación a la Delegación Venustiano Carranza, donde se asienta la CAISA, el número de jóvenes oscila en aproximadamente 140 mil habitantes al año, de los cuales una tercera parte acude a escuelas de educación oficial, otro tercio estudia en escuelas particulares o de nivel técnico, y el restante está al margen de la educación y forma parte de los sectores de desempleo y subempleo que caracterizan las colonias populosas de esta Delegación. La situación laboral y escolar de esta última fracción de adolescentes constituye particularmente un factor de riesgo para patología médica y psicosocial, con una alta frecuencia de casos de fármaco dependencia, delincuencia y embarazo no deseado, principalmente.²¹

Ante la dimensión y particularidades de la problemática existente, la Clínica sustenta su operación en el concepto de atención integral para la salud del adolescente, mismo que incluye la consulta médica y el área de Psicología familiar y social para el manejo de grupos de adolescentes y sus padres como alternativas de fomento y promoción de la salud, con la participación de la comunidad en la solución de sus problemas.

²⁰ Ibid. (Población total por municipio, edad desplegada y grupos quinquenales de edad, y su distribución según sexo).

²¹ Jefatura del Servicio de Medicina de la Adolescencia, Hospital Materno Infantil Inguarán; op. cit.

El concepto de atención integral se basa en modelos desarrollados por los siguientes especialistas:

- *El estudio de crecimiento de desarrollo puberal*, iniciado por Graulich en 1932 y seguido por Taner en 1962;
- *Medicina interna del adolescente*, desarrollado por Gallagher entre los años de 1952 y 1970;
- *Seguimiento Clínico del Paciente Pediátrico con Enfermedad Crónica*, propuesto por el Departamento del Adolescente del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, cuyo desarrollo se basa en los trabajos de Rangel iniciados en 1964 y complementada posteriormente por Sumano, de la Clínica de Orientación Sexual, en 1980;
- *Atención a Problemas Sociales del Grupo Adolescente*, propuesto por el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud (CREA), en la década de los 70,s;
- *El Enfoque de Problemas Específicos del Grupo Adolescente*, del Centro de Atención Juvenil y del Centro de Orientación para Adolescentes, entre otros, elaborado en la década de los 80-90,s
- *Promoción y Fomento de la Salud del Adolescente*, promovido por la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia, AC y la Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente en los 90,s.

La formación de la Clínica también se fundamenta en las prioridades que la Organización Mundial de la Salud (OMS) delineó en 1989 para la atención de los problemas de salud de la población adolescente como son: *Accidentes y*

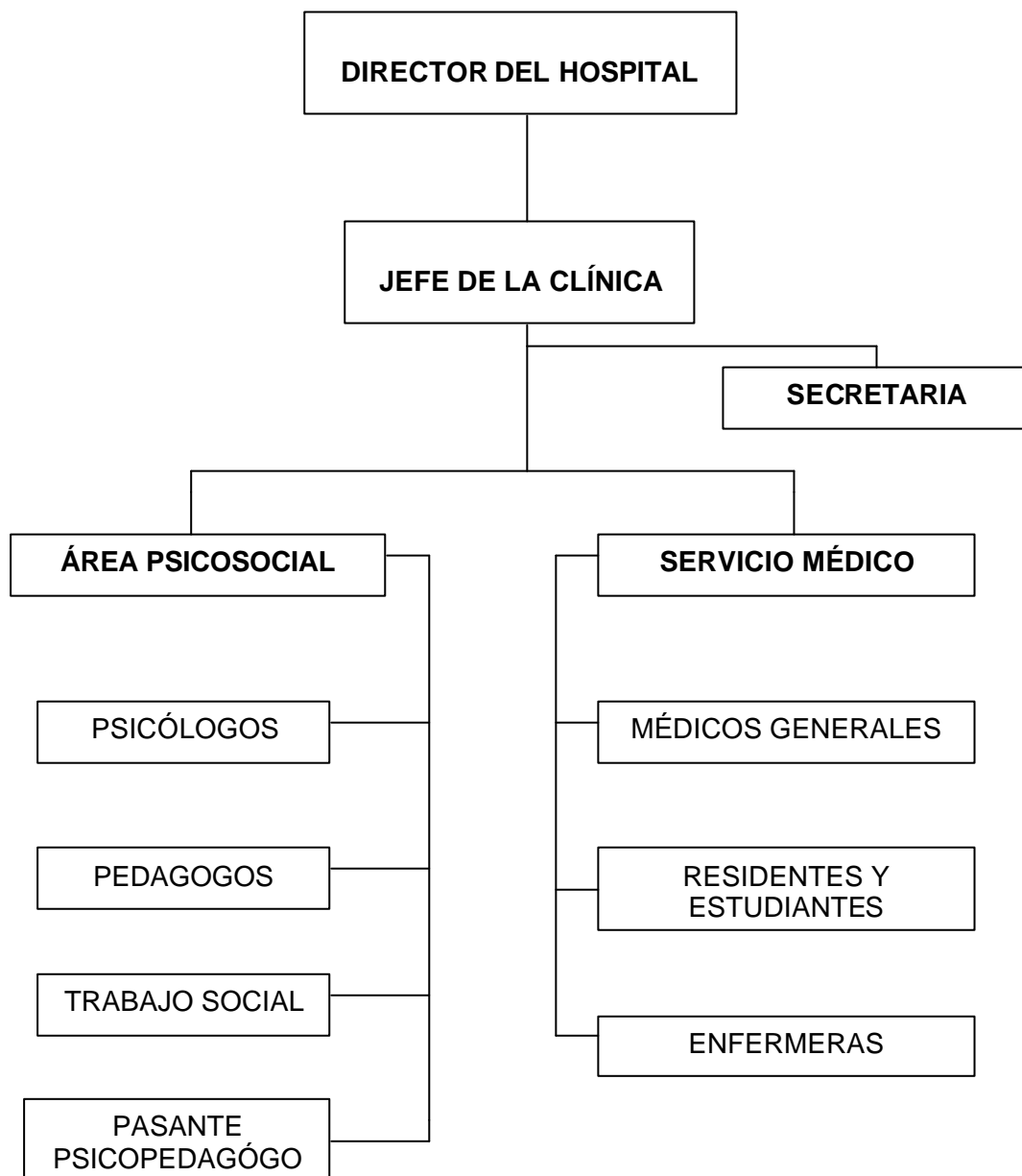
Muertes por Violencia; Embarazo en Adolescentes y sus complicaciones; Enfermedades Crónicas de Origen en la Infancia; Patología que inicia durante la Adolescencia y con la Pubertad y Problemas Psicosociales.

Actualmente, los objetivos de la CAISA son:

- ? Proporcionar atención integral a los adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil Inguarán;
- ? Fomentar el crecimiento y desarrollo óptimo del adolescente, mediante actividades de promoción de la salud en centros educativos y comunitarios;
- ? Estimular la participación de los padres y de la comunidad en actividades que contribuyan al cuidado de la salud del adolescente, y difundir los programas de la Clínica y los conocimientos básicos al personal de salud, mediante actividades académicas intra y extramuros.
- ? Difundir los programas de la clínica y los conocimientos básicos al personal de salud mediante actividades académicas intra y extramuros.

Dentro de sus instalaciones, la Clínica cuenta con una zona de recepción, dos consultorios médicos, un cubículo de trabajo social, una oficina administrativa, un consultorio psicológico, un salón de usos múltiples y área de jardín, patio y dos baños.

Organigrama de la Clínica



1.4. Población Atendida (Universo de Trabajo)

Las consultas impartidas en la CAISA se han incrementado de 4,000 en 1991 hasta cerca de 10,000 anuales a partir del 2001. Otro aumento significativo ha sido el correspondiente al manejo de grupos en escuelas y en la comunidad, ya que de 1,300 alumnos que recibieron talleres en 1991, se incrementó a 10,000 en 1997, aunque disminuyó a 6,500 en 1998.

El número total de adolescentes que ha recibido algún tipo de manejo grupal en diversos talleres en escuelas, en la comunidad y en la Clínica es actualmente de casi 40,000.

Se estima que de 1991 a 2001 la población adolescente que recibió consulta por primera ocasión asciende a 24 mil pacientes, mientras que la población subsecuente que acudió a la clínica es de aproximadamente 57 mil adolescentes.

1.4.1. Tipos de demanda y de servicio

Los servicios demandados a la CAISA en su periodo de existencia han variado significativamente. El siguiente cuadro presenta las diez principales causas de consulta de primera vez registradas tanto en el año de inicio de la Clínica, como en el año 2002.

CLINICA DE ATENCION INTEGRAL PARA LA SALUD DE LA ADOLESCENCIA
Cuadro No 1
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ ²²

Lugar	1992	2002	
1	Infección vías respiratorias	152	Trastornos dinámica familiar 435
2	Trastornos de conducta	99	Trastornos de conducta 392
3	Obesidad	77	Crisis de la adolescencia exacerbada 273
4	Embarazo en edad precoz	70	Mal aprovechamiento académico 233
5	Desnutrición	65	Adolescente en riesgo 212
6	Problemas de disciplina escolar	65	Infección vías respiratorias 178
7	Caries dental	59	Ametropía 171
8	Colitis parasitaria	53	Obesidad exógena 167
9	Síndrome anémico	51	Desnutrición 129
10	Crisis de la adolescencia	45	Bajo rendimiento escolar 75
	TOTAL	736	TOTAL 2265

Los datos anteriores muestran que mientras en 1992 entre las diez principales causas de atención sólo cuatro correspondían a la intervención del psicólogo, diez años después éstas alcanzaron el número de seis. Si en 1992 sólo una de las cinco principales causas de consulta inicial correspondían a posible patología psicosocial, en 2002 las cinco principales causas de consulta se referían a patologías de este tipo. Finalmente, mientras que en 1992 el total de

²² Esta tabla se elaboró a partir de los datos del Informe Anual de Actividades del Servicio de Medicina de la Adolescencia de los años 1992 y 2002, elaborados por la Jefatura del Servicio de Medicina de la Adolescencia, del Hospital Materno Infantil Inguarán

casos que requirieron consulta psicológica ascendió a 279, en el año 2002 se registró un total de 1620, es decir un crecimiento de 481% en el periodo.

Los cambios cuantitativos y cualitativos en este cuadro de morbilidad han requerido de importantes procesos de adaptación y adecuación por parte del grupo de profesionales de la CAISA, para aprovechar de mejor manera la capacidad de atención con la que se cuenta. Como se ha mencionado, a las más de dos mil consultas médicas y psicológicas que se realizan por primera vez, se agregan alrededor de ocho mil más de tipo recurrente y de tratamiento.

Ello ha significado también el incremento de actividades comunitarias, procurando enriquecerlas en su participación y manifestación, incluyendo así talleres, campamentos, obras de teatro, celebraciones de fechas cívicas y culturales, concursos, todo lo cual incorpore la participación tanto de adolescentes como de la comunidad. Anualmente se tienen consideradas aproximadamente 440 actividades diversas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y acciones comunitarias.

CAPITULO 2

Aspectos Teóricos sobre la Atención Psicológica del Adolescente

En este capítulo se presentan las principales referencias teóricas recogidas durante mi formación en la carrera de Psicología, a partir de las cuales he desarrollado mi labor en la atención de problemas psicológicos de la adolescencia. Inicialmente se ofrece una breve cronología de la conformación de la carrera de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México, tratando de ubicar tanto el momento como la visión teórica que dio origen a la carrera de Psicología en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Plantel Iztacala, donde cursé mis estudios profesionales.

Así también, se incluye un apartado donde se revisan algunos elementos teóricos de los enfoques conductual, cultural e histórico - cultural, y que sustentan mi labor cotidiana en la atención de los adolescentes que acuden a la CAISA. Lo anterior tiene como objetivo ofrecer un contexto teórico básico para enmarcar debidamente la presentación de la experiencia y resultados de los casos particulares que se ofrecerán en la última parte de este Reporte.

Finalmente, el capítulo concluye con una revisión, en un nivel más concreto, de las funciones y técnicas de tratamiento comunes a los especialistas en Psicología de la salud y clínica, mismas que igualmente han sido consideradas en el tratamiento de los casos a presentar.

2.1. La Psicología en México

La aparición de la Psicología en nuestro país se remonta a la última década del siglo XIX, cuando Ezequiel Chávez en 1897 y posteriormente Enrique O. Aragón en 1902 establecieron las primeras cátedras sobre esta materia en la Escuela Nacional Preparatoria, y en 1916 el primer Gabinete de Psicología Experimental. En esta etapa, los contenidos de los cursos se vieron influidos por las corrientes estructuralistas derivadas del racionalismo kantiano y hegeliano, y el interés por la Psicología estaba principalmente en función de su relación con la filosofía y el pensamiento especulativo. Derivado de lo anterior, la Psicología se inició como una especialidad de la carrera de Filosofía en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en 1928.¹

El desarrollo económico y social del país en la etapa post revolucionaria conllevaron, entre otros fenómenos, a una progresiva diversificación productiva y complejización social que generó nuevas demandas y atención de problemas económicos y sociales emergentes. En el campo universitario ello implicó la creación de nuevas disciplinas académicas y científicas para responder a los nuevos requerimientos del país.

En este contexto histórico se abrió una nueva etapa para la Psicología. En la década de los 50, los especialistas en la materia retomaron diversas corrientes psicoanalíticas preocupados por el estudio y la atención de diversos problemas clínicos, lo que abrió paulatinamente nuevas perspectivas teóricas a la Psicología. En 1958 se creó la licenciatura en Psicología en la UNAM, lo cual es considerado como el primer marco de referencia de identidad de esta disciplina en México.² Académicos y estudiantes de esa época se preocuparon no sólo en

¹ Aguado, Irene, et. al; *Historia, Psicología y Subjetividad*, UNAM, Campus Iztacala, México, 1999.

² Ribes, Emilio, et. al.; *Enseñanza, ejercicio e investigación de la Psicología*, Ed. Trillas, México, 1980. pag. 73.

especializar la enseñanza de la Psicología (el personal docente de la nueva carrera estaba formado por profesionales no psicólogos, como médicos, psiquiatras, psicoanalistas, filósofos, abogados e ingenieros), sino en delimitar a ésta como ciencia y profesión.

De 1960 a 1971 se avanzó de manera significativa en la profesionalización de la carrera. Si bien se mantuvo la orientación clínica y especulativa que habían tenido los estudios de Psicología en las décadas anteriores; paulatinamente fueron introducidos cursos que intentaban estudiar científicamente el comportamiento humano. Una experiencia académica fundamental para el desarrollo de la carrera de Psicología en México fue la formulación y aplicación del proyecto científico y profesional del Departamento de Psicología de la Universidad Veracruzana, durante los años 1964-1970, en lo que se considera la primera escuela de Psicología en México. Dicho proyecto representó el esfuerzo inicial de ofrecer una enseñanza científica que incorporase los hallazgos y métodos de la Psicología experimental con los servicios de las áreas aplicadas.³

A su vez, el Departamento de Análisis Experimental de la Conducta, de la Facultad de Psicología de la UNAM, retomó las experiencias logradas por la Universidad Veracruzana, para proponer adecuaciones al plan curricular de la mencionada carrera en la UNAM. En 1973 se incluyó a la licenciatura en Psicología en la Ley General de Profesiones. Otros factores que influyeron en el mejoramiento de los contenidos curriculares fueron las inquietudes de los estudiantes, maestros y egresados del entonces Colegio de Psicología, que enfatizaban aspectos metodológicos, con el propósito de hacer a la Psicología una ciencia más formal.

³ Guzmán, Jesús C.; “La carrera de Psicología en la UNAM 1940 – 1988”, en Urbina Soria, Javier (compilador); *El Psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva*, UNAM, México, 1992, pag. 60

Los trabajos del profesor Emilio Ribes Iñesta fueron también determinantes para impulsar la profesionalización de la carrera de Psicología en la UNAM. En 1968, Ribes Iñesta publicó su trabajo *La Psicología en México*, que destaca la enseñanza de la Psicología con una orientación conductual. En diciembre de 1974 se celebró en Bogotá, Colombia, la Primera Reunión Latinoamericana sobre el Entrenamiento Profesional del Psicólogo, bajo los auspicios de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). En dicha reunión, Ribes Iñesta habló de la conveniencia de hacer hincapié en los objetivos conductuales acordes con la actividad profesional del psicólogo.⁴ Bajo estas directrices, coordinó la integración del programa curricular de la nueva carrera de Psicología, en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEP-Iztacala) de la UNAM, proceso que se constituyó en ese tiempo en un innovador modelo científico, educativo y profesional de la Psicología en México.⁵

Por acuerdo del H. Consejo Universitario de la UNAM, en diciembre de 1974 se aprobó la creación de la ENEP-Iztacala UNAM, institución en la que se estudiarían las carreras de Psicología, Medicina, Biología, Odontología y Enfermería. El documento de fundamentación del nuevo plan de estudios de la carrera de Psicología fue presentado y aprobado por el Comité de Carrera en agosto de 1975. Finalmente se proyectaron los primeros programas de grado, como las maestrías en Modificación de la Conducta y en Farmacología Conductual.⁶

Para Ribes, el diseño del sistema curricular de la entonces nueva carrera de Psicología, resultó de la aplicación de una estrategia que consideró diversas

⁴ Ribes, Emilio; “El diseño curricular en la enseñanza superior desde una perspectiva conductual: historia de un caso”, en Urbina Soria, Javier; op. cit. pag. 341

⁵ El propio Emilio Ribes hace una reseña detallada de este proceso en Ribes, Emilio; “La carrera de Psicología en la ENEP Iztacala: breve reseña histórica”; en Urbina Soria, Javier; op. cit. pp 361 – 367.

⁶ Ibid; pag. 364.

etapas de trabajo. En primer término, se efectuó un inventario de los problemas sociales del país, a partir del cual se buscó la definición del perfil profesional del psicólogo, ubicándolo como un profesional de apoyo, con una tecnología disponible para la educación informal en las áreas de salud y productividad.

A su vez, los contenidos filosóficos, teóricos y metodológicos de los planes de estudio se integraron con base al conductismo y el análisis de la conducta. Se retomó la metodología conductual al considerar que en la Psicología actual es la única metodología experimental de investigación que ha desarrollado una tecnología aplicable a los problemas que enfrenta la práctica profesional del psicólogo. De esta manera, se procuró que los planes de estudio integrasen el entrenamiento teórico y metodológico con el adiestramiento técnico en las distintas áreas aplicadas de la Psicología.

Asimismo, Iztacala se convirtió en un centro de formación docente para universidades de provincia entre 1977 y 1978, bajo los auspicios del Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (Conacyt) y de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (Anuies).

En los años posteriores, la profesionalización de la Psicología en México ha buscado adaptarse a las necesidades sociales que van surgiendo. La Psicología clínica, la educativa, la social, la industrial o del trabajo, son algunas especializaciones que se han ido conformando para satisfacer determinadas demandas que generan los recientes procesos sociales en el país.

Sin embargo, el desarrollo de las áreas no tradicionales es muy lento. En estudios recientes se muestra que la mayor demanda por parte de los estudiantes de Psicología, fue la clínica, por lo que la mayoría de las universidades ofrecen educación preponderantemente en el área clínica. A ello contribuye también el mercado de trabajo, pues los empleadores de psicólogos

tienen un desconocimiento significativo del potencial profesional de esta carrera, privilegiando la ocupación en funciones de diagnóstico y evaluación, en selección y desarrollo de personal o en alteraciones de comportamiento.⁷

2.2. La formación del Psicólogo en la FES Iztacala (Modelos Teóricos)

La preparación profesional que recibí como alumno de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-Iztacala) de la UNAM, se sustenta en la teoría conductual que, como ya se señaló, constituyó la base del plan curricular que cubrí durante mis años de estudio en la FES Iztacala. Así también, los estudios sobre aspectos históricos culturales y el enfoque cultural de la Psicología constituyen otros sustentos teóricos recogidos durante mi preparación estudiantil, para desarrollar mi trabajo profesional en el área de Psicología clínica dedicada a la adolescencia. En ese sentido, conviene revisar los principales elementos que conforman dichas teorías.

2.2.1. La Psicología desde el Punto de Vista de la Teoría Conductual.

Descartes fue el primer científico en caracterizar un alma racional exclusivamente humana, no material y no dependiente de la materia que, en la medida en que interactuaba con la corporeidad material del hombre, la determinaba en su acción. Descartes buscó, además, explicar las acciones compartidas con los animales mediante las leyes de lo natural, partiendo de lo que se denomina una visión materialista mecanicista.⁸

⁷ Rodríguez , Graciela y Palacios, Jorge: “Algunas consideraciones sobre la Psicología de la Salud en México”, en Urbina Soria, Javier; op. cit. pp 473 – 482.

⁸ Ribes E.I.; *El Conductismo, Reflexiones Criticas*. Ed. Fontanella, Barcelona, España, 1982.

Por otra parte, con relación a los trabajos experimentales que contribuyeron a conformar a la Psicología como una ciencia autónoma, destaca la fundación del primer laboratorio de Psicología experimental en la Universidad de Leipzig por Wilhelm Wundt en 1879. Así también en 1913 se publicó el Manifiesto Conductista de Watson. El mismo Watson junto con Rayner informaron en 1920 del empleo de procedimientos de condicionamiento para cambiar la conducta humana anormal.⁹

Sin embargo, se considera a los estudios de Fuller de 1949 y Lindsley de 1956 como las primeras aplicaciones en humanos válida experimentalmente. A partir de estas contribuciones creció el enfoque global, primero llamado modificación de la conducta por Krasner y Ullman en 1965 y, posteriormente, análisis conductual aplicado, por parte de Baer, Risley y Wolf en 1968. Por su parte, Ullman y Krasner aportaron en 1965 técnicas como el reforzamiento positivo, la extinción, el condicionamiento de escape, el tiempo fuera del reforzamiento positivo, el castigo y los sistemas de reforzamiento simbólico.¹⁰

Las obras de Skinner, *Science and Human Behavior* de 1953 y *Verbal Behavior* de 1957, avanzaron hacia una descripción sistemática y comprensiva de la conducta como un tópico general. Las técnicas de modificación de conducta y el análisis conductual aplicado, son las bases de una teoría de la conducta sustentada en un conjunto de principios básicos que constituyen una derivación lógica empírica de los principios identificados en el laboratorio de conducta animal. Sin embargo, estas aportaciones requieren complementarse con una adecuación teórica para tratar con las propiedades reales de la conducta

⁹ Ribes, Emilio. y López Francisco; *Teoría de la Conducta, un Análisis de Campo y Paramétrico*, Ed. Trillas, México, 1985. pp. 25 – 26.

¹⁰ Ribes, Emilio, et. al. “ Relación entre la teoría de la conducta, la investigación experimental y las técnicas de modificación de conducta”, en Ribes Emilio, et. al.; *Enseñanza, ejercicio e investigación de la Psicología*. México. Ed. Trillas, 1980, pag. 156

humana y las situaciones sociales que comprenden interacciones humanas concretas.¹¹

La cobertura lógica del dominio conductual por las taxonomías que se derivan de los modelos de condicionamiento ha mostrado ser limitada y no ha podido cumplir sus propósitos, dado que parece incapaz de procurar una sintaxis conceptual adecuada a la naturaleza de la conducta, en situaciones simples. Algunos autores, como Schoenfeld entre 1972 y 1976, han sugerido una revaloración crítica de los fundamentos de la teoría de la conducta.¹²

La alternativa teórica a este problema se apoya en el Metasistema formulado por Kantor, en su obra *Principios de Psicología* en 1924-1926, y reafirmados en su *Psicología Interconductual* de 1959 que aporta dos cambios radicales respecto al Conductismo y sus derivaciones basadas en el paradigma del reflejo. En primer término, define a la conducta como interconducta, es decir interacción organismo-entorno. En segundo término, formula un sistema descriptivo y explicativo diferente al esquema causal clásico. Esta contribución pone de relieve el concepto de interdependencia en campos de relaciones.¹³

El concepto de interconducta como objeto definitorio de la Psicología se ve obligado a reconocer la existencia de un organismo biológicamente configurado que interactúa con los objetos del medio circundante. Dichos objetos y eventos del entorno poseen tanto propiedades fisicoquímicas como biológicas y sociales, y en esta segunda instancia componente de la definición, es en la que se inserta el reconocimiento de lo social. Sin embargo, lo biológico y lo social se dan como abstracciones necesarias que no trascienden como categorías en su especificidad en cuanto a determinar lo psicológico. Es decir que, dentro del

¹¹ Ribes, Emilio; *Problemas Conceptuales en el Análisis del Comportamiento Humano*, Ed. Trillas, México, 1990, pp. 11 .

¹² Ribes, Emilio. *El Conductismo: Reflexiones Críticas*. Ed. Fontanella, Barcelona, 1982, pp.

¹³ Ribes, Emilio. y López Francisco; op. cit pag 15

marco conceptual de la Psicología, lo social y lo biológico, son abstracciones reconocidas de lo genérico, pero no abstracciones de lo concreto específico.

El campo interconductual es una representación conceptual de un segmento de interacción del organismo individual con su medio ambiente. Este campo está configurado como un sistema de relaciones recíprocas en las que destacan, de acuerdo con Kantor, los siguientes factores: 1.-los límites de campo, 2.-los objeto de estímulos, 3.-los estímulos, 4.-la función del estímulo (dependiente de la respuesta), 5.-el organismo, 6.-las respuestas, 7.-la función de respuesta (dependiente del estímulo), 8.-el o los medios de contacto, 9.-los factores situacionales, 10.-la historia interconductual compuesta por la evolución del estímulo y la biografía reactiva. Desde un punto de vista funcional, estos factores pueden clasificarse en tres grupos principales: I. - La función estímulo-respuesta; II. - Los factores disposicionales y III. - el medio de contacto.¹⁴

Otra importante aportación a la teoría conductual la ofrece Emilio Ribes en 1973 quien, vinculado con Schoenfeld, abrió la posibilidad de reconocer la existencia de anomalías empíricas como consecuencia de la estructura categorial de la teoría del condicionamiento operante. El cuestionamiento de las características moleculares del esquema conceptual del condicionamiento, y los problemas intrínsecos a la formulación de categorías como el reforzamiento y la respuesta, condujo a Ribes a buscar la solución dentro del mismo paradigma del reflejo, desplazando las preguntas a un nivel de mayor molaridad y de ubicación de los conceptos en la sistematización paramétrica de las dimensiones de la conducta.

Este ejercicio teórico permitió profundizar en la identificación de las limitaciones conceptuales del paradigma del reflejo como teoría del condicionamiento y, de este modo, ubicar las anomalías empíricas como resultado de dichas limitantes.

¹⁴ Ibid; pp. 16 - 17

Sin embargo, no condujo a la formulación de opciones más consistentes y amplias en el tratamiento organizativo de los datos existentes.

Los intentos de formular una opción conceptual a la teoría del condicionamiento se dieron, de manera sistemática, en el contexto de la construcción teórica del proyecto curricular Iztacala durante 1980. En lo teórico el objetivo fundamental del esfuerzo curricular era integrar bajo un mismo esquema conceptual al comportamiento animal y al comportamiento humano. Este intento de integración se planteó primeramente como un proceso de complejización paramétrica, que culminaba en el comportamiento social.¹⁵

La aplicación de los principios de la conducta para producir un cambio en el comportamiento se denomina procedimiento conductual. La modificación y terapia de la conducta ha producido modelos y enfoques innovadores y relevantes. Desde J.B. Watson (1878-1958), precursor de la tecnología conductual junto con otros autores han desarrollado dichas técnicas como: K.S. Lashley, E. Ch. Tolman, E.R. Guthrie, A.J. Yates, H.J. Eysebck, B.F. Skinner, A.A. Lazarus, entre otros.

Una serie de técnicas que he utilizado con adolescentes han sido las denominadas Técnicas Cognitivas que parten de las ideas de A. Ellis (1962) y A. Beck (1963, 1970), las cuales hablan de las pautas de pensamiento erróneo y contenidos cognitivos anómalos en muchos trastornos emocionales y de conducta.

- Terapia Racional Emotiva (Ellis).
- Terapia Cognitiva (Beck).
- Reestructuración Racional Sistemática (Golfried y Golfried).
- Métodos de Auto instrucción (Meichenbaum).

¹⁵ Ibidem. pag. 14

- Resolución de Problemas (D´Zurilla y Golfried).
- Habilidades Cognitivo-Interpersonales de Resolución de Problemas.
- Resolución de Problemas y Entrenamiento en Autocontrol.
- Entrenamientos en Habilidades Sociales: (información y demostración de las respuestas adecuadas; reproducción y prácticas de respuestas; moldeamiento de conductas, y mantenimiento y generalización).
- Entrenamiento en Aserción.¹⁶

2.2.2. El Enfoque psicogénético de Piaget, Wallon, e histórico-cultural de Vygotsky

Las referencias anteriores señalan particularmente las premisas del concepto de complejización paramétrica y comportamiento social, que permiten enfocar de manera más amplia los cambios que se registran en los individuos durante su etapa de adolescencia. Durante esta etapa existe una transformación en las estructuras cognitivas al menos tan importante como las transformaciones puberales.

Piaget e Inhelder describieron en 1955 la aparición de una nueva forma de inteligencia: la inteligencia operatoria formal, cuyas estructuras aparecen entre los 12 y 13 años. Pero, además, otros autores hacen referencia a un aprendizaje durante la adolescencia centrado sobre las relaciones sociales. Esta referencia al aprendizaje social contiene implícitamente una referencia de la importancia del funcionamiento intelectual.¹⁷

¹⁶ Bassas, Nuria y Tomás, Joseph; *Carencia Afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia*. Ed. Laertes, Barcelona, 1996, pp. 167 - 201

¹⁷ Las consideraciones que se presentan sobre las teorías de Piaget se consultaron en Marcelli, D. Braconnier, A. y De Ajuriaguerra J.; *Manual de Psicopatología del Adolescente*, Ed. Masson Barcelona, 1986, pp. 19 - 36

En la teoría cognitiva de Piaget, después del estado operatorio concreto, el acceso al estado operatorio formal se caracteriza por la capacidad del preadolescente (entre 12 y 16 años) de razonar por hipótesis, abordar el conjunto de los casos posibles y considerar lo real como un simple caso particular.

Resulta esencial comprender que con el estado de comparaciones formales la relación con el mundo que los adolescentes tienen cambia completamente. De tal manera, la inteligencia accede a un nivel tal que se sitúa en el plano de las relaciones entre lo posible y lo real, pero con una inversión de sentido extraordinaria pues, según Piaget, en lugar de que lo posible se manifieste simplemente bajo la forma de una prolongación de lo real o de las acciones ejecutadas sobre la realidad, es, al contrario, lo real es lo que se subordina a lo posible.

Además de esta subordinación de lo real a lo posible, conviene mencionar tres características del pensamiento formal que define J. M. Dolle:

- El pensamiento formal lleva a enunciados verbales;
- Esta sustitución de los objetos por enunciados verbales corresponde a la intervención de una lógica nueva o lógica de las proposiciones, que permite acceder a un número infinitamente mayor de operaciones y de combinaciones de tales operaciones;
- Se constituye un sistema de operaciones de segunda potencia, pues las operaciones anteriores afectaban directamente a los objetos, mientras que las operaciones formales se refieren a estas proposiciones o enunciados, que son ya operaciones, pero en primer grado.¹⁸

¹⁸ Ibid; pag. 34

La adolescencia se comprende como un período privilegiado de aprendizajes sociales y culturales a una edad en la que el individuo no está todavía obligado a conformarse con una función rigurosamente definida, y en la que la flotación de diversos sistemas de identificación permite varios ensayos.

En el caso de Wallon por ejemplo, el valor funcional de la adolescencia es permitir al individuo descubrir y después elaborar un propio sistema de valores sociales (éticos, culturales, profesionales) a través de la toma de conciencia del Yo y la afirmación de su identidad. Este estado permite conseguir a la vez el sentimiento de individualismo y de integración social, gracias precisamente al aprendizaje.¹⁹

Posteriormente, los análisis objetivistas de la conducta en la forma de movimiento y actividad cerebral incorporaron el enfoque metódico a la Psicología como una nueva ciencia. Es así como la mecánica y la representación conceptual de esta forma de movimiento especial dio como resultado el paradigma del reflejo que fue transferido de la Biología a la Psicología por científicos como Schenov, en 1866; Bechterev, en 1913 y Pavlov, en 1926.

Esta corriente postuló examinar los procesos psíquicos superiores como una actividad compleja, gracias a la cual se realiza el reflejo de la realidad. Niegan los procesos volitivos “puramente activos” o “puramente pasivos” de sensación y de percepción. Acercándose determinísticamente a movimientos y acciones voluntarias, siempre en busca de su fundamento eferente. Al estudiar la sensación y la percepción como procesos reflejos, se esforzaron en describir

¹⁹ Ibidem; pp. 35 -36

los componentes eferentes, los cuales realizan su “sintonización” activa y entran en el mecanismo de la formación de la “imagen” de la realidad objetiva.²⁰

La descripción de la organización eferente del aparato receptor fue dada por Grait en 1956, D.G. Kvasov, en 1956, y en los trabajos acerca de la recepción como una complicada actividad orientativa realizada por E.N. Sokolov, en 1957-1958, y con la misma tendencia A.N. Leontiev en 1959.²¹

En conclusión, las funciones psíquicas superiores del hombre, son por sí mismas procesos complejos que autorregulan, que son sociales según su procedencia, mediatizados por su estructura y voluntarios por el modo de su funcionamiento. A diferencia del animal, el hombre nace y vive en el mundo de los objetos creados por el trabajo social, y el mundo de la gente con la cual entra en relaciones. Todo ello forma, desde el principio, sus procesos psíquicos, aunado a los reflejos innatos del niño como la succión, reflejos prensores y otros, se transforman de manera radical bajo la influencia del trato con los objetos. Se forman nuevos esquemas motrices que crean unos “moldes” de dichos objetos, y toman su origen en la equiparación de los movimientos con sus sensaciones objetivas. Lo mismo hay que decir sobre la percepción humana, que se ha formado bajo la directa influencia del mundo objetivo de las cosas, las cuales tienen por sí mismas un origen social y son producto de aquello que Karl Marx denominaba en sentido amplio “industria”.

La génesis social de las funciones psíquicas superiores, su formación en el proceso de la actividad objetiva y de las relaciones, determina la característica esencialmente secundaria de dichas funciones: la estructura mediatizada que L.S. Vigotsky en 1960 indicó reiteradamente como el desarrollo de las particularidades psíquicas no van según el tipo de “evolución según líneas

²⁰ Luria A. R.; *Las funciones Psíquicas Superiores y su organización Cerebral*. Ed Fontanella , Barcelona, España, 1983.

²¹ Ibid;

puras” (cuando una u otra sensación se perfecciona por sí misma), sino según el tipo de “evolución según líneas mixtas”, hablando de otro modo, según el tipo de creación de nuevas estructuras mediatizadas de los procesos psíquicos y de nuevas relaciones “interfuncionales”, encaminadas a la realización de la antiguas tareas con nuevos procedimientos.²²

Para una comprensión más profunda de los cambios cognitivos que tienen lugar durante la adolescencia, resulta obligado recurrir a la teoría del desarrollo del pensamiento de Vygotsky. De acuerdo a este especialista, el adolescente en todo momento compromete su pensamiento. En primer lugar porque incluye estímulos que no están en su campo visual inmediato, y porque además al utilizar la palabra para organizar su discurso, alcanza un rango más alto de efectividad. Con la ayuda del lenguaje, a diferencia de los monos, los niños adquieren la capacidad de ser sujetos y objetos de su propia conducta. Vygostky identifica una segunda fase en el desarrollo del pensamiento, denominado en complejos.²³

Los niños y todavía muchos adolescentes, relacionan los hechos y los objetos de la realidad externa no sólo por su impresión sensorial o subjetiva, sino por los vínculos que pueden descubrir entre ellos. El momento más significativo en el curso del desarrollo intelectual que da luz a las formas más puramente humanas de la inteligencia práctica y abstracta es cuando el lenguaje y la actividad práctica convergen.

La siguiente tarea en complejidad está relacionada a la Formación de Conceptos, que es una actividad que implica la intervención de las funciones

²² Ibidem; pag.

²³ Entre las obras consultadas de este autor están Vigotsky (sic.), L. S.; *La imaginación y el arte en la infancia, ensayo psicológico*, Ed. Fontamara, México, 1997. Vygotsky, L.S.; *Pensamiento y lenguaje*; Ed. Alfa y Omega, México, 1962, y Vygotsky, L.S.; *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*, Ed. Fontanella, Barcelona, 1979.

intelectuales básicas como son la atención, asociación, comparación, diferenciación, imaginación, inferencia, memoria y generalización, que se expresan con una finalidad y un sentido a través del lenguaje.²⁴

Para Vygotsky la adolescencia es un período en donde la imaginación como función intelectual básica sufre cambios significativos al pasar de subjetiva a objetiva. Desde el aspecto fisiológico esta crisis se debe a la formación de un organismo adulto, pero desde el punto de vista psicológico se debe al antagonismo entre la pura imaginación subjetiva y el enfoque racional de los procesos. En otras palabras, entre la razón inestable y la razón estable. De tal manera, la adolescencia se caracteriza por una serie de relaciones antitéticas, contradictorias, de momentos polarizados, lo que le da el carácter de edad crítica o transitoria. Esta es la edad en la que se rompe el equilibrio del organismo infantil sin que se haya podido aún encontrar el equilibrio del organismo adulto.

En este periodo, la imaginación se caracteriza por la superación, el desplome y la búsqueda de un nuevo equilibrio. La actividad de la imaginación en la forma en que se manifiesta en el niño, va desapareciendo en el adolescente. Por lo general o en la mayoría de los casos, el adolescente pierde la afición al dibujo, empieza a criticar sus propios dibujos, dejan de satisfacerle los esquemas infantiles por parecerle demasiado subjetivos hasta llegar a cerciorarse de que no sabe dibujar y deja el dibujo. Tiende también a perder el interés por los juegos ingenuos de años anteriores, por cuentos de hadas, por los cuentos en general.

²⁴ Merino, Carmen, et. al.; “La construcción de las cosmovisiones sociopolíticas en estudiantes adolescentes de secundaria y preparatoria, en sujetos, procesos de formación y de enseñanza – aprendizaje”, en Ducoing, Patricia (coordinadora); *Sujetos, procesos de formación y de enseñanza – aprendizaje*, Tomo I, Ed. UNAM, México, 1998. pag. 37

Surge entonces una nueva forma, doble de la fantasía, ya que la literatura se convierte en la actividad más extendida de la función imaginativa. Se estimula por un vigoroso auge de vivencias subjetivas, por la extensión y el ahondamiento de la vida íntima del adolescente que está creando por entonces su propio mundo interior. Todo este aspecto subjetivo anhela materializarse en forma objetiva: en versos, en cuentos, en todas las formas artísticas que el adolescente toma de la literatura de los adultos, que le rodean.

Esta imaginación contradictoria se desarrolla por la línea del apagamiento sucesivo de los momentos subjetivos, y por la línea del crecimiento y robustecimiento de los momentos objetivos. Por lo general en la masa adolescente se reduce el interés por su propia actividad literaria que enfoca ya de modo crítico como hiciera antes con sus dibujos; no le satisface ya la insuficiente objetividad de sus escritos y deja de escribir. Resulta así que el auge de la imaginación y la profundidad de su transformación caracteriza a la fase crítica.

Pero aparecen dos tipos fundamentales de imaginación: plástica y emocional, o exterior e interior. Ambos tipos fundamentales se distinguen especialmente por el material del que construye la fantasía y por las leyes de su edificación. La imaginación plástica emplea preferentemente impresiones exteriores, construye con elementos tomados de dentro. Podemos designar a una objetiva y subjetiva a la otra. La aparición de uno u otro tipo de imaginación y su diferenciación gradual son característica de la adolescencia.

En este punto Vygotsky sostiene que los riesgos de la imaginación en la adolescencia consisten en la caída a la contemplación. La huida al mundo de los sueños suele desviar la energía y la voluntad del adolescente del mundo de lo real. Agrega que algunos autores llegan incluso a suponer que el fomento de la meditación y el aislamiento, el hermetismo, el ensimismamiento con ella

relacionados constituyen rasgos relacionados con la adolescencia. Estos fenómenos constituyen el lado sombrío de la adolescencia. La sombra de melancolía que cae sobre esta edad, este doble papel de la imaginación, hace de ella un proceso complicado, extremadamente difícil de asimilar.

2.2.3. El Enfoque Cultural

En años recientes el estudio y tratamiento específico de los problemas cognitivos y de conducta que afectan a los adolescentes, ha implicado ampliar el horizonte de análisis de todos aquellos elementos externos que influyen en el comportamiento de los jóvenes. El entorno sociocultural es un aspecto de gran atención en los trabajos actuales de especialistas dedicados a los grupos adolescentes.

La adolescencia se caracteriza por los cambios biológicos y psicológicos de los jóvenes que la atraviesan, y en ellos influyen también los estímulos provocados por las fuerzas culturales y sociales de su entorno. En su búsqueda de identidad y de ser aceptados en su ámbito social, los adolescentes pueden ser influenciados por todo lo que les rodea (familia, escuela, maestros, compañeros, amigos, medios masivos de comunicación, situación social y económica, etc.), de diferentes formas, que podríamos diferenciar como positivas o negativas y son determinantes en su conducta.

En el ámbito escolar el adolescente, en su calidad de alumno, vive una serie de experiencias que son susceptibles de considerar como un objeto de estudio. Se cuenta con la necesidad de saber quiénes son los alumnos, cómo viven su situación de escolarización, qué intereses tienen, qué les preocupa, cómo se las arreglan para transitar entre distintos contextos de participación en los que

cotidianamente se desarrolla su vida y en los que la Escuela ocupa un lugar central.

Erickson y Shultz (1996) proponen analizar la experiencia de los estudiantes en el sentido de una combinación de aspectos socioculturales, emocionales y cognitivos. Los relatos de los jóvenes proporcionan los episodios con los que se puede analizar la experiencia escolar. Estas narraciones ofrecen expresiones culturales de alumnos y alumnas que combinan fenómenos socioculturales, emocionales y cognitivos.

Claudia Saucedo analizó el género de pertenencia como el referente para entender el por qué se está en la escuela, cómo se establecen relaciones de amistad, cómo se interactúa con los maestros y cómo se participa en los marcos de actuación y de interpretación para el desarrollo de las clases. También consideró la experiencia de la escuela de los alumnos en función a la realidad sociocultural en la que viven; y, por último, la perspectiva personal que cada adolescente construye al paso del tiempo.²⁵

El adolescente, en este caso, se retroalimenta de contextos sociales que determinan su formación cultural. Además, las prácticas de socialización del adolescente se generan en los diferentes contextos sociales donde se desarrolla. De aquí se deriva el concepto de cultura como un conjunto de recursos socioculturales de los que el individuo se apropia, y con los cuales queda inmerso a su vez en los contextos sociales. Con esto debemos discernir cómo están constituidos culturalmente los procesos psicológicos.

Este enfoque cultural resulta de suma importancia para el trabajo del psicólogo en grupos de población de bajos ingresos, como es el caso de los grupos

²⁵ Saucedo, Claudia; *Expresiones genéricas de los adolescentes en el contexto sociocultural de un CONALEP*, CINVESTAV, México, 1998

objetivo del presente trabajo, dado que en estos estratos sociales, los aspectos educativos y culturales se subordinan a la pobreza. En ese contexto económico social de pobreza, los jóvenes generalmente presentan carencias y poca disposición material y motivacional para proseguir con sus estudios, y son recurrentes los problemas de reprobación, deserción y baja calidad del aprendizaje. El fracaso escolar suele traducirse en posteriores conductas de inseguridad, conformismo, desmotivación o inseguridad afectiva que marcará la vida futura del adolescente en situación de pobreza.

2.3. Psicología de la Salud y Psicología Clínica

2.3.1. Psicología de la Salud

Dada la naturaleza de su trabajo, comúnmente se ubica al psicólogo dentro del campo de la salud, así como en los escenarios en donde el cuidado de la salud es el objeto de su actividad.²⁶

Los avances registrados en otras áreas de la Psicología, particularmente de la Psicofisiología y de la Psicología Experimental, han permitido establecer nuevas relaciones entre los procesos psicológicos y los fisiológicos, abriendo además otras perspectivas de medición e intervención a relaciones psicofisiológicas, mismas que únicamente pueden observarse en el laboratorio, y por tanto su tratamiento clínico sólo se maneja de manera tangencial.

A su vez, esta nueva situación ha favorecido el desarrollo de vínculos laborales entre los psicólogos y otros profesionistas de la salud, abriendo nuevos

²⁶ La Psicología de la Salud ha sido definida como “El conjunto de contribuciones de la disciplina psicológica en lo científico y profesional dirigidas a: la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención y tratamiento de la enfermedad; la identificación de la correlación etiológica y de diagnóstico de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas; el análisis y mejoramientos de los sistemas de salud; y, la formulación de políticas de salud” (American Psychological Association, 1981).

escenarios de intervención para una mayor participación de los psicólogos en equipos multidisciplinarios de salud.²⁷

Dentro de los nuevos campos de trabajo que se han generado para los psicólogos se encuentran el tratamiento y estudio de las adicciones; la prevención primaria, la educación para la salud; la Neuropsicología, la retroalimentación biológica en sus distintas aplicaciones - que van desde la prevención de reacciones de ansiedad y de angustia, hasta el parto psicoprofiláctico asistido con retroalimentación biológica -; y el tratamiento de trastornos psicósomáticos incipientes, entre otros.

Otra vertiente ha sido la atención al paciente crónico degenerativo en general y en particular la atención y tratamiento de los pacientes con cáncer con el consiguiente desarrollo de la psicooncología; de pacientes con trastornos del sistema inmunológico y con trastornos autoinmunes; de trastornos psicofisiológicos en general; de algunas alteraciones cardiovasculares y de trastornos emocionales como el stress; de trastornos sexuales; de la hipertensión arterial, esencialmente en su fase incipiente crónica y crónico degenerativa; el desarrollo de programas para la promoción de la adherencia terapéutica, de desarrollo comunitario y nuevas opciones para el tratamiento de alteraciones psicológicas tradicionalmente atendidas en el marco de la psicoterapia y de la psiquiatría, como la anorexia, la bulimia, la ansiedad, y algunos trastornos fisiológicos asociados al stress.

En general se puede decir que los procedimientos psicológicos destinados a la promoción, el cuidado y mantenimiento de la salud, se han aplicado a los tres niveles de atención, y que la atención psicológica que se puede brindar con la

²⁷ Rodríguez, Graciela y Palacios, Jorge; "Algunas consideraciones sobre la Psicología de la salud en México", en Urbina Soria, Javier; op. cit. pp 473 - 474.

perspectiva de la Psicología de la Salud, va desde el nivel comunitario hasta el de la atención de los pacientes que han sido desahuciados.

Las aplicaciones de la tecnología psicológica han sido, fundamentalmente, en lo relativo al desarrollo y aplicación de procedimientos preventivos, correctivos, de rehabilitación y de apoyo.

Las actividades del psicólogo de la salud en cuanto a la prevención, consisten en identificar los patrones de comportamiento que llevan o predisponen a la enfermedad, modificando su prevalencia e incidencia en la comunidad, anticipándose al daño para establecer el principio de que la salud es un estado general del organismo humano que puede ser prolongado de manera indefinida, si se atiende tanto a la conducta de los individuos como a la cultura de sus sociedades.

La Psicología de la Salud es un área que permite una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo.

Su intervención requiere de la detección precoz de la incidencia y de la prevalencia de los patrones conductuales que conducen a la enfermedad, es decir, cuando todavía no se ha dañado la salud del individuo. Al mismo tiempo que se detecta, se aplican los procedimientos de modificación de tales patógenos conductuales, lo que implica una intervención cognitivo conductual para impedir el desarrollo de éstos y para que en su lugar se puedan establecer

patrones de cognición y comportamiento que favorezcan la salud de los individuos.²⁸

2.3.2. Psicología Clínica

Para los propósitos del presente trabajo, el tratamiento de los casos estudiados se sustenta en la concepción de la Psicología como una ciencia natural experimental cuyo objeto de estudio es el comportamiento de los organismos individuales. Los conocimientos científicos de la Psicología conforme a esta visión abarcan la interacción del organismo y su medio (su comportamiento) y, junto a los aspectos técnicos aplicados, se enfocan a la solución de problemas de naturaleza social. Por esta razón la Psicología comparte dos metodologías bien definidas: la de las ciencias biológicas experimentales y las ciencias sociales.

Mi actividad profesional como psicólogo se orienta a resolver problemas referentes al comportamiento humano ya sea a nivel individual o de pequeños grupos. Si tomamos en cuenta las funciones que Ribes (1980) especificó para el desempeño de la labor profesional de los psicólogos tenemos las siguientes:

- Funciones de Detección de Problemas, tales como carencias de forma de comportamiento socialmente deseables, o de potencialidades cuyo desarrollo es requerido para satisfacer prioridades individuales o sociales. (Evaluación y Diagnóstico)
- Funciones de Desarrollo, orientadas a promover cambios a nivel individual o de grupos para facilitar la aparición de comportamientos potenciales

²⁸ Ibid; pp. 475 - 476

requeridos para el cumplimiento de objetivos individuales y de grupo, en lo que ha recursos humanos se refieren. (Educación y Capacitación)

- Funciones de Rehabilitación, para la atención de aspectos deficitarios en el comportamiento de individuos o de grupos. (Reeducación y Prótesis)
- Funciones de Planeación y Prevención, para el diseño de ambientes, predicción de problemas a mediano y largo plazos, y disfunción de algunas actividades profesionales de apoyo entre personal paraprofesional y no profesional.
- Funciones de Investigación, enfocadas a la evaluación controlada de instrumentos de medida, el diseño de tecnología y el establecimiento de habilidades interdisciplinarias en el área de la salud y el cambio social.

Estas funciones profesionales del psicólogo inciden en áreas de problemas y escenarios sociales como la salud pública, la productividad, la instrucción, la ecología y la vivienda, propias de instituciones públicas y privadas de salud y educativas, centros laborales y de producción, reclusorios, y finalmente el laboratorio de investigación.

Por su parte, la Psicología Clínica se ocupa esencialmente de problemas emocionales, empleando diferentes técnicas y aplicando los principios de la Psicología al individuo, con el fin de reducir sus tensiones para que pueda lograr una mayor adaptación a la realidad.

El Psicólogo Clínico se especializa en la evaluación y tratamiento de las personas que sufren problemas emocionales o de ajuste. Típicamente, es un conocedor de la Psicología de la Personalidad, Psicopatología y Psicometría; y también se le entrena en la aplicación de Diagnóstico y Técnicas Psicoterapéuticas; se pueden adquirir otras destrezas y tácticas a medida que

asume nuevas responsabilidades; por ejemplo, como asesor en higiene mental en la comunidad, en agencias publicitarias, en departamentos gubernamentales e industriales.

A partir de la definición de las funciones que corresponden a los psicólogos, se puede definir como funciones del Psicólogo Clínico las de:

- a) Evaluación y diagnóstico de personalidad, inteligencia y aptitudes.
- b) Consultoría y psicoterapia.
- c) Intervención preventiva a nivel comunitario.
- d) Investigación aplicada a la personalidad, Psicología anormal, y de técnicas y métodos de intervención clínicos.
- e) Selección, entrenamiento y supervisión.

El instrumental técnico que utiliza el psicólogo clínico abarca las Técnicas de Diagnóstico, de Intervención, de Prevención, y las de Investigación. Las Técnicas de Diagnóstico se componen de entrevistas, pruebas psicométricas, encuestas, cuestionarios, técnicas sociométricas, pruebas proyectivas, la observación, el registro instrumental y los análisis formales, dependiendo del marco teórico que maneje cada uno de los profesionales de la conducta.

Las Técnicas de Intervención pueden ser fenomenológicas, psicodinámicas, conductuales, dinámica de grupos, sensibilización, educación psicomotriz, manipulación ambiental, retroalimentación biológica, publicidad y propaganda.

Entre las Técnicas de Prevención, las más utilizadas son las de capacitación a paraprofesionales y las aplicadas en la Intervención, exceptuando la educación psicomotriz.

Las Técnicas de Investigación abarcan el registro, el análisis cuantitativo de datos y la formación de modelos, y que se utilizan de manera general en otros campos científicos,

Con respecto al área de trabajo, el Psicólogo Clínico tiene posibilidades de incidencia en clínicas y hospitales, centros de orientación infantil, centros comunitarios de salud mental, escuelas, reformatorios y prisiones, centros de salud, industrias, ejercicio privado, profesor o investigador.

2.4. La importancia del Contexto Social

Durante mucho tiempo en México, los grupos olvidados socialmente lo habían sido también por la investigación científica. La deformación de la realidad y la incomprensión de la importancia de considerar un punto de vista sociológico para analizar la conducta, impedían estudiar el problema de la conducta antisocial de los menores y adolescentes, insertado en el marco general de nuestra sociedad y sistema económico.

Es muy frecuente unir a la idea de niñez y adolescencia como fenómenos excepcionales de carácter patológico, la de que la marginalidad es una situación patológica o casi patológica producto de la desadaptación de ciertos individuos o grupos a la sociedad en que viven. Sin embargo, desde mi punto de vista, la marginalidad debe de ser analizada como un problema estructural de gran complejidad que no permite explicaciones simplistas que terminan separándola de la sociedad en que está inserta.

Un estudio realizado en 1979, basado en información recabada por la Sección de Estadística del Consejo Tutelar para Menores Infractores del Distrito Federal, aporta importantes elementos en torno a la conducta antisocial del adolescente

y las variantes sociales que adopta cuando la urbanización y el crecimiento industrial influyen en estos sectores.²⁹

Los datos generan elementos de análisis de las características que influyen a nivel social, la estructura familiar, sistema educativo, estructura ocupacional y los rasgos característicos de los menores infractores.

En el primer caso, la marginalidad urbana se presenta como un fenómeno multidimensional, es decir, abarca todos los aspectos de la vida, ya sea económico, social, cultural y político. Entre algunos indicadores de estos grupos destacan la mayor proporción de migrantes en ocupaciones marginales, el bajo nivel educativo, la escasa participación tanto en el plano político como en organizaciones de base y las tendencias a postergar aspiraciones tanto educacionales como ocupacionales a favor de sus hijos.

El estudio de las condiciones que rodean la existencia de los menores, exige el análisis de la estructura familiar en cuyo seno crecen y reciben determinadas influencias del mundo adulto. Según el estudio citado, el 25 % de menores de sexo masculino y el 46 % del femenino no viven en el seno de lo que podría llamarse una familia normal. Estos resultados corresponden a una forma especial de vida familiar, asociada con frecuencia a situaciones económicas y culturales que, en los estratos bajos, ocasiona la ausencia de alguno de los padres.

El funcionamiento de este tipo de estructura social no debe ser visto exactamente como síntoma de desintegración social, sino como una situación permanente producida por diversos factores asociados a la modalidad de desarrollo económico de una sociedad, que propician, en este caso, un tipo

²⁹ Instituto Nacional de Ciencias Penales, "Marginalidad y Conductas Antisociales de Menores (Un estudio exploratorio)", México, 1979.

específico de integración sustentado en condiciones de bajo ingreso económico y una educación formal deficiente.

En poco más del 50 % de los casos tanto el padre como la madre asistieron a la escuela, pero la escolaridad media no superó los 5 y 4 años. Aunque se examinó en forma subsecuente el abandono de la familia por parte del padre y el grado de escolaridad, en el análisis de la estructura familiar no cabe considerar el nivel educacional como factor causal de desequilibrio y ni siquiera podría afirmarse que esta situación se presenta asociada a los niveles más bajos de la educación formal.

En cuanto a la estructura ocupacional de los padres de los menores infractores, poco menos del 50 % son trabajadores especializados y 36 % desempeñan ocupaciones de tipo marginal (trabajador no calificado). Con relación a los primeros, que desempeñan ocupaciones en la industria fabril, artesanal, comunicaciones, transportes, construcción y servicios sociales, se trata en su mayoría de trabajadores eventuales que laboran por día o por contrato, según la demanda y sin seguridad social, con fluctuaciones de su empleo que no le permiten contar con una entrada económica segura o permanente. Por su parte, los trabajadores no calificados – que incluyen entre otros a comerciantes en pequeño, vendedores ambulantes, trabajadores de oficina y otros servicios auxiliares – reciben en su mayoría salarios inferiores al mínimo y carecen también de permanencia y seguridad en el trabajo.

Para completar el marco general de indicadores de la familia, a través del número de sus miembros, el promedio típico es de 7, siendo el número normal entre 6 y 10, con un máximo de hasta 15, con una tendencia hacia el aumento del número de sus miembros.

En cuanto a los rasgos característicos de menores infractores, se deben tomar en cuenta los aspectos personales, educacionales y ocupacionales. De manera general, se observa que los indicadores de los hogares de los cuales provienen los menores infractores se refieren a:

- Otros miembros de la familia con antecedentes penales, inmorales o alcohólicos.
- Ausencia de uno o de ambos padres.
- Carencia de control paternal por ignorancia o enfermedad.
- Incompatibilidad en el hogar, que se manifiesta por la dominación de un miembro, favoritismos, exceso de preocupación o severidad, por negligencia, etcétera.
- Diferencias religiosas o raciales, diferencias de estándares o valores.
- Presiones económicas como el desempleo, la pobreza o el hecho de que la madre trabaje.

Estudios más recientes recabados en la Encuesta Nacional de Salud, informan que en México la población se percibe como sana, aunque un 2 % considera que su salud mental es mala. La exposición a tabaco (100 cigarrillos en su vida) es de 9 %, y solamente el 42 % de jóvenes nunca había fumado (25% en jóvenes de 19 años). Situaciones similares se observan con la exposición al alcohol, donde a los 19 años la prevalencia asciende a 31 %.³⁰

Otro problema serio en esta población es el sobrepeso y obesidad, pues desde los 16 años un tercio de las jóvenes presenta exceso de peso. Sin embargo, el principal problema de salud que se registra en los jóvenes son los accidentes y la violencia, que se expresa en el incremento de la utilización de los servicios de

³⁰ Instituto Nacional de Salud Pública; *Encuesta Nacional de Salud 2000*. Edición del Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, México, 2003. Ver Tomo I, capítulo 3, pp.74 -77

atención médica. Los traumatismos y las fracturas representan un alto porcentaje dentro de los motivos de ingreso hospitalario.

Finalmente, la mortalidad de jóvenes, menor en comparación con otros grupos de edad, se da principalmente por causas externas (homicidio con mayor incidencia en hombres y suicidio en mujeres).

SEGUNDA PARTE: REPORTE DE ACTIVIDADES PROFESIONALES

Capítulo 3

Procedimiento de Trabajo

En este capítulo describo y analizo el ejercicio profesional que, en mi carácter de Psicólogo Clínico, he venido realizando en la Clínica de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (CAISA) del Hospital Materno Infantil de Inguarán (HMII).

Para describir la metodología de trabajo en la atención de los casos que se presentan en esta institución, expongo en primer término la diferenciación que existe entre la conducta normal y anormal, de tal forma que puedan ser comprendidos los trastornos de personalidad que en esta labor se llegan a atender.

Posteriormente, analizo la forma en que los modelos teóricos médico, psicoanalítico, conductual, cognitivo, humanista y sociocultural en Psicología, abordan la atención de la Salud Mental. Incluyo también un apartado dedicado a la exposición de los trastornos de la adolescencia, para considerar los casos que preferentemente son atendidos en la CAISA.

Una vez realizada esta contextualización de la conducta atípica y los trastornos de la personalidad en la adolescencia, expongo en forma detallada el procedimiento metodológico que utilizo en mi práctica profesional para la atención de los casos que se presentan en la CAISA. Desde la recepción del paciente, el diagnóstico de su problemática, su identificación y los criterios de clasificación a utilizar. Así también, describo el procedimiento con el cual es tratado el menor durante su estancia en las sesiones terapéuticas psicológicas.

3.1. La clasificación de la conducta anormal

El objetivo de esta sección es describir la forma en que el Psicólogo de la CAISA atiende a los adolescentes que presentan trastornos de conducta en la escuela y/o en el ambiente familiar. Se abordan diferentes puntos de vista de lo que se ha considerado como los trastornos de conducta desde las perspectivas de los modelos médico, psicodinámico, conductual, cognitivo, humanista y el sociocultural.

El modelo sociocultural fundamenta mi marco teórico, por lo que me enfocaré a él con mayor detalle. El ambiente sociocultural de la escuela y el de la familia influyen en la conducta del adolescente y determinan ciertas prácticas conductuales consideradas atípicas. Me propongo destacar también que la labor del Psicólogo en la atención de los adolescentes enfrenta problemas recurrentes. Otro de los aspectos que desarrollo es la clasificación de los adolescentes con trastornos de conducta a través de instrumentos acertados como el DSM-IV. Posteriormente, describo cómo se realiza el trabajo en la CAISA desde una perspectiva sociocultural con respecto a la atención de los adolescentes que acuden a ella y presentan problemas de conducta. Finalmente, presento seis casos en donde se trabaja en la problemática que los menores presentan tanto en la Escuela como en la Casa.

Los temas que se mencionan en el presente capítulo forman parte de la problemática que los padres de familia y maestros reportan de los adolescentes, tales como: la falta de interés por la escuela, conductas de reto hacia los adultos, escaso o nulo cumplimiento de tareas escolares, mitomanía, robo, vagancia, introversión, baja autoestima, elementos que suelen presentarse en forma combinada.

El reto para el psicólogo de la CAISA es identificar y definir los trastornos de conductas en los adolescentes; detectar los factores socioculturales influyentes

positiva o negativamente en su desarrollo; determinar que la etapa de la adolescencia es un campo fértil para la aparición de determinados tipos de problemas, por lo que la acertada clasificación de las conductas del menor permita dar el tratamiento apropiado para desarrollar habilidades sociales en el adolescente y fortalecerlo en el ámbito académico y emocional.

El psicólogo de la CAISA es el especialista que atiende a menores adolescentes que presentan trastornos de conducta y bajo rendimiento escolar. En el proceso de atención, el menor y sus padres realizan un conjunto de actividades y en forma paralela, son tratados también por el grupo multidisciplinario de la CAISA, integrado por médicos, psicólogos, trabajadores sociales y pedagogos.

Los Problemas de Conducta son una de las principales causas de consulta en la CAISA, que se encuentran predeterminados por factores socioculturales, económicos; escolares; familiares e individuales.

3.1.1. Los modelos teóricos de la conducta anormal

Hommells, Oslorn y Berrios consideran que la mayoría de las personas son capaces de desempeñar los roles familiares y sociales que les corresponden de acuerdo con su época histórica. De tal manera, los individuos realizan sus actividades de trabajo, educativas, culturales, políticas, de convivencia y afectivas dentro del núcleo social en que se desarrollan. Sin embargo, existen algunos individuos que son incapaces de adaptarse a las exigencias de la sociedad o que no logran funcionar dentro de las pautas generales que marcan los roles establecidos, por lo que muestran conductas diferentes a las comunes, las cuales son calificadas inicialmente como anormales.¹

¹ Feldman, Robert S.; *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. Ed. Mc Graw Hill, México, 2002. capítulo 12 pp. 496

En el pasado, el comportamiento anormal fue vinculado a la superstición y la brujería. A las personas que manifestaban una conducta anormal, se les acusaba de estar poseídos por el demonio o por alguna especie de dios maligno. Las autoridades justificaban su método de “tratar” al comportamiento anormal con la argumentación de que intentaban expulsar la causa del problema. El “tratamiento” solía implicar severos castigos físicos y penitencias y, a menudo, el remedio era peor que el padecimiento.

Los enfoques contemporáneos de atención a las conductas atípicas adoptan una postura mucho más racional y humanista. Uno de ellos es el modelo médico, el cual sostiene que si un individuo muestra síntomas de comportamiento anormal, el conocimiento de las causas debe encontrarse a través de un examen físico de la persona que puede revelar un desequilibrio hormonal, una deficiencia química o una lesión cerebral, generadora de dicho comportamiento.

Resnick (1992), Brunner (1993), Crow (1993), Petrowsn y Kennedy (1955) consideran que gracias a los avances científicos actuales, muchas formas de comportamientos anormales han sido vinculadas con causas biológicas. Avances recientes en la comprensión de las bases biológicas del comportamiento han corroborado la importancia de considerar los factores fisiológicos en la conducta anormal. En este sentido, se ha observado, por ejemplo, que algunas de las formas más severas de perturbación psicológica son resultados de factores genéticos o disfunciones de la conducción de los neurotransmisores.²

Sin embargo, se ha descubierto también que existen muchas formas de conducta anormal en las cuales no se identifican causas biológicas. En este caso, el Modelo Psicoanalítico sostiene, según Horgan (1996),³ que la conducta anormal es provocada por conflictos de la infancia surgidos de los deseos contrapuestos a lo sexual y a la agresividad. Por su parte, Freud plantea que los niños atraviesan por

² Ibid; pp. 496 – 497.

³ Ibidem; pag. 497

una serie de etapas en donde los impulsos sexuales y agresivos asumen distintas formas y estimulan conflictos que precisan de solución. Si los conflictos de la infancia no son resueltos con éxito, permanecen sin resolverse en el inconsciente ocasionando eventualmente en la edad adulta un comportamiento anormal.

Por su parte, el modelo psicodinámico estudia los episodios de los primeros años de vida de los individuos. También sostiene que la persona tiene un control muy escaso sobre su comportamiento, en virtud de estar guiado por impulsos inconscientes. Las personas pueden tener una vida interior rica y profunda y las experiencias primeras pueden tener un efecto profundo en el funcionamiento psicológico posterior.

Por otro lado, en el Modelo Conductual se concibe al comportamiento normal y anormal como respuestas a un conjunto de estímulos. Dichas respuestas han sido aprendidas en experiencias anteriores y en el presente son guiadas por estímulos que se encuentran en el entorno del individuo. Por tanto, para explicar por qué ocurre el comportamiento anormal se debe analizar cómo se aprendió y observar las circunstancias donde dicho comportamiento anormal se manifiesta.

Otro enfoque dentro de la Psicología para abordar los problemas de conducta es el correspondiente al Modelo Cognitivo. Dicho modelo plantea que las cogniciones, es decir los pensamientos y creencias de la persona, son un componente central del comportamiento anormal. Por ello, uno de los principales propósitos del tratamiento aplicado por el Modelo Cognitivo, es la enseñanza de nuevas formas de pensar más adaptativas. Al cambiar las cogniciones, los psicólogos buscan proporcionarles a las personas los medios para auto liberarse de pensamientos y comportamientos desadaptativos (Werry y Woolersheim 1967).

Otro modelo reciente, conocido como Humanista, concibe a la persona como un ente racional, orientada hacia un mundo social y motivada para relacionarse bien con los demás individuos de la sociedad (Rogers, 1980). Las personas se perciben, además, como poseedoras de una conciencia de la vida y de sí mismas

que las conduce a buscar un sentido y valía personal. En lugar de suponer la necesidad de una “cura”, el modelo humanista sostiene que los individuos pueden forjar sus propios límites acerca de lo que debe constituir el comportamiento adecuado. Siempre y cuando no provoque daño a los demás, ni sientan angustia personal, los individuos deben tener libertad para elegir el comportamiento que mejor les satisfaga.

Finalmente, el modelo Sociocultural asume la construcción del comportamiento normal y anormal del individuo, dentro del conjunto de participaciones existentes en el grupo familiar, sociedad y cultura en los que viven los individuos. De acuerdo con esta perspectiva, la naturaleza de las relaciones sociales puede favorecer comportamientos anormales e incluso provocar su aparición. En consecuencia, la diversidad de tensiones y conflictos experimentadas por las personas en su entorno como parte de sus interacciones diarias con los demás pueden propiciar la aparición y el mantenimiento del comportamiento anormal.

Desde esta perspectiva, los problemas específicos de los adolescentes pueden ser resultado de construcciones sociales originadas en contextos sociales particulares. Las personas manejan significados en torno al significado de ser individuo, de cómo comportarse y participar en relación a cierto tipo de prácticas. Cuando se presentan problemas, los investigadores del enfoque sociocultural analizan cómo las propias personas designan una conducta para convertirla en patología, o qué empiezan a realizar los individuos en sus contextos sociales para definir, enfrentar y proponer soluciones en torno a los problemas. Así, los problemas de carácter psicológico no se piensan como resultado de las características individuales, sino como construcciones a partir de una fuerte relación entre individuo y sociedad.

3.2. La escuela como un medio sociocultural

En el estudio de Saucedo (2001) se menciona un conjunto de investigaciones realizadas por diversos autores para analizar la relación existente entre familia, grupo social y escuela en distintos países.⁴ A continuación retomo las ideas principales que dicha autora sintetizó en su trabajo.

Según Saucedo, autores como Erikson (1987), Flores-González (1991) Foley (1991) y Gibson (1997), se plantean como punto de análisis las experiencias que las personas tuvieron de la escuela a través del relato de las mismas y los usos del concepto Cultura, como elementos moldeadores de la actuación del adolescente en su actuar durante su época de estudiantes. Por ejemplo, Bourdieu y Passeron (1977) se interesaron por la relación dada entre los grupos sociales de clase baja y la Escuela, refiriendo un conjunto de disposiciones (habitus) caracterizadas como la falta de habilidades, estilos de comportamiento, de interacción y de lenguaje que no les facilitarían su estancia en la Escuela. Lo que hacían los menores era reproducir las formas de vida de sus padres.

Saucedo también analizó cómo Willis (1977 - 1988) ha investigado sobre Cultura y Educación, analizó la vida de unos adolescentes (los lads) que rechazaban la ideología del logro, se oponían a la autoridad de los maestros y eran disruptivos en los salones de clases. Perteneían a familias de la clase obrera y reproducían conductas favorables a dicha cultura, pero chocaban con la disciplina de la escuela, pues se reconocían como futuros trabajadores y, por tanto, pronto dejarían la Escuela. Willis calificó el comportamiento lads, de resistencia a la institución escolar, y al mismo tiempo producía una cultura con el uso creativo de los discursos, los significados, los materiales, las prácticas, y los procesos de

⁴ Saucedo, Claudia; *Entre lo colectivo y lo individual: la experiencia de la escuela a través de relatos de vida*. Tesis de Doctorado en Ciencias, Especialidad en Investigaciones Educativas. México: Departamento de Investigaciones Educativas, CINVESTAV/IPN, México, 2001. Páginas,

grupo (1993 - 449). Willis rescató la oposición de los alumnos a la escuela como formas de resistencia que daban cuenta de su capacidad como agentes para enfrentar la cultura escolar. Bajo esta línea, Ogbu (1982,1990) planteó el por qué alumnos pertenecientes a grupos minoritarios tenían un bajo desempeño académico en comparación con alumnos anglosajones, por lo que propuso que las personas en los grupos sociales poseían modelos culturales que les permitían comprender su mundo, su conducta dentro de él y guiar su actuar y sus interpretaciones.

La teoría de la deprivación cultural plantea que en las familias de escasos recursos los padres no estimulaban adecuadamente a los niños en las distintas habilidades requeridas para la escuela y ello se reflejaba en un bajo rendimiento escolar. La teoría del conflicto cultural por su parte, sostiene que el fracaso escolar es el resultado de los conflictos o discontinuidades entre el contexto social de las familias y lo que se demanda en la escuela (Ogbu, 1982).⁵

Hablar del adolescente y la escuela es hablar de un ámbito sociocultural específico que implica conocer quiénes son los alumnos, cómo viven su situación de escolarización, qué intereses tienen, qué les preocupa, cómo se las arreglan para transitar entre distintos contextos de participación en los que cotidianamente se desarrolla su vida y en los que la Escuela ocupa un lugar central.

La experiencia de la escuela que los alumnos tienen en función a la realidad sociocultural en la que viven, cambia a lo largo del tiempo y a la vez se efectúan transformaciones en el desarrollo de los adolescentes como por efecto de las diferencias en las estructuras y prácticas educativas. (Dubet y Martucelli, 1998).

Existe un relator (actor) que se retroalimenta de contextos sociales, los cuales determinan la constitución cultural de dicho actor como una persona educada. Las

⁵ Ibidem; paginas, 498.

prácticas de socialización se generan en los diferentes contextos sociales y se caracterizan por las maneras de hablar, narrar los hechos, y discursar en relación al tema de la escuela. De aquí se deriva el concepto de cultura como un conjunto de procesos socioculturales de los cuales se apropia el actor y con esto queda inmerso en los contextos sociales.

Con esto debemos discernir cómo están constituidos culturalmente los procesos psicológicos. Cabe destacar que hasta el momento se ha estudiado al individuo en relación con sus procesos psicológicos dentro de sus contextos históricos, sociales y culturales. Sin embargo, se deben investigar también los procesos socioculturales desde las perspectivas de la Antropología (educación), la Sociología, la Historia, la Sociolingüística y la Psicología Cultural. El marco de interpretación gira en torno al sentido que la escuela tiene para las personas y cómo este sentido se vincula con la familia.

3.3. La familia como un medio sociocultural

En la dupla familia - escuela las condiciones económicas determinan el lugar que la escuela ocupa en la vida de las personas. Desde la perspectiva del análisis de la marginalidad, para Bar Din (1995) la educación es un elemento tiránico, porque los padres envían a sus hijos a la escuela por obligación, pero en realidad no les interesa y por tanto no motivan a los menores. A los padres les genera malestar comprar uniformes, útiles y asignar un espacio para los estudiantes. En otras palabras, la asistencia a la escuela depende de las motivaciones en casa y, si se trata de una familia marginada, la escolarización implica el choque de la cultura de los marginados con la cultura de las mayorías. La cultura de los marginados tiene tres características: las condiciones y recursos materiales que determinan el actuar de las personas; los aspectos culturales se subordinan a la pobreza y el marginado tiene carencias y poca disposición (material y motivacional) hacia la escuela. De esto se deriva el objetivo de conocer el valor que las personas

otorgan a la escuela o cómo la comparan con otro tipo de aprendizaje que consideran más valioso o útil en sus vidas.

Se puede decir, entonces, que la cultura marginal se identifica con la pobreza, en donde el pobre o marginal viene a ser un “otro” que se identifica como grupo distinto a la “mayoría”, para cuyos integrantes la escuela es accesible o tiene mayor valor. Bar Din nos habla de que la cultura es una entidad distinta, autocontenida y deficiente frente a la escuela.

Las familias de sectores populares se caracterizan por la heterogeneidad de su población, economía diversa, ubicaciones variadas en el mercado de trabajo; formas diferentes de sobrevivencia, márgenes distintos de seguridad económica, y se ubican en barrios, predios invadidos, o en la periferia de las ciudades. Sin embargo, Safa (1992) nos habla de una homogenización entre cultura popular y familia, en donde la organización familiar adquiere un significado diferente. Un ejemplo es el valor del trabajo infantil, el cual es visto como un aporte a la economía familiar, pero a la vez un factor de socialización ya que da a los menores buenos hábitos, como el no ser vagos y sí, en cambio, útiles. En este caso, para los padres la escuela es algo muy importante y los niños la captan como el lugar que les ayudará a ser alguien y no repetir la vida de los padres.

En relación a la educación, Sheridan y Martin (1991) plantean que las familias de la clase trabajadora impulsan la escolaridad de los hijos, dependiendo de la posición del padre en el mercado de trabajo y del ethos familiar. En particular, Martin sostiene que no es la pobreza lo que condiciona el éxito o el fracaso del menor en la escuela, sino el ethos de la familia. Así, los padres son capaces de improvisar el apoyo académico y afectivo para que los menores no falten a la escuela, realicen sus tareas y alcancen buenas calificaciones.

La conclusión de los autores es que en las familias donde el jefe tiene una posición más estable y mejor remunerada en el mercado de trabajo, existe un mayor impulso a la escolaridad, en comparación a aquellas familias que necesitan la participación de casi todos los miembros para la sobrevivencia cotidiana.

3.4. Los problemas más comunes en la adolescencia y las habilidades sociales

En esta sección pretendo únicamente enumerar los problemas más comunes que presentan los adolescentes que recurren a la CAISA, sin desarrollar, por tanto, el análisis de las distintas visiones que pueden encontrarse respecto a cada uno de dichos problemas, lo cual sería objeto de otro trabajo. Así también hago consideraciones sobre las llamadas habilidades sociales, en tanto que constituye un ejemplo de los alcances del análisis y teorización de un tema que es necesario que el Psicólogo conozca, porque forma parte de los problemas comunes a la población adolescente durante su formación escolar.

Dentro de las investigaciones que se han hecho en población adolescente, entre los principales problemas que los especialistas han identificado y desarrollado análisis y teorías sobre los mismos, problemas que además son recurrentes en los adolescentes atendidos en la CAISA, destacan: la drogadicción, la inhabilidad para rechazar relaciones sexuales no deseadas, la inasertividad, los problemas emocionales, el tabaquismo, y los problemas de ajuste social

Para enfrentar los problemas más comunes en esta etapa de su vida, el adolescente necesita desarrollar conductas que le permitan tener relaciones interpersonales más satisfactorias, y con las cuales pueda enfrentar los problemas más comunes en esta etapa de su vida. Al respecto Roth (1986) denominó a este tipo de conducta como "habilidades sociales". Por su parte Wolpe (1977) la definió como "una expresión adecuada, dirigida a hacia otra persona, de cualquier

emoción que no sea la respuesta de ansiedad”. Para Kelly (1982) estas habilidades son un conjunto de conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente. Por su parte, Hersen y Bellack (1977) las definen como la capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que resulte una pérdida de reforzamiento social.

Se puede decir que las habilidades sociales son conductas aprendidas y aprobadas socialmente, las cuales dependen del contexto en el que se emiten, la edad, el género, la clase social y la educación de quien las pone en práctica, y además pueden producir un reforzamiento más positivo que negativo. De acuerdo con Caballo (1986), la conducta socialmente habilidosa es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que, generalmente, resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Es un hecho que los adolescentes necesitan desarrollar una amplia gama de habilidades sociales diferentes a las aprendidas durante la niñez, tales como iniciar y mantener conversaciones, hacer preguntas, expresar sentimientos positivos y negativos de forma adecuada, habilidades para afrontar la presión de grupo, las burlas de compañeros, habilidades asertivas, planear actividades y distribuir su tiempo. La ventaja del adolescente es que en su ámbito de referencia tiene más oportunidades de aprender actitudes, costumbres y un sistema de valores nuevo susceptible de coincidir o no con el propio.

Se hace necesario el aprendizaje continuo de habilidades sociales para la adaptación efectiva al medio social, permitiéndoles solucionar problemas, hacer amigos, conversar, participar en clase, y en diferentes grupos, integrarse e identificarse con sus iguales, aprender comportamientos heterosexuales, planear

sus actividades académicas, preguntar a sus maestros, para resolver sus dudas académicas entre otras cosas.

El menor que carece de habilidades sociales tiende a presentar otro tipo de conductas que alertan a padres o maestros debido a que interfieren en buen desempeño del adolescente en sus actividades cotidianas, dichas conductas pueden caer dentro de una clasificación que nos indique algún padecimiento susceptible de ser atendido por el Psicólogo u otros miembros del equipo de salud.

3.5. Clasificación de los trastornos de conducta

Para la clasificación del comportamiento anormal en la CAISA se utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*, DSM en sus siglas en inglés)⁶ instrumento que nos permite tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología. En este Manual, cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o como un patrón de comportamiento o psicológico de significación clínica que parece asociado a un malestar (dolor), a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe de considerarse como la manifestación individual de una disfunción del comportamiento, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

⁶ DSM-IV; *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson, Barcelona, 2002

Este manual fue propuesto en los Estados Unidos de América (EUA) por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), para establecer un diagnóstico psiquiátrico después del examen de un enfermo mental. Su clasificación de los síndromes y de las enfermedades ha evolucionado desde 1952, año en el que aparece el DSM I; en 1987, nace la forma revisada DSM III; y en 1994 se presentó el DSM IV, el cual contiene coincidencias con la otra gran clasificación de trastornos mentales a escala internacional, la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE).

El DSM-IV evalúa el comportamiento con base en cinco dimensiones diferenciadas o ejes (Evaluación multiaxial). Los tres primeros valoran el trastorno primario: la naturaleza de cualquier problema de personalidad que haya perdurado por un largo periodo en los adultos, o cualquier problema del desarrollo en niños o adolescentes que pueda ser pertinente para el tratamiento y cualquier otra enfermedad o trastorno físico que también pudieran estar presentes.

Los otros dos ejes toman en cuenta consideraciones más amplias. Se centran en la gravedad de los factores estresantes existentes y en el nivel general del funcionamiento de la persona durante el año anterior en sus relaciones sociales, su trabajo, y el uso que hace de su tiempo libre.

La característica principal del DSM-IV (Millon, 1991) es que su diseño es principalmente descriptivo y no intenta sugerir nada con respecto a las causas subyacentes del comportamiento y los problemas de un individuo.

- a) Eje I, trastornos clínicos.
- b) Eje II, trastornos de la personalidad.
- c) Eje III, enfermedades médicas.
- d) Eje IV, problemas psicosociales y ambientales.
- e) Eje V, evaluación de la actividad global.

3.6. Trastornos más comunes reportados en la CAISA

En la CAISA del Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, desde 1991 los problemas de conducta han prevalecido dentro de las 10 causas de consulta de primera vez, ocupando el séptimo lugar en el año 2003, dato que alerta sobre la importancia y la necesidad de abordaje clínico sistematizado para un manejo integral del problema. En el siguiente cuadro expongo las principales causas de consulta de primera vez por la población adolescente:

CUADRO No. 2
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ
EN LA CLINICA DE LA ADOLESCENCIA
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARÁN, DURANTE 2003

ORDEN	CAUSA	CANTIDAD
1	PROBLEMAS PATERNO FILIALES	385
2	TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO PERTURBADOR NO ESPECIFICADO	316
3	ADOLESCENTE EN RIESGO	240
4	CRISIS NORMAL DE LA ADOLESCENCIA	215
5	RINOFARINGITIS	193
6	TRASTORNOS DE LA ACOMODACION Y REFRACCIÓN OCULAR	185
7	PROBLEMAS DE CONDUCTA	182
8	OBESIDAD	159
9	DESNUTRICIÓN	106
10	BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	56

En la CAISA, de los 316 adolescentes referidos por trastornos de comportamiento perturbador no especificado en 2003, el 56% estuvieron relacionados además con trastornos visuales (miopía, hipermetropía, astigmatismo) y 55% con problemas de la dinámica familiar, el 8% con trastorno por déficit de atención, el 7% con trastornos asociados al aprendizaje, el 2% con capacidad intelectual límite, y el 1% con trastornos de lenguaje expresivo.

Otros de los motivos por los que los menores son canalizados a la CAISA son los siguientes:

Abandono o deserción escolar: Se refiere a la inasistencia del adolescente por un periodo de 6 a 12 meses, con la intención de regresar al sistema educativo, en algún momento.

Fracaso escolar: Inasistencia del menor por un periodo mayor de un año sin la intención manifiesta de reinscribirse al sistema educativo. Por lo tanto, está inmerso en otras actividades no escolares que consumen su tiempo (trabajo, enfermedad crónica, economía informal, delincuencia, etc.).

Problema académico: El problema no se debe a un trastorno mental, pero es objeto de atención clínica, por ejemplo la reprobación actual de materias, bajo promedio en general y la posible no acreditación del curso.

Rendimiento escolar: Es una de las expresiones del proceso educativo, perceptible a través de calificaciones, aprobación, reprobación, aprovechamiento, repetición, retención, deserción, egreso, eficiencia terminal y titulación.

Bajo rendimiento escolar: Abarca a los problemas escolares que reúnen los siguientes criterios: a) dos años de desfase de la edad cronológica con la escolaridad actual; b) historia de problemas escolares; c) bajo promedio en años

anteriores; d) antecedente de reprobación de algún año escolar; e) reprobación actual de materias.

La deserción escolar y el problema académico, están relacionadas con inadaptación escolar, programas de estudio inadecuados y problemas socio familiares como los mencionados en el cuadro No. 2. Por otra parte, el fracaso y el bajo rendimiento escolar nos hablan de un problema crónico, con alta probabilidad relacionados con afecciones de daño neurobiológico.

3.7. Organización del Trabajo en la CAISA

Los pacientes atendidos en la CAISA son en su gran mayoría adolescentes enviados por el personal educativo de escuelas secundarias y se trata de alumnos que, generalmente, presentan reportes de conducta y de calificaciones. Cabe destacar que las escuelas condicionan a los alumnos a recurrir a los servicios proporcionados por la clínica, bajo la amenaza de darlos de baja de no hacerlo.

En la entrevista de recepción, el Servicio Médico orienta a los iniciados sobre las obligaciones de los pacientes y sus padres para recibir tratamiento en la clínica. Éstas consisten en participar en las siguientes actividades:

- a) Asistir a los Talleres de Padres que se llevan a cabo en la Delegación Venustiano Carranza el primer lunes de cada mes, durante tres meses, en un horario de 09:00 horas a 13:00 horas, y cubrir una cuota de 20 pesos. El primer taller se denomina “Crecimiento y Desarrollo”; el segundo “Nutrición Deporte y Familia”, y el tercero “Valores y Prevención de la Farmacodependencia”. Cabe destacar que estos talleres son vivenciales y con dinámicas de grupo en los que participa el equipo multidisciplinario de la CAISA. Las actividades en estos talleres constituyen un importante refuerzo práctico para los tratamientos que se aplicarán al adolescente.

- b) El adolescente debe acudir en dos ocasiones al Club de Cine los sábados en un horario de 16:00 a 18:00 horas, en las instalaciones de la CAISA. Después de la proyección de una película, se analiza y se discute su contenido, con el propósito de fomentar la reflexión, comunicación y estima del adolescente.

- c) El adolescente deberá acudir en dos ocasiones al año a una obra teatral en el Teatro del Deportivo Venustiano Carranza. La obra se realiza con adolescentes de la Clínica que participan en el taller de teatro los sábados de cada fin de semana. Se busca con ello mostrar al adolescente los cambios resultantes de las terapias en la conducta de los pacientes en tratamiento.

Cabe destacar que desde el primer día que el menor es clasificado por el Servicio Médico con trastornos de conducta, depresión, bajo rendimiento escolar, y baja autoestima, es atendido por personal de los departamentos de Psicología y Pedagogía.

Para el área de Psicología queda claro que durante la adolescencia los cambios físico, social y psicológico alteran el tipo y la calidad de las interacciones desarrolladas por los jóvenes con sus padres, hermanos, maestros, amigos o adolescentes del sexo opuesto. Como ya he mencionado, en diversos estudios se ha encontrado una relación estrecha entre déficit de conductas prosociales y ciertos trastornos de conducta en diferentes poblaciones.

Cuando el adolescente y padre o tutor cumplen con los requisitos anteriores se lleva a cabo la apertura del Expediente. Para ello, se realiza por parte del área de Trabajo Social un Estudio Socioeconómico; el área Médica realiza una Historia Clínica Médica; y el área de Psicología realiza una Nota Psicológica.

A continuación describo y analizo cinco casos en los que he realizado intervención psicológica para el manejo de las problemáticas mencionadas. La intención de exponer los casos es dar una idea del tipo de intervención que realizo cotidianamente en la clínica.

Capítulo 4

Mi Actividad Profesional

4.1. Semblanza de mi Actividad Profesional

En este capítulo mencionó mis prácticas como estudiante de la carrera de Psicología en la UNAM debido a que fue la primera oportunidad para desarrollar el sueño de todo universitario, el ayudar a la gente en extrema pobreza con el aval, respaldo y prestigio de la máxima casa de estudios de México, asimismo el compromiso de realizar una labor profesional bajo los parámetros del método científico aprendidos en las aulas de la Facultad.

Mi primer experiencia laboral me la proporcionó la UNAM a través del Servicio Social, realizado en el Módulo de Psicología Aplicada Laboratorio durante los semestres V, VI, VII y VIII con fecha de inicio del 23 de octubre de 1984 y concluido el 30 de agosto de 1986.

Colaboré también en el área de Educación Especial y Rehabilitación de la Clínica Universitaria de la ENEP Iztacala, en donde desarrollé un programa de repertorios básicos para un menor de 12 años con problemas de retraso mental.

Mi práctica educativa la desarrollé en la Guardería Infantil del Programa Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ubicada en Xocoyohualco, municipio de Tlalnepantla, Estado de México, en donde apliqué programas de estimulación temprana para los menores.

Estuve un año en mi práctica Social Comunitaria en la Unidad Habitacional “El Rosario”, en donde desarrollé programas para mejorar la comunicación entre los miembros de las familias y la organización de bienestar comunitario.

Posteriormente regresé a la Clínica Universitaria de la ENEP Iztacala, en donde llevé a cabo mi práctica de Psicología Clínica, aplicando programas para personas con problemas emocionales.

Entre 1986 y 1987 me integré al Programa de Orientación Psicológica para Escuelas Primarias que se desarrolló en la Dirección Federal 3 de la Secretaría de Educación Pública (SEP), en el municipio de Tlalnepantla, Estado de México. Mis actividades principales consistieron en atender a la población de Educación Primaria que presentaban problemas de conducta o bien bajo rendimiento escolar. Uno de mis principales propósitos era el de obtener un perfil como psicólogo y un empleo remunerado. Cabe destacar que la experiencia en esta institución sentó las bases para iniciarme en la atención de la población infantil y juvenil. Sin embargo, la baja remuneración económica me hizo buscar otras expectativas.

En agosto de 1988 fui contratado con la categoría de Psicólogo en la Dirección de Protección Social del Departamento del Distrito Federal (DDF) para formar parte del equipo de salud del Centro de Recepción “Héroe de Celaya” ubicado en Avenida México-Tacuba, Distrito Federal. Este centro recibía a menores de la Procuraduría, por extravío o recogidos en la calle. Los menores se dedicaban a la mendicidad, limpia parabrisas, payasitos o dormir en la vía pública. Su problemática era el consumo de solvente, el robo, la inasistencia escolar, la desintegración familiar y la vida en la calle. La población fluctuaban entre 40 y 60 menores de entre 3 a 17 años.

Mi actividad principal dentro de ese Centro fue desarrollar la capacidad del menor para quedarse en la institución, y que pudieran distinguir la diferencia de vivir en la

calle y en el centro, esto a través de actividades deportivas y recreativas; involucrarlos en actividades académicas como la asistencia a la Escuela y la realización de tareas; el desarrollo de hábitos de aseo personal, de dormitorios y de comedor a través de comisiones. Uno de los problemas más difíciles de erradicar era el consumo de solventes ya que muchos de ellos que comenzaban a desarrollar hábitos positivos como ir a la escuela, ser limpios, trabajar y ser disciplinados, de repente recaían en el consumo de drogas por presión de otros menores que se encontraban en la calle, por lo que abandonaban el centro y eran rescatados uno o dos meses después ya con cierto deterioro en sus hábitos positivos. Este centro cerró sus puertas por remodelación en 1992.

Antes en 1990 realicé otro servicio social en la Dirección de Prevención y Readaptación Social del Estado de México, Delegación Tutelar de Cuautitlán de Romero Rubio, Estado de México, en donde desarrollé actividades deportivas y recreativo-culturales con menores con conductas antisociales como robo, violación, consumo y venta de drogas. Este Tutelar me dio la experiencia profesional de analizar los efectos del encierro en los menores, que en algunos de ellos les hacía reflexionar sobre la pobreza y falta de oportunidades tanto de estudio como de trabajo; lo cual les generaba rencor en contra de la sociedad por orillarlos a vivir ese encierro. Otra experiencia adquirida en este ambiente fue identificar que el menor o se reintegraba con su familia con el apoyo de la misma, o bien se convertía en un delincuente propenso a caer a un reclusorio con el paso del tiempo.

En 1992 pasé a desarrollar actividades profesionales como Psicólogo Clínico en el Albergue para Menores Varones "Villa Margarita Maza de Juárez" perteneciente a la Dirección General de Protección Social (DGPS) del Departamento del Distrito Federal (DDF). Continué trabajando con menores que paulatinamente van dejando la problemática de vivir en la calle para arraigarse en una institución. En esta etapa de mi vida profesional atendía a una población de aproximadamente 150

menores con edades entre 3 y 17 años. Específicamente me ocupaba de las actividades deportiva, recreativas, hábitos de estudio, de higiene personal y de organización de grupos de adolescente de la institución. En 1996 la institución cerró sus puertas y desapareció la DGPS, a finales de la gestión del entonces regente Oscar Espinosa Villarreal, por lo que la organización de estos centros pasa a manos de Organismos no Gubernamentales.

De 1996 a la fecha estoy adscrito como Psicólogo Clínico en la Clínica de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia del Hospital Materno Infantil "Inguarán". Los menores con los cuales trabajo en la actualidad presentan la cualidad fundamental de tener un arraigo familiar, es decir que aunque sus padres estén divorciados y vivan con algún familiar o bien su familia esté integrada, ellos tienen una casa a la que no faltan y además asisten a la escuela. Lo anterior me ha permitido establecer, junto con los padres o tutores y con los propios menores Planes de Vida para moldear un conjunto de hábitos, como son los de higiene, organización, estudio, respeto a sus horas de sueño. Y como uno de los principales hábitos a fomentar insisto en el de desarrollar habilidades que los preparen para su vida cotidiana, entre éstas la capacidad de modificar su conducta cuando las presiones sociales y escolares no se dan como el adolescente esperaba, situación en la cual el apoyo psicológico le permite cambiar de estrategia para una mejor aceptación.

Otro aspecto fundamental que procuro es que los menores desarrollen la capacidad de negociación con los adultos, en este caso padres y maestros y a través de este ejercicio, vayan obteniendo satisfactores sociales que los inserten de manera funcional dentro del juego social del éxito; principalmente en el ámbito escolar, pues está comprobado que un adolescente con un desarrollo adecuado de su labor escolar (tareas, participar en clase, no ser reportado en la escuela y aprobar los exámenes) vive con mayor seguridad y confianza su adolescencia, ya que es apreciado y aceptado como un triunfador por adultos y menores de su

edad, lo que constituye una parte fundamental del desarrollo normal del adolescente.

La experiencia con los padres ha sido satisfactoria, principalmente cuando se les hace referencia a la manera en que ellos salvaron la etapa de la adolescencia, lo cual les sensibiliza para un acercamiento más positivo con el adolescente. Además, oriento a los padres para no atacar al menor, ni físicamente ni psicológicamente, con conceptos negativos o groseros. Por el contrario, se les pide acercarse a sus hijos por todos los medios, de tal forma que el menor sienta el contacto de sus padres en forma afectiva y efectiva.

El trabajo con las familias se concentra en desarrollar un nuevo modelo de familia en la comunicación y el entendimiento cuando intercambian ideas, pensamientos, problemas y se fomenta la visión de liderazgo por parte de los padres.

4.2. Enfoque aplicado en mi Actividad Profesional

En el Capítulo 2 del presente trabajo, hice una descripción de las bases teóricas del conductismo que Emilio Ribes introdujo en los planes de estudio de la carrera de Psicología en la FES Iztacala. Por tanto, la actividad profesional que desarrollo se sustenta en primer término en aplicar la psicología con una orientación conductual. En la Clínica de Atención Integral para la Atención del Adolescente (CAISA), donde presto mis servicios, como profesionista dentro de un grupo interdisciplinario que atiende los problemas de salud de los grupos adolescentes, pongo en práctica los contenidos filosóficos, teóricos y metodológicos del conductismo y del análisis de la conducta. El conductismo me proporciona una Metodología y tecnología aplicable a los problemas que enfrente en mi práctica profesional.

Asimismo, aplico otros enfoques como son el de la modificación de la conducta y el análisis conductual aplicado, con estrategias de reforzamiento positivo, extinción, condicionamiento de escape, tiempo fuera de reforzamiento positivo, castigo, y los sistemas de reforzamiento simbólico.

Sin embargo, la experiencia profesional de mis primeros años me hizo comprender la complejidad sociocultural del ser humano y su relación con los problemas conductuales. En este sentido, retomé el concepto de interconducta, que refiere a la existencia de un organismo que interactúa con los objetos del medio. Basándome en este concepto, cotidianamente en el análisis de los casos aplico este enfoque interconductual.

Además, los anteriores enfoques me proporcionan técnicas que utilizo en la atención de los casos que me son canalizados. Entre estas técnicas conviene mencionar las cognitivas, como son la terapia racional emotiva, la terapia cognitiva, la reestructuración racional sistemática, los métodos de autoinstrucción, la resolución de problemas, las habilidades cognitivo-interpersonales de resolución de problemas, la resolución de problemas y entrenamiento en autocontrol, los entrenamientos en habilidades sociales, y el entrenamiento en aserción.

La mayoría de los adolescentes que he atendido provienen de familias de bajos ingresos y de un ambiente de convivencia social hostil. Ante este panorama socioeconómico he tenido que enriquecer mi trabajo con otros enfoques que profundizan en el análisis de la influencia de las relaciones sociales en la conducta humana. Así, cotidianamente retomo la tesis de Piaget, donde establece que el adolescente es capaz de razonar por hipótesis, y considera lo real como un caso particular. Un ejemplo de ello, es la descripción que hacen muchos adolescentes de vivencias (fumar, drogarse o tener relaciones sexuales) sin haberlas realizado, la inteligencia entre lo posible y lo real y la lógica de las proposiciones.

La consideración del contexto socioeconómico de mis pacientes me llevó también a retomar el trabajo desarrollado por Vygotsky, sobre la formación de conceptos. De tal manera, en el tratamiento que brindó a los adolescentes aplico los conceptos de atención, asociación, comparación, diferenciación, inferencia y memoria, que se expresan a través del lenguaje. Un ejemplo de lo anterior es el entrenamiento para el desarrollo de la atención, a partir de la emisión constante de instrucciones por parte del Psicólogo, para que ejecute movimientos alternados de diversas partes de su cuerpo.

Finalmente, y dentro de este enfoque de reconocer la influencia externa en el comportamiento del adolescente, aplico las tesis de la especialista Claudia Saucedo (1998), referidas a lo que ella denomina género de pertenencia. De esta manera, en los casos tratados, profundizo el análisis de la realidad sociocultural en la que vive el adolescente, y cómo dicha realidad determina su desempeño escolar. En los casos que se describen a continuación se mostrará con mayor detalle la aplicación de este análisis.

4.3. Descripción de casos

Se presenta en esta sección la descripción del tratamiento de cinco casos. Para los propósitos de la exposición, en la presentación del Caso No. 1 realizo una descripción pormenorizada del procedimiento de intervención psicológica que comúnmente aplico para los menores adolescentes. Describo también las características familiares y escolares de los adolescentes que solicitan atención a la CAISA:

- a) nivel de integración o desintegración de la familia de referencia del menor
- b) un bosquejo de su actuación conductual y académica en los diferentes ambientes escolares, desde Guardería o Kinder hasta la actualidad.

c) el motivo que argumentan los padres para solicitar el apoyo psicológico en la CAISA.

Me decido presentar los siguientes casos ya que los considero como representativos de la problemática que presentan los adolescentes en la zona de influencia de la clínica que esta en la Delegación Venustiano Carranza del Distrito Federal.

En los 5 casos subsecuentes refiero únicamente la clasificación con el DSMIV y los resultados, en función de dicha clasificación. Asimismo, refiero que la mayor parte de la información recabada se obtuvo a través de entrevistas estructuradas y no estructuradas, mientras que la prueba psicológica Wisc aplicada es parte del material con el que cuenta la institución.

Caso No. 1.

PATRICIA ROCIO SANCHEZ MARTINEZ

Patricia Rocío tiene 15 años, cursa el 2º grado de Secundaria en el turno matutino y es derivada del área de Orientación de la propia escuela por presentar depresión, inseguridad y falta de afecto familiar. Su rendimiento escolar se ubica entre regular y suficiente. Presenta problemas en aspectos de socialización: en los tres años de Kinder se mostró aislada e introvertida; en la Primaria su maestra de primer año la etiquetó como una niña que no aprendía, además reprobó y repitió ese curso. En el cuarto año presentó problemas para participar en clase, en donde se mostró retraída, pero no reprobó año.

En la Secundaria, el principal problema de la menor es el rechazo por parte de sus compañeros, quienes se burlan de ella agrediéndola verbal y físicamente, Patricia no comprende cómo sus compañeros no la aceptan y se burlan de ella, lo cual la pone triste y en ocasiones prefiere aislarse. En el primer año no reprobó materias;

sin embargo, en el segundo año terminando el primer bimestre sus abuelos decidieron cambiarla de escuela por las constantes burlas y agresiones de sus compañeros de salón.

Se le aplicó el Test WISC, en donde mostró inteligencia acorde a su edad. Presentó peso y talla bajos. Asiste regularmente a la escuela. Lleva tareas, aunque hay ocasiones que se le complican un poco; pone atención a los maestros; trata de ser amistosa con sus compañeras aunque la rechazan; es sumisa, tolerante y no se sabe defender de agresiones, por lo que sus compañeros la tildan de “tonta”.

Patricia Rocío vive con sus abuelos paternos y proviene de un núcleo familiar desintegrado disfuncional, debido a que los padres se separaron hace cuatro años y la menor quedó al cuidado de los abuelos paternos desde las dos semanas de nacida. Los abuelos tienen una situación económica baja. Su padre ha formado otra familia y se relaciona poco con ella. La zona en la que viven es de alto riesgo pues existen bandas que consumen droga y se dedican a la delincuencia.

Sus abuelos tienen 70 y 68 años, respectivamente. Ella se dedica al hogar y él es jubilado, siendo su pensión la fuente principal de ingresos, mientras que el padre en ocasiones da dinero para la manutención de la menor.

Patricia Rocío es introvertida y según la abuela no tiene habilidad para relacionarse con sus compañeros de salón. Por su parte la menor comenta que sus compañeros de escuela son agresivos, le ponen apodos y la han agredido físicamente, además que algunas profesoras no la han tratado bien. El motivo por el cual asiste a la Clínica de la Adolescencia, según sus abuelos, es por su dificultad para relacionarse con adolescentes de su edad, mostrar conductas mitómanas y haber dicho que quería morirse, aunque no especificó de qué manera.

Según su asesora de grupo sus cuadernos revelaron algunos errores de ortografía, letra poco clara y sus ilustraciones son muy sencillas.

CLASIFICACION SEGÚN EL DSM-IV.

DIAGNOSTICO

CASO CLINICO NUMERO 1

EJE I TRASTORNOS CLINICOS:

F80.1 Trastorno del Lenguaje Expresivo: tiene dificultades en el lenguaje verbal y gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren en la comunicación social. La característica es un habla lenta y pautas de entonación y acentuación monótonas, que ha sido adquirido más que evolutivo.

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación: anhelar el regreso a su hogar y preocuparse por fantasías de reunión con su padre quien vive con su familia.

EJE II TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación:

En ocasiones se siente extremadamente ofendida si alguien se muestra crítico o incluso levemente en contra. Tiende a ser tímida, callada, inhibida e “invisible” por temor a que la atención que reciba vaya a comportar la humillación o el rechazo. Piensa que cualquier comentario que emita, los demás lo van a encontrar “equivocado” y que, por tanto, es mejor no decir

nada. Reacciona mal a las bromas sutiles que son sugerentes de ridículo o burla. A pesar de sus ansias de participación activa en la vida social, teme poner su bienestar en manos de los demás. Los sujetos con trastorno de la personalidad por evitación están inhibidos en las situaciones interpersonales nuevas porque se sienten inferiores y tienen una baja autoestima.

EJE ENFERMEDADES MEDICAS

III

Peso y talla bajos

EJE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES:

IV

- Familia Desintegrada Funcional.
- Roles y valores antiguos proporcionados por los abuelos paternos quines se responsabilizaron de la menor desde su infancia.
- Economía baja.
- Zona en que habitan, de alto riesgo.

EJE EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL: 60-51

V

Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social y escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de escuela).

TRATAMIENTO

La menor asistió cada 20 días durante 6 meses consecutivos, durante el tratamiento estuvo acompañada de sus abuelitos. Y sólo en una ocasión asistió su padre.

PRIMERA SESIÓN

La menor realiza tres tareas para el diseño de su Plan de Vida:

Tarea número 1.

Elaboración de un dibujo o collage, en donde ejemplifica tres actividades por realizar de manera permanente durante los días en que la menor asiste a la escuela (plan de vida para llevar a cabo de lunes a viernes. 8 horas para Dormir. 8 horas que está en su Escuela y 8 horas que está en casa).

Tarea número 2.

Elaborar un listado de las actividades que realiza desde que se levanta hasta que se duerme. Por ejemplo:

Me levanto; tiendo mi cama; me baño; desayuno; me voy a la escuela; regreso de la escuela y lo primero que hago es quitarme el uniforme y colgarlo en un gancho; me alimento con sopa-guisado-postre; me pongo a hacer mi tarea durante tres horas; ayudo a un quehacer en casa; realizo hábitos de higiene personal; realizo ejercicios; veo la televisión; salgo con mis amigos a la calle un tiempo negociado con los padres; ordeno mis cuadernos y libros escolares para el día siguiente; platico con mis padres de los hechos más relevantes que me sucedieron en la escuela y me voy a dormir.

Tarea número 3.

Se le solicita presentar sus cuadernos de la escuela para establecer cinco aspectos básicos en estos:

Fechas, Títulos, Márgenes, Ilustraciones y/o Dibujos y Carátulas bimestrales.

RESULTADOS PRIMERA SESION.

T: terapeuta.

Rocío: Menor

T: ¿Hiciste la tarea? M: sí

T: ¿Se te complicó? M: no

T: ¿Qué te pasa, estás triste? M: no, lo que pasa es que mis compañeros me siguen maltratando, se burlan de mí, y me pegan.

T: ¿Quiénes son? M: Arias, Martínez, Navarrete, Chávez y Pérez.

T: ¿Los has reportado a Orientación? M: sí, pero no dejan de molestarme.

T: Bueno, lo que vamos hacer es decirle a tu abuelita que vaya a Orientación y que le diga a la maestra que quiere hablar con los papás de estos menores, y pedirles que sus hijos simplemente ya no te molesten.

M: Está bien.

T: Bueno, vamos a revisar tus tres tareas ¿De acuerdo? M: Sí

T: ¿Cómo vas a dividir el día en tu plan de vida?

En este punto se observó que la menor, con el apoyo de su collage, reprodujo adecuadamente las actividades del Plan de Vida. Desarrolló un listado de actividades para realizar cotidianamente, y en la revisión de sus cuadernos presentó algunos problemas de ortografía y lectura lenta. Cabe destacar que la menor durante el entrenamiento para diseñar su Plan de Vida se mostró participativa, motivada por hacer una buena ejecución y respondió adecuadamente al reforzamiento social positivo como: muy bien, perfecto, es correcto, eres inteligente, qué bien te ves.

Al finalizar la sesión mostró nuevamente la preocupación por el rechazo que vive por parte de sus compañeros:

M: ¿Qué voy a hacer si me agreden mis compañeros? T: tienes que recurrir a las autoridades de la escuela y reportar lo que ellos te hacen. Vamos, tú puedes sobreponerte al maltrato de tus compañeros, ten valor.

M: Está bien, lo voy a intentar.

Por separado, se les menciona a los abuelos de la necesidad de apoyarse de la orientadora para citar a los padres de los menores que agreden a Rocío.

SEGUNDA SESIÓN

Se establece con los abuelos de Rocío una estrategia para llevar a cabo y la supervisión del Plan de Vida a través de un sistema de premios y sanciones, en donde se aplique de manera contingente el premio como reforzamiento social positivo: muy bien, excelente, eres genial, te admiro, etcétera. Mientras que las sanciones consisten en realizar más apoyo a los quehaceres de la casa cuando la menor falla en algunas de sus actividades.

El Sistema de Premios y Sanciones se planea entre la menor y los abuelos, moderado por el terapeuta. La parte medular de esta sesión fue que la menor se sintiera capaz de negociar con sus abuelos lo concerniente a las tareas y actividades en general que se realizan en casa; generalizarlo para aplicar las negociaciones con los profesores con el fin de mejorar calificaciones y evitar problemas graves con adultos como los maestros, y regular su conducta para las etapas de sueño y vigilia en el sentido de que se acordó dormir a las 10:00 PM para levantarse a las 6:00 AM.

De los aspectos más importantes a destacar es que la menor en la mayoría de los casos, no está de acuerdo y por ello se negocian los términos de los acuerdos de tal forma que la menor participa, por lo que se sentirá comprometida para realizar

las actividades. Lo anterior implica aplicar una habilidad por parte del terapeuta para inducir a los padres. La base de este ejercicio es que la menor, con su participación en el establecimiento de sus propias reglas, así como en la sanción o premio participe para estar comprometida a llevarlas a cabo, ya que una parte de éstas ella misma las propone.

TERCERA SESIÓN.

Se aplica el Test WISC para evaluar el CI de Inteligencia.

Resultados de la Sesión

La menor mostró una inteligencia acorde con su edad.

Cabe destacar que la menor, en actividades académicas o para demostrar destrezas intelectuales de competencia, como fue el contestar el test, se mostró motivada, lo que facilitó esta actividad.

R: ¿Sabe qué, Psicólogo? T: Dime, Rocío

R: Me gustan estas actividades, siento que me ayudan. T: En realidad te gustan porque eres inteligente.

T: ¿Sigues teniendo problemas con tus compañero? R: Sí, yo no les hago nada y me pegan papeles, me empujan, son groseros conmigo. Pero no importa, porque en mis calificaciones voy bien.

Se les preguntó a los abuelos acerca de su reunión con la maestra de Orientación de la escuela a lo que manifestaron que ya habían llamado a los padres de los menores que molestaban a Rocío y se habían comprometido a que sus hijos no la molestarían, ya que en caso contrario serían suspendidos.

CUARTA SESIÓN

A la menor se le aplican técnicas de respuesta inmediata modelándole ciertas actividades corporales como son el tomar distancia al frente, atrás, izquierda derecha, arriba o abajo, e ir acelerando las instrucciones, hasta que la menor ejecute los movimientos correctamente. Este ejercicio estimula la percepción auditiva de la menor y su atención.

A los abuelos se les modela la forma en que deben aplicar este ejercicio a la menor todas las tardes con una duración de 10 minutos.

T: Rocío ¿practicaste tus ejercicios? R: Sí, mis abuelos me ayudaron.

T: Vamos a empezar, mano derecha arriba, mano izquierda atrás, mano derecha adelante, etc. La ejecución de la menor fue adecuada.

T: Muy bien Rocío, te felicito, dale un abrazo a tus abuelitos, todos cooperamos y estamos viendo buenos resultados.

T: ¿Qué pasa con tus compañeros de salón? R: ya no me agraden y algunos me hablan, me siento bien.

T: Muy bien, te felicito.

Ejercicio 2:

Consiste en leer palabras cada vez más rápido.

Resultados del ejercicio:

Su lectura fue regular, se le recomendó que siguiera practicando.

Ejercicio 3:

Contar en forma inversa cantidades en voz alta:

10 hacia atrás, 20 hacia atrás, 30 hacia atrás, e incrementar en este orden hasta la siguiente sesión. Por ejemplo:

Segundo día: 40, 50, 60.

Tercer día: 70, 80, 90.

Cuarto día: del 100 al 1.

Quinto día: del 200 al 1.

El resultado del ejercicio fue adecuado.

QUINTA SESIÓN:

Técnica de relajamiento a través de ejercicios de respiración. Se le indica al padre o tutor que acompaña a la menor, que frote suavemente con sus dedos índices tres partes de la cara de la menor, las cuales son las cejas, las partes laterales de la nariz y la Barbilla al mismo tiempo, además la menor aspira y exhala en respiraciones profundas.

Resultados de la Sesión: la menor comenta que se siente con sueño pero tranquila.

T: ¿Cómo te tratan tus compañeros? R: Me dejaron de hablar y tuve problemas con una maestra.

T: ¿A qué se debe? R: Bueno, a que no me dejo de ellos. (o sea que tan dejada no es)

T: ¿Y con la maestra, qué pasó? R: Dijo que no le había entregado una tarea, si hasta mi abuelita me ayudó y sí la entregué.

SEXTA SESIÓN

Se proporcionan técnicas para mejorar la autoestima.

Se le entrena sobre el ejercicio del “espejo por las mañanas”, que consiste en verse a un espejo y alabarse en voz baja. El terapeuta le modela la entonación en que debe decirse mentalmente las cosas: qué bien me veo, me va a ir bien en este día, soy una triunfadora, es mi día de suerte, me va a ir bien en la escuela,.

Asimismo, para mejorar la autoestima se le solicita a los abuelos de la menor que todas las noches, cinco minutos después de que ésta se haya retirado a dormir, se muestren afectivos con ella, cubriéndola con las cobijas y con voz amable y suave le digan que la quieren mucho, que es una buena niña, que es cumplida, que es linda y que esperan que en la mañana siguiente se levante con muchas ganas para ir a la escuela. El terapeuta les modela la entonación en la que deben dirigirse a la menor.

Se le interioriza los siguientes conceptos:

- Autoestima significa quererse.
- La autoestima cambia si uno mismo quiere.
- Lo mas sano es tener casi siempre autoestima alta.
- La autoestima alta es aceptarse como es uno y sentirse capaz de realizar cualquier tarea, tanto como cualquier otro menor de nuestra edad.

SÉPTIMA SESIÓN

Se refuerza el plan de Vida.

Se le cuestiona cuáles son las actividades que mejor desempeña, y se confirma con la percepción de los abuelos qué aspectos han mostrado mejora en la menor en los rubros Dormir, Escuela y Casa.

OCTAVA SESIÓN

Se realizan ejercicios de articulación del lenguaje.

Se le muestran fotografías de objetos, cosas y animales y se le dice que articule el nombre de las fotos en diferentes formas y tonos y diferentes velocidades.

Resultado de la Sesión

Uno de los problemas de la menor y causa de burla de sus compañeros era su tono de voz, por lo que el terapeuta le modeló la forma de pronunciar las palabras a través de fotografías.

NOVENA SESIÓN

Se evalúan los resultados bimestrales.

Se evalúa el resultado académico: No reprobó materias.

DÉCIMA SESIÓN

Se da de alta a la menor y se le solicitan reportes bimestrales hasta concluir el año escolar.

RESULTADOS EN FUNCIÓN A LA CLASIFICACIÓN DEL DSMIV:

Considero que la intervención funcionó. Con respecto a los trastornos clínicos, como su lenguaje expresivo, mejoró; la menor hacía un esfuerzo para tener una mayor fluidez en su lenguaje, en presencia del psicólogo. En su trastorno de personalidad por evitación aceptó más las críticas. Mejoró su interacción social. En el aspecto médico no hubo cambios sustanciales, al seguir con bajo peso y talla. Se mantuvieron las condiciones de vivir con sus abuelos, aunque la comunicación con su papá mejoró a solicitud del área de psicología de la CAISA. Su estado de ansiedad por separación disminuyó al tener mayor comunicación con su papá, Siguen los bajos ingresos, y continúa viviendo en una zona de alto riesgo.

Cabe destacar que el maltrato recibido por sus compañeros disminuyó por dos factores importantes: la expulsión de al menos dos de los menores que la molestaban, sin tener que ver directamente ella en estos acontecimientos, ya que los menores eran problemáticos y que la menor mejoró sustancialmente su habilidad de tolerancia y autoestima. Finalmente, a los abuelos de la menor les fue aceptado un cambio de escuela, con lo cual la menor reporta que hasta el momento se siente bien y en el último bimestre no reprobó materias.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

La intervención en la menor mejoró su auto estima, pues comenzó a tener mayor confianza en sí misma, se defendió mejor del ambiente del salón de clases, ingresó al taller de teatro en donde desarrolló habilidades de expresión, y disminuyó su tendencia a la depresión. Sin embargo, le ha sido difícil aceptar que su padre casi no se ocupa de ella por convivir más con su familia actual.

Por otro lado, la menor desarrolló un repertorio de defensas para con sus compañeros, lo cual chocó con los consejos recibidos por parte de sus abuelos, quienes la observan algo agresiva. Por ello, ha sido necesario comentarles que la menor tendría cambios, los cuales le permitirían defenderse mejor de las situaciones de conflicto a presentarse en el salón de clases.

Con respecto a la evaluación del caso, el trastorno de lenguaje expresivo de la menor mejoró a través de ejercicios de modelamiento, linguales y expresivos. Sin embargo, se continúa trabajando el trastorno de ansiedad por separación en donde los ejercicios de relajamiento no han dado el resultado esperado, pues la menor muestra recaídas en su autoestima y añora que su padre conviva más con ella. Con respecto al trastorno de personalidad por evitación la menor ha mostrado mejoría, es más expresiva y comienza a proyectar metas a futuro que son

razonables y acordes a su edad, como seguir en el taller de teatro, mejorar sus calificaciones, defenderse de los compañeros que la rechazan, entre otras.

Caso No. 2

MARTHA YADIRA MORA SANTILLAN.

Martha Yadira tiene 14 años, cursa el 3º grado de Secundaria Técnica en el turno vespertino y es derivada del área de Orientación de la propia escuela por agredir a sus compañeros del salón. Por esta conducta ya ha sido suspendida. Su rendimiento escolar es bajo.

Presenta peso y talla bajos, cefalea indeterminada y lumbalgia. Asiste regularmente a la escuela, sin embargo acepta que no lleva tareas, come en clase, no pone atención a los maestros, se pelea con sus compañeras, es rebelde, poco tolerante e impulsiva.

Se le administró el test WISC, en donde mostró inteligencia acorde a su edad.

Martha Yadira vive con sus padres y dos hermanos mayores. El padre es policía de tiempo completo y actualmente estudia para ser promovido y tener mejores ingresos, la madre ayuda al sostén del hogar trabajando esporádicamente como empleada doméstica. Los hermanos se dedican a estudiar, uno en nivel licenciatura y el otro en la preparatoria. La zona en que viven es de alto riesgo pues existen bandas que consumen drogas y se dedican a la delincuencia.

Martha Yadira es extrovertida y según la madre tiene mucha habilidad para relacionarse con las personas y compañeros. Agrega que sus compañeros de

escuela se comportan como niños pequeños, por eso los agrede y le temen porque los amenaza con llevarles a la banda de su colonia.

El motivo por el cual asiste a la Clínica de la Adolescencia, según su madre, es por su "cuaderno desastroso", su dificultad para hacer las tareas de la escuela en el hogar, y mostrar conductas de reto a maestros y compañeros.

Según su asesora de grupo, sus cuadernos revelan errores de ortografía, letra poco clara, no respeto a los renglones, omisión en las fechas, títulos, márgenes y carátulas y sus ilustraciones son muy sencillas. Dice que entre más le recalcan sus obligaciones escolares menos ganas le dan de hacerlas.

Desde hace tres meses se encuentra bajo tratamiento psicopedagógico, y ha logrado mejorar significativamente sus cuadernos, se lleva mejor con sus compañeras y trata de sobrellevar a las figuras de autoridad en la escuela y en casa.

DIAGNOSTICO

CASO CLINICO NUMERO 2

EJE I TRASTORNOS CLINICOS F91.8

Trastorno Disocial: escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros. a) A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros; b) inicia peleas físicas; c) ha manifestado crueldad física con personas; d) ha robado enfrentándose a la víctima; e) permanece fuera de casa en las noches a pesar de la prohibición de los padres; f) suele tener noviazgos en la escuela.

EJE II TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Sin diagnóstico

EJE III ENFERMEDADES MEDICAS

Peso y talla bajos, cefalea indeterminada y lumbalgia

EJE IV PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

Conflictos con compañeros de clase. Nivel socioeconómico insuficiente, ambientes agresivos.

EJE V EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL : 60

Dificultades moderadas en la actividad social, laboral y/o escolar.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

La menor comienza a desarrollar habilidades sociales encaminadas a relacionarse de mejor manera con sus compañeros de clase, comienza a tener límites y mejora el seguimiento de reglas. También mejora sustancialmente la comunicación con su madre y se responsabiliza más de sus tareas escolares. En la escuela disminuyen sustancialmente los reportes y deja de reprobado materias. Su personalidad se torna más afable al igual que su carácter. Disminuye su cefalea y lumbalgia pero continúa con talla y peso bajos. La economía se mantiene baja. En general, mejora su actividad social y escolar.

Caso No. 3

GEORGINA NOEMÍ HERNANDEZ ANDRADE.

Georgina Nohemi tiene 13 años. Cursa el 2º grado de Secundaria en el turno matutino y es derivada del área de Orientación de la propia escuela por incurrir constantemente en mentiras que han conflictuado a la madre con la asesora del grupo de la menor. Su conducta más grave fue decirle a su mamá que tenía clases y se fue de pinta con sus compañeros del salón, en donde extravió sus cuadernos de la escuela. Su rendimiento escolar es bajo.

Presenta peso y talla bajos. Asiste regularmente a la escuela, sin embargo acepta que no lleva tareas, no pone atención a los maestros, se pelea con sus compañeras, es rebelde, poco tolerante e impulsiva.

Se le administró el test WISC, en donde mostró inteligencia acorde a su edad.

Georgina Nohemi vive con sus padres y cuenta con cinco hermanos mayores que ella. Su padre es albañil con bajos ingresos y presenta problemas de alcoholismo. La madre ayuda al sostén del hogar trabajando como empleada doméstica. Uno de sus hermanos se encuentra en el reclusorio por venta de drogas. La zona en que viven es de alto riesgo, pues existen bandas que consumen droga, y se dedican a la delincuencia.

Georgina Nohemi es extrovertida y, según la madre, tiene mucha habilidad para relacionarse con las personas y sus compañeros. Por su parte, la menor comenta que sus compañeros de escuela son amigables y la apoyan en las buenas y en las malas.

El motivo por el cual asiste a la Clínica de la Adolescencia, según su madre, es por su dificultad para hacer las tareas de la escuela en el hogar, y mostrar conductas de mitomanía en forma indiscriminada.

Según su asesora, de grupo sus cuadernos revelaron errores de ortografía, letra poco clara, no respeto a los renglones, omisión de fechas, títulos, márgenes y carátulas y sus ilustraciones son muy sencillas.

Se encuentra bajo tratamiento psicopedagógico, y ha logrado mejorar significativamente sus cuadernos. Se lleva mejor con su mamá y trata de sobrellevar a las figuras de autoridad en la escuela.

DIAGNOSTICO

CASO CLINICO NUMERO 3

EJE I TRASTORNOS CLINICOS F90.0

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: a) no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares; b) parece no escuchar cuando se le habla directamente; c) no sigue instrucciones y no termina tareas escolares; d) tiene dificultades para organizar tareas y actividades; e) es renuente a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido; f) es descuidada en actividades diarias; g) precipita respuestas

EJE II TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Sin diagnóstico

EJE III ENFERMEDADES MEDICAS

Peso y talla bajos.

EJE IV PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

Nivel socioeconómico bajo, ambientes agresivos.

EJE V EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL : 60

Dificultades moderadas en la actividad social, laboral y/o escolar.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Mejora sustancialmente su atención, desarrolla habilidades para concentrarse en sus actividades personales y escolares, mejora sustancialmente sus cuadernos escolares y por ende sus calificaciones. Su personalidad se modera hacia una

actitud de evitar riesgos en su persona y sus cosas. Mejora la relación con su madre en función de pasar más tiempo en casa realizando tareas escolares y apoyando en los quehaceres de la casa. La economía sigue siendo baja y con pocas posibilidades de mejorar. Continúa viviendo en un ambiente agresivo. Mejora su actividad social y escolar.

Caso No. 4

VALENTINO MARIO KORBER .

Mario tiene 13 años, cursa el 2º grado de Secundaria en el turno matutino en un colegio particular. Es canalizado por los padres derivado de los reportes de la escuela por agresión a sus compañeros y tener un rendimiento escolar deficiente. En el Kinder estuvo cuatro años, se mostró inquieto y ponía poca atención; en la Primaria obtuvo un buen promedio sin presentar problemas de conducta significativos. En la Secundaria durante el primer año reprobó 4 materias, las cuales, excepto Matemáticas, aprobó en exámenes extraordinarios. Sin embargo, al término del primer bimestre del segundo año reprobó ocho materias y no se pudo recuperar en los subsecuentes, por lo que reprobó el año.

Presenta peso y talla normales con astigmatismo corregido. Asiste regularmente a la escuela, pero no lleva tareas, no pone atención a los maestros, es agresivo con sus compañeras aunque no lo rechazan, es retador, poco tolerante y se sabe defender de agresiones, por lo que sus compañeros le temen.

Se le administró el Test WISC, en donde mostró inteligencia acorde a su edad.

Mario vive con sus padres, proviene de un núcleo familiar integrado funcional. Sus padres tienen 44 y 46 años respectivamente, ella se dedica al hogar con nivel de estudios de secundaria y él es comerciante de plásticos con estudios a nivel licenciatura y funge como proveedor. Tiene un hermano de 16 años con el que

discute constantemente en casa. La economía familiar es regular, pero la zona en que viven es de alto riesgo, donde prolifera la delincuencia y el consumo de enervantes.

Mario se muestra introvertido. Sin embargo en la escuela es considerado como un líder agresivo. El adolescente comenta que sus compañeros de escuela son agresivos, le ponen apodosos y la han agredido físicamente, además de que algunas profesoras no lo tratan bien.

El motivo por el cual asiste a la Clínica de la Adolescencia, según sus padres, es por su falta de atención a las materias y falta de responsabilidades en tareas escolares.

Según su asesora de grupo, sus cuadernos revelaron mínimo trabajo escolar, errores de ortografía, letra poco clara y sus ilustraciones son muy sencillas.

DIAGNOSTICO

CASO CLINICO NUMERO 4

EJE I TRASTORNOS CLINICOS:

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.

Desatención: no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares; tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas; parece no escuchar cuando se le habla directamente; no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones); tiene dificultades para organizar tareas y actividades y a

menudo evita; le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

Hiperactividad: tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio; «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor y habla en exceso.

Impulsividad: precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas; tiene dificultades para guardar turno e interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros. Algunos síntomas estaban presentes antes de los 7 años de edad.

EJE II TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación: se caracteriza por el pesimismo y la inseguridad en sí mismo; tiende a minimizar sus capacidades y sus valores. Toma las críticas y la desaprobación como pruebas de su inutilidad y pierde la fe en sí mismo. Busca la sobreprotección. Evita las posiciones de responsabilidad y experimenta ansiedad al enfrentarse a las decisiones a tomar. Las relaciones sociales tienden a limitarse a las pocas personas de quienes es dependiente. Puede haber un riesgo elevado de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos.

EJE ENFERMEDADES MEDICAS

III Astigmatismo corregido.

EJE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES:

IV Zona en que habitan de alto riesgo.

EJE EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL: 60-51

V Síntomas moderados (p. ej., crisis de angustia ocasionales) o dificultades

moderadas en la actividad social y escolar (p. ej., conflictos con compañeros de escuela).

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Los resultados con este menor fueron pobres. Considero que influyó la actitud del padre en el sentido de descalificar la labor del psicólogo y sobreproteger a su hijo, al pensar que en cualquier momento podría cambiar su actitud ante la escuela sin la necesidad de una atención psicológica o de otro tipo. Otro de los factores que influyeron en el pobre resultado de la modificación de la conducta del menor fue que el padre, por su trabajo, pasaba poco tiempo en casa, mientras que la madre se mostraba débil ante el menor, lo que le permitía romper las reglas y aumentar la falta de límites tanto en casa como en la escuela. Cabe destacar que en las temporadas en que el padre pasaba más tiempo en casa el menor en forma automática cambió su actitud y carácter y comenzó a seguir reglas, actitud netamente de manipulación para con el padre.

Caso No. 5

JULIO CESAR PRIEGO OLVERA.

Julio César tiene 15 años. Cursa el 1º grado de Secundaria en el turno matutino. Fue canalizado por los padres al ser reportado en la escuela, tras sufrir una agresión de sus compañeros de salón de clases y al no poder desquitar su coraje rompió un vidrio de la escuela, razón por la cual el área de Orientación argumentó que el menor no podía controlar sus impulsos.

En el Kinder estuvo tres años, durante los cuales se mostró como un niño aislado, aunque realizaba trabajos escolares con calidad; en la Primaria obtuvo un promedio regular con problemas de conducta como el decir mentiras, y en quinto

grado por haber tomado dinero, lo cual fue castigado con golpes por su madre. En la Secundaria reprobó el primer año, influido por su relación con compañeros problemáticos que no les interesaba la escuela. Fue cambiado a otra escuela por su mamá y en el presente año obtuvo buenos resultados.

Presenta peso y talla normales con probable desviación de tabique nasal y traumatismo de rodilla derecha en remisión. Asiste regularmente a la escuela, lleva tareas, pone atención a los maestros, no es agresivo con sus compañeros y no lo rechazan. Es retador, tolerante y se sabe defender de agresiones por lo que sus compañeros lo respetan.

Se le administró el Test WISC, en donde mostró inteligencia acorde a su edad.

Julio César vive con sus padres y proviene de un núcleo familiar integrado funcional. Su padre tiene 67 años y es obrero pensionado del IMSS, con estudios de secundaria. La madre cuenta con 52 años y es empleada doméstica, con nivel de estudios de primaria. Sus hermanos son Jaime de 33 años con problemas de retraso mental; Enrique de 28 años, casado, con dos hijos, y vive en la casa de sus padres; y Esteban de 20 años actualmente desempleado.

La economía familiar es regular. Viven en una zona de alto riesgo por los altos índices de delincuencia que se presentan.

Julio César se muestra introvertido, aunque en la escuela es considerado como un líder positivo. Por su parte, el menor comenta que sus compañeros de escuela son agresivos, le ponen apodos y la han agredido físicamente, además de sentir cierto maltrato por parte de algunas profesoras. Según su asesora, de grupo sus cuadernos revelaron trabajo escolar, algunos errores de ortografía, letra clara y sus ilustraciones son buenas.

DIAGNOSTICO

CASO CLINICO NUMERO 5

EJE I TRASTORNO CLINICO

F63.8 Trastorno explosivo intermitente

La característica esencial de este trastorno es la aparición de episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que da lugar a violencia o destrucción de la propiedad. Posteriormente, el individuo se siente consternado, con remordimientos, arrepentido o avergonzado por su comportamiento agresivo.

EJE II TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación:

Pesimismo e inseguridad en sí mismo, tiende a minimizar sus capacidades y valores. Toma las críticas y la desaprobación como pruebas de su inutilidad y pierde la fe en sí mismo. Busca la sobreprotección. Evita las posiciones de responsabilidad y experimenta ansiedad al enfrentarse a las decisiones a tomar. Las relaciones sociales tiende a limitarlas a las pocas personas de quienes se siente dependiente. Puede haber un riesgo elevado de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos.

EJE III ENFERMEDADES MEDICAS

Probable desviación de tabique nasal y traumatismo rodilla derecha en remisión.

EJE IV PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES:

Economía baja. Habita en zona de alto riesgo.

EJE V EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL: 60-51

Síntomas moderados, dificultades moderadas en la actividad social y escolar (p. ej., conflictos con compañeros de escuela).

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

El adolescente controló su conducta impulsiva en forma considerable. Manejó un mejor repertorio de habilidades sociales tanto en la escuela como en el ámbito laboral. Comenzó a desarrollar actividades deportivas los fines de semana, lo que se tradujo en un autocontrol de su impulsividad al diversificar sus actividades. Mejoró sustancialmente su autoestima, reforzada con la tolerancia de la madre al dejarle de golpear cuando éste cometía alguna falta en la escuela o en la casa. Otro aspecto que cambió en el menor fue su postura semi encorbada, lo cual le producía rechazo por parte de sus compañeros. Ahora mantiene una postura recta y mirando hacia el frente. Se le canalizó a un tratamiento médico tanto para su tabique nasal como para su rodilla derecha. Se mantiene en un nivel socioeconómico bajo, en donde todos los miembros de la familia trabajan. Mejora sustancialmente su actividad social y escolar.

CONCLUSIONES

La atención de la mayoría de los casos que son tratados en la CAISA, hacen necesaria la aplicación de distintos enfoques de la Psicología Clínica acordes con la realidad histórica, social, económica y cultural de nuestro país. Es conveniente también concebir la aplicación de métodos de terapia, a partir de la observación cuidadosa de los múltiples casos a los que nos enfrentamos, inmersos en su ámbito socioeconómico y cultural.

Debemos partir, por tanto, de considerar a los modelos teóricos existentes en psicología, como posiblemente útiles y aplicables en México, y particularmente en los distintos sectores de su población. A partir de lo anterior, el paso a seguir es efectuar una observación cuidadosa, profunda y prolongada a la población que vamos a servir, así como analizar su pasado histórico, sus condiciones sociales y económicas y sus valores culturales. Una vez establecida esta etapa de aprendizaje, podremos seleccionar de nuestro bagaje cultural, intelectual y teórico, aquellos elementos que nos puedan ser útiles para la población específica. No hay mayor error que el del psicólogo teórico y fanáticamente apegado a su teoría, que trata de probar que el método elegido es aplicable siempre y en todo el mundo.

La experiencia adquirida a lo largo de mi labor profesional, me permite afirmar que el Psicólogo debe evitar el análisis subjetivo e individualista de los problemas de su ámbito de especialización, así como limitarse únicamente a tratar de adaptar a los sujetos a sus situaciones. Es obligación del Psicólogo analizar aquellas situaciones sociales económicas y culturales que crean conflicto a los seres humanos y verlas como parte importante de la génesis de los desequilibrios de la conducta humana.

¿Cuál es la resultante de que la mayoría de los seres humanos no tengan satisfechas sus necesidades vitales, padezcan desnutrición crónica, enfermedades perennes, falta de trabajo productivo y estable, e imposibilidad de cambiar su situación de miseria? Y en las áreas marginales ¿Cuál es la causa de la prostitución, del robo, del asalto, de la violencia interpersonal, del abuso de la droga, del alcoholismo?

No debemos seguir explicando estos comportamientos conforme a los manuales de psicopatología, que las considera como personalidades psicopáticas (grupos de síntomas caracterizados por el desdén de responsabilidades y convenciones sociales), conductas contrarias a los patrones sociales de la época, pero no como resultante psicológica de la pobreza o de la pobreza extrema.

Debemos de ser dinámicos y flexibles para poder captar de la sociedad y de las personas sus necesidades a nivel psicológico que les permitan desarrollar habilidades sociales y culturales con las que puedan solucionar los problemas cotidianos y con esto no desviar la atención de sus principales objetivos individuales que puedan cohesionarse a nivel social .

En el diagnóstico clínico de muchos casos que he atendido, el mejor tratamiento a seguir sería proporcionar a los jóvenes un trabajo estable y suficiente, donde puedan aprovechar su tiempo, destrezas e inteligencia en actividades productivas. La falta de trabajo estable, el desempleo y el subempleo, -actualmente un grave problema en México- orilla a muchos sectores de nuestra población al alcoholismo, a la drogadicción, a la mercantilización de su vida sexual, al robo y a la violencia. La insuficiencia laboral propicia también las condiciones para la proliferación en nuestra juventud de hábito de ocio, de pereza, e improductividad.

La experiencia profesional descrita en este trabajo pretende, entre algunos de sus objetivos, demostrar la necesidad de considerar los aspectos de carácter social,

que están incidiendo en la estabilidad o desajuste de las personalidad de los individuos.

Para un buen número de científicos y profesionistas, tanto de la psicología como de otras disciplinas, la preocupación por lo individual resulta limitante en un mundo como el actual donde las condiciones de vida imperantes lo hacen cada día más inhabitable; un mundo amenazado por la posibilidad de destrucción total, la violencia, el hambre, y por fuerzas deshumanizantes como el anonimato, la ruptura de valores y la pobreza generalizada (pobreza económica, social, psicológica, moral).

Sin embargo, la unidad social concreta es el individuo, de aquí que ocuparse de la “salv guarda” del individuo no es equiparable a desentenderse de la supervivencia social, pues a mayor entendimiento de la naturaleza humana mayores también las posibilidades de construir una sociedad más congruente con la calidad de vida necesaria para el óptimo desarrollo de los seres que la constituyen.

En este contexto, la labor del Psicólogo Clínico cobra mayor relevancia, apoyado en el fortalecimiento de técnicas tanto de evaluación como de asesoramiento y prevención, que aún cuando son perfectibles, han ido facilitando la profundización en el conocimiento del comportamiento humano y su relación con el entorno. La Psicología clínica se ha convertido en una disciplina pluralista, cuyo ámbito de aplicabilidad traspasa las fronteras de las actividades que por décadas le habían sido reconocidas como propias: la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento, la terapia y la investigación.

En lo que respecta al ámbito institucional, a pesar de los esfuerzos para adecuar las políticas públicas para la atención de este grupo poblacional, son importantes estándares para su atención integrada, normas técnicas únicas para los servicios que los atienden, políticas nacionales para la participación comunitaria, la investigación, y el mejoramiento de la calidad de los servicios públicos destinados

particularmente a los sectores sociales en situación de pobreza. Todo ello como estrategia conjunta que permita detener los daños y riesgos y fomentar la salud con la participación directa y activa de los jóvenes. El reto principal, por tanto, es cambiar el paradigma de un enfoque de atención a daños en la salud, a un enfoque de estilos de vida sana.

Es cada vez mayor la necesidad de invertir en salud y desarrollo de los adolescentes, pues actualmente representan el 30 % de la población en Latinoamérica y son un potencial de desarrollo social y económico de la región. Sin embargo, es lamentable que los gobiernos de muchos países no consideran prioritario invertir en ellos, o no cuentan con los recursos para ello. Apoyar el desarrollo de los adolescentes requiere de una inversión a largo plazo y no de intervenciones aisladas, de corto plazo, sin impacto ni continuidad.

Tradicionalmente, los programas de salud de adolescentes en Latinoamérica han centrado sus esfuerzos en jóvenes que ya demuestran comportamientos indeseados por la sociedad, como deserción escolar, violencia juvenil, abuso de drogas o delincuencia. Los programas que tratan esos problemas intentan, generalmente, convencerles de que abandonen esos comportamientos para reducir el impacto de sus consecuencias; por lo que se centran en prevención secundaria y terciaria y no en un enfoque de promoción de la salud, que considere además la influencia de la familia, el medio ambiente y el contexto general en que ocurren. Lo anterior constituye una importante limitación para que estos programas puedan lograr una reducción significativa en los comportamientos negativos juveniles.

Por ello, habría que tomar en cuenta recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud, las cuales ofrecen un marco conceptual centrado en el desarrollo humano y en la promoción de la salud dentro del contexto de la familia, la comunidad y el desarrollo social, político y económico.

El gran desafío en los próximos años será utilizar este marco conceptual para desarrollar programas integrales, recolectar información, mejorar el acceso a los servicios y el ambiente donde viven, comprometerse con la promoción de la salud, mejorar el vínculo entre escuelas, familias y comunidades, apoyar la transición a la vida adulta, utilizar un enfoque de género en los servicios, fomentar la participación juvenil y promover la articulación interinstitucional como parte de una cultura.

BIBLIOGRAFÍA

Aguado, Irene, et. Al, 1999; *Historia, Psicología y Subjetividad*, UNAM, Campus Iztacala, México.

Bassas, Nuria y Tomás, Joseph, 1996; *Carencia Afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia*. Ed. Laertes, Barcelona.

Boltvinik, Julio, 1991; "La medición de la pobreza en América Latina", en *Comercio Exterior*, Vol. 41, No. 5, Mayo .

Boltvinik, Julio, 2002; "Economía Moral", *Periódico La Jornada*, México, (Colaboración semanal).

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2003; *Evolución del Gasto Público por Ramos 1980–2003*; Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, México, junio.

Dirección General de Servicios de Salud, 1990; *Compendio Histórico de los Servicios de Salud del Distrito Federal (1990)*, edición interna del Departamento del Distrito Federal, México.

DSM-IV, 2002; *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson, Barcelona .

Erickson, Erick H. , 1972; *Sociedad y Adolescencia*, Siglo XXI Editores, México.

Feldman, Robert S., 2002; *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. Ed. Mc Graw Hill, México.

Garza Villarreal, Gustavo, 1992; "El Carácter Metropolitano de la Urbanización en México, 1900-1988", en *El Desarrollo Regional en México: Teoría y Práctica*, Instituto de Investigaciones Económica, UNAM, México.

Guzmán, Jesús C., 1992; "La carrera de Psicología en la UNAM 1940 – 1988", en Urbina Soria, Javier (compilador); *El Psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva*, UNAM, México.

Instituto Nacional de Ciencias Penales, 1979; "Marginalidad y Conductas Antisociales de Menores (Un estudio exploratorio)", México.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2000; *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, INEGI, México.

Jefatura del Servicio de Medicina de la Adolescencia, del Hospital Materno Infantil Inguarán, 2003; *Informe Anual de Actividades del Servicio de Medicina de la Adolescencia 2002*. Edición interna, México.

Luria A. R., 1983; *Las funciones Psíquicas Superiores y su organización Cerebral*. Ed Fontanella , Barcelona, España.

Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F., 2003; “Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década”, en Revista *Salud Publica de México*, México, número 45, suplemento 1.

Marcelli, D. Braconnier, A. y De Ajuriaguerra J, 1986; *Manual de Psicopatología del Adolescente*, Ed. Masson Barcelona.

Merino, Carmen, et. al., 1998; “La construcción de las cosmovisiones sociopolíticas en estudiantes adolescentes de secundaria y preparatoria”, en Ducoing, Patricia (coordinadora); *Sujetos, procesos de formación y de enseñanza – aprendizaje*, Tomo I, Ed. UNAM, México.

Mussen, P., 1983; *Desarrollo Psicológico del Niño*, Editorial Trillas, México.

Organización Panamericana de la Salud-Fundación W.K. Kellogg; *Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000*, División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Mundial de la Salud; ONU, Washington D.C. Enero, 1998.

Ribes, Emilio, et. al., 1980; *Enseñanza, ejercicio e investigación de la Psicología*, Ed. Trillas, México.

Ribes, Emilio, 1982; *El Conductismo, Reflexiones Críticas*. Ed. Fontanella, Barcelona, España.

Ribes, Emilio. y López Francisco, 1985; *Teoría de la Conducta, un Análisis de Campo y Paramétrico*, Ed. Trillas, México.

Ribes, Emilio, 1990; *Problemas Conceptuales en el Análisis del Comportamiento Humano*, Ed. Trillas, México.

Ribes, Emilio, 1992; “El diseño curricular en la enseñanza superior desde una perspectiva conductual: historia de un caso”, en Urbina Soria, Javier (compilador); *El Psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva*, UNAM, México.

Ribes, Emilio, 1992; "La carrera de Psicología en la ENEP Iztacala: breve reseña histórica"; en Urbina Soria, Javier (compilador); *El Psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva*, UNAM, México.

R.M. Muuss, 1997 *Teorías de la Adolescencia*, Ed. Paidós Mexicana, México.

Rodríguez, Graciela y Palacios, Jorge, 1992; "Algunas consideraciones sobre la Psicología de la Salud en México", en Urbina Soria, Javier (compilador); *El Psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva*, UNAM, México.

Santos Preciado, José Ignacio; "La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana"; en Revista *Salud Pública*, México, número 45, suplemento 1, 2003.

Saucedo, Claudia, 2001; *Entre lo colectivo y lo individual: la experiencia de la escuela a través de relatos de vida*. Tesis de Doctorado en Ciencias, Especialidad en Investigaciones Educativas. México: Departamento de Investigaciones Educativas, CINVESTAV/IPN, México.

Saucedo, Claudia, 1998; *Expresiones genéricas de los adolescentes en el contexto sociocultural de un CONALEP*, CINVESTAV, México.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; *Adolescencia Concepto y Características*, Ediciones del DIF, México, s/f.

Valencia Robles, Alfonso, 2004; *Las Finanzas Públicas del Distrito Federal, Desarrollo y Funcionalidad Urbana*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Economía, UNAM, México.

Vigotsky (sic.), L. S., 1997; *La imaginación y el arte en la infancia, ensayo psicológico*, Ed. Fontamara, México.

Vygotsky, L.S., 1962; *Pensamiento y lenguaje*; Ed. Alfa y Omega, México.

Vygotsky, L.S., 1979; *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*, Ed. Fontanella, Barcelona.