

**Título: ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA**

**Autor: FÉLIX DÍAZ RODRÍGUEZ**

**Psicólogo y Profesor de la Facultad de Pedagogía  
Especial del Instituto Superior  
"Enrique José Varona" y del CELAEE.**

### **ALTERACIONES DE LA CONDUCTA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE: CARACTERIZACIÓN.**

El término "trastorno de la conducta" aparece por primera vez en el año 1952 en el manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association, donde se definía de la forma siguiente: "Cuando la reacción transitoria se manifiesta primariamente como una alteración en la conducta social, se clasificará aquí. Las manifestaciones pueden ocurrir en el hogar, en la escuela o en la comunidad, o incluso en las tres. Las alteraciones de la conducta se consideran como un fenómeno secundario cuando se ven en casos de deficiencia mental, epilepsia, encefalitis epidémica y otras enfermedades orgánicas bien reconocidas. Indicar las manifestaciones sintomáticas bajo este diagnóstico; por ejemplo: haraganería, robo, destructividad, crueldad, ofensas sexuales, uso de alcohol, etc."

Pero esta concepción inicial de trastorno de la conducta fue sufriendo algunas modificaciones conceptuales, tanto que ya nuestro Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas (GC-1) del año 1975 recogía el concepto de trastorno de la conducta de la manera siguiente: "Esta gran categoría se reserva para aquellos trastornos psiquiátricos de la infancia y de la adolescencia que son más estables, internalizados y resistentes al tratamiento que los trastornos situacionales transitorios pero menos que las neurosis, las psicosis y los trastornos de la personalidad. Esta estabilidad intermedia se debe a la mayor plasticidad de la conducta de esas edades".

A renglón seguido dicha clasificación consideraba distintos cuadros de trastornos de la conducta, tales como: Hiperquinesia en el niño y el adolescente, aislamiento en el niño y el adolescente, inadaptación neurótica, fuga en el niño y el adolescente, agresividad no socializada, trastornos sexuales, afeminamiento y masculinización y hasta Institucionalismo.

Pero ya en la versión cubana del capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades y del Glosario psiquiátrico adjunto (GC-2) del año 1982 sólo se habla de perturbación de la conducta no clasificada en otra parte para referirse a "Trastornos psiquiátricos que comprenden principalmente comportamiento antisocial agresivo, destructivo y delincuencial. Los diagnósticos incluidos en esta categoría deben reservarse para casos de comportamiento anormal, en cualquier edad, que dan lugar a desaprobación social pero que no pueden ser catalogados en ninguna de las restantes categorías. Presentan además alteraciones emocionales tales como ansiedad, sentimientos de inadecuación e infortunio, dificultades de relación y manifestaciones obsesivas. Para ser incluido aquí, el comportamiento debe ser de índole anormal a juzgar por la frecuencia, gravedad y tipo de asociaciones con otros síntomas.

Las alteraciones de la conducta, a diferencia de las reacciones de adaptación, que tienen una duración más prolongada y carecen de relación estrecha, en tiempo y contenido, con alguna circunstancia provocadora de tensión. Difieren de los trastornos de personalidad por la ausencia de formas de inadaptación de la conducta profundamente arraigadas presentes desde la adolescencia o desde edad más temprana". Como vemos esta última clasificación circunscribe el término de perturbación de la conducta de nuevo únicamente a la conducta social, sólo que especifica más abajo: El uso de esta categoría debe hacerse con suma cautela para evitar confundir la conducta patológica delictiva con la conducta delictiva criminal y con la conducta delictiva sintomática".

Por otra parte nos queda la caracterización del menor que delinque y que ha estructurado ya una personalidad antisocial. La clasificación de la American Psychiatric Association (DSM-II) y nuestro Manual Diagnóstico de Enfermedades Psiquiátricas (GC-2) se refieren a personalidad antisocial de la manera siguiente: "Se refiere a individuos básicamente insocializados cuyo patrón de conducta les pone repetidas veces en situación de conflicto con la sociedad. Son incapaces de guardar lealtad a individuos, grupos o valores sociales. Son extremadamente egoístas, insensibles, irresponsables, impulsivos e incapaces de experimentar un sentimiento de culpa o de aprender de la experiencia y el castigo. Su tolerancia hacia la frustración es muy baja. Suelen acusar a los demás de sus culpas y hacen racionalizaciones de su conducta. Una mera historia de reiteradas ofensas sociales y legales no es suficiente para justificar este diagnóstico.

Aunque es posible que este tipo de personalidad llegue a estructurarse desde el inicio de la adolescencia, resulta más adecuado considerar en los menores una serie de síntomas predictivos de la personalidad antisocial. Los síntomas más frecuentemente señalados por los diferentes autores han sido: hurtos, incorregibilidad, golfería; las fugas de la casa en compañía de jóvenes marginales, la ausencia durante la noche, la agresión física, los empleos fugaces, la impulsividad, la imprudencia, la irresponsabilidad, el aspecto desordenado, la deserción escolar, la enuresis, la falta de sentimientos de culpa, la actividad sexual desordenada, la perversión sexual, la propensión patológica a mentir, etc. Pero en definitiva los predictores más fiables de la posible aparición de una personalidad antisocial están dados por el número, la frecuencia y la gravedad de estos síntomas señalados.

La misma Clasificación de la American Pschiatric Association prefiere denominar "personalidad disocial" a las personas que delinquen por pertenecer a subculturas delictivas de la sociedad (estafadores, prostitutas, traficantes de drogas y jugadores tramposos) por lo que entonces su conducta delictiva no excluye la posibilidad de establecer profundas relaciones interpersonales y de confianza, sólo que reservan su lealtad para su subcultura propia. Nuestro manual diagnóstico no recoge ya este término. Sin embargo se refiere a una "perturbación de la conducta en pandilla" en donde el menor llega a la conducta delictiva por aliarse a una pandilla delictiva sin haber estructurado las características de personalidad del verdadero delincuente.

En nuestro medio se realizó un trabajo de unificación de criterios entre especialistas de los diferentes organismos que tienen la misión de educar a menores de conducta alterada y se produjo el Decreto Ley 64 de 1982 que especifica tres categorías de menores con alteraciones de conducta:

**Primera categoría:** menores que presentan indisciplinas graves o trastornos permanentes de la conducta que dificultan, dada la complejidad del desajuste, su aprendizaje en las escuelas del Sistema Nacional de Educación.

**Segunda categoría:** Menores que presentan conductas disociales o manifestaciones antisociales que no lleguen a constituir índice significativos de desviación y peligrosidad social o que incurren en hechos antisociales que no muestren gran peligrosidad social en la conducta, tales como determinados daños intencionales o por imprudencia, algunas apropiaciones de objetos; maltratos de obra o lesiones que no tengan mayor entidad y escándolo público, entre otras conductas poco peligrosas, de acuerdo con el alcance de sus consecuencias.

**Tercera categoría:** Menores que incurren en hechos antisociales de elevada peligrosidad social, incluidos los que participen en hechos que la ley tipifica como delitos, los reincidentes en tal sentido, los que mantengan conductas antisociales que evidencien índices significativos de desviación y peligrosidad social, y los que manifiesten tales conductas.

La importancia que tiene la estructuración de estas tres categorías es que se vinculan directamente con el quehacer con el menor alterado ya que se crean instituciones de tres tipos que enfrentan el tratamiento del menor en función de estos tres niveles y que aspiran a una completa recuperación.

Las investigaciones realizadas en nuestro medio para caracterizar al menor con trastornos de conducta ha dado hasta el momento los siguientes resultados:

- Las edades más frecuentes entre las cuales se presentan esta alteración en el proceso de formación de personalidades rebasa los 10 años (no dejan de presentarse casos con menor edad).
- Los menores en su gran mayoría, tienen una escolaridad que no sobrepasa el 7mo. grado, encontrándose casos con estudios de primero y segundo grados de edades más avanzadas.
- La repitencia y el retraso escolar es una característica asociada a este tipo de problema. Presenta severas dificultades en el aprendizaje en la mayoría de las asignaturas y poseen un ritmo lento para apropiarse de nuevos y más profundos conocimientos.
- La presencia de dificultades en el lenguaje es otra de las características de estos alumnos, las cuales se presentan en aproximadamente la tercera parte de los menores integrados de las muestras estudiadas. Esta deficiencia influye también en forma negativa en todo el proceso de aprendizaje y de interrelaciones personales de estos menores.
- La falta de intereses adecuados hacia el estudio es una de las cualidades que se observan en el resultado de las diferentes investigaciones realizadas con los menores que presentan trastornos de la conducta, lo cual constituye también una de las causas de sus dificultades en el proceso de adquisición de conocimientos y de incorporación a la actividad escolar.
- En relación con el indicador desarrollo intelectual se observa que la media del rendimiento está dentro de los niveles normal bajo, a lo cual se arribó por los resultados de diferentes muestras estudiadas considerándose como resultado de las influencias sociales y educativas recibidas.
- Se observa un alto por ciento de ausentismo a la escuela y las diferentes muestras oscilan entre un 40 a un 70 por ciento.
- En las investigaciones analizadas en los grupos de menores predominan el sexo masculino, con un rango entre el 90 y 100 de los casos estudiados.
- Las actividades antisociales que con más frecuencia se cometen son las tipificadas como hurto y robo, y se encuentran en el 90 y 95% de los menores estudiados; se presentan otras con menor cuantía, como son: falsificación, daño a la propiedad social, escándalo público, riñas, negocios ilícitos, etc. En la investigación realizada en menores con trastornos de conducta en los Centros de Diagnóstico y orientación, se pudo precisar que los objetos robados en general, eran para la satisfacción de necesidades personales inmediatas.
- Existen serias dificultades y deficiencias en relación con la dinámica familiar y sistema de influencias educativas 50 y 100% de los casos).

Todas estas consideraciones nos hacen concluir que el **menor con alteraciones de conducta se caracterizan porque manifiestan desajustes en su esfera emocional, en su esfera social o en ambas a la vez**. Esta consideración nos lleva de la mano al planteamiento de que el menor con estas alteraciones debe ser considerado un **paciente dual: niño padres**. Es decir que nos quedaríamos a medias si caracterizáramos solamente al menor y no consideráramos la caracterización del medio familiar con conducta alterada. A más del planteamiento de posibles actitudes rechazantes, sobreprotectoras, perfeccionistas, etc. etc. de los padres tenemos que considerar las condiciones materiales de vida, la atención escolar y social que el niño recibe en general.

Las investigaciones realizadas en nuestro país para caracterizar el medio familiar de los menores con trastornos de conducta concluyeron que la dinámica familiar en estos escolares presentan indicadores negativos como unión conyugal disuelta, relaciones familiares malas o regulares, nivel sociocultural bajo, vivencias familiares traumáticas ausencia de modelos positivos, carencia afectiva y padres con falta de autoridad.

La presencia de madres menores de 19 años en los alumnos con trastornos de la conducta también es un dato de interés, dada las dificultades que esta condición entraña en el proceso de atención, cuidado y educación que recibe el niño en el seno de la familia.

Resulta significativo que las viviendas en estos menores, generalmente presentan características negativas; índice de éste es el grado de hacinamiento que se observa.

Los índices de enfermedades infecciosas de la madre durante el embarazo como indicadores de riesgo en el parto y enfermedades adquiridas por el niño en los primeros años, se encuentran entre un 30 y un 60%.

Existe un por ciento considerable (50 al 90%) de los padres que no ejercen control alguno sobre la disciplina de sus hijos y no sienten responsabilidad ante sus conductas antisociales; desconocen las actividades que realizan fuera de la casa, sus amistades y, en general, se observa despreocupación por el cumplimiento de los deberes escolares y sociales. En esto se pone de manifiesto el hecho de que incluso en algunas investigaciones se señala que la mayoría de los menores tenían hábitos de deambular hasta altas horas de la madrugada, sin que los padres tuvieran control de esta situación.

Las relaciones y el ambiente familiar son muy negativos, incidiendo en esto las riñas, escándalos, padres alcohólicos, etc. lo que se observa en casi la totalidad de los casos. Los métodos educativos de los padres utilizados están basados en la amenaza y en el castigo corporal, los cuales se ponen de manifiesto entre el 60 y el 100% de las muestras estudiadas.

En general los componentes fundamentales de los núcleos familiares de estos menores (padres y hermanos) constituyen modelos negativos, ya que entre el 50 y el 100% de los casos mantienen conductas delictivas y antisociales.

En algunas de las investigaciones se puso de manifiesto la falta de atención afectiva y material de los padres y familiares hacia los menores. Lo señalado se evidencia en la investigación con los menores internos en uno de los internados tipo III en que el 70% presentaba carencia de relaciones afectivas con los padres y falta de confianza y comunicación.

Algunas de estas investigaciones destacan la composición numerosa de los núcleos familiares, pudiéndose señalar como significativo que en los hogares de 1121 de los menores estudiados, la cantidad de miembros de su núcleo oscila entre 8 y 12 personas, lo cual se relaciona con el hacinamiento y la promiscuidad.

En las investigaciones analizadas se observan diferencias notables entre las familias de adolescentes transgresores y los que mantienen una correcta conducta social. Las características de las familias, como se evidencia, inciden directamente en la formación moral de los menores. En el caso de los transgresores, sus familiares no poseen una correcta línea educativa, lo cual se manifiesta en la ausencia de modelos positivos, la falta de control en el cumplimiento de las normas sociales, así como el empleo de métodos educativos centrados en el castigo corporal. Prevalecen en sus relaciones, la carencia afectiva, ocasionando la deformación de la comunicación adecuada con los adultos y demás miembros del núcleo familiar, lo cual no permite que los menores desarrollen cualidades positivas en su personalidad, al no contar con las vías adecuadas para asimilar las normas y valores socialmente aceptados.

## **2. ATENCIÓN AL MENOR CON ALTERACIONES DE CONDUCTA (EN CUBA)**

El niño de conducta alterada puede ser detectado por los padres, los maestros o la sociedad en general.

Cuando son los padres los que se preocupan por la conducta del menor la primera persona a la que acuden es al Médico de

Familia. Este médico si no puede resolver los problemas planteados remite al menor a la Consulta de Psicología Infantil del Policlínico o del Hospital Pediátrico correspondiente. En estas consultas se realiza un estudio psicológico y psiquiátrico del caso para arribar a un diagnóstico primero y después a la instauración del tratamiento correspondiente. Cuando es en la escuela donde se detectan las alteraciones de conducta del niño, los padres son citados para enviar al niño al Centro de Diagnóstico y Orientación (CDO) donde será atendido por especialistas; psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, logopedas, defectólogos; que arribarán al diagnóstico de la alteración y tratarán al niño en el centro mismo o lo remitirán a una institución que corresponda.

Cuando es la sociedad la que detecta la conducta alterada y sobre todo si se refiere a una conducta delictiva el menor será atendido por el oficial de Menores del Ministerio del Interior que lo llevará al Centro de Evaluación, Análisis y Orientación de Menores (CEAOM) donde será sometido a un estudio diagnóstico por especialistas competentes que consideren la atención del caso o lo remitan para su tratamiento a uno de los tres tipos de instituciones existentes con este fin para menores de conducta alterada.

En realidad el proceso de estudio y diagnóstico del menor de conducta alterada se realiza de manera similar en la red de Centros de Diagnóstico y Orientación (CDO) y en los centros de Análisis Orientación y Evaluación de Menores (CEAOM). En ambos casos el trabajo se realiza a partir de la remisión del escolar. La solicitud para el estudio y diagnóstico de los menores, puede realizarse por las vías e instituciones siguientes:

- **Los familiares**
- **Los Centros del Sistema Nacional de Salud**
- **Los maestros y las escuelas mediante pesquisaje -Los agentes de la autoridad y sus dependencias**
- **Organizaciones sociales y de masas**

De todas estas vías de remisión la más masiva es la de los maestros mediante un pesquisaje previo. En este caso los docentes cuando detectan a un escolar difícil de educar debido a que, después de haber intentado influir pedagógicamente, a través del trabajo educativo, para corregir sus desajustes, persisten sus alteraciones severas e incluso se agravan en el campo de sus relaciones interpersonales, en su actitud y aprovechamiento hacia el estudio, propone que sean estudiado por los especialistas del CDO.

Al producirse la solicitud, los especialistas de estos centros realizan una visita inicial a la escuela y entrevistan al maestro y personal en general del centro, observan al escolar y le aplican pruebas sencillas.

Con toda la información recogida se toma la decisión de enviar o no al escolar a un estudio y diagnóstico más profundo o que continúe en la escuela con una orientación a los maestros de carácter pedagógico y psicológico. Este paso es una forma de corroborar que las características que presenta el escolar son realmente complejas y exigen de una atención y tratamiento más especializado.

Cuando los especialistas observan síntomas o características que exigen un estudio y diagnóstico más profundo y preciso, el menor recibe la atención de médicos pediatras, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, psiquiatras y cualquier otro especialista que requiera el caso. Con toda la información obtenida se elabora un diagnóstico psicológico, pedagógico y médico de forma interdisciplinaria y como resultado de la discusión correspondiente.

En el proceso de estudio se realizan entrevistas, observaciones de la conducta, estudios clínicos, aplicación de tests psicológicos, pruebas de aprovechamiento escolar y situaciones experimentales, visitas a los hogares y a la comunidad, etc., lo cual permite determinar la dinámica familiar y escolar, así como las características individuales del sujeto que facilite establecer un diagnóstico lo más preciso y objetivo posible.

La solicitud de estudio por parte de los agentes de la autoridad y sus dependencias es otra de las vías por lo cual son atendidos aquellos menores con posibles trastornos de la conducta. Esta es la vía esencial por la cual llegan los menores a los centros de Evaluación, Análisis y Orientación (CEAOM), donde los especialistas de estos centros, al igual que en los CDO, realizan un estudio para conocer las características de la personalidad del menor y las causas de su conducta, por medio de las entrevistas, observaciones y pruebas que realizan los pedagogos, psicólogos y médicos que laboran en los (CEAOM). Con la integración multidisciplinaria de toda la información recogida se arriba a un diagnóstico y a recomendaciones acerca de la atención que debe recibir el menor.

Tanto los CDO como los CEAOM reciben menores por las restantes vías de remisión señaladas. Entre los dos tipos de centros existe una estrecha relación de trabajo y de intercambio de información con el objetivo de garantizar la mayor efectividad en el funcionamiento del sistema y para decidir, cual es la mejor atención o educación que deben recibir estos niños y jóvenes.

Para los especialistas del CDO y del CEAOM el estudio y diagnóstico es un proceso de búsqueda de conocimientos, para la elaboración de hipótesis que expliquen las características del sujeto de estudio, las probables causas que las han producido y por último, las perspectivas de solución del problema que presentan y las posibles vías o métodos, procedimientos y técnicas que se han de aplicar.



Dada esta característica esencial del diagnóstico, la mejor estrategia para realizar el estudio y las investigaciones del caso es mediante el empleo de la metodología del trabajo científico que exige el planteamiento o formulación sucesiva de hipótesis y su corroboración o no, a partir de la obtención de información por medio de métodos como la observación, las encuestas y los tests, en situaciones experimentales y, en general, todos los procedimientos y técnicas para la búsqueda científica de la información según el caso. Todos los datos acumulados, el descubrimiento de las regularidades fundamentales del escolar objeto de estudio, la coincidencia de la información y su correspondencia con la teoría y práctica acerca del proceso de formación de la personalidad y sus alteraciones, permiten elaborar un diagnóstico y un conjunto de recomendaciones encaminadas a orientar y organizar un sistema de influencias que conduzcan a la transformación y reeducación del sujeto. Este enfoque del proceso de diagnóstico se corresponde con la concepción de que el sujeto está en desarrollo y formación y por lo tanto, a la conclusión a la que se llega en un momento dado, no representan un estado o característica permanente, por lo que el diagnóstico se considera un proceso continuo que marchará conjuntamente con el trabajo reeducativo, educativo y correctivo-compensatorio que se realiza en el escolar y que ha de producir cambios positivos en el proceso de formación de la personalidad.

El diagnóstico debe descubrir estos cambios con la amplia participación de maestros, reeducadores, trabajadores sociales y todos aquellos que intervienen en el proceso pedagógico de estos menores y los conocen con profundidad. Cuando se llega a la conclusión de que el alumno ha eliminado sus trastornos de la conducta, se propone al Consejo de Atención a menores su egreso de la escuela o centro, o la modificación de la medida en caso de que así se considere conveniente.

Como puede apreciarse el proceso de estudio y diagnóstico de un menor con posibles trastornos de la conducta, es la etapa que media entre la detección del caso y la que se refiere a la toma de la decisión acerca de las medidas que se adoptarán con él. Este proceso brinda los elementos necesarios, desde el punto de vista científico-técnico para que se tome una nueva decisión.

La atención al menor con alteración de conducta se corresponde con un amplio plan en donde se aúnan los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación y el Minint.

La legislación cubana sobre la atención a menores con trastornos de la conducta parte de una concepción integral de su tratamiento sobre la base de la creación de un sistema articulado, coherente y unitario con un sólido fundamento científico, regido conjuntamente por los Ministerios de Educación y del Interior. En realidad son los consejos de Atención de Menores dependientes del Ministerio de Educación los encargados de ubicar a los menores en las Instituciones tipos I y II; en tanto que los Consejos de atención de Menores correspondientes al Ministerio del Interior ubican a los menores pertenecientes a la tercera categoría en las instituciones tipo III.

Con esta legislación los menores de 16 años que incurren en conductas que pudieran considerarse como delictiva para adultos no son juzgados por los tribunales de justicia, ni siquiera por Tribunales de Menores, ya que no son objeto del derecho penal ni del derecho procesal penal, ni de un régimen penitenciario para la ejecución de sanciones, sino que son atendidos por instituciones especializadas. En el Decreto Ley 64/82 anteriormente citado se consideran inimputables los menores hasta los 16 años y se despenaliza la conducta delictiva de ellos, que sale del ámbito del Derecho Penal para entrar en el ámbito de la educación. Parte de la base de que el tratamiento a dichos menores es, en lo fundamental una tarea educativa que debe corresponder a los Ministerios de Educación y del Interior, según el grado de trastorno o peligrosidad social que presentan.

Debemos señalar que el propio Decreto Ley 64 establece que cuando un menor arriba a los 16 años durante su atención en una escuela de conducta y antes de su reeducación total, los Consejos Provinciales de Atención a Menores de ambos Ministerios podrán decidir que continúen en las instituciones hasta los 18 años si así lo exigiera su caso particular.

El establecimiento del sistema creado por el Decreto Ley 64 ha significado un positivo paso de avance a partir de una nueva concepción penal y pedagógica. No obstante la experiencia de trabajo en ambos Ministerios nos plantea que debemos seguir laborando en el perfeccionamiento del sistema para la atención a estos menores.

Debemos referirnos ahora concretamente al tratamiento de los menores con trastornos de la conducta. Comenzaremos considerando el tratamiento que reciben en los Policlínicos y Hospitales Pediátricos. Aquí son atendidos directamente por psicólogos graduados de la Facultad de Psicología que se han adiestrado en técnicas psicoterapéuticas y por Psiquiatras Infantiles, graduados de la Facultad de Medicina y especializados en Psiquiatría Infantil. El tratamiento puede ser psicofarmacológico o psicoterapéutico.

Sobre la Psicofarmacología podríamos detenernos un largo tiempo dada la experiencias realizadas en este sentido. El hombre siempre ha aspirado a la obtención de sustancias capaces de "regular" su estado de ánimo y aún su conducta. Esta aspiración ha tenido más éxito para controlar depresiones y estados agresivos que para facilitar una conducta adecuada. La Psicofarmacología es una ciencia muy reciente. En los últimos 30 años, desde el inicio de la enérgica investigación con los fármacos psicotrópicos, se ha hecho evidente que los efectos de mayor importancia para la comprensión de las acciones clínicas de estos fármacos se ejercen a través de los mecanismos neurotransmisores y hoy día se conoce aún muy poco de sus interacciones con los fármacos psicotrópicos. Se han planteado sin embargo distintas acciones de los fármacos psicotrópicos: estimulantes, antidepresivos, ansiolíticas y hasta antiesquizofrenizantes sin que ninguna haya quedado aún bien estructurada. Sin embargo, algunos estudiosos de este campo se han lanzado a hacer experiencias sobre la posible acción de algunos psicofármacos sobre las alteraciones de la conducta humana con resultados tan discutibles que sólo merece afirmarse que en el momento actual no existe ningún medicamento que elimine la conducta alterada.

El trabajo psicoterapéutico se ha preferido para el tratamiento de los menores con alteraciones de conducta atendidos en policlínicos y hospitales tanto por psiquiatras infantiles como por psicólogos. En nuestro medio el psicólogo también se capacita para realizar la psicoterapia. Aunque se han utilizado diferentes técnicas de psicoterapia individual, se ha preferido la psicoterapia grupal y hasta se han creado nuevos métodos de psicoterapia grupal, tales como psicoballet, la psicoterapia Deportiva, la psicoterapia de niños con dificultades en la identificación sexual, etc. etc. Aunque estamos seguros que resultarían de interés la exposición de desarrollo de estas técnicas no resulta conveniente dado las aspiraciones de comunicación general que tiene esta exposición.

Será más adecuado referirnos al tratamiento que reciben los menores asistentes a las escuelas de conducta. El tratamiento deberá estar siempre en función de su etiología y en el caso que nos ocupa los resultados de investigaciones realizadas en nuestro país señalan:

- El concepto de trastorno de la conducta es de naturaleza compleja y es consecuencia de la interacción de un conjunto complicado y variado de elementos causales.
- Por esta razón la etiología es de carácter polifactorial o multivariable y se insiste de forma diferente en los factores biológicos y sociales. y resultan como causa esencial, el efecto de la interacción entre un conjunto de elementos causales en un sujeto determinado.
- Las manifestaciones conductuales alteradas son el resultado de la influencia, durante un tiempo prolongado, de situaciones traumáticas y conflictivas y de vivencias negativas del sujeto las cuales dañan o alteran la formación de su esfera emocional- volitiva.

- Los trastornos de la conducta son definidos a partir de la existencia de una estabilidad de las características externas e internas de la personalidad en formación del escolar, así como de su resistencia al tratamiento o a la labor educativa que recibe, lo cual exige una atención más dedicada, paciente y especializada.

Dado el carácter complejo que entraña las causas que producen los trastornos de la conducta en los niños y adolescentes, así como por la importancia que entre ellos poseen los aspectos de carácter social y pedagógico en nuestro país se ha considerado que el sistema de atención y reeducación de este tipo de escolar debe responder esencialmente a concepciones y principios de carácter pedagógico y psicológico.

La institución para menores de conducta alterada tiene que realizarse sobre la base de un plan de actividades que se complementan entre sí dirigidas a transformar el mundo interior del niño, a vencer la resistencia y neutralizar las influencias nocivas que contribuyeron a las dificultades en la educación, mediante la unión y acción conjunta de maestros, padres, la comunidad y los propios alumnos, porque no se puede concebir un proceso de reeducación sin la participación del menor como ente activo. Es decir en toda la organización del sistema de actividades para la reeducación está concebida intrínsecamente la actuación directa y decisiva del propio menor. Es por esto que las medidas a tomar si bien son ofrecidas de manera general van a ser consideradas de manera individual tomando en cuenta factores específicos en cada caso.

El sistema de influencias está organizado a partir de actividades docente-educativos generales, como las clases (con las especificaciones de atención psicopedagógicas cuando el caso así lo requiera), la biblioteca, la preparación de un oficio, juegos variados y actividades patriótico-militares, físico-deportivas, artístico-culturales-recreativas, productivas y socialmente útiles. Estas actividades tienen entre sus objetivos esenciales la formación de hábitos de estudio, el desarrollo de intereses cognoscitivos, la elevación del nivel de instrucción, la creación de hábitos de trabajo y la preparación para enfrentar tareas más complejas. No pueden dejarse de lado la realización de métodos complementarios al trabajo educativo como conferencias, diálogos, debates, narraciones discusiones y estímulos.

Consideramos la atención que recibe el menor en el centro de tres tipos fundamentales: médica, pedagógica y psicológica.

**Atención médica:** Esta atención, además de velar por el desarrollo físico general, se ocupa de garantizar el funcionamiento adecuado de su sistema nervioso, indicando las medidas terapéuticas de acuerdo con la sintomatología específica de cada menor y orienta a los restantes especialistas en cuanto al tratamiento diferenciado, fundamentalmente en los casos que requieran la administración de psicofármacos. Este especialista participa en las discusiones y análisis de casos para seguir la evolución de los menores siempre que sea necesario.

**Atención pedagógica:** El pedagogo que labora en estas escuelas es un especialista (graduado de los Inst. Sup. Pedagógicos) que debe poner en práctica un sistema de conocimientos, no sólo de los principios y leyes generales de la enseñanza y el aprendizaje, sino también ser capaces de integrar en el proceso de la enseñanza que planifica y ejecuta las recomendaciones médicas, psicológicas y de otras especialidades, para cada caso en particular y estimular el aprendizaje de los alumnos utilizando vías específicas de injerencia educativa que propicien la corrección de los procesos y cualidades afectivas y cognoscitivas más dañadas en estos alumnos.

Utiliza fundamentalmente la clase, donde se pone en función principio de trabajo individual con un enfoque diferenciado. Cumple con las tareas de orientar la estimulación de la esfera cognoscitiva hacia la creación de necesidades e intereses que propicien el desarrollo de hábitos y habilidades escolares y elabora tareas cognoscitivas dirigidas hacia la corrección de las particularidades de los procesos afectados como por ejemplo, tareas para la estimulación de la memoria lógica, la selectividad de la atención, su distribución, etc.

La creación de condiciones de estimulación afectiva con el objetivo de evitar la tendencia a la frustración, la estimulación de los logros en el aprendizaje, así como la recompensa afectiva, es otra de las tareas que cumple el pedagogo con el objetivo de lograr una formación más integral en las escuelas y centros que atienden a estos menores. Se les brinda la posibilidad de desarrollar hábitos y habilidades práctico-laborales vinculándolos a huertos escolares y talleres, así como también, a los de mayor edad, insertándolos en colectivos obreros con el objeto de estimularlos en la asimilación de un oficio y lograr su iniciación en la actividad laboral en caso de egresar con la edad correspondiente. Esta vinculación tiene una doble importancia, por una parte, permite el desarrollo de convicciones dirigidas a que concienticen el valor del trabajo en la formación de la personalidad y por otra, como algo fundamental, establecer la relación entre la práctica y la teoría como objetivo de todo el sistema de educación en Cuba y la apreciación en la preparación de la práctica laboral.

El proceso educativo y reeducativo de estos menores incluye el desarrollo de las actividades deportivas, recreativas y culturales, tanto como parte del Sistema Pedagógico General, como por medio de la vinculación a círculos de interés. El seguimiento de los avances y retrocesos del menor le permite al pedagogo reestructurar su estrategia de trabajo, que es, a su vez objeto de análisis por toda la comunidad de especialistas del centro, con el objetivo de reorientar el trabajo con el menor en función de su evolución y de los cambios en el micro-núcleo social.

**Atención psicológica:** Esta responsabilidad directa recae sobre el psicólogo o el psiquiatra de la institución. Desafortunadamente no contamos aún con un psiquiatra o un psicólogo por institución pero consideramos que el trabajo psicoterapéutico es una tarea de todo el personal de la institución ya que la psicoterapia no es más que el esfuerzo que se realiza para influir favorablemente sobre el psiquismo.

De todas formas se ha concretado que el trabajo psicológico debe trascender la utilización de técnicas de psicoterapia individual y grupal para volcarse en la creación de una comunidad escolar donde exista un estado emocional positivo y adecuadas interrelaciones humanas. También es necesario comprometer a los padres en la tarea reeducativa. Aún la psicoterapia individual y grupal deberán tener objetivos precisos: establecer una relación afectiva positiva con el menor con la finalidad de integrarlos al colectivo.

El laboratorio de Trastorno de Conducta del CELAEE ha iniciado un trabajo experimental hacia la formación del Educador-psicoterapeuta-maestro, o sea capacitar al maestro de la institución para que realice actividades psicoterapéuticas tomando en cuenta este objetivo fundamental del establecimiento de una relación afectiva positiva con el menor para que llegue a constituir un miembro del colectivo y sea capaz de cumplimentar todas sus tareas. Estamos bien conscientes de que al maestro se le han enseñado una serie de atributos negativos para que sea capaz de cumplimentar el trabajo psicoterapéutico; pero estos atributos negativos se centran en la concepción de un maestro demasiado formal, más preocupado por normas y principios establecidos y por tareas concretas a desarrollar; pero los maestros de escuelas de conducta son en realidad reparadores y sus funciones deben trascender las tareas puramente cognoscitivas.

La concepción del Educador-psicoterapeuta se inició en forma teórico-práctica desde el pasado año en una de nuestras escuelas de conducta correspondiente a la categoría uno. Se llevó a cabo un curso de adiestramiento sobre el concepto, los métodos y técnicas que pueden ser aplicados en una escuela de esta categoría y en la actualidad se está trabajando activamente en este sentido realizándose psicoterapia con títeres y psicodrama fundamentalmente. En las escuelas de conducta de categoría III donde el nivel de edad es más elevado y las implicaciones delincuenciales más evidentes no deberán usarse las mismas técnicas psicoterapéuticas que en las otras categorías. En primer lugar porque el problema fundamental de estos menores es la ausencia de disciplina y autoridad. Además la responsabilidad máxima del trabajo reeducativo cae en manos de los reeducadores formados en cursos ofrecidos por el Ministerio del Interior. El laboratorio de Trastornos Emocionales del **CELAEE** tiene en proyecto un plan experimental que aspira a poner en claro el verdadero concepto de la disciplina y la autoridad para estructurar un plan psicoterapéutico que llevarían a cabo los reeducadores de este tipo de escuela.

## **Atención a los padres de menores con alteraciones de conducta:**

Hemos considerado al menor con alteración de conducta como un paciente dual, por lo que los padres no pueden ser olvidados a la hora de ofrecer una atención completa. Este trabajo lo desarrollan las instituciones que atienden a los menores con trastornos de la conducta bajo el concepto de "Labor social" que comprenden: escuelas de padres, visitas a los hogares, entrevistas y correspondencia y seguimiento a los egresados.

En las escuelas de padres se orientan, analizan y discuten temas para que las familias adquieran los conocimientos necesarios que les permitan rectificar los errores que cometen en la educación de sus hijos, ofrecen cultura pedagógica y psicológica, así como contribuyen a estrechar los vínculos entre el hogar y la escuela. Las visitas a los hogares, que tienen un carácter obligatorio para los educadores, comprenden dos etapas esenciales: las que se hacen a todos los alumnos y, posteriormente, las que se realizan a los que más lo requieran de acuerdo con los fines y objetivos de trabajo pedagógico, tienen propósitos bien definidos y requieren por parte del docente, una preparación previa donde se toman en cuenta las características de los alumnos.

Las entrevistas y la correspondencia son vías importantes y se consideran valiosos métodos para la obtención de información. Dichas vías se emplean en correspondencia con las particularidades y necesidades de cada familia y del seguimiento a los egresados. Por medio de ellas se mantienen los vínculos con los egresados por un período de tiempo no menor de dos años con el objetivo básico de conocer y ayudar al egresado en el proceso de adaptación a la nueva situación en que se encuentra; lo orientan y valoran sus relaciones sociales, su disciplina, su asistencia a las diferentes actividades que se programen por las organizaciones correspondientes.

El éxito del trabajo educativo y particularmente del reeducativo está en lograr la participación activa y consciente de la familia. Mediante esta labor se puede realizar el estudio polifacético de la familia, sus condiciones educativas, sus posibilidades pedagógicas. Sin los conocimientos de las particularidades del núcleo familiar, de su nivel moral, de su escolaridad, las relaciones interfamiliares y las relaciones con los niños, no es posible trazar las pautas necesarias para la mejor educación de los menores.

Los menores con trastornos de conducta que son tratados en los policlínicos y los hospitales pediátricos por psicólogos o psiquiatras infantiles son atendidos frecuentemente en forma individual mediante el consejo pedagógico o en pequeños grupos de Escuela de Padres. En algunos casos se llega a aplicar Psicoterapia Familiar a los miembros de una familia determinada.

En el plan experimental que está llevando a cabo el Laboratorio de Trastornos Emocionales se contempla la plena capacitación del psicoterapeuta maestro para llevar a cabo de manera sistemática la escuela de padres del grupo a su cuidado. Se trata de evitar que estas escuelas de padres se conviertan en Reuniones Escolares con los Padres que están más circunscritas a los aspectos docentes.

## **Los laboratorios experimentales del CELAEE**

El Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Especial (CELAEE) es una institución de coordinación que promueve el intercambio y desarrollo de la Educación Especial en América Latina y el Caribe por lo cual utiliza las diferentes vías de educación postgraduada y lleva a cabo estudios e investigaciones científicas en el campo de la psicología y la pedagogía especial.

La institución fue fundada por acuerdo de los participantes en el Congreso Pedagogía 90 celebrado en el Palacio de Convenciones de Cuba en Febrero de 1990 y trabaja para extender su acción a otros países del mundo.

Funciona como un centro autorizado para el desarrollo y acreditación en las diferentes vías de educación postgraduada y se nutre de las capacidades y potencialidades científico-pedagógico existente en el país, así como con la participación de prestigiosos educadores cubanos y procedentes de los diferentes países del área.

Cuenta además con el apoyo de los principales centros docentes, universidades el país, centros de investigaciones científica y otros organismos especializados cubanos, tales como el Ministerio de Educación, el Centro de Neurociencias de Cuba, la Universidad de la Habana, La Universidad Central y la de Oriente, el Ministerio de Salud Pública, Los Institutos Superiores Pedagógicos, entre otros.

En el momento actual el trabajo experimental de este centro está distribuido en 7 laboratorios:

- Laboratorio de Retraso Mental
- Laboratorio de Problemas de la audición y el lenguaje
- Laboratorio de Deficientes Visuales
- Laboratorio de trastornos del Aprendizaje
- Laboratorio de trastornos Emocionales
- Lab. Diagnóstico Multidisciplinario



Aquí nos referiremos únicamente al trabajo experimental del Laboratorio de Trastornos Emocionales que se realiza en la escuela de conducta tipo I denominada "Cheché Alfonso"

La acción terapéutica en el tratamiento a niños con trastornos emocionales tiene un carácter psicológico, pedagógico y médico.

La cualidad fundamental de esta acción está dado por la aplicación del proceso grupal en la influencia terapéutica al niño y a la familia.

Esta influencia terapéutica debe concebirse como un sistema que tiene en cuenta las características individuales de cada alumno y familia, es decir, la historia personal y su transformación (evolución) dentro de la acción del grupo como reparador de la personalidad desajustada.

El desarrollo de la personalidad de los alumnos con trastornos emocionales exige de un cambio en el modo de vida escolar sobre la base del enriquecimiento de sus valores y experiencia social y la transformación de la conciencia. Esto se logra en la medida en que el aprendizaje se procese en las relaciones sociales y este se organice teniendo en cuenta las necesidades de los alumnos, en el aquí y el ahora de la situación de aprendizaje que se programe, trayendo la vida cotidiana al grupo y haciendo reflexiones conscientes que permita a los miembros del mismo conocer su mundo interior. Estas consideraciones sobre la acción terapéutica de la escuela son fundamentos básicos de la labor correctiva-compensatoria y del modelo de atención interdisciplinaria que se lleva a cabo en el centro, donde juega un papel esencial la relación tripolar que se establece: entre el grupo, las actividades de los grupos clase y grupos terapéuticos que se realizan, y el educador psicoterapeuta como coordinador de la reparación grupal.

Nos referimos en este capítulo a líneas de acción, con precisión de objetivos y principios que no fueron extraídos de experiencias ajenas sino de la práctica en la reorganización de la vida escolar de la institución, derivada de la observación sistemática y la intervención en las actividades previstas en la labor educativa del centro.

La reorganización del modo de vida de la escuela para niños con trastornos emocionales, con una concepción nueva de acción terapéutica tiene como objetivos básicos los siguientes:

- Preparar adecuadamente a los alumnos para el tránsito a la Educación General Politécnica y Laboral (Primaria-Media y Media Superior).
- Aplicar el proceso grupal como reparador de la personalidad desajustada .
- Propiciar reflexiones educativas terapéuticas en la familia para el cambio de actitudes con los hijos.
- Desarrollar un trabajo profiláctico intensivo con niños en riesgo de fracaso escolar y desviaciones sociales.

- Desarrollar de forma creciente una disciplina autorregulada.

Estos objetivos se resumen sobre la base de principios básicos que rigen toda la acción terapéutica de la escuela.

Los principios son:

- Integración escolar: Constituye el proyecto social que implica preparar en el menor tiempo posible a cada alumno como miembro activo de un grupo e incorporarlo a la organización plena de la actividad de aprendizaje institucional y a su medio natural.
- Carácter diagnóstico pronóstico de la acción terapéutica en el grupo en el grupo: Proceso de evaluación sistemático y coherente de cada miembro del grupo a través del propio grupo que nos permita hacer valoraciones de las transformaciones psicológicas ocurridas y proyectar gradualmente el proceso de desarrollo de la personalidad de cada alumno.
- Utilización del proceso grupal como base de la acción terapéutica escolar: Cambio en el modo de vida escolar de manera que las actitudes que conforman la acción terapéutica se organicen de forma sistémica en el grupo y que en éste se fijen las pautas del comportamiento de cada miembro y aprendan, mediante la autovaloración y reflexión a asumir en mayor o menor grado roles sociales.
- Individualización del tratamiento en el proceso grupal. Se trata de que en cada grupo clase o grupo terapéutico como reparadores de la personalidad desajustada, se realice el tratamiento a lo individual en la medida en que la historia personal de cada miembro entronque en la propia historia terapéutica y social.
- Integración de la familia como grupo primario o interno a la acción terapéutica de la escuela, como grupo secundario. Consiste en entrenar y modificar actitudes en la familia mediante reflexiones grupales de la acción educativo de estos, que posibiliten integrarla a la acción terapéutica escolar.

Consideramos ahora las condiciones psicológicas y pedagógicas que deben cumplirse en el proceso compensatorio. Serán las siguientes:

- Organización plena de la actividad de aprendizaje, donde se vincule estrechamente el contenido, es decir lo temático con lo dinámico del proceso docente.
- Mantener la función activa de los alumnos en todo el proceso de corrección y compensación. Que actúe como sujeto y ocupe distintos roles.
- Dar tratamiento a lo individual a través de las actividades grupales.

- Utilización de tareas variadas con contenidos de diferente nivel de complejidad según la evolución sistemática de cada alumno en el grupo y teniendo en cuenta las potencialidades de resistencia, concentración, voluntad y rendimientos de los alumnos.
- Utilización de orientaciones algorítmicas para precisar paso a paso que acciones mentales deben realizar para resolver una tarea.
- Utilización variada de medios de enseñanza que propicien una motivación mayor para una asimilación más racional de los conocimientos.
- Activación de procesos cognoscitivos afectados.
- Activación del área motora y de la afectivo motivacional.
- Utilización de actividades variadas que permitan la toma de decisiones acertadas de los alumnos.
- Utilización de ejercicios de caldeoamiento físico y de relajamiento motor vinculados a la actividades de aprendizaje del grupo.
- Enseñarlos a resolver problemas reflexionando causas y las posibilidades de solución evitando situaciones conflictivas.
- Aumento creciente de niveles de flexibilidad y tolerancia.

Todas estas condiciones deben verse reflejadas en el contenido y la forma de todas las actividades que se organicen en la escuela.

### Organización escolar de la institución:

La organización de la escuela tiene gran importancia en el modelo de atención interdisciplinaria que se lleva a cabo, teniendo en cuenta como centro al alumno y a la familia.

Esta organización escolar se fundamenta en los principios básicos que rigen el trabajo terapéutico de la escuela interrelacionando siempre los objetivos generales y fundamentos de la escuela cubana. La distribución de las actividades tiene un criterio terapéutico. Un primer grupo de actividades le corresponde al área pedagógica, desarrollándose actividades tales como: clase, tratamientos logopédicos, biblioteca, terapia musical, educación física y le imparten además actividades de enriquecimiento de los procesos cognoscitivos. Un segundo grupo de actividades corresponde al área Psicológica y a la aplicación de otras alternativas de intervención complementarias. Estas son: Psicoterapia Infantil. También se realizan actividades danzarias, plástica, laborales, deportistas, culturales, recreativas y excursiones. Tanto la intervención docente como terapéutica la realizan los maestros y auxiliares pedagógicas que en su doble papel funcionan también como psicoterapeutas y coterapeutas respectivamente.

Entre las actividades de intervención docente destacamos la clase como la piedra angular del tratamiento. Es una vía importante para la aplicación del principio de individualización, teniendo por tanto siempre, al alumno como centro de cada actividad de aprendizaje que se organice. Este principio se pone de manifiesto mediante el trabajo en subgrupos.

La conformación de los subgrupos contempla una etapa de preparación que posibilita caracterizar pedagógicamente y en el comportamiento a los alumnos.

Es de destacar que con cada alumno ubicado en los subgrupos se aplican después distintas alternativas psicopedagógicas que posibilitan su preparación para una adecuada inserción social.

La determinación de cada alternativa es analizada y aprobada por todos los especialistas del colectivo pedagógico.

El maestro posee para su clase indicadores metodológicos correctivos-compensatorios que no debe dejar de cumplir como parte de la acción terapéutica.

### Enfoque de la educación autorreguladora:

Uno de los principios de la atención terapéutica a los alumnos con trastornos emocionales es la educación autoreguladora.

Educar a los alumnos para que aprendan a autoregularse tiene en su base el aprendizaje del autocontrol, la autovaloración y la toma de decisiones acertadas. Para eso enseñamos a los alumnos a proponerse objetivos socialmente valiosos sobre la base de orientaciones adecuadas que permitan un proceso de modificación del comportamiento de acuerdo con los fines trazados. Lograr esto en los alumnos con trastornos emocionales requiere de la enseñanza de normas y reglas esenciales de la conducta disciplinada. En este sentido se aplica un modelo de disciplina general que se adecua a las características de cada grupo clase.

Esta aplicación requiere de un análisis casuístico de las particularidades de cada niño individualmente, es decir, qué saben, que normas tienen, qué hábitos les falta.

Lograr una disciplina autoregulada es el resultado de todo el trabajo educativo y terapéutico de la escuela.

Como retroalimentación de todo el sistema y del modelo de disciplina que se aplica, se realizan los análisis de grupo.

Estos análisis de grupos constituyen un mecanismo de regulación que propicia el cambio en la conducta en correspondencia con las valoraciones objetivas del colectivo; que ajusta el concepto de sí a la realidad y permite el desarrollo de la autocrítica.

Los resultados de los análisis de grupo son registrados de forma colectiva e individual. Esto se deja a la creatividad de cada grupo clase.

#### Características de la evolución de los alumnos en el proceso de acción terapéutica

El proceso de influencia terapéutica al que se someten los alumnos y la familia en la escuela nos permite ir valorando sistemáticamente su evolución.

La constante observación como método de investigación importante nos posibilita plantear que los alumnos con trastornos emocionales, sometidos a este programa de influencias terapéuticas e interdisciplinaria van pasando por diferentes etapas. Estas son: etapa de adaptación, de desbloqueo, de expresión y de compensación terminal.

Para la valoración de la evolución de los alumnos el equipo interdisciplinario utiliza distintas vías que permiten además caracterizar el estado emocional de cada uno. La caracterización del estado emocional puede estar enmarcada en favorable, bastante favorable, desfavorable y sin evolución.

Para elevar la calidad investigativa permanente del colectivo pedagógico y la científicidad de la aplicación de la acción terapéutica interdisciplinaria se establece un proceso de recalificación conveniente y permanente que se realiza mediante la utilización eficiente de distintas vías de trabajo metodológico. El Laboratorio Experimental de Trastorno de Emocionales en el momento actual está enfrascado en las líneas de investigación siguiente:

- Desarrollar un modelo teórico que oriente la investigación sobre el diagnóstico y la atención integral a los niños con trastornos de conducta.
- Perfeccionar y desarrollar el diagnóstico con la utilización de tecnologías de avanzada.
- Desarrollar alternativas de atención a la familia.
- El trabajo preventivo en la escuela regular.
- La capacitación de un Educador-psicoterapeuta.
- Desarrollar un programa de atención psicopedagógica para el niño autista.