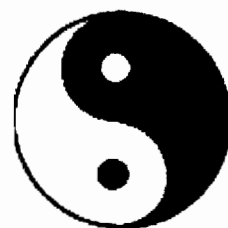


UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología



**“LA RESILIENCIA UNA VENTANA DE ESPERANZA PARA
NIÑOS PRE-ADOLESCENTES DE 10 A 12 AÑOS, CON
SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL, A TRAVES DE UN
ENFOQUE HUMANISTA INTEGRAL”**

Profesor Guía	:	Sr. Pablo Lazcano P.
Metodólogo	:	Sr. Alvaro Gaínza
Profesor Informante	:	Sr. Arnaldo Silva
Alumnas	:	Pamela Ried Alicia Riquelme Adriana Rodríguez

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Tesis para optar al título de Psicólogo

Santiago, Mayo del 2004.



SINTIENDO LAS

DIFERENCIAS

LA HIGUERA

Porque es áspera y fea
porque todas sus ramas son grises
yo le tengo piedad a la higuera.

En mi quinta hay cien árboles bellos
ciruelos redondos limoneros rectos
y naranjos de brotes lustrosos.

En las primaveras
todos ellos se cubren de flores
en torno a la higuera
y la pobre parece tan triste
con sus gajos torcidos
que nunca de apretados capullos se visten.

Por eso,
cada vez que yo paso a su lado
digo procurando hacer dulce y alegre mi canto
-¡es la higuera el más bello de los árboles todos del huerto!

Si ella escucha
si comprende el idioma en que hablo
¡qué dulzura tan honda hará nido en su alma
sensible de árbol!

Y tal vez a la noche
cuando el viento abanique su copa
embriagada de gozo
le cuente
¡hoy a mí me dijeron hermosa!

(Juana de Ibarborou)

DEDICATORIA

A mis grandes ausentes Hermann y América, con especial afecto que se encuentran lejos de aquí pero siempre presentes en mi pensamiento. A mi compañero y esposo Juan Luis y mis hijos Juan Luis, Loreto, Andrés y José Pedro, quiénes siempre me apoyaron para llegar al final de este viaje.

A mis padres Adriana y Manuel siempre en mi recuerdo, con afecto y gratitud por el estímulo para la constante superación. Y a mi familia que me acompaña y me apoya.

A mis hijas Alicia y Paula

A mis nietos Carolina y Neil

A mi familia en la distancia: Julia, Roberto, M.Teresa, July y Oscar

A mis dos grandes ausentes Teresa y Julio

AGRADECIMIENTOS:

A la Directora, Docentes, Paradocentes y Auxiliares de la Escuela Municipalizada República de México de la Comuna de Santiago Centro.

A los niños y niñas que nos brindaron la posibilidad de trabajar con ellos nuestro taller y compartir las experiencias.

INDICE

	PAGINA
Resumen.	1
Abstract	2
 CAPITULO I	
1.0. Introducción	4
1.1. Antecedentes y Planteamiento del Problema	6
1.2. Formulación del problema y Pregunta de Investigación	10
2.0. Aportes y Relevancia de la Investigación	13
3.0. Objetivo General	16
3.1. Objetivos Específicos	16
 CAPITULO II	
4.0. Marco Teórico	18
4.1. Ciclo Vital	18
4.1.1. Desarrollo Motriz	19
4.1.2. Desarrollo Biológico	20
4.1.3. Desarrollo Cognitivo y del Lenguaje	20
4.1.4. Desarrollo Social Emocional	21
4.1.5. Desarrollo del Ciclo Vital	22
5.0. Resiliencia	25
5.1. Definición	25
5.2. Origen del concepto	25
5.3. Características del niño Resiliente	29
5.4. El Modelo de la Resiliencia	31
6.0. Síndrome de Déficit Atencional	34
6.1. Orígenes y Definición	34

6.2.	Diagnóstico	36
6.3.	Características del niño con SDA	37
6.4.	Prevalencia	39
6.5.	Tratamiento	41
6.6.	Cuestionamiento al tratamiento farmacológico	45
7.0	Psicología Humanística	47
7.1.	Orígenes filosóficos	47
7.2.	La Fenomenología	51
7.3.	Contribución de Goldstein	52
7.4.	Contribución de Carl Rogers	54
7.4.1.	El funcionamiento Optimo	56
7.4.2.	Carl Rogers y la Educación	58
7.5.	La Terapia de la Gestalt	59
7.5.1.	Fundamentos de la Gestalt	61
7.5.2.	Conceptos Básicos en Terapia Gestalt	66
7.5.3.	La Formación Gestalt	69
7.5.4.	Las concepciones de la naturaleza y lo natural	70
7.5.5.	La concepción Gestalt de la realidad	71
7.5.6.	Exitación	72
7.5.7.	La diferenciación y la dialéctica de las polaridades	73
8.0.	La terapia Grupal	74
8.1.	Grupos de Encuentro, Fundamentos teóricos	74
8.2.	Ciclo de la Experiencia Individual	76
8.3.	Ciclo de la Experiencia en Terapia Grupal	78
9.0.	Terapia Gestal enfocada al niño	78
9.1.	Principios del proceso de Terapia Gestalt	81
9.2.	Reglas Basicas del Grupo Gestaltico	81
9.3.	Rol de las facilitadoras	82

CAPITULO III

10.0. Marco Metodológico	83
10.1. Enfoque Metodológico de la Investigación	83
10.2. Tipo de Estudio	84
10.3. Diseño de la Investigación	84
10.4. Delimitación del campo de estudio	85
10.4.1. Universo	85
10.4.2. Diseño Muestral	86
10.4.3. Elección de la Muestra	86
10.5. Métodos y Técnicas de Recopilación de Información	88
10.5.1. Entrevista Semi-Estructurada	88
10.5.2. Anamnesis	88
10.5.3. Escala de Medición de Conductas: Test de Conners	89
10.5.4. Observación Participante	89
10.5.5. Notas de Campo	90
10.5.6. Técnicas de Intervención Grupal	91
10.5.7. Análisis de Datos	92

CAPITULO IV

11.0. Resultados y Análisis de Datos	93
--------------------------------------	----

CAPITULO V

12.0. Conclusiones y Discusión	127
12.6. Objetivo Post-Factum	137
13.0. Bibliografía	138
14.0. Anexos	144

RESUMEN

El propósito de esta investigación es lograr la emergencia de los mecanismos resilientes en pre-adolescentes con SDA sin apoyo farmacológico ni psicoterapéutico, mediante una intervención psicológica, con enfoque de orientación Humanista Integral.

Se entiende por enfoque de orientación Humanista Integral a la confluencia del paradigma existencial-fenomenológico y los diferentes estilos terapéuticos desarrollados por los teóricos de la psicología Humanística.

Esta es una investigación realizada con un enfoque metodológico cualitativo, (Taylor S., y Bodgan R., 1987; y Hernández R., y cols., 1991).

Se llevó a cabo en una Escuela Municipalizada de Santiago Centro. Allí se seleccionó una muestra de 10 alumnos de 5to y 6to año Básico con diagnóstico de SDA y sin tratamiento farmacológico ni terapéutico, obtenida luego de la aplicación del Test de Conners..

La intervención se desarrolló en un taller grupal de 10 sesiones de una hora cada una, con una frecuencia bisemanal, aplicando técnicas de orientación Humanista Integral. En cada sesión se registraron las observaciones de las experiencias del setting, mediante las notas de campo. En la estructura de cada sesión, se consideró un tema central referido a posibilitar la emergencia de un mecanismo resiliente. Los temas de cada sesión tienen un Objetivo General relacionados con cada uno de los mecanismos Resilientes, que se operacionalizó mediante la creación de categorías referidas a conductas observables, para dar cuenta del proceso individual. Paralelamente se observó el desarrollo terapéutico grupal, que apoyó y estimuló “el darse cuenta”, mediante las experiencias y vivencias compartidas, facilitándose la expresión individual de sentimientos y emociones, en el momento existencial del “aquí y ahora”.

Los resultados obtenidos en la investigación, mostraron un aumento significativo en los siguientes mecanismos protectores de la Resiliencia: Autoestima, Interacción, Conciencia moral, sentido del Humor y Creatividad; apreciados a través de las observaciones y en los registros del autorreporte de la autoimagen,(Dibujo de la Figura Humana de (Koppitz E., 1994).

La metodología del taller posibilitó el contacto con la experiencia personal de cada uno de los participantes, en una nueva dimensión, al abrirse al ambiente en forma positiva y refiriendo algunos cambios en su interacción familiar y escolar.

ABSTRACT

The purpose of this research is to achieve the emergence of the Resilient mechanisms in young teenagers with Attention Deficit Syndrome (ADS) without any pharmacological nor psychotherapeutical support but by means of a psychological intervention with an Integral Humanist oriented approach.

An Integral Humanist oriented approach must be understood as the confluence of the existential-phenomenological paradigm and the different therapeutical styles developed by the practioners of the Humanistic Psychology.

This is a research which was performed with a qualitative methodological approach (Taylor S., and Bodgan, 1987; and Hernández R., and others, 1991).

It was carried out in an Escuela Municipalizada from the centre of Santiago City. A sample of 10 students from 5th and 6th grade suffering from ADS without any pharmaceutical or therapeutical treatment was selected and obtained after the application of the Conners Test.

The intervention took place in a group workshop of ten sessions of 1 hour each, with a two-week frequency, applying techniques of Integral Humanist orientation. In each session the observations of the setting experiences were registered by means of field notes. In the structure of each session, a central theme related to the ease of the emergence of a Resilient mechanism was considered. The topics of each session have a specific objective, which was made clear through the creation of categories referring to visible behaviour, to give an account of their individual processes. Simultaneously, the therapeutical development of the group was observed, which supported and stimulated the “be aware of” state, through the experiences and events shared, facilitating the individual expression of feelings and emotions in the existential moment of the “here and now”.

The results obtained in this study showed a significant increase in the following mechanisms of protection of the Resilience: Self-esteem, Interaction, Moral Consciousness, Sense of Humor and Creativity, which were appreciated through the observations and the records of the self-report of the self-image (Drawing of the Human Figure by Koppitz, 1994).

The workshop methodology facilitated the contact with the personal experience of each one of the participants in a new dimension when opening to the environment in a positive way and referring some changes in their family and school interaction.

1.0. INTRODUCCION

Esta es una investigación dirigida a niños escolares de 5to. y 6to. Años Básicos, que se encuentran en etapa pre-adolescentes y que han sido diagnosticados con el Síndrome de Déficit Atencional, patología pediátrica sobre la que se han realizado innumerables estudios, especialmente en el área Biomédica, considerando en su etiología a factores genéticos o neurofisiológicos.

Desde la perspectiva psicosocial, estos niños viven en un mundo adverso en el que muchas veces sufren de incompreensión de parte de la sociedad, la familia y la escuela. Son niños que con su conducta alteran un poco el ambiente en que se desenvuelven..... "los niños con Síndrome de Déficit Atencional manifiestan una falta de regulación de sus impulsos, incidiendo esto en un impedimento cognitivo porque presentan dificultades de atención y concentración. Todo esto se traduce en problemas de adaptación social, bajo rendimiento escolar, problemas de autoconcepto y autoestima, y finalmente en complicaciones en el diario vivir y en todos los ámbitos de su vida" (Orjales I., 2002, pp. 36-72).

En relación a las variadas problemáticas que presentan los niños con SDA, se revisarán los antecedentes clínicos, psicológicos y sociales para acceder al conocimiento cabal del Síndrome. Es importante considerar también que el tratamiento médico-psicoterapéutico actual, si bien es importante e interesante, no sería concluyente como únicas posibilidades de prescripción respecto del problema, pues es posible que no todos los niños accederán a las indicaciones farmacológicas y/o psicoterapéuticas, ya sea por falta de recursos, falta de constancia o bien con temores de los propios padres respecto a producir en el futuro, "niños adictos a sustancia" (Diario El Mercurio, 20 de Julio del 2002, Artes y Letras).

Al parecer habrían variadas razones por las cuales el tratamiento se ve entorpecido.

En el interés de aportar desde otra visión psicoterapéutica, se propone en esta investigación relacionar el Síndrome de Déficit Atencional con la Resiliencia y un enfoque de orientación Humanista Integral. Para integrar estos conceptos, aplicaremos un Taller realizable en 10 sesiones, con un diseño psicoterapéutico, basado en los principios Humanísticos de los Teóricos de esta línea psicológica.

La Metodología Cualitativa, es el marco Metodológico que servirá de base al proceso de esta investigación, en todas sus etapas.

1.1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Déficit Atencional es un Síndrome que se ha estudiado en forma exhaustiva en el ámbito de la salud infantil; siendo éste el primer concepto a partir del cual se estructura esta investigación. En 1902 Still G., habría hecho una primera definición del problema, refiriéndose a “defectos mórbidos en el control moral”, en relación al rendimiento escolar y la falta de atención significativa (Bernett, A., y cols., 1991 pp. 1140).

En general, se puede señalar que en la clínica pediátrica, el SDA, se ha ido evaluando y considerando bajo parámetros de naturaleza esencialmente biológico y neurológico. Estudios registrados hasta el año 1980, han modificado los primeros conceptos etiológicos, para llegar a fundamentar las consideraciones actuales respecto a las indicaciones a seguir en el tratamiento. Según las prescripciones médicas, el procedimiento es: de terapia psicológica, indicaciones a la familia y a la escuela y farmacoterapia específica. Todo esto en forma paralela y bajo control con especialistas. (Bernett, A., y cols., 1991 pp. 1141).

En el año 1994, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ha establecido la siguiente clasificación del Síndrome: 1) donde predomina la hiperactividad-impulsividad, 2) donde resalta la falta de atención 3) se complementan los dos anteriores. Sin embargo, esta clasificación propuesta no es aceptada por la clasificación de la Organización Mundial de la Salud que engloba estos problemas como “Trastorno Hiperkinéticos” (López I., y cols., 1995, pp. 140).

Respecto a las investigaciones actuales sobre este Síndrome, a nivel académico se encuentran algunos aportes en investigaciones de campo, realizadas entre los años 1995 al 2002, existe un total de 5 estudios, cuyos temas han sido enfocados hacia las manifestaciones conductuales, relaciones parentales y prediagnóstico del Síndrome en

el ámbito escolar (Campos A., 2002, Univ. Central), (Chamorro P., 1995, Univ. Central), (Frias M., 2000, Univ. Central), (Frias R., 2000, UAHC), (Olivares X., 2002, UAHC).

Por los antecedentes que se pueden conocer hasta el momento, sabemos que por una parte el SDA es tratado preferentemente con psicofármacos y eventualmente con psicoterapia. En la literatura especializada se menciona el último estudio realizado por el MINSAL, en el año 1998, que proporciona los datos existentes sobre la situación a nivel país. En este estudio se señala un 6,2% de tasa de prevalencia que cruzaría todos los niveles socioeconómicos en niños de segundo año Básico. (Serie Minsal 01: Normas Técnicas y Administrativas S.M. Nro. 1, Stgo, 1998). Es posible que en cada curso de 2do. Básico, pudiera haber la presencia de al menos 3 niños con este cuadro. No deberían destacarse preferentemente dado que en general los niños son activos a esta edad, se encuentran en la etapa del juego y aún están en proceso de adaptación al sistema escolar.

El segundo concepto fundamental de esta investigación, es el de Resiliencia y sus características. Estas ponen el acento en las capacidades y mecanismos innatos que poseen las personas para revertir y sobreponerse a situaciones de vida que entorpecen y dificultan su estabilidad física y emocional, hacia la cual todos propendemos en nuestra existencia.

La Resiliencia, es un constructo teórico que aglutina a los llamados mecanismos protectores, recursos psicológicos internos que se manifiestan ante situaciones de riesgo psicosocial, para salvaguardar la integridad presente y futura del individuo.

En el país se cuenta con la entidad denominada “Centro de Estudios del Niño y la Mujer” CEANIM, dirigida por M.A. Kotliarenko, Ph. D.; quién desde 1992 junto a un grupo de profesionales especialistas en Psicología y Educación realizan proyectos de intervención dirigida a sectores desposeídos de niños y mujeres, también realizan investigaciones teóricas sobre los últimos alcances que se han logrado respecto al tema de la Resiliencia.

Matilde Maddaleno realizó investigaciones con adolescentes en situación de riesgo en el policlínico “La Faena” de la Comuna de Peñalolen, el estudio se llamó

“Conductas de Riesgo en Adolescentes y Factores Protectores” (1987). (Florenzano R., 1997 pp. cap VI).

Sobre este tema existen además 4 estudios de tesis, que relacionan Resiliencia con psicopatología, pobreza y tercera edad: (Cabezas C., 2002, UAHC), (Carmona M., 1995, Univ. Católica), (Del Rio M., 1995, Univ. Católica), (Gallardo E. s/fecha UAHC).

Investigaciones recientes han contribuido ampliamente a la tarea de aplicar este constructo en países como Perú, Argentina, Costa Rica y Venezuela , con el patrocinio de la OMS y de la Fundación Van Leer (1991).

Ramón Florenzano Urzúa en la investigación “Adolescentes y sus conductas de Riesgo”(1997) Stgo de Chile en la Universidad Católica, en el capítulo VI hace amplia relación a la historia del concepto desde 1968 en adelante, con Anthony E.J., Garnezy N, Rutter M., Vanistandael, Werner y Smith en otros países del mundo.

El tercer elemento considerado en el estudio, es la intervención psicológica grupal que se aplicará y que se sostiene en una base teórica de orientación Humanista Integral. Es un enfoque desarrollado desde un paradigma epistemológico existencial-fenomenológico, cuyos representantes principales son: S. Kierkegaard, M., Buber, K., Jaspers, M., Heidegger, J.P., Sartre.

En lo que se refiere al Marco Conceptual que se aplicará en el taller que indicamos, es de orientación Humanista Integral. Está basado en los principios fundamentales de la Psicología Humanística, planteada por C., Rogers, K. Goldstein, F., Perls y E., Fromm, que la definen como “la tercera rama fundamental del campo general de la psicología”, en la que se considera en primer término las capacidades y potencialidades humanas como por ejemplo, “creatividad, amor, si mismo, crecimiento, organismo, necesidad básica de gratificación, autoactualización, valores superiores, ser, devenir, espontaneidad, juego, humor, afecto, naturalidad, trascendencia del ego, autonomía, responsabilidad, salud psicológica y conceptos relacionados con ella. (Quitmann, H., 1989, pp. 29).

Para dar al Taller la estructura basada en una intervención psicológica de orientación Humanista Integral, están incorporadas las vertientes Humanistas que

elaboraron C. Rogers, de cuyo pensamiento se destaca : El rol del Terapeuta. El funcionamiento óptimo, Aprender en libertad. De Goldstein, es fundamental el concepto de holismo, respecto a que, “el organismo es una totalidad que es parte de un entorno con el cual establece una constante interacción”, y que “la elección y decisión es una característica existencial del ser humano”. De F. Perls, la acepción de Homeostasis, la formación de la Gestalt, y la concepción de realidad. Como modelo de intervención propiamente tal, se recogen los estilos de trabajo de F. Perls y de C. Castanedo, en lo que se refiere a la Terapia Grupal; aplicación práctica de la implicancia terapéutica del “aquí y ahora” y su importancia en el vivir existencial.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACION.

Por las características conductuales que se manifiestan en el SDA, especialmente cuando los niños no reciben atención terapéutica, es que esta patología se convierte en una problemática en el aula escolar y por ende, dadas las repercusiones sociales también en un problema familiar. Los padres se ven enfrentados a la presión de la conducta del niño en el hogar y por los profesores que ven dificultada su labor.

Considerando estas significativas apreciaciones, sumadas a las implicancias psicológicas que afectan el desarrollo y personalidad de los pre-adolescentes, se constituye el SDA en un tema importante de investigar. El intento de esta investigación, es hacer una búsqueda y una propuesta de intervención psicoterapéutica, para plantear alternativas de solución a este problema que tiene un efecto psicosocial en desmedro del individuo con SDA.

Nuestra mirada se focaliza en un grupo especial de pre-adolescentes, que se encuentran en una dimensión de riesgo psicosocial. Nos parece que el síndrome se podría agudizar cuando los menores no reciben tratamiento de ninguna índole y alcanzan esta etapa de desarrollo que tiene fases críticas para la constitución de la personalidad.

En nuestra modalidad terapéutica que hemos denominado “Terapia de orientación Humanista Integral”, consideramos los pensamientos de algunos maestros de la psicología humanística y su base epistemológica proveniente del paradigma fenomenológico-existencial, que surge en Alemania a mediados del siglo XIX.

Con este modelo específico de psicoterapia nos acercaremos a los pre-adolescentes para iluminar sus mecanismos Resilientes y fortalecer su instrumentalización.

La Resiliencia, cuya esencia se manifiesta en la “capacidad innata del individuo de recuperarse de la adversidad mediante la utilización de mecanismos protectores que se fortalecen en situaciones riesgosas” es un concepto necesario de considerar. Generalizando, los pre-adolescentes, al igual que cualquier otra persona

independientemente de su etnia o condición social poseen esta capacidad innata, entonces sólo se deberían activar sus mecanismos protectores para que se pusieran en marcha defensiva ante situaciones adversas.

Los mecanismos Resilientes, son factores dinámicos que varían a través del tiempo y de las circunstancias amenazantes de las personas, pudiendo ser dinamizados y expresados como recursos protectores por los pre-adolescentes con SDA.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Es la terapia de orientación Humanista Integral una alternativa de intervención para promover la Resiliencia en pre-adolescentes con Síndrome de Déficit Atencional?

2.0. APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACION

La preocupación por los niños que presentan el Síndrome de Déficit Atencional y el gran deseo de ayudarlos a superar este conflicto, proviene y está avalado por años de observación, como madres y profesoras, lo que tiene una mirada muy subjetiva. Este es un problema de salud pública que trasciende al ámbito educacional en el que presentaría una tasa de prevalencia de 6.2% evaluado en niños de 2do. año Básico, según estudio realizado en todos los estratos socio-económicos del país en el año 1998 (Serie Minsal 01: Normas Técnicas y Administrativas S.M. Nro. 1, Stgo, 1998), ésto se transforma en una problemática psicosocial para el ámbito escolar y familiar.

Desde la Psiquiatría, Neurología, Psicología y la Educación, existe preocupación por el diagnóstico y tratamiento del síndrome, situación que es enfocada considerando, los aspectos biomédicos y psicosociales. La sociedad en su conjunto se ve implicada en la búsqueda de proporcionar el apoyo necesario a los niños que lo sufren, debido a que la complejidad de las conductas que éstos manifiestan, se constituye en una problemática de amplio espectro en su manejo.

Pensamos que estas diferentes disciplinas deberían constituir una mirada coordinada y sistemática, que converja directamente sobre estos niños para lograr su bienestar biopsicosocial.

Centrando la atención en estos aspectos indicados, y focalizando la mirada como futuros psicólogos deseamos aportar desde nuestro enfoque de orientación Humanista Integral, con una propuesta de Terapia Grupal que contribuya a mejorar la calidad de vida de los menores. Lograr que “se descubran” y pongan en proceso los mecanismos Resilientes y las potencialidades innatas que posee el ser humano. Que lo impelen a la autosuperación y a la integración positiva en su entorno cultural y social.

Siendo la Resiliencia un constructo teórico, cuya difusión en los últimos años ha experimentado una rica vertiente de investigación, en la búsqueda de nuevos caminos para contribuir a la solución de múltiples problemas de la sociedad moderna; nos parece relevante que se constituya en el pilar en que descansará nuestra investigación. Los mecanismos protectores que constituyen la Resiliencia son: introspección, independencia, interacción, iniciativa, creatividad, conciencia moral, humor y autoestima (Wolin y Wolin, en Maddaleno, M., 1996). Estos mecanismos están presentes en todos nosotros en menor o mayor magnitud, y que de forma innata son utilizados por todos aquellos que “sin saber cómo”, logran superar situaciones de grave riesgo para convertirse finalmente en individuos proactivos en la sociedad.

Lo anterior nos permite entonces buscar en este constructo un camino donde experimentar ampliamente al promover la Resiliencia en aquellos pre-adolescentes con SDA, dadas las dificultades que tienen para su desenvolvimiento en los contextos a los cuales ellos pertenecen.

Por otra parte es importante focalizar la mirada en sus carencias afectivas, provenientes de su entorno social, de sus pares, de sus profesores, y a veces de su grupo familiar. Es necesario detenerse en las conductas reactivas que el niño elabora, y que agregadas a las propias del síndrome lo transforman en un individuo rechazado, impidiéndole una adecuada inserción social con los resultados predecibles que lo afectarán durante el transcurso de su vida.

Sabemos también que la mayoría de los padres o apoderados, abandonan el tratamiento farmacológico en el segundo o tercer año, (como se verá de acuerdo a entrevistas realizadas a las madres) llegando así al 5to. Año Básico precedido por la marca de ser “un mal alumno” y “perturbador de la clase”. Estos niños intentan insertarse en un medio ambiente hostil, marcando cada vez más la ausencia de recursos para resolver sus propios problemas.

El historial que acompaña al niño con el SDA y la falta de posibilidades naturales para sobrellevar y salir adelante de las adversidades que se le presentan, sumado a los grandes desafíos del desarrollo son algunas de las razones que nos han decidido a abordar esta interesante investigación, con el propósito de dar una visión nueva y

diferente al problema buscando otra posibilidad que sea un aporte práctico, que podría complementar el trabajo terapéutico que actualmente se realiza en el área de la psicología clínica.

¿De que manera facilitar la emergencia de los mecanismos resilientes en los niños con SDA?

Nuestra apuesta desde la psicología, se apoya en una terapia de orientación Humanista Integral, la que tiene una visión holista del individuo que concibe a la persona como una totalidad en la que se interrelaciona directamente con el entorno. La terapia permite una relación empática positiva desde la concepción de aceptación incondicional necesaria para el autodescubrimiento, y un diálogo fenomenológico fundamentado en la libertad del ser humano y su experiencia de vida en el “aquí y el ahora”. (Quitmann H., 1980).

3.0. OBJETIVO GENERAL

FUNDAMENTACION:

En el planteamiento del Objetivo General de nuestra investigación, mencionamos la modalidad y enfoque psicoterapéutico (de orientación Humanista Integral), que aplicaremos como medio para facilitar la emergencia de los mecanismos protectores de la Resiliencia en los pre-adolescentes con SDA.

Explorar si la Terapia de orientación Humanista Integral, contribuye como alternativa de intervención, para promover la Resiliencia en pre-adolescentes con SDA.

3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

FUNDAMENTACION:

En el objetivo Específico Nro. 1, identificaremos los mecanismos de la Resiliencia. La Resiliencia como constructo teórico se compone de diversos mecanismos protectores, presentes en mayor o menor medida en cada uno de nosotros e inciden en un mejoramiento de la calidad de vida cuando se ponen al servicio de asumir las consecuencias de nuestras elecciones.

En el objetivo Específico Nro. 2, proponemos el diseño del Taller Grupal, el que considerará las modalidades de Terapia Grupal de F. Perls y C. Castanedo como método de intervención psicológica. Castanedo propone en su intervención Grupal la consideración de las etapas grupales y del Ciclo de la Experiencia de J. Zinker, y

conjuntamente los planteamientos de la Resiliencia expresados en los Objetivos Generales y en la Operacionalización de los mismos.

El espíritu humanista de Carl Rogers atraviesa las 10 sesiones de este taller, aportando con los criterios fundamentales que hacen la esencia de un terapeuta humanista y la calidad de la relación terapéutica.

En el objetivo Específico Nro. 3, expresamos cómo imbuidas en el pensamiento y espíritu de la psicología humanística y en nuestra posición de terapeutas facilitadoras intentaremos alcanzar las profundidades espirituales de los niños integrantes del taller para favorecer la emergencia de los mecanismos protectores que ellos poseen y fortalecerlos para ponerlos al servicio de su equilibrio emocional.

En el objetivo Específico Nro. 4, nos proponemos evaluar cómo surgen los mecanismos Resilientes, como se manifiestan en la sesión psicoterapéutica y cómo avanza sus fortalecimiento hasta convertirse en un conjunto de herramientas perdurables, producto de una intervención psicoterapéutica específica.

- 1. Identificar los mecanismos Resilientes que manifiestan los pre-adolescentes con SDA.**
- 2. Diseñar un taller grupal para pre-adolescentes con SDA, integrando el enfoque de la Resiliencia y el enfoque de orientación Humanista Integral.**
- 3. Contribuir con Terapia de Grupo de enfoque de orientación Humanista Integral, al fortalecimiento de los mecanismos Resilientes en pre-adolescentes con SDA.**
- 4. Evaluar el impacto del Taller de orientación Humanista Integral, para la emergencia de la Resiliencia en los pre-adolescentes con SDA.**

CAPITULO I

4.0. MARCO TEORICO

4.1. EL CICLO VITAL

Ya que esta investigación la realizaremos con pre-adolescentes, es necesario conocer las características biopsicosociales. Para conocer las etapas del desarrollo del niño pre-adolescentes es necesario acotar algunos conceptos a los cuales nos referiremos en análisis posteriores:

- **Crecimiento:** Es una aumento de la estructura corporal. Es global, son aumentos visibles que se suceden en forma evolutiva, determinado por factores internos y externos.
- **Desarrollo y crecimiento:** Normalmente suelen ir juntos. En el desarrollo hay habilidad física y psíquica, sin embargo el crecimiento es más parcial, se habla de crecimiento en altura.
- **Maduración:** Son todos los cambios o modificaciones que se producen y obedecen a dos grupos de factores, los endógenos es decir la herencia y los exógenos, es decir al medio ambiente. En la maduración hay cambios morfológicos y de las pautas de conducta que ocurren en forma natural y en ausencia de aprendizaje. Por lo tanto es un cambio cualitativo del organismo.
- **Aprendizaje:** Es un cambio permanente de la conducta producido por consecuencia de la práctica. Influye el factor fisicoquímico, es decir aspectos climáticos, ambientales y el factor sociocultural.
- **Desarrollo:** Es la diferenciación y especialización de las células en un proceso de integración en que se diferencian las estructuras y funciones del

cuerpo humano, se produce un cambio cualitativo ordenado e irreversible. El individuo se concibe como totalidad, es influido continuamente por el ambiente y posee plasticidad.

El desarrollo es rítmico, se produce por ciclos o fases. Se distribuye en etapas y cada una de ellas es preparación para la siguiente. (González, E. y cols., 2000 pp. 24).

4.1.1. DESARROLLO MOTRIZ

“El desarrollo motor depende de la maduración global física, del desarrollo esquelético y el desarrollo neuromuscular y de su desarrollo perceptivo-cognitivo aunque está influido por las oportunidades de hacer ejercicio” (Malina, en González E., 1989) . Es por lo tanto, un proceso continuo de cambio en el que se combinan variables madurativas internas con las experiencias y los aprendizajes recibidos.

Para este estudio es atinente referirse al desarrollo biológico de los preadolescentes: De 8 a 12 años, se produce un progreso importante en la estructura morfológica. Afecta el crecimiento de las extremidades inferiores, a la diferenciación del tórax y el abdomen, a apreciándose una mayor robustez. Los movimientos del cuerpo se hacen cada vez más equilibrados y armónicos. Aprenden nuevas formas de movimiento como montar la bicicleta, patinar, trepar, nadar. Este dominio del cuerpo tiene que ver con la posición del centro de gravedad. En general el niño de 10-12 años, se encuentra en una etapa de transición, en la que el proceso de desarrollo se acelera en preparación para la pubertad. (Moraleta, en González E., 1992).

En este período no existen diferencias destacables en habilidades motoras en relación al sexo, exceptuando la mayor fuerza de los niños en el antebrazo y la mayor flexibilidad de las niñas. Los juegos a estas edades son aquellos para los que están mejor dotados como correr o dar patadas a la pelota, dejando a un lado las que requieren una coordinación más compleja.

4.1.2. DESARROLLO BIOLÓGICO

La pubertad es el período durante el cual ocurren los procesos de maduración sexual que transforma a los niños en adolescentes. Comienzan a aparecer los caracteres sexuales secundarios y a desarrollarse las gónadas o glándulas genitales; y las gónadas corresponden a los testículos en el hombre y los ovarios en la mujer. Con esto se producen los cambios en la actividad hormonal, crece el vello púbico y axilar, se comienzan a desarrollar el busto en la niña y aparecen también los cambios de voz en el niño. (Díaz M, y col., 1992).

4.1.3. DESARROLLO COGNITIVO Y DEL LENGUAJE

El lenguaje en la segunda infancia se caracteriza por una mayor ampliación de los aspectos fonético, sintáctico y semánticos. A partir de los 7 años los niños han completado el sistema fonemático y el uso del diptongo abierto.

El desarrollo del lenguaje de los pre-adolescentes se hace más fino, lo que les permite una mayor comprensión y control, y un aumento de posibilidades cognitivas. El lenguaje ya interiorizado será un instrumento cognitivo para describir, para razonar. Entre 11 y 12 años se conforma un estilo objetivante del lenguaje con intención configurativa. Progresivamente y a medida que se desarrolla el pensamiento abstracto, se va dando una mayor objetivación (Schenk, en Gonzalez E., 1972).

Para Piaget, desarrollo humano puede describirse en términos de función y estructuras cognoscitivas. Definió el desarrollo cognoscitivo como el cambio producido en la capacidad mental. En las etapas del desarrollo, cada persona tiene su propia representación individual del mundo y dentro de estas representaciones yacen estructuras cognoscitivas que son los esquemas (patrón organizado de comportamiento, que son flexibles y cambian con el tiempo). Para él, el desarrollo es una continua reorganización del conocimiento en estructuras nuevas y más complejas. Prestó atención a las diferencias individuales, y al desarrollo emocional y la personalidad, sobretodo en las etapas del desarrollo de los niños y los adolescentes (Beltrán J., 1994 pp. 63)

En la etapa de 10 a 12 años, Piaget habla de las Operaciones Formales, período en que se encuentran los pre-adolescentes respecto al desarrollo cognitivo, en que el niño es capaz de realizar razonamientos formales sobre un nivel abstracto; se desarrollan nuevas capacidades que permiten la valoración de la verdad o la falsedad de las proposiciones abstractas: Analizar fenómenos complejos en términos de causa-efecto, utilizando el método hipotético deductivo, deducir consecuencias y diseñar pruebas para ver si las consecuencias sostienen la verdad. Esto quiere decir que ha alcanzado el pensamiento formal que le permite pensar lógicamente problemas abstractos, para lo cual tiene que desligar la forma del razonamiento de su contenido, considerándola en si misma. (Beltrán J. 1994 pp. 70)

4.1.4. DESARROLLO SOCIAL-EMOCIONAL

“La familia es el principal transmisor de conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos, que una generación transmite a la siguiente”(Thornton en González E., 1990). “La socialización tiene lugar en parte, por la instrucción formal que los padres dan a los hijos” (Chess, en González E., 1984).

“Los niños con habilidad social y cognitivas mejor desarrolladas tienen mejores estrategias para desenvolverse” (Chess, en González E., 1984).

Según Stassen y Thompson (1997), “una comprensión cada vez más profunda aumenta la capacidad de los niños para resolver problemas sociales durante los años escolares”. La soledad en esta edad, es importante fuente de problemas y suele acompañarse con sentimientos de tristeza, malestar y aburrimiento, enemistad y problemas de autoestima.

A la edad de 8-10 años las pandillas o bandas juveniles, suelen ser homogéneas. En cuanto a la edad y al sexo el niño busca autoafirmación, operando una cierta selección entre sus miembros, en función de una serie de valores que se robustecen por su carácter democrático. El líder suele elegirse más, por sus cualidades sociales que por la competencia personal. En medio de una pandilla el niño aprende a valorarse a si mismo de un modo más realista, al ser juzgado por lo que dice y hace, y

sin el abrigo de su familia. Cuando el niño descubre como piensan los demás de él, empieza a reexaminar su autoconcepto, para ver si se ajusta a la realidad. La pandilla es socialmente su grupo de pertenencia (González, E., 2000 pp. 328).

4.1..5. DESARROLLO DEL CICLO VITAL

Erickson plantea que el aspecto afectivo y psicosexual “se presenta en etapas, siguiendo un plan básico, es decir, de acuerdo a un ritmo y un orden de sucesión previamente establecido. Cada una de las fases, está relacionada con una tarea específica, apropiada a cada estadio que es de carácter universal y crítico, pero resulta condicionada por el contexto cultural del medio en que se vive. Cada tarea se puede resolver de una forma más o menos satisfactoria”. La solución favorable de la tarea permite continuar a la fase siguiente, y la solución desfavorable, impide el ascenso a los estadios posteriores, poniendo en peligro el desarrollo general” (Beltrán J., 1994 pp. 59).

En cada fase del desarrollo se enfrentan dos fuerzas contrarias, y el sujeto se ve obligado a establecer una síntesis conciliadora.

El pre-adolescente se encuentra, en una transición entre la etapa de “Industria versus Inferioridad” (realización de la competencia, de los 7 a los 11 años) y la etapa de “Identidad versus Difusión de la Identidad”, (realización de la fidelidad; etapa de la adolescencia).

-“Industria versus Inferioridad”: Se refiere en primer lugar a un sentimiento básico de actividad competente, adaptada tanto a las leyes del mundo instrumental como a las reglas de cooperación en procedimientos planificados. Cómo antítesis a éste, se opone un sentimiento de inferioridad que ayuda al impulso en los mejores, así como puede paralizar a los trabajadores menos dotados. Sin embargo, como patología básica de este estadio, la inferioridad puede acarrear conflictos de decisiva influencia, introduciéndolo a la regresión, lo que significa una renovación del conflicto genital infantil y edípico, y por ende una preocupación en la fantasía de personajes conflictivos. No obstante en este estadio, se desarrolla la competencia, un sentimiento que en el ser humano en desarrollo debe integrar

gradualmente para permitir la maduración y compartir la realidad de quienes cooperan en la misma situación productiva. (Erickson E., 1985 pp. 96).

-“Identidad versus Difusión de Identidad”: La confiabilidad del compromiso del adolescente, depende en gran medida del resultado de la lucha por la identidad. Hablando epigenéticamente, por supuesto nadie puede “saber” exactamente quién “es” el o ella, hasta que se han encontrado y verificado pautas promisorias en el trabajo y en el amor.

Las pautas básicas de identidad deben surgir de:

- La afirmación y el repudio selectivo de las identificaciones infantiles del individuo.
- La manera en que el proceso social de la época, identifica a los jóvenes, reconociéndolos en el mejor de los casos como personas que tenían que llegar a ser como son, y que siendo como son, merecen confianza.
- La antítesis de la identidad es la confusión de identidad, experiencia obviamente normativa y necesaria que puede constituir, sin embargo, una perturbación básica que agrava la regresión patológica y a su vez es agravada por ésta. La fuerza específica que surge en la adolescencia, la fidelidad, mantiene una fuerte relación tanto con la confianza infantil como con la fe madura. En tanto, transfiere la necesidad de guía de las figuras parentales a mentores y líderes. La fidelidad acepta ansiosamente la mediación ideológica de éstos, sea que la ideología esté implícita en un “modo de vida”, o tenga carácter militante explícito.
- La contraparte de la fidelidad “es el repudio del rol”: un impulso activo y selectivo a separar roles y valores que parecen guíables en la formación de la identidad, de aquello a lo que se debe resistir o contra lo que hay que luchar como ajeno al yo. Puede aparecer en forma de falta de autoconfianza, que implica una cierta lentitud y debilidad en relación con cualquier potencial disponible de identidad, o en forma de una oposición obstinada sistemática (identidad negativa). El repudio de rol ayuda también a delimitar la identidad del individuo, e invoca por lo menos, lealtades experimentales que luego

pueden ser “confirmadas” y transformadas en afiliaciones duraderas, mediante rituales. Finalmente, el proceso de formación de la identidad, emerge como una configuración evolutiva que integra en forma gradual lo dado constitucionalmente, las necesidades libidinales peculiares, las capacidades promovidas, las identificaciones significativas, las defensas efectivas, las sublimaciones exitosas y los roles consistentes.

Todos estos elementos, sin embargo, solo pueden surgir de una adaptación mutua de los potenciales individuales, las cosmovisiones tecnológicas y las ideologías religiosas o políticas. (Erickson E., 1985 pp. 96).

5.0. RESILIENCIA

Este concepto es el constructo teórico fundamental sobre el cual se estructura esta investigación, con el propósito de establecer una relación con el SDA para realizar una intervención terapéutica con orientación Humanista Integral.

5.1. DEFINICION

La Resiliencia, es un concepto que en metalurgia hace referencia a la característica físicas que tienen algunos metales, que luego de ser sometidos a una presión deformadora, pueden volver a recuperar su forma original. (Lösel, 1994).- Esta característica de Resiliencia de algunos metales, fue identificada también en el comportamiento humano, en investigaciones realizadas en Inglaterra ya en los años de la Segunda Guerra Mundial (Scoville, 1942).

5.2. ORIGEN DEL CONCEPTO

Las Ciencias Sociales recoge esta conceptualización y a partir de la década del 70, varios investigadores han definido la Resiliencia, aplicándola a esta disciplina. Para Rutter es : “un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, en un medio insano. Estos procesos dicen relación a la combinación de la interacción dada entre los atributos del niño y de su ambiente familiar, social y cultural” (Rutter, M.,1981).

Algunas investigaciones realizadas se focalizaron en situaciones ambientales negativas o difíciles para la vida de los niños o adolescentes, es decir desde el enfoque de la Psicopatología del desarrollo, permitiendo de alguna manera acotar o especificar aún más el concepto como: “habilidad para resurgir de la adversidad,

adaptarse, recuperarse y acceder a una existencia significativa y productiva” (ICCB, Institute and Child Resilien Family, 1991).

Desde esta acepción de Resiliencia es posible distinguir la presencia de dos componentes necesarios; primero, que haya un evento o situación de riesgo, y segundo, que el individuo tenga la capacidad de crear un comportamiento positivo pese a las circunstancias difíciles; es decir, “el niño no sólo puede sobreponerse frente al sentimiento de dolor y abatimiento, sino que es capaz de re-construir a partir de una disposición positiva para enfrentar las dificultades que se le oponen para una vida emocional y física sana”.(Vanistendael, A., 1994).

En los diversos estudios realizados, se consideró el aspecto de riesgo que implica vivir situaciones estresantes, ante las cuales cualquier niño es susceptible. Sin embargo, algunos presentan una respuesta diferente a lo esperado como condición adaptativa, y de alguna manera son capaces de superar la crisis, aunque el entorno continúe siendo el mismo. (Anthony, E., 1968)

La Resiliencia como enfoque sobre la conducta humana, en particulares contextos y situaciones negativas, es considerada como una capacidad humana universal, que está presente en las diferentes comunidades, etnias y culturas, mostrando rasgos particulares en función de tales diferencias.

La Psicología, en sus estudios sobre el desarrollo humano, planteaba una disfunción de las respuestas de reacción sobre cómo vivenciar las experiencias socio-culturales y emocionales, señalando (Anthony, E., 1968), que hay niños que presentan las características de :

- Hipervulnerables: Niños que frente a situaciones comunes desarrollan alguna sintomatología, ejm., fobia escolar.
- Pseudo-vulnerables: Niños que aparentemente no tienen dificultades y que han sido criados en un medio ambiente-social familiar y económico protegido, pero frente a situaciones adversas sufren un quiebre inesperado.
- Invulnerables: Niños que teniendo dificultades importantes de alguna manera se re-arman y se desarrollan mejor frente a traumas acumulativos o de situaciones adversas.

Considerando esta noción de invulnerabilidad, se identifican características que contribuyen a una mejor adaptación y respuestas. Estas mismas promueven una actitud y condición proactiva, que es resiliente frente a lo complejo y lo adverso que se presenta en la vida cotidiana.

Estas características, que conforman el proceso, son condiciones psicosociales, emocionales y culturales, las que actúan como mecanismos protectores. La interacción dinámica de estos elementos, son fuente promotora de la Resiliencia, y contribuyen a reducir las probabilidades de tener consecuencias negativas en la conducta, y son los agentes para la consecución de la superación y logros de tareas propias de la etapa del desarrollo correspondiente.

La protección radica, en cómo las personas asumen los cambios de la vida con mayor seguridad en sí mismos. Lo importante es que la Resiliencia, no depende de exponerse o de evitar situaciones de riesgo, sino que se manifiesta en la praxis de los mecanismos protectores y de la Resiliencia como tal, (Rutter, M.,1993).

Por otra parte, la consideración respecto a que, la Resiliencia es la resultante de la interacción entre el niño y su ambiente, no es una condición estable en el tiempo, como tampoco, respecto a la diversidad de situaciones que se presentan a través del ciclo vital (Klotiarenco, Cáceres y Alvarez, 1996).

Existen algunas condiciones que propician el origen de las cualidades que otorga la Resiliencia .(Grotberg, E. y cols.,1996) :

- Ambiente facilitador : se requiere contar con estabilidad familiar y escolar , con apoyo emocional , reglas claras y consistentes; y acceso a la salud y bienestar apropiado a las necesidades.
- Fuerza intrapsíquica: Se considera para ello, las capacidades de autonomía, control de impulsos, empatía, autoestima, y consideración afectiva de los otros.
- Habilidades interpersonales: Manejo de situaciones, capacidad de planeamiento, resolución de problemas.

Otras fuentes que favorecerían la emergencia de mecanismos Resilientes, señalan que en el ciclo vital del individuo se presentarían en tres etapas de la vida; en la

niñez, adolescencia y adultez (Wolin y Wolin,1994). Cualidades que se van a presentar de acuerdo al nivel de desarrollo y madurez psicológica de la persona, sexo y contexto en el cual se manifiesta la condición Resiliente (Rutter, M.,1990).

Los mecanismos protectores que constituyen la Resiliencia, actúan como defensas y son llamados también “los 7 pilares de la Resiliencia” (Wolin y Wolin, 1996) y cada uno de ellos se define como:

- **Introspección:** Es la capacidad de examinarse internamente, planteándose la necesidad de conocerse respecto a las motivaciones y sentimientos personales
- **Independencia:** Capacidad de establecer límites entre uno mismo y los demás y de tomar decisiones, en forma libre.
- **Interacción:** Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas.
- **Iniciativa:** Capacidad de hacerse cargo de problemas y de ejercer control sobre ellos, se manifiesta en la conducta exploratoria y las acciones constructivas.
- **Creatividad:** Capacidad de inventar algo, relacionar algo conocido de forma innovadora o de adaptarse a los esquemas de pensamiento y condiciones habituales.
- **Conciencia moral:** Los principios de conciencia libertad que tiene el ser humano y que determina sus actos, sean susceptibles de recibir una calificación moral, es decir que sean calificados como buenos o malos.
- **Humor:** En sentido estricto es la capacidad de soportar las adversidades y extraer de ellas componentes alegres.
- **Autoestima consistente:** valorarse a sí mismo en relación a las habilidades y capacidades personales, demostrando seguridad en su accionar.

Todas estos mecanismos se relacionan directamente con otras capacidades cognitivas, de modo tal, que permiten expresar una respuesta creativa y de acuerdo a la situación, es decir, de manera asertiva, expresada en la correcta “elección” para la solución de una situación problemática.

5.3. CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO RESILIENTE

El nivel socioeconómico de una población y el índice de riesgo no son parámetros que permitan demostrar la ausencia o existencia de menor o mayor cantidad de niños (as) con mecanismos Resilientes. (Lösel, et al, 1989).

Entre las variadas características que poseen los niños resilientes, se encuentran:

- Mayor nivel intelectual (verbal – matemático)
- Mayor tendencia de acercamiento a personas
- Humor positivo
- Ritmicidad biológica más estable (control de esfínter, patrón del sueño y alimentación).
- Autoestima más elevada
- Mayor motivación al logro
- Menor tendencia de sentimiento de desesperanza
- Mayor sentimiento de autosuficiencia
- Mayor frecuencia de apoyo emocional
- Mayor frecuencia de apoyo material
- Mayor apoyo de entrega de valores

Una caracterización más precisa se puede resumir englobando rasgos (Ferguson y Linskey, 1996), que se relacionan con:

1. Inteligencia y habilidad en la resolución de problemas, como conducta necesaria pero no única.
2. Género femenino: Se considera con más aptitudes para presentar características Resilientes. Los hombres serían más vulnerables ante una situación de riesgo, dado que entre las características relativas a diferencia de sexo, presentan una conducta más opositora que las niñas, por lo tanto, están más expuestos. En caso de un quiebre familiar suelen ser reubicados en instituciones, a diferencia de las niñas que tendrían más posibilidades de ser acogidas por alguien cercano (Rutter, M., 1990).

3. Desarrollo de intereses y vínculos afectivos externos que incluye la posibilidad de contar con el apoyo de una persona significativa ajena al contexto familiar, con la cual exista una relación de confianza.
4. Apego parental: Que implique una relación cálida y apoyadora con el menor, al menos de uno de los padres.
5. Temperamento y conducta: En forma simple, se ha observado que los adolescentes en su periodo de infancia serían considerados como “niños fáciles”.
6. Relación con grupo de pares: Los niños Resilientes suelen tener relaciones de mejor calidad con sus iguales.

Estas características que presentan los niños Resilientes, son cualidades generales, que se manifiestan durante el proceso evolutivo con mayor o menor grado de eficacia. Por otra parte, los mecanismos de la Resiliencia operan cuando en la situación de vida de la persona, se encuentran sometidas a presiones, tales como: (Gazmezy, Mateu y Tellegen, 1984):

- El desafío: en que el estrés, es visualizado como un estímulo que induce para actuar con mayor competencia.
- La compensación : Los factores del estrés y los atributos individuales actúan combinadamente en la predicción de una consecuencia ,y el estrés potencial puede ser contrapesado por cualidades personales o por alguna fuente de apoyo.
- La inmunidad: Existe una relación condicional entre los estresores y los mecanismos protectores, en la que estos últimos modulan el impacto del estresor, aún cuando éste ya no está presente.

Es fundamental también que en la vida de toda persona sea la familia la que esté a la base de su socialización, y que mediante la dinámica, la cohesión, comunicación y compromiso en la resolución de conflictos, se transforme en un mecanismo protector externo, convirtiéndose en un sistema de auto-apoyo que favorecerá la

visión de vida que construye el niño cuando cuenta con este recurso.(Garmezy, N., 1986).

Entonces, la importancia de contar con un adulto significativo es un buen referente, y debería ser tanto el padre como la madre o adulto a cargo del menor, y si en el seno familiar no lo encuentra, es deseable que fuera del hogar al menos pueda encontrar una figura de apoyo que le proporcione un apego seguro.

Es importante destacar que, mediante la relación con el adulto, se construye el apego seguro. Por medio de este vínculo, el adulto es una figura estable, que es capaz de detectar las necesidades del niño y satisfacerlas cuando se presentan. (Bowlby, J., 1960). Al respecto, existen planteamientos que complementan esta teoría, sobre la trascendencia que tiene el vínculo seguro que se establece a partir del nacimiento (Erickson, E.,1986), consolidándose en el transcurso de los dos primeros años de vida; pero ésta no es una regla, por cuanto siempre será posible volver a reconstruir esta capacidad global, que sirve de sustento para lograr el desarrollo de las cualidades de la autoestima, independencia, capacidad para relacionarse con otros; dado que esta sería una cualidad innata que tenemos todos los individuos.

5.4. EL MODELO DE LA RESILIENCIA

A objeto de identificar y promover la Resiliencia con la participación comunitaria y más específicamente con padres e hijos , se diseñó un modelo para definir más brevemente un perfil que se origina a partir de los elementos que son fuente de la Resiliencia y ésto permite crear condiciones para favorecerlo (Grotberg E., 1996).

Los aspectos que señala el modelo en la cual se encuentran las fuentes de la Resiliencia de acuerdo a lo propuesto por Grotberg, son:

Yo soy:

- Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.

- Respetuoso de mi mismo y del prójimo.

Estoy

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
Seguro de que todo saldrá bien.

Puedo:

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado, para hablar con alguien o actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Tengo:

- Personas en derredor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas.
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

Estas características no siempre están todas presentes, por lo que tener sólo una, no basta para que se le considere un niño Resiliente.

En el país se cuenta con la entidad denominada “Centro de Estudios del Niño y la Mujer” CEANIM, dirigida por M.A. Kotliarenco, Ph. D.; quién desde 1992 junto a un grupo de profesionales especialistas en Psicología y Educación realizan proyectos de intervención dirigida a sectores desposeídos de niños y mujeres, también realizan investigaciones teóricas sobre los últimos alcances que se han logrado respecto al tema de la Resiliencia.

Matilde Maddaleno realiza investigaciones con adolescentes en situación de riesgo en el policlínico “La Faena”, el estudio se llama “Conductas de Riesgo en Adolescentes y Factores Protectores” (1987). (Florenzano R., 1997 pp. cap VI).

Sobre este tema existen además 4 estudios de tesis, que relacionan Resiliencia con psicopatología, pobreza y tercera edad: (Cabezas C., 2002, UAHC), (Carmona M., 1995, Univ. Católica), (Del Río M., 1995, Univ. Católica), (Gallardo E. s/fecha UAHC).

En general estas investigaciones se han referido al tema de la Resiliencia, identificando aspectos como los que se indican:

- La situación de adversidad que circunda a la pobreza, con toda las carencias inherentes a este ámbito.
- Los déficit y disponibilidad de recursos en torno a niños en la educación básica, de una población carenciada, para detectar la Resiliencia.
- Identificando la importancia de la relación vincular.
- Identificando recursos Resilientes que están presentes, incluso en adultos mayores

Investigaciones recientes han contribuido ampliamente a la tarea de aplicar este constructo en países como Perú, Argentina, Costa Rica y Venezuela , con el patrocinio de la OMS y de la Fundación Van Leer (1991).

Ramón Florenzano Urzúa en la investigación “Adolescentes y sus conductas de Riesgo”(1997) en Stgo. de Chile, Universidad Católica, en el capítulo VI, hace amplia relación a la historia del concepto desde 1968 en otros países, con Anthony E.J., Garnezy N, Rutter M., Vanistandael, y Werner y Smith.

La presente investigación, se sustenta en la posibilidad de estimular los mecanismos protectores Resilientes en pre-adolescentes con SDA, dada la fuerza interna y su capacidad dinámica, podrían revitalizarse mediante un enfoque psicológico de orientación Humanista Integral.

6.0. SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL.

Este tema concita nuestro interés investigativo, por ser una patología que a nuestro entender, se agudiza socialmente en la escuela, manifestándose con más dureza, en aquellos niños desprovistos de apoyo clínico y/o terapéutico.

6.1. ORIGEN Y DEFINICION

En una visión histórica a partir de Hoffman, 1854, se hace la primera descripción de este cuadro incluyendo un conglomerado de síntomas caracterizados por: hiperactividad, impulsividad y excitabilidad. Pocos cuadros clínicos infantiles han recibido tanta atención, desde la psiquiatría como éste en los últimos años.

La discusión ha sido controvertida, tanto en lo referente a su etiología y reconocimiento como a la terminología para denominarlo, siendo los más usados; daño orgánico cerebral mínimo, síndrome hiperkinético, disfunción cerebral mínima (APA-DSM-IV). Sin embargo, los síntomas que fueron descritos hace más de cien años tienden a agruparse, lo que dificulta su reconocimiento puntual. Es gracias a las investigaciones más recientes, que se ha logrado aportar una mejor comprensión sobre las diferentes etiologías de este trastorno de la infancia y sobre la eficacia de varios tratamientos.

En 1963 se constituyó en Estados Unidos, con el auspicio del National Institute of Health y otras instituciones, un comité de expertos para elaborar un proyecto a largo plazo que permitiera un mejor reconocimiento del síndrome, y en 1966 publicó una monografía bajo el título “Minimal Brain Disfunction in Children”, en la que proponen la siguiente definición:

“Niños que tienen una inteligencia promedio, cercana al promedio o superior al promedio, con trastornos del aprendizaje y de la conducta que van desde moderados a severos en intensidad y que están asociados a desviaciones del sistema nervioso central”. A partir de esta definición se popularizó el uso del concepto de “Disfunción Cerebral Mínima” y en la década del 60 contribuyó a definir en forma más precisa el

grupo de respondedores o psicoestimulantes (Foster en López y col.,1998, pp.193-211).

En 1980, se introdujo en el DSM III, el término “Síndrome de Déficit Atencional”, que definía una alteración del desarrollo caracterizada por falta de concentración, impulsividad e hiperactividad asociado a problemas del aprendizaje y anomalías conductuales (Cortés, en López y col. 1998 pp. 43-51).

A partir de aquí, las definiciones se centran en “déficit atencionales”, “déficit de control de impulsos”, “dificultades sociales y problemas de adaptación”, haciendo énfasis en lo conductual por sobre lo neurológico y en el déficit de atención por sobre la hiperactividad (Aaron y col., 1985).

En el DSM III, (1980-1981) enfatiza con esta denominación, que la capacidad de atención sería el trastorno más inhabilitante que caracteriza a estos niños, y la hiperactividad podría estar o no estar presentes. Continuando las investigaciones a partir de esta denominación (DSM-III) se plantea, que el elemento más perturbador del Síndrome es la hiperactividad, de tal forma que en 1987, estas reglas diagnósticas fueron modificadas en el DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987), y están siendo sometidas ahora a nueva revisión, que se incluyeron en el DSM-IV.

El diagnóstico presentado en DSM-III-R es significativo respecto al DSM-III, ahora el síndrome se incluye en la categoría de trastornos con conducta disruptiva con el nombre de “trastornos de hiperactividad con déficit de atención”.

Los síntomas definatorios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, según la clasificación nosológica DSM-III-R son: “actividad motora excesiva, falta de atención y de control de impulsos. En sí, se trata de niños desordenados, descuidados, que no presentan atención en clases, que cambian continuamente de tarea y presentan una actividad permanente e incontrolada, sin que vaya dirigida a un determinado objetivo.

En relación al cuadro de hiperactividad, no hay concordancia entre los diferentes investigadores, algunos dicen que se trataría de un síndrome con un origen probablemente biológico ligado a alteraciones en el cerebro provocado por una deficiencia en la regulación de dopamina y norepinefrina; transmisores químicos que

se encargan de las funciones, de atención, procesar, enfocar, controlar los impulsos y actividades psicomotoras (Vicéns M.,2002), o causadas por factores hereditarios, o como consecuencia de una lesión.(Diamond, J., y col, pp. 69-82).

Saller y Allen en 1979 lo definen como “trastorno del desarrollo, concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesivas y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora”. Aparece entre los dos y seis años de edad y comienza a remitir durante la adolescencia. Sin embargo en estudios más recientes utilizando criterios diagnósticos más finos, se aprecia que a pesar del descenso de la hiperactividad motriz durante la adolescencia, otros síntomas se mantienen. El déficit atencional sin tratamiento, perdura después de la adolescencia y los déficit cognitivos derivados de la impulsividad y la falta de estrategias adecuadas del procesamiento de la información, se mantienen hasta la edad adulta.

6.2. DIAGNOSTICO:

Respecto a la detección de la hiperactividad infantil, es más fácil de detectar en la edad pre-escolar, donde algunos niños destacan por su mayor inquietud, respecto de sus pares, su falta de autonomía ya que requieren de mayor vigilancia y ayuda en sus tareas diarias, su descontrol e inmadurez los hace más propensos a accidentes y se muestran más irritables y caprichosos (Barkley, 1981, Ross y Ross, 1982), (Avila y Plaino Lorente, 1993), los describen como: “inquietos e insoportables, inmaduros, testarudos, temperamentales, inconscientes, entrometidos y con evidentes deseos de ser constantemente el centro de atención, tanto de los adultos como de los compañeros de clases. Con frecuencia molestan a los compañeros y pueden no llevarse bien con ellos”.

Un examen neurológico clásico, presenta pocas anomalías en los portadores de SDA y estas anomalías son inespecíficas. Pero si se practica un examen dirigido a evaluar funciones “neuromadurativas” finas, dependientes de vías dopaminérgicas, de la función cerebelosa y de la actividad del lóbulo parietal aparecerán “signos

blandos”, con mucha mayor frecuencia que en la población general. Ellos se traducen en trastornos menores de la coordinación fina y gruesa, en algunos movimientos involuntarios, en dificultades en la coordinación visoperceptiva y algunos problemas en relación a actividades rítmicas alternantes, a veces en el rito del habla y de la expresión musical, en ocasiones aparece contaminación de movimientos (sincinesias),(Devilat, Marcel, 1995).

Ximena Keith (1998), psiquiatra infantil del Servicio de Neurología y Psiquiatría infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna, expone en “Déficit Atencional, consideraciones diagnósticas psiquiátricas: “según el estado actual del conocimiento, que este síndrome estaría representado por el resultado de la continua influencia mutua, entre la predisposición constitucional y los estresores ambientales”.

La predisposición genética parece estar en una disfunción neuroquímica que implica diferentes neurotransmisores, genéticamente determinados y que la presencia de estresores ambientales podrían ser los gatillantes en su presentación, así como el ambiente en la inducción de cambios cognoscitivos y de la conducta.

Orjales, (2002), asegura que: “los constantes fracasos y las conductas mostradas frente a éstos” , en los niños no tratados adecuadamente, no sólo acentúan su sintomatología inicial, sino que además, observan inadapatación escolar, problemas de conducta, autoimagen negativa y en algunos casos hasta síntomas de depresión.

6.3. CARACTERISTICAS DEL NIÑO CON SDA:

La falta de atención de los niños hiperactivos tiene manifestaciones comportamentales y de tipo congnitivo, además presentan más problemas de conducta cuando la información es repetida a cuando es novedosa, tiene desmotivación por la tarea lo que tiene su origen en una mayor dificultad para procesar los estímulos. No termina las tareas que empieza muchas veces parece no

escuchar cuando se le habla directamente, dificultad para organizarse, evita tareas que requieren esfuerzo y con frecuencia pierde las cosas que necesita (Orjales I., 2002).

Al ser su estilo cognitivo de tipo impulsivo aplican menor número y variedad de estrategias de solución de problemas. En general tienen poco desarrollo en la habilidad para resolver problemas, debido a la falta de flexibilidad cognitiva en el procesamiento de la información.

Respecto al comportamiento hay una excesiva actividad motora por sobre los límites normales para su edad y su nivel madurativo, que se manifiesta habitualmente por una necesidad de moverse, la falta de autocontrol corporal y emocional, es incapaz de evaluar las consecuencias de sus acciones y llevado por un deseo de gratificación inmediata. La conducta es de carácter impulsivo que no puede ser controlada. También presenta desorganización y falta de autonomía personal, tanto en lo interno como lo externo, lo que hace que le resulte más difícil comportarse de forma autónoma, por otra parte también presenta mayor dificultad para aceptar la autoridad y los límites de su comportamiento, tras esto, muchas veces se esconde el deseo de llamar la atención de los adultos, aunque sea a costa de una sanción (Orjales I., 2002).

La necesidad de conocer los resultados positivos de sus actos y obtener recompensa de forma inmediata o el negativismo desafiante lo puede llevar en el transcurso de los años a un trastorno serio de conducta, afectándose sus relaciones familiares, escolares y sociales (Orjales I., 2002).

Emocionalmente, muestra un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad, se desmoraliza con facilidad, cambia de estado de ánimo, no tolera la frustración la que aumenta en forma considerable con la exigencia escolar, le cuesta aceptar sus errores y con frecuencia culpa a los demás, le cuesta ponerse en el lugar del otro y tener en cuenta sus deseos y sentimientos, se muestran tercos y malhumorados con frecuencia y parecen tener una autoestima muy baja o falsamente inflada, dado que suelen atribuirse a si mismos los éxitos, pero no los fracasos, tiende a responsabilizar a los demás de su mala actuación o los atribuye a factores que están

fuera de su propio control, por ejemplo a la profesora, al examen al ambiente (Orjales I, 2002).

Por las características cognitivas y emocionales que presentan los niños con SDA, los lleva a depender en buena medida de la aprobación de los adultos y saber entender aspectos, son de vital importancia para elaborar estrategias que promuevan cambios que les ayuden a superar sus dificultades en todas las áreas, teniendo bastante relevancia aquellas que se presentan en el ámbito de las relaciones sociales (Orjales I., 2002, pp. 36-72).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) propone los criterios para que los profesionales puedan diagnosticar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM- IV), entregando un cuestionario de evaluación. Si el niño cumple todos los criterios que allí se explicitan, es necesario aún realizar una exploración más completa, para determinar si realmente es hiperactivo y se aplica el cuestionario de Conners, que se entrega tanto a padres y profesores para ser llenado por éstos, previa observación de las conductas del hijo/alumno.

Los cuestionarios de Conners se elaboraron en el año 1969, con la finalidad de evaluar las mejoras comportamentales de los niños hiperactivos que recibían tratamiento. Conners confeccionó dos versiones de este cuestionario para padres y profesores (Orjales I.,1999, pp. 80). Investigaciones posteriores los redujeron a versiones más simplificadas de diez preguntas, se denomina Conners Abreviado.

En el año 1997 Farré-Riba y Narbona, elaboraron una versión castellana de las “Escala Escolar de Conners-revisada”, que consta de 20 ítems en fase experimental y permite valorar de forma conjunta o separada, el déficit de atención, la hiperactividad-impulsividad y el trastorno de conducta (Orjales I., 2002).

6.4 PREVALENCIA

Las tasas de prevalencia del trastorno de hiperactividad con déficit de atención, oscilan, en estudios más antiguos, entre el 0,5% y el 14% (Szatmari y cols., 1989). Esa gran variedad refleja diferencias en los síntomas, los métodos, las fuentes de información y los criterios diagnósticos utilizados en los distintos países.

Estudios más recientes para los que se empleó la metodología de revisión de una muestra, comunicaron tasas de prevalencia del 9,5% (Bird y cols, 1990) y del 6,7% (Anderson y cols,1987).

Las investigaciones muestran que por cada 9 o 10 varones hiperactivos, encontramos una niña afectada de déficit de atención con hiperactividad, siendo éste el motivo por el cual el síndrome ha sido más estudiado en niños que en niñas. Pero todos ellos deben enfrentarse finalmente a una serie de fracasos que superan a los niños sin este trastorno. (Diamond, J., y col, 1990, pp. 69-82).

El DSM-IV, apunta a una prevalencia con incidencia de un 3 – 5% en los niños de edad escolar, indicando que se presenta con mayor frecuencia en los niños que en las niñas, en proporciones oscilantes de 4:1 y 9:1.

Recientemente se ha indicado que las cifras de prevalencia (3 –5%) son similares en Europa y Norteamérica, disponiéndose actualmente de datos de prevalencia similares en China (Diamond J., y cols.,1990).

En Chile en el año 1998, el Ministerio de Salud realizó un estudio en todo el país, incluyendo todos los estratos socioeconómicos en niños de 2do. año Básico arrojando el estudio una tasa de prevalencia de un 6,2% (Serie Minsal 01: Normas Técnicas y Administrativas S.M. Nro. 1, Stgo., 1998).

Siendo considerado este como un trastorno neurobiológico entre cuyas causas habría una relación eventual de origen genético, los elementos que apoyan esta teoría indicarían que en la prevalencia del SDA se presentan:

- 1) Mayor frecuencia de hermanos con la misma afección y con problemas de aprendizaje.
- 2) Los niños con Déficit Atencional tienden a agruparse en forma no azarosa en los distintos grupos étnicos.
- 3) El retraso del desarrollo del lenguaje se correlaciona con el SDA.
- 4) El antecedente de retraso de crecimiento intrauterino se asocia significativamente a SDA.

- 5) Los hermanos adoptados de niños con Déficit Atencional, tienen menor incidencia de SDA en alteración del aprendizaje que sus hermanos biológicos.
- 6) Estudios en gemelos han mostrado que los puntajes del hiperkinético son sustancialmente heredables.
- 7) El riesgo de Déficit Atencional, es mayor en hijos de padres que han tenido o tienen esta afección que en hermanos de individuos con este síndrome (cortes F., en López y col, 1998 pp. 45).

Taylor (1994), sostiene que cuando el Diagnóstico es realizado con entrevistas estructuradas dirigidas a los padres y maestros. Los resultados de predominio suelen ser mucho más altos, llegando algunos estudios a arrojar tasas de prevalencia de hasta un 19% en poblaciones pre-escolares y de 17% en escolares (Frias R., 2000, pp. 32).

Basada en estos datos de prevalencia, podemos deducir que lo más probable es que los profesores tengan de 1 a 3 niños hiperactivos en la misma clase, mostrando sobretodo en los primeros años escolares un comportamiento poco adecuado a las normas que impone la escuela y una calidad de respuestas cognitivas por debajo del estándar requerido para cada nivel. El profesor alerta muchas veces a los padres, quienes deciden consultar al neurólogo y/o psiquiatra para su evaluación diagnóstica.

6.5. TRATAMIENTO:

Toda iniciativa terapéutica en el campo infantil persigue el objetivo común de favorecer la adaptación y el desarrollo psicológico de los niños. Son numerosos los autores que se preguntan si el trastorno se resuelve mediante una intervención terapéutica centrada exclusivamente en el niño, o si por el contrario es necesario incorporar la familia y el colegio en una mirada sistémica (García R., 1997 pp. 145-149).

El tratamiento de la hiperactividad se ha centrado básicamente en la administración de fármacos, así como en la aplicación de terapia con métodos conductuales y cognitivos. Desde el punto de vista histórico, los estimulantes fueron

los primeros agentes empleados en el trastorno de hiperactividad y déficit de atención, y siguen siendo los fármacos el apoyo más seguro y efectivo disponible en la actualidad (Biederman y cols, 1989; Donnelly y cols.,1986).

La farmacoterapia del SDA-H se inició en 1934, cuando Bradley describió los efectos de la Benzadrina en el comportamiento de los niños. Los efectos secundarios y la eficacia cuestionable han desanimado el empleo de fármacos distintos a los estimulantes. La comunicación de muerte súbita en tres niños, en Estados Unidos, que recibían Desipramina para trastornos de hiperactividad con déficit de atención, ha causado mucha preocupación (Geller, 1991; Riddle y cols, 1991). Otra preocupación frecuente es que el fármaco sea considerado como lo que “controla” la conducta del niño reforzando la creencia de que tan sólo los fenómenos externos influyen en su comportamiento, evitando así, que tanto el niño como su entorno (familia), se hagan responsables de su conducta y de la necesidad de una psicoterapia alternativa o en relación con la medicación.

Actualmente el principal fármaco administrado en Chile, es el Metilfenidato (MPH), estimulante que recibe el nombre de Ritalín y la Dextroanfetamina (DA), dosis que se administran estratégicamente por la mañana antes de iniciar la jornada escolar, obteniendo los niveles máximos de eficiencia medicamentosa; y una segunda estrategia es la de suprimir la dosis durante el fin de semana y vacaciones, esto permite la ventaja de limitar la toxicidad potencial de fármacos y al mismo tiempo permite observar y evaluar al niño sin medicación, lo que ofrecería una oportunidad para interrumpir el medicamento permanentemente.

Bernett A. Shaywitz y Sally E. Shaywitz (1991 pp. 1161), hacen énfasis en “la colocación de una clase (curso) apropiada”, quizás represente el factor más crítico para el éxito de la farmacoterapia, puesto que tal tratamiento resultará casi con toda seguridad ineficaz desde nuestro punto de vista, si la situación docente del niño no es la debida. Por ejemplo los estimulante rara vez tienen efectividad, si el niño permanece en una sala de clase con 30 estudiantes. Así pues, el médico debe comprobar que el sistema escolar ha evaluado adecuadamente y que se ha efectuado la asignación a la clase más apropiada antes de prescribir estimulantes.

Lo anterior nos hace reflexionar en relación a que estas alertas deben aplicarse en Estados Unidos, porque si consideramos la realidad chilena, en una sala de clases conviven a lo menos 40 alumnos, contando entre ellos de 1 a 3 hiperactivos según prevalencia (DSM-III). Si entendemos lo que estos autores exponen, sería tal vez ineficaz el uso de estimulantes en estos casos, de exceso de población infantil en la sala de clases; ya que la situación docente de nuestras escuelas municipalizadas no puede asegurar ni resolver la asignación del alumno a un curso con una población estudiantil por debajo de los 30 niños (por otra parte el médico no contacta la escuela para requerir más antecedentes del niño).

En Estados Unidos, hay una situación especial y se debe a que en 1991 en un memorando del United States Department of Education, estableció la responsabilidad del Estado y de las instituciones escolares de “proporcionar educación especial y servicios relacionados, a los niños con trastorno de hiperactividad y déficit de atención, y los médicos encargados de prestar dicha atención deben conocer las estrategias docentes generales que permitan y aseguren un adecuado ambiente escolar para el niño”.

La mayoría de los médicos, parece estar de acuerdo que una psicoterapia es recomendable para los niños con SDA. Desde un enfoque psicoanalítico, Elena Castro, psiquiatra infantil expresa “la indicación de psicoterapia es necesaria en los niños que tienen un trastorno grave de SDA y/o en que la consulta es tardía y ya existe una personalidad perturbada por años de interacción patológica con los padres y fracasos escolares agregados. Es difícil que estos niños puedan mejorar sólo con medicamentos o enfoques educativos. Se requiere complementar esta ayuda con un trabajo que permita hacer cambios caracterológicos y elaborar conflictos no resueltos” (López L. 1998, pp. 185).

Desde un enfoque sistémico, se propone un trabajo múltiple con los padres y el niño, incluyendo todos sus ambientes, especialmente la escuela, con una mirada integradora.

Desde un enfoque cognitivo-conductual se propone un tratamiento de la hiperactividad basado en el manejo de las consecuencias ambientales con dos técnicas, las operantes y las cognitivas. Los métodos operantes se orientan hacia el control de las conductas alteradas y suponen que éstas dependan de factores, acontecimientos o estímulos presentes en el ambiente.

6.6. CUESTIONAMIENTOS AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

En Chile; en un artículo periodístico, se señala en relación al uso del Ritalín con el título de “Padres inquietos por consumo fácil del Ritalín, en alumnos hiperactivos”, lo siguiente: “Apoderados y profesores afirman que el fármaco provoca efectos negativos en el rendimiento escolar, y es de fácil acceso como el “mote con huesillos”, dicen los representante municipales”.

En este mismo artículo, La Asociación Metropolitana de Centros de Padres y Apoderados, denuncia que “serios problemas está ocasionando en el sistema escolar, el consumo fácil del fármaco Ritalín en niños hiperactivos”. Afirman que el control de conductas en exceso impulsivas, mediante este medicamento no sólo está afectando la convivencia y permanencia de alumnos en los colegios, sino que, lo peor afecta el rendimiento escolar. El presidente de esta asociación Sr. Ismael Calderón dice: “El Ritalín no es un método apropiado, lo ideal es que los niños no consuman ningún tipo de sustancias”. Acusa que el problema, no se está atendiendo como corresponde a nivel de las autoridades educacionales y lamenta se siga el método de buscar un facultativo que recete el mencionado fármaco “fácilmente”, porque el apoderado reconoce que tener 1 o 3 alumnos hiperactivos dados a “pataletas y conductas explosivas” complica a cualquier profesor, que ya está aporreado con 40 alumnos.

Con respecto a la medicamentación con Ritalín, dice el doctor Bitrán: “El uso de este remedio fundamentalmente en niños ha sido muy criticado, pero la culpa no es de la droga, sino de quienes la sobrecetan, prescribiéndoselas a quienes no tienen el déficit. Sin embargo, indicada siempre por un psiquiatra y para la persona que realmente la necesita, en las dosis precisas y con los controles que se requiere, trae enormes beneficios para los pacientes. Esto más la terapia que les enseña paso a paso, a ordenar su vida”. (Diario El Mercurio, 20 de Julio del 2002, Artes y Letras).

Todo lo descripto anteriormente con respecto a técnicas y métodos de tratamiento del SDA, nos permite inferir que la investigación al respecto, es aún pertinente y

adecuada y que dejaría espacio para otros estilos de investigación y otros estilos de terapia.

Apoyados en este argumento, nos atrevemos a proponer una terapia grupal desde el enfoque de orientación Humanista Integral, especialmente dirigida a aquellos niños que en este momento no reciben apoyo farmacológico ni psicoterapéutico y que presentan SDA.

7.0. PSICOLOGIA HUMANÍSTICA

La orientación Humanista Integral, es el modelo psicoterapéutico que integra las visiones de teóricos humanísticos y la epistemología existencial-fenomenológica. Este enfoque permite desarrollar una intervención adecuada a grupos terapéuticos.

7.1. ORIGENES FILOSOFICOS:

Si queremos conocer el enfoque de orientación Humanista tendremos que viajar a sus orígenes, allí nos encontraremos en una Europa, dónde se discuten y plantean cambios radicales, tanto desde lo social (Marx, K.,s/f.) como desde la concepción del hombre.

Kierkegaard entre 1813-1855, considerado como el “abuelo” del existencialismo, expone una reflexión a la conducta interna del hombre, refiriéndose a la necesidad de relación interna consigo mismo. En una publicación “notificación literaria”, hace un llamado a: “cada uno debe trabajar para sí, en lo referente a su propia salvación”. Se opone a un mundo que el ve sumergido en la “nivelación”: “el allanamiento de las disyunciones apasionadas entre hablar y callar hacia el palabreo irresponsable, entre lo privado y lo público hacia la publicidad, privado-público, entre forma y contenido, hacia falta de forma inconsistente, entre estar cerrado y abierto, hacia el representar, entre amor esencial y vicio hacia un galanteo desapasionado, entre el conocimiento objetivo y el convencimiento subjetivo, hacia un razonar sin compromiso (Quitmann, H., 1989 pp. 49).

El pensamiento de Kierkegaard está atravesado de su propia experiencia personal, donde él mismo es el objeto de investigación, buscando una “verdad” que es subjetiva y depende de quién la busca para encontrar su esencia de vida.

Concibe al hombre como alguien que experimenta sufre a causa del desgarramiento y el miedo a la muerte, situación última y fundamental de cada persona. Sin embargo, en el recorrido existencial, temerosos de la muerte, experimentamos “la posibilidad de libertad”.

La experiencia del miedo ofrece al individuo posibilidades de elección y decisión, características esenciales del recorrido de vida. Quién logre el impulso hacia una decisión, atreviéndose a ser él mismo, no nivelado con los otros, podrá subsecuentemente alcanzar la libertad, asumiendo la responsabilidad de ser ese ser elegido, frente a sí mismo y a los demás.

Así Kierkegaard, ve al hombre como una unicidad y simultáneamente como un ser social, “el hombre que existe en realidad, es un hombre absolutamente individual, sin semejantes, y simultáneamente el hombre general”.

La filosofía Humanista continúa desarrollándose y Martín Buber (1878-1965), es otro de sus representantes. Filósofo e incansable luchador por la causa judía, se dedicó durante mucho tiempo a propiciar la fundación de Estado Israelí en Palestina y por la defensa de la identidad del pueblo Palestino.

Su posición filosófica aparece en “Ich und Du” (1923), donde expone su concepto de la “dualidad” del ser humano como hecho existencial.

Buber refiere esta dualidad como una actitud orientadora, orientada hacia la seguridad, y la actitud fundamental “realización”, que ofrece la posibilidad de traspasar las fronteras existentes, orientada al atrevimiento, el peligro y el riesgo.

Buber afirma que ambas actitudes fundamentales tienen un mismo rango de igualdad. Una persona autorrealizada, es aquella que logra unir ambas actitudes fundamentales.

La dualidad conduce al hombre hacia el momento de la “elección”, quién se debate siempre frente a “este abismo de la dualidad”. El refugio que ofrece la seguridad y la necesidad de asumir el riesgo para “saltar hacia lo nuevo y creativo”. Ambas polaridades son consideradas por Buber como una unidad. “La dualidad es la esencia fundamental del mundo; orientación y realización, bueno y malo, espíritu y materia, forma y contenido, ser y convertirse en ser, vida y muerte, llegan sin

embargo a la unicidad sólo si el ser humano se confronta con polaridades y no intenta alejar del mundo las tensiones a ellas vinculadas” (Quitmann, H., 1989 pp. 54).

Buber explica la relación de estas polaridades que se encuentran tensionadas y relacionadas por el yo, que solo existen en relación en relación con el “tú” en un polo y en otro el “yo-ello”.

El “yo-ello”, comprende toda una experiencia humana, es decir percepciones, representaciones, sensaciones, sentimientos y pensamientos.

El “yo-tú” se refiere al área de la relación, como el contacto con el mundo, que se nos aparece como una totalidad. Mediante el “yo-tu” vamos al encuentro del mundo tanto con los seres humanos como el entorno.

Lo importante es que el ser humano puede tener una relación “yo-tu” y una correspondencia “yo-ello” tanto con seres humanos como con objetos de su entorno.

En esta tensión de las polaridades el problema se resuelve mediante la libertad de decidir ante la seguridad y el riesgo. Se encuentra según Buber la posibilidad o no de que los individuos y la sociedad continúen desarrollándose. “Si quiere realizarse y desarrollarse así mismo y a toda la humanidad, entonces tiene que luchar de nuevo “a cada hora” y estimar simultáneamente el valor de mundo estructurado que brinda calma y seguridad, del que tienen que extraer la fuerza el atrevimiento de cada hora, para atravesar constantemente fronteras” (Quitmann H. 1989, pp. 55).

Buber dice, que toda persona vive dos formas del yo, por un lado el yo de la relación yo-tu y por el otro el yo-ello.

Hay seres humanos en los cuales el yo-tú, se manifiesta con más fuerza, que se conciben a sí mismos a través de la participación en un mundo que se realiza, y son así parte del cambio permanente. Esta participación en el mundo, los convierte en “personas”.

Opuesto a esta posición está el “ser propio” en el cual la palabra básica yo-ello, aparece con mayor fuerza, son personas que no descansan en sí mismas, sino que pueden vivir su propio bienestar sólo en relación con su entorno.

La “persona” concibe su ser distinto, como una comprensión necesaria y llena de sentido de la existencia, en cambio, el “ser propio”, se limita respecto de los otros y en cuanto se separa de los otros, se aleja del ser.

Martín Heidegger (1889-1976), es considerado el padre del Humanismo. El observa el modo como el ser humano se ve él mismo en su propia perspectiva, preguntándose a sí mismo acerca de su ser, de su “existencia” y con ello estar simultáneamente en relación con otros. Esta relación es un estar en el mundo ganado a través del awareness o “apertura”.

Esta apertura hace que el ser individual, como “existencia”, “arrojado” al mundo y confrontado, desde el principio con el hecho de la muerte. El conocimiento de este fin ineludible, produce “el estado fundamental del miedo”.

La existencia es para Heidegger un “ser hacia la muerte”, no por voluntad sino porque el resultado de la vida conduce finalmente a la muerte.

Es este miedo a la muerte, a la nada, aunque amenazante, contiene también la posibilidad de conducir la propia vida, enfrentándolo a la búsqueda de realizaciones personales. “La tarea del ser humano es salir de este enredo y convertirse en él mismo. Así el miedo tiene- al igual que en Kierkegaard y Jasper- el aspecto positivo que el ser humano mediante esta “disposición de ánimo”, se ve arrancado de su momentáneo ir viviendo y reflexivo, de su “impropiedad”, y así se pone directamente en contacto con las posibilidades de si mismo” (Quitmann H.,1989, pp. 63).

Heidegger dice que la interrogante acerca del “como” de la vida humana, no se decide sólo a través del “ser arrojado” en un mundo caótico. Sino se resuelve a través de un comportamiento activo del individuo dentro de ese “ser arrojado”, este comportamiento activo, adquiere la forma de una “elección” y “decisión”. Aquí en este comportamiento activo el ser humano se encuentra existencialmente en el acto de decidir o elegir y lo hace a nivel formal y a nivel de contenido.

Al nivel formal el ser humano tiene la posibilidad de elegir, con la libertad de movimiento proporcionada por el marco de las condiciones dadas. A nivel de contenido, su existencia misma, lo obliga a tener “que decidir y elegir”.

7.2. LA FENOMENOLOGIA:

El método científico del existencialismo es la fenomenología. Edmund Husserl (1859–1938), introdujo un cambio en el procedimiento metodológico de la ciencia. En centro de este método de investigación se encuentra la consideración de un objeto científico desde su “apariencia”, entendida tanto como apariencias de nuestro exterior de los sentidos como la evidencia en la esfera de las vivencias y la visualización simbólica de Imágenes espirituales.

La fenomenología es un mirar espiritual intuitivo, en el sentido verdadero, es decir una “visión de la esencia”, expresión interna y espiritual del objeto, tal como está dado en la visión espiritual y no un conocimiento. Se intenta lograr la visión de la esencia, apuntando al ser así del objeto, tal como aparece en nuestra percepción. Esta subjetividad permitirá al florecimiento de una ciencia sin prejuicios, anteponiendo la intuición a la abstracción, dando le así una mirada de carácter eidético.

Husserl no reconoce las ciencias tradicionales y las cataloga de reduccionistas, porque el mundo debe percibirse del modo cómo se presenta a cada uno de acuerdo a su experiencia y no cómo la sustitución de la realidad por los datos fenoménicos.

“Si me fijo en el significado del mundo, puedo comprender quién y qué soy yo mismo” (Quitmann, H.,1989).

Husserl no tan solo critica la concepción mecanicista, hace además un aporte en relación a la unidad indivisible constituida por el hombre y el mundo, el sujeto y el objeto, el ser y la conciencia, el interior y exterior. (Quitmann, H., 1989).

7.3. CONTRIBUCION DE GOLDSTEIN A LA PSICOLOGIA HUMANISTICA:

Kurt Goldstein (1878 – 1965). Emigró a EE.UU. en 1935. De esta manera los principios filosóficos y de la psicología humanística se trasladan con él desde el viejo al nuevo continente.

Goldstein había sido influido por la psicología Gestalt de la escuela de Berlín, quienes desarrollaron los principios de la psicología de la Gestalt, “como tendencia hacia una buena figura”, “fenómeno de figura y fondo” y las “leyes de la Gestalt”. La escuela de Berlín defendía la concepción de un campo de percepción unitarios del ser humano y diferenciaban en este campo “la figura y el fondo”.

Goldstein dice también que el organismo es una totalidad. Esta totalidad es asimismo una parte de un todo, del entorno, y simultáneamente concebida en una constante lucha con este todo del entorno.

El fenómeno de figura y fondo tiene una importancia grande en la teoría organísmica de Goldstein.

Para Goldstein es importante contemplar por separado el espíritu y la vida, son una unidad en la que uno se refiere al otro a través de una “tensión”. Rechaza una superioridad de uno sobre el otro, comprendido en mutua dependencia uno del otro: “el espíritu no desmiente a los sentidos sino que ayuda, mediante la formación de los fenómenos que aparecen en ellos, a crear la adaptación en la que pueden estar unidos la naturaleza y el espíritu, separados por nosotros de manera artificial mediante la contemplación aislada. En esta adaptación se realiza todo ser humano... La negación es solamente el paso hacia un ser superior, hacia el propio ser, en que el “espíritu” y “vida” se tornan activo en unidad.”.

Toda formación del mundo, todo lo que de nominamos cultura, es comprensible únicamente desde la acción común “espíritu” “esfera vital”, es decir de la totalidad unitaria del ser humano formado de este modo especial.

El organismo se mueve siempre en un estado de tensión entre “ser en orden” y él “ser en desorden”. Al estado de tensión lo denomina “catástrofe”, que se produce siempre “cuando el organismo choca en lucha productiva con el mundo”. La

“catástrofe” conduce, en constante vinculación con el mundo, finalmente a la “autorrealización” que va acompañada, paso a paso, por la conquista, por la inclusión y la transformación del mundo (Quitmann H., 1989).

La importancia de Goldstein para la psicología humanística, se puede resumir en los siguientes puntos:

- 1.- Elección y decisión como característica existencial del ser humano. Defiende la concepción de que la “elección” y la “decisión” no sólo representan una “posibilidad” de la existencia humana, sino que el ser humano, a causa de su ligazón con el mundo así como la de la tendencia de su organismo a la autorrealización, se ve colocado ante la “necesidad” de tener constantemente que “elegir” y “decidir”.

- 2.- Autorrealización como proceso orgánico y unitario. Goldstein dice que el motivo principal de la vida humana es la “autorrealización”. Describe a un ser humano que está, permanente y constantemente, orientado al desarrollo de las posibilidades que residen en su interior, a este motivo le llama dirección del desarrollo. La autorrealización es un proceso unitario y total

- 3.- Placer por la tensión. Una parte esencial de este proceso de autorrealización es la confrontación con el entorno, que conduce a “conmociones” y “catástrofe”; el organismo se presenta frente al entorno inicialmente como un sistema cerrado que tiene, en los límites de su sistema constantemente contacto con el mundo que le rodea. La tensión se define como placentera.

- 4.- Referencia a los principios de la Gestalt. Goldstein integra esencialmente dos principios de la Gestalt en su teoría del organismo: “El fenómeno de figura y fondo” y “tendencia hacia una buena Gestalt”

- 5.- Comprensión fenomenológica de la ciencia. La forma que tenía Goldstein de aproximarse a la ciencia era fundamentalmente fenomenológica, a pesar de que recalca siempre sobre una base empírica. (Quitmann H., 1989).

7.4. CONTRIBUCION DE ROGERS A LA PSICOLOGÍA HUMANÍSTICA:

Carl Rogers (1902) aporta tres contribuciones importantes a la psicología humanística:

- 1.- Desarrollo de la psicoterapia conversacional
- 2.- Formulación de una teoría del uno mismo.
- 3.- Apertura de la psicoterapia a la investigación empírica.

1.- **Terapia conversacional:** Rogers a contribuido a la psicología humanística considerando la confianza incondicional en el organismo humano a una forma de terapia del encuentro. Rogers pudo demostrar que la auténtica confianza de un terapeuta en su organismo y en el de su cliente, posibilita un proceso que permite el crecimiento personal de todos los que participan en él.

Cuando Rogers anima, no sólo en la terapia, sino también en la educación, a meterse dentro del otro y a percibir su mundo de experiencias desde su interior, está el convencimiento de que todo ser humano individual, puede y debe encontrar en último término el camino de su vida .

Rogers piensa en la autorrealización como en un “proceso” en que los padres, maestros y terapeutas, apoyan y potencian en la medida que entienden y viven en realidad en la convicción de la singularidad del individuo como punto central de la existencia humana.

El proceso de autorrealización, lo potencian por tanto, sólo aquellas relaciones que representan “ encuentros”. Sólo en el encuentro, puede el niño desplegar su percepción y hacerse capaz de decidir en el sentido existencialista.

Sólo en el encuentro puede detenerse el proceso de deformación de la realidad y poner nuevamente a disposición, la capacidad de decisión en el seno de una percepción de la realidad como respuesta.

El desarrollo de la teoría de la psicoterapia de Rogers, se puede dividir en tres fases, siendo la tercera la que se conoce y aplica en la actualidad.

Rogers centra la mirada sobre la situación, sobre la atmósfera y sobre el encuentro entre las personas. La comprensión derivada de ello, de lo que son las conversaciones beneficiosas, se desarrolla de ahora en adelante cada vez más lejos del aspecto, más bien técnico de la verbalización de los sentimientos, y se orienta más hacia un encuentro entre seres humanos, en el que el terapeuta acepta la relación y muestra también algunos sentimientos. “ Es un sentirse en trance en la relación, del que tanto el cliente como yo emergemos al final de la hora, como de un pozo o túnel profundo. En estos instantes, existe una auténtica relación yo-tú, para emplear una expresión de Buber, un vivir intemporal en la experiencia entre el escribiente y yo”.(Quitmann, H, 1985).

Cada vez queda más claro, que se trata ya no sólo de formas de conversación beneficiosas en la terapia, sino de encuentros beneficiosos entre seres humanos.

El encuentro se realiza en la forma de conversación “ centrada en la persona y “entre facilitadores”.

La relación interhumana, se convierte en fundamento básico para la formulación de los comportamientos terapéuticos o posturas fundamentales:

Congruencia : Rogers entiende por congruencia, en primer término, la coincidencia con uno mismo. Esto significa que él se vuelca en un encuentro personal y directo con su cliente cuando se presenta ante él, de persona a persona. Significa que es completamente él mismo y que no reniega de sí mismo.

Rogers intenta quitar a la relación terapeuta-cliente el aura de una jerarquía en apariencia dictada por la naturaleza, que ambos son iguales en lo referente a que son seres humanos debe centrar la base para la terapia.

Empatía: Se le conoce entre nosotros como “ comprensión empática no valorativa”.. éste es posiblemente, el punto más difícil del comportamiento del terapeuta.

La empatía, no es una técnica torpe de la pseudocomprensión..., en la que el consejero “refleja” tan sólo lo que su cliente acaba de decir. “Las interpretaciones de

mi enfoque, que a veces se han introducido en la educación y formación posterior, tengo que desaprobárlas de manera rotunda”.(Quitmann, H. ,1985).

Para Rogers un terapeuta o consejero, muestra su empatía cuando “siente el mundo interno del cliente con todos sus significados muy personales, como si fuese el suyo propio, ... siente la confusión del cliente, su miedo, su ira o sus sentimientos de ser tratado de forma injusta, como si esos sentimientos fuesen los suyos propios y no se enreda en ellos con su propia inseguridad, miedo o ira “. (Quitmann. H, 1985).

Valoración y aceptación sin condiciones : La relación con el cliente, no es neutral ni distante, sino que se caracteriza por un compromiso emocional.

La libre expresión de los sentimientos, debe potenciarse mediante la atención y no valoración del terapeuta frente al comportamiento y vivencia del cliente, como persona independiente.

La meta de Rogers en la terapia, su interés principal en el encuentro entre seres humanos es : “ Ser el sí mismo que uno es en realidad “.

7.4.1. EI FUNCIONAMIENTO OPTIMO:

La psicoterapia centrada en el cliente, define un óptimo para el proceso de tendencia actualizante incorporando el concepto de funcionamiento óptimo el cual es definido por Rogers (1969) así: “La persona que emerge de una experiencia óptima de crecimiento personal, es una persona capaz de experimentar plenamente sus sentimientos y reacciones, sin temer a ninguno, utiliza todo su equipamiento orgánico para captar con tanta precisión como le es posible la situación existencial, por dentro y por fuera. Permite a su organismo total funcionar con toda su complejidad para seleccionar, entre la multitud de posibilidades, esa conducta que en ese momento será más genuinamente satisfactoria. Confía en este funcionamiento de su organismo, no porque sea infalible, sino porque puede hacerse responsable de las consecuencias de sus acciones y corregirlas sino son satisfactorias. (Rogers, K., 1969).

Las características de este funcionamiento óptimo son las siguientes:

1. **Apertura a la experiencia:** Se refiere a que el individuo es capaz de aceptar plenamente sus experiencias, sin obstaculizar la simbolización proveniente de ella, estando consciente del flujo de sus sentimientos, necesidades y vivencias (Rogers, K., 1969).
2. **Vivir Existencial:** Se refiere a que la persona que experimenta un vivir existencial no teme a la sensación de incertidumbre o inseguridad, sino que acepta el proceso de lo que le está sucediendo ahora, estructurando esta experiencia una y otra vez, renovando continuamente la organización respecto de sí misma y de su personalidad. (Rogers, C., 1969).
3. **Confianza en el organismo:** Rogers (1969), plantea que el organismo representa para la persona que funciona plenamente, una guía confiable y competente, de manera que experimenta mayor confianza en él, para encontrar una conducta realmente satisfactoria en cada situación.

Para mantener la coherencia, el organismo debe revisar continuamente las experiencias a las que se enfrenta, admitiendo aquellas que permiten el crecimiento y rechazando las que se oponen a ello. El proceso que aquí se pone en juego, es el de la valoración orgánica “la experiencia se valora teniendo en cuenta las necesidades de conservación y de revalorización” (Rogers, K., 1971).

Al hablar de experiencia, Rogers (1985) se refiere a:

.....”los datos inmediatos de la conciencia no a una acumulación de experiencias pasadas...”. Este término se usa para englobar todo lo que sucede dentro del organismo en cualquier momento y que está disponible a la conciencia.

A través de la tendencia a la diferenciación, que es una parte de la tendencia actualizante, una porción de la experiencia del individuo, se simboliza en la conciencia, la cual corresponde a una conciencia de actuar como individuo, o experiencia del yo. Esta experiencia del yo constituye la materia prima con la cual se forma el concepto del yo (Rogers, C., 1985).

7.4.2. C. ROGERS Y LA EDUCACION:

Aprender en libertad:

Rogers emplea la teoría de la terapia cuyo elemento principal es la relación de persona a persona aplicada al área de la educación y el aprendizaje.

Afirma que todo lo que una persona aprende en el sentido usual de otra no tiene apenas influencia sobre su comportamiento.

Si se quiere que el aprendizaje tenga importancia para el desarrollo de la personalidad, tiene que ser un aprendizaje de autodescubrimiento, adecuado a uno mismo. Lo decisivo es que tanto la actitud de el que enseña tiene respecto del que aprende. Lo importante no es el aprender, sino la cuestión del cómo, por qué y cuándo aprende un alumno, de cómo se representa el aprendizaje desde el lado de la experiencia y qué sentimientos genera.

La meta es “potenciar el cambio y facilitar el aprendizaje”.

Al igual que en la terapia, el aprendizaje no debe tener nada que ver con el “saber estático”, sino que debe ser concebido asimismo como un proceso y que la tarea de los profesores puede consistir sólo en averiguar “cómo podemos aprender a vivir como individuos en un proceso de desarrollo”.

El aprendizaje no depende de lecciones o conferencias, o de una abundancia de libros, aunque cada uno de estos factores se emplee en una u otra ocasión como una ayuda valiosa.

La potenciación de un aprendizaje significativo depende de determinadas cualidades condicionadas que existen en la relación personal entre el facilitador y el que aprende.

Las actitudes exigidas por Rogers en este contexto corresponden a las actitudes terapéuticas fundamentales, es decir, : Ser real – Escuchar empático- Valoración, preocupación, confianza y respeto.

Los profesores que se presentan ante los alumnos con estas actitudes son catalizadores y facilitadores, que dan al que aprende : libertad, vida y oportunidad de aprender.

Un clima determinado por estas actitudes fundamentales facilitan el descubrimiento de la estructura de las necesidades de aprendizaje del individuo con el objetivo de que, tanto el individuo como el grupo, formen un todo con el contenido del aprendizaje escogido. Los contenidos no están entonces de forma independiente “junto” a las personas o al grupo, sino que personas y contenidos están integrados en un proceso total de aprendizaje (Quitmann H., 1985).

7.5. LA TERAPIA DE LA GESTALT:

Fritz Perls (1893 – 1970), figura como el fundador de la terapia de la Gestalt, aunque él se decía “el redescubridor”.

Perls fue asistente del Goldstein en un Instituto en Berlín. Allí se enfrentó con una nueva forma de comprender el organismo y oyó por primera vez el concepto de “autorrealización”.

En la aplicación de la terapia, Perls parte de la idea de que toda la vida orgánica se rige por el principio de la homeostasis, un proceso cuyo transcurso el organismo satisface sus necesidades mediante un continuo intercambio de equilibrio y desequilibrio. Dice que no son los instintos quienes originan nuestro comportamiento, sino las necesidades que surgen como reacciones individuales ante este proceso homeostático o de ajuste.

Perls señala en el organismo la tendencia a moverse hacia el equilibrio, hacia el “centro cero de los opuesto” que se manifiesta a través de una lucha constante entre autoconservación por una parte, y el crecimiento por la otra. Todo desequilibrio es experimentado como una necesidad de corregirlo.

Perls relacionaba este proceso de la homeostasis con la composición de la Gestalt, la aparición de figura sobre fondos. Significa que la necesidad más fuerte vigente, “la situación más apremiante” emerge del fondo de las distintas necesidades como figura y todo el organismo, cada uno de los órganos, los sentidos, los movimientos, los pensamientos se ordenan bajo “necesidad emergente”. Si la necesidad es satisfecha,

se diluye de inmediato en el fondo y una nueva necesidad emerge como figura. En un proceso de este tipo no se alcanza nunca el estadio de una satisfacción definitiva. Lo decisivo de todo este proceso es el creciente intercambio de los polos, junto con la creciente tendencia de éstos hacia el equilibrio, hacia el punto medio.

En el transcurso de esta tendencia hacia el equilibrio permanente, el organismo tiene que entrar en contacto consigo mismo y con el entorno, tiene que tomar del medio aquellas cosas que le falten o bien desprenderse de ellas, si las posee en sobreabundancia; esto es la “autoconservación y el desarrollo” que son el fin último, la ley fundamental de este proceso. El organismo humano tiene dos sistemas para entrar en contacto con el mundo: el conjunto de los sentidos y el conjunto de los movimientos.

Estos dos sistemas que aparecerían como separados serían un “concepto total y holístico”.

En el “límite del contacto”, el sí mismo, con su sistema parcial, sirve para la toma de contacto entre el organismo y el campo del entorno. “contacto” y “límites de contacto” son conceptos básicos dentro de este contacto.

Fases del proceso del contacto:

Se distinguen 4 fases en este proceso:

- 1 Precontacto
- 2 Inicio de contacto-toma de contacto
- 3 Realización del contacto
- 4 Post contacto

En terapia Gestalt la vivencia y la experiencia de los conflictos son un componente necesario en el proceso de la adaptación creadora.

Aporte de Perls a la Psicología Humanística

- 1 Elaboración de los pensamientos fundamentales de la filosofía existencialista
- 2 Desarrollo del concepto psicológico de contacto (Quitmann H., 1989).

7.5.1. FUNDAMENTOS DE LA GESTALT:

a) La Salud en Terapia Gestalt

Para la terapia Gestalt lo normal es una conducta sana e integrada. Estar a tono con sus capacidades y con el proceso que nos hace ser lo que somos.

La integración es un requisito previo para el funcionamiento satisfactorio del desarrollo figura-fondo.

Para crear Gestalt que satisfagan nuestras necesidades, tenemos que ser capaces de hacer una opción entre todas nuestras posibilidades. Si no somos capaces de contar con todas las partes de nuestro yo, nuestras Gestalt serán correspondientemente débiles.

Si nuestra conducta está bien integrada, tendremos integridad. Somos sinceros y auténticos.

La formación y destrucción satisfactorias de las Gestalt es otro aspecto de la conducta sana. Esta es realmente, en la terapia Gestalt, la definición funcional de salud.

Ya que la formación de la Gestalt, es la función del organismo, la existencia de Gestalts claras y fuertes, es el criterio central de salud. La capacidad de formar Gestalts libremente y en forma apropiada, significa que la experiencia de vivir tendrá la profundidad y la satisfacción que son características de la salud. Este criterio es autónomo, coherente en sí mismo, y sin embargo común a cualquier realización concreta de una persona.

Tener salud es poseer la capacidad de salir airosos con cualquier situación que tropecemos, y un buen éxito es la solución satisfactorias de las diversas situaciones de acuerdo con la dialéctica de formación y destrucción de las Gestalts.

La salud no nos asegura que los obstáculos desaparecerán cuando tropecemos con ellos, significa que nos debemos dedicar a una tarea específica con todos nuestros recursos. De la suma de estos buenos resultados surge esa confianza que debemos demostrar qué es la más adecuada a las diversas circunstancias. Estos triunfos son nuestro apoyo, y en este apoyo está nuestra seguridad.

Un concepto más amplio de la salud nos exige que sepamos lo que necesitamos. Nos tenemos que mantener en contacto con lo que es importante para nosotros. Para saber qué es lo que necesitamos, debemos saber y aceptar lo que somos en el momento presente, porque nuestras necesidades están enclavadas en nuestra existencia en el “aquí y en el ahora”, también debemos saber lo opuesto, lo que no somos.

Si lo sabemos, nos distinguimos también del resto del campo. “Si un hombre se identifica con su yo en formación y separa lo que no es orgánicamente suyo, está sano” (Latner, J., 1973).

Cuando todos los elementos del campo existen como entidades distintas y separadas, se pueden relacionar en forma significativa.

En la interacción humana, un encuentro genuino exige que seamos total y exclusivamente nosotros mismos.

La integración incluye algo más que aceptar todos nuestros deseos, necesidades, proceder y aptitudes como partes de nosotros mismos. También exige que nosotros nos reconozcamos como parte del ambiente.

Debemos vivir en una inserción creativa con el mundo exterior y en relación armoniosa con el ambiente del que formamos parte.

El aspecto final del funcionamiento sano, es la conciencia que es capaz de captar con todo el alcance de nuestros sentidos el mundo de los fenómenos que está dentro y fuera de nosotros tal como se va presentando.

Conciencia es un acontecimiento que ocurre en el momento presente. Sólo podemos estar conscientes de lo que está sucediendo ahora.

Comprender con todo nuestro ser lo que significa en “ahora”, eso es salud.

En el presente se encuentran nuestras necesidades y los medios para satisfacerlas tan plenamente como la situación actual nos lo permite.

Vivir totalmente en el presente es salud.

En la terapia Gestalt, entendemos que nuestras caracterizaciones de conducta sana y anormal son referencias de los procesos actuales(Quitmann H., 1989).

b) TRASTORNOS

La caracterización del trastorno en la terapia Gestalt, consiste, en términos de diferencias, en la clase y calidad de la discrepancia del proceso Gestalt de formación y destrucción de figuras en relación con su modo sano y normal.

Hablamos de trastornos de contacto o apoyo o de dificultades, al permitir que persista o aparezca el punto cero; o la incapacidad para dejar que se disuelvan las figuras después de que han dejado de ser pertinentes.

Definimos la anormalidad en relación con los mismos procesos que tenemos en cuenta para describir la salud.

Para intentar explicar la posición respecto a la (enfermedad mental) utilizaremos trastorno, anormalidad, disfunción, interferencia y rompimiento, en vez de los términos tradicionales.

Lo que se implica es enfermedad, es decir, ausencia del libre funcionamiento.

El funcionamiento sano, contiene en si, vulnerabilidades. Nuestro contacto con el medio significa que constantemente estamos expuestos al peligro. Además, el proceso de formación de la Gestalt asegura que lleguemos a estar enfocados en nuestra atención en algún punto. Orientados al único suceso que no interesa, podemos ser sorprendidos cuando estamos inconscientes.

Dependemos del medio, pero éste no siempre es capaz ni desea satisfacer nuestras necesidades.

La privación de los recursos que necesitamos para satisfacernos es un hecho de nuestra existencia y el medio puede estar lleno de trampas.

La mayoría de los trastornos se produce en la infancia.

Cuando niños, la posibilidad de frustración, privación y peligro, es mayor que cuando adultos, porque el dominio del medio, a lo largo de nuestro desarrollo es mayor. Estamos poco preparados para organizar el ambiente y también las necesidades sencillas que creemos, están satisfechas.

Al ordenar las cosas, nuestros padres hacen por nosotros algunas de las cosas que los otros tendremos que hacer después. Pero la posibilidad de la desgracia nos parece más amplia y a menudo se comprueba en la infancia.

Si existe una emergencia y ésta persiste, nuestra conducta de emergencia permanece. Si estamos llenos de sufrimientos y no se nos permite hacer rabietas frente a las circunstancias o gritar nuestro desamparo, haremos la adaptación que podamos. Concluiremos la figura en la mejor forma posible.

De esta manera interferimos en nuestro funcionamiento libre, con el cual suprimimos tanto la excitación como a las reacciones que son más adecuadas para nosotros a favor de aquellas que son aceptables.

Nos volvemos en contra de la conducta espontánea apartándonos de lo que percibimos como necesidad dentro de la situación.

Nos ponemos en conflicto con nosotros mismos y parte de la energía vital tiene que emplearse para reprimimos.

La supresión, constante y controlada pronto se convierte en represión crónica e inconsciente.

Borramos el conflicto con la pretensión de obtener un término y liberar nuestra atención para las nuevas exigencias de la vida.

Solucionar nuestros problemas de esta manera nos hace reaccionar como si se tratara siempre de un apuro, alteramos nuestra capacidad de orientar y manejar. Algunas de nuestras posibilidades las hemos perdido ahora de nuestra conciencia.

Hemos perdido la energía que continúa fluyendo hacia el conflicto del cual hemos llegado a estar inconscientes, no pudiendo usarla para enfrentarnos a situaciones nuevas.

En un mal funcionamiento nos encontramos en constante crisis operando con nuestras funciones de seguridad.

Nuestros mecanismos para la formación normal y sana de figura-fondo y su destrucción, están incapacitados por haber reprimido algunos aspectos de ella.

Debemos eliminar la posibilidad de llorar, rabiar o reír porque pueden establecer las exigencias de la Gestalt que no hemos terminado.

El conflicto entre nuestro funcionamiento libre y lo que sentimos que debemos hacer, no lo resuelve la solución obtenida.

En este caso, el proceso abortó antes de su conclusión.

La conducta trastornada, consiste en adaptaciones como éstas. No son sanas porque no funcionan libremente.

Debido a la interferencia con nuestras funciones de contacto y la persistencia de nuestra función de seguridad, perdemos nuestra unidad. Ya no estamos en contacto con nosotros mismos, ni con el ambiente y nuestro contacto y excitación ya no conducen a una Gestalt externa y a una expresión expresiva.

Como resultado de ello, no podemos madurar. Estamos suspendidos en las mismas conductas que desarrollamos anteriormente.

La intención general de nuestras funciones de seguridad es la evasión. En peligro, podemos aniquilar al otro o abandonar la escena. Si ninguna de estas dos cosas es posible, podemos retirar nuestro contacto y nuestra represión o construir una alucinación o un delirio que se interponga entre nosotros y el peligro.

Otra posibilidad, consiste en reorganizar el campo para que nos apoye. Una de estas formas es la regresión; nos volvemos infantiles, dependientes del medio para que haga por nosotros lo que no podemos hacer solos.

Con los límites que nuestras funciones de seguridad nos imponen, enfermamos y nos volvemos indefensos, que es como nos sentimos.

En el funcionamiento anormal, la persistencia de este conjunto de conductas significa que nos sentimos carentes de los medios necesarios para enfrentarnos a nuevas situaciones y puesto que una gran parte del potencial lo perdemos, este sentimiento resulta consecuente con menudo.

Como nuestras funciones de contacto y de apoyo son defectuosas, lo más probable es que seamos imprudentes. Así muchas situaciones de la vida resultan amenazadoras y en general nos volvemos hostiles a ellas.

El resultado es la típica “neurosis”. Disminuye el sentido de nuestros cuerpos, como así las funciones sensoriales.

Somos incapaces de interesarnos o exitarnos y una gran parte de lo que hacemos, carece de significado para nosotros. No vemos lo que tenemos enfrente o no podemos valernos de ello. Es ajeno y opaco como nosotros mismos. Nos sentimos vacíos y confusos (Latner, J. 1972, pp.46).

7.5.2. CONCEPTOS BASICOS DE LA TERAPIA GESTALT

Concepción Holística

El fundamento de los primeros principios de la terapia Gestalt es el holismo. La esencia holística de la realidad consiste en que toda la naturaleza es un todo unificado y coherente. Los elementos orgánicos e inorgánicos del universo existen juntos en un proceso continuamente cambiante de actividad coordinadora.

Una comprensión holística del hombre, por ejemplo, incluye el funcionamiento de su cuerpo físico, emociones, pensamientos, cultura y sus expresiones sociales en un marco unificado. Todos son aspectos del mismo acontecimiento: El Hombre. La mente no hace que funcione el cuerpo ni viceversa.

Holísticamente, no podemos entendernos a nosotros mismos en la simple suma del conocimiento sobre el corazón, el cerebro, el sistema nervioso, los miembros, el sistema circulatorio. No somos solo una acumulación de funciones, significa el todo es mayor que la suma de sus partes. “Mayor” es una calidad diferente, también se refiere a la totalidad del objeto o suceso.

Las características principales de la Teoría y la Epistemología Gestalt, se basan en el concepto del Holismo. Estamos más interesados en la integración que en el análisis. Como buscamos las formas en que las cosas se unen entre sí, tratamos de comprenderlas precisamente en las formas que las unen y no en los modos como se separan. Nos interesamos más en la dinámica de la conducta en el bullir de la vida, que en las formas estáticas.

Si pensamos en forma holística, sabemos que cualquier todo que examinemos está ligado al resto del universo multiforme. En consecuencia, cuando estudiamos procesos, debemos estudiar también su contexto, o estaremos olvidando algo.

Puesto que la persona que conoce, es parte del contexto de cualquier evento o objeto que consideremos, el que busca el conocimiento lo captaremos de una manera especial según el modo holístico. No hay conocimiento “objetivo” ni conocimiento “subjetivo” porque no hay ni objetos ni sujetos; estos términos implican que el objeto se encuentra separado del objeto y lo sabe objetivamente. Sin embargo, holísticamente, el observador es parte del contexto del sujeto, puesto que debemos entrar en contacto con lo que deseamos saber para conocerlo. No hay eventos exteriores ni sujetos impersonales. Un enfoque holístico incluye la conciencia de lo que percibimos.

La terapia Gestalt, es una teoría de la conducta basada en la epistemología holística. Es descriptiva, integral y estructural y resalta de ella la fenomenología y el presente. Es todo esto, porque su teoría del conocimiento también lo es. La terapia derivada de la teoría, comparte las características de ésta. Es un enfoque coherente del mundo de los fenómenos: conocimiento, teoría y práctica (Quitmann H., 1989)

Autorregulación del Organismo

Los organismos (la gente, los animales, las plantas) tienen necesidades específicas que se deben atender para vivir. En la terapia Gestalt, este principio general se denomina autorregulación del organismo “el organismo lucha por mantener un equilibrio que continuamente es alterado por sus necesidades y recuperado por su satisfacción o su eliminación (Perls, F., 1947).

La autorregulación del organismo es el nombre que la terapia Gestalt aplica a este complicado proceso de lograr perder y volver a obtener el equilibrio biológico. En la autorregulación del organismo está implícita la idea de que los organismos tienen conciencia. Para conocer su propio equilibrio encontrar y obtener lo que necesitan cuando se rompe dicho equilibrio, los organismos tienen que estar conscientes de sí mismos. Satisfacer las necesidades es algo que urge cuando la necesidad existe, no es automático.

El organismo es un sistema abierto, que se repara a sí mismo en contacto consigo mismo.

Para buscar los medios de satisfacer las necesidades conforme surgen se requiere conciencia, como el sentido de noción, de saber de tener información acerca de ello. No implica necesariamente algo más profundo.

El principio de autorregulación del organismo no implica ni asegura la satisfacción de las necesidades del mismo. Da por sentados que los organismos harán todo lo que pueda para regularse de acuerdo con sus capacidades y los recursos del ambiente. Este principio es similar al de la psicología Gestalt, llamado principio de pregnance: "cualquier campo psicológico, está tan bien organizado como las condiciones globales lo permitan en ese momento particular".

La autorregulación del organismo no asegura la salud, sino únicamente, que el organismo hace lo que puede con los medios de que dispone (Quitmann H., 1989)

La relación entre el organismo y el ambiente:

El organismo y el ambiente, componen una unidad interdependiente en la que el organismo está luchando por regularse a si mismo.

El organismo está incrustado en el medio del ambiente. La comprensión de la existencia y función de un organismo depende de captar su relación con el ambiente y su funcionamiento en él.

La vida de un organismo depende de su relación con el ambiente. Necesitamos el medio para satisfacer nuestras necesidades de amar, crear y destruir cosas, para desahogar nuestra ira, nuestro afecto y nuestra preocupación, probar nuestra habilidad y nuestro valor.

Los organismos tienen dos sistemas que colaboran en sus interacciones con el medio ambiente. El sistema sensorial o de orientación es la organización de las facultades que reciben información sobre el medio (ojos, oído, piel, nariz).

Lo mismo sucede con los receptores de nuestros cuerpos. El sistema motor es la organización de las facultades manipuladoras. Permite al organismo hacer cambios en su ambiente o cambios en su relación con él.

El organismo y el medio entran en contacto e interactúan en un proceso de acomodo mutuo que en la terapia Gestalt, se llama adaptación creadora. La autorregulación del organismo es el proceso del organismo consistente en hacer adaptaciones creadoras en este terreno, implica que el organismo es capaz de satisfacer sus necesidades si los recursos del ambiente se lo permiten (Quitmann H., 1989).

7.5.3. LA FORMACION GESTALT

LA FIGURA Y FONDO

En la terapia Gestalt el ambiente sin diferenciar (la unidad de organismo y medio) se llama fondo o campo. El foco sobresaliente de la atención y la actividad, se llama figura, o Gestalt y lo que no forma parte de este foco es el fondo.

El proceso de formar focos de atención y actividad se llama formación de figura o formación Gestalt.

El proceso de satisfacción y desaparición de las necesidades y de sus Gestalts concomitantes se llama destrucción de la Gestalt o destrucción de la figura. No existe equivalente en Español para la palabra alemana Gestalt. Es un conjunto, un patrón, una configuración, una forma cohesiva que no se puede partir sin destruirla.

El patrón de la Gestalt, es indivisible, la relación entre las partes no se puede cambiar sin destruir esa Gestalt particular.

Aunque pueden cambiar las mismas partes si las relaciones son las mismas la Gestalt permanece intacta. “El todo determina las partes. No es simplemente la suma total” (Perls, F., 1951 en Quitmann H., 1989).

En la terapia Gestalt, como en la psicología Gestalt la característica primordial de la función del organismo es la formación de la Gestalt. Es parte de la naturaleza del organismo del ser, el formar Gestalt.

La formación de Gestalts, está primariamente en la percepción y la comprensión, ambas preceden a cualquier análisis de las partes constituyentes de la Gestalt. En un principio vemos conjuntos a todos después diferenciamos.

Hay cualidades que, por observación y experimentación se ha comprobado que caracterizan a la Gestalt. En la psicología Gestalt clásica, estas cualidades de la forma incluyen la pregnance, conclusión, buena continuación o buena forma, proximidad y semejanza.

En la terapia Gestalt que se ocupa de la conducta del organismo total y no solo de la percepción, las Gestalts son fuertes o débiles, gráciles o forzadas, claras o difusas, vivas o apagadas. Si el funcionamiento del organismo está intacto, las Gestalts son vívidas, claras, fuertes y gráciles.

La formación de la Gestalt es la creación de una figura en un ambiente, fondo o campo. Este siempre se encuentra presente.

La relación figura-fondo, es una diferenciación de una parte del ambiente en un lugar de centralidad e importancia, sin perder contacto con el resto del medio. Esta es la diferenciación holística: La Gestalt es una manifestación del ambiente, clara, definida y precisa, pero sin embargo incrustada en su fondo.

Una Gestalt es lo que nos resulta de interés y nos concierne. Es lo que necesita la autoregulación del organismo. Lo que nos importa se convierte en Gestalt.

“Aquí y ahora”, es un concepto Gestaltico fundamental para que se de el proceso terapéutico desde la comprensión de lo fenomenológico.

La referencia que tiene “ahora”, es que cubre todo lo que existe, en relación a la experiencia. El pasado ya no es, y el futuro aún no ha sido. El ahora incluye el equilibrio de estar “aquí”, es la experiencia, la implicación, el darse cuenta. El “como” unido a las acepciones anteriores, relaciona todo lo que es estructura, todo lo que ocurre, el proceso continuo. Todo el resto es irrelevante.(Castanedo C., 1990, pp. 42).

7.5.4. LAS CONCEPCIONES DE LA NATURALEZA Y DE LO NATURAL

En la terapia Gestalt, se considera a la naturaleza humana como flexible. En parte, ya está determinada, y en parte se está creando constantemente según las circunstancias. Al mismo tiempo está, ya determinada en la estructura de nuestro ser

y conformada por nuestra interacción con el ambiente y con la reciprocidad de las adaptaciones creadoras.

La naturaleza humana la estamos recreando cada vez que nos realizamos en el hoy y cuantas veces lo hemos hecho en el pasado.

Hasta las estructuras naturales se pueden modificar, incluir o destruir en el transcurso de la vida.

La naturaleza humana no se la puede clasificar tan fácilmente por la conducta (Quitmann H., 1989).

7.5.5. LA CONCEPCION GESTALT DE LA REALIDAD

En la terapia Gestalt, se entiende que la realidad posee aquellas cualidades que ya están en la misma naturaleza, en el universo físico y en las interacciones: en parte está ya dada y en parte es maleable. Nos vamos creando el mundo de acuerdo con nuestras necesidades, organizándolo a medida que vivimos hasta el fin la interacción de figura y ambiente. Cuando estamos interesados tratamos de ser conscientes de lo que está pasando, ya que eso es parte del proceso de descubrimiento e invención, que consiste en la adaptación creadora del organismo y el medio.

En este sentido la realidad es flexible y cambiante. Continuamente la rehacemos mientras vivimos. También sabemos que los sucesos y objetos que dejamos atrás cuando hemos acabado de relacionarnos con ellos, mantienen una existencia independiente. Hay un mundo que sigue su curso sin nosotros, lo que se llama un mundo objetivo. Podemos inclusive decir que los mundos que vamos creando en el transcurso de la vida son subjetivos o personales, mundos que vamos creando con lo que nos es ya dado.

La realidad que creamos es desde el punto de vista de la terapia Gestalt, tan cierta como la que “sabemos” que sigue su curso sin nosotros.

Los sucesos de estas dos realidades se van entretejiendo una con otra, actuando una en otra y reaccionando en forma recíproca. La realidad nos está ya dada y nosotros también la creamos de acuerdo con nuestras necesidades. La tensión entre

ambas es la tensión de una paradoja cuya solución se encuentra cuando captamos la experiencia como un proceso unificado.

Ambas realidades, la ya dada y la creada, existen como Gestalts para nosotros en momentos diferentes y cada una contribuye con su parte en beneficio de la otra y del conjunto de nuestra vida (Quitmann H., 1989)

7.5.6. EXCITACIÓN

Excitación es el término usado para referirnos a la manifestación de energía en nuestros niveles fisiológicos y de experiencia, hace referencia a la actividad de nuestro organismo.

A nivel físico, la excitación es una función del metabolismo del organismo. Es la energía liberada y disponible que se origina en las actividades que realizamos para asegurar nuestra supervivencia.

Como forma indiferenciada de la energía del organismo, se conoce con el término de excitación general. Es la energía de la función normal de nuestras actividades motoras y sensoriales en nuestro proceso vital: es la energía en nuestro punto cero.

Experimentalmente, la excitación general se percibe como la sensación indiferenciada de sentirse vivo. Estamos en el campo de la excitación fenomenológica.

Cuando la excitación del organismo fluye hacia una figura Gestalt en formación, se experimenta en forma de emociones.

Las emociones son las correlaciones de la experiencia de la energía del organismo organizada en torno a una Gestalt en vías de formación. Es una excitación bien enfocada específica. La frustración por ejemplo es la experiencia de la atención del organismo o del ambiente que opone resistencia a las demandas de la necesidad de formar y llevar a término una Gestalt.

La excitación es un aspecto de la relación que hay entre la figura y el fondo. No es una fuerza separada del acontecimiento que de alguna manera hace que se origine.

La excitación no es una parte divisible de aquellas que integran el campo de organismo-ambiente.

La excitación es una función de la figura, de la situación y de su desenvolvimiento. Sus manifestaciones fenomenológicas (las emociones, la experiencia de la energía y de estar vivo) proceden tanto de la unificación del organismo, como de su realidad.

El concepto Gestalt de la excitación es integrador y no incluye objetos: La energía es parte de la interacción de los aspectos del campo (Quitmann H., 1989)

7.5.7. LA DIFERENCIACION Y LA DIALECTICA DE LAS POLARIDADES.

La diferenciación es el proceso de separar las posibilidades en opuestos, en polos. No podemos estar conscientes de estas distinciones, sin percibir su naturaleza polar. De esta forma, los opuestos se necesitan mutuamente y están relacionados estrechamente. Las polaridades están profundamente arraigadas en el funcionamiento del organismo. La relación de los opuestos consiste en que la existencia de uno necesariamente exige la existencia del otro. Esto se puede observar en la relación experimental de la calidad y cantidad de las sensaciones y las emociones. Cuando el placer sobrepasa un determinado punto, se vuelve desagradable. Las dos están ligadas dinámicamente. Esto se refleja en el lenguaje ordinario, en expresiones como: el amor es primo hermano del odio, y “los opuestos se atraen”.

La interacción entre los opuestos funciona como un proceso dialéctico. Los opuestos llegan a distinguirse y a oponerse después, cuando entran en conflicto se logra una solución que une a ambos polos para formar una figura más importante que la simple combinación de los opuestos: es una creación nueva.

Según el pensamiento dialéctico, en la terapia Gestalt, las dualidades no son contradicciones y irreconciliables, sino distinciones que serán integradas en el proceso de la formación de la Gestalt y en su destrucción.

El pensamiento dialéctico es una concepción holística de las diferencias.

8.0. LA TERAPIA GRUPAL

La terapia grupal tiene su inicio desde el año 1900, con Joseph Pratt, con influencias en Joseph Jules Dejarine, que analizó el tratamiento de la psiconeurosis, con un grupo de enfermos de TBC, entre los años 50-60 Carl Rogers trabaja con el encuentro o grupos sensitivos que conducen al crecimiento personal.

Una terapia propiamente Gestáltica surgió en 1964, con F. Perls al iniciar el modelo de Laboratorio o taller en Esalen Institute; en el trabajo de Perls aplicó la terapia individual a grupos, utilizando el concepto y trabajo de “continuum del darse cuenta”. (Castanedo C., 1990).

8.1. GRUPOS DE ENCUENTRO, FUNDAMENTOS TEORICOS

La psicoterapia en su modalidad de grupo de encuentro se basa en tratar a la persona, como una totalidad bío-psico-social-espiritual.

El encuentro que se produce en los grupos enfatiza el estar abierto a los demás y consciente de lo que está pasando, de tal forma que la persona llegue a darse cuenta de la realidad de sí mismo y de los otros incluyendo su forma de hablar, de moverse, sus estados emocionales, sus reacciones hacia los otros e incluso su salud física.

Carl Rogers, considera que los grupos de encuentro son (uno de los avances más interesantes y apasionantes de nuestra época).

En los grupos de encuentros Gestálticos se utilizan dos modelos de intervención. Uno de ellos es el practicado por la escuela Gestalt de Cleveland, y que se conoce como el proceso orientado en el modelo de grupo, en el que el acento se sitúa especialmente de la relación interpersonal.

El otro enfoque, el proceso orientado en el modelo individual, “ sitúa como figura la intervención intrapersonal de los miembros del grupo, se centra en el ego....siendo el principal objetivo el descubrimiento de la propia individualidad, de los propios

estados emocionales y sus manifestaciones en el cuerpo; el nivel transpersonal es orientado hacia la realidad final....unidad del hombre en el plano universal o cósmico...en el que la persona experimenta una trascendencia del ego a la conciencia universal” (Castanedo C., 1990, pp. 33).

Los grupos de encuentro son una forma de establecer una adecuada relación humana que se obtiene con la comunicación abierta entre los participantes, la honestidad, la toma de conciencia, la responsabilidad y además prestando atención a las emociones que emergen en cada miembro del grupo.

Los grupos de encuentro Gestaltico enfatizan en todo momento el concepto existencial del aquí y el ahora unido al cómo, (cómo se siente usted, aquí y ahora).

Los grupos de encuentro son una forma de psicoterapia que enfatiza el que la persona enfrente sus propios problemas o conflictos existenciales, lo que le permitirá lograr un mejor funcionamiento de su potencial humano.

Los grupos de encuentro parten del principio de que cada uno es responsable de su propia conducta y existencia. Contienen elementos educativos y recreativos que crean condiciones ambientales que desembocan en un uso más satisfactorio de las capacidades personales. La persona vive, siente y experimenta nuevas conductas. El individuo puede lograr establecer contacto y al mismo tiempo puede experimentar la separación o la desunión, lo que le proporciona el equilibrio, unión/separación.

La teoría de la personalidad que sustenta los grupos de encuentro, asume que el crecimiento óptimo del ser humano está frenado por los traumas físicos, psíquicos que padece la persona y por el uso limitado que hace del potencial ilimitado del que dispone. Según esta teoría, tanto lo corporal como lo psíquico son percibidos como manifestaciones de la misma esencia lo que justifica que el tratamiento o la psicoterapia impliquen la intervención en ambas dimensiones de la persona (Castanedo, C., 1990).

Zinker afirma que un grupo no sólo es una pequeña comunidad cohesiva, donde las personas se sienten recibidas, aceptadas y confrontadas. Es un lugar y un ámbito donde las personas pueden crear en común.

Un grupo ideal es un sitio, donde uno somete a prueba sus límites de crecimiento, una comunidad cuyos miembros pueden desarrollar, hasta los más altos niveles, su potencialidad humana.

El grupo puede definirse como comunidad de aprendizaje, es decir, conjuntos de personas que se han reunido en torno de otra más capacitada que las dirige, para resolver sus problemas personales e interpersonales.

Aprendizaje supone cambio de conducta, no sólo en bien de la adaptación y el ajuste, sino también como movimiento hacia niveles más altos de comprensión y realización de sí mismo.

Todo grupo es un sistema único, dotado de su propio carácter especial y su propio sentido del poder. Un conglomerado de las energías que emanan de los individuos y se interrelacionan en una configuración sistemática.

Es una totalidad, una entidad, una Gestalt cuya índole es más amplia que la suma de sus varias partes.

Como catalizador, el director Gestaltico integra los dispersos temas individuales bajo forma de creaciones comunitarias espontáneas (Zinker, J., 1977).

La consideración del grupo como lo indica el concepto Gestalt, respecto a que una totalidad tiene tal fuerza potente que determina a cada una de las partes y por lo tanto, es mucho más que la suma de cada una de ellas, es base para el modelo que surge en 1970 con el grupo del Gestalt Institute of Cleveland GIC. Con este modelo de terapia de grupo Gestalt, el miembro del grupo puede arriesgar y crear nuevas situaciones que conduzcan a la solución de sus problemas, lo que corresponde a una integración de la terapia Gestalt y la dinámica de grupo.

8.2. CICLO DE LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL

Zinker en el Proceso Creativo de la Terapia Gestalt (1977), (1979), extiende el ciclo de contacto de Perls y otros autores al ciclo de la experiencia de 7 fases, sin embargo, Castanedo lo reduce a 4 considerando que la fase de excitación y acción se funden en una sola al darse casi simultáneamente, lo que significa que artificialmente

el flujo de la experiencia se puede dividir en partes, siendo cada parte uno de los siguientes estadios del ciclo:

1. Sensación:

Las sensaciones del organismo son internas y externas.

Las internas son:

Propioceptivas (partes del cuerpo), sinestésicas (movimiento), viscerales (hambre, movimientos del corazón) y pensamientos, ideas, imágenes visuales.

Las externas son:

Visión, audición, tacto, gusto y olfato. Estas últimas sensaciones están dirigidas al entorno cuando las primeras están centradas en uno mismo.

2. Darse cuenta-toma de conciencia-formación de la figura en el darse cuenta – emergencia de la figura del fondo:

En esta fase se sitúa el enfoque de Focussing (enfocar) de Gendlin “Un efecto del proceso de enfocar, es atraer trozos ocultos del conocimiento personal al nivel consciente del darse cuenta”.

3. Movilización de la energía:

La fuerza de la energía se pone en movimiento para la realización de la toma de conciencia.

1. Excitación:

Es la carga de energía.

2. Acción:

Permite manipular el medio para establecer el contacto. Es la expresión del self.

3. Retirada, reposo, cierre:

Aquí lo que ha sido figura se cierra y pasa al fondo. Un nuevo ciclo se iniciará con una nueva sensación.

Todas estas fases del ciclo, no se dan únicamente en el lugar señalado, sino que, por ejemplo, la sensación no desaparece al llegar el organismo al darse cuenta. Esta sensación de la necesidad existe en otras fases aunque con menos intensidad.

Lo mismo ocurre con la energía, que se da en todas las fases, desde la sensación hasta el post-contacto. Aunque se incrementa en la fase de movilización.

De la misma forma las resistencias no se dan única y exclusivamente en los lugares indicados, aunque en general es lo más común.

Investigaciones clínicas de la aplicación del ciclo de la experiencia a los trastornos de la personalidad han conducido a ampliar en más fases y bloqueos el ciclo Gestaltico de Zinker.(Castanedo C., 1990).

8.3. CICLO DE LA EXPERIENCIA EN TERAPIA GRUPAL

Este modelo de psicoterapia está íntimamente relacionado con el ciclo que postula J. Zinker y que C. Castanedo define como las siguientes etapas:

1. **Identidad:** Implica el “darse cuenta” de uno de los otros.
2. **Influencia:** Se relaciona con energía y excitación, ansiedad, resistencia y movilización. Se dice que también se presenta aquí la contradependencia.
3. **Intimidad:** Etapa referida al contacto, acción que llevaría a completar el ciclo.
4. **Cierre:** Etapa de reposo o retirada de la energía, reconocimiento de lo que no es posible y apreciación de lo que se ha realizado en el grupo.

9.0. TERAPIA GESTALT, ENFOCADA AL NIÑO

Violet Oaklander afirma que la aplicación de la Terapia Gestalt al niño tiene más semejanzas que diferencias, si se compara con la intervención que se hace en los adultos utilizando el mismo sistema de psicoterapia. Los conceptos y principios teóricos de la terapia Gestalt pueden adaptarse al crecimiento sano del niño y también a su psicopatología.

El niño, a su nacimiento, utiliza sus sentidos para sobrevivir succiona e incorpora el mundo que le rodea por medio del olfato, los sonidos, el gusto, los colores y olores, las caras conocidas y las desconocidas. Más tarde toma conciencia de su propio cuerpo, toca agarra, y explora los objetos y las personas. Aparece también la expresión de sus emociones y sentimientos, rie-llora, siente rabia-alegría, se siente feliz e infeliz ama-odia. Aparece el lenguaje que le permite comunicar o expresar con más claridad sus necesidades y deseos, sus emociones sus pensamientos e ideas.

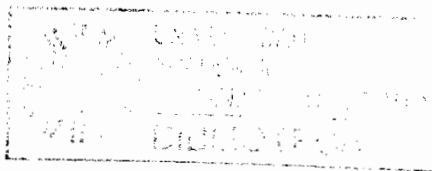
El niño que desarrolla adecuadamente todas estas fases adquiere una personalidad sana que le conduce a establecer un contacto adecuado consigo mismo, con su medio y la gente que le rodea.

En todas las etapas de la existencia, el principio Gestaltico de homeostasis o adaptación es fundamental para mantener el equilibrio y satisfacer las necesidades que van surgiendo. Para lograr esta integración de la personalidad, la persona requiere darse cuenta de qué es lo que necesita y cómo puede conseguirlo. De esta manera el niño necesita establecer contacto con los otros y tener una imagen adecuada de sí mismo. Si el niño no puede desarrollarse de manera sana, puede estar alterado por introyecciones negativas que fueron bombardeadas en su mente, desde su primera infancia, las cuales le inhiben y no le permiten ser el mismo, deflectando o desviando sus emociones.

Si esta situación se da, sus áreas de funcionamiento sensorial, corporal, emocional e intelectual, le impedirán llegar a la autoidentificación y obtener el mismo su propio autoaporte.

Un bajo sentido de autoestima es una de las características del niño con trastornos, siendo la autoestima necesaria para establecer un buen contacto con los otros y el medio ambiente.

Aparte de las dos resistencias al contacto (introyectar y deflectar), el niño también retrofecta es decir, se hace a sí mismo lo que desearía hacer a los demás. Esto se da especialmente en el niño que se autocastiga y se automutila, y en los trastornos de tipo psicossomático conductas que son utilizadas frecuentemente por los deficientes y enfermos mentales.



El niño, puede manifestar también una conducta confluyente con su medio o las personas de su entorno, haciendo ver que es sumiso, adaptado y obediente, diciendo a todo que sí e imitando a los otros. Esta carencia de rebeldía positiva, le evita adquirir su propia identidad quedándose únicamente en un opuesto de la polaridad sumisión-dominancia.

Puede utilizar la proyección como resistencia a enfrentarse al contacto de su propia identidad atribuyendo a los otros las emociones que él mismo siente y que no es capaz de adjudicarse como suyas.

Todo lo anterior bloquea y frena el desarrollo del niño, impidiendo su propia integración y el logro de la identidad de su personalidad.

Cuando algunas de estas resistencias y otros trastornos, se detectan en el niño, conviene someterlo a un proceso terapéutico, siguiendo el terapeuta en cada sesión y en cada asunto a tratar, las etapas del ciclo de la experiencia, señaladas por Zinker:

El niño necesita en primer lugar, sentir (sensación) para llegar a una toma de conciencia de sí mismo, de su cuerpo, de sus emociones y de su medio.

Debe llegar a movilizar energía para poder pasar a la acción y llegar finalmente al contacto. Para lograr una integridad en una Gestalt todas estas fases del ciclo deben tener lugar en el “aquí y en el ahora” de cada experiencia terapéutica. En el momento en que el niño siente la emoción.

El objetivo de la terapia Gestalt centrada en el niño, enfoca las necesidades y deseos que éste tiene de manifestar su sentir en el “aquí y en el ahora” tanto a nivel sensorial como emocional, enseñándole a hacer frente a situaciones inconclusas y duelos no resueltos.

Vivir en el aquí y en ahora Gestáltico, unido al darse cuenta y la toma de contacto consigo mismo, con los otros y con el ambiente que le rodea, facilita al niño la llegada a una adolescencia menos turbulenta y conflictiva, le ayuda a traspasar el umbral de la infancia y la juventud (Castanedo, C., 1990).

“El trabajo de grupos es un escenario ideal para niños que necesitan practicar aptitudes de contacto. Es natural que la generalidad de los niños busquen a otros

niños, el proveer un terreno a los que tienen dificultades para relacionarse con sus coetáneos, puede ayudarlos a descubrir y a trabajar lo que sea que haya bloqueado este proceso natural". (Oklander, V., 1992).

9.1. PRINCIPIOS DEL PROCESO DE TERAPIA GESTALTICA

Primacía en cada momento, de la experiencia grupal en marcha.

1. Proceso de desarrollo de la conciencia grupal.
2. Importancia del contacto activo entre los participantes.
3. Empleo de experimentos de interacción, estimulados por un líder que interviene activamente en ellos.

En terapia Gestalt, conciencia significa, simplemente que un individuo presta atención a su experiencia. En el plano del proceso grupal, esto asume la forma de preocupaciones y temas que se comparten. Esa conciencia grupal, esas preocupaciones del grupo, son más que la sumas de las conciencias individuales y cada uno tiene el deber de considerarlas.

Otro principio de la terapia Gestaltica postula que el crecimiento debe operarse en el confín que separa al individuo y al ambiente, es el encuentro entre lo que yo soy y lo que no soy yo, lo que me obliga a inventar nuevas respuestas para enfrentarme con el ambiente y avanzar hacia el cambio. La tarea del grupo Gestaltico insiste en dar relieve al encuentro y al contacto entre individuos.

En el nivel de los procesos grupales, el contacto se experimenta como sensación de ser cada uno único, como sensación de las diferencias que hay entre cada miembro del grupo y también de las similitudes. Es una experiencia de generalidad, de comunidad, a la vez que de individualidad (Zinker, J., 1977).

9.2. REGLAS BASICAS DEL GRUPO GESTALTICO

Con el fin de promover en el grupo Gestaltico la conciencia, el interés activo y el contacto, los líderes hacen lo posible por comunicar a los participantes una serie de reglas básicas:

1. Asumir la propiedad del lenguaje y la conducta, decir con propiedad lo que uno quiere decir, ejemplo “diga yo en lugar de alguien”, y no atribuir a la palabra un carácter impersonal y general.
2. Otorgar prioridad a lo que tú experimentas en el aquí y en el ahora. Transmitir las sensaciones, pensamientos y sentimientos que lo embargan en ese momento.
3. Prestar atención a la forma en que tu atiendes a los demás. Una escucha atenta e interesada por lo que los demás dicen.
4. Preguntar directamente lo que interesa saber.
5. Esforzarse por hablar directamente al otro, no a un espacio situado en otro lugar.
6. Prestar atención a los sentimientos de los demás y reconocer su validez, sin interpretaciones ni causas.
7. Prestar atención a su propia experiencia física, así como a los cambios de posturas de los demás.
8. Considerar que todo lo que se dice es confidencial como acuerdo del grupo.
9. Aceptar correr riesgos al participar en la discusión.
10. Aprender a no interrumpir la expresión de los sentimientos de los otros.
11. Respetar el espacio psíquico de los demás, tanto como les gustaría que se respetara el suyo.

Si bien alentamos a la gente a cambiar, no lo forzamos a que cambie.

9.3. ROL DE LAS FACILITADORAS:

El rol del facilitador en este estilo de Taller, consiste en presentar situaciones que llevan a descubrir caminos o alternativas para que las personas elijan asumiendo la responsabilidad de sus decisiones, que dicen relación con su propia vivencia.

El facilitador en ningún caso resuelve, sino que colabora en la apertura de visiones que conduzcan a la libertad del propio criterio para discernir según su capacidad y posibilidad que le ofrece el entorno. El rol no es directivo porque se sustenta en la libertad de elección (Castanedo C., 1990).

CAPITULO III

10.0. MARCO METODOLOGICO

10.1. ENFOQUE METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION:

La metodología cualitativa es el enfoque metodológico de esta investigación. La metodología cualitativa es la más apropiada y utilizada en los estudios de las Ciencias Sociales. Las características propias de esta metodología humanizan la investigación, y proporcionan una perspectiva fenomenológica, en cuanto se trata de entender los fenómenos sociales que allí ocurren, desde la propia visión de los pre-adolescentes. La metodología cualitativa nos permite trabajar con la realidad. el método nos provee de una perspectiva holística poniendo el énfasis, en el emocionar, en el vivenciar las experiencias acercándonos a los autores así al espíritu de los autores Humanistas que a nosotros nos motivan.

“la metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable” (Taylor, S. y Bogdan, R. 1987, pp. 20).

En la metodología cualitativa, el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística, las personas y el contexto; los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. El investigador cualitativo, “estudia a las personas en el contexto de su pasado, de su presente y de las situaciones en las que éstas se hayan”. (Taylor, S. y Bogdan, R. 1987, pp. 20).

En esta investigación se obtendrán datos descriptivos, por ejemplo, el discurso y expresión emocional que vivencian los pre-adolescentes con SDA de este estudio.

La funcionalidad de la metodología Cualitativa, permite flexibilizar la mirada sin valores preconcebidos permaneciendo atentas a las manifestaciones propias que los pre-adolescentes evidencian en el marco del escenario natural al que pertenecen.

Es apropiada en este caso, por que la intervención se realizará en un campo especial, dinámico y cambiante como es el contexto escolar.

10.2. TIPO DE ESTUDIO:

Esta investigación, es un estudio de tipo Exploratorio, “el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado” (Hernández, R., 1991 pp. 58).

La relación entre el síndrome de Déficit Atencional, la Resiliencia y un modelo terapéutico de enfoque de orientación Humanista Integral, constituyen un modelo de intervención diferente, que no ha sido abordado desde esta perspectiva.

Con este modelo se intentará proporcionar respuestas viables y nuevas a la problemática que soportan los pre-adolescentes diagnosticados con SDA y carentes de atención farmacológica y psicoterapéutica.

10.3. DISEÑO DE INVESTIGACION:

“El término “Diseño” se refiere al plan o estrategias concebidas para responder a las preguntas de investigación” (Christensen, 1980 en Metodología de la Investigación pp. 106).

En cuanto al tipo de Diseño, podemos decir, que esta investigación es No-Experimental.

El término “Experimento” se refiere a “tomar una acción y después observar las consecuencias” (Babbie, 1979, pp. 107).

El término “No-Experimental” es la que se realiza sin manipular deliberadamente variables”. Es decir, en esta investigación no Experimental se observarán los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señala Kerlinger (1979, pp. 116) “La investigación no experimental o ex post-facto, es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o las condiciones”. De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan a los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad”. (Hernández y col., 1991 pp. 184).

El estudio es Transeccional y Descriptivo: debido a que “se recolectan datos en un solo momento en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández y col, 1991 pp. 189-197). Importante es, que la información a obtener corresponda a los datos observados en un momento preciso, correspondientes a cada sesión de nuestro taller.

Es Descriptivo, por cuanto se refiere a la observación de las conductas manifestadas por los niños, en la situación propuesta y de acuerdo a los objetivos de cada sesión. Estas observaciones se registran mediante Notas de Campo, que es una de las técnicas de la metodología cualitativa.

10.4. DELIMITACION DEL CAMPO DE ESTUDIO

10.4.1. UNIVERSO:

Los actores o sujetos de este estudio, pertenecen a una unidad educativa Municipalizada, del área de Santiago Centro. Corresponderá a alumnos (as) de 5to y 6to. Básico, que considera 4 cursos de 40 alumnos aproximadamente, haciendo un total de 160 niños (as) pre-adolescentes.

10.4.2. DISEÑO MUESTRAL:

Muestra No-Probabilística: “las cuales llamamos también muestras dirigidas, que suponen un procedimiento de selección informal y un poco arbitrario, la elección de los sujetos no depende de que todos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador (Hernández y col., 1991 pp. 231).

Las unidades de análisis de esta muestra son “sujetos-tipos” por cuanto corresponden a pre-adolescentes escolares de 5to. y 6to. Básico de una Escuela Municipalizada de la Región Metropolitana que han sido diagnosticados con SDA y se encuentran sin tratamiento farmacológico.

La muestra seleccionada se obtuvo de acuerdo a un criterio establecido por nosotros, en el sentido que se le aplicó el Test de Connors y los puntajes más altos pasarían a constituir la muestra de los 10 niños.

En cuanto a la denominación de “sujetos-tipos”, “se utiliza en estudios Exploratorios y en investigaciones de tipo Cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización. En estudios de perspectiva fenomenológica donde el objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado grupo social” (Hernández y col., 1991 pp. 232).

Esta es una muestra dirigida que consideraremos adecuada para nuestra investigación, cuya esencia es la orientación Humanista Integral, donde lo que nos interesa es revitalizar y fortalecer las herramientas psicológicas que el pre-adolescente pueda utilizar en el contexto de su diario vivir, para lograr aceptarse a sí mismo y ser aceptado por los demás.

10.4.3. ELECCION DE LA MUESTRA:

El total del Universo consiste en los alumnos diagnosticados con SDA y sin tratamiento farmacológico ni psicoterapéutico, provenientes de los de los dos 5tos y los dos 6tos Básicos, de 10 a 12 años.

Ellos constituyen nuestros “sujetos tipos” a quienes se les aplicará el instrumento de medición de conductas “Test de Conners” (ver anexo), para ratificar los diagnósticos anteriores emitidos por los profesionales de la salud.

Nuestro Universo fue constituido por 26 alumnos con este síndrome, y de ellos seleccionamos un total de 10, que presentaron los puntajes más altos comprendidos entre los 17 y 25 puntos, sin considerar el sexo.

En esta etapa, el profesor Jefe de cada curso, fue el encargado de aplicar el test de Conners Abreviado a los alumnos con antecedentes diagnósticos de SDA. Este test fue proporcionado por las investigadoras.

Para obtener el índice de Déficit Atencional mediante el test de Conners, se suman las puntuaciones obtenidas. Para los niños entre 6 y 11 años una puntuación mayor de 17 es sospecha de Déficit Atencional, y para las niñas en este mismo rango de edad, una puntuación mayor que 12 significa también sospecha de SDA (Orjales I., 1999, pp. 79-83).

Respecto al tiempo de persistencia de la patología del SDA, existe el criterio Médico Clínico del DSM-IV (1998), que si el niño ha cumplido 15 años de edad y requiere por la condición clínica continuar bajo tratamiento, éste será por un lapso razonable de 1 a 2 años más, según la evaluación pertinente lo requiera y siendo una situación autorizada en forma especial considerando que se trata de niños que han estado en control y tratamiento desde sus primeros años escolares (Manterola A, pp. 241 en López y col.).

Orjales (1991) “Habitualmente el niño que se muestra Hiperactivo durante los primeros años reduce la hiperkinesia motriz durante la adolescencia.....en estudios recientes que utilizan criterios diagnósticos más finos se aprecia que a pesar del descenso de la hiperkinesia motriz durante la adolescencia, otros síntomas se mantienen. La realidad es que sin tratamiento el SDA perdura después de la adolescencia y los déficit cognitivos derivados de la impulsividad y la falta de estrategias adecuadas y de procesamiento de la información se mantienen hasta la edad adulta”.

Estos dos planteamientos, el primero proveniente desde la neurología y el segundo producto de una investigación psicológica, coinciden en afirmar que un niño podría atenuar o disminuir el síndrome de SDA, siempre y cuando tuviese un tratamiento periódico y constante. En caso contrario, significaría que el síndrome se mantiene durante todo el período escolar.

10.5. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

10.5.1. LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

“Este tipo de entrevista es una combinación entre una entrevista Estructurada y una Cualitativa. Definiéndose como la entrevista Estructurada, la que el investigador tiene las preguntas que se formulan en términos idénticos a todos los sujetos de la investigación, quiénes tienen las respuestas; y la entrevista Cualitativa, es aquella que es no directiva no estructurada no estandarizada y abierta” (Taylor, S. y Bogdan, R. 1987, pp. 101).

Fue especialmente diseñada por nosotras con el fin de conocer cuales son los mecanismos Resilientes que están presentes en la relación con sus pares, grupo curso profesores, familia y resolución de problemas, por tal razón se elaboraron preguntas abiertas de modo que los pre-adolescentes expresan libremente su experiencia respecto a la pregunta planteada.

10.5.2. ANAMNESIS:

“Antecedentes clínicos de la historia familiar y personal de un individuo. (García M.J., 1982 pp. 44).

Esta Anamnesis es del tipo clínica standard, mediante la cual se recogerán los antecedentes de la vida familiar del niño, proporcionados por los padres o adultos

responsables con quiénes vive, datos personales de la historia de vida desde el embarazo a la etapa actual, detección de las personas significativas y por último detectar la presencia de mecanismos Resilientes en el comportamiento.

10.5.3. ESCALA DE MEDICION DE CONDUCTAS: TEST DE CONNERS.

El Test de Connors es una pauta de detección precoz del SDA, con los criterios diagnósticos, que permiten abordar y pequisar desde una línea simple, algunas de las conductas más complejas que pudieran estar dando una señal de alerta en los niños con SDA. Existe una escala de Evaluación formal para profesores y padres que contiene mayor número de preguntas y otra del tipo Abreviada. El modo Abreviado consta de 10 ítems los cuales deben ser completados con una valoración de 0 a 3 puntos. La ausencia total es 0 puntos, y la presencia constante y habitual de la conducta tipo del SDA, es de 3 puntos.

Este test permite al profesional que realiza el diagnóstico tener una pauta clara acerca del comportamiento de la persona en términos de las actividades sociales, emocionales y conductuales. Por lo tanto se hace necesario contestarlo con la mayor precisión posible. Se marca con una cruz y luego se suman los puntajes obtenidos. El puntaje máximo del test de Connors es de 30 puntos. (Orjales I., 1999, pp. 79-83).

En esta investigación, se utilizará la versión Abreviada del Test de Connors, lo aplicará el Profesor Jefe de cada curso. Se realizará al comienzo de la investigación, para verificar el antecedente diagnóstico del SDA de los pre-adolescentes que constituirán la muestra en estudio.

10.5.4. OBSERVACION PARTICIPANTE:

Se refiere a la interacción social entre el investigador y los informantes, en el millieu de éstos últimos y durante el cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo (Taylor, S. y Bogdan, R. 1987, pp. 31).

La función del observador participante se realizó mediante la incorporación de las investigadoras facilitadoras al campo de estudio seleccionado, con el propósito de registrar, vincular y desarrollar los objetivos propuestos en la investigación.

La Dirección de Educación Metropolitana DEM, de Santiago-Centro, nos proporcionó el permiso para trabajar en la Escuela México, luego nos contactamos con la Directora de esta unidad Educativa, que nos derivó a dos psicopedagogas, quienes coordinaron el escenario de trabajo con las profesoras Jefes de cada uno de los cursos (V y VI Básicos). La dirección del establecimiento designa el horario y el lugar donde se realizó el taller.

10.5.5. NOTAS DE CAMPO:

Estas incluyen las observaciones obtenidas en cada sesión, que son registradas en el cuaderno de campo. “Es el registro detallado y preciso de una observación, incluye la descripción de una persona, los acontecimientos, la conversación, la acción, sentimientos e intuición más la hipótesis de trabajo del observador. El trabajo suele ser más descriptivo que interpretativo y desde una visión más amplia a una más pequeña”. (Taylor, S. y Bogdan, R. 1987).

En nuestras notas de campo se registraron las observaciones con comentarios personales o alguna intuición sobre el desarrollo del taller, lo más importante, los conceptos claves, la espontaneidad, apoyados con diagramas para reconstruir las escenas de cada sesión.

El taller se realizará con 1 observadora y 2 facilitadoras. El trabajo de observación y registro de las notas de campo, se efectuará en forma rotatoria.

En cuanto a material de apoyo se utilizó también el registro en video y grabaciones de algunas de las sesiones, más la toma de algunas fotografías.

10.5.6. TECNICA DE INTERVENCION GRUPAL:

El taller es el recurso metodológico fundamental, que diseñado con un enfoque de Terapia Humanista Integral, pretenderá a través de sus objetivos, iluminar los mecanismos resilientes que van a ser observados y registrados en las notas de campo, grabaciones, fotografías y filmaciones.

El Diseño del Taller está en función de realizar un proceso orientado en el modelo individual, que pone como figura la intervención intrapersonal de cada uno de los miembros del grupo, y en la relación interpersonal que se da entre los participantes y la de éstos, a su vez con el facilitador del grupo, que pasa a ocupar el fondo.

Este modelo de intervención, dice relación con uno de los modelos utilizado en los grupos de encuentro Gestalticos, Teoría que es parte de nuestro Marco Teórico de orientación Humanista Integral, que sustenta la investigación (Escuela Gestalt de Cleveland, GIC) (Castanedo, C., 1990, pp. 154).

El taller como Tecnología, se estructura a partir de los Objetivos Generales y Específicos desarrollados a través de actividades y técnicas, mediante las cuales se realizará la intervención psicoterapéutica con la cual se pretende que los niños logren llevar a cabo un proceso de autoconocimiento, identificando su realidad individual y aquellas capacidades tendientes a la manifestación de los mecanismos Resilientes, el cual es el objetivo primordial de la investigación.

Algunas de las técnicas que se aplicaran son:

- Ejercicios de relajación
- Imaginerías guiadas
- Expresión corporal
- Dramatización
- Test proyectivos (“El Rosal” (Oaklander V.), “Dibujo de la Figura Humana” DFH (Koppitz).

Al referirse al proceso del niño queremos decir que, al verbalizar sentimientos y emociones el niño está comunicando a los demás y a las facilitadoras sus experiencias del momento. Se favorece y promueve la empatía, la aceptación del otro,

el autoconocimiento y habilidades y destrezas en la resolución de problemas, ya que el niños con SDA, suele tener una visión limitada del entorno, lo que le dificulta un accionar positivo en el medio. Asimismo este proceso implica una sensibilización, integración de elementos cognitivos y emociones, de acuerdo a su etapa de desarrollo.

Si se logra integrar lo anterior, podríamos decir que se habrían construido herramientas adecuadas para su interacción con el medio, lo que puede producir un impacto en su quehacer futuro.

10.5.7. ANÁLISIS DE DATOS :

Los datos obtenidos a través de los instrumentos y técnicas anteriormente señaladas, serán analizados mediante un análisis inductivo, utilizado en las investigaciones cualitativas. En el “análisis inductivo, los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensión, partiendo de las pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis, o teorías preconcebidas” (Taylor, S. y Bogdan, R. 1987, pp. 20).

Por tratarse de una investigación Cualitativa, el propósito del análisis surge de la necesidad de hacer una comprensión en profundidad de las personas que se estudian, se trata de una búsqueda sistemática mediante un proceso dinámico y creativo para llegar al sentido de comprensión de los datos obtenidos. Es necesario, que el investigador Cualitativo se familiarice íntimamente con los datos y combine toda su perspicacia, intuición y experiencia, para lograr la adecuada interpretación de ellos.

Los pasos a seguir para el análisis son:

- Se identificarán temas y desarrollaran conceptos de acuerdo a los datos.
- Se codificaran los datos para refinar la comprensión del tema en estudio.
- Comprender los datos en el contexto en el que fueron recogidos.

CAPITULO IV

11.0 RESULTADOS Y ANALISIS.

En este proceso de investigación dirigido a pre-adolescentes con SDA, el interés se centra en lograr la emergencia de los mecanismos protectores de la Resiliencia para posibilitarles un equilibrio emocional y una integración más adecuada a su ambiente.

El taller de terapia con enfoque Humanista Integral, es el recurso de intervención psicoterapéutica que en esta situación proporciona la base teórica para lograr el objetivo de investigación.

Comenzó la intervención con un registro individual de las conductas Resilientes que los individuos presentaban en el hogar y a una autorreferencia de las mismas. Así se obtiene una primera información acerca de cuáles mecanismos aparecen como más visibles y cuáles no. Este registro permitió visualizar un punto de partida para el énfasis en la organización de las sesiones terapéuticas. Para lograr el perfil, se construyeron dos documentos:

- Anamnesis
- Entrevista Semi-Estructurada. De esta última, se desprendió a su vez una información acerca de la, o las figuras significativas de cada uno de los integrantes del grupo (Ver cuadro Nro. 3 y Gráfico Nro. 3).

A continuación se realizaron 10 sesiones terapéuticas, que constituyeron el taller, observando paso a paso el desarrollo del grupo y el avance individual.

Se crearon categorías de análisis para operacionalizar y registrar individualmente la emergencia o no, del mecanismo Resiliente propuesto para cada sesión terapéutica.

Se registró acuciosamente, en Notas de Campo, las observaciones sobre los acontecimientos, testimonios y reflexiones que aportan los actores en el momento mismo de la sesión.

- Para comprender el proceso individual en relación a la autoestima o la autopercepción, se aplicó el dibujo proyectivo “el Rosal”, y para comparar la emergencia de la introspección y la autoestima, se aplicó el Dibujo Proyectivo denominado por nosotros “El Autorreporte” (Autorretrato), al comienzo y al final de la intervención terapéutica.

Se refieren a continuación, los conceptos siguientes que corresponden a técnicas de obtención de información aplicadas:

Entrevista semiestructurada : Este instrumento se aplicó al inicio de la investigación y permitió establecer el primer contacto directo con los pre-adolescentes con SDA. Se obtuvo información, desde la perspectiva del niño, sobre su ambiente familiar, escolar, tipo de relaciones interpersonales al interior de éstos y con su grupo de pares

Anamnesis: Este instrumento se aplicó, al inicio de la investigación, a cada una de las madres y/o apoderados de los pre-adolescentes con SDA, pertenecientes a la muestra en estudio. Se obtuvo información referente al grupo familiar, ambiente, relaciones interpersonales y conducta del niño en general.

Autorreporte: Se señala así al dibujo de un autorretrato, realizado en la segunda sesión. Posteriormente se repite en la décima sesión, bajo las mismas condiciones y con el propósito de registrar el cambio de la autopercepción y autoestima, generado durante el proceso del taller.

El Rosal: Esta es una técnica de dibujo proyectivo. Se aplicó en la 4ta. Sesión. Permite la emergencia de sentimientos reprimidos, en relación a como se siente el

niño, en este momento en el mundo. Se analizó gracias al aporte de V. Oaklander y como complemento se incluyeron en él, algunos aspectos de las omisiones características de los signos cualitativos, considerados por Koppitz en el análisis del D.F.H. (Dibujo de la Figura Humana).

Notas de Campo: Es la técnica del método cualitativo que permite registrar en todo momento, los acontecimientos, sentimientos y emociones observadas que afectan a los integrantes de la investigación.

11.1. ANALISIS EN FUNCION DE LOS OBJETIVOS:

11.2. OBJETIVO ESPECÍFICO NRO. 1:

IDENTIFICAR LOS MECANISMOS RESILIENTES QUE MANIFIESTAN LOS PRE-ADOLESCENTES CON SDA (AL INICIO DEL TALLER).

Las características Resilientes se registraron a partir de la obtención de datos proporcionados por los instrumentos aplicados. Estos entregaron un perfil de la conducta Resiliente del pre-adolescente con SDA, al inicio del taller.

Según estas apreciaciones, se podría inducir que frente a la menor presencia de aquellos mecanismos, como por ejemplo: Independencia y Autoestima (según la familia), Creatividad y Conciencia Moral (según los pre-adolescentes), implicarían la necesidad de considerarlos especialmente en el diseño del taller. Se debe señalar en todo caso, que el perfil construido en base a la información proporcionada, tiene el sesgo de subjetividad propia de los informantes y de quienes interpretan los datos.

11.2.1. PERFIL DE LAS CARACTERÍSTICAS RESILIENTES

La Anamnesis consta de 24 preguntas específicas que se formularon para la detección de los mecanismos Resilientes presentes en la conducta del niño y el registro se desprende de las respuestas aportadas por los padres y familiares.

CUADRO NRO. 1:

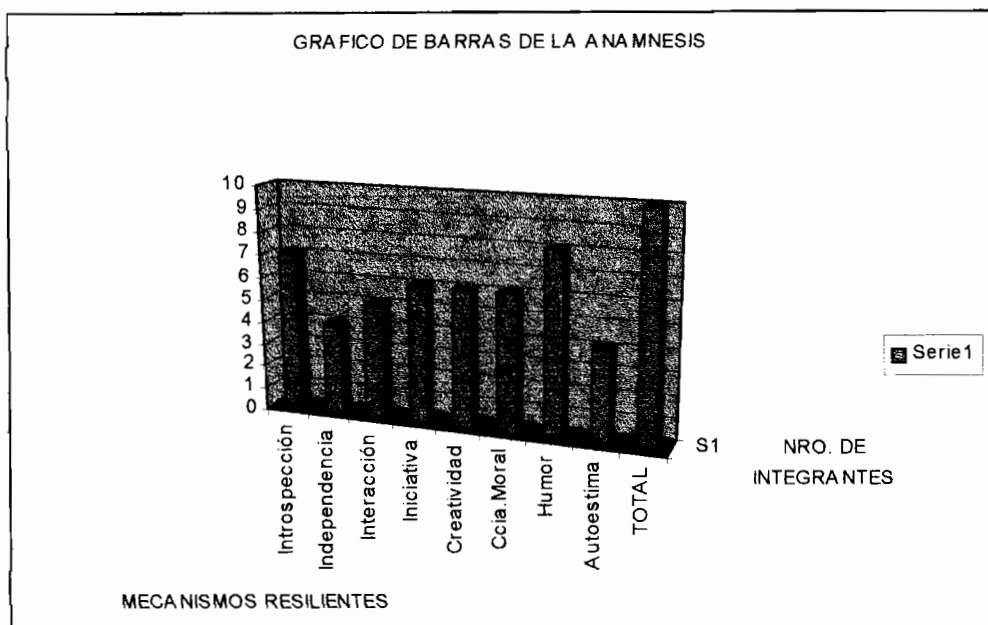
A	B	C	D
A N A M N E S I S			
Mec.Resilientes	Registrado	No Registrado	Total de Niños
Introspección	7	3	10
Independencia	4	6	10
Interacción	5	5	10
Iniciativa	6	4	10
Creatividad	6	4	10
Ccia.moral	6	4	10
Humor	8	2	10
Autoestima	4	6	10

En este cuadro se sintetizan los resultados obtenidos en la Anamnesis. La columna A, se refiere a los mecanismos Resilientes mencionados en el marco teórico. En la columna B, el concepto “Registrado” se utiliza para señalar el mecanismo Resiliente que estaría implícito en la respuesta obtenida a través del instrumento aplicado. Por el contrario “No registrado”, columna C, se utiliza para indicar el mecanismo no implícito en la respuesta obtenida a través del instrumento aplicado.

La columna D corresponde al Nro. total de los integrantes del taller.

GRAFICO NRO. 1:

REGISTRO DE LOS MECANISMOS RESILIENTES PRESENTES
EN LA ANAMNESIS:



Se desprende aquí la información aportada por la Anamnesis, en cuanto a la detección de los mecanismos Resilientes más y menos emergentes. Evidentemente Autoestima e Independencia se evidencian como los más escasos. Para beneficiar su revitalización se formularon objetivos específicos y se propusieron actividades conducentes a lograrlos, en el transcurso del taller.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

En este instrumento se formularon 34 preguntas específicas que apuntan a la detección de los mecanismos Resilientes, presentes en la conducta del niño.

CUADRO NRO. 2:

<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>
E N T R E V. S E M I - E S T R U C T .			
Mec.Resilientes	Registrado	No Registrado	Total de Niños
Introspección	8	2	10
Independencia	6	4	10
Interacción	10	0	10
Iniciativa	6	4	10
Creatividad	2	8	10
Ccia.moral	5	5	10
Humor	10	0	10
Autoestima	7	3	10

En este cuadro se sintetizan los resultados registrados en la entrevista-semiestructurada.

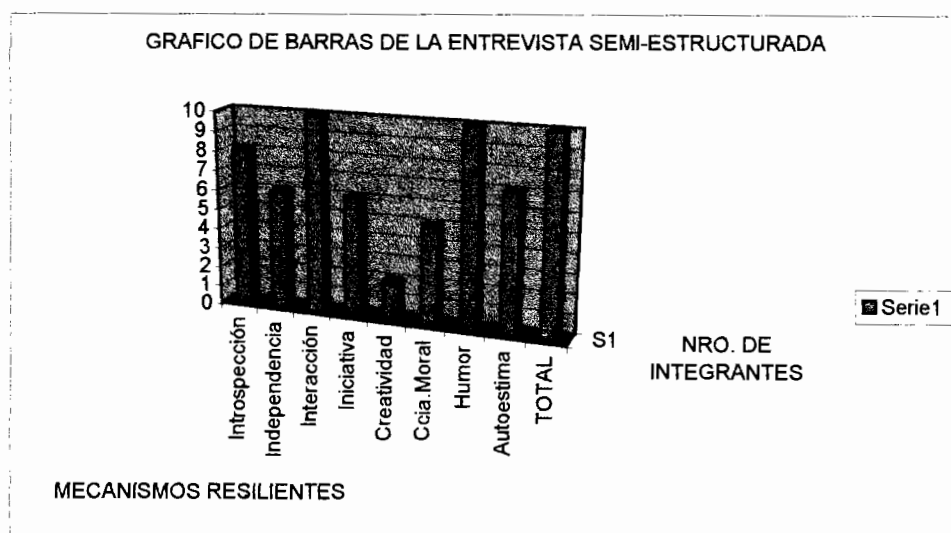
La columna A se refiere a los mecanismos Resilientes mencionados en el marco teórico. En la columna B, el concepto "Registrado" se utiliza en este cuadro, para señalar el mecanismo Resiliente que estaría implícito en la respuesta obtenida a

través del instrumento aplicado. En columna C, el concepto “No Registrado”, se utiliza para indicar el mecanismo no implícito en la respuesta obtenida a través del instrumento aplicado.

La columna D corresponde al Nro. total de los integrantes del taller.

GRAFICO NRO. 2:

REGISTRO DE LOS MECANISMOS RESILIENTES EN LA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA:



La información que se registra a partir de la entrevista semi-estructurada, estaría mostrando que los mecanismos Resilientes menos emergente son el de la Creatividad y Conciencia moral, situación que proporciona un antecedente para ser considerado en la estructura del taller.

CUADRO REGISTRO FIGURA SIGNIFICATIVA.

Se consideró necesario destacar la presencia del adulto significativo de acuerdo a las opciones de respuestas que entregaron los pre-adolescentes, sobre su relación con la parentalidad y la atribución que hacen en quién confían. Si el niño experimenta con sus padres una “atención incondicionalmente positiva”, va a posibilitar que construya un autoreconocimiento del sí mismo, tal como lo percibe en su vivencia orgánsmica concreta, que implicará consistencia entre “conciencia y experiencia” (Rogers, C., 1992 pp. 136). En caso que la relación interpersonal con los padres no se presente de esta forma, se afectará su autoconcepto y con ello la sensación de confianza y seguridad frente a los desafíos de la vida.

CUADRO NRO. 3:

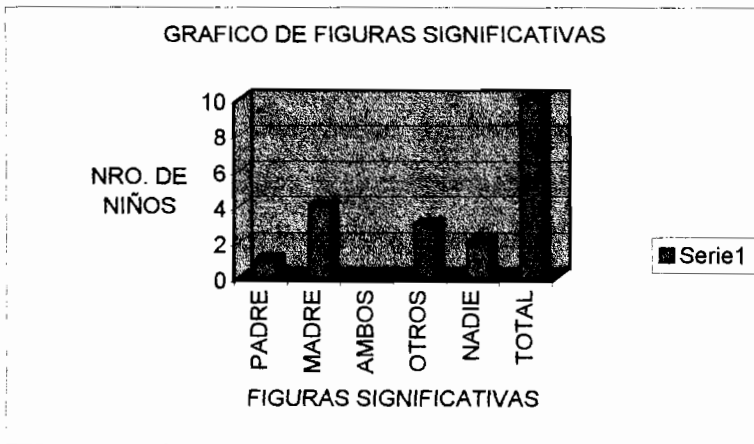
FIGURAS SIGNIFICATIVAS

PADRE	1
MADRE	4
AMBOS	/
OTROS	3
NADIE	2
TOTAL:	10 NIÑOS

Este registro permite observar que la mitad de los pre-adolescentes en esta investigación carecen de una figura significativa parental (padre, madre o ambos).

El gráfico de barras informa acerca de la situación del pre-adolescente en el hogar e induce a focalizar con mayor énfasis la necesidad del “darse cuenta”, para acrecentar la movilización de energías hacia la “elección y decisión”. Esta necesidad se refleja en la utilización de los mecanismos protectores de la Resiliencia que le facilite salir airosos de los conflictos que conllevan el no poseer una figura significativa que acoja y responda con cariño a los requerimientos amorosos propios de esta etapa del desarrollo.

GRAFICO NRO. 3:



11.3. OBJETIVO ESPECIFICO Nro. 2:

DISEÑAR UN TALLER GRUPAL PARA PRE-ADOLESCENTES CON SDA , INTEGRANDO EL ENFOQUE DE LA RESILIENCIA, CON UNA TERAPIA DE ORIENTACION HUMANISTA INTEGRAL.

11.3.1. ESTRUCTURA DE EL TALLER

Este taller fue diseñado para ser aplicado en 10 sesiones de 1 hora cronológica cada una, con una frecuencia de 2 veces por semana (Lunes y Jueves).

Debido al diagnóstico se hizo necesario intensificar la periodicidad de la intervención a dos sesiones semanales. El horario de atención de los niños fue determinado por la escuela y realizarlo entre las 16:00 y 17:00 horas a continuación de la jornada escolar.

11.3.2. DISEÑO DEL TALLER:

A la base del diseño del taller, se encuentra el paradigma existencial fenomenológico y en el diseño mismo se aplica una intervención psicológica de orientación Humanista Integral. Se aplica el modelo de terapia Gestalt grupal practicado por Celedonio Castanedo que relaciona directamente los momentos del Grupo y el Ciclo de la Experiencia elaborado por J. Zinker para terapia individual.

La direccionalidad de cada sesión está apoyada por un objetivo general, que se plantea para lograr la emergencia de un mecanismo Resiliente específico. Cada una de las actividades que se realizaron condujeron al logro de los propósitos del objetivo indicado.

Dentro del esquema de cada sesión se consideraron 4 momentos claves relacionados con el Ciclo de la Experiencia para terapia grupal y etapas del grupo.

MOMENTOS	ETAPAS DEL GRUPO	CICLO DE LA EXPER.
1. Relajación e Imaginería	Identidad	Darse cta. de uno y de los otros.
2. Tema central referido al obj. gral de cada sesión	Influencia	Energía-Exitación y movilización
3. Actividad relacionadas con el tema central	Intimidad	Contacto-acción para completar el ciclo
4. Cierre y despedida	Reposo	

Para ejemplificar lo anterior se muestra el diseño de la 1era. Sesión:

SESION 1

Tema : “Conociéndonos”

Mecanismo resiliente a observar: Interacción

Definición de Interacción : “Es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas” (Wolin y Wolin, 1996).

Objetivo Gral.: Promover la Comunicación interactiva que permita la formación del grupo de trabajo (IDENTIDAD).

Objetivos Específicos:

- Estimular la integración al grupo de trabajo terapéutico
- Establecer las normas de trabajo grupal, generar experiencias positivas que posibiliten la comunicación, respecto a las funciones de contacto. (oler, gustar, sentir, expresar)
- Estimular la cohesión del grupo.

Tiempo de duración : 1 hora

Técnicas a aplicar : Ejercicios corporales, trabajo manual en grupo y escucha activa.

Materiales : Papel Kraft, lápices de cera, pegamento, revistas, papel blanco, música de relajación.

Actividades :

- Respiración, relajación e imaginación
- Hacer una máscara con papel blanco con las manos. Presentarse al grupo refiriendo a lo menos un par de características personales.
- Normas del grupo:

Inducir a la proposición de normas que posibiliten el buen entendimiento grupal.

Escuchar algunas otras normas propuestas por las facilitadoras

- Reflexionar y comunicar el cómo llegaron a constituir este grupo
- una actividad grupal “el Collage”

Recortar a dedo desde la revista figuras para realizar un Collage grupal.

Asignar un nombre a esta obra colectiva, luego de comentar la acción.

- Tema de discusión, reflexionar y opinar acerca de la experiencia del momento en el aquí y en el ahora.
 - Actividad de cierre
- Abrazados formando un círculo se creará un canto tipo murmullo.

Se operacionalizó la actividad grupal relacionada con el Collage para estimar la “Interacción”.(Ver anexo).

11.4. OBJETIVO ESPECIFICO Nro. 3:

CONTRIBUIR CON TERAPIA GRUPAL DE ORIENTACION HUMANISTA INTEGRAL, AL FORTALECIMIENTO DE LOS MECANISMOS RESILIENTES DE LOS PRE-ADOLESCENTES CON SDA.

El taller fue realizado en la Escuela Municipalizada República de México, ubicada en Stgo., Centro. Se trabajó en la Sala Biblioteca, que está inserta en el espacio general del edificio.

El Taller se ejecutó en el período comprendido entre los meses Octubre y Noviembre del 2003.

La dinámica de la Terapia Grupal desde la orientación Humanista Integral, contribuyó al fortalecimiento de aquellos mecanismos Resilientes que se denominan y describen en el modelo de Wolin y Wolin, llamado también “Los 7 pilares de la Resiliencia”. Estos mecanismos Resilientes, se incluyeron en el Objetivo General de cada sesión; por ejemplo: para fortalecer la Interacción, el Objetivo General: es “Promover la comunicación interactiva que permita la formación del grupo de trabajo”.

El espíritu del taller está teñido del pensamiento filosófico del existencialismo-fenomenológico de los teóricos de la psicología humanística, y los criterios de Carl Rogers en relación a la posición del terapeuta o facilitador que se encuentra en la situación de la terapia (Congruencia-Consistencia-Empatía-Aceptación Incondicional) (Rogers C., 1961).

Otra contribución es el modelo de la Terapia de Grupo de Castanedo, que creó y proporcionó un espacio en el cual los pre-adolescentes fueran reconocidos en su individualidad, a partir de sí mismos y de otro. De sus motivaciones internas y experiencias en el “aquí y el ahora” fenomenológico. Castanedo menciona la obra de Feder y Ronald que en un capítulo se refiere al tratamiento centrado en la comunidad terapéutica dice así “el hombre que puede vivir en contacto con su sociedad, sin ser

tragado por ésta, ni tampoco retirándose de ésta completamente es la persona bien integrada... la meta de la psicoterapia es crear ese hombre. La idea de una comunidad en la que teniendo sus necesidades determinadas cada miembro participe en el beneficio de todos. Una tal sociedad estará en contacto con sus miembros” (Castanedo C., 1990, pp. 153).

La intencionalidad en esta modalidad terapéutica es conseguir un individuo integrado a la sociedad y en contacto con ella.

En la dinámica de nuestro taller intentamos ofrecer diversas actividades que les permitieran en el proceso de interacción grupal, poner en ejercicio los recursos Resilientes disponibles, de modo de lograr una actualización de los mismos, generando respuestas.

El interés de centrar la atención en el desarrollo grupal, tiene su base en el carácter que entrega la posibilidad que desde lo fenomenológico “se muestra” al que comparte en el grupo experiencias similares que van “rezonar” en el otro.

El desempeño de las facilitadoras, desde esta perspectiva humanista, permitió volcar todo el entusiasmo, energía, disposición, amor, creatividad y experiencia de vida, en aras de lograr los objetivos propuestos.

11.4.1. CARACTERÍSTICAS DEL TALLER

1. Una metodología Humanista centrada en el ser.
2. Un espacio democrático de libre expresión y sin niveles jerárquicos.
3. Ambiente alegre y generativo de confianza
4. Enfoque teórico que propicia un acercamiento cálido, de aceptación incondicional, empático para establecer una relación efectiva.
5. Incorporación activa del terapeuta y coterapeuta al desarrollo de la dinámica de la sesión.
6. Normas grupales claras que fueron compartidas ampliamente y algunas propuestas desde ellos mismos, facilitando la aceptación.
7. Libertad de proposición de actividades, libertad de acción y movimiento.

8. Disposición afectiva y el compromiso de las facilitadoras, en cuanto a sentirse alegres y gratas, desarrollando actividades con niños y jóvenes.
9. Contar con un observador en cada sesión que registró acuciosamente todos los pormenores de las actividades.

Es importante referir que “la terapia Gestalt respeta la integridad de la persona y no establece juicio de valores sobre sus clientes. Únicamente la persona misma es responsable de si misma, es ella la que decide qué camino tomar; el facilitador por medio de experimentos vivenciales enfrenta a la persona a diferentes caminos, después ella elige, tomando conciencia que su decisión es responsabilidad suya, lo que significa que el terapeuta no resuelve los problemas de la gente, sino que ayuda a la gente a que los resuelva por sí mismo” (Castanedo C., 1990 pp. 154).

Para dar cuenta de algunos experimentos vivenciales, se enfrentó a los pre-adolescentes a la toma de conciencia de algunas situaciones relacionadas con ellos, ejm. la familia los amigos y el colegio. Y estas fueron sus respuestas, registradas en las notas de campo:

¿Experiencia sobre mi familia?

- Michael: Yo quiero a mi familia y espero que no se peleen jamás
- Alejandro: Yo deseo que en mi familia nunca se droguen
- Daniel: Mi familia es muy unida y espero que sean unidos por siempre.
- Camilo: Que los miembros de la familia sean buenas personas
- Nicole: Que las familias se tengan más respeto
- Diego F. Que las familias sean más generosos entre sí.

¿Experiencia sobre mis amigos?

- Oscar: Que sean amigables.
- Diego T.: Que sean compartidores
- Rodolfo: Que sean buenas personas

Nicole: Que sean inteligentes
 Oscar: Que no sean peleadores
 Camilo: Que sean respetuosos

¿Cómo soy yo?

José I: Yo tengo capacidad para entregar más de mí.
 Nicole: Yo se que intentandolo puedo lograr lo que quiera.
 Camilo: Yo espero muchas cosas para hacer en la vida.
 Diego F.: Yo espero ayudar a los que están equivocados
 Daniel: Yo espero estudiar una profesión
 Rodolfo: Espero confiar en los demas.

El trabajo grupal cumple la función fundamental de sensibilizar y emocionar a los integrantes, y hace que el compartir los problemas que son comunes a todos, favorece el “darse cuenta”. En este marco de aceptación cada uno de los actores realiza su propio proceso de cambio.

11.4.2. ANALISIS DEL DIBUJO PROYECTIVO “EL ROSAL”

Si la observación permite a la facilitadora conocer de la evolución grupal, se hace necesario también apreciar como avanzan los cambios individuales. Se plantea así un desafío: ¿Cómo registrar estos cambios en términos de “visualizar” la emergencia de los mecanismos protectores de la Resiliencia, si éstos constituyen un proceso individual?

Para ello, nos apoyamos en los “lentes bifocales de un facilitador” (Castanedo C., 1990 pp. 157), para dar respuestas a estas interrogantes.

En las primeras tres sesiones, no habíamos logrado observar si la autoestima se revitalizaba y se nos planteaba la necesidad de registrar el proceso en cada uno de

pre-adolescentes. Violet Oaklander nos facilitó la tarea con su “fantasía del rosal”, y agregamos a la temática central un dibujo proyectivo que nos permitió visualizar ese momento de la experiencia de los pre-adolescentes, y nos proporcionó una visión más real de su “parada frente al mundo”. “... hay algunas maravillosas fantasías que se pueden utilizar en conjunto con el dibujo. Una que he usado a menudo es la fantasía del rosal ...Pero encuentro que los niños, especialmente los defensivos y a menudo reprimidos necesitan estas actividad para abrirse a una asociación creativa”. “ Mi objetivo es ayudar al niño a darse cuenta de sí mismo y de su existencia en el mundo. Cada terapeuta encontrará su propio estilo para lograr el frágil equilibrio entre dirigir y guiar la sesión, por una parte, e ir con y seguir la línea del niño, por la otra. (Oaklander V., 1992 pp. 32 y 53).

Al mismo tiempo incorporamos a los signos cualitativos de esta fantasía, algunos otros signos cualitativos emocionales que aparecen en los dibujos del autorreporte como por ejemplo: el sombreado y detalles especiales y omisiones. (Koppitz, 1992 pp. 173-175).

En esta cuarta sesión y para estimar su autopercepción o autoestima de manera proyectiva, solicitamos a los niños que mediante la técnica de una imagería guiada, “cerrando los ojos y muy relajados se convirtieran en un rosal”, siguiendo las indicaciones del terapeuta

Concluida ésta, les solicitamos “dibujarse como rosales”, para posteriormente mediante el diálogo fenomenológico, comentaran la experiencia de” ser rosal “:

Nicole: “soy un rosal con hartas hojas, y muchas rosas rojas, violetas, amarillas y blancas. Estoy sola. Siento miedo. Estoy asustada porque me pueden quitar mis flores. Tengo espinas, un poquito, en la parte de abajo. Mis raíces son flacas y débiles.”

Alejandro: “ Algunas personas me maltratan. Y si llueve yo me cierro. Tengo cinco pétalos. Mis raíces son delgadas y débiles, de color café. No tengo espinas. No tengo hojas. No tengo amigos.”

Camilo : “ No tengo raíces ni tampoco espinas. Tengo muchas hojas de color amarillo.. Estoy acompañado siempre.

José I. : “Soy muy hermoso.y muy admirado. Mis raíces son muy fuertes, grandes, gordas y muy bien plantadas. No tengo espinas. Tengo hojas rojas, amarillas y violeta. Estoy acompañado de una pareja.”

Para el registro de los signos emocionales del dibujo “del rosal”, consideramos la proyección en términos de “polaridades” en las conductas y sentimientos. “Las polaridades están profundamente arraigadas en el funcionamiento del organismo.”

“La relación de los opuestos consiste en que la existencia de uno necesariamente exige la presencia del otro. Esto se puede observar en la relación experimental de la calidad y cantidad de las sensaciones y emociones “.”Los dualismos llenan nuestra conducta y nuestro pensar. Nos vemos divididos en cuerpo y mente y nuestra realidad es subjetiva y objetiva”. “Nuestras emociones se dividen en felices y tristes, desilusiones y satisfacciones, la moral se divide en buena y mala, la estética en bello y feo. La vida se diferencia en positivo y negativo, forma y vacío, material y espiritual”. (Latner, J. 1972, pp. 46).

De esta forma sobre el dibujo proyectivo, establecimos los siguientes criterios para el registro de los signos emocionales:

Rigidez o flexibilidad del tronco: Esta característica la relacionamos en forma inductiva con la capacidad de resistir situaciones adversas (un tronco rígido se desploma con más facilidad frente a los embates del viento).

Floración o no floración: Esta característica se relacionó inductivamente con estado de ánimo alegre o triste.

Ramas o sin ramas: La relacionamos inductivamente con sentirse con sentimiento de protección y desprotección.

Espinas y sin espinas: Sentimiento de capacidad defensiva y sentimiento de incapacidad defensiva

Hojas y sin hojas: Se siente vital o desvitalizado.

Raíces y sin raíces: Se siente firme o inseguro.

Entorno y sin entorno: Se siente acompañado o solitario.

Cuidado y descuido: El ambiente es nutritivo o peligroso.

A estos signos, sumamos otros signos cualitativos, aportados por Koppitz, tales como: sombreado (puede asociarse a angustia), detalles especiales y omisiones, con el propósito de confirmar desde aquí los signos anteriores. A continuación registramos los signos de acuerdo a categorías con las que las que se operacionalizó el mecanismo Resiliente de la “Autoestima”.

Se entiende por: **“Autoestima: Valorarse a sí mismo en relación a las habilidades y capacidades personales demostrando seguridad en su accionar.”(Wolin y Wolin, 1996).**

- a) Manifiesta autopercepción positiva
- b) Tiene necesidad de aprobación por lo que hace
- c) Se muestra defensivo al ambiente
- d) Su autopercepción está disminuida

Significado cualitativo de cada categoría:

- a) **Manifiesta autopercepción positiva:** Significa que su dibujo proyectivo presenta la mayoría de los signos evaluativos en condición óptima.
- b) **Tiene necesidad de aprobación por lo que hace:** El dibujo proyectivo solo se muestra al exterior presentando los detalles habituales de un rosal, para llamar la atención y no presenta raíces, dado que se siente sin seguridad.
- c) **Se muestra defensivo al ambiente:** El dibujo proyectivo se encuentra rodeado por líneas que semejan una barrera. Esto lo evaluamos como sentimiento defensivos con respecto al ambiente, y/o puede incluir presencia de espinas.

- d) **Su autopercepción está disminuida:** El dibujo proyectivo es pequeño, sin flores, raíces débiles, sin hojas. Es decir, aspectos muy débiles en los rasgos que nos estarían indicando que su autopercepción es débil o pobre.

Al análisis operacionalizado del concepto de “Autoestima”, visualizamos que este mecanismo Resiliente de la autoestima, en este momento de la terapia no se observa como emergente, ésto posibilitó reformular algunos objetivos generales en las sesiones siguientes, con el objeto de reforzar el “darse cuenta”, mediante la reflexión y el diálogo fenomenológico.

Al explicar paso a paso esta técnica “el rosal”, hemos intentado confirmar como se enriquece cualquier proceso terapéutico, en la medida que la flexibilidad teórica y metodológica permite implementar nuevas técnicas, para en este caso, inducir al autodescubrimiento de las propias potencialidades. Lo consideramos un aporte en la medida que en el pre-diseño del taller esta técnica no estaba incluida.

De igual modo, la flexibilidad teórica y metodológica, plantea un desafío y exigió a las facilitadoras, la creación constante de nuevas visiones y ejecuciones metodológicas, en las cuales fue factible integrar métodos y técnicas de tipo gráfico, plástico corporal e intelectual.

11.5. OBJETIVO ESPECIFICO Nro. 4:

EVALUAR EL IMPACTO DEL TALLER CON ORIENTACION HUMANISTA INTEGRAL, PARA LA EMERGENCIA DE LA RESILIENCIA EN LOS PRE-ADOLESCENTES CON SDA.

Castanedo, expone las modalidades de trabajo terapéutico en el grupo y en el individuo haciendo notar que “el proceso orientado en el modelo individual,.....sitúa como figura la intervención intrapersonal de los miembros del grupo y el otro modelo se fija en la relación interpersonal que se da entre los participantes y la de éstos a su vez con el facilitador del grupo” (Celedonio C., 1990, pp. 157). A continuación este mismo autor nos dice que Kepner “ ha logrado una mutación de estos dos abordajes terapéuticos al describir el proceso grupal como un modelo en que el facilitador con lentes bifocales presta atención por una parte al desarrollo de los individuos en el grupo y por otra parte al desarrollo del grupo como un sistema social; quiere decirse que considera el todo y las partes que contiene el todo”.

Para evaluar el impacto del taller registraremos testimonios de los propios actores, para conocer la experiencia grupal, a partir del registro de campo.

En la primera sesión preguntamos: ¿Qué esperas de este taller? y en la décima sesión, la pregunta fue ¿Cómo ha sido esta experiencia para ti?

Si observamos el primer testimonio y el último, podremos darnos cuenta que la mayoría consiguió una experiencia positiva. En el último registro se puede observar que los objetivos de un grupo terapéutico estarían conseguidos, habría una apertura al darse cuenta, cuando dicen –ahora me porto bien -.

Las facilitadoras nunca mencionamos que el objetivo del taller era portarse bien, fue una deducción de ellos. Sí enfatizamos, que era para conocerse y relacionarse. Al comunicar los sentimientos con respecto a la experiencia de vida, en el transcurso

del taller, aparece de manifiesto que los pre-adolescentes encontraron aquí un marco adecuado para potenciar sus mecanismos resilientes.

TESTIMONIO INICIAL Y FINAL DE LOS PRE-ADOLESCENTES DEL TALLER EN RELACION A SUS SENTIMIENTOS.

1era Sesión

¿Qué esperas de este taller?

Rodolfo: Parece que es para venir a conversar por lo problemas que que tenemos que nos portamos mal.

Michael: Es para aprender a conocernos

Diego F: Es por algo psicológico

10ma. Sesión

¿Cómo ha sido esta experiencia para tí?

Gracias por la atención que me han dado, lo he pasado muy bien, quería venir a las sesiones.

Estoy aprendiendo y ahora me porto mejor.

Lo pasé muy bien. Me gustó trabajar juntos y las cosas que hicimos.

Aprendí mucho y ahora me porto mejor, cuando quiero hacer desorden ahora, lo pienso antes y me controlo.

Es bueno porque aprendí harto, antes me portaba mal en la clase, ahora lo hago mejor.

Me gustó por la amistad. Fueron amables conmigo, encontré que todos los ejercicios me gustaron

Oscar: Yo no sé. Me mandaron.
También mi mamá me dijo
que viniera porque era bueno.

Alejandro: Para conocernos y para
aprender a portanos bien.

Diego T: Yo no se. decían que era
para tontos y locos, pero yo
igual quise venir, porque no
sabía de que se trataba.

Camilo: Yo pienso que es para conver-
sar y conocerse.

Nicole: No se, me parece que es
bueno, no me queda claro.

mucho, me gustaron las concentra-
ciones. Este es mi primer taller de
psicología.

Yo he madurado y me porto más
bien. El taller me gustó mucho, me
ha ayudado, todo me gustó y las voy
a extrañar. Ahora me siento más
feliz.

Tengo más atención en clases. Me
porto bien en mi casa y en el colegio.

Me gustó el taller, es entretenido
mi comportamiento ha mejorado
mucho.

Ustedes fueron buenas conmigo, y
reflexionar me aburre.

Estoy contenta, me siento feliz, más
ahora que pasé de curso. Mi vida en
estos momentos está super bien, no
tengo ningún problema, ya no me
siento triste. Algunas veces estuve
muy cansada porque tenía que estu-
diar después y ayudar a mi hermana
menor. Algunas de las sesiones me
aburrían un poco.

Daniel: Para que aprendamos a portarnos bien.

Me aburrí un poco, no quise venir más, pero algunas cosas me gustaron. Me gustó bailar y los chistes.

José: Yo vengo porque me mandaron, no sé.

Me gustó mucho estar en el taller. Lo pasé muy bien, las quiero mucho, amor, cariño y paz.

Para nosotras era importante conocer la opinión de los familiares acerca del proceso vivido por los niños. Queríamos saber si los pre-adolescentes habrían manifestado algún cambio conductual en el hogar.

A continuación registramos sus observaciones:

Mamá de Camilo:

“No he notado ningún cambio”.

Mamá de Oscar:

“Yo encuentro que ha mejorado mucho la conducta en la casa. Está más ordenado. Ahora es más fácil comunicarme con él”.

Mamá de Daniel:

“Está más ordenado en la casa. Hace mejor sus tareas y se preocupa que le queden ordenadas. Ya no molesta y no pelea con sus sobrinos que son más chicos que él”.

Mamá de Nicole:

“Ella no tiene realmente graves problemas en la casa, pero lloraba mucho y ahora está más alegre”.

Papá de Alejandro:

“Estoy contento porque Alejandro está más tranquilo y menos gritón en la casa, y le va mejor en la escuela”.

No nos fue posible lograr que otros familiares se presentaran para registrar sus observaciones.

Estas cinco referencias, que entregamos coinciden con el número de figuras significativas parentales (papá, mamá), que los niños manifestaron en la entrevista semi-estructurada.

Hasta ahora hemos mencionado el impacto de nuestro taller con un lente puesto en el desarrollo del grupo, ahora se nos hace necesario trasladar la mirada intentando “descubrir” con cada uno de los actores, desde lo individual.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y ANÁLISIS CUALITATIVO COMPARATIVO DEL AUTORREPORTE N 1 Y N 2

Apoyándonos en la definición que nos aporta Castanedo en relación a que el facilitador debe considerar tanto el desarrollo individual como grupal, mostraremos desde un análisis cualitativo el desarrollo individual de los pre-adolescentes a través de un dibujo proyectivo que hemos llamado “Autorreporte 1 y 2 de la Figura Humana”. Pretendemos observar los signos emocionales presentes tanto en la primera, como la segunda figura y mediante un análisis cualitativo, deducir el porqué de la desaparición de algunos de los signos emocionales presentes en el primer Autorreporte.

La emergencia de los mecanismos Resilientes, aunque son facilitados por un desarrollo grupal se revitalizan individualmente, cada individuo del grupo está generando su propio proceso interno (cambio), en la medida que su relación con los demás hace “eco en su darse cuenta”.

El autorreporte realizado en la sesión N° 2 y N° 10 , nos permitió una comparación, basada en el análisis cualitativo de los signos emocionales registrados en el dibujo de la figura humana de Koppits (1994). Los indicadores de estos signos son: “ inestabilidad emocional”- “ personalidad pobremente integrada”-“impulsividad “- ansiedad”- “sentimiento de devaluación e inadecuación”- “retraimiento o depresión”- “timidez e inseguridad”- “ expansividad e inmadurez”- “ agresividad”- “control rígido interno”- “ dificultad para relacionarse con los demás”- “temor a la castración o culpa”- “ dificultad de control de impulsos”- “temor a sufrir un ataque sexual”-.

Para simplificar el análisis, no registramos signos que se repiten, tanto en el primero como el segundo dibujo. Nos referimos a los que tienen relación con su etapa del desarrollo sexual, "temor a la castración o culpa" y “ temor a sufrir un ataque sexual”. Estos signos podrían aparecer, debido a la crisis de la pubertad, traducándose en angustia y sentimientos de extrañeza ligados a la vacilación identificatoria , o por la percepción de un peligro interno sin causa aparente; debido a su misma condición de inseguridad en este período de la vida.

También podrían reflejar una conducta socialmente reprimida.

Al respecto Alexander Lowen, en “Miedo a la vida” expresa: “ la sexualidad infantil, no es aceptada como algo normal y natural por la mayoría de los padres. Dentro de nuestra jerarquía de valores, todo lo que está asociado con la parte inferior del cuerpo se considera grosero, vulgar y sucio. Por el contrario, consideramos que las funciones de la parte superior del cuerpo son especiales y limpias. Se honra el conocimiento y el poder, en tanto que se menosprecia el sexo y el placer. Los niños entienden rápidamente las actitudes de sus padres hacia el sexo, y en especial, que lo consideran algo malo”.

Por otra parte, Karen Machover afirma en relación al Test Proyectivo Dibujo de la Figura Humana, D.F.H.,(1992), “que el dibujo debe ser entendido como una expresión del estado de ánimo y de las tensiones emocionales, siendo así un buen medio para la proyección individual de los problemas personales y del modo o tipo de la experiencia organizativa de cada cual, según lo refleje en el esquema corporal

dibujado”. Por otra parte, sobre la interpretación señala “que lo que cada uno dibuja, está íntimamente relacionado con sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad. La figura dibujada en cierto modo es una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que esta desempeña en su medio ambiente” (Machover, K., 1992).

REGISTRO CUALITATIVO INDIVIDUAL DE LA FIGURA HUMANA. RELACIONADOS CON LOS SIGNOS EMOCIONALES. (2da. y 10ma. sesión del taller)

	<u>Registro de la 1era. figura</u>	<u>Registro de la 2da.figura</u>
Camilo	Signos de dificultad para relacionarse . Inestabilidad, agresividad	Desaparecen los signos de agresividad. Mantiene los signos de la dificultad relacionarse
Diego F .	Signos de ansiedad y angustia inestabilidad y agresividad.	Desaparecen los signos de conducta agresiva. Mantiene los signos de ansiedad y angustia.
Michel	Signos de impulsividad e inadecuación. Conducta agresiva	Desaparecen los signos cualitativos de conducta agresiva. Mantiene signos de impulsividad e inadecuación.

Rodolfo	Signos de inseguridad, ansiedad control interno pobre. Se repr. en figura simbólica	Desaparece la figura simbólica. Mantiene signos cualitativos de inseguridad, ansiedad, control interior pobre.
Diego T.	Ansiedad e impulsividad y conducta agresiva.	Desaparecen los signos cualitativos de conducta agresiva. Mantiene signos cualitativos de ansiedad e impulsividad
Daniel	Ansiedad y agresividad impulsividad e inestabilidad	Desaparecen los signos de ansiedad y agresividad. Se mantienen los signos cualitativos de impulsividad e inestabilidad.
José I.	Ansiedad, inestabilidad e impulsividad.	Desaparecen los signos cualitativos de ansiedad. Se mantienen los signos de inestabilidad e impulsividad.

Alejandro	Ansiedad y agresividad. Impulsividad, inseguridad e inmadurez.	Desaparecen los signos cualitativos de ansiedad y agresividad. Se mantienen los signos cualit de impulsividad, inseguridad e inmadurez
Nicole	Se repr.por figura simbólica. Inseguridad, ansiedad e impulsividad.	Desaparecen los signos cualitativos de inseguri- dad y de presión y también la figura sim- bólica. Se mantienen los signos de ansiedad e impulsividad
Oscar	Inestabilidad, impulsividad inmadurez y agresividad.	Desaparecen los signos cualitativos indicadores de inestabilidad. Se mantienen los signos cualit indicadores de im- pulsividad, inmadurez y agresividad.

Figura Simbólica: Al observar las figuras dibujadas y comparando la primera (sesión nro.2) con la segunda (sesión nro.10), identificamos figuras idealizadas y en algunos casos grotescas, “el que un niño dibuje un monstruo o figura grotesca, indica sentimientos de inadecuación y un pobre concepto de sí mismo, pues estos niños

tienden a percibirse como distintos a los demás. En este caso sería importante el contenido específico de la figura y el simbolismo que el niño expresa a través de él” (Koppitz, E., 1994).

Al considerar los signos cualitativos que se mantienen como indicadores emocionales de estos niños, decimos que los más frecuentes son angustia, ansiedad e impulsividad. Estos tres indicadores podríamos remitirlos a su situación conductual especial y problemática, tanto en el colegio como en el hogar y especialmente la impulsividad relacionada directamente con el SDA y también con su etapa del ciclo de vida.

Los signos cualitativos de indicadores emocionales que han desaparecido mayoritariamente, dicen relación con la agresividad.

Entendemos por agresividad en este contexto a las manifestaciones conductuales que nos dificultan el contacto con el ambiente (“evitación del contacto”. Se refiere a que en la relación que establecen no hay “un darse cuenta de uno mismo o autoconciencia, sin la cual no es posible una recuperación del contacto en la forma de una relación existencial” (Perls F., en Quitmann H., 1990, pp. 127).

Consideramos que la desaparición y atenuación de los signos emocionales de la agresividad, significarían una apertura al contacto. Desde la teoría Gestaltica esta apertura posibilitaría una relación más equilibrada con el medio.

“Inicio del contacto-toma de contacto”:

Según F. Perls “...estímulos que permiten que el organismo perfile más aguda y fácilmente objetos-figuras en el campo que lo circunda, haciendo posible la integración a las situaciones sin resolver y la asimilación de lo nuevo o la eliminación de lo superficial”. “...los sentimientos desempeñan una función importante. Son el medio del conocimiento. No obstaculiza el pensamiento, son los portadores, únicos e insustituibles de las informaciones sobre el organismo y el campo del entorno” (Quitmann H., 1990, pp. 123).

De lo expresado por F. Perls, podríamos deducir que nuestro grupo al eliminar, o disminuir su evitación al contacto, ha permitido la emergencia de nuevos sentimientos que le harán posible una mejor comunicación con el ambiente, también el acceder con mayor facilidad a un “darse cuenta”. Esta apertura al contacto es el resultado directo del trabajo grupal, sin el grupo este abrirse al contacto habría sido mucho más difícil y lento.

Perls dice que “el contacto como encuentro entre individuo y entorno está sujeto al principio de la homeostasis.....entiende por ello un proceso en cuyo transcurso el organismo satisface sus necesidades, con un intercambio permanente de equilibrio y desequilibrio”. (Quitmann H., 1990, pp. 125).

Este autorreporte es un registro de signos de la autoestima o autoconcepto proyectado. Es así que, para lograr observar y estimar la conducta autoestima, nos formulamos las categorías, basándonos en el simbolismo de las figuras dibujadas, intentando verificar si la antigua y la nueva autopercepción se ajustaban a una visión más realista de sí mismo.

Definición de Autoestima, como conducta resiliente:

Autoestima: Valorarse a sí mismo en relación a las habilidades y capacidades personales demostrando seguridad en su accionar (Wolin y Wolin, 1996 pág. 26).

Las categorías que construimos para medir el simbolismo tanto en la primera como en la segunda figura fueron:

- a) Se representa con sus características similares
- b) No hay similitud, realiza figura idealizada
- c) Se representa con figura simbólica o caricaturesca
- d) No se representa

Al registro individual de las categorías mencionadas, identificamos que mayoritariamente (7 de 10 niños) del grupo, han cambiado favorablemente su autopercepción en relación con el primer autorreporte (3 de 10 niños). Esta situación permitiría visualizar, que ellos han comenzado una dinámica de cambios abandonando imágenes idealizadas o ajenas a sí mismos.

Al registro individual de los objetivos operacionalizados, observamos que las conductas Creatividad, Conciencia Moral y Autoestima aparecen como emergentes y las conductas de Humor e Interacción se mantuvieron como en el primer registro. (Cuadro Nro. 1 y 2)

Los mecanismos Resilientes de Iniciativa, Introspección e Independencia, no se visualizan como vitalizados, aunque ésto podría tener relación con un ambiente en el cual las oportunidades para que se manifiesten son “poco nutritivas”.

Como el proceso del cambio es individual, es interno propio y obedece a una experiencia personal, afirmamos que la investigación aportada por Carl Rogers en relación a los resultados de una terapia individual se aplica también a los resultados de cada uno de los participantes del taller.

Rogers afirma que los siguientes serían los resultados de la terapia:

1. El cliente cambia y reorganiza su concepto de si mismo, deja de percibirse como un individuo inaceptable indigno de respeto y obligado a vivir según normas ajenas se aproxima a una concepción de si mismo como persona valiosa, de dirección interna, capaz de crear sus normas y valores sobre la base de su propia experiencia y desarrolla actitudes mucho más positivas hacia sí mismo” (Rogers, C., 1961).
2. El cliente se vuelve menos defensivo y, en consecuencia, más abierto hacia su experiencia de sí mismo y de los demás, más realista y diferenciado en sus percepciones.
3. Disminuye notablemente la discrepancia inicial entre el si mismo que es y el que desea ser. Se reduce las tensiones de todo tipo –tensiones fisiológicas, malestar psicológico y ansiedad-.
4. Percibe a los demás individuos con más realismo y aceptación, describe su propia conducta como más madura y, lo que es más importante, los que lo conocen bien, comienzan a advertir también que su descripción es verdadera.
5. Las diversas investigaciones demuestran que estos cambios no sólo se producen durante el período de la terapia, por el contrario estudios de

seguimiento realizados entre 6 y 18 meses después de concluido el tratamiento, indican la persistencia de estas modificaciones.

En una visión global del impacto del taller constatamos que los resultados obtenidos durante el proceso del taller, de terapia grupal con orientación Humanista Integral, estarían cercanos a los planteamientos que hace Rogers con respecto a la finalización de la terapia individual. Significaría, que los niños que presentan SDA, emergerían con sus conductas resilientes potenciadas para un mejor contacto con el medio, en un mediano o corto plazo.

CAPITULO V

12.0 CONCLUSIONES Y DISCUSION

12.1. ACERCA DE LA METODOLOGIA

Podemos afirmar que trabajar con la metodología cualitativa, nos ofreció múltiples posibilidades en el ámbito de la investigación. Nos agradó su plasticidad, su forma de comprender y acercarse a la realidad, pues suspende los prejuicios y permite trabajar con todas las formas de expresión y sentimientos de las personas proporcionando una visión más amplia del mundo y de los fenómenos sociales.

Nos dimos cuenta, al momento de los análisis que el camino de nuestra investigación se amplió en muchas vertientes las cuales tuvimos que acotar para detenernos en beneficio de los resultados y por la premura del tiempo. Lo interesante aquí, es que no fue necesario comenzar desde el principio, retomamos la investigación y volvimos a crear gracias a los nuevos requerimientos. En razón de ésto, decimos que la metodología cualitativa, permite que la investigación se transforme en una creación “artística”, exigiendo al investigador utilizar toda su capacidad intuitiva en beneficio del logro.

12.2. SOBRE NUESTRO GRUPO DE FACILITADORAS

Desde el inicio de la tesis como propuesta, fuimos constituyéndonos como un grupo con responsabilidades compartidas en igual forma. La unificación de criterios

y opiniones, fueron dándose en el marco del debate en el cada una tenía una visión y un aporte que entregar para el logro del objetivo de la investigación.

El desarrollo del proceso investigativo, se matizó con las experiencias personales de cada una respecto a lo que podría ser la planificación del diseño del taller de intervención, incorporando en esos momentos “el cómo” percibíamos desde nuestro propio sentir aquellas técnicas terapéuticas que se esperaba realizar. Por lo tanto, se puede decir que tanto el estilo como las proposiciones elegidas fueron visualizadas desde la experiencia fenomenológica que se esperaba promover, y que podría llevar a los niños al autoconocimiento, autorresponsabilidad y habilidades para mejorar sus experiencias actuales.

Nuestro grupo fue adquiriendo una identidad propia, consolidada en el avance de nuestro trabajo y en el esfuerzo compartido. Expresamos nuestros sentimientos, actitudes y posiciones, en un marco de tranquilidad y respeto mutuo, nos mostramos auténticas y tal cual somos “en la libertad del ser individual”.

Los cambios evidenciados después del proceso terapéutico, se manifestaron en nosotras por una mayor comprensión mayor empatía y mayor calidez de interrelación, evidenciada en la última parte de nuestra investigación, que resultó en muchos momentos apasionante y agotadora.

12.3. NOSOTRAS COMO FACILITADORAS

Necesitamos en este momento de las conclusiones el precisar nuestra postura como facilitadoras y para ello consideramos la hipótesis de Carl Rogers, acerca de la posibilidad de facilitar el desarrollo personal.

Él se cuestiona:

“¿Poseo los conocimientos, los recursos, la fuerza psicológica y la habilidad necesaria para ser útil a este individuo?”.

¿Cómo puedo crear una relación, que esta persona pueda utilizar para su propio desarrollo?

Estas interrogantes significan un desafío para todo terapeuta que intenta establecer una relación de ayuda.

Carl Rogers dice:

....."el cambio sólo puede surgir de la experiencia adquirida en una relación, su experiencia le confirma que si establece un cierto tipo de relación, la otra persona descubrirá en si mismo, su capacidad de utilizarla en su propia maduración, de esa misma manera se producirá el cambio y el desarrollo individual".

Para que esta relación pueda producir tales efectos, él supone criterios que el facilitador debe considerar para lograrlo.

El facilitador debe ser auténtico, aceptar sin condición ser cálido y respetuoso, empático, comprensivo y proporcionar en todo momento la libertad necesaria para que todos los sentimientos y vivencias puedan ser exploradas en la situación terapéutica.

1. Criterio de Auténtico:

¿Qué ocurrió con nosotros?

Adriana: "Me sentí bien en el grupo, estoy acostumbrada a trabajar con niños y ser siempre yo misma, y ser espontánea a pesar de mi nerviosismo en la 1era. sesión, que me correspondió ser coterapeuta".

Alicia: "Me sentí tan en confianza, que creo que siempre fui yo misma".

Pamela: "Aunque al principio tenía algún temor por lo nuevo, me sentí en confianza y con todo el apoyo, creo que fui auténtica como siempre".

Reflexión: "Creemos que este criterio de autenticidad se refleja siempre en nuestra posición en la vida. Somos tres mujeres y adultas cuyo "darse cuenta" se manifiesta a través de un comportamiento coherente con este criterio".

2. Criterio de Aceptación Incondicional:

Adriana: "El que más me complicó y me conmovió fue R; sin embargo me hizo sentir mucho más cercano. Y en general me siento cómoda con los niños".

Alicia: “Nunca importó como lo expresaran sino lo que dijeran, me interesaba que reflejaran sus sentimientos”.

Pamela: “Me interesaba que ellos fueran lo más auténticos posibles”.

3. Criterio de ser cálido y respetuoso:

Adriana: “Me gustan los abrazos y los besos, el contacto, siempre respeto a los niños, por mi formación”.

Alicia: “Soy una persona alegre que no tiene problemas con la calidez y por mi formación democrática; mi tendencia es ser respetuosa y cortés”.

Pamela: “Siempre he sido cariñosa sobretodo con los niños, me agrada jugar con ellos y demostrarme y tratarlos como personas importantes considerando sus opiniones”.

4. Criterio empático y comprensivo:

Adriana: “Traté de ser empática para generar respuestas y establecer vínculos que me permitieran llegar al otro. Una vez tuve ganas de llorar y me emocioné”.

Alicia: “Siempre he sentido la empatía como un fluido que va y se devuelve en el intento de ponerse en el lugar del otro, no sé si lo logré siempre, para mí es más fácil en una terapia individual, pero en grupo, como experiencia nueva tuve algunas dificultades”.

Pamela: “Aunque con algunos niños para mí era más fácil, me costó más llegar, pero puse todo mi empeño en ser igual con todos y no hacer diferencias individuales y comprenderlos tal como son desde sus sentimientos y sus pensamientos”.

5. Criterio de libertad:

Adriana: “Eso me costó un poco más porque estamos inmersos en un medio social que nos hace corregir. Tendía a poner ciertos límites a los niños”.

Alicia: “A mí me interesó siempre que dijeran sus cosas y que al tutearme se sintieran más seguros para expresar sus sentimientos y emociones. Cuando sentí deseos de poner límites con profesoras, me refugié en las normas del grupo”.

Pamela: “Siento que cuando alguien se propasaba en el desorden, quise poner ciertos límites, pero posteriormente siempre me cuestioné este aspecto y traté de mejorarlo a lo largo del taller”.

Los criterios que propone Rogers como actitud de un facilitador, se pueden lograr en la medida que existe en el facilitador una vivencia de amor, experiencia y deseo de entregar lo mejor de sí en beneficio del cliente. No siempre es fácil, todos los días no somos los mismos individuos. Vivimos en un medio agitado y convulso en el que conservar y acrecentar la espiritualidad es un desafío permanente, si se desea ser un buen facilitador, se debe ser también sensible amante y apasionado.

Dado el resultado del taller, estaríamos en el camino correcto para convertirnos en facilitadoras en la medida de Rogers. Ninguna de nosotras tuvo antes de este momento experiencia en terapia grupal. Esta se limitaba a un setting individual proporcionado por la Universidad, en nuestra práctica y con una visión de un terapeuta Rogeriano que fue lo que conocimos con nuestro profesor guía.

12.4. ACERCA DE LOS LOGROS DE LA INTERVENCION

Al concluir el informe de resultados de la investigación, nos damos cuenta que los logros alcanzados fundamentalmente se relacionan con una mayor presencia de los mecanismos Resilientes de: (Wolin y Wolin, 1996).

Autoestima : “Valorarse a si mismo en relación a las habilidades y capacidades personales, demostrando seguridad en su accionar”.

Interacción: “Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorio con otras personas”.

Conciencia Moral: “Los principios de conciencia y libertad que tiene el ser humano y que determina que sus actos sean susceptibles de recibir una calificación moral, es decir calificados de buenos o malos”.

Humor: “Capacidad de soportar las adversidades y extraer de ellas componentes alegres”.

Los mecanismos protectores Resilientes se revitalizaron, porque hubo un movimiento de energía propiciado por la metodología, la que posibilitó el contacto con la experiencia y abrirse al ambiente, disminuyendo así “la evitación al contacto”, al disminuir considerablemente los signos de agresividad.

Los mecanismos Resilientes que no fueron tan evidenciados como los anteriores corresponden a: (Wolin y Wolin, 1996).

Independencia: “Capacidad de establecer límites entre uno mismo y los demás y de tomar decisiones en forma libre”.

Iniciativa: “Capacidad de hacerse cargo de problemas y ejercer control sobre ellos, se manifiesta en la conducta exploratoria y las acciones constructivas”.

Introspección: “Capacidad de examinarse internamente planteándose la posibilidad de conocerse respecto a las motivaciones y sentimientos personales”... al respecto

Camilo expresa: “reflexionar me aburre”; **Nicole dice:** “a veces me aburrí ”; **Diego afirma:** “lo encontré fome”.

¿En que momento de la sesión pudieron ellos sentirse así?

Si los resultados, en relación a los tres mecanismos Resilientes anteriores, no surgieron con la consistencia esperada, podríamos concluir que en alguno de los siguientes planteamientos, podría encontrarse oculta la falencia.

En el párrafo anterior nos hemos referido a los logros. Ahora nos remitiremos a comentar aquellos aspectos sobre los que no podemos dar cuenta y a plantear los posibles motivos de incidencia:

1. **Inexperiencia de las facilitadoras con respecto a la metodología:** quizás nuestra escasa experiencia impidió que “sintiéramos” el momento en el cual pudiera haberse producido una discrepancia en los sentimientos del niño, profundizando en ella para haberla intensificado. Esto habría permitido tal vez, rescatar aquello que se estaba haciendo presente posibilitando que la Introspección se manifestara en un “darse cuenta”. Debemos considerar que para que la Introspección ocurra la persona tiene que tener cierta capacidad de

abstracción, proceso en el cual los pre-adolescentes están en tránsito, y requieren un espacio y un tiempo privado.

2. **Las posibilidades que ofrece el ambiente:** En relación al mecanismo protector de la Independencia, podríamos inferir la relación con las posibilidades que ofrece el ambiente: Al hablar de ambiente nos referimos a todo el contexto social y cultural en el cual el niño se encuentra. Imaginándonos un recorrido desde el hogar a la escuela.

A) **Hogar: mamá o papá muy controlador;** Imaginamos que podrían ser padres que imponen normas muy estrictas dejando poco espacio para que el niño plantee sus iniciativas, tenga cierta autonomía y logre verbalizar lo que siente. Acerca de la Introspección, a nivel familiar ¿se le entrega al niño un ambiente sensibilizador que le permite encontrarse con la visión interna de si mismo?

“La familia es el principal transmisor de conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación transmite a la siguiente” (Thorton en Gonzalez E., 1990).

B) **Ambiente escolar:** por experiencia sabemos que las normas escolares en general, son poco flexibles, se tiende a encasillar al niño dentro de formas estereotipadas de pensamiento, donde el profesor “siempre tiene la razón y el poder”, hay un “no” permanente. La forma de trabajo escolar impide que el profesor tenga el tiempo necesario para considerar dentro de la clase, situaciones individuales.

La Iniciativa y la Independencia están limitadas en beneficio de la disciplina. La posibilidad de Introspección en este medio, nos parece de difícil emergencia, ya que, los profesores, están más preparados para entregar señales cognitivas que dicen relación con el programa educativo, por lo que tendrían poco tiempo para propiciar la oportunidad de la emergencia de estas conductas Resilientes, en aquellos que las necesitan.

La escuela no entregaría espacios ni oportunidades que converjan en el sentido de las necesidades de los pre-adolescentes con SDA.

“Si se quiere que el aprendizaje tenga importancia para el desarrollo de la personalidad, tiene que ser un aprendizaje de autodescubrimiento, adecuado a uno mismo. Lo decisivo es por tanto la actitud que el que enseña tiene respecto del que aprende...., el potenciar el cambio y facilitar el aprendizaje(Rogers C., en Quitmann, 1990, pp 155).

- C) **El mensaje publicitario:** Este tema pareciera recurrente, como un lugar común de análisis, sin embargo quisiéramos referirnos a él. Pensamos que además de distorsionar la autoimagen física, no existe en este mensaje un espacio donde el pre-adolescente pueda reflexionar un momento, acerca de si mismo o de sus necesidades espirituales.
- D) **El medio sociocultural general, en el cual prevalece lo que ya está hecho y donde al parecer no existe nada por descubrir:** no hay una valoración apropiada por la iniciativa, estimulando su emergencia. “Se copian modelos ya hechos, es más fácil y más rápido”. “Educa” al niño para alcanzar un logro rápido, sin esfuerzo donde es mucho más aceptado y el éxito aparece cercano y sin esfuerzo.
- E) **La premura de nuestro estilo de vida:** Todo debe hacerse rápido. No hay mucho espacio para la lectura y mucho menos para la introspección, “es tiempo perdido”, todo está diseñado” en chips y a la orden”. Los padres trabajan y pasan mucho tiempo fuera del hogar, no existen muchos espacios para la conversación familiar.
- F) **La consideración de la edad:** De acuerdo a la definición de Piaget en la Teoría del Desarrollo, sobre la aparición de la etapa de las operaciones formales (Beltrán J., 1994 pp. 70), los pre-adolescentes estarían en un período de transición entre lo concreto y lo abstracto, haciendo necesario el aporte intelectual de un adulto significativo. En muchos hogares no hay momento de lectura y los niños poseen pocas instancias culturales que les muestren otras miradas ampliando su mundo perceptivo y emocional, que además incide esto en la poca diversidad de conceptos lingüísticos que manejan los niños como herramientas de comunicación.

Hemos arribado al final de esta investigación. Cómo todo problema comienza con una pregunta, nos remitiremos a la nuestra: para dar respuesta a nuestro problema investigativo: “ **¿Es la Terapia con enfoque Humanista Integral una alternativa de intervención para promover la Resiliencia en pre-adolescentes, con Síndrome de Déficit Atencional? ”**

En búsqueda de la solución al problema investigativo, nos hicimos las siguientes proposiciones:

Nos propusimos:

- Trabajar con niños pre-adolescentes con SDA, sin atención psicoterapéutica ni medicación.
- Enmarcarnos en una visión epistemológica teórica y práctica.
- Diseñar un taller grupal de 10 sesiones, de una hora cada una.
- Inscribir el setting en un ambiente distinto a un laboratorio, como es el seno de una escuela Municipalizada.
- El trabajar cada sesión después de las horas de clases.
- Analizar todos los pasos anteriores desde el enfoque cualitativo.
- Posibilitar la emergencia de los mecanismos Resilientes en niños pre-adolescentes con SDA, mediante una terapia grupal.

Si la respuesta a la pregunta inicial fuese “un logro”, nosotras, lo habríamos alcanzado.

Independientemente y ajeno a nuestra voluntad y deseos, encontramos en el transcurso de la investigación **problemas no considerados**, tales como:

- paro de profesores (sin asistencia de niños al colegio), en dos ocasiones,
- castigos que ocasionaron atrasos en la hora de la sesión terapéutica;
- la coincidencia del horario del taller con la preparación de las pruebas acumulativas de final de año.

- el calor ambiental de casi 32 grados.
- el espacio pequeño que al principio del taller nos fue asignado por la escuela.
- La realización simultánea del taller con otros talleres, por ejemplo, el de música y el de teatro.
- El vestuario escolar resultaba inadecuado para el trabajo terapéutico que nosotros realizábamos en el piso. No logramos convencer a los pre-adolescentes para que se descalzaran a pesar del calor reinante.

Al concluir nuestra investigación, también nos dimos cuenta de:

Los niños con SDA responden activa, efectiva y afectivamente a una terapia grupal con orientación Humanista Integral.

Es posible activar algunos mecanismos Resilientes en niños con SDA, si se aplican las técnicas utilizadas en esta investigación.

Es posible mantener la atención de estos niños, por un período de una hora dos veces a la semana en una estructura de un taller de 10 sesiones.

El compromiso que sentimos en el trabajo realizado los pre-adolescentes, hizo eco en nuestra sensibilidad para escuchar, acoger y contenerlos en su emocionalidad y necesidades de reconocimiento.

12.5 SUGERENCIAS, PARA LA FUTURA REALIZACION DE TALLERES.

- El taller grupal de orientación Humanista Integral, debería considerar 12 sesiones, en las cuales se incluya como primera sesión una reunión con los padres de los pre-adolescentes, para informarles de la metodología y objetivos del taller a realizar.
- De la segunda a la undécima sesión, aplicación de la terapia grupal a los pre-adolescentes de orientación Humanista Integral.
- La doceava sesión, dedicarla a la retroalimentación de los padres, niños y facilitadores.

- La inserción permanente de un psicólogo en las escuelas Municipalizadas, con el propósito de elaborar proyectos y talleres especiales dirigidos a los niños y/o familias; y realizar los seguimientos correspondientes para así observar en el tiempo la permanencia de los resultados obtenidos en la terapia grupal.
Observación: Debido a nuestra experiencia actual, nos damos cuenta que el psicólogo es un agente cada vez más importante y necesario en la dinámica de una escuela.
- Paralelamente al desarrollo del taller grupal de orientación Humanista Integral, los facilitadores deberán considerar un tiempo extra, para atender individualmente a aquellos niños o jóvenes que evidencien una problemática personal, cuya resolución es independiente a los logros mismos del taller grupal.

12.6 OBJETIVO POST FACTUM:

- Diseñar talleres grupales con orientación Humanista Integral para los diferentes grupos etáreos considerando las diferentes problemáticas que afectan a los jóvenes y a las cuales la escuela pueda dar respuesta mediante la incorporación permanente de un Psicólogo en el trabajo escolar.

Sin duda, como nuestra experiencia fue positiva y estimulante, consideramos que la terapia de orientación Humanista Integral, puede ser ampliamente requerida como fundamento para desarrollar diferentes talleres; sin embargo no decimos que sea la panacea universal, sólo que nosotras estamos convencidas que los logros obtenidos en el presente y en el futuro en el ámbito escolar, se produjeron y se producirán, gracias a que nuestro enfoque permite visualizar al individuo, en una dimensión extraordinariamente positiva, reafirmando sus potencialidades y valores de tal forma, que entrega aquello de lo cual cada día carecemos más: **comunicación empática.**

13.0 BIBLIOGRAFIA

CASTANEDO, C., “Grupos de Encuentro en Terapia Gestalt”, Editorial Herder, Barcelona, 1990.

CORNEJO, L., “Manual de Terapia Infantil Gestaltica”, Editorial Desclée de Brouwer S.A., 2da. Edición, Colección Serendip, 1996.

DEVILAT, M., “Déficit Atencional” Diálogos en Pediatría IX. Dr. Julio Menengheto R., Editorial Mediterráneo, 1995.

DSM-IV: “Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders”, 4ta. Edición, Washington DC., 1998.

ESQUIVEL, F., “Psicodiagnóstico Clínico del niño”, Editorial El Manual Moderno, S.A.de C.V., México-Santa Fe de Bogotá, 1994.

FLORENZANO, R., “El adolescente y sus conductas de riesgo”, Ediciones Universidad Católica, Chile, 1997.

GROTBERG Y SUAREZ O., “Guía de Promoción de la Resiliencia, en los niños para fortalecer el espíritu humano”, Editorial Fundación B. Van Leer, Agosto, 1996.

GONZALEZ, E., “Psicología del Ciclo Vital”, Editorial CCS, Alcalá-Madrid, 1985.

HERNANDEZ, R., “Metodología de la Investigación”, Editorial Mc Graw-Hill Int. De México S.A. DC.v., 1991.

KOTHRIARENCO, M., “El concepto de Resiliencia”, “Resiliencia e intervención educativa y psicosocial (serie Documentos W-Nro. 10) “Las cinco áreas de desarrollo de la Resiliencia y algunas posibilidades de intervención educativa y psicosocial (Sabine Romero) CEANIM, 1997.

KOTHRIARENCO, M. y cols., “Estado del Arte en Resiliencia”, serie doc. de W-Nro. 11.

KOTHRIARENCO, M.y cols., “Construyendo en adversidad”, CEANIM, 1996.

KOTHRIARENCO, M. “Notas sobre Resiliencia”, serie doc. N W-Nro. 1, serie doc. W-Nro. 15, CEANIM, 1994.

LATNER, J., “Fundamentos de la Gestalt”, Editorial Cuatro Vientos, 1974, Traducción Editorial Diana, México, 1978.

LOPEZ I., Y TRONCOSO L., “Síndrome de Déficit Atencional”, “Neurología Diagnóstico y Tratamiento”, Comité de Publicaciones Científicas J. Föster y T. Masa (Editores), Universidad de Chile, 1995.

LOWEN, A., “Miedo a la vida”, Editorial Era Naciente SRL, Bs.As. Argentina, 1980.

MENEGELLO J. “Trastornos psíquicos infantiles más comunes” en Pediatría Meneghello, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, Volumen 2, 4ta Edición, 1992.

MINSAL: Ministerio de Salud “Normas Técnicas para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hiperkinéticos en la Atención Primaria”, Serie Minsal 01: Normas Técnicas y Administrativas S. M. Nro. 1, Stgo., 1998.

MUNITZ, M., Y COLS., “Manual de Identificación y prevención de Resiliencia en niños y adolescentes”, CEANIM, 1998.

OAKLANDER V., “Ventanas a nuestros niños”, terapia gestáltica para niños y adolescentes, Editorial Cuatro Vientos, 1992.

ORJALES, I., “Déficit de Atención con Hiperactividad”, Editorial Ciencias de la Educación Preescolar y Especial” Editorial Cepe, Madrid, 1999.

PERLS, F., “El Enfoque Gestáltico”, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1976.

POLSTER, E. Y M., “Terapia Gestaltica”, Editorial Amorrortu, Argentina, 1997.

PORTUONDO, J., “Test Proyectivo de Karen Machover – La Figura Humana, Editorial Biblioteca Nueva, Almagro, Madrid, 1992.

QUITMANN, H., “Psicología Humanística”, Editorial Herder, Barcelona, 1989.

ROGERS, C., “El proceso de convertirse en persona”, Editorial Paidós, Bs. As., 1961.

ROMERO, S., “Las cinco áreas de desarrollo de la Resiliencia y algunas posibilidades de intervención educativa y psicosocial”, Trabajo Seminario CEANIM, 1997.

SHAYWITZ B. Y SAHYWITZ S., “Incapacidad de Aprendizaje y trastornos de Atención”, Neurología Pediátrica principios y prácticas, Swaiman Kenneth, Editorial Diorky-Madrid, 1996.

SAFFER, D. Y ALLEN R., “Niños Hiperactivos, diagnóstico y tratamiento, Editorial Santillana, Madrid, 1979.

TAYLOR, S., Y BOGDAN, R., “Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación”, Editorial Paidós, Bs. As.-México, 1987.

T E S I S:

CABEZAS, C., “Resiliencia y calidad de vida, un estudio Exploratorio en Adultos Mayores, pobres, indigentes de San Bernardo, Psicología, UAHC, 2002.

CAMPOS, A., “Estudio de Dinámica internalizada en niños diagnosticados con DAT con Hiperactividad”, Universidad Central, Santiago, 2002.

CARMONA, M., “Niños Resilientes y pobreza”, Universidad Católica, Santiago-Chile, 1995.

CHAMORRO, P., “Factores que intervienen en el prediagnóstico del desorden de Déficit Atencional con Hiperactividad por parte de los profesores”, Universidad Central, Santiago, 1995.

DEL RIO, M., “Resiliencia y psicopatología”, Universidad Católica, Santiago-Chile, 1995.

FRIAS, R., “El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, una aproximación al fenómeno desde el enfoque vincular”, Psicología, UAHC, Santiago-Chile, 2000.

FRIAS, M., “Definición de algunas pautas de interacción en familias de niños con DAH, Universidad Central, Stgo-Chile, 2000.

GALLARDO, E., “Niños, pobreza y Resiliencia”, Trabajo Social, UAHC, Santiago-Chile.

OLIVARES, X., “El rol parental cuando un hijo tiene SDA, con Hiperactividad desde la narrativa de los padres y el niño, Psicología, UAHC, Santiago-Chile, 2002.

ARTÍCULOS:

CYRULNIK, B., ”. “Todos pueden hacerse Resilientes”, Artículo del Diario El Mercurio: (2003, 22 de Junio, en Artes y Letras).

FADIP, Fundación para la Asistencia, Docencia e Investigación Psicopedagógica, “Que es el Déficit Atencional”, Ver en internet Déficit Atencional/.

FUNDACION PANIAMOR “Las Bases del paradigma de la Resiliencia”. Ver en internet /Paniamor.or.cr/novedades/aportes/Resiliencia.

GALEANO E., “Resiliencia y Riesgo”, Ver en internet Resiliencia.cl.

GRUPO ALBOR-COHS, “Actualidad sobre el TDA-H”, Ver en internet, Déficit Atencional, Marzo 2000.

NEZIT, Ver en Internet , “ Resiliencia”, com.ar.

QUEVEDO, M., , “Ritalín”, en artículo Diario El Mercurio, Artes y Letras 2003, 17 de Junio.

14.0. ANEXOS

ANEXO NRO. 1**CONNERS****INSTRUCCIONES:**

Se debe contestar con una cruz valorando en qué grado el niño (a) presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda

LA PUNTUACION :

NADA	0 PUNTOS
POCO	1 PUNTO
BASTANTE	2 PUNTOS
MUCHO	3 PUNTOS

	NADA	POCO	BAST.	MUCHO
1.- Es impulsivo, irritable				
2.- Es llorón				
3.- Se mueve más de lo normal				
4.- No puede estarse quieto				
5.- Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)				
6.- No termina las actividades que comienza				
7.- Se distrae fácilmente, o posee escasa atención				
8.- Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
9.- Sus esfuerzos se frustran fácilmente				
10.- Suele molestar frecuentemente a otros niños				
TOTAL				

A N E X O : 2

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

1. ¿Nombra las personas con quiénes vives, y quién es tu apoderado?.
2. ¿A cuál de ellos le cuentas tus problemas o tus cosas?
3. ¿Cuál de ellos te comprende más?
4. ¿A quién le muestras normalmente tus comunicaciones? ¿Y qué te dice?
5. ¿Cuáles son los momentos que compartes con tu familia? ¿A qué hora?
6. ¿Y el Sábado y el Domingo qué haces?
7. ¿Ayudas en tu casa normalmente, cuándo te lo piden?
8. ¿Cómo definirías a tu familia? ¿qué te gusta más de ellos, qué les cambiarías?
9. ¿Qué puedes decir de tu papá, cómo es él?
10. ¿Qué me puedes decir de tu mamá, como es ella?
11. ¿Cómo es la relación con tus hermanos (as)?
12. ¿Tienes buenos amigos en el barrio, nómbralos,? ¿qué hacen juntos, y cuánto tiempo los conoces?
13. Cuéntame cosas de tu colegio, lo que tú desees decir.
14. Cuéntame cosas de tu curso, lo que tú desees decir.
15. ¿Tienes amigos en el colegio, cuáles son de tu curso o de otro curso?
16. ¿Qué piensan tus amigos de tí?
17. ¿Quiénes te caen mal o peleas normalmente?
18. ¿Te dicen algún sobrenombre?

19. ¿Cuéntame de tus profesores lo que tú desees decir, qué ramos te gustan más?
20. ¿Cuáles te disgustan más?
21. ¿Si tienes un problema, se lo confías a algún profesor (ra), a cuál, y por qué a él o ella?
22. ¿Has conversado alguna vez con el orientador (ra), por qué motivo?
23. ¿Te castigan en casa, a veces? ¿cómo te castigan?
24. ¿Y en el colegio te castigan ¿cómo?
25. ¿Qué tareas te gusta más hacer del colegio?
26. ¿Qué tareas o deberes realizas más a gusto en tu casa?
27. ¿Qué sientes cuando te mienten?
28. ¿Tú mientes a veces? ¿en qué ocasiones?
29. ¿Qué te gustaría hacer, pero no puedes hacerlo (en la casa, colegio o con los amigos)?
30. ¿Cuándo estás solo, qué piensas? ¿quieres contármelo?
31. ¿Te agradan los chistes? ¿y que la gente se ría, aunque sea de tí un poquito?
32. ¿Sabes algún chiste, cuéntamelo?
33. Mencióname alguna situación chistosa para que nos ríamos juntos
34. ¿Te agradecería contarme algo más, algo que a lo mejor yo no te haya preguntado?

ANEXO 3

ANAMNESIS

1.- ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre y Apellidos.....

Fecha de nacimiento.....

Edad cronológica.....

Escuela a la que asiste.....

Curso y Jornada.....

Domicilio.....

Datos proporcionados por.....

2. DATOS DEL PARTO

Como se sintió cuando supo que estaba embarazada.....

.....

Cómo fue el parto.....

Presentó algún problema de salud el niño al nacer.....

.....

Tiene algún problema de salud importante la mamá o el papá.....

.....

Quién realizó la crianza los primeros años.....

.....

Ha sufrido algún accidente o enfermedad importante en sus primeros años de vida

.....

Enfermedades en la etapa pre-escolar.....

.....

En que año fue diagnosticado su hijo con Déficit Atencional.....

.....

Quién lo derivó al especialista.....

Que tipo de especialista lo Diagnosticó.....

Tomó pastillas, cuánto tiempo.....

Que tipo de pastillas.....

Porqué motivo las dejó y hace cuanto tiempo.....

3. SOCIABILIDAD

El niño es sociable con conocidos.....

.....

Es sociable con extraños.....

.....

Juega o tiende a aislarse.....

.....

Juega con otros.....

.....

principales juegos y entretenimientos.....

.....

Adaptación al jardín infantil.....

Al jardín infantil.....

Al colegio.....

4. HABITOS REGRESIVOS Y DESDE CUANDO

Eneuresis.....

Encopresis.....

Miedo nocturno.....

Succión del pulgar.....

Pérdida de autonomía.....

Cómo lo enfrentan los padres.....

5. DESCRIPCION CONDUCTA EN EL HOGAR

-
- Quién influye en el niño.....
- Ayuda en los quehaceres.....
- En que ocupa su tiempo libre(es creativo).....
- Que hace durante el fin de semana.....
- Cuéntenos como es su hijo.....
- Es obediente, es obstinado.....
- Tiene reacciones emocionales incontrolables.....
- Se desplaza fuera del hogar independientemente.....
- Ríe incontrolablemente.....
- llora con frecuencia.....
- Grita con frecuencia.....
- Se frustra fácilmente.....
- Es retraído.....
- Es inquieto.....
- Es hiperactivo.....
- Exitable,Impulsivo.....
- Perturba a otros niños.....
- Es desatento o distractil.....
- No termina lo que empieza.....
- Humor (tipificar como és).....
- Afectividad.....
- Relación con los miembros del grupo familiar.....
-
- Cómo reacciona el niño cuando hay un problema o discusión en la casa.
-
- Participa en conversaciones del grupo familiar.....
-

Cómo reacciona cuando algo lo considera injusto.....

.....

Acepta las normas de la casa y quién las designa.....

.....

Cómo se aprecia el niño a si mismo, con respecto a lo que él es capaz

.....

Le cuenta su hijo las situaciones del colegio.....

ANEXO NRO. 4

SESION 1

Tema: Identidad : “Conociéndonos”

Mecanismo Resiliente a observar: **“Interacción”**

“Es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas”.

Objetivo General

Promover la comunicación interactiva que permita la formación del grupo de trabajo.

Objetivo Específico:

- Estimular la integración al grupo de trabajo terapéutico.
- Establecer las reglas de trabajo grupal..
- Generar experiencias positivas que posibiliten la comunicación, respecto a las funciones de contacto individuales (oler, gustar, sentir,expresar)
- Estimular la cohesión del grupo
- Facilitar la generación de confianza entre el grupo de participantes

Tiempo de duración : 1 hora

Técnicas a aplicar : Ejercicios corporales, trabajo manual de grupo y la escucha activa.

Materiales : Papel, lápices de cera, papel Kraft, pegamento y revistas
música de relajación

Actividad:

- Primeros ejercicios de relajación y respiración.
- Hacer una máscara con papel blanco y con las manos, luego presentarse en grupo contando a lo menos un par de características personales.

- Las Reglas del grupo: Son ellos los que proponen las primeras reglas, luego nosotros instruimos sobre las reglas generales del grupo.

Motivación del grupo: Son ellos quienes cuentan primero por qué están aquí, luego nosotros incentivamos al grupo, y contamos las razones que nos mueven a estar aquí con ellos y compartir “Nosotros estamos acá para realizar un taller de desarrollo personal, esto significa el conocerse y compartir las experiencias de vida de cada uno de nosotros. Lo que cada uno piensa y lo que cada uno siente, al compartir juntos estas experiencias, nos ayudan a crecer y a vivir mejor, a sentirnos más libres”, ya que todos tenemos algo que aportar a los demás y también recibir distintos aprendizajes, que nos ayudan a ser más felices”.

- Actividad de realizar un Collage, con todo el grupo:
Ellos propondrán el tema, lo elegirán entre 3 alternativas.
Recortarán a dedo revistas, para realizar su collage. Al finalizar deberán colocar todos sus nombres al reverso del collage.
Tema de Discusión: Luego presentarán el trabajo y opinarán el que quiera opinar, comentando la experiencia. El trabajo quedará instalado en nuestra sala, como símbolo del grupo. Al que no opine voluntariamente se le preguntará directamente.

- Actividad de Cierre:
Entrelazados por los hombros, y en círculo crearemos un canto de tipo murmullo, será nuestro propio canto, creado por todos nosotros.

Nota: Para la próxima sesión traeremos un cuaderno de trabajo individual.

ANEXO 5

OPERACIONALIZACION DEL MECANISMO RESILIENTE

EN LA SESION 1

- **Mecanismo Resiliente:** “Interacción”
Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios, con otras personas
- **Objetivo General del Taller:**
Promover la comunicación interactiva, que permita la formación del grupo de trabajo.
- **Registrado en la operacionalización de:**
La actividad “El collage”
- **Duración actividad Collage :** 15 minutos
- **Terapeuta :** Alicia Riquelme
- **Coterapeuta :** Adriana Rodríguez
- **Observador :** Pamela Ried

Categorías Operacionables:

A= Se relaciona en forma amplia (con todos)

B= Forma subgrupos

C= Trabaja solo

D= Provoca conflictos en el desarrollo del trabajo

PARTICIPANTES	A	B	C	D
V-B				
Diego				
Oscar				
Daniel				
VI-A				
Michael				
Alejandro				
VI-B				
Nicole				
Rodolfo				
Diego				
Camilo				
José I.				

DIAGRAMA DEL TALLER GRUPAL CON ORIENTACION HUMANISTA INTEGRAL.

* Registro: Notas de Campo-Filmaciones-Fotografías-Grabación.

ANEXO 6

Sesión	Obj. General	Obj. Especifico	Mecanismo Res.	Técnica
Nro. 1	Promover la com.interactiva Que permita la formación del Grupo de trabajo.	Facilitar la generación de confianza, entre el grupo De participantes.	Interacción	Collage
Nro. 2	Reconocer las caract. Pples.que me identifican	Ident.con su imagen por represent. Gráfica.	Introspección	Autodescripción
Nro. 2	(mismo objetivo)	apreciación cualidad ind.	Autoestima	Autorreporte
Nro. 3	Favorecer la confianza,entre Todos los integrantes del gr.	Experimentar la confianza En otro.	Interacción	Recortar y pegar Figuras signif.
Nro. 4	Resaltar las cualidades Personales.	Revalorar las cualidades Personales en si mismo.	Autoestima	El Rosal
Nro. 5	Cap. De resolver una situación Problema, creando solución.	Identif.las consecuencias De las propias acciones En otras personas y en si.	Conciencia Moral	Dramatización
Nro. 5	(mismo objetivo)	(mismo objetivo)	Creatividad	Dramatización
Nro. 6	Estimular a expresar sentido Del humor, como parte de la Vida.	Lograr la risa Reflexionar sobre La felicidad.	Humor	Un chiste individual Dramatizado
Nro. 7	Cap. De tomar decisiones Y construir en base a una Idea.	Cap. De explorar a partir de una necesidad Personal.	Empatía	Creación de un cuento a Partir de temas.
Nro. 7	(mismo objetivo)	(mismo objetivo)	Iniciativa	Colectivo
Nro. 8	Favorecer la confianza en En el medio y como se Constituye para mi en Desarrollo personal.	Tomar cc del significado del aporte de la confianza mutua	Cc moral (Externa)	Escribir que espero de los que me rodean
Nro. 8	(mismo objetivo)	(mismo objetivo)	Cc. Moral (Interna)	El mensaje en la botella
Nro. 9	Promover la reflexión int. Del self en cuanto a su Propio sentir emocional	Expresar libremente los sentimientos y motivaciones personales.	Introspección	Diálogo fenomenológico (Comentarios)
Nro. 10	Cap. Para integrar y Relacionar los diferentes Elementos experienciados A través de los talleres.	Expresar las apreciaciones personales, respecto a las vivencias, recogidas durante El proceso terapéutico.	Independencia	Diálogo fenomenológico
Nro. 10	(mismo objetivo)	(mismo objetivo)	Autoestima	Autorreporte