

# UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICA



“Constitución de perfil resiliente en niños: un perspectiva psicopedagógica desde el ámbito clínico.”

Tesista: Zambón María Jimena .

Tutora: Natalia Soledad Peralta.

Título a obtener: Licenciada y Profesora en Psicopedagogía

Facultad de Desarrollo e Investigación Educativos.

Año: 2015

Legajo: 32377

DNI: 33159961

## INDICE

<b>Agradecimientos</b> .....	3
<b>Resumen</b> .....	5
<b>Palabras claves</b> .....	6
<b>Introducción</b> .....	7
<b>Parte I</b>	
<i>Capítulo I:</i>	
Antecedentes .....	10
<b>Parte II</b>	
<i>Capítulo II:</i>	
Resiliencia:	
Evolución del concepto .....	18
Construcción del término .....	23
<i>Capítulo III:</i>	
Concepción actual .....	27
Bases biológicas .....	30
<i>Capítulo IV:</i>	
Psicopedagogía:	
Desarrollo y evolución.....	34

Ámbitos de actuación profesional .....	38
--	----

### **Parte III**

#### *Capítulo V:*

Metodología .....	46
-------------------	----

### **Parte IV**

#### *Capítulo VI:*

Análisis de datos.....	49
------------------------	----

<b>Conclusiones .....</b>	<b>84</b>
---------------------------	-----------

<b>Propuestas para el desarrollo de perfiles resilientes .....</b>	<b>89</b>
--	-----------

<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>92</b>
---	-----------

<b>Anexo .....</b>	<b>95</b>
--------------------	-----------

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas aquellas personas que han contribuido a mi formación tanto a nivel profesional como personal, especialmente a la docente Natalia Peralta por su ayuda incondicional.

A mis padres y familiares, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible recorrer este camino.

Al futuro padre de mi hijo, quien día a día me ha acompañado en este proceso.

Y en especial, a vos Clarita que estás en camino, porque desde la panza vivis con mamá cada uno de los sentimientos y emociones de este proceso.

La resiliencia no es ni una vacuna contra el sufrimiento  
ni un estado adquirido e inmutable,  
sino un proceso, un camino que es preciso recorrer.

Paul Bouvier

## RESUMEN

La presente investigación remite a la identificación de aquellos factores que contribuyen a la formación de sujetos resilientes, dentro del ámbito clínico psicopedagógico, específicamente.

En la misma se busca detectar a través del análisis de documentación, de la anamnesis y de las respuestas obtenidas durante las entrevistas, la presencia de situaciones adversas a las que se vió expuesto un sujeto y determinar cuáles fueron y son los factores que potencian el proceso de construcción de la resiliencia en el mismo, a lo largo de su vida, en diversos ámbitos pero, particularmente, durante el trabajo en la clínica psicopedagógica.

Tal como expresa Kotliarenco (2011, pág. 56) se considera la resiliencia, como un proceso dinámico, constructivo, que conduce a la optimización de recursos humanos y permite a dichos sujetos sobreponerse de aquellas situaciones desventajosas.

En el presente trabajo, se busca describir de qué manera la psicopedagogía, en el ámbito clínico, puede ser constitutiva y potenciadora de factores resilientes protectores en pacientes que transitan el proceso de diagnóstico y tratamiento.

El capítulo número uno incluye una recopilación de aquellos estudios que brindaron las bases teóricas sobre la temática en cuestión.

El número dos contiene consideraciones que remiten a la evolución del concepto y de qué manera se construyó el término.

El capítulo número tres informa al lector sobre la concepción actual del vocablo y relata las bases biológicas que sustentan este concepto.

En el capítulo número cinco se incorpora la definición de psicopedagogía y el desarrollo histórico de esta disciplina tanto a nivel mundial como nacional. Se indican, además, los ámbitos de incumbencia profesional de la misma, brindando especial detalle al clínico.

El capítulo seis proporciona información sobre la metodología empleada, el problema, los objetivos generales y específicos y el tipo de investigación realizada.

En el último capítulo se incorpora el análisis de datos ejecutado luego de la identificación de factores adversos y protectores presentes en la documentación perteneciente al caso trabajado. Así como también las observaciones sobre la información recabada en las entrevistas realizadas, tanto a los profesionales como a aquellos individuos que han participado de dicho proceso (padre, madre y/o tutor del niño, docentes entre otros).

Gracias a lo antes expuesto, se pudo identificar con claridad el proceso de adaptación positiva del niño en cuestión, mostrando la interacción entre las diversas variables consideradas. Y de qué manera la psicopedagogía en el ámbito clínico, contribuye a la formación de los espacios necesarios para potenciar aquellas capacidades y habilidades necesarias para constituir un perfil resiliente. También, se elaboró un informe de aquellas habilidades que deben ser tomadas en cuenta a la hora de pensar, desde una perspectiva resiliente, objetivos de tratamiento psicopedagógico.

**Palabras claves:** resiliencia - estrés - factores protectores externos – factores protectores internos - factores adversos - caso clínico - historia clínica – entrevistas - informes - psicopedagogía – trabajo interdisciplinario - tratamiento psicopedagógico.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace mucho tiempo, la humanidad ha observado que algunos individuos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o en un estímulo para su desarrollo bio-psico-social.

Las ciencias humanas focalizaron sus esfuerzos en aquellas investigaciones que centraban su atención en la descripción exhaustiva de las diversas enfermedades e intentaron constantemente descubrir causas o efectos que pudiesen explicar resultados negativos o desfavorables, tanto en lo biológico como en lo mental. Más allá de estos esfuerzos, seguían existiendo interrogantes que no podían ser explicados. A menudo, se consideraba que al establecer predicciones de resultados negativos, en función de factores de riesgo, los mismos indicarían una alta probabilidad de daño, sin embargo no siempre se cumplía. Demostrando con esto que existían déficits de los modelos teóricos planteados, interrogantes sin respuestas cuando se habla de fenómenos de supervivencia humana y del desarrollo psicosocial de un individuo.

Esto permitió pensar en la capacidad de los seres humanos para devenir resilientes y enfrentar los eventos negativos. De allí que la mirada de la resiliencia, su concepción teórica y la aplicación en programas y proyectos fue creciendo notoriamente. El espectro de disciplinas interesadas en la resiliencia ha aumentado hasta el punto de hacer de ella una actividad transdisciplinaria por excelencia, que congrega saberes de distintas áreas: psicología, psicopedagogía, antropología, sociología, diversos ámbitos vinculados a la salud, economía, trabajo social, derecho, ciencias de la educación.

Cada individuo desde su origen configura factores protectores que brindan un sostén frente a los llamados factores de riesgo o adversos.

El aprendizaje resulta ser uno de los elementos que está presente durante toda la vida de un sujeto. Es por esto, que la Psicopedagogía, disciplina que configura al sujeto como ser biopsicosocial y toma al aprendizaje como eje de trabajo podría contribuir a la formación de niños, adolescentes y adultos con características resilientes.

Es por esto que en dicha investigación se trabaja en función de cómo la Psicopedagogía desarrolla y potencia aquellas características necesarias para la formación de sujetos resilientes, y de qué manera en sí misma puede ser considerada como un factor protector.

Los objetivos generales fueron identificar aquellos factores adversos y protectores de resiliencia, presentes en el paciente y desarrollados a partir de la intervención psicopedagógica en el ámbito clínico. Así como también determinar el rol del psicopedagogo como promotor de la conducta resiliente dentro dicho ámbito.

Los objetivos específicos fueron detectar factores adversos a partir de la lectura y análisis de la historia clínica del caso analizado, además de identificar aquellos elementos que corroboren la presencia de factores resilientes en la práctica psicopedagogía dentro del ámbito clínico. También, realizar una descripción del rol desempeñado por el psicopedagogo como promotor de capacidades, valores y atributos resilientes y, finalmente, brindar sugerencias para el desarrollo de capacidades, valores y atributos resilientes durante el trabajo clínico.

Para la recolección de datos se utilizaron registros escritos del caso trabajado, historias clínicas del niño, informes calificados de los profesionales tratantes y entrevistas a docentes y padres.

## **PARTE I**

### *CAPITULO I*

#### *ANTECEDENTES*

A lo largo de la historia, se han realizado diferentes investigaciones relacionadas con la temática en cuestión. A continuación se realizará un recorrido por aquellas que se relacionan con el presente trabajo.

El estudio pionero y de referencia a la hora de hablar de resiliencia, es el de Emmy Werner y Ruth Smith (1992) realizado en Kauai (Hawai). En el año 1955, un grupo de psicólogos, pediatras, trabajadores sociales, psiquiatras y demás especialistas de la salud pública, se plantearon un estudio longitudinal y prospectivo a realizar sobre 698 bebés (nacidos ese mismo año). Con el objetivo de documentar, en forma de historia clínica, el curso de todos los embarazos y la evolución del individuo hasta la edad adulta. Además, se pretendió evaluar las consecuencias, a lo largo del tiempo, de las adversidades a las que debían enfrentarse esos niños en el curso de su desarrollo y qué tipo de adaptación lograban realizar frente a aquellas situaciones desventajosas. Los resultados fueron los siguientes: casi la mitad de estos niños (54 %) creció en la pobreza. Un tercio, fue situado dentro del grupo de alto riesgo, ya que no solo vivían en condición de pobreza y tenían hogares disfuncionales (padres con problemas mentales, alcoholismo y otras afecciones), sino que, además, habían sufrido enfermedades perinatales de gravedad moderada a severa. Se observó que dos de tres de estos niños, de los cuales contaban con cuatro o más factores de riesgo a los dos años y a los diez años, mostraban problemas

graves en su aprendizaje, y alrededor de los dieciocho años se evidenciaban problemas mentales, delincuencia y embarazos adolescentes. Sin embargo, uno de cada tres de estos niños de alto riesgo (n=71) que se formaron en ambientes similares, lograron ser adultos con características acorde a lo esperado para la vida en sociedad. La última revisión de estos individuos se realizó cuando ellos tenían cuarenta años y todos ellos, menos dos, son sujetos que pueden cumplir con pautas sociales, con características socio-económicas distintas a las vividas en su infancia, logrando tener buenos estándares de vida.

Otro autor significativo es el psiquiatra Inglés, Rutter (1985) ya que ha elaborado diversos estudios sobre el tema. Uno de ellos fue realizado en 1973, en el mismo se trabajó con doce niñas huérfanas que crecieron en hogares de tránsito, por abandono de sus progenitoras, y que luego de un seguimiento por más de 10 años, se pudo observar un proceso resiliente, logrando constituirse como madres funcionales. También, realizó una investigación con niños y familias expuestos a situaciones estresantes, como por ejemplo enfrentarse a largos periodos de hospitalización. A partir de las diversas modalidades de respuesta, se evaluó el grado manifiesto de perturbación presente en los mismos, infiriendo aquellos factores que resultaban positivos para que dichas familias lograsen una adaptación positiva.

Se debe tener presente, que en un inicio la palabra resiliencia, no fue conceptualizada de la misma manera a como la conocemos en la actualidad. En primera instancia, el término estaba relacionado directamente con el concepto de "invulnerabilidad". Los estudios que fijaron precedentes permitieron evidenciar que existían niños, que por más que estuvieran

expuestos a situaciones desventajosas, no presentaban problemas psíquicos que entorpecieran su salud.

Respecto a esto, el primer antecedente que se encuentra, es el estudio realizado por Werner en 1979, citado con anterioridad, obteniendo como resultado que un 30% de los niños no evidenciaban ninguna patología ni adicción, demostrando una adaptación positiva más allá de los diferentes factores desfavorables de su entorno. Werner denominó "*niños invulnerables*" a este grupo y establece una relación entre resiliencia e invulnerabilidad.

Unos cinco años más tarde, el mismo autor realiza una observación de su investigación, la que reviste ser de gran importancia para la concepción actual de la resiliencia debido a que estipula que el concepto de invulnerabilidad involucra la "*resistencia al cambio*", diciendo con esto que no se produce alteración alguna en el individuo, siendo que el concepto que intentaba describir estaba relacionado con que el sujeto era capaz de amortiguar ese daño. Por esto, concluye que "resiliencia" es el término que mejor se adecua para referirse a la capacidad de algunas personas para lograr, más allá de sus ambientes desfavorables, una correcta adaptación al medio.

Una vez revisado el término, otros autores se involucran con la temática. Uno de ellos fue Rutter (1985), quien considera que la resiliencia puede ser construida, mientras que la invulnerabilidad sería considerada un rasgo intrínseco del individuo.

A partir de este momento, comienza a instaurarse el término resiliencia para definir a aquellas personas, que más allá de vivir en contextos desfavorables, logran una adaptación positiva y una conducta adecuada a las reglas sociales.

Para continuar visualizando el recorrido del término, tomaremos como punto de partida el segundo momento, donde ya comenzamos a utilizar el concepto como tal.

En este período podemos encontrar diversos estudios realizados. Se observa que el interés de esta segunda etapa, está centrado en aquellos factores que influyen en el proceso de la llamada “adaptación positiva”, y de qué manera contribuyen los factores protectores a este proceso de reajuste positivo del individuo.

Uno de dichos estudios es el realizado por Vanistendael (1994), quien demuestra una característica de suma importancia, pero poco mencionada, relacionada con la resiliencia. Señala la relevancia que tiene el sentido del humor, en el desarrollo de la misma. Este supone a la resiliencia como una construcción y para poder ejemplificar este proceso realiza una analogía con la construcción de un edificio o casa. El la llama “La casita de la Resiliencia”.

A partir de esta analogía el autor plantea que este proceso de construcción comienza por el suelo y finaliza en el techo. El *suelo* se construye a partir de la satisfacción de las necesidades básicas del sujeto. Estas se relacionan con la vestimenta, buena alimentación, seguridad, vivienda, entre otros, estas son necesarias para comenzar a construir el proceso resiliente. Los *cimientos*, están constituidos por las redes con las cuales cuenta el sujeto. En primera instancia su familia, luego su barrio, amigos, instituciones a las cuales pertenece. Además, se relaciona con la aceptación fundamental de la persona, es decir la construcción de la confianza en sí mismo. La *planta baja* donde se encuentran aquellas convicciones que permiten que el sujeto encuentre sentido a su vida, como por ejemplo la identidad personal, valores y pautas éticas. En

el *primer piso* se encuentra aptitudes y competencias, autoestima y un factor importante a tener en cuenta, el humor. Este ayuda al sujeto a asimilar diversas circunstancias sin que sean vividas como caóticas. Y por último, el *desván* donde se ven potencialidades y experiencias por descubrir.

En otro estudio por Berenice (2005) el autor plantea la necesidad de poder desarrollar el proceso de resiliencia en el ámbito de la educación. Observa a jóvenes discapacitados o individuos que han sufrido violencia infantil. Partiendo de la hipótesis, de que estos sujetos tienen la influencia de los llamados "*factores desfavorables o de riesgo*" que son, aquellas condiciones negativas, ya sean intrínsecas o extrínsecas del sujeto, que perturban el desarrollo normal. En sus conclusiones plantea que la escuela es un lugar con todas las condiciones para producir un equilibrio entre "*factores de riesgo*" versus "*factores protectores*", produciendo así una compensación, minimizando los efectos nocivos y potenciando los beneficios.

Otro estudio que se considera pertinente citar es el realizado por Barba Camacho (2009) quien establece la relación existente entre la migración y la resiliencia en jóvenes inmigrantes no autorizados, describiendo su proceso de adaptación en los ámbitos escolares y comunitarios. En sus conclusiones, la autora comenta cuáles son los factores protectores que estos adolescentes reconocen, posibilitando una adaptación a este nuevo contexto. Además agrega, que un factor protector influye, mejora o aumenta la posibilidad de que una persona que se encuentra en condición de peligro, pueda realizar un proceso de adaptación positiva.

Otra de las investigaciones en la cual se trabaja sobre los factores útiles y los que obstaculizan el proceso de la resiliencia, es la realizada por Rolón (2013)

quien efectúa una monografía titulada “Resiliencia en Niñas y Niños en situación de calle”. El mismo trabaja sobre dos casos de niños que se encuentran en dicha situación. Planteando que es fundamental, identificar aquellos elementos que pueden resultar protectores, ya que, a la hora de hablar de la resiliencia como proceso, no es la familia el único factor protector que resulta de anclaje. Destaca la necesidad de que existan programas comunitarios que trabajen sobre el tema, como también que los profesionales de la salud, ya sean psicólogos, psicopedagogos, médicos pediatras o cualquier persona que trabaje con estos niños, puedan tener la capacidad de identificar estos factores y sacar provecho de ellos.

Como expresan Wolking y Rutter (1985) es posible afirmar que a diferencia de las experiencias positivas, los factores protectores incluyen un componente de interacción, es decir, que las experiencias positivas actúan en general de manera directa, predisponiendo a un resultado positivo. Los factores protectores, por su parte, manifiestan sus efectos por presencia posterior a algún estresor, modificando la respuesta del sujeto, en un sentido, comparativamente más adaptativo que el esperable.

Dentro del territorio nacional, en la provincia de Río Negro, es posible identificar instituciones vinculadas a la temática, tales como la “Fundación de estudios Patagónicos” (FEP), que es una sociedad civil sin fines de lucro. La misma inicia sus actividades en febrero de 1987. A través de los autores Sulma Giordano y Sandra Nogués, en el año 1991, nos presentan en su libro, “Educación, Resiliencia y Diversidad”, la necesidad de trabajar desde un enfoque resiliente debido al incremento poblacional y a la diversidad de sujetos dentro de un mismo establecimiento educativo. Afirman que sería de suma

importancia establecer una propuesta de trabajo interdisciplinaria, con el objetivo de instaurar el concepto de resiliencia en la educación de los habitantes de dicha provincia.

Además, el servicio de Clínicas del hospital “Dr. Juan P. Garrahan”, a cargo de del Dr. Hector Waisburg y Liliana Bin (1989), han creado en 1989, la Red nacional de Psicopedagogía, Instituciones de salud y Educación Garrahan – Provincias. En este ámbito, se ha desarrollado la tercera Jornada de Psicopedagogía “Pensar en Red”, dentro de las cual uno de los temas que cobró mayor importancia es la incorporación en el proceso diagnóstico y de tratamiento psicopedagógico, el concepto de resiliencia, factores protectores y factores de riesgo.

También, podemos encontrar dentro de nuestro país, autores como Néstor Suárez Ojeda y Mabel Minist quienes introdujeron el concepto de resiliencia y plantearon una convocatoria desde el Centro Internacional de Información y Estudio de la Resiliencia (CIER), fundado en 1997, que funciona en la Universidad Nacional de Lanús, con el auspicio de la Fundación Van Leer. Centro, que tiene como objetivo el desarrollo y promoción de los principios de la resiliencia aplicados en un enfoque social y comunitario. Además, se tiene conocimiento de que han dictado diversos talleres y que contaron en su coordinación, con profesionales provenientes del campo de la psicopedagogía y de la psicología.

Luego de haber realizado este recorrido, se puede observar que cada una de las investigaciones llevadas a cabo sobre la temática y entidades, crecientes en su formación, vinculada con la misma, destacan la relevancia que tiene la construcción de sujetos con características resilientes, poniendo en evidencia,

que mas allá de aquellos factores que influyen de manera negativa en el desarrollo de una persona, existe la posibilidad, a través de un proceso de construcción, de optimizar factores protectores.

## PARTE II

### CAPÍTULO II

#### RESILIENCIA

##### *Evolución del concepto:*

Según se expresa en el artículo Resiliencia ¿Es posible medirla e influir sobre ella? (Gissel Monroy Cortes, Palacios Cruz, 2011, p. 238) el término en cuestión es una castellanización de la palabra Inglesa Resilience o Resiliency, que en la antigüedad se utilizaba, en el marco de las ciencias biológicas, como la capacidad de un ecosistema o de un organismo para regresar a la estabilidad al sufrir una alteración. Como se expresó en el capítulo anterior, este concepto en un principio estaba relacionado al de invulnerabilidad, el cual fue rápidamente corregido por implicar una resistencia absoluta al daño.

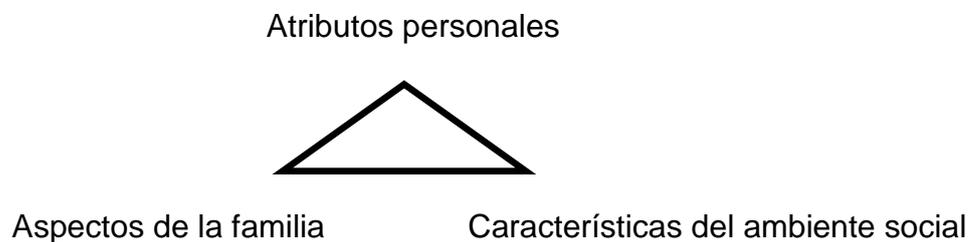
La resiliencia, concepto actual y enmarcado en la presente investigación, dentro de las ciencias sociales, ha tenido dos generaciones de investigadores bien definidas por sus lineamientos. A continuación se desarrollará cada una de ellas.

En la primera generación, el acontecimiento que enmarca las investigaciones respecto de este concepto, resulta ser el estudio de Emmy Werner y Ruth Smith (1992) en Kauai (Hawai) incluido en el capítulo “antecedentes”.

Dicho estudio introduce la importancia que se le debe adjudicar al estudio de los factores que ayudan y promueven una adaptación positiva al medio.

Con el paso del tiempo adquirió relevancia la necesidad de identificar cuáles eran aquellas características individuales que potenciaban o no a que estos niños/adolescentes tuviesen una adaptación positiva a su contexto y cuáles eran aquellos factores del medio externo, ya sea, familia, escuela, barrio, etc., que condicionaban a los individuos.

A los investigadores de esta época, se les atribuye el modelo “Trídico de resiliencia”, el cual trabaja con tres pilares:



La segunda generación de investigadores, comienza a desarrollarse a partir de los años noventa y toman como puntapié inicial de su investigación el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los procesos que hacen que un sujeto inmerso en un contexto de adversidad pueda tener una adaptación positiva?

El punto de partida de estos investigadores se centra en poder inferir cuáles son los factores que se encuentran presentes en los individuos con alto índice

de adversidad social, pero que de igual manera logran una adaptación positiva al medio en el cual habitan.

A la hora de mencionar investigadores pioneros sobre esta nueva mirada, se deben tener en cuenta a Michael Rutter, el cual aporta un concepto fundamental que es el de los mecanismos protectores.

Por un lado Rutter (1991, en Rutter, 1997, p. 19) plantea que la resiliencia es una respuesta global en la que se pone en juego los mecanismos de protección, entendiendo por éstos no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquellas dinámicas que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales.

Por otro lado Edith Grotberg (1995, p. 98), fue la encargada de agregar, al concepto de resiliencia, la noción de tres niveles: soporte social, habilidades y fortalezas internas, describiendo una interacción constante y significativa entre ellos.

Autores más contemporáneos, son Bernard (1999 p. 236), Master (1999, p. 239), Kaplan (1999, p. 345) y Luther y Cushing (1999, p. 123). Ellos describen que la resiliencia resulta ser un proceso de interacción entre las características propias del individuo y el medio donde se desarrolla el mismo.

Otra característica que es atribuida a esta segunda generación, está relacionada con el modelo "Ecológico- Transaccional", el cual sienta sus bases en el modelo ecológico, cuyo autor es Bronfenbrenner (1981, Canales de psicología, Torrico Linares, Santín Vilariño, Montserrat Villas, Menéndez Álvarez-Dardet y M<sup>a</sup> José López López, citado en 2002, vol. 18, p. 46).

Según este autor no es posible concebir la mente humana de manera aislada y en situaciones distintas al cotidiano del individuo. Existen dos variables que interrelacionadas, caracterizan y constituyen este entretejido mental. Una de estas variables, se relaciona con el cambio o desarrollo que se produce a lo largo de la vida (ontogénesis) y no podemos dejar de tener en cuenta el cambio o desarrollo que se produce como consecuencia del impacto del entorno socio histórico, remoto e inmediato (cultura).

Es por ello que quizás la expresión que se repite más en *La ecología del desarrollo humano*, libro publicado por Bronfenbrenner en el año 1979, es el fenómeno del *desarrollo dentro de un contexto*. Para este autor, es insensato pensar en el estudio de los procesos psicológicos en ambientes artificiales o de laboratorio. Considera que los seres humanos deben ser estudiados en contextos reales. Para un mejor análisis de los diferentes ámbitos en los cuales se desenvuelve este individuo, Bronfenbrenner, realiza la siguiente diferenciación:

*Microsistema*: roles, relaciones interpersonales y patrones de actividad que desarrolla una persona en su relación con aquello que le rodea (la escuela, el trabajo, la familia).

*Mesosistema*: relación entre dos o más microsistemas, por ejemplo la relación entre la escuela y la familia.

*Exosistema*: aquellos entornos en los que la persona en desarrollo no participa activamente pero que le afectan como, por ejemplo, el lugar de trabajo de los padres o la clase a la que asiste un hermano mayor, pueden afectar a lo que ocurre en los microsistemas de la escuela y la familia en relación con el niño.

*Macrosistema:* el mismo incluye las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (microsistema , mesosistema y exosistema) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias. Por ejemplo, una clase en la escuela, un café, un restaurante, una oficina de correos tienen un aspecto y unas funciones similares en un mismo país, pero se ordenan y regulan de distinta manera en otro país. Dicho con otras palabras, el sistema de creencias, la religión, la organización política, social y económica de una determinada región afectan el desarrollo humano, moldeando los microsistemas, mesosistemas y exosistemas.

*Cronosistema:* cambio que se da por el factor tiempo en los distintos niveles de análisis. Por ejemplo, el cronosistema del mesosistema es la periodicidad de los episodios a través de intervalos de tiempo, como días, semanas, años. Este se refiere a las modificaciones que se realizan con el paso del tiempo (cambios generacionales) que interfieren y modifican los procesos de desarrollo humano a lo largo del ciclo vital.

En el siguiente esquema se representa gráficamente lo expuesto:

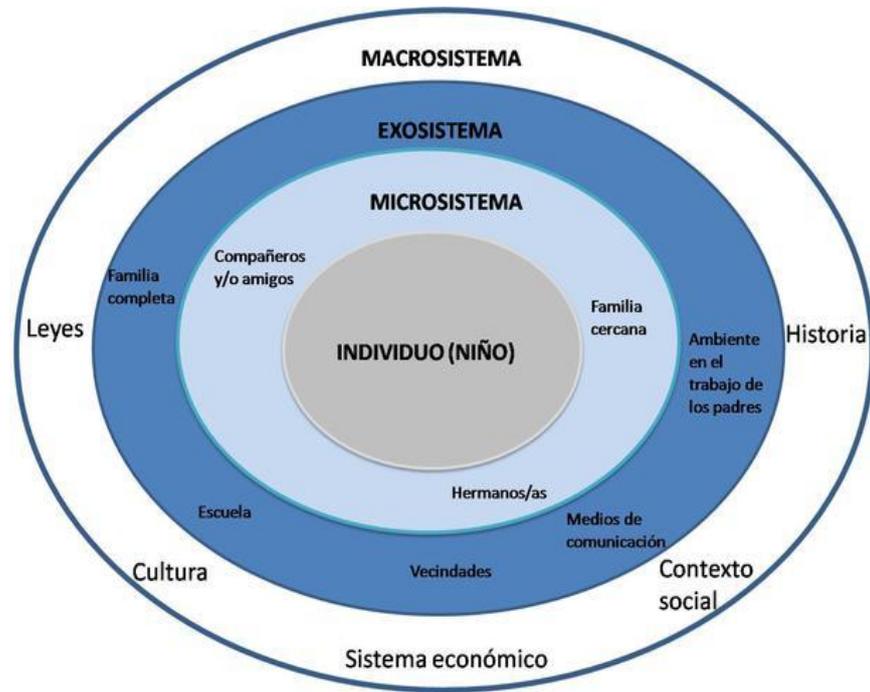


Figura 1 : Bronfenbrenner U. (1984). Ecology of human development. Boston: Harvard University Press.

*Construcción del término:*

A lo largo de la historia el concepto de resiliencia ha tenido varias modificaciones, de acuerdo a lo expuesto en el Manual de identificación de la resiliencia en niños y adolescente (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez Ojeda, Infante, Grotberg, 1998, p. 9) se presenta a continuación un recorrido por cada uno de ellos.

- Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. (ICCB,1994, citado en Kotliarenco 1997,p. 9 )
- Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad

a futuros estresores (Luthar y Zingler, 1991; Masten y Garmezy, 1985; Werner y Smith, 1994, citado en Kotliarenco, 1997, p. 9).

- Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de vida severamente estresantes y acumulativos ( Losel, Blienesery Kofel,1989, citado en Kotiarenco,1997p. 9).
- Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o, incluso, ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovida desde la niñez (Grotberg, 1995, citado en Kotiarenco, 1997, p. 9).
- La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilita tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a lo largo del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural (Rutter, 1992, citado en Kotiarenco, 1997, p. 9).
- La resiliencia remite a una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida (Suarez, 1995 p. 9).
- Proceso dinámico que tienen como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad (Luthar, 2000, p. 9).

A partir de lo expuesto es posible considerar a la resiliencia como un proceso de búsqueda del equilibrio entre aquellos factores proveedores de estrés (situaciones de adversidad) y aquellos que resultan ser de protección, ya sean intrínsecos (problemas mentales, inestabilidad emocional etc.) o extrínsecos (familiares, sociales, educativos etc.) para el individuo. Frente a este inter-juego

de factores el sujeto logra sobreponerse a la situación adversa con una adaptación positiva, que fortalece un desarrollo normal del mismo (Manual de identificación de la resiliencia en niños y adolescente, Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez Ojeda, Infante, Grotberg, 1998, p. 20).

Dentro de la misma definición, se distinguen componentes fundamentales que debemos tener presentes a la hora de hablar de resiliencia, ellos son Adversidad, factores protectores, adaptación positiva y proceso dinámico, los cuales se desarrollan a continuación:

Se denomina *adversidad*, a aquellas situaciones de riesgo ya sea, por la sumatoria de factores (como podría ser vivir en la pobreza extrema) o por una situación de vida específica (como separación de los padres). La adversidad puede ser trabajada de manera objetiva, a través de mecanismos de medición, y también de manera subjetiva, a través de la percepción de cada individuo.

Los *factores protectores* son aquellas condiciones o entornos capaces de beneficiar el crecimiento y maduración del niño, adolescente o adulto atenuando aquellos factores de adversidad al que el sujeto, está expuesto. Existen factores protectores internos, relacionados a atributos propios de la persona, como puede ser el humor, la autoestima, entre otros. Y también factores protectores externos, referidos a diferentes entornos a los que pueda pertenecer el individuo. Estos colaboran a reducir la probabilidad de daños como puede ser; la familia propia o alguna que actúe andamiando al sujeto, apoyo de algún adulto que resulte significativo, integración a ambientes sociales o laborales.

El concepto *adaptación positiva*, se refiere a que el sujeto ha alcanzado las expectativas sociales asociadas a una etapa de desarrollo, o cuando no existan signos de desajuste.

No se debe perder de vista la relación entre adversidad (contexto desfavorable) y adaptación positiva. Cuando el sujeto está expuesto a algún factor adverso y logra superarlo es evidente su capacidad de resiliencia.

Y por último, se considera necesario dejar en claro, que la resiliencia, se entiende como un proceso de interacción entre factores de riesgos y factores protectores, los que pueden ser familiares, afectivos, cognitivos, sociales entre otros, descartando la interpretación de que la resiliencia es un atributo personal, pensándola como una construcción subjetiva de cada sujeto.

Se realiza la anterior aclaración, ya que existe una importante discusión sobre si la resiliencia debe ser considerada como un proceso o un atributo personal. Para echar luz sobre esto, Luthar y otros (2000, citado en Luthar y otros, 2007, p. 23) consideran, que si pensamos la resiliencia como un atributo personal, la tomamos como una capacidad innata al sujeto, esto quiere decir que no hay posibilidad de desarrollarla a lo largo de la vida. Otra característica fundamental que estaríamos dejando de lado sería que la resiliencia no requeriría de la adversidad, y como vimos anteriormente, para poder hablar de resiliencia debemos tener en cuenta tanto factores de riesgo (adversidad) como adaptación positiva y fundamentalmente, la relación dinámica que se establece entre ellos.

### *CAPITULO III*

#### *CONCEPCION ACTUAL*

De acuerdo a lo planteado en el libro *Resiliencia en la escuela* (Henderson, Milstein 2004, p. 20) el origen de la concepción actual de resiliencia está basado en un nuevo paradigma, con una perspectiva drásticamente nueva. Ésta, emerge de campos científicos relacionados con la psicología, la psiquiatría y la sociología e intenta explicar cómo niños, adolescentes y adultos logran sobrellevar todas aquellas experiencias negativas, relacionadas con el estrés, el trauma y los distintos tipos de riesgos que se presentan en sus vidas. Esta perspectiva renovadora, permite dejar de pensar que aquel sujeto que se encuentre con alguna situación de estrés o riesgo inevitablemente está condenado a contraer alguna psicopatología o perpetuar en ciclos de violencia, abusos y pobreza.

En la actualidad, Minists (1998,p. 34) denomina la resiliencia como la capacidad del ser humano para enfrentar a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas, sin dejar de lado que un sujeto no nace resiliente, ni tampoco la adquiere de manera natural, sino que es un proceso interactivo entre el sujeto y su medio. Los investigadores, remarcan, esta concepción de proceso, ya que plantean que, a través de diferentes estudios se ha demostrado que algunas personas tienen una predisposición a tener conductas resilientes, la mayoría de las características asociadas a ella pueden ser aprendidas y trabajadas a lo largo de la vida. Esto resulta ser un dato más que alentador, ya que cualquier individuo,

desestimando su edad puede desarrollar la capacidad de volverse cada día más resiliente.

En el Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes (Munist, Santos, Kotliarenco, Ojeda, Infante & Grotberg, 1998, p. 20) se expresa que podemos pensar en un perfil que caracteriza a individuos resilientes. Estos al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

A continuación, se expondrán aquellas características necesarias, que han sido identificadas como las más atribuibles a individuos con características resilientes:

*Competencia social:* los niños resilientes responden a la necesidad de establecer vínculos con otros seres humanos, y por lo general, despiertan en el receptor, respuestas positivas. Son activos, flexibles, empáticos. Son sujetos que cuentan con lo que llamaremos sentido del humor, el cual es sumamente valorado a la hora de hablar de resiliencia. Esto se relaciona con la capacidad de un individuo de lograr aliviar sus desventuras y encontrar maneras diferentes de mirar las cosas buscándole el lado cómico o a través de la risa. Esto permite que niños desde muy pequeños, puedan entablar relaciones más positivas con otros sujetos.

*Resolución de Problemas:* habilidad para razonar. Se ha visto en niños muy pequeños, capacidad para razonar y actuar de manera flexible y reflexiva, con tendencia a buscar posibles soluciones, e incluso nuevos caminos para

problemas ya conocidos o existentes, sean estos del ámbito cognitivo, familiar, social etc.

*Autonomía:* se manifiesta aquí el sentido de la propia identidad, la habilidad que el niño va desarrollando para actuar de manera independiente y el control de algunos factores del entorno. En niños pequeños, lo podemos evidenciar en la constante y reiterada conducta de alejarse de situaciones desagradables.

*Sentido y propósito de futuro:* este es uno de los factores resilientes más importantes y significativos. Se relaciona con sujetos que cuentan con expectativas saludables, motivación constante para concretar sus logros, se enfocan en sus objetivos y se orientan hacia la consecución de los mismos, expectativas de logro, fe en un futuro mejor, sentido a anticipación y coherencia.

Wolin y Wolin (1993, citado en Wolin y Wolin 1998, p. 22) sostienen que sólo un atributo de los presentados anteriormente, es suficiente para impulsar a este niño a superar o poder enfrentar un medio disfuncional o estresante, y que es frecuente, que a través de un solo punto fuerte se potencie el proceso en la construcción de la resiliencia.

Además, Grotberg (1995, citado en Grotberg 1998, p. 23) ha creado un modelo donde es posible, a través del discurso del niño buscar indicadores de resiliencia. Es necesario estar atentos a verbalizaciones como: “YO TENGO”, en relación con personas a mí alrededor en quien confió y quienes me quieren incondicionalmente, personas que quieren que aprenda, personas que me ponen límites, “YO SOY” una persona por la que los otros sienten aprecio o cariño, agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos, capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan, “YO ESTOY” dispuesto a

responsabilizarme de mis actos, seguro de que todo saldrá bien, rodeado de compañeros que me aprecian y “YO PUEDO” hablar de cosas que me asustan o me inquietan, buscar la manera de resolver mis problemas, encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

*Bases Biológicas:*

Se considera que el concepto de resiliencia tiene una influencia innegable en relación al contexto social del sujeto, pero investigaciones realizadas en la actualidad dan cuenta de un procesamiento biológico que la une directamente con el Sistema Nervioso Central y con la teoría de plasticidad neuronal.

En psicopatología, D’Alessio (2001, p. 11) define a la resiliencia como un conjunto de rasgos de la personalidad y de los mecanismos cognitivos desarrollados por el individuo que le confiere una protección ante situaciones adversas impidiendo el desarrollo de un trastorno mental. De acuerdo a esto la resiliencia se considera un proceso dinámico de desarrollo que permite una adaptación positiva, para lograr un funcionamiento competente frente a un trauma y/o estrés severo y prolongado.

Teniendo en cuenta la biología y las neurociencias, el cerebro órgano ejecutor de las respuestas del organismo, se encarga de equilibrar los mecanismos neurobiológicos, cognitivos y psicológicos, que predispondrán o no a poner en marcha el proceso de resiliencia del individuo.

En el artículo Resiliencia ¿Es posible medirla e influir sobre ella?, Brisa Gissel Monroy Cortes & Lino Palacios Cruz (2011, p. 239) expresan que el término estrés se refiere a la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior. Desde el punto de vista médico, el estrés es una

respuesta adaptativa de los diferentes sistemas del cuerpo ante estímulos internos y externos. Cualquier tipo de estrés pone en riesgo la homeostasis, entendida como un proceso mediante el cual se mantiene el equilibrio de un organismo a través de sus componentes fisiológicos vitales.

En la respuesta fisiológica ante el estrés agudo participan diversos neurotransmisores, neuropéptidos y hormonas, los cuales tienen interacciones funcionales que pueden producir una respuesta psicobiológica al estrés agudo y consecuencias psiquiátricas a largo plazo debido a que median mecanismos y circuitos neuronales que regulan la recompensa, el condicionamiento al miedo y la conducta social. El estrés impacta sobre el organismo y se percibe a través de todos sus sentidos de tal forma que se lleve a cabo su procesamiento a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC). En este nivel se debe evaluar y procesar para dar una respuesta adaptativa ante el estresor. Para ello deben activarse también otros componentes como el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y el Sistema Límbico – Hipotálamo – Hipófisis – Adrenal (LHHA).

En relación al estrés, otro concepto que será decisivo es el de Alostasis, mencionado por Sterling y Eyer (Cortes, Cruz, 2011, p. 240) definiéndolo como un proceso activo mediante el cual el organismo responde a los cambios diarios, manteniendo la homeostasis o equilibrio dinámico (Mecanismos neurobiológicos de la resiliencia, D'aleccio, 2001, p. 13). Cuando el Sistema Nervioso Central recibe excesivas cargas de estresores, superando la capacidad de adaptación y, además, se tendrá en cuenta el tipo de estrés al que está expuesto el sujeto, su cerebro debe realizar diversas modificaciones para producir una adaptación positiva al medio.

Desde la perspectiva biológica D'Alessio (2001, p. 14) expresa que la resiliencia es una función o propiedad compleja de los sistemas biológicos, que opera en los diferentes niveles o sistemas de organización de los seres vivos (desde el nivel molecular y celular hasta el nivel social y de adaptación ambiental). La resiliencia permite al organismo adaptarse a las situaciones y a los cambios permanentes; por un lado, mantiene la homeostasis de las funciones biológicas principales, y por el otro, hace posible que el sistema regrese a un estado previo de funcionamiento fisiológico y adaptativo, cuando un factor estresante provoca daño o alteración.

El cerebro de acuerdo a diferentes investigaciones se lo relaciona directamente con la elaboración y ejecución de respuestas en relación al estrés. Es por esto que resulta significativo entender que el mismo no sólo se encarga de aquellas funciones vitales, sino que comanda las adaptaciones necesarias para mantener el equilibrio homeostático del individuo.

El organismo se encuentra en constantes situaciones estresantes por lo que de alguna manera debe poder regresar a su equilibrio. Aquí es cuando comienza a ponerse en juego diferentes sistemas fisiológicos. El hipocampo, resulta ser la estructura cerebral que más sufre las exposiciones prolongadas de estrés.

Los cambios que se producen tanto en las funciones como en la estructura del cerebro, permiten que el mismo se reajuste a las situaciones que pueden resultar estresantes, potenciando una adaptación exitosa, lo que implica resiliencia.

Existen presentes en nuestro organismo mediadores neuroquímicos, los cuales han sido reconocidos por ser parte activa de la respuesta fisiológica al estrés prolongado o excesivo. Algunos de ellos están involucrados en funciones de

plasticidad adaptativa, estableciendo una relación directa con la resiliencia.

Ellos son:

- *Neurotransmisores*: La noradrenalina, la serotonina y la dopamina ejercen, a través de las vías de proyección, efectos moduladores sobre la neurotransmisión central.
- *Hormonas*: Una de las hormonas más pertinentes a tener en cuenta en el proceso de resiliencia es el Cortisol, encargada de mediar en situaciones de estrés.
- *Neuropéptidos*: Estos elementos son de la familia de las neurotrofinas. Las mismas resultan ser de gran importancia, ya que sus niveles son un punto clave para hablar de resiliencia. En diferentes estudios, han postulado que altas concentraciones, en sangre y en el tejido cerebral, de neurotrofinas se relacionan con un estado de vulnerabilidad a padecer enfermedades psiquiátricas.

## CAPITULO IV

### *PSICOPEDAGOGÍA*

#### *DESARROLLO Y EVOLUCIÓN:*

La Psicopedagogía surge formalmente a partir del 1956, ya que se detectaron dificultades en el aprendizaje en individuos que no podían ser resueltas por otros campos teóricos. Por esto, se decide realizar una fusión entre dos disciplinas de las cuales se nutre. Por un lado, la psicología entendida por Mario Bunge y Rubén Ardilla (2002, p. 37) como el estudio de la psiquis, el espíritu, el alma o la mente y por otro lado, la pedagogía entendida por Eugenio María de Hostos (1991, p. 57) como “aplicación de las leyes naturales, del entendimiento humano al desarrollo de cada entendimiento o razón individual; o de otro modo, es el estudio del orden en que se han de comunicar los conocimientos, fundado en las leyes de la razón.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, se debe pensar la Psicopedagogía como la síntesis entre el ser humano, el mundo psíquico individual y grupal en relación al aprendizaje y al sistema, así como también con los procesos educativos intervinientes.

Partiendo de estos pilares, se define a la Psicopedagogía como “disciplina que estudia la naturaleza de los problemas de aprendizaje, así como también el estudio, la prevención y la corrección de las dificultades que se pueden presentar en un individuo en el proceso de aprendizaje; proporcionando los métodos, las técnicas y los procedimientos para lograr que este proceso sea más adecuado a la necesidad de los sujetos”. (Apunte de cátedra, Seminario de Investigación I: el Psicopedagogo: Posición y Desempeño Profesional, 2011).

El Psicopedagogo es un profesional que se encarga de la detección, evaluación y tratamiento de aquellas alteraciones del aprendizaje, que pueda presentar un individuo, ya sea que irrumpa o debido a una condición pre-existente, en cualquier momento del ciclo vital.

A lo largo de la historia, se han desarrollado distintos paradigmas desde donde mirar al ser humano y la psicopedagogía no ha estado exenta de esta búsqueda. De acuerdo a lo expuesto por Muller, M. (2010), uno de ellos es el Organicista o Biomédico, el cual sostiene que aquellas dificultades o trastornos en el aprendizaje se centran en el individuo, por propio déficits ya sea, por causas genéticas, orgánicas o fisiológicas, manifestando así síndromes, síntomas o trastornos. El paradigma Ambientalista, sustenta que las dificultades en el aprendizaje están caracterizadas por el ambiente socio-familiar y educativo; identificando sus bases sobre el modelo conductual, genético y modelo centrado en el entorno. El Integrador, el cual expresa que la disfunción en el aprendizaje es el resultado de la multiplicidad de causas, tanto biológicas como relacionadas con el ambiente.

En una segunda generación, se identifica al paradigma Estético, el cual se centra en la especificidad del sujeto. El Sistémico, plantea un trabajo sobre las distintas redes de vínculos a las cuales pertenece el individuo. Y por último y el más representativo para la presente investigación, el denominado *Paradigma de la Complejidad*; el mismo expone que el individuo es un ser sumamente complejo y demuestra la imposibilidad de limitar la comprensión del aprendizaje a una sola variable, ya que cada sujeto está compuesto por diferentes sistemas que interactúan y se modifican de manera constante.

Como se expuso con anterioridad, la Psicopedagogía es la disciplina encargada de detectar, diagnosticar y tratar aquellas alteraciones que se puedan presentar en el proceso de aprendizaje de un sujeto, pero ¿A que hace referencia cuando se habla de de aprendizaje? y ¿De qué manera define dificultad de aprendizaje?

Marina Müller (1994, p. 13) define aprendizaje como un proceso que implica una puesta en acción de diferentes sistemas que intervienen en cada sujeto: la red de relaciones y códigos culturales y del lenguaje , que ya desde antes de nacer, hace un lugar a cada ser humano que se incorpora a la sociedad , la cual hace propia; sujeto a un proceso que implica un transcurso temporal ( una historia) y un lugar , un espacio psicológico, familiar y ambiente ecológico, mediante estructuras psíquicas relacionadas con el conocimiento y con las representaciones inconscientes. El aprender tiene que ver con la inserción de cada persona en el mundo de la cultura y de lo simbólico, mundo pre-subjetivo, por el cual el ser humano adquiere un sentido.

Sara Paín en su libro *Diagnóstico y Tratamiento de los problemas de aprendizaje* (2010, p.14), lo define como el proceso que permite la transmisión del conocimiento desde otro que sabe a un sujeto que va a devenir sujeto, precisamente a través del aprendizaje, permitiendo con esto que el individuo ingrese al mundo de la cultura.

Juan A. Azcoaga (1982, p. 30) en su libro *Alteraciones del aprendizaje escolar, Diagnóstico, fisiopatología y tratamiento* expresa, desde una visión fisiología al aprendizaje, postula que el mismo es un proceso que determinan una modificación del comportamiento de carácter adaptativo, siempre que la

modificación de las condiciones del ambiente que lo determinaron sea suficientemente estables.

De acuerdo con lo expuesto, se considera que el aprendizaje es un proceso complejo en el cual intervienen diversas variables. No solo un sujeto en determinado momento o lugar, sino también aspectos familiares, estructuras biológicas y fisiológicas, y factores psicológicos que se relacionan para que el individuo pueda adquirir diferentes pautas, relacionadas a un código cultural específico que deben ser sostenidas en el tiempo.

Sara Paín (2010) considera que existe una perturbación en el aprendizaje cuando se evidencian anomalías o perturbaciones en el proceso, cualquiera sea el nivel cognitivo del sujeto. Es habitual que un niño de un bajo nivel intelectual manifieste dificultades en el proceso pero, se definirá como tal a aquellas que no dependan de este déficit.

Santiago Molina García (1998, citado en Taglioni y otros, 2001, p. 101) plantea que las dificultades de aprendizaje no siempre son intrínsecas al sujeto, y que por el contrario, existen a causa que resultan ser ajenas a este. Las mismas interfieren en sus logros académicos.

Se considera relevante en el presente estudio describir lo que se expone en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV* (1998, p. 539) sobre las dificultades específicas del aprendizaje. En dicho manual se expresa que se realiza un diagnóstico de dificultades de aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior a lo esperado por la edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas

individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren de manera significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, escritura o cálculo.

Además, éste establece criterios a tener en cuenta a la hora de realizar una evaluación sobre el aprendizaje. Sin embargo, en su apartado *Diagnóstico diferencial* remarca que el profesional debe poder distinguir un posible trastorno en el aprendizaje, de lo que respecta a variaciones normales del requerimiento académico, así como también de aquellas dificultades que puedan surgir debido a falta de oportunidad, enseñanza deficiente o factores culturales.

#### *Ámbitos de actuación profesional:*

De acuerdo a lo expresado por Sara Paín (2002), el psicopedagogo trabaja siempre sobre el terreno del aprendizaje tanto individual como colectivo, sano o alterado. Desde su rol, promueve aprendizajes saludables, contribuye a la prevención de trastornos, mejora de la calidad de vida en los ámbitos en los cuales se desenvuelve. El mismo puede desarrollar su actividad profesional en diferentes ámbitos.

El *Educativo*, es uno de ellos, en el cual se encarga de ejercer la prevención primaria teniendo en cuenta aquellas variables que resultaran favorecedoras u obstaculizadoras del proceso de aprendizaje. Como profesional en planta permanente o externo (contratado), se encarga de recibir las demandas de los docentes, directivos, padres y alumnos, realizar derivaciones a aquellos alumnos que lo necesiten, acompañar al docente, asesorar a las instituciones en sus diversos niveles (nivel inicial, primario, secundario, terciario y/o universitario), mediar frente a conflictos, integrar en equipos escolares, tanto

común como especial, colaborar en la elaboración del Proyecto Educativo Institucional (PEI), realizar tutorías, dictar de curso en áreas competentes.

También puede desarrollarse en el área *Forense*, respondiendo a demandas jurídicas. De acuerdo a lo expresado por Susana Battafarano y Norma Baratta (CELENER, 2001, pp. 181), el desarrollo profesional del mismo, estará en práctica, cuando desde sus conocimientos se deba dar respuesta a una demanda jurídica. La práctica en este ámbito abarca múltiples intervenciones, tanto terapéuticas, como de orientación y seguimiento, pudiendo ser individual y/o familiar.

La Licenciada Ofelia Madile (CELENER, 2001, pp. 189), establece que la psicopedagogía forense promueve y protege el derecho a la ciudadanía de niños, niñas y adolescentes atendiendo a problemáticas que están ligadas al abandono y al desamparo, a situaciones de judicialización o cárcel, adicciones, violencia, adopción, peritajes.

En relación a pericias, realiza entrevistas dando respuesta a pedidos que pudiese realizar un juez. En minoridad se desempeña en instituciones de niños y jóvenes con antecedentes delictivos, trabajando en conjunto con otros profesionales de la salud, conformando un diagnóstico integral, el cual será entregado al juzgado o autoridad que lo requiera.

En el ámbito *Laboral*, se encarga del estudio de las personas en situación de aprendizaje laboral. Sus implicancias abarcan la comprensión del proceso de aprendizaje del individuo, grupos, organizaciones e instituciones. Asesora y orienta al adulto en el aprendizaje de la tarea, colabora en la inserción y permanencia del individuo en el mercado laboral constituyéndolo como sujeto de trabajo. También se desarrolla en la selección del personal, en búsqueda de

aquellos perfiles de candidatos que se ajusten a los requerimientos del puesto; asesoramiento y orientación laboral; capacitación focaliza en las dificultades manifestadas por los integrantes de la organización, de acuerdo a lo citado en el libro “Introducción a la psicopedagogía laboral” (D’Anna y Hernández, 1995, p.86)

Dentro de las instituciones hospitalarias y servicios asistenciales, desarrolla actividades como *Estimulador Temprano*. Pesce (2012, p. 138) en su libro “Neurodesarrollo infantil. Manual de terapias”, define a la intervención temprana, en neurodesarrollo, como un conjunto de estrategias clínicas dirigidas a la población infantil de 0 a 3 años, cuyo objetivo es dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes que presenten los niños con trastornos del neurodesarrollo o con riesgo de padecerlos.

También en lo que respecta a la *Orientación Vocacional – Ocupacional*, (BOHOSLAVSKY, 1974, p.16) entendida como actividad que realiza el profesional frente a sujetos que deben resolver en determinado momento de su ciclo vital (siendo por lo general de un pasaje educativo a otro o también frente a la decisión de una actividad laboral) la posibilidad y necesidad de evaluar y ejecutar una decisión respecto de su futuro, tanto en adolescentes, adultos como adultos mayores. Para este último grupo, y debido a las características propias de esta edad, se utilizan aquellas estrategias para que el anciano sienta necesidad de continuar con el aprendizaje de acuerdo a las propias necesidades, teniendo como objetivo la mejora de la calidad de vida del mismo. (Apunte de Curso anual “Evaluación y tratamiento neurocognitivo en niños, adultos y adultos mayores dictado por Drdo. Marcela Raggi, 2014 p. 67)

Y por último, el ámbito *Clínico* el cual reviste significativo interés para esta investigación. La psicopedagogía clínica es el campo donde se estudia y se trabaja sobre los aprendizajes sistemáticos y asistemáticos. Se ocupa de la salud mental en cuanto aprender implica afrontar un conflicto, construir un conocimiento y en algunos casos padecer perturbaciones. El objeto de estudio de la misma, es un sujeto concreto y real, que cree y siente y al mismo tiempo sufre al encontrar obstáculos en su proceso de aprendizaje. Que posee fortalezas y debilidades que están condicionadas, pero no determinadas por sus limitaciones.

Según la autora Sara Paín (2010, p. 43) en su libro "Diagnostico y tratamiento de los problemas de aprendizajes", el proceso diagnóstico consta de diferentes momentos. El mismo, tiene como objetivo recopilar todos los datos necesarios para comprender en cada caso particular el significado, la causación y la modalidad de la perturbación que motiva la demanda de asistencia. Por esto, en un proceso diagnóstico lo que reviste de mayor importancia es poder identificar el síntoma que afecta este sujeto, en relación a su proceso de aprendizaje.

Teniendo en cuenta el lineamiento de la autora citada con anterioridad, en el proceso diagnóstico es posible identificar distintos momentos.

El primero de ellos, es el *motivo de consulta*, el cual brinda al profesional la causa que motiva la búsqueda de solución en relación a un problema de aprendizaje. Reviste de importancia, ya que expresa la urgencia que se le adjudica a la dificultad, si resulta una necesidad intrínseca o extrínseca del sujeto o su familia.

Posteriormente se realiza una *entrevista personal* en la cual se debe insistir en la concurrencia de cada uno de los actores implicados ya sea familiar o tutor responsable, que pueda brindar información. Esto permite al profesional recabar indicadores que sirvan para sus futuras hipótesis diagnósticas. Además brinda una aproximación a la representación consciente e inconsciente del no aprender dentro de este núcleo familiar, revelando la importancia adjudicada al síntoma. También cuáles son sus expectativas acerca de la intervención, modalidades de comunicación, fantasías de enfermedad y de curación e ideología.

En segunda instancia, se realiza lo que se llamara "Historia Vital", en la cual se reconstruye la historia del niño. Se tendrán en cuenta datos tales como:

- *Prenatales*: se referirá a condiciones de la gestación, eventuales enfermedades de la madre, expectativas de la familia y pareja respecto de esta niño, alimentación de la madre y cuidados durante el periodo de embarazo.
- *Perinatales*: aquellas que relatan características del parto, como por ejemplo tipo de parto, natural o por cesárea, utilización de instrumentos invasivos, como lo es el Fórceps. Se busca indicadores que demuestren si ha existido sufrimiento fetal, lesión entre otras.
- *Posnatales*: Se refiera a aquellas características que muestren una adaptación del niño al nuevo medio.
- *Desarrollo*: Intenta establecer si los hitos evolutivos fueron adquiridos en las edades estipuladas para ellos o por el contrario fue una precoz o posterior a lo esperado por la edad cronológica. Se evalúa tanto las

áreas cognitivas, de lenguaje y motoras, sin pasar por alto adquisición de hábitos.

- *Aprendizaje*: Se tendrá en cuenta si el niño una vez adquirida las pautas, es independiente para realizarlas, o por el contrario necesita de andamiaje.
- *Escolaridad*: Se debe consignar aquí todo lo referido al niño inmerso en la institución educativa. Además se debe indagar qué representa este ámbito para la familia y que expectativas son atribuidas.

Una vez recabada la información necesaria, se realiza una o varias hipótesis diagnósticas las cuales deberán ser constatadas o rechazadas a través de distintas técnicas o pruebas aceptadas por la comunidad científica. Estas brindan un conocimiento profundo acerca de las personas, del desarrollo de sus capacidades y del modo de interrelacionarse de los sujetos en grupos.

Debido a sus lineamientos teóricos, objetivos y demás características se clasifican en Hora de Juego, proyectivas, psicométricas y aquellas que resultan específicas del quehacer psicopedagógico.

Sara Paín (2010, p. 66), expresa que el juego es una actividad asimilativa, por la cual el individuo es capaz de aludir objetos, presentes o ausentes, creando un simbolismo frente a estos. Esta actividad permite al profesional recabar información respecto de los esquemas que organizan e integran el conocimiento a nivel representativo. Es por esto que la técnica Hora de Juego es una herramienta frecuentemente utilizada en el ámbito psicopedagógico.

Las pruebas proyectivas, son aquellas que interpretan las atribuciones que el individuo deposita en los objetos, mecanismos de defensa intervinientes y caracterización de la personalidad en sus diferentes aspectos.

En lo que respecta a las pruebas psicométricas, son aquellas que permiten obtener información sobre el desarrollo intelectual del sujeto.

Se debe tener presente que las mismas permiten obtener información tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

En lo que referido al valor cuantitativo hace referencia al coeficiente Intelectual o también conocido como CI del sujeto evaluado, establecido mediante el uso de baremos que dispondrán una ubicación del mismo en una franja etaria, dentro de una población definida, situándolo a través de un valor perceptual en relación a un desvío estándar respecto a la media del rendimiento del grupo muestral.

En lo que respecta al análisis cualitativo permite observar y describir como se ponen en juego los conocimientos intelectuales adquiridos, los métodos para resolver los problemas planteados, verbalización y capacidad de eludir-aludir aquellos componentes emocionales al momento de solucionar problemas que requieren una respuesta cognitiva.

Y por último, aquellas *pruebas específicas*, en lo que respecta a *lateralidad*, siendo su objetivo evaluar el predominio cerebral del sujeto. Y también aquellas que basan su investigación en la de *lectoescritura y habilidades matemáticas*. Brindan así indicadores de posibles dificultades de las áreas previamente mencionadas. Dentro de este tipo de pruebas, también, es pertinente incluir aquellas que evalúan percepción, atención, memoria, entre otras capacidades necesarias para un aprendizaje normal.

Dentro del proceso diagnóstico, se debe realizar un análisis de las condiciones ambientales en las cuales se encuentra inmerso este sujeto para poder dar por

terminada la etapa de recopilación de la información vital, concluyendo con la elaboración de una historia clínica.

Una vez que se han justificado y validado las hipótesis, se arriba a un diagnóstico. Luego, se realiza la entrevista de devolución, donde se comunican los resultados del proceso realizado y la necesidad o no de continuar con tratamiento. Cuando se considera necesario se realizan derivaciones a otros profesionales.

### Parte III

#### CAPÍTULO V

#### METODOLOGÍA.

##### **Problema de investigación:**

¿De qué manera, durante el proceso de intervención psicopedagógica realizado con J, en el ámbito clínico, se promovió el desarrollo de factores protectores que desarrollen su capacidad de resiliencia?

##### **Objetivos:**

##### **Generales:**

1. Identificar factores adversos y protectores de resiliencia, a los que fue expuesto J, tanto externos así como los presentes en el mismo y los desarrollados a partir de la intervención psicopedagógica en el ámbito clínico.
2. Determinar el rol del psicopedagogo como promotor de una conducta resiliente dentro del trabajo clínico.

##### **Específicos:**

1. Detectar factores adversos y protectores a partir de la lectura y análisis de la historia clínica del caso J.
2. Buscar elementos que corroboren la presencia de factores resilientes en la práctica psicopedagógica dentro del ámbito clínico.
3. Describir el rol del psicopedagogo como promotor de capacidades, valores y atributos resilientes.

4. Brindar sugerencias para el desarrollo de capacidades, valores y atributos resilientes durante el trabajo clínico.
5. Determinar la relevancia que le otorga el psicopedagogo a esta habilidad (resiliencia).

**Tipo de investigación:**

Se considera pertinente especificar y definir el tipo de investigación realizada.

La presente investigación es consistente en la recopilación e interpretación detallada y exhaustiva de toda la información disponible sobre un individuo en particular, explorando así su singularidad dentro de su contexto específico de existencia. Persiguiendo el objetivo principal de detallar e interpretar fenómenos, y el estudio de sus relaciones para conocer su estructura y los aspectos que intervienen en la dinámica de los mismos.

**Sección de muestra:**

La presente investigación se basa en un caso clínico único considerado pertinente para el estudio de dicha temática. Se realizó la selección del mismo entre 20 (veinte) casos. En una primera elección, se obtuvieron 3 (tres) que fueron considerados los más representativos. A continuación, debido a sus características e importancia frente a dicha investigación se produjo la selección del caso J. Todos ellos fueron proporcionados por una institución privada localizada en la localidad de Pérez – Santa fe, a la cual concurren treinta y dos sujetos, entre ellos niños y adolescentes, entre 2 (dos) y 15 (quince) años de edad. Los mismos realizan diversas terapias: psicología, fonoaudiología, psicopedagogía, musicoterapia entre otras.

**Unidad de análisis:**

Niño de 6 (seis) años de edad cronológica, proveniente de la ciudad de Pérez el cual se encuentra en tratamiento psicopedagógico desde el mes de marzo del año 2014 (dos mil catorce) hasta la actualidad.

Informantes calificados:

- Docente.
- Fonoaudióloga.
- Musicoterapeuta.
- Psicóloga.
- Psicopedagoga.

El análisis de los documentos se realiza en tres pasos. En primer lugar se trabaja sobre la historia clínica del caso a analizar, esto resulta útil para conocer su trama social y familiar, permitiendo señalar aquellos factores de riesgo a los que ha estado expuesto. A continuación, se buscarán factores protectores externos y presentes en el niño y aquellos que han sido desarrollados a partir de la intervención psicopedagógica. Por último, se trabaja con informes entregados por los profesionales que han trabajado con dicho caso, y las entrevistas realizadas a docentes y padres. Este tipo de análisis de datos se sustenta de acuerdo al modelo ecológico de Bronfenbrenner, citado como marco referencial.

## ANÁLISIS DE DATOS

### CASO J

“J” es un niño de 6 (seis) años de edad que concurre a una institución pública de la localidad de Pérez – Santa fe. Se toma conocimiento de dicho caso ya que se produce una intervención judicial debido a que uno de los hermanos del niño ha sido separado del núcleo familiar por desnutrición severa.

El niño nació prematuramente a las veintiséis semanas de gestación. Tuvo bajo peso al nacer. Es el hermano mayor de trillizos, los cuales fallecieron después de los doce días de haber nacido.

Estuvo internado por 6 (seis) meses y a los 3 (tres) meses y medio fue operado de la vista.

Su madre, actualmente, tiene 24 (veinte cuatro) años, es ama de casa, con estudios primarios incompletos. La misma comenta que existieron golpes durante el embarazo por parte del padre biológico de los niños.

Padrastro de 54 (cincuenta y cuatro) años, es albañil, con estudios primarios incompletos. El mismo no presenta consanguineidad con J, así como con ninguno de sus hermanos.

La relación entre ellos comenzó hace 2 (dos) años, aproximadamente.

La asistente social a cargo del caso, comenta que más allá que esta persona no sea el padre de los niños se preocupa y ayuda a los mismos. A diferencia de su madre, la cual tiene dificultades para cumplimentar su rol.

Como se dijo anteriormente J ha sobrevivido al parto a diferencia de sus otros dos hermanos. Además, tiene una hermana de dos años y medio, la cual presenta un alto grado de desnutrición. Por tal motivo, ha sido necesaria la

asignación de una persona, la misma se encarga de supervisar que la madre se acerque a diario a una institución educativa a retirar aquellas porciones sobrantes del comedor escolar para que se produzca la ingesta diaria de nutrientes para esta niña y para J. Además, posee un hermano mayor el cual ha sido entregado en guarda, no por propia voluntad de la madre sino por orden judicial. No se le permite ni a la madre ni a los niños visitar a su hermano. El mismo tiene nueve años y cursa el tercer año de la escuela primaria.

J fue diagnosticado con desnutrición.

La vivienda en la cual habitan cuenta con una sola habitación, piso de tierra y techo de paja. Dicho espacio es utilizado tanto para cocinar, comer y dormir. No posee baño, sino excusado (pozo fuera de la casa). Conviven la madre, el padrastro, hermana menor y el niño.

Respecto a los hitos del desarrollo, el niño caminó a los 3 (tres) años, adquirió el lenguaje a los 2 (dos) años y medio, aproximadamente. En la actualidad, no controla esfínteres.

J ha conocido a su padre biológico pero no existe relación entre ellos, la madre comenta en una de las entrevistas con los profesionales “no se acuerda de él, no pide para verlo y nunca se hizo cargo”.

Respecto a su historia escolar, el niño ha comenzado en la institución a los 4 (cuatro) años debido a la intervención judicial, como mecanismo contenedor y regulador por el déficit nutricional que se evidencia tanto en él como en su hermana menor.

Desde su inicio se realiza un proyecto de integración con la escuela especial, debido a las carencias socioambientales en las cuales está inmerso el niño. Se decide además derivarlo al centro de salud donde, de manera interdisciplinaria,

se comenzó el trabajo con el mismo. En la actualidad el equipo de trabajo está compuesto por: neurólogo, médico clínico, nutricionista, psicóloga, psicopedagoga y fonoaudióloga.

Las docentes en varios informes redactados durante el año lectivo 2014 (dos mil catorce) comentan las serias dificultades en las diversas áreas del desarrollo. Como por ejemplo.... - “A nivel de la motricidad gruesa era rústico y tosco, poseía movimientos incordiados teniendo en cuenta lo esperado por su edad cronológica”.

Al observar informes del profesor de educación física se puede evidenciar dificultad para toma de objetos, en la ubicación espacio-temporal, falta de coordinación frente al pedido de un cambio de dirección, entre otras dificultades. También en relación a su motricidad fina se podía observar déficits en aquellas praxias esperables para su edad cronológica y nivel educativo (toma de tijera, lápiz, utilización de objetos como punzón). En relación al lenguaje hay dificultades tanto a nivel expresivo como comprensivo, así como también en el área personal – social, ya que el niño no interactuaba ni con los docentes, ni con sus pares.

A mediados del 2014 (dos mil catorce) se produce una nueva intervención judicial ya que la madre no responde de la manera requerida. Por esto se decide supervisar semanalmente la concurrencia tanto a la institución educativa como a las diversas terapias. El niño debe concurrir 3 (tres) veces en la semana a psicología, 2 (dos) veces a psicopedagogía, profesional que además desarrolla el rol de acompañar al niño dentro de la institución educativa 3 (tres) veces a la semana y lo que respecta a fonoaudiología, 1 (una) sesión por semana.

Una vez que se certifica la constancia en el tratamiento J avanza de manera significativa, se puede observar una evolución en todas las áreas del desarrollo.

En lo que respecta a la intervención psicopedagógica, se observa evolución en comprensión de consignas, respeta pautas básicas de trabajo (como por ejemplo si tengo las manos sucias debo ir a lavármelas), es capaz de sostener el nivel atencional por alrededor de 5 (cinco) minutos. Ha comenzado a dominar aquellos movimientos con un fin específico necesario en el ámbito educativo. Se observa un estrecho vínculo con la profesional, el niño ingresa sonriente y entusiasmado a la consulta.

En la actualidad se está focalizando el tratamiento en relación a la conciencia fonológica, adquisición de la lectoescritura y comprensión.

Respecto del lenguaje los profesionales y maestros remiten a un avance significativo, ya que ha incrementado su caudal de palabras y la habilidad para utilizarla en diversos contextos. Esto ha ayudado a que el niño pueda comunicarse con sus pares y adultos sintiéndose comprendido.

Teniendo en cuenta la falla a la hora del control de esfínteres, los docentes remiten que el niño a diferencia de hace 2 (dos) años atrás, ha evidenciado sentir la incomodidad ante la situación. Esto se pone de manifiesto cuando no quiere ingresar al salón o cuando se esconde dentro del baño y llama a gritos a algún adulto que pueda socorrerlo. Por lo que los profesionales han sugerido que cada aproximadamente 1 (una) hora se le recuerde que debe asistir al baño.

Dentro de la sala se refuerzan todas aquellas actividades que ayuden a fomentar su autonomía y autoestima, es por esto que los docentes asignan tareas que las fomenten cada una de estas actividades.

En el mes de marzo del año 2015 (dos mil quince) se integró a la terapia talleres de musicoterapia para contribuir al tratamiento del niño. A la misma concurre 1 (una) hora cada 15 (quince) días, donde se trabaja con un profesional y niños de su misma edad.

Además y de acuerdo a lo dictaminado por el juzgado interviniente en el caso, durante el período de receso escolar de invierno del corriente año el niño "J" deberá asistir a la colonia de vacaciones municipal de su localidad.

Esquema de los factores de riesgo identificados:

CASO J	
FACTORES DE RIESGO ( Intrínsecos y extrínsecos al sujeto)	INTERPRETACIÓN
NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO	Recursos escasos para poder satisfacer las necesidades básicas de los niños.
CASO JUDICIALIZADO	Intervención de la justicia por tomar conocimiento de desnutrición en dos de los tres hijos.
NACIMIENTO PREMATURO- BAJO PESO AL NACER.	Condición que afecta la correcta formación del niño a nivel biológico y funcional.
MUERTE DE SUS DOS HERMANOS AL MOMENTO	Pérdida irreparable que deja huellas en el inconsciente del niño.

DEL NACIMIENTO.	
INTERNACIÓN	El niño estuvo internado por seis meses. Lo cual no permite una correcta inclusión en el cese familiar.
OPERACIÓN OCULAR	Manipulación del niño, y sometimiento a un proceso quirúrgico el cual puede haber dejado huellas significativas en su inconsciente.
DESNUTRICION INFANTIL	Condición que afecta el normal desarrollo del niño.
ALEJAMIENTO POR ORDEN JUDICIAL DE SU HERMANO MAYOR.	Impedimento de contacto con su hermano mayor. Desarraigo con el mismo luego de 6 años de convivencia.
VIVIENDA PRECARIA	Características de extrema pobreza. Debido a los déficits de la misma resulta aun más difícil que el niño adquiera hábitos de higiene y control de esfínteres.  Además, debido al poco espacio físico se dificulta en desarrollo de actividades con autonomía.
ADQUISICION DE HITOS DEL DESARROLLO TARDIOS O NO ADQUIRIDOS.	Presupone alteración en el desarrollo normal del niño y predisposición a trastornos en el desarrollo en el futuro.
NULA RELACION CON SU PADRE BIOLÓGICO.	Alteración en el vínculo. Así como también el proceso de identificación con el mismo.
SERIAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE.	Existen alteraciones en todas las áreas del desarrollo.

CASO J	
FACTORES PROTECTORES ( Extrínsecos )	INTERPRETACIÓN
PADRASTRO	Ayuda y contribuye con el niño.
INTERVENCION JUDICIAL	Permite al niño acceder a una alimentación acorde, da sustento a la hermana menor. Da acceso y controla que se mantenga el tratamiento con los diversos profesionales (Psicopedagogía , Psicología y fonoaudiología)
PROFESIONALES Y DOCENTES	En ellos el niño identifica referentes saludables.

Teniendo en cuenta los criterios establecidos en el Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes (Munist, Santos, Kotliarenco, Ojeda, Infante & Grotberg, 1998, p. 20) para la observación del perfil de niños resilientes se identificarán los factores protectores intrínsecos al sujeto, a partir de la información presente en las entrevistas a profesionales, docentes y familiares del niño, previas al comienzo del tratamiento:

CASO J	
FACTORES PROTECTORES (Intrínsecos previos al	INTERPRETACIÓN

comienzo del tratamiento.)	
COMPETENCIA SOCIAL	Capacidad de lograr aliviar sus desventuras y encontrar maneras diferentes de mirar situaciones buscándole el lado cómico o a través de la risa.

A continuación se expondrán aquellos factores protectores intrínsecos observados luego del trabajo realizado durante de 1 (un) año y 6 (seis) meses con el niño en cuestión:

CASO J	
FACTORES PROTECTORES (Intrínsecos posteriores al tratamiento.)	INTERPRETACIÓN
COMPETENCIA SOCIAL	<p>Se observa mejora en la búsqueda de interacción con otros niños, docentes y profesionales. J propicia el encuentro y charla con otros tanto en la institución educativa como en el centro terapéutico. Además cuenta su madre que disfruta de “hablar con sus vecinos y de ir a comprar a la granja sin notita”.</p> <p>Su sentido del humor ha ido en aumento ayudando a sobreponerse a desventuras, además de demostrar este tipo de conducta frente a dificultades que se les presentan a sus pares</p>

	<p>dentro de la sala o consultorio. De igual manera comentan los profesionales que frente a la dificultad del control de esfínteres J se desamina, llora y enoja , provocando un estrés significativo, es por esto que en la actualidad se estaban evaluando diversas estrategias para su resolución.</p> <p>Un ejemplo de esta capacidad que relata la Psicopedagoga encargada del caso sucedió hace algunas semanas. La misma se encontraba hablando con una madre de otro paciente, tanto J como dicho niño, el cual llamaremos F se encontraban charlando en la sala de espera. En determinado momento ante un silencio durante la charla entre adultos se escucha que J comenta a F: - “Yo todavía no se ir al baño y P (niño que asiste a la misma sala que J) siempre dice que soy un bebe porque no me sale ir, ¿Pero sabes que voy a hacer si no me sale? Me pongo un pañal, como mi hermanita para ir a al jardín y le dibujo animalitos para que parezca un calzoncillo y listo, y si se ríe le dio jaaaaa es para hacer una obra jaaaaa ¿Qué pensaste que era un pañal? Jaaaaa”. Este tipo de comentarios demuestran la capacidad de J para resolver situaciones desfavorables utilizando como recurso el humor.</p>
RESOLUCION DE	J ha comenzado a desarrollar capacidades para

PROBLEMAS	<p>flexibilizar su manera de actuar, buscar posibles soluciones a diferentes tipos de problemas, tanto del ámbito cognitivo, social o afectivo. El ejemplo anterior también pone de manifiesto este tipo de capacidad, ya que el niño prevee una situación posible y cotidiana y manifiesta una solución a la misma. También, comenta la Psicopedagoga que durante las observaciones realizadas en el salón de clases, J frente a incapacidades como por ejemplo el manejo de tijera, logra resolver la situación pidiendo ayuda a la docente o un compañero, mientras que en un comienzo del tratamiento, este tipo de situaciones producía en él un estado de ansiedad muy severo dificultando la continuidad de la actividad planteada por el docente.</p>
AUTONOMÍA	<p>J ha logrado actuar de manera casi independiente en situaciones donde, en un comienzo, no le era posible. Y frente a exigencias que le resultan dificultosas busca ayuda tanto de adultos como de pares.</p> <p>Manifiesta la madre del niño, que cada vez se muestra más autónomo para desarrollar diversas actividades, como por ejemplo si la misma necesita algún elemento ya sea del almacén o la farmacia que se encuentran a pocos metros de su domicilio J se ofrece y solicita realizar dicha</p>

	<p>actividad por sí solo.</p> <p>“Al principio yo le daba todo anotado para que él le dé el papel al Manuel, pero ahora no, le digo que tiene que traer y él se acuerda, me dice el precio y me da el vuelto”, comenta su madre frente a preguntas de profesional en el momento de la entrevista.</p> <p>En lo que respecta al ámbito educativo la docente remite que ha demostrado mayor autonomía principalmente en lo que refiere a hábitos estipulados durante la jornada académica, como preparar su mesa para merendar, lavado de manos, contribución a la preparación de aquellos elementos necesarios tanto para el trabajo áulico, (preparado de paneras y temperas, reparto de materiales a sus compañeros, como pinceles, fibras etc....) como extra áulico (principalmente en la hora de educación física donde el docente da diversas responsabilidades al niño).</p>
<p>SENTIDO Y PROPOSITO DE FUTURO</p>	<p>Se observa en el niño capacidad de búsqueda de concreción de objetivos, motivación para lograrlos.</p> <p>Un de las unidades que se han desarrollado dentro de la sala han sido las profesiones, en dicho trabajo J a expresado comentarios como “cuando yo sea grande voy a ser médico, voy a estudiar mucho mucho para poder curar a las</p>

	<p>personas, como cuando mi hermanita tiene fiebre”, connotando un objetivo a largo plazo, y fe en un futuro mejor.</p>
--	---

CUESTIONARIO A SER RESPONDIDO POR PADRE/MADRE/ TUTOR DEL NIÑO.

Por medio de la intervención de la Psicopedagoga, se le pide a la madre/tutora del niño que responda dicho cuestionario.

CUESTIONARIO	SI	NO	Observaciones
En casa...			
¿Es un niño activo?	Si		
¿Tiene sentido del humor?	Si		
¿Logra reírse de sí mismo?			Se ríe de todo
Frente a un problema ¿Actúa de manera reflexiva?		No	Es muy chico para darse cuenta
¿Logra encontrar caminos alternativos frente a los conflictos que se le presentan?	Si		Intenta hasta que lo puede hacer
¿Actúa de manera independiente?	Si		
¿Logra una motivación intrínseca?	Si		
¿Direcciona sus objetivos?	Si		
¿Se frustra fácilmente?	No		
¿Controla sus impulsos?	No		
¿Suele preocuparse			Siempre está pendiente de lo que le

<p>cuando ocurre alguna situación de conflicto, aunque esta lo exceda? EJ: discusiones entre adultos, problemas económicos.</p>			<p>pasa a su hermana y a mi</p>
---	--	--	---------------------------------

Cada uno de los puntos tenidos en cuenta anteriormente remiten a la búsqueda de indicadores que contribuyan a identificar factores constitutivos del perfil resiliente de J, teniendo en cuenta lo expresado en el libro el Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes (Munist, Santos, Kotliarenco, Ojeda, Infante & Grotberg, 1998, p. 20).

Los primeros 3 (tres) interrogantes remiten a identificar capacidad de competencia social por parte del niño. El cuarto y quinto indaga sobre la habilidad identificada por la madre sobre la resolución de diversos tipos de problemas y los últimos consultan sobre sentido y propósito de futuro.

ENTREVISTADO: Docente a cargo de la sala a cual asiste J.

Factores internos:

1. *¿Ayuda a los demás? J intenta ayudar a los pares como así también al adulto que esta junto a él.*
2. *¿Emplea estrategias de convivencia? EJ. Adopción de buenas decisiones, control de impulso, y resolución de problemas. Aun no ha adoptado estrategias de convivencia, recurre siempre al adulto como mediador, no hay controles de impulsos no estrategias para resolver inconvenientes.*
3. *¿Tiene sentido del humor? Siempre se manifiesta contento, alegre, acepta y disfruta de las actividades propuestas.*
4. *¿Se maneja de manera autónoma? Dentro y fuera de la salita es autónomo no así para la realización de sus actividades.*
5. *¿Tiene visión positiva del futuro? Creo que sí.*
6. *¿Es un niño flexible? Muy flexible.*
7. *¿Tiene capacidad de aprendizaje? Su capacidad de aprendizaje al momento se ven acotadas por las influencias socioambientales, se está trabajando para aportar en forma positiva en dicho aspecto.*
8. *¿Tiene motivaciones personales? Debe ser estimulado por el adulto para realizar e intentar concluir sus actividades.*
9. *¿En que es idóneo? En realizar encargos durante la jornada.*
10. *¿Tiene autoestima positiva? Hay que demostrarle siempre que puede y celebrar sus logros. Todo el grupo aplaude cada logro de J.*
11. *¿Confía en sí mismo? Con refuerzo de estímulo.*

Factores ambientales:

1. ¿El ambiente promueve vínculos estrechos? *El ambiente socioeducativo le brinda vínculos estrechos, disfruta de la estadía en el jardín y su vínculo con el docente es muy bueno, es colaborador, participativo, entusiasta.*
2. ¿Se valora y alienta la educación? *En todo los sentidos.*
3. ¿El estilo de interacción es cálido? *Es cálido por parte de los adultos como así también de sus pares.*
4. ¿Se fijan y mantienen límites claros? *Los límites son consensuados con el grupo y se mantienen siempre claros.*
5. ¿Se fomentan vínculos de apoyo con otras personas afines? *Se fomenta todo tipo de vínculos con todos los actores de la institución.*
6. ¿Es alentada la actitud de compartir responsabilidades y ayudar a otros? *Siempre se alienta al niño no solo por el adulto sino también por sus pares que cada día a día reconocen los logros del niño.*
7. ¿Existen recursos básicos de vivienda, salud, trabajo, atención y recreación? *Recursos básicos de vivienda y trabajo a nivel familiar no existen. En cambio en la institución J es atendido integralmente. Los adultos que están cargo del niño en la institución son accesibles, responsables y atentos a las necesidades del niño demostrando empatía, capacidad de escucha y actitud cálida. Además expresan su apoyo constantemente de manera que favorezca al niño, dándole un sentimiento de seguridad y confianza en sí mismo. También veo que existe un gran apego del niño hacia los profesionales con los que trabaja. Especialmente con su psicopedagoga porque siempre comenta que actividades realiza con esta, cada mañana pregunta si la misma vendrá o no a la sala.*

8. ¿Posee expectativas de éxito elevadas y realistas para este niño? *Las expectativas son apropiadas a su edad, se las comunico de manera consistente, con claridad y firmeza para que lo fortalezca y promuevan su autonomía, y le ofrezca oportunidades de desarrollo.*
9. ¿Se promueve el establecimiento de logros y metas? *En todo momento, buscando desarrollar sus virtudes y fortalezas.*
10. ¿Fomentan el desarrollo de valores sociales? *Fomenta valores sociales y estrategias de convivencia con sus pares y adultos.*
11. ¿Proporcionan oportunidades de participación significativa? *El jardín es un espacio donde se brindan oportunidades de participación significativa en la resolución de problemas, toma de decisiones. El aprendizaje sea más práctico y el curriculum muy flexible y atendiendo al mundo real de los niños.*

AÑO: 2015

DOCENTE: encargado de la sala a la cual asiste el niño.

Referencias para la puntuación:

1. Esta muy bien.
2. Se ha avanzado mucho en esta área.
3. Estamos empezando.
4. No hay nada hecho.

VINCULO	CALIFICACIÓN			
	1	2	3	4
PROSOCIAL				
El alumno tiene vínculos positivos con al menos un adulto protector en la escuela.	X			
El alumno participa de actividades de su interés antes, durante y después del horario de clases.	X			

La familia tiene vinculo positivo con la escuela.		X		
El ambiente físico de la escuela es cálido, positivo y acogedor.	X			
LIMITES CLAROS Y FIRMES				
El alumno tiene claro las conductas que se esperan de él.	X			
El alumno acude a adultos significativos de la institución cuando tiene algún problema.	X			
AFECTO Y APOYO. De acuerdo a su observación:				

El alumno se siente apreciado y cuidado dentro de la institución educativa.	X			
El alumno recibe incentivos, reconocimientos y gratificaciones.	X			
La escuela tiene un clima alentador.	X			
El niño obtiene los recursos necesarios para poder cumplir con la tarea educativa.	X			

ENTREVISTADO: Fonoaudióloga a cargo del caso.

CUESTIONARIO REALIZADO POR LA FONOAUDIOLOGA INTERVINIENTE EN EL CASO.

De acuerdo al ámbito que usted comparte con el niño, que podría decir sobre:

Factores internos:

1. *¿Ayuda a los demás? Dentro del ámbito que comparto con el niño resulta un tanto difícil observar este tipo de cuestiones, pero en lo que respecta al trabajo uno a uno intenta ayudar y colaborar.*
2. *¿Emplea estrategias de convivencia? EJ. Adopción de buenas decisiones, control de impulso, y resolución de problemas. Se está trabajando sobre esto desde una perspectiva multidisciplinaria ya que en un comienzo no se evidenciaba este tipo de estrategias. Sin embargo, en la actualidad si ha comenzado a demostrar capacidad para resolver diversos problemas, censurar aquellos impulsos no acordes a la vida en sociedad.*
3. *¿Tiene sentido del humor? Si J es un niño con mucho sentido del humor, cuestión utilizada por mi parte para el trabajo con él.*
4. *¿Se maneja de manera autónoma? Existe un aumento de la autonomía del niño a diferencia de hace algunos meses atrás, de igual manera es un punto a continuar trabajando.*
5. *¿Tiene visión positiva del futuro? Desde hace algún tiempo J utiliza frases que remiten al futuro y su perspectiva del mismo.*
6. *¿Es un niño flexible? Si considero que gracias a los tratamientos hemos logrado un gran avance en este punto.*

7. ¿Tiene capacidad de aprendizaje? *Si de a poco ha logrado incrementar esta capacidad. Con facilitadores.*
8. ¿Tiene motivaciones personales? *Claro, las observo en cada sesión. En la actualidad es lograr llegar a la “escuela de los chicos grandes”, como él la llama.*
9. ¿En que es idóneo? *Búsqueda de pequeñas pero significativas soluciones a problemas que se le plantean. Capacidad a explotar.*
10. ¿Tiene autoestima positiva? *De acuerdo a lo que este niño ha pasado a lo largo de su corta vida, considero que más allá de sus dificultades, su autoestima es una de sus principales fortalezas.*
11. ¿Confía en sí mismo? *En ocasiones, no siempre, existes situaciones que lo desbordan.*

#### Factores ambientales:

1. ¿El ambiente promueve vínculos estrechos? *Dentro del consultorio se promueve el vínculo siempre sosteniendo una relación de paciente-terapeuta.*
2. ¿Se valora y alienta la educación? *Si constantemente.*
3. ¿El estilo de interacción es cálido? *Lo suficiente como para que el niño pueda establecer un lazo de trabajo con el profesional.*
4. ¿Se fijan y mantienen límites claros? *Si, es vital para un buen encuadre terapéutico.*
5. ¿Se fomentan vínculos de apoyo con otras personas afines? *Si tanto con el equipo terapéutico como con los directivos de la institución.*
6. ¿Es alentada la actitud de compartir responsabilidades y ayudar a otros? *Sí, siempre dentro del ámbito del consultorio. Trabajo uno a uno.*

7. ¿Existen recursos básicos de vivienda, salud, trabajo, atención y recreación? *En lo personal, considero que no, este niño tiene todo tipo de carencias.*
8. ¿Posee expectativas de éxito elevadas y realistas para este niño? *Poseo expectativas realistas para él.*
9. ¿Se promueve el establecimiento de logros y metas? *Si y también están fijadas dentro del ámbito educativo.*
10. ¿Fomentan el desarrollo de valores sociales? *Si, desde que el niño ingresa a la sala de espera hasta que se retira.*
11. ¿Proporcionan oportunidades de participación significativa? *Si, propongo espacio de participación para el niño dentro del ámbito del consultorio.*
12. ¿Aprecian talentos específicos del paciente/alumno? *Si, J tiene ciertos talentos e intento potenciarlos.*

ENTREVISTADO: Músicoterapeuta a cargo del caso J.

INFORME REALIZADO POR LA MUSICOTERAPEUTA INTERVINIENTE EN EL CASO.

Debido al corto tiempo de trabajo con el niño se pidió a la profesional mencionada que contribuya a la presente investigación mediante un informe.

CASO: J.

FECHA DE COMIENZO DEL TRABAJO CON EL MENOR: MARZO DEL 2015.

FECHA DE INFORME: 1 DE ABRIL DEL 2015.

Comienzo mi intervención en el mes de marzo del corriente año, ya que así lo sugiere la psicopedagoga interviniente en el caso. Dicha intervención es solicitada ya que observan déficits en motricidad gruesa, fina y vínculos sociales.

J es un niño cariñoso, con buen humor, que puedo establecer una vinculación adecuada a con la profesional.

En el primer mes se trabajó solo el niño con la terapeuta y luego fue incorporado a un grupo de trabajo.

Se observa dificultad de coordinación, equilibrio y lateralidad en relación a manipulación de objetos y de su propio cuerpo. No logra respetar aquellas normas establecidas por sus pares. Esto quiere decir que J respeta la autoridad del profesional, pero cuando se plantean trabajos en grupo no es capaz de aceptar normas impuestas por otros niños.

Disfruta de la sesión de relajación, donde por lo general se queda dormido.

CASO: J.

FECHA DE COMIENZO DEL TRABAJO CON EL MENOR: MARZO DEL 2015.

FECHA DE INFORME: 1 DE JULIO DEL 2015.

J continua asistiendo a talleres grupales, a los cuales asisten 4 niños más, de su misma edad.

Ha logrado el respeto de normas de trabajo establecido por sus propios compañeros y ha fortalecido la aceptación de las mismas, además de ayudar en la elaboración de las mismas.

Noto un gran acercamiento hacia un niño de su misma edad, ambos viven en el mismo barrio y comparten el mismo ámbito educativo. J disfruta de invitaciones que este le hace para realizar diversas actividades fue del ámbito terapéutico.

RELACIÓN QUE DEBE SER FOMENTADA EN CADA ÁMBITO DE TRABAJO.

Respecto de su coordinación el niño ha logrado incrementar su coordinación (cambios de dirección repentinos, nociones como más lento, rápido, dentro, fuera).

Su equilibrio a mejorado de manera significativa, manifestado también por su madre, la cual remite que el niño no se “cae” tantas veces. Su marcha es más equilibrada, dinámica y económica.

Es necesario el trabajo puntualizado en su motricidad fina, ya que se observa dificultad específica en la disociación de sus manos, toma de lápiz y pinza. Por lo que se fomentara el trabajo con enhebrados y encastrados. PUNTO A DESARROLLAR DENTRO DEL ÁMBITO EDUCATIVO Y PROFESIONAL.

ENTREVISTADO: Psicóloga a cargo del caso J.

Factores internos:

1. *¿Ayuda a los demás? J es un niño solidario, esto es observable en cada ámbito donde se desarrolla.*
2. *¿Emplea estrategias de convivencia? EJ. Adopción de buenas decisiones, control de impulso, y resolución de problemas. El trabajo con él ha sido necesario en cada una de estas áreas. J no era capaz de resolver problemas sin soporte de otro, le resultaba extremadamente difícil soportar un no, podía responder de cualquier manera. Una vez tiró todo lo que estaba sobre el escritorio del consultorio. Pero luego de un trabajo exhaustivo, tanto de los profesionales, como de los docentes y la colaboración de su madre ha logrado un mayor control de sus impulsos, resuelve problemas que antes no le eran posible, siempre teniendo presente que se debe seguir trabajando de la misma manera con el niño, y su familia.*
3. *¿Tiene sentido del humor? Sí esta fue una de sus principales fortalezas desde el comienzo, ya que permitía aliviar su frustración.*
4. *¿Se maneja de manera autónoma? Si pienso en J cuando comenzó y ahora.... Ha avanzado de manera significativa en su autonomía, logra hacer actividades que antes eran impensadas para él mismo y para mí también. Ha superado mis expectativas.*
5. *¿Tiene visión positiva del futuro? Respecto a esto, y desde mi lugar noto que en la actualidad el niño refiere a cuestiones del futuro que antes no existía, ya sea de un presente cercano o lejano. Por esto considero de su propia perspectiva de futuro ha mejorado de manera positiva.*

6. *¿Es un niño flexible? De a poco ha logrado mayor flexibilidad, es una cuestión a trabajar todavía, pero en comparación al principio del tratamiento veo un avance significativo en este aspecto.*
7. *¿Tiene capacidad de aprendizaje? Sí, hay potencial para explotar en el niño. Como dije anteriormente al comienzo mis expectativas no eran demasiadas, pero he tenido que replanteármelas por el avance que ha demostrado J.*
8. *¿Tiene motivaciones personales? De acuerdo a lo que observo, creo que sí.*
9. *¿En que es idóneo? En pequeños encargos, es un niño solidario, que le gusta colaborar.*
10. *¿Tiene autoestima positiva? Si, en la mayoría de las veces.*
11. *¿Confía en sí mismo? En un comienzo creo que no, no tenía esa capacidad. Pero de a poco se lo ha ayudado a que pueda confiar en si mismo mostrándole sus capacidades.*

Factores ambientales:

1. *¿El ambiente promueve vínculos estrechos? En lo que respecta a mi trabajo con él, trato de formar un vinculo lo más estrecho posible, de confianza mutua. Resulta complejo ya que no nos vemos de manera diaria.*
2. *¿Se valora y alienta la educación? Eso se intenta de manera constante.*
3. *¿El estilo de interacción es cálido? Considero que sí. Aunque muchas veces es necesario marcar limites y el clima no es tan amigable.*
4. *¿Se fijan y mantienen límites claros? Lo considero fundamental para que el niño no confunda roles, y mantener el encuadre del trabajo.*

5. ¿Se fomentan vínculos de apoyo con otras personas afines? *En lo que respecta a mi persona, las vinculaciones extra- consultorio son un tanto dificultosas por falta de tiempo. Pero intento mantener tanto con la docente como con los profesionales una comunicación mensual para evaluar avances y retrocesos.*
6. ¿Es alentada la actitud de compartir responsabilidades y ayudar a otros? *Si.*
7. ¿Existen recursos básicos de vivienda, salud, trabajo, atención y recreación? *J ha tenido carencias de todo tipo, es por esto que gracias a la intervención judicial se ha mejorado su situación.*
8. ¿Posee expectativas de éxito elevadas y realistas para este niño? *Las expectativas al comienzo del tratamiento, de mi parte, fueron mínimas. J ha superado cada una de ellas y es por esto que en la actualidad las he elevado.*
9. ¿Se promueve el establecimiento de logros y metas? *Constantemente, cada sesión tiene objetivos y metas a corto plazo que contribuyen a las de largo plazo.*
10. ¿Fomentan el desarrollo de valores sociales? *Si, las veo como la base para seguir propiciando su desarrollo.*
11. ¿Proporcionan oportunidades de participación significativa? *Dentro del ámbito en el cual me desenvuelvo sí.*
12. ¿Aprecian talentos específicos del paciente/alumno? *Si.*

ENTREVISTADO: Psicopedagoga a cargo del caso.

CUESTIONARIO REALIZADO POR LA PSICOPEDAGOGA INTERVINIENTE EN EL CASO.

De acuerdo a su conocimiento del rol materno.... ¿Qué podría decir sobre?

DESEMPEÑO DEL ROL MATERNO	RESPUESTA
1. ¿Se ocupa del cuidado personal del niño?	Si
2. ¿Cumple los controles médicos del hijo?	Recién ahora esta comprendiendo la necesidad de los estudios a realizar y se ha puesto en marcha en busca de turnos.
3. ¿Cumple con el rol de tutor del niño?	En este momento si.
4. ¿Existe o hay evidencia de maltrato físico?	No
5. ¿Existe o hay evidencia de maltrato psicológico?	No
6. Con respecto al manejo y expresión de impulso (grita, regaña excesivamente, llora y va) ¿Qué podría decir?	Cuando se le habla el comprende y realiza lo solicitado. Reniega por los juegos pero al explicarle la situación el comprende y espera turnos para utilizarlo.
7. Presenta conducta antisocial delictiva	No

comprobada	
8. Presenta síndrome psicológico y/o psiquiátrico diagnosticado	No
9. Presenta problemas de salud física incapacitante diagnosticada	No
10. Desde su observación personal ¿Es una madre afectuosa?	Si
11. ¿Escucha, o se preocupa de los problemas e inquietudes del hijo?	En este momento si. Costó mucho que comprendiera la necesidad de su acompañamiento.
12. ¿Critica en forma exagerada, negativa y descalificatoria al hijo?	No
13. ¿Ejerce autoridad jerarquizadora y rígida en el hijo?	No

ENTREVISTADO: Psicopedagoga a cargo del caso J.

Factores internos:

1. *¿Ayuda a los demás? Dentro del consultorio resulta ser un tanto difícil poder ver este tipo de cuestiones, es por esto se tomo la decisión en el equipo de realizar observaciones mensuales respecto de cómo se desarrolla el niño con sus pares y docentes. En el comienzo del trabajo, J no era capaz de sentir empatía por otros, no demostraba ningún tipo de emoción frente a diversas situaciones. Teniendo en cuenta esto, dentro del consultorio comencé a trabajar con J y con otros niños, esto permitió realizar trabajos en colaboración con otros, estimular en J en poder establecer lazos de confianzas y sustento.*
2. *¿Emplea estrategias de convivencia? EJ. Adopción de buenas decisiones, control de impulso, y resolución de problemas. Esto fue otro de los puntos trabajar en cada sesión con J. En un comienzo no existía control de impulso, por lo que resultaba muy difícil la comunicación como el trabajo guiado, y propuestas de actividades. Por esto implementé estrategias de darle a él la opción de elección frente a dos propuestas. En la actualidad no hay inconveniente, J respeta el tiempo, la actividad y mi persona. En ocasiones cuestiona las actividades pero ejerciendo un fundamento del mismo.*
3. *¿Tiene sentido del humor? Considero que es una de las principales fortalezas marcadas en J. Siempre apela a él frente a diversas situaciones.*
4. *¿Se maneja de manera autónoma? Al comienzo no, era necesario que cada uno de las actividades sea guiado y sostenido por el refuerzo del*

*adulto. Pero en la actualidad, es una capacidad que se trabaja en todos los ámbitos donde él se desenvuelve.*

5. *¿Tiene visión positiva del futuro? Es un niño pequeño por esto es un tanto complejo evaluar este punto. De igual manera al comienzo del tratamiento no existían perspectivas de él ni en que iba a hacer mañana, ni en su próximo cumpleaños... nada. En cambio ahora habla de cuestiones que engloban el mañana, por ejemplo en la última sesión trabajamos profesiones, y él me comento “cuando yo sea grande quiero ver medico”, por lo que me remite a esta perspectiva.*
6. *¿Es un niño flexible? Actualmente observo mayor flexibilidad en él, tanto en las actividades, en rotación de horarios con el equipo de trabajo, que antes era muy complejo que lo pueda tolerar.*
7. *¿Tiene capacidad de aprendizaje? Si, considero que existe potencial en él, y por eso trabajo en post que él pueda adquirir cada una de las habilidades para que pueda desarrollarse plenamente.*
8. *¿Tiene motivaciones personales? Si observo motivaciones pertinentes a la edad del niño.*
9. *¿En que es idóneo? Actualmente puede realizar las actividades sin el contante refuerzo del adulto. Ayuda a otros frente a la necesidad, se ofrece a colaborar, es solidario.*
10. *¿Tiene autoestima positiva? Si, la autoestima fue otro punto de trabajo con J, era necesario reforzarla y estimularla ya que debido a su historia personal estaba muy debilitada.*
11. *¿Confía en sí mismo? Si, también fue otro punto fuerte de trabajo en cada sesión. En el “vos podes”, “vos sabes”.*

Factores ambientales:

1. *¿El ambiente promueve vínculos estrechos? Dentro el ámbito del consultorio se promueve la vinculación del niño con las diferentes personas intervinientes. Pero donde más creo necesario fortalecer los vínculos de J es dentro de su ámbito cotidiano, en su escuela, en su casa y en su barrio.*
2. *¿Se valora y alienta la educación? Claro que si, cada profesional que interviene en el caso contribuye a que esto sea posible. Y en lo personal, refuerzo cada día en cada uno de mis pacientes la importancia de la educación en sus vidas.*
3. *¿El estilo de interacción es cálido? Si creo y trabajo para que esto sea así. Considero imprescindible para poder llevar el trabajo psicopedagógico adelante.*
4. *¿Se fijan y mantienen límites claros? ¡Claro que sí! Fundamental para establecer un marco apropiado para desarrollar un buen trabajo.*
5. *¿Se fomentan vínculos de apoyo con otras personas afines? Si, como dije anteriormente es importante que sean vínculos fuertes.*
6. *¿Es alentada la actitud de compartir responsabilidades y ayudar a que otros? Si claro que si, desde mi lugar mi objetivo principal es que el niño adquiera aquellas pautas para poder desarrollar una buena vida y con la mejor calidad de vida.*
7. *¿Existen recursos básicos de vivienda, salud, trabajo, atención y recreación? Existen carencias muy básicas en este niño, por esto se ha puesto todo por parte del municipio, el sistema judicial y el cuerpo de profesionales para darle a J y a su familia una mejor condición de vida.*
8. *¿Posee expectativas de éxito elevadas y realistas para este niño? A medida que el tiempo ha pasado J me ha demostrado que no es posible*

*colocar un techo para él, en un comienzo no era capaz de sostener su atención por más de 2 minutos, cualquier objeto que se le daba era destruido, no respetaba reglas básicas como golpeo la puerta y espero... en cambio luego de algunos meses estas habilidades han sido adquiridas. En la actualidad puedo centrar su tratamiento en capacidades relacionadas al ámbito educativo y pedagógico, como por ejemplo comprensión lectora a través de cuentos, enumeración, praxias esperables para un niño de su edad entre otras.*

9. *¿Se promueve el establecimiento de logros y metas? Claro que si, y gracias a eso su autoestima está siendo fortalecida. Siempre digo, los logros son de J los fracasos son míos.*
10. *¿Fomentan el desarrollo de valores sociales? Si como comente con anterioridad y debido a observaciones hechas en la institución educativa, fue necesario propiciar espacios de interacción con otros. Por esto se incluyo en su programación semanal talleres con una musicoterapeuta donde asisten niños de su misma edad.*
11. *¿Proporcionan oportunidades de participación significativa? ¡Claro que sí! En lo que respecta a aquellos espacios que comprarte a mi cargo.*
12. *¿Aprecian talentos específicos del paciente? ¡Claro que sí! Considero que cada uno de nosotros tiene fortalezas y debilidades, aptitudes y carencias, pero como profesional de la salud encargada de trabajar con niños debo, creo y fomento que cada uno de mis pacientes sea capaz de identificar sus talentos y con mi ayuda minimizar aquellas debilidades. Es necesario tener en cuenta que dentro del ámbito privado del consultorio en el trabajo uno a uno, o con un niño mas J se siente mucho mas cómodo y resguardado, en cambio en lugar donde existen mas de 3*

*personas sus carencias son más visibles, es por esto, que en lo que respecta a mi trabajo realizo observaciones semanales para evaluar que puntos son los más importantes a trabajar dentro del consultorio, y que estrategias serían las más oportunas para el niño. Es fundamental este tipo de intervención, y el trabajo constante con la docente a cargo de la sala.*

## **CONCLUSIÓN GENERAL DEL CASO TRABAJADO.**

De acuerdo a lo expuesto, y luego del trabajo realizado con la docente, con la madre y con cada uno de los profesionales que tratan al niño, en especial tomando como referencia una perspectiva psicopedagógica, se observa de qué manera J a logrado construir un perfil resiliente, superando las adversidades planteadas, tanto intrínsecas como extrínsecas.

Se han observado factores adversos, que como se expuso con anterioridad son aquellas condiciones negativas, ya sean intrínsecas o extrínsecas del sujeto, que perturban el desarrollo normal, en este caso en particular un nivel socioeconómico bajo, donde no se han podido cumplimentar con las necesidades básicas de J, una vivienda carente de comodidades tal es el caso que influye en la adquisición de hábitos de higiene y control de esfínteres del niño, familia ensamblada, intervención por parte del estado debido a la constatación de severo caso de desnutrición infantil en los menores de la familia, por lo que se decide separar al hermano mayor de J por considerar que se encuentra en peligro en dicho seno familiar, luego de una convivencia de 6 (seis) años y con impedimento de contacto respecto de su familia biológica. Además de un nacimiento prematuro, en el cual mueren 2 (dos) de los hermanos de J en dicho parto. Debido a esta condición sufre una internación de aproximadamente 6 (seis) meses, donde es necesaria una intervención quirúrgica debido a un déficit ocular. Además, todos los hitos de desarrollo fueron adquiridos tardíamente y algunos de ellos se encuentran en proceso de adquisición. J conoce pero no tiene ningún tipo de vinculación con su padre biológico.

En lo que respecta a factores protectores son aquellos que se relacionan tanto con atributos propios de la persona como a los relacionados a los entornos a los que pueda pertenecer el individuo, previo al trabajo realizado por los profesionales y docentes, se identificó a su padrastro quien representaba para el niño un factor constante de apoyo y protección.

A pesar de lo expuesto y luego del trabajo realizado por parte de los profesionales y, en especial, a la contribución realizada desde el ámbito psicopedagógico, J ha logrado un aumento significativo en aquellas capacidades que contribuyen a un perfil resiliente.

Es por esto que si se tiene en cuenta la relación establecida entre ambos factores tanto adversos como protectores y cuáles han sido los resultados se puede decir que J, a pesar de la supremacía de factores adversos presentes en su historia personal, y utilizando como recursos a los factores protectores intrínsecos y extrínsecos, ha logrado constituir un perfil resiliente.

De acuerdo a esto se infiere que no resulta excluyente que el individuo posea cada una de las capacidades resilientes para serlo, ya que en J se evidenciaban algunas pocas, sino que contar solo con algunas de ellas, es suficiente para lograr un proceso de adaptación positiva, permitiendo la homeostasis del individuo.

De acuerdo a Cyrulnik (2002) en su artículo *La resiliencia como factor protector* manifiesta “No se necesita coleccionar 10 factores para estar seguros de ser resilientes, algunos bien escogidos son suficientes.”

Es por esto que los rasgos resultan ser variables de un individuo a otro y está en la facultad del profesional poder evidenciar y potenciar estos recursos propios e individuales.

Además de destacar la importancia de adultos significativos, atentos y predispuestos a fomentar cada una de las fortalezas presentes y potenciarlas. Como se visualiza en el caso J donde, de acuerdo a lo observado, el niño a tomado a uno de los profesionales interviniente como referente (de acuerdo a la información obtenida) así como también a la docente, ya que son ellas quienes tienen mayor incidencia en el niño, propiciando espacios de experiencias significativas, clima contenedor y educativos, lo cual fomenta y promueve la autonomía, aumenta las oportunidades de participación e incrementa la confianza en sí mismo y en aquellos adultos que lo acompañan.

## CONCLUSIÓN

En el desarrollo de un individuo existe una conjunción de factores que interactúan de manera dinámica entre sí, el medio social, económico, cultural, familiar y personal. Cada uno de estos factores presentes a lo largo de crecimiento influirá en su desarrollo de manera significativa.

En la actualidad y debido a las complejas circunstancias a las cuales se ve expuesto un individuo desde su nacimiento es necesario plantear un abordaje desde el paradigma ecológico, sin dejar de considerar ninguna de las aristas que lo componen.

El interrogante radica en cuales serán aquellos elementos que potencian o minimizan que un sujeto con mayor incidencia de factores adversos pueda producir una adaptación positiva a su medio.

La presente investigación a puesto énfasis en dar cuenta de qué manera la psicopedagogía, a través de la intervención profesional, identifica, fortalece y potencia aquellos elementos que ayudaran al individuo a desarrollar un perfil resiliente, no solo dentro del ámbito educativo, propiciando la mejora de aquellas habilidades necesarias para obtener un rendimiento aceptable, sino también en aquellas capacidades que resultan vitales para que este niño, que luego se convertirá en adulto, desarrolle una vida adulta plena.

De acuerdo al campo teórico planteado anteriormente, en la presente investigación se piensa la Resiliencia como un recurso que se encuentra disponible en cada individuo, la cual permite sobreponerse y producir adaptaciones positivas de manera constante.

De acuerdo a lo expuesto por Eugenio María de Hostos (1993, p. 79) en su artículo *La Resiliencia y la dificultad en el aprendizaje*, se debe pensar a la psicopedagogía como la síntesis entre el individuo, su mundo psíquico individual y grupal en relación al aprendizaje y también a en relación a los procesos educativos.

Es por esto que dicha disciplina trabaja sobre la singularidad y particularidad del sujeto a tratar, toma en cuenta variables propias y la interacción de las mismas, además de identificar de qué manera influyen en este sujeto.

El ámbito clínico psicopedagógico, específicamente, es un ambiente adecuado para desarrollar la capacidad de ser resilientes, poder sobreponerse a la adversidad y adaptarse a los desafíos, ya que desde los problemas que enfrentan es posible adquirir las competencias, tanto sociales como académicas, que necesarias para salir adelante en la vida.

En este sentido cobra relevancia el rol del psicopedagogo clínico, como profesional que posee herramientas, y habilidades necesarias para intervenir en la prevención y promoción de capacidades resilientes y resulta fundamental incluir este tipo de objetivos a los diferentes campos de actuación psicopedagógicos ya que gracias a ello podremos potenciar a los niños, adolescentes y adultos a ser capaces de sobreponerse a sus desventuras de manera positiva.

Finalmente y a modo de cierre es posible sostener que se han cumplido los objetivos planteados al comienzo de la investigación. Además de proveer información relevante para futuros trabajos como por ejemplo, capacidades resilientes en niños con inteligencia limítrofe.

## PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE PERFILES RESILIENTES, DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOPEDAGOGICA EN EL ÁMBITO CLÍNICO.

Resulta de suma importancia la incorporación de objetivos que fomenten las capacidades constructivas para el desarrollo de perfiles resilientes, desde el ámbito clínico psicopedagógico. Es por esto que luego de lo investigado se puede sugerir:

- Fomentar el sentimiento de confianza básica del niño hacia aquellos adultos que estén en contacto con él, ya sean padres, cuidadores, profesionales. Es absolutamente relevante el establecimiento de lazos saludables, minimizando sentimientos de desconfianza, malestar y frustración. Esto permite el desarrollo de una sensación de optimismo frente al mundo y a uno mismo, cuestión esencial para constituir un perfil resiliente.
- Promover el conocimiento del significado y sentido del límite, permitiendo la incorporación de reglas necesarias para la vida en sociedad. Esto posibilita una buena tolerancia frente a la frustración, lo que aumenta la confianza.
- Enfrentar al niño a problemas interpersonales, conflictos o adversidades, acto seguido demostrar los comportamientos apropiados en diferentes situaciones y posibles soluciones, además de promover el valor, la confianza, el optimismo y la autoestima de manera permanente.
- Utilizar el refuerzo positivo constantemente frente a una actividad resuelta de manera adecuada, por mínimas que estas sean, ya que promueve la confianza en sí mismo y en el adulto referente.

- Propiciar espacios de escucha donde pueda expresar sentimientos producidos ante una frustración frente a la tarea planteada. Así como también, donde el niño pueda exponer conflictos de la vida cotidiana que le resulten de difícil resolución.
- Desarrollar la capacidad de empatía, poder reconocer en los otros sentimientos y emociones.
- Exponer al sujeto gradualmente a situaciones adversas y prepararlo para ellas mediante conversaciones, lecturas, e identificación y discusión de factores de resiliencia que puedan serle útiles.
- Animar al individuo a que use sus destrezas para la comunicación y la solución de sus problemas, para resolver diversos tipos de conflictos.
- Aceptar sus errores y fallas, pero al mismo tiempo orientarlo para que logre su mejoramiento.
- Brindar el sostén necesario para cuando se produzcan fallas o errores.
- Lograr la flexibilidad frente a diversas circunstancias.
- Instruir a los niños en hábitos saludables, los cuales permitirán afrontar de manera óptima las adversidades de la vida cotidiana.
- Fortalecer el sentimiento de utilidad, informarle al niño sobre la necesidad de su colaboración en diversas actividades.
- Desarrollar el Posicionamiento positivo frente a la adversidad.
- Contribuir al descubrimiento de las propias habilidades, el “yo sé”, o “yo puedo”, y luego potenciarlos al máximo de acuerdo a los recursos con los cuales se cuente.
- Crear de redes de apoyo o contención, donde los niños sepan a qué adultos pueden recurrir en el caso que lo necesite.

- Enseñar la relevancia y necesidad de descentralizar el foco del dolor y del sufrimiento. Lo que se intenta lograr con ellos es relativizar el problema, es decir, disminuir su magnitud y la desproporción que experimentamos en una situación adversa.

Se debe recordar que las mismas son solo orientativas, cada profesional deberá de acuerdo a cada caso en particular, realizar las modificaciones pertinentes.

## BIBLIOGRAFÍA REFERIADA AL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

- ARRANZ, P. (2005): "Resiliencia y educación". Jornadas sobre Educación y acceso a la vida adulta de Personas con Discapacidad; evento organizado por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) de Barbastro (Huesca, España) y celebrado en dicha localidad durante los días 19, 20 y 21 de diciembre. Doc. Policopiado.
- Azcuaga, A. – Derman, B. – Iglesias A. 1982. "Alteraciones del aprendizaje escolar diagnóstico, fisiopatología y tratamiento", - Buenos aires, Paidós.
- Bouvier P. (1999) Abuso sexual y resiliencia. Paris: Eres.
- Bohoslavsky R. (1974). Orientación Vocacional, la estrategia clínica. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Bronfenbrenner U. (1984). Ecology of human development. Boston: Harvard University Press.
- Cyrulnik B.( 1999) La maravilla del dolor. Paris. Granica.
- Cyrulnik B. ( 2001) Los patitos feos. Barcelona: Gedisa.
- Camacho, G. -2010- Migraciones y Resiliencia: Los esfuerzos cotidianos de los jóvenes migrantes. *Revista Iberoamericana*, 204-212.
- D'aleccio, L. (2001) - "Mecanismos neurobiológicos de la resiliencia. Artículo científico.
- D' Anna S., & Hernández L. (2006). Psicopedagogía Laboral, Círculos de Aprendizaje. Buenos Aires. Aprendizaje Hoy.
- Dolto F. (1987) La difficulté de vivre. Paris: Vertige du Nord Carrere.
- Espíndola M. (2002) Integración social ¿Dos Uruguay? Rev Posdata.
- Fernández Ferrari M. J. (2010). El libro de la Estimulación para chicos de 0 a 36 meses. Buenos Aires. Albatros.
- Galeano E. (2009) Debate titulado "utopía y política". Foro Social Mundial de Porto Alegre.

- Kagan, J. (1991). Presented at the Fostering Resilience Conference. Institute for Mental Health Initiatives. Washington D.C., EE.UU.
- Kotliarenco, M. A. y Dueñas, V. (1992). "Vulnerabilidad versus resiliencia: Una propuesta de acción educativa". Derecho a la infancia, 3er. Bimestre. Santiago, Chile.
- MEC. (1990). La orientación educativa y la intervención psicopedagógica. Madrid, España.
- Müller M. (2007). Docentes tutores: orientación educativa y tutoría. Buenos Aires. Bonum.
- Muller, M. (2010). Formación docente y psicopedagógica. En Convivir en la diversidad: un desafío educativo en tiempos turbulentos. Buenos Aires: Bonum.
- Molina JG. (2003) Dar la palabra. Deseo, don y ética en educación social. Barcelona: Gedisa.
- Paín, S. (2002) Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Pesce, M. (2010) "Neurodesarrollo infantil- Intervenciones tempranas estratégicas", Rosario Santa Fe, Corpus.
- Suárez O. (2004). Perfiles de resiliencia. In: Suarez Ojeda EN, Munist M, Kotliarenco MA, eds. Resiliencia: tendencias y perspectivas. Buenos Aires: Ediciones de la UNLA.
- Suárez O E.N. y Krauskopf, D. (1995). El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente: Una perspectiva psico-social. Publicación Científica No. 552, OPS/OMS. Washington, D.C., EE.UU.
- UNESCO (1994). Hacia un porvenir seguro para la infancia. Barcelona, España.
- Vanistendael S. (1994) La resiliencia un concepto largo tiempo ignorado. Ginebra: Cuadernos Bice.

- Valdés Correa, M. (1996). Resiliencia en adolescentes. Proyecto FONDECYT, Santiago, Chile.
- Vanistendael, S. (1994). La resiliencia: Un concepto largo tiempo ignorado. BICE. Ginebra, Suiza.
- Vanistendael, S. (1995). "Cómo crecer superando los percances". Cuaderno BICE. Ginebra, Suiza.

#### **BIBLIOGRAFIA REFERIDA A LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.**

- ECO U. (1994). Cómo se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura. España. Gedisa.
- SABINO C. A. (1998). Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos. Buenos Aires. Lumen Humanitas.

## ANEXO

### MODELO DE ENTREVISTAS REALIZADAS A DOCENTE Y PROFESIONALES INTERVINIENTES EN EL CASO J.

#### ENTREVISTA A REALIZAR A LOS PROFESIONALES Y DOCENTES INTERVINIENTES EN EL CASO.

De acuerdo a lo expresado por la autora del libro "Psicopedagogía en salud" (Liliana Bin, 2010, p. 92-96) existen preguntas que deben estar presentes a la hora de realizar una entrevista con el objetivo de identificar factores protectores, relacionados con la resiliencia, en un individuo.

Es por eso, que se utilizan las mismas para ser respondidas por la docente del niño evaluado como así también por los profesionales que lo asisten.

Factores internos:

1. ¿Ayuda a los demás?
2. ¿Emplea estrategias de convivencia? EJ. Adopción de buenas decisiones, control de impulso, y resolución de problemas.
3. ¿Tiene sentido del humor?
4. ¿Se maneja de manera autónoma?
5. ¿Tiene visión positiva del futuro?
6. ¿Es un niño flexible?
7. ¿Tiene capacidad de aprendizaje?
8. ¿Tiene motivaciones personales?
9. ¿Tiene motivaciones personales?
10. ¿En que es idóneo?
11. ¿Tiene autoestima positiva?

## 12. ¿Confía en sí mismo?

Factores ambientales:

1. ¿El ambiente promueve vínculos estrechos?
2. ¿Se valora y alienta la educación?
3. ¿El estilo de interacción es cálido?
4. ¿Se fijan y mantienen límites claros?
5. ¿Se fomentan vínculos de apoyo con otras personas afines?
6. ¿Es alentada la actitud de compartir responsabilidades y ayudar a otros?
7. ¿Existen recursos básicos de vivienda, salud, trabajo, atención y recreación?
8. ¿Posee expectativas de éxito elevadas y realistas para este niño?
9. ¿Se promueve el establecimiento de logros y metas?
10. ¿Fomentan el desarrollo de valores sociales?
11. ¿Proporcionan oportunidades de participación significativa?
12. ¿Aprecian talentos específicos del paciente/alumno?

Se ha aplicado el mismo tipo de cuestionario al docente interviniente en el caso, así como también a los profesionales. En lo que respecta a la intervención psicopedagógica se ha administrado mayor cantidad de instrumentos recolectores ya que su intervención reside de importancia para dicha investigación.

ENTREVISTA A REALIZAR A DOCENTE A CARGO DEL NIÑO.

La presente grilla ha sido confeccionada por Liliana Bin, en su libro "Psicopedagogía en salud" (2010, p. 92-96). De la misma se seleccionaron aquellas cuestiones que resultan pertinentes para la presente investigación. El

objetivo de administración es evaluar la construcción de la resiliencia escolar.

La misma fue administrada a la docente a cargo del niño evaluado.

AÑO:

Referencias para la puntuación:

1. Esta muy bien.
2. Se ha avanzado mucho en esta área.
3. Estamos empezando.
4. No hay nada hecho.

	CALIFICACIÓN			
VINCULO PROSOCIAL	1	2	3	4
El alumno tiene vínculos positivos con al menos un adulto protector en la escuela.				
El alumno participa de actividades de su interés antes, durante y después del				

horario de clases.				
La familia tiene vínculo positivo con la escuela.				
El ambiente físico de la escuela es cálido, positivo y acogedor.				
LIMITES CLAROS Y FIRMES				
El alumno tiene claro las conductas que se esperan de él.				
El alumno acude a adultos significativos de la institución cuando tiene algún problema.				
AFECTO Y APOYO.				

De acuerdo a su observación:				
El alumno se siente apreciado y cuidado dentro de la institución educativa.				
El alumno recibe incentivos, reconocimientos y gratificaciones.				
La escuela tiene un clima alentador.				
El niño obtiene los recursos necesarios para poder cumplir con la tarea educativa.				

A continuación se deja constancia de la preselección realiza en referencia a los casos clínicos.

## CASO NÚMERO UNO

J es un niño de 10 años y 7 meses, que concurre a una escuela pública de la ciudad de Pérez – Santa fe. Concorre a 3er grado ya que ha repetido de año en varias oportunidades.

Su madre tiene 52 años, ama de casa, con estudios primarios incompletos. Su padre, hombre de 56 años, el cual no tiene una ocupación estable (remite a la realización de changas), con estudios primarios incompleto, el mismo ha tenido problemas con la justicia debido a violencia familiar tanto hacia la madre del niño como a los menores (existen denuncias registradas). Se registran abusos de alcohol por parte del mismo.

Ambos son de nacionalidad Peruana. Los niños Argentinos.

La relación entre ellos se ha ido modificando a lo largo del tiempo, en varias oportunidades se han separado pero en la actualidad conviven.

El niño tiene 6 hermanos. Con 4 de ellos sus lazos consanguíneos son debido a la madre y no al padre. Las edades asilan entre los 4 años y los 21 años.

Conviven todos ellos en una misma vivienda, con sus abuelos paternos (uno de ellos con movilidad reducida debido a un accidente cerebro vascular), y también un niño menor a dos años hijo de una de las hermanas de J.

El lugar en el cual residen cuenta con 2 habitaciones, una pequeña cocina y baño. El niño duerme con sus hermanos y abuelos.

Es una familia de condición social baja, la cual recibe ayuda estatal.

La madre comenta que fue un embarazo normal y el nacimiento del niño fue por cesárea. El niño nació sietemesino, con bajo peso (1,180 gr), por lo que estuvo entre 15 y 20 días en neonatología. Presenta epilepsia y en la actualidad esta medicado (carbamazepina).Las crisis son esporádicas.

Adquirió la marca a los dos años. En relación al lenguaje alrededor del año y medio y control de esfínteres a los tres años y medio.

La madre remite que en ocasiones J presenta pesadillas muy fuertes. Es por esto que su hermana mayor, duerme con él en su cama. “Ella es como su mamá, le tiene paciencia, yo no” – dice.

Respecto a su historia escolar, J comenzó su escolaridad a los 5 años. Debido a la repitencia ha sido un tanto difícil su adecuación a cada grupo. Es un niño tímido, callado y con pocos amigos, comenta la docente en uno de los informes entregados.

No realiza actividades sociales como cumpleaños, salidas con amigos etc. Con sus hermanos si es muy unido y juega a la pelota.

En el año 2008 la institución educativa realiza la primera derivación, a la cual la familia no responde de la manera esperada. En el año 2013 se vuelve a insistir debido a la acentuación de dificultades en el habla y estructura sintáctica y además se observaba compromiso en su comprensión, dificultad para lograr la alfabetización y compromiso en operaciones matemáticas básicas.

Frente a este nuevo pedido es su hermana mayor quien decide llevar al niño a un centro asistencia de la ciudad, donde se estable una evaluación interdisciplinaria.

En el proceso diagnóstico, se evidencia que el niño no logra escribir su nombre de manera autónoma sino que recurre a la copia. Frente al test de dibujo libre, se puede observar pobre organización espacial, falla en la planificación, trazo entrecortado. Figura humana por debajo de lo esperado por la edad cronológica.

Además de acuerdo a diversas técnicas aplicadas se evidencian dificultades en el área de la lectoescritura, relacionado al reconocimiento de letras y números, y en la expresión verbal. En sus producciones se privilegia la copia y recurre a modelos estereotipados.

En la actualidad J concurre al servicio público de asistencia "GURI" en su ciudad de origen. Concorre tres veces por semana. Dos de ellas a Psicopedagogía y una a Fonoaudiología.

Tanto docentes como familiares, comentan al equipo terapéutico que el niño a avanzado en al adquisición de habilidades de la vida cotidiana, como por ejemplo manejo del dinero y obligaciones dentro de la casa. Participa de actividades sociales como cumpleaños y reuniones por propia decisión.

En relación a la lectoescritura reconoce las letras y ha podido interiorizar la recodificación grafema- fonema. Se encuentra en un estado pre-silábico.

Respecto de los números, reconoce dígitos del 0 al 100, tanto en simbología como en cantidad. Y puede operar con ellos.

Esquema de los factores de riesgo identificados:

CASO J	
FACTORES DE RIESGO	INTERPRETACIÓN
NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO	Bajos recursos para poder satisfacer necesidades básicas.
VIVIENDA PEQUEÑA	Poco espacio de privacidad para cada uno de los integrantes de la familia.
EN LA VIVIENDA FAMILIAR VIVE CON SUS ABUELOS PATERNOS.	Obstaculizando la vida en el ceno familiar, no brindando espacio para la privacidad. Además que uno de ellos se encuentra con movilidad reducida debido a un accidente cerebro vascular.
VIOLENCIA FÍSICA.	Su madre en la entrevista comenta que el padre del niño ha ejercido tanto violencia verbal como física a cada uno de los integrantes de la familia.
ABUSO DE ALCOHOL.	Padre con abuso de esta sustancia.
CASO JUDICIALIZADO	En varias ocasiones a intervenido la justicia (policía) debido a violencia familiar. Por un periodo de seis meses el padre no pudo acercarse a los niños por fallo judicial.
SITUACION MARITAL POCO CLARA.	Confusión por parte de los niños debido a poca claridad respecto de la situación de los padres.
PREMATURO CON BAJO PESO AL NACER	Riesgo biológico. Predisposición a adquirir diversos tipos de trastornos.
EPILEPTICO	Posibilidad de padecer daños neurológicos irreversibles.
TOMA MEDICACION (carbamazepina)	Factores adversos como lesiones grave en la piel y órganos internos, disminución de células

	sanguíneas entre otros.
ADQUISICION DE HITOS DEL DESARROLLO TARDÍO.	Retraso en la adquisición de cualquier actividad, ya sea cognitiva, social, biológica.
TERRORES NOCTURNOS	Alteración del estado del sueño.
ESCASA ACTIVIDAD SOCIAL	Escasa interacción social por fuera del núcleo familiar.
TIMIDEZ	Baja autoestima o confianza en sí mismo. Pudiendo entorpecer la relación con otros.
REPITENCIA	Dificultad para poder desarrollar sentido de pertenencia en relación a sus pares y docentes.
NEGACION DE LA FAMILIA FRENTE A LA PRIMERA DERIVACION DE LA INSTITUCION EDUCATIVA.	Negación frente a la dificultad del niño.
DIFICULTADES DE APRENDIZAJE	Anomalías en el habla y estructura sintáctica y además se observaba compromiso en su comprensión, dificultad para lograr la alfabetización y compromiso en operaciones matemáticas básicas que dificultan la adquisición de las habilidades esperadas para la edad cronológica del niño.

CASO J	
FACTORES PROTECTORES	INTERPRETACIÓN
AYUDA ESTATAL.	Permite la satisfacción de necesidades

	insatisfechas. Por más que los familiares remiten que sigue siendo minina.
APOYO POR PARTE DE SU HERMANA MAYOR.	Principal factor protector identificado. Se ocupa del niño tanto aspectos cotidianos, emocionales, en relación a su aprendizaje entre otros.
INTERVENCIÓN DE INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA.	Permite que el niño pueda acceder a tratamientos psicopedagógicos, fonoaudiológicos y próximamente psicológicos (ya que en la institución no se encuentra un profesional en esta área en planta permanente).

Se decide desestimar el caso por falta de disposición de familiar a responder a entrevistas y cuestionarios solicitados.

## CASO NÚMERO DOS.

## CASO N

“N” es una niño de 7 asiste en la actualidad a una institución educativa pública localizada en la localidad de Pérez – Santa fe. El mismo se encuentra cursando el 2 grado. Por observaciones de las docentes se realiza una derivación en el año 2013, debido a dificultades de atención y retraso del lenguaje. En este momento existió una intervención mínima (debido a negación por parte de los padres).

En el año 2014 se vuelve a realizar las observaciones pertinentes y se da intervención a entidad pública de salud de dicha localidad, ya que se ha acentuado el retraso en el lenguaje, alteraciones en la atención, imposibilidad de aceptación de normas de convivencia y también dificultad para la adquisición de habilidades de cálculo y lectoescritura.

La familia de este niño está compuesta por su padre de 38 años, de profesión policía municipal , con estudios terciarios, el cual , de acuerdo a lo remitido por la madre pasa muy poco tiempo con el niño y utiliza el golpe cuando quiere instaurar un límite.

La madre de 31 años de edad, de profesión docente quien trabaja en un taller en su casa, con estudios terciarios completos.

Ellos han convivido desde el nacimiento del primer niño. Y hace 8 años se han casado legalmente. Nunca se produzco una separación.

N es el menor de 2 hermanos. Uno de ellos de 15 años y otro de 17. Ambos asisten a la misma institución educativa que el niño N. La madre manifiesta

buena relación entre ellos “casi nunca se pelean son muy unidos pero cuando se enoja con comienza a las patadas y mordiscones.

En la vivienda familiar conviven el niño, sus padres, y ambos hermanos. En la actualidad también convive una sobrina paterna, ya que la misma es del interior del país y le están brindando hospedaje por un tiempo.

La vivienda cuenta con tres habitaciones, un baño, cocina comedor, patio y cochera. La madre remite que son ambientes amplios. En la actualidad el niño duerme con sus tres hermanos en una misma habitación.

La familia se encuentra en una posición económica estable. Clase media.

La madre comenta que fue un embarazo deseado, normal y el nacimiento del niño fue por parto natural, del cual no presento ninguna complicación. El niño nació de 38 semanas, con peso acorde a lo esperado.

Adquirió la marca a nueve meses. En relación al lenguaje alrededor del año y el control de esfínteres a los dos años y medio.

Respecto a su historia escolar, N comenzó su escolaridad a los 4 años. Siempre dentro de la misma institución educativa. De acuerdo a los informes docentes recabados es un niño impulsivo, el cual no puede respetar turnos ni quedarse callado. Frente al NO responde de manera agresiva.

Teniendo en cuenta el área social, es un niño con pocos amigos ya que pelea con la mayoría de ellos. La madre comenta que hasta hace un tiempo siempre iba a la casa de un vecino, pero como rompe los juguetes no fue nuevamente invitado. En la escuela, empuja y golpea, comenta la docente. No realiza actividades sociales como cumpleaños. Con sus hermanos si es muy unido y realiza múltiples

De acuerdo a su historia escolar, en el 2013 las señoras de salita de 5 piden intervención psicopedagógica y fonoaudiológica. Ya que observan que el niño en las rondas iniciales no participa, no canta canciones, no le gusta trabajar con masa, es muy difícil que se quede quieto, deambula por toda la sala. Son algunas de las características que se pueden observar en informes de las docentes a cargo. El niño asiste a una sola sesión, y no continúa con la intervención. La madre remite que no lo cree necesario.

A mediados del 2014, se acentúan los diversos déficits del niño. Su impulsividad va en aumento, se incrementan los problemas por su conducta. La situación que marca la necesidad de intervención por parte de la institución pública de salud es que N intenta golpear a un compañero con un objeto contundente.

Sumado a las características anteriores, se evidencia un retraso en la adquisición de la lectoescritura. Y serias dificultades en operaciones matemáticas simples.

A partir del mes de agosto, intervienen profesionales en el área de fonoaudiología, psicopedagogía y psicología.

De acuerdo a los informes presentados por los profesionales, reflejan que N es un niño que presenta necesidades educativas específicas asociadas a un Retraso Madurativo, mostrando un perfil irregular en su desarrollo. Muestra habilidades y destrezas motoras adecuadas y también manifiesta unas competencias cognitivas cercanas a lo que corresponde a su edad cronológica. Sin embargo, obtiene resultados muy pobres en las pruebas de comprensión que implican interpretación de significados lingüísticos.

Se constata asimismo, una baja competencia interactiva y un importante retraso en el desarrollo de su socialización. Obtiene bajas puntuaciones en tareas que implican intercambio social, en tareas de manejo de materiales simbólicos y/o abstracción de significados, en pruebas de comprensión lingüística, y en tareas que implican empleo de funciones pragmáticas y comunicativas.

Debido a las serias dificultades de conducta se decide la intervención de un acompañante terapéutico, el cual asistirá en jornada reducida. Al no poder contar con un profesional capacitado es la Psicopedagoga quien se encarga de dicho acompañamiento.

Luego de una evaluación interdisciplinaria se cree conveniente la derivación a un neurólogo, el que realiza el diagnóstico de acuerdo a DSM IV como [314.01] Trastorno por déficits de atención con hiperactividad, tipo hiperactivo-impulsivo. Por esto se decide continuar con la intervención interdisciplinaria y administración de fármacos.

Respecto del tratamiento psicopedagógico la profesional comenta que fue muy difícil, al comienzo, el trabajo con él. Por conductas berrinchosas, frente al NO comenzaba a tirar cuanto cosa se ponía delante. A medida que transcurrían las consultas el niño comenzó a compartir con la profesional sentimientos y miedos frente a diversas situaciones.

Desde agosto del 2014 hasta la actualidad el niño concurre, dos veces semanales a consulta psicopedagógica, una a fonoaudiología y psicología. Ha mostrado grandes avances en todas las áreas en las cuales se evidenciaban los principales déficits.

En relación a la lectoescritura se encuentra en un nivel pre silábico, con reconocimiento fonema – grafema y este asociado a su gesto motor. Disfruta de escuchar cuentos y se puede observar una buena comprensión.

Respecto del área de matemáticas ha logrado afianzar aquellas operaciones básicas, tanto de manera aislada como en situaciones problemáticas.

Debido a los serios problemas de comportamientos, dentro del consultorio psicopedagógico en ocasiones se trabaja con otros pacientes en conjunto para fomentar la adquisición de pautas de convivencia, tolerancia y respeto por otras personas.

Esquema de los factores de riesgo identificados:

CASO N	
FACTORES DE RIESGO	INTERPRETACIÓN
NEGACION POR PARTE DE LOS PADRES.	Baja aceptación de las características observadas por los docentes. Lo que lleve a que el niño comience y luego abandone el tratamiento.
SERIOS PROBLEMAS DE CONDUCTA.	Antecedentes de violencia. Golpes , empujones a compañeros y docentes asi como también a familiares.
LIMITES A TRAVES DE GOLPES	Su madre en la entrevista comenta que el padre del niño utiliza como límite en golpe sin mediar palabra con el niño.
IMPULSIBILIDAD	No permite que el niño pueda sociabilizar con sus pares.
EXCLUIDOS SOCIALMENTE.	Debido a su déficits comportamental el niño no es invitado a participar de actividades sociales.

NEGACION DE LA FAMILIA FRENTE A LA PRIMERA DERIVACION DE LA INSTITUCION EDUCATIVA.	Negación frente a la dificultad del niño.
TRASTORNO POR DEFICITS DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD, TIPO HIPERACTIVO- IMPULSIVO.	Diagnóstico arribado por intervención neurológica. La misma caracteriza una serie de conductas en el niño.
DIFICULTADES SEVERAS EN EL COMPORTAMIENTO.	Violencia y falta de empatía por sus pares.
DIFICULTADES DE APRENDIZAJE	Especificidad área psicopedagógica: Se evidencia un retraso en la adquisición de la lectoescritura. Y serias dificultades en operaciones matemáticas simples

CASO J	
FACTORES PROTECTORES	INTERPRETACIÓN
NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO.	Permite la satisfacción de necesidades básicas.
VIVIENDA ESPACIOSA.	Espacios amplios. Cada uno de los integrantes tiene su espacio propio.
INTERVENCIÓN DE INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA.	Permite que el niño pueda acceder a tratamientos psicopedagógicos, fonoaudiológicos y próximamente psicológicos.
NACIMIENTO A TERMINO.	De 39 semanas. El parto no presento ninguna

	dificultad.
INTERVENCION PROFESIONAL	<p>Neurológico: Permitió un diagnóstico específico y la medicación favoreció a controlar su ansiedad y focalización de su atención en diversas situaciones.</p> <p>Fonoaudiólogo: Mejora significativa respecto del lenguaje. Construcción de frases, lenguaje expresivo y comunicativo.</p> <p>Psicológico: Control de impulsos.</p> <p>Psicopedagógico: En relación a la lectoescritura se encuentra en un nivel pre silábico, con reconocimiento fonema – grafema y este asociado a su gesto motor. Puede sostener su atención por algunos minutos.</p> <p>Respecto del área de matemáticas ha logrado afianzar aquellas operaciones básicas, tanto de manera aislada como en situaciones problemáticas.</p>
ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO.	Ayuda a sostener al niño en aquellas situaciones donde se siente desbordado. Al ser uno de los profesionales que ya ha trabajado con el niño permitió fortalecer el vínculo entre ellos.
TOMA MEDICACIÓN	Permite el manejo de impulsos, sostenimiento de la atención y disminución de hiperactividad.

Se desestima dicho caso por falta de informes que den constancia del trabajo realizado por parte del equipo interdisciplinario.

PRIMER INFORME DEL DE LA DOCENTE DE SALA DEL NIÑO J.

PRIMER INFORME EVALUATIVO

AÑO: 2014

TURNO: Tarde.

DOCENTE: L

ALUMNO: J

En este primer informe de realización J se manifiesta como un niño muy curioso, inquieto, activo adaptándose sin dificultad al nuevo docente.

Se muestra siempre colaborador, entusiasta y participativo.

Disfruta de los juegos y actividades propuestas, en ciertas ocasiones requiere de la presencia del adulto para llevar a cabo las consignas dadas.

Solicita la presencia constante del adulto para ejecutar acciones.

Escucha al docente o compañeros por periodos breves, se dispersa con facilidad, demostrando dificultad para centrar y sostener la atención.

Requiere de la presencia del adulto para la comprensión y ejecución de las consignas.

Se maneja con poca independencia y autonomía dentro y fuera de las sala del jardín.

- Se inicia en la aceptación de normas, pautas y límites.
- Su relación con el grupo: es buena , se integra con facilidad y comparte actividades con la mayoría de sus pares , manifestando un juego socializados, iniciando en el respeto por las reglas de los mismos, con la presencia del adulto espera turnos para utilizar objetos o juegos , iniciándose en la aceptación de normas , pautas y limites.
- Se inicia en el respeto por los simbolos patrios.

- Explora libremente los textos de folletos, libros y revistas.
- Se inicia en el reconocimiento de cuantificadores.
- Realiza recitación de la serie numérica hasta el 5, en ocasiones altera el orden de los números.
- Realiza clasificación por iguales.

J es un alumno que en este primer trimestre demostró disfrutar su estadía en el jardín. No cuenta con docente integrador ni acompañamiento.