

Psicomotricidad y Problemas de Conducta

*M^a Elena Abreu Perera y Dácil Savoie González.
Pedagogas y colaboradoras del Seminario de Psicomotricidad
de la Universidad de La Laguna.*

Resumen

Nos encontramos con un grupo que presentaba dificultades de relación con aparición de agresividad. Siguiendo una metodología que parte de la psicomotricidad relacional vivenciada, observamos que el dar un lugar de contención, donde también puedan liberar esa agresividad les ayuda a mejorar sus relaciones fuera de la sala. Si no se atiende al niño en el momento, en la adolescencia se reelaborarán los conflictos no resueltos.

Palabras clave

Psicomotricidad, agresividad, relaciones, hiperactividad, disocial

Abstract

We find a group with relationship difficulties and aggressiveness. Following a methodology based on experienced relational psychomotors, we observed that giving them a restrain place where they could also release that aggressiveness helps them improve their relationship outside the room.

If the child is not paid attention to in

that moment, the unresolved conflicts will be re-elaborated in adolescence.

Key words

Psychomotors, aggressiveness, relationships, hyperactivity, dissocial.

Marco teórico

Nos encontramos con un grupo en el que la mayoría de los sujetos presentaban problemas en sus relaciones con los iguales y con el adulto, con presencia de agresividad, así intentamos conocer como se clasifican dichas conductas.

Fernández (1980) define la hiperactividad considerada un trastorno como un estado de movilidad casi permanente que se manifiesta en todo lugar. No es sólo una hiperactividad motora, sino verbal. Con trastornos del sueño, destructividad y agresividad. La inatención y la impulsividad, con incoordinación motora gruesa y fina.

Incomprensión de ordenes y trastornos de aprendizaje a nivel visomotor.

En 1980 se cambia el término de hiperactividad por el de Déficit atencional con hiperactividad. Y dentro de este

déficit se establecen los siguientes síntomas:

- Falta de atención: no puede acabar las tareas, no parece escuchar, se distrae con facilidad, dificultad para concentrarse.
- Impulsividad: actúan antes de pensar, cambian frecuentemente de una actividad a otra, dificultad para organizar el trabajo, necesita constante supervisión, hay que recordarle siempre la norma, no guarda turnos
- Hiperactividad: corre de un lado a otro con exceso, se mueve excesivamente, le cuesta estar sentado, se mueve mucho mientras duerme, está siempre en "marcha",
- Inicio antes de los 7 años.
- Duración al menos de 6 meses.
- Se descarta que los síntomas sean debidos a esquizofrenia, ni a trastornos afectivos, ni a retraso mental.

Esta última definición supuso la operacionalización de la hiperactividad o por lo menos de los déficit de atención con hiperactividad, pero como dice Miranda y Santamaría (1986) no se indica cual es el criterio para distinguir a un niño hiperactivo de un "travieso". Se podrían señalar las siguientes características: según Rafael Bautista .

A nivel conductual: hiperactividad verbal y corporal, destructividad, déficit de atención y control e impulsividad.

A nivel emocional: irritabilidad y labilidad afectiva.

A nivel escolar: dificultades de aprendizaje en lo que se refiere al área perceptivo-cognitiva, por otro lado no ha una evidencia empírica que verifique la etiología de la hiperactividad.

Pero persiste cierta confusión entre hiperactividad y otros trastornos infanti-

les. Según Miranda y Santamaría (1986) en ocasiones se le ha identificado con problemas de conducta. Tener en cuenta que la hiperactividad aunque lleva consigo conductas disruptivas, se refiere más bien al estilo cognitivo del niño (inatención, impulsividad) mientras que el calificativo de los problemas de conducta se refieren más a un enfoque más social (hostilidad, agresividad,...). Estos grupos suelen solaparse en la práctica y diagnósticamente, pero son distintos.

También hay una confusión con las dificultades de aprendizaje. Esto es debido a que a pesar que un niño hiperactivo no tenga una discapacidad cognitiva muchos de ellos presentan bajo rendimiento escolar por la impulsividad y la falta de atención. Por otro lado no todos los niños con dificultades de aprendizaje son hiperactivos, y sus déficit se refieren a materias concretas y no a falta de atención o autocontrol.

Si sólo se tienen en cuenta los datos del comportamiento podría confundirse la hiperactividad con la llamada "inmadurez", con alteraciones emocionales o con ciertas formas de deficiencia mental, dado que en los tres grupos se pueden ver bajo rendimiento escolar y bajo autodominio emocional.

La agresión, según Brownlee y Beke-man, es como un procedimiento comunicativo y dependiendo de la intensidad y del objeto elegido para agredir se puede entender como "déjame en paz" o "hazme caso". En este caso se descubre que cuando empieza a aparecer el lenguaje es sustituido y hay por lo tanto un proceso madurativo.

Pueden haber al menos dos móviles para la conducta agresiva: "agresividad instrumental" la conducta agresiva sirve de instrumento para conseguir

algo y "agresividad hostil o emocional" cuando el sujeto busca provocar el daño en el otro.

Las distintas teorías sobre la agresividad denominan las causas que para cada una de ellas tiene la agresividad:

1º Teoría clásica del dolor. Consideran la agresividad como respuesta a estímulos adversos (Hull, 1943, Pavlov 1963).

2º Teoría de la frustración: Cualquier conducta agresiva puede ser atribuida a una frustración previa. (Dallard, Miller y colaboradores, 1938). Berkowitz (1967) añade a la frustración la ansiedad como desencadenante.

3º Teoría Sociológica de la agresión. La unidad de análisis es ahora el grupo social. Se habla de cooperación y competencia, uno como conducta "social" y el otro como "antisocial" (Deutsch 1953). La competencia hace que para los sujetos que compiten es más importante mantener a raya a los otros que controlarse a sí mismos. (Hummell y Opp, 1968).

4º Teoría Catártica de la agresión. Surge de la teoría psicoanalista entendiéndola como disminución de la presión, y la ansiedad. La solución a la agresividad humana está condicionada por la producción de la catarsis, si se produce la persona se sentirá mejor, libera lo bloqueado. Si el mecanismo está bloqueado el sujeto se manifestará más agresivo.

5º Etiología de la Agresión. Entiende la agresividad como una actitud impulsiva o innata, relegada a nivel inconsciente, casi fisiológico.

Laez (1974) determinó la agresividad humana como un impulso biológicamente adaptado, desarrollado por evolución, que sirve para la supervivencia del individuo y la especie.

6º Teoría bioquímica o genética. La agresión para ellos se desencadena por unos procesos bioquímicos en los que tienen un papel preponderante las hormonas.

Estudios recientes sugieren que al menos el 55% de los chicos presentan desórdenes de conducta relacionados con la agresividad (Olwens, 1990; Cerezo, 1991), que el 60% de los chicos entre los 4 y los 11 años diagnosticados con trastornos de conducta son hiperactivos, lo que complica aún más sus relaciones con los demás (Offord, Boyle y Racine, 1991), y que, con frecuencia, estos patrones de conducta son estables y predictivos de una amplia variedad de dificultades sociales y emocionales en la etapa adulta (Eron, Huesmann, Zelli y Fanington, 1991, Sharp y Smith, 1991).

El niño comienza desde muy temprano a reaccionar contra toda fuente de frustración, restricción o irritación (Hubert, 1983).

Las primeras manifestaciones agresivas tienen mucho de azarasas y están poco dirigidas, pero a medida que el niño va creciendo éstas se van focalizando en objetivos concretos y se orientan hacia la hostilidad y la venganza.

Una de las mayores muestras de agitación en los niños son las rabietas, y estas cumplen diferentes objetivos según la edad del niño. Con menos de un año se provocan para llamar la atención por ausencia de cuidador. A

los 2 años ya son conflictos con la autoridad y verse obligados a aceptar el principio de realidad. A los 3 y 4 años es la etapa de la autoafirmación y el negativismo, las manifestaciones agresivas se agravan y constituyen una forma de interacción casi habitual (pataletas, lloros, golpes, etc.).

A partir de los 4 años la agresividad surge como respuesta a la frustración, cuando el niño encuentra obstáculos para satisfacer sus deseos. Se orienta hacia la persona u objeto que el niño percibe como responsable.

La expresión manifiesta de la agresividad va disminuyendo a medida que se avanza en la socialización, lo que implica el desarrollo de controles internos.

Entre los 6 y los 14 años van apareciendo diversas formas de agresión, como el enojo, fastidio, disgusto, envidia, celos, censura, etc. El objeto de agresión es hacia los padres, hermanos o incluso hacia sí mismo. La finalidad ahora es ganar, competir, asegurar la justicia, dominar los sentimientos. La racionalidad y el autocontrol además cada vez con mayor eficacia y son típicos la sublimación, la sustitución y la competencia.

- Factores que favorecen la agresividad infantil o la agresión en la infancia.

1º Factores biológicos: un factor en sí mismo insuficiente para explicarlo.

2º Factores ambientales: determinados en primer lugar por la influencia de la familia. En el ámbito escolar el proceso sigue tres estadios: el niño muestra conductas antisociales, como consecuencia es excluido del grupo de iguales y finalmente fracasa en la escuela.

La situación familiar influye directamente en el desarrollo del apego, la formación de valores morales, reales y posteriormente relaciones sociales del niño en otros ambientes (Peterson, Capaldi y Bank 1991; Leonard, Huesmann y Zelli 1991).

Otro elemento ambiental que favorece el desarrollo de la agresividad es la influencia de los medios de comunicación como demuestran los estudios de Wood, Wong y Chachere (1991).

3º Factores cognitivos y sociales. Estos factores sugieren que la agresividad es el resultado de una inadaptación debida a problemas en la codificación de la información que dificulta la elaboración de conductas alternativas.

Una consecuencia evidente de la conducta agresiva en estas edades es el rechazo que sufre el agresor por parte del grupo de referencia, especialmente por los adultos, los afectos que sobre el propio sujeto revierte su conducta desadaptada por lo tanto este niño crece convencido de que el mundo es hostil y está contra él.

4º Factores de personalidad. Los niños que presentan "trastornos de conducta" como la despreocupación por los demás, gusto por burlarse de los demás, ponerles en ridículo...

Definición de "Trastornos del comportamiento social", "conducta antisocial", "conducta disocial", "comportamientos disruptivos" o "respuestas poco adaptativas socialmente".

Según el diagnóstico DSM-IV (APA, 1995) aparece la categoría de "trastorno por déficit de atención y com-

portamiento perturbador", en lo que se incluye el "trastorno por déficit de atención con hiperactividad", el "trastorno negativista desafiante" y el "trastorno disocial".

Para darse un diagnóstico de trastorno disocial tienen que darse las siguientes conductas: agresiones verbales o físicas, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo y violación grave de las normas sociales. Deben ocurrir al menos 3 de los comportamientos de manera repetida durante los últimos 12 meses. Y para el trastorno negativista se requiere cuatro de los siguientes comportamientos durante seis meses: episodios de cólera o patalietas, discusiones con adultos, desafío activo a los adultos, molestar a las personas, acusaciones a otros, susceptibilidad, cólera, resentimiento.

Las causas que producen la aparición de estos problemas son variadas, actúan factores ambientales y contextuales como prioritarios, lo cual nos lleva a interacciones inadecuadas del niño con el medio social. Esto implica entornos como familia, escuela y sociedad.

También podemos hablar de la televisión cuando esta se convierte en el único modelo que los niños tienen.

Otro factor importante es la frustración, la frustración definida como interrupción en la consecución de un objetivo producirá respuestas agresivas.

Así mismo estas conductas pueden verse reforzadas por la respuesta social que se le da, que puede ser por reforzamiento negativo o posi-

vo de la conducta. La respuesta que se le da debe variar según el caso que se nos presente.

Presentación del grupo

El grupo lo componen 8 niños, de los que la mayoría presentan en el colegio y en la familia relaciones con los iguales y con el adulto inadecuadas:

- Cristian: acude a nosotras por agresividad, relacionado con sus iguales: malas relaciones con sus iguales: peleas y agresiones en el colegio. Carencias afectivas, malas relaciones con el adulto, no acata órdenes, rabietas. Desborda en su entorno familiar.
- Oliver: Acude por problemas de lenguaje principalmente, pero con el tiempo se observa sus malas relaciones con los iguales, agresivo tanto con los otros como con los adultos, verbal y físicamente.
- Abel: Acude a la sala por presentar un diagnóstico por hiperactividad con mínimo control de la impulsividad y déficit atencional y de la concentración. Presenta conductas disruptivas en casa y en la escuela, agresiones verbales y físicas tanto a iguales como a adultos.
- Jonathan: Deficiencia mental que presenta rasgos sindrómicos sin encuadrar.
- Víctor: Acude por problemas de conducta que han llevado a que el colegio lo expulse. Es un niño despierto e inteligente, pero sin normas ni límites. Tiene relaciones poco ajustadas, tanto con el adulto como con los iguales.
- Raúl: entra por problemas de rela-



ción con sus iguales. Se muestra agresivo con el adulto, siendo al mismo tiempo muy dependiente de éste. Con los iguales pasa lo mismo.

- Carlos: Entra en el grupo remitido por el colegio por conductas agresivas con el adulto y los iguales, tanto verbales como físicas.
- Darío: sin ninguna problemática.

Objetivos

- Desarrollar el juego en grupo con respeto y tolerancia.
- Expresar la agresividad y la impulsividad sin culpabilizarla. Intentar encauzarla y fundamentarla.
- Desarrollar técnicas alternativas de comunicación como puede ser la cooperación, el diálogo, etc.
- Fomentar el autocontrol, la autorregulación y la contención.
- Establecer límites y normas claras y firmes no rígidas.
- Fomentar la capacidad para simbolizar las actitudes y los comportamientos disruptivos, etc.
- Favorecer la expresión de la impulsividad (descargar).
- Mostrar alternativas al juego agresivo o violento.
- Desarrollar el juego reglado.
- Fomentar y establecer un equilibrio en las luchas de poder.

Metodología

Nuestra metodología parte de la psicomotricidad y más especialmente de aquella en la que se tienen en cuenta

las relaciones y las vivencias de los sujetos con los que se trabaja. Por lo tanto partimos de una psicomotricidad relacional vivenciada.

Nos basamos en la teoría de André Lapiere donde siguiendo los estudios de Freud establece los distintos puntos en los que se sitúa la agresividad y los problemas de conducta.

Según A. Lapiere el psicomotricista debe jugar a lo agresivo, desculpabilizarlo en lo simbólico siempre dentro de la sala de psicomotricidad, nunca fuera de ella.

Se trata de dar valor a la agresión, oponerse, entrar en el juego de poder. El psicomotricista se defiende, el niño necesita luchar para valorizar la conducta. El psicomotricista debe luchar, gritar, llorar, para darle valor a la agresión.

Para encauzar la agresividad lo primero es ofrecer al adulto como adversario porque así necesitará menos agredir a los iguales. También favorecer la expresión simbólica, objetos que se puedan golpear o destruir, o el gritar. Esto ocurre durante el estadio anal por causa de falta de afectividad, comunicación agresiva en los padres o por sobreprotección por parte de estos. En el estadio fálico entran los juegos de poder y dominación. Se provocan a los líderes del grupo, a los más fuertes, a los que se muestran agresivos con falta de normas, tomar el poder sobre ellos, para que el grupo vea que es un poder parcial, no verdadero. Tienen que encontrar una oposición real, no sólo un juego.

Cuando llegan al estadio edípico la agresión va dirigida hacia los iguales del mismo sexo. Agresión y lucha con-

tra el adulto del mismo sexo y seducción del sexo opuesto, que también es una lucha de poder. Seducir al sexo opuesto es tomar poder sobre el seducido. Importante es jugar a madre contra padre y padre contra madre, los padres deben ser vencidos simbólicamente pero mantienen su poder de padre y/o madre.

Cuando pasan esta etapa se llega a la adolescencia, si los conflictos no se han solucionado en las etapas anteriores se repiten y se convierten en obsesiones.

Hay que entender según André Lapierre que la agresividad es una pulsión de vida, es necesaria para vivir y hay que investir las en relaciones agresivas positivas. Cuando la pulsión agresiva está culpabilizada, rechazada, la vida está castrada. La agresividad no sólo entendida como física sino como intelectual o simbólica.

Dentro de la sala hemos creado momentos destinados a la vivencias de las conductas disruptivas y agresivas dentro de los objetivos que nos hemos planteado. Sin culpabilizar, y dejando sacar la agresividad, los gritos, las expresiones desproporcionadas e impulsivas que manifiestan estos niños. Hemos establecido momentos y espacios de contención donde se trabajan distintos objetivos en cada uno de ellos:

- Una primera parte de diálogo al empezar, trabajar los objetivos referidos a tolerancia, respeto, autocontrol, la comunicación, etc. Estamos sentados, hay que decir las normas, hay que permanecer en la actividad y hay que escuchar.

- Un segundo momento de sacar, simbolizar, jugar esa agresividad, establecer luchas de poder, etc donde se pongan en juego los objetivos referidos a ello. Tenemos toda la sala, hay material motor, y material simbólico. Por supuesto están el adulto y los iguales.

- Un último momento donde se limita el espacio, hay un juego más reglado, donde es el adulto quien establece la regla, sin olvidar la espontaneidad y la creatividad. Se dan alternativas de juego, se fomenta la cooperación, el juego en grupo, etc.

Resultados - Evaluación

Este trabajo realizado durante dos años ha establecido las distintas etapas por las que han pasado los niños del grupo y además nos ha dado motivos para establecer que el diagnóstico de algunos de ellos con déficit de atención con hiperactividad no tienen mucho fundamento. Son niños todos ellos con problemas en su conducta o comportamiento o nivel social y relacional.

La evaluación se ha realizado en base a la visualización de los videos, entrevistas con padres y entrevistas con profesores y otros profesionales que trabajan con ellos: psicólogos, logopedas, orientadores, etc.

Los resultados son deducidos y comprobados en base a esos medios, y corroboran que en el momento que los niños entran a la sala, llevadas un par de sesiones, empiezan a manifestar cambios en el entorno. Por un lado pueden producirse cambios en el nivel de conducta que manifiesta en la escuela siendo los episodios disruptivos

menos frecuentes. Por otro lado en casa o en la familia pueden darse los resultados, o bien empiezan a manifestar más oposición a los padres, buscando en ellos más atención o bien se presentan menos episodios disruptivos como ocurre en la escuela. La abuela de uno de los niños nos comentaba tras unos meses de estar con nosotros que ahora podía sacar a su nieto de paseo y llevarlo a fiestas familiares y de cumpleaños.

Lo que está claro es que no desaparecen por completo, si se viven de esta manera fuera, para niños y adultos del entorno.

También son niños que cualquier situación anómala dentro de su entorno más cercano provocan tal desequilibrio que el trabajo de meses puede ser destruido en un día. No hay una pérdida del trabajo porque luego es más fácil retomarlos pero se produce en ellos grandes altibajos.

Conclusiones

A lo largo de estos dos años de trabajo con estos niños hemos descubierto bastantes características comunes aunque todos ellos no están diagnosticados igual. Los niños con problemas

de comportamiento que presentan conflictos sociales importantes; peleas, sin límites ni normas, impulsivos, no permanecen en la actividad, fracaso en la escuela, agresivos.

Las causas son en cada caso por motivos distintos, pero todos ellos tenían en su entorno una desestructuración familiar: divorcios o separaciones poco normalizadas, alcohol, malos tratos entre sus padres, etc.

El darles un lugar de contención donde se establecen límites claros y firmes al mismo tiempo que ayude a liberar, sacar y encauzar esa agresividad y/o expresión impulsiva hace que puedan establecer mejores relaciones fuera, sobre todo para introducirlo a nivel social ya que son niños muy rechazados, donde se les expulsa de los colegios privados y donde la escuela pública le cuesta poner los medios, sobre todo en los que se refiere a recursos humanos. No se les está dando alternativas y acaban siendo adolescentes delincuentes, alcohólicos, drogadictos, etc en la mayoría de los casos.

Porque como dice André Lapierre, el momento y la etapa del niño son importantes para que en la adolescencia no haya una reelaboración de los conflictos no resueltos en las etapas anteriores.

Bibliografía

- BAUTISTA, R. (coord.) (1993). Necesidades educativas especiales. Aljibe: Málaga.
- CEREZO RAMÍREZ, F. (1999): Conductas agresivas en la edad escolar. Aproximación teóricas y metodológicas. Propuesta de intervención. Pirámide: Madrid
- G. CAN, E. et al (1994): Intención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Alianza Psicología: Madrid
- JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, M. (coord.) (1997): Tratamiento psicológico de problemas infantiles. Aljibe: Málaga.
- Ponencia de ANDRÉ LAPIERRE en el Master de Psicomotricidad de la Universidad de La Laguna. Curso 2000 - 2002.