



# **UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación**

**Escuela de Psicología Clínica**

**Título de tesis:**

**“Detección de los trastornos psicológicos infantiles más comunes en niños de 3 a 11 años en el CDI Herman Gmeiner”.**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:**

**“Psicólogas Clínicas”**

**Autoras: Lorena Cordero**

**Karina Sucozhañay**

**Directora: Dra. Ana Lucía Pacurucu**

**Cuenca, Ecuador**

**2012**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado con todo cariño a mi mamá, Lucia, quien ha sido un pilar fundamental en mi vida, siempre me ha brindado su amor y apoyo incondicional, y ha fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. A mi padre, que aunque no está presente me ha guiado siempre desde el cielo, sin abandonarme en ningún momento. A mis hermanos que de una u otra manera han sabido apoyarme, y el orgullo que sienten por mí, fue una inspiración que me hizo llegar hasta el final. A mis amigos que siempre han estado conmigo. Hoy puedo ver alcanzada una meta importante en mi vida, gracias a Dios, quien ha sabido darme fortaleza en los momentos más difíciles y supo regalarme una familia maravillosa.

Lorena Cordero

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Además lo dedico a todas aquellas personas que siempre me han apoyado.

Karina Sucozhañay

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestros sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de la culminación de esta tesis. Al centro CDI “Herman Gmeiner” porque nos abrió sus puertas, a todos los niños y familias sin los cuales este proyecto no hubiera dado frutos. A nuestras familias por siempre brindarnos su apoyo. Pero, principalmente nuestros agradecimientos están dirigidos hacia nuestra directora, Anita, por su paciencia y valiosa colaboración, sin la cual no hubiésemos podido salir adelante.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada.....	I
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Índice de contenidos.....	IV
Índice de cuadros.....	VII
Resumen.....	IX
Abstract.....	X
Introducción.....	11
Capítulo I: La Infancia.....	13
1.1. Desarrollo del Niño.....	15
1.1.1. Teoría del desarrollo de Freud.....	16
1.1.2. Etapas psicosociales de Erikson.....	17
1.1.3. Desarrollo Cognitivo de Piaget.....	20
1.1.4. La Teoría de Vigotsky.....	21
1.2. Trastornos Infantiles.....	24
1.2.1. Concepto de trastornos mental infantil.....	26
1.2.2. Etiología.....	27
1.2.3. Clasificación de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia.....	28
1.2.3.1. Trastornos de Inicio en la infancia y la adolescencia según el DSMI V.....	29
1.2.3.2. Trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia según CIE-10.....	32
Capítulo II Factores de riesgo.....	36
2.1. Factores de riesgo y Factores de protección.....	36

2.2. Nivel Socioeconómico.....	38
2.3. Tipos de Familias.....	40
2.3.1. Familias de la Niñez Ecuatoriana.....	42
2.4. Tipos de Apego.....	43
2.4.1. Clase de Apego.....	44
2.5. Factores Biológicos.....	46
Capítulo III: Prevención.....	48
3.1. Prevención en la infancia.....	50
3.2. Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos de la infancia y de la adolescencia...	52
3.3. Consideraciones Generales.....	55
3.4. Intervenciones Psicológicas.....	55
Capítulo IV: Resultados .....	61
4.1. Diseño de Estudio.....	61
4.2. Lugar de Estudio.....	61
4.3. Instrumentos y Metodología.....	63
4.3.1. Instrumentos.....	63
4.3.1.1. ECI.....	63
4.3.1.2. Test de la Familia.....	67
4.3.1.3. Entrevista clínica.....	71
4.3.2. Metodología.....	72
4.4. Población y Muestra .....	73
4.5. Presentación de datos y resultados.....	74
Capítulo V: Programa de Prevención.....	102
5.1. Datos de identificación del programa.....	103
5.2. Fundamentación Teórica del programa.....	104

5.3. Propuesta de talleres del “Programa de apoyo psicoterapéutico”.....	106
5.4. Conclusiones Generales.....	125
5.6. Recomendaciones.....	127
Bibliografía.....	129
Anexos.....	134

## ÍNDICE DE CUADROS, TABLAS, GRÁFICOS Y FOTOS

Cuadro N° 1 Características de corrientes psicológicas.....	54
Tabla N° 1 Edad.....	74
Tabla N° 2 Resultados ECI maestras y padres según rango de edad.....	77
Tabla N° 3 Otros Problemas.....	78
Tabla N° 4 Apreciación de la maestra sobre el desempeño del niño.....	79
Tabla N° 5 Correlaciones entre los informes dados por las maestras y por los padres y en los niños de 3 a 5 años.....	80
Tabla N° 6 Resultados ECI maestras y padres según rango de edad.....	82
Tabla N° 7 Comparación niños con y sin trastorno según edad .....	83
Tabla N° 8 Tipo de Familia de acuerdo el rango de edad.....	84
Tabla N° 9 Tipo de familia con y sin trastorno.....	85
Tabla N° 10 Tipo de familia y otros problemas.....	86
Tabla N° 11 Tipo de familia y conflictos familiares.....	87
Tabla N° 12 Tipo de familia y convivencia.....	88
Tabla N° 13 Tipo de familia y tipo de vivienda.....	89
Tabla N° 14 Enfermedades médicas.....	90
Tabla N° 15 Niños solos en casa.....	91
Tabla N° 16 Tipo de familia y niños solos en casa.....	92
Tabla N° 17 Edad y otros problemas.....	93
Tabla N° 18 Tipo de apego en niños de 5 a 11 años.....	94
Tabla N° 19 Conflictos Familiares.....	95

Tabla N° 20 Convivencia.....	96
Tabla N° 21 Busca ser consolado cuando se siente herido.....	97
Tabla N° 22 Parece contento cuando juega solo.....	98
Tabla N° 23 Quiere gustar a los adultos.....	98
Tabla N° 24 Juega con otros niños de su edad.....	99
Tabla N° 25 Edad y tipo de apego.....	100
Tabla N° 26 Sexo y tipo de apego.....	101
GráficoN°1 Tipo de Familia.....	75
GráficoN°2 Tipo de Familia de 3 a 5 años.....	76
GráficoN°3 Tipo de Familia de 6 a 11 años.....	81
Foto N° 1.....	108
Foto N° 2.....	110
Foto N° 3.....	112
Foto N° 4.....	114
Foto N° 5.....	116
Foto N° 6.....	118
Foto N° 7.....	120
Foto N° 8.....	122
Foto N° 9.....	122
Foto N° 10.....	124

## **RESUMEN**

Los trastornos mentales en niños y adolescentes no son raros, pero habitualmente no se detectan y no son tratados, pero merecen atención y tratamiento a los signos y síntomas que presenten, ya que estos ocasionan malestar emocional, social, académico o familiar.

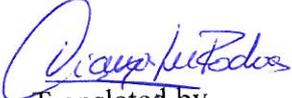
Esta tesis estudia la incidencia de factores como el tipo de familia, apego, nivel socioeconómico y problemas médicos que influyen en la aparición de trastornos psicológicos infantiles. La investigación de esta problemática se efectuó en el centro de fortalecimiento Herman Gmeiner de Aldeas SOS Cuenca, en donde se desarrolló un programa para detección, diagnóstico y prevención de trastornos infantiles. Se aplicó reactivos psicológicos como el “ECI” y el test de la familia, en base a estos resultados se emitieron los diagnósticos y se realizaron talleres dirigidos a cuidadoras y representantes de los niños con la finalidad de psicoeducar, prevenir y tratar los síntomas y signos que presentaban los infantes.

## ABSTRACT

Children and adolescent mental illnesses are not rare, but they are not usually detected or treated, nevertheless the signs and symptoms deserve attention and care, since they cause emotional, social, academic, or family distress.

This thesis studies the incidence of factors such as family, attachment, socio-economical level, and medical problems that influence in the manifestation of psychological disorders in children. The investigation of this problematic took place in Herman Gmeiner SOS Children's Villages of Cuenca, where a program was developed in order to detect, diagnose and prevent children's disorders. Psychological tests such as the ECI and the family test were carried out. Based on the results, a diagnosis was presented and workshops for the care givers and the children's parents were performed in order to educate the children, prevent and treat the signs and symptoms that they may present.



  
Translated by,  
Diana Lee Rodas

## **INTRODUCCIÓN**

La presente tesis, titulada, detección de los trastornos psicológicos infantiles más comunes en niños de 3 a 11 años en el CDI Herman Gmeiner.

Esta investigación se estableció ya que cada año aumenta sustancialmente el número de trastornos infantiles en nuestro medio, sin que esta problemática trascienda más allá de un mero dato estadístico, no existe un adecuado interés por desarrollar proyectos de promoción y prevención de la salud mental.

Los trastornos son, con toda probabilidad, el resultado de múltiples factores de riesgo diferentes, que contribuyen a su desarrollo, y esos pueden interactuar de manera compleja en cada caso individual. Algunos de los factores que pueden poner en conflicto la seguridad e integridad mental y física de los niños y niñas son: nivel socioeconómico, la estructura familiar, el tipo de apego, factores biológicos, entre los principales.

La infancia tiene una importancia fundamental para el bienestar inmediato y futuro de las personas, ya que el cursar los primeros años de vida con las condiciones necesarias como alimento, hogar, cariño, respeto es de vital importancia para su desarrollo.

Las intervenciones de prevención y promoción en salud mental son eficaces y han producido beneficios para la salud y la sociedad. La prevención debe comenzar en la niñez en una población infantil sana, de esta manera se interviene precozmente en alteraciones del niño, es por esto que es necesario tener en cuenta las necesidades físicas y psicológicas de la infancia y considerar al niño como un ser biopsicosocial. Se debe influir en las familias ayudándolas a conocer el desarrollo evolutivo, informando sobre acciones que influyen en el crecimiento de los niños. Los programas de prevención deberían ser de amplio alcance para abordar todas las fuentes posibles para reducir los riesgos de una población.

El Centro Social SOS Herman Gmeiner es un centro que atiende a niños y a sus familias, esta institución cuida durante las horas de la mañana y tarde a los niños de padres trabajadores de la zona, la investigación realizada pretende llevar a cabo un programa de prevención en esta población.

El programa de prevención planteado incluye la aplicación de reactivos psicológicos tales como ECI, test de la familia, entrevista clínica, que fueron medios necesarios para establecer un diagnóstico y planificar talleres de prevención.

Los talleres no fueron inicialmente planteados para la ejecución, sin embargo, se pudo realizar, los mismos fueron dirigidos a cuidadoras y a los representantes de los niños ayudándoles a conocer sobre el desarrollo evolutivo del niño, informando y orientando sobre procesos y acciones que influyen negativamente en la estructura mental de los infantes e incentivándolos a un seguimiento psicológico.

Las actividades preventivas actuarán sobre una serie de signos de alarma que pueda presentar el niño, evitando de esta forma el acrecentamiento de la problemática.

En el desarrollo de este trabajo se analizará diversas teorías, opiniones de profesionales que han dedicado su tiempo y aportaciones para contribuir a la solución o prevención de los trastornos mentales infantiles, una problemática que a todos ha afectado directa o indirectamente en algún momento. Además, se pondrá en consideración los resultados obtenidos en el proceso de investigación

# CAPITULO I

## LA INFANCIA

### Introducción

La infancia es un momento de la vida particularmente importante, en la que se sientan las bases de las potencialidades y capacidades de los niños.

Los eventos de los primeros años de vida tienen una importancia fundamental tanto para su bienestar inmediato como para su futuro. Si en los primeros años de vida un niño recibe cariño y cuidados adecuados crecerá sano, desarrollará capacidades verbales y de aprendizaje, asistirá a la escuela, llevará una vida productiva y gratificante, estas son condiciones mínimas para que la vida de todos los seres humanos inicie y curse de manera feliz, sin embargo, millones carecen del derecho a un ambiente familiar y social estable, y en ocasiones también el acceso al sistema de salud preventiva, a instituciones educativas, a servicios básicos.

**La Enciclopedia internacional de ciencias sociales (1968)** sostiene que *“es la infancia una época clave de la vida, en la cual se configuran todos los resortes afectivos e intelectuales del individuo, de cuyo correcto desarrollo depende buena parte del éxito o fracaso posterior de cada individuo en su proyecto vital.”*

La infancia tiene un carácter histórico y cultural y es por ello que ha tenido diferentes apreciaciones en la historia, su concepción ha dependido del contexto cultural de la época. En todas las épocas han existido actitudes positivas y negativas hacia la infancia. Se ha dividido en períodos o etapas la historia de la infancia que van desde la visión del niño como objeto de intercambio hasta la del niño protegido socialmente.

La concepción de la infancia ha pasado por períodos de tiempo que marcan o enfatizan un modo de pensar, de criar y de tratar diferentes, a partir del siglo XX, gracias a todos

los movimientos a favor de la infancia y las investigaciones realizadas, se reconoce una nueva categoría: “el niño como sujeto social de derecho”. De este modo ha ido evolucionando la concepción de infancia hasta llegar a nuestros días donde se da el reconocimiento de la existencia del niño, como sujeto. Con unas características propias y con unas capacidades específicas en desarrollo que le llevan a una forma peculiar de expresarse, sentir, relacionarse, percibir y comunicarse con el entorno socio-cultural al que pertenece y en el que le ha tocado vivir. Este contexto socio-cultural debe permitirle al niño desarrollarse como sujeto, y ayudarle a construir su propia personalidad. El niño es un ser en crecimiento que durante los primeros años de su vida va a desarrollar sus capacidades motrices, cognitivas y afectivas que están influidos por factores familiares y sociales.

La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, entró en vigor el 2 de septiembre de 1990, es el tratado sobre derechos humanos y el instrumento para la promoción y la protección de los derechos de la infancia más completo. Es el primer documento que articula todos los derechos pertinentes a la infancia: económicos, sociales, culturales, civiles y políticos. La Convención es el primer tratado internacional de derechos humanos que combina en un instrumento único una serie de normas universales relativas a la infancia, y el primero en considerar los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria.

Desde que se aprobó la Convención, se han producido avances notables en el cumplimiento de los derechos de los niños y las niñas a la supervivencia, la salud y la educación mediante la prestación de bienes y servicios esenciales, y un reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de crear un entorno protector que les defienda contra la explotación, el abuso y la violencia. La Convención reafirma el papel de la familia en las vidas de los niños y las niñas.

La familia es la unidad fundamental de la sociedad y el entorno natural para el crecimiento y el bienestar de sus miembros, especialmente los más pequeños. Bajo la

Convención, los países están obligados a respetar la responsabilidad primaria de los padres y las madres de proporcionar atención y orientación a sus hijos, a prestar apoyo a los progenitores en esta tarea ofreciéndoles asistencia material y apoyo. Los niños y las niñas tienen el derecho a influir en las decisiones que afectan sus vidas, según su edad y su grado de madurez. La experiencia más importante del niño, la infancia, depende enormemente del cuidado y la protección que recibe, o deja de recibir, de los adultos, especialmente durante los primeros años, todos aquellos que tienen alguna obligación para con la infancia gobiernos, organizaciones internacionales, la sociedad civil, las familias y los individuos son responsables de asegurar el cumplimiento y la protección de los derechos infantiles.

La Convención sobre los Derechos del niño logro:

- Definir la infancia como un espacio separado de la edad adulta y reconoció que lo que resulta apropiado para los adultos puede no ser adecuado para la infancia.
- Incitar a los gobiernos a que proporcionen asistencia material y apoyo a las familias y eviten la separación de los niños y sus familias.
- Reconocer que los niños y las niñas tienen sus propios derechos y por tanto no son receptores pasivos sino protagonistas directos con la facultad para participar en su propio desarrollo.

### **1.1.- EL DESARROLLO DEL NIÑO (NORMAL)**

Hay que entender que cada niño se desarrolla en su propio ritmo, el proceso y el momento preciso del desarrollo no es el mismo para cada niño. El desarrollo es un proceso madurativo que interactúa con el ambiente.

Cuando el niño nace, no tiene una estructura psíquica desarrollada, solo responde a estímulos básicos, a reflejos inmediatos como el buscar el pecho de la madre para alimentarse, es un patrón de desenvolvimiento natural que se inicia cuando el embrión humano está en el cuerpo de la madre, se renueva en el despliegue de distintas funciones orgánicas inicialmente y posteriormente se adiciona a este proceso el desarrollo psíquico en el primer año de vida. Hasta los cinco años de edad, los niños para comunicarse con

el mundo usan su cuerpo y las expresiones emocionales, como el llorar, balbucear, gritar, reír, tienen una capacidad limitada para entender y expresarse claramente por sí mismos, su objetivo es satisfacer sus necesidades primarias.

A partir de los 6 años de edad empiezan una nueva etapa, la edad escolar en donde el niño empieza a desenvolverse más allá de su ambiente familiar, con niños de su misma edad, para ellos es importante independizarse de la relación estrecha con su madre. Posteriormente, en la adolescencia a partir de los 12 años se origina un conflicto entre la maduración sexual y la inmadurez física, los cambios que acarrearán esto, la rebeldía ante los padres, la búsqueda de identidad.

A continuación se presentan los enfoques de Freud, Erikson y Piaget para entender desde sus perspectivas el desarrollo del niño.

### **1.1.1.-TEORÍA DEL DESARROLLO DE FREUD**

Freud (1905-1908) explica la teoría de la libido en donde describe la secuencia de maduración esperada en la trayectoria de los niños hacia la edad adulta, él conceptualiza cinco fases del desarrollo psicosexual.

Fase Oral.- Equivalente al primer año de vida en donde el niño tiene una relación estrecha con la madre, es un periodo de dependencia completa, su satisfacción se enfatiza en su boca la que le provoca un placer primordial. Según Freud si este goce no es satisfecho completo causa una fijación y una falta de preparación para las siguientes fases.

Fase Anal.- es la etapa en donde el niño da sus primeros pasos está entre las edades de 1 año a los 3 años, da primordial importancia a la zona anal como placer erótico. La defecación como tal, es una tarea esencial del desarrollo en el segundo año de vida, si se da una fijación en esta etapa, se relaciona mucho con los rasgos caracterizales de las personas, como puede ser la vergüenza, obsesiones, la avaricia etc.

Fase Fálica.- Comprende la etapa preescolar que refiere de los 3 a 5 años, en este periodo considera que la zona erógena primordial se ha trasladado a los órganos genitales, y esto lleva a pensamientos y sentimientos sexuales dirigidos a los padres. En

el varón desea la posesión de la madre y la niña orienta sus deseos al padre y siente celos de la madre, con esta situación edípica el niño entra en conflicto con la realidad y aparece el temor de ser castigado justamente por el progenitor odiado, esto conduce al niño a reprimir sentimientos sexuales; y en compensación el niño se fortalece al identificarse con el padre.

Periodo de latencia.- Abarca la etapa escolar de 5 a 12 años, esta fase seguida del conflicto edípico, en el que los impulsos sexuales pasan a un estado no manifiesto, el niño se encuentra en un momento en donde se “olvida” de la vida sexual antes explorada debido a la represión que se da por parte de la sociedad.

La Fase genital.- Empieza con el inicio de la pubertad en la que vuelve a destacarse los órganos sexuales como principales zonas erógenas, si la persona ha pasado por las fases anteriores sin fijaciones es capaz de desarrollar una sexualidad madura.

### **1.1.2.-ETAPAS PSICOSOCIALES DE ERIKSON**

Erikson (1963) estaba interesado más que en un desarrollo cognitivo, en un desarrollo psicosocial del niño, cómo los niños se socializan y cómo esto afecta a su sentido de identidad personal. Según la teoría, la terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás. El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos. Estas etapas, sin embargo, se pueden resolver con éxito en el futuro.

Erickson nombra 8 etapas del desarrollo:

#### **a) Confianza versus Desconfianza.**

Inicia desde el nacimiento hasta el primer año de vida, en donde el niño desarrolla una relación de confianza con sus cuidadores, que por lo general son sus padres, si esto es muy bien llevado el niño se siente seguro incluso en un lugar amenazante, si esta etapa no llegara a desarrollarse con éxito el niño puede atraer ansiedades y miedos ante el mundo.

### **b) Autonomía frente a vergüenza y duda**

Entre el primer y el tercer año de vida, los niños comienzan a afirmar su independencia, caminando lejos de su madre, escogiendo lo que desea, tomando sus decisiones, eligen cómo vestirse, si desea comer o no, mostrando su molestia ante alguna situación desagradable. etc. Si se anima y apoya la independencia creciente de los niños en esta etapa, se vuelven más confiados y seguros respecto a su propia capacidad de sobrevivir en el mundo. Si los critican, controlan excesivamente, o se les niega la oportunidad de afirmarse, comienzan a sentirse inadecuados en su capacidad de sobrevivir y pueden volverse excesivamente dependiente de los demás, carecer de autoestima y tener una sensación de vergüenza o dudas acerca de sus propias capacidades.

### **c) Iniciativa frente a culpa**

Empiezan desde los tres años hasta los siete años, la edad del juego, los niños se imponen con más frecuencia. Empieza la imaginación y son más enérgicos y locuaces, inician actividades con otras personas. Si se les da la oportunidad, los niños desarrollan una sensación de iniciativa, y se sienten seguros de su capacidad para dirigir a otras personas y tomar decisiones. Su conocimiento del lenguaje se perfecciona, comprenden mejor y hacen preguntas constantemente. Al contrario, si esta tendencia se ve frustrada con la crítica o el control, los niños desarrollan un sentido de culpabilidad. Pueden sentirse como un fastidio para los demás y por lo tanto, seguirán siendo seguidores. La problemática se traduce aquí como un bloqueo en la acción y la iniciativa. El origen de esto lo constituyen las emociones infantiles de celos, rivalidad, en el contexto de una exagerada y ansiosa dependencia hacia figuras parentales, temor a equivocarse y una exagerada conciencia de lo que puede o no hacer.

### **d) Laboriosidad frente a inferioridad**

Es la etapa en la que el niño comienza su instrucción preescolar y luego escolar, coincidiendo esto con la edad entre 4 hasta los 11, 12 o 13 años, los niños empiezan a desarrollar una sensación de orgullo en sus logros. Inician proyectos, los siguen hasta

terminarlos, y se sienten bien por lo que han alcanzado, En esta etapa el niño está ansioso por hacer cosas junto con otros, de compartir tareas, de hacer cosas o de planearlas, y ya no obliga a los demás niños ni provoca su restricción. Otorga su afecto a los maestros y a los padres de otros niños deseando observar e imitar a otras personas que desempeñan ocupaciones que ellos pueden comprender. Llega a sentirse insatisfecho y descontento con la sensación de no ser capaz de hacer cosas y de hacerlas bien y aún perfectas, precisamente por estar desarrollando un sentimiento de laboriosidad.

Frente a esto existe el peligro de desarrollar una sensación de extrañeza frente a sí mismo y frente a sus tareas: el sentimiento de inferioridad, relacionado con el conflicto edípico y relacionados con esquemas sociales que le hacen sentirse inferior psicológicamente, ya sea por su situación económica-social, o por su condición "racial".

Si es que se diera la frustración de las expectativas de logro y laboriosidad, el individuo tiende a sentirse inferior, tiene actitudes de dependencia y se predispone al consumismo como actividades compensatorias.

#### **e) Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad**

En esta etapa se habla de la pubertad, el adolescente experimentará una búsqueda de identidad y una crisis de identidad, que reavivará los conflictos en cada una de las etapas anteriores, llevando al yo a establecer una nueva síntesis de sí mismo con un renovado sentimiento de continuidad, de cohesión interior, integrando los aspectos antes disociados.

#### **f) Intimidad versus Aislamiento.**

Es la etapa de la edad adulta temprana, en donde las personas buscan una compañía y un compromiso, si esto es frustrado la persona llega a aislarse y llega a tener una absorción de si misma.

### **g) Productividad versus Estancamiento**

Hablamos del etapa adulta madura, en donde la persona busca consolidar, guiar y enseñar a las siguientes generaciones, si esto no se logra dar se da un empobrecimiento personal.

### **h) Integridad versus desesperanza.**

Es la etapa de la vejez, en donde la persona llega a la aceptación de su propia vida o de su muerte, si esto esta frustrado da un sentimiento de desesperanza.

### **1.1.3.- DESARROLLO COGNITIVO DE PIAGET.**

Piaget (1973) basa sus teorías sobre el supuesto de que desde el nacimiento los seres humanos aprenden activamente, aún sin incentivos exteriores.

La teoría de Piaget descubre los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: cómo las estructuras psicológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos, se organizan durante la infancia en esquemas de conducta, se internalizan durante el segundo año de vida como modelos de pensamiento, y se desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que caracterizan la vida adulta. Piaget divide el desarrollo cognitivo en cuatro periodos importantes:

#### **a) Etapa Sensoriomotora**

La conducta del niño es esencialmente motora, no hay representación interna de los acontecimientos externos, ni piensa mediante conceptos. Comprende los siguientes estadios:

- a. Estadio de los mecanismos reflejos congénitos. 0- 1 mes
- b. Estadio de las reacciones circulares primarias 1- 4 meses
- c. Estadio de las reacciones circulares secundarias 4- 8 meses
- d. Estadio de la coordinación de los esquemas de conducta previos. 8 – 12 meses
- e. Estadio de los nuevos descubrimientos por experimentación. 12 – 18 meses

f. Estadio de las nuevas representaciones mentales. 18 – 24 meses

b) Etapa Preoperacional

Es la etapa del pensamiento y la del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, se inicia el juegos simbólico, los dibujos, las imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.

a. Estadio preconceptual. 2- 4 años

b. Estadio intuitivo. 4 – 7 años

c) Etapa de las Operaciones Concretas

Los procesos de razonamiento se vuelen lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad, esto se da a la edad de 7 a 11 años.

d) Etapa de las Operaciones Formales

En esta etapa el adolescente logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales, esto se da de los 11 años en adelante.

#### **1.1.4.- LA TEORÍA DE VIGOTSKY**

**Vigotsky** (1979) refiere que el desarrollo no es simplemente una lenta acumulación de cambios unitarios, sino, “ un proceso dialectico complejo, caracterizado por la periodicidad, la irregularidad en el desarrollo de las distintas funciones, la metamorfosis o transformación cualitativa de una forma en otra, la interrelación de factores internos y externos y ciertos procesos adaptativos”

Vigotsky consideró la influencia de los aspectos sociales sobre el desarrollo del individuo en una doble vertiente. La que corresponde a la interacción social es de una enorme importancia en su teoría. "En el desarrollo cultural del niño, toda función aparece dos veces: primero, a nivel social, y más tarde, a nivel individual; primero entre personas (interpersonal), y después en el interior del propio niño (intrapsicológica). Esto puede aplicarse igualmente a la atención voluntaria, a la memoria lógica y a la formación de conceptos. Todas las funciones superiores se originan como relaciones entre seres humanos".

Los seres humanos serían participantes activos de su propia existencia y de que a cada estadio del desarrollo los niños adquieran los medios necesarios para poder modificar su mundo y así mismos, por lo cual el autor habla de los "estímulos auxiliares", esto se manifiesta en la infancia los cuales dependen de las herramientas de la cultura en la que ha nacido el niño, como el lenguaje que le rodea, los medios ingeniosos que el niño desarrolla que comprenden también el uso de su cuerpo, por ejemplo un niño que carezca de juguetes prefabricados es capaz de jugar con elementos que tiene a su alcance, como piedras, palos, plantas, y convertirlas en carros, trenes, casas.

Vygotsky enfatiza en su obra tres conceptos principales:

**a) Los procesos Psicológicos Elementales y Superiores.**

Los procesos psicológicos elementales son comunes en el hombre y a otros animales superiores por ejemplo la memoria y la atención. En cambio, los procesos psicológicos superiores, se caracterizan por ser específicamente humanos, se desarrollan en los niños a partir de la incorporación de la cultura. Mientras que los primeros se desarrollan simplemente por el hecho de que participan en una cultura, especialmente a través de la lengua oral, los segundos requieren de la instrucción, lo cual supone un marco institucional particular: la escuela. La lengua escrita y los conceptos científicos son ejemplos de PPS avanzados.

La cultura hace dos contribuciones al desarrollo intelectual, primero el pequeño adquiere el conocimiento de la misma, en segundo lugar, el niño adquiere las herramientas para

procesar sus esquemas mentales de acuerdo a la cultura que lo rodea. La cultura de acuerdo a Vygotsky provee al niño con los medios para pensar y para asimilar sus pensamientos basados en las creencias de su cultura.

### **b) El Lenguaje.**

Otra contribución de la obra de Vygotsky es el lenguaje que tiene un rol muy importante en el aprendizaje. De acuerdo a su teoría el niño cuando piensa, gana un conocimiento amplio sobre sus alrededores y a todo le da sentido, puede ser la interrelación entre el desarrollo del lenguaje y el pensamiento. Esta área, examinada en su libro *Pensamiento y lenguaje* (1934), reconoce la explícita y profunda interconexión entre el lenguaje oral (habla) y el desarrollo de los conceptos mentales. Él dice que pensamiento y palabra están totalmente ligados, y que no es correcto tomarlos como dos elementos totalmente aislados, como lo hacen teóricos y lingüistas que sólo buscan equivalentes exactos entre los dos elementos. Si bien pensamiento y lenguaje tienen raíces genéticas diferentes, en un determinado momento del desarrollo ambas líneas se entrecruzan para conformar una nueva forma de comportamiento: el pensamiento verbal y el lenguaje racional. "El pensamiento verbal no es una forma innata, natural de la conducta, pero está determinado por un proceso histórico-cultural y tiene propiedades específicas y leyes que no pueden hallarse en las formas naturales del pensamiento y la palabra".

### **c) Zona de Desarrollo Próximo.**

La zona de desarrollo próximo se basa en la relación entre habilidades actuales del niño y su potencial. Un primer nivel, el desempeño actual del niño, consiste en trabajar y resolver tareas o problemas sin la ayuda de otro, con el nombre de nivel de desarrollo real. Es este nivel basal lo que comúnmente se evalúa en las escuelas. El nivel de desarrollo potencial es el nivel de competencia que un niño puede alcanzar cuando es guiado y apoyado por otra persona. La diferencia entre esos dos niveles de competencia es lo que se llama zona de desarrollo próximo.

Vygotsky dice que el desarrollo cognitivo del ser humano es un resultado de la resolución de los problemas que el niño puede resolver cuando es ayudado por un adulto, el cual puede ser uno de los padres, un maestro, o algún otro niño mayor que él. El lenguaje que los adultos transmiten a los niños las riquezas de su propia cultura, conforme el niño empieza a hablar, el proceso de aprendizaje comienza. Los niños usan su lenguaje interno para dirigir su propio comportamiento y copian el comportamiento de sus padres los cuales lo enseñaron a actuar de cierta manera. Este aprendizaje lo llama Vygotsky el proceso de internalización. Por eso este autor dice que el desarrollo del ser humano consiste en una internalización gradual primeramente del lenguaje para formar una adaptación a la cultura. <sup>1</sup>

## **1.2.-TRASTORNOS INFANTILES**

Los trastornos y enfermedades mentales en la infancia han existido en todas las épocas, pero es a partir del siglo XVIII cuando los esfuerzos por entender la mente infantil y sus alteraciones entran en una etapa de interés científico.

El siglo XX se ha caracterizado por distintas investigaciones sobre la infancia, apareciendo así numerosas tesis, monografías, trabajos, etc. desde distintos campos. Nace la psicopatología infantil como disciplina propia, debido a un cambio en la mentalidad social con hechos como:

- el nacimiento del año internacional del niño (1979)
- la convención sobre los derechos del niño aprobada por la ONU donde se reconocen derechos civiles, políticos y sociales del niño. (1989)

Toro, Yepes (2004), refieren en su libro Fundamentos de Medicina: Psiquiatría que los trastornos en niños y adolescentes no son raros pero usualmente no se detectan y permanecen no tratados. Estudios epidemiológicos sugieren que un 20% de niños presentan algún trastorno mental.

---

<sup>1</sup> Vygotsky, El desarrollo de los procesos psicológicos superiores, 1979.

Tanto la psiquiatría infantil como la psicopatología infantil se dedican al estudio de los trastornos mentales infantiles. La psiquiatría infantil estudia la clínica y el tratamiento de los trastornos con el propósito de estimular su óptimo desarrollo personal en presencia de diversas variables biopsicosociales.

La Psicopatología Infantil como rama de la psicología es el estudio científico de la conducta anormal o alteraciones conductuales del niño, busca la explicación de esa conducta y las variables responsables de las alteraciones, porque se considera al niño un ser en continua evolución. Tenemos que ver los problemas del niño teniendo en cuenta los temas de la psicología infantil y la evolución de su desarrollo. Ej.: el no tener un control de esfínteres es normal a determinada edad, pero luego es una patología (5 años).

### **Modelos psicológicos y médico sobre trastornos mentales:**

Hay que tener en cuenta los cambios que se han producido en la sociedad sobre la concepción que ésta tiene sobre la infancia; la familia y su influencia directa en el niño.

A continuación se presenta los principales modelos sobre los trastornos mentales.

**Psicoanálisis:** Donde lo fundamental son las experiencias de la primera infancia ya que estas influirán sobre el posterior desarrollo de la personalidad, tanto normal como anormal. El comportamiento anormal es una expresión simbólica de los conflictos mentales inconscientes que se remontan a la infancia o a la niñez temprana.

**Conductismo:** establece que los trastornos mentales son el resultado del aprendizaje de formas inadaptadas de comportamiento y propone que lo aprendido puede ser olvidado. Por tanto, los terapeutas tratan de modificar el comportamiento disfuncional y los procesos cognoscitivos erróneos de sus pacientes.

**Modelo médico:** Señala que el comportamiento anormal tiene un origen bioquímico o fisiológico. La biología no puede explicar por sí sola la mayoría de ellos, aunque se dispone de evidencia sólida respecto a que los factores genéticos y bioquímicos

participan en problemas mentales tan diversos como la esquizofrenia, la depresión y la ansiedad.

### **1.2.1.- CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL INFANTIL**

Definir que es un trastorno mental, psicológico o emocional, es un problema difícil para la psiquiatría y la psicología clínica. Esta dificultad está relacionada con los distintos criterios que se han utilizado para su definición a lo largo de la historia. Básicamente se refiere a comportamientos que se han considerado "anormales" y que han sido estudiados y clasificados por los profesionales de la psicopatología.

Toro, Yepes (2004) exponen que la prevalencia de patología psiquiátrica en la infancia se encuentra situada en torno al 20% con niños que presentan algún trastorno mental, al menos con compromiso funcional leve, el 10-13% de niños y adolescentes reúnen criterios para enfermedad mental severa en algún momento y del 5-9% sufren trastorno emocional y compromiso funcional severos. La detección precoz de dichos problemas permite mejorar el pronóstico y disminuir la morbilidad.

A la hora de definir lo anormal en la conducta infantil, los criterios básicos derivan de las mismas características que los criterios de los adultos: La conducta que es infrecuente en la población y molesta a nivel social.

El DSM IV (1994 revisión 2000) define al trastorno mental “como un síndrome o un patrón de comportamiento o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.”

El CIE-10 (1992) define al trastorno como: “Presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo”.

Una conducta perturbada es aquella que realiza el niño que se desvía de unas normas sociales y que ocurre con una frecuencia e intensidad tales, que los adultos que rodean al niño consideran como excesiva o insuficiente.

Al hablar de trastornos infantiles algo importante a tener en cuenta es la participación tanto familiar y escolar, como eje fundamental de la vida infantil. Además de la relación con patrones sociales aceptados y adecuados a la sociedad. También es fundamental tener en cuenta la frecuencia, la intensidad y la duración, es distinta la conducta perturbada breve, que la que perdura en el tiempo.

Cuando aparece patología psíquica en los primeros años de la vida nos encontramos ante un paciente que requiere no solo un abordaje terapéutico específico sobre su trastorno psíquico sino que también requiere una valoración del estado de su proceso de desarrollo.

### **1.2.2.- ETIOLOGÍA**

El origen de los trastornos de la infancia están determinados multifactorialmente, integrando elementos de:

Causa biológica tales como lesión o trastorno del SNC diagnosticados durante el período prenatal, perinatal y neonatal o de desarrollo temprano, a complicaciones a nivel cerebral, orígenes hereditarios, problemas durante el embarazo, dificultades en el nacimiento.

Causas ambientales como: fallecimiento de algún miembro de la familia, perturbación familiar por separación, divorcios o abandono, nivel socio económico bajo, factores inespecíficos de la escuela y grupo cultural, altas probabilidades de que algún factor o

algunos factores o condiciones del medio social o físico, o ambos, interfieran en un desarrollo normal del niño,

Causas psicológicas como: apego inadecuado, traumas, violencia, abuso sexual o físico, discriminación, dificultades para adaptarse, experiencias de índole individual inadecuadas como traumas, duelos y separaciones.

Cuando se habla de causas de trastornos se tiende a mantener el dualismo entre lo orgánico y lo psicológico.

Las clasificaciones tanto del DSM y CIE 10 ayudan a los profesionales a resumir y ordenar las observaciones, indican el tratamiento, facilitan la comunicación y la revisión y son positivas en cuanto a los estudios de investigación, sin embargo, las consecuencias negativas de la percepción social y de la autopercepción como el estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos que sufren las personas y las familias afectadas por trastornos mentales son intensos y profundos. La prevención efectiva puede influir mucho en el cambio de estas percepciones y así, cambiar la forma en que la sociedad percibe los trastornos mentales.

### **1.2.3.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA.**

Anna Freud (1965) fue una de las primeras en aportar acerca de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos infantiles, pensaba que los síntomas no eran los indicadores para decidir si el niño debía analizarse o no; los síntomas están en un constante ajuste, y pueden cambiar y ser sustituidos por otros, importa más hacer una valoración del niño, de su mundo externo e interno.

A. Freud (1965) creó el “perfil diagnóstico” como un intento de crear categorías diagnósticas basadas en los conceptos de fijación, regresión, desarrollo del súper yo,

menciona la importancia de ver la relación que tiene el síntoma con el momento del desarrollo, el nivel del mismo, la estructura operante, el significado dinámico del síntoma y su relación con la realidad.

Las clasificaciones de trastornos en la infancia más utilizadas son el CIE10 y el DSM IV.

En la actualidad, el sistema de clasificación psiquiátrica operativa más conocido y utilizado en los países occidentales fue redactado en 1994 por la *American Psychiatric Association* y se denomina DSM, ha habido varias revisiones y la última es en el año 2000, el DSM-IV-TR. El CIE10 Clasificación Internacional de Enfermedades, promovido por la OMS, por lo que la realizó un grupo de expertos de distintos países, determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. El CIE es una clasificación de todas las enfermedades, siendo el capítulo V sólo una parte, respeta los mismos criterios que para enfermedades orgánicas. Algunos trastornos no figuran con el mismo nombre y en el DSM pueden directamente no figurar, esto produjo que el CIE tuviese definiciones más amplias para poder ser compatibilizadas con las situaciones de diversos países.

### **1.2.3.1.- TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA SEGÚN EL DSM IV**

DSM IV el manual agrupa en este apartado los trastornos que surgen en esta edad, aunque no necesariamente se diagnostiquen durante la infancia o adolescencia.

- Retraso mental: entendida como la capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (medido a través del CI). Puede ser leve, moderado, grave o profundo.

- Trastornos del aprendizaje: rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado en el área afectada, considerando la edad del niño o adolescente, su inteligencia, y una educación apropiada para su edad. Pueden ser:
  - Trastorno de la lectura: Dislexia
  - Trastorno del cálculo: Discalculia
  - Trastorno de la expresión escrita: Disgrafía
  - Trastorno del aprendizaje no especificado.
  
- Trastorno de las habilidades motoras
  - Trastorno del desarrollo de la coordinación.
  
- Trastornos de la comunicación. En este apartado se consideran las deficiencias del habla o del lenguaje:
  - Trastorno del lenguaje expresivo
  - Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
  - Trastorno fonológico
  - Tartamudeo
  - Trastorno de la comunicación no especificado
  
- Trastornos generalizados del desarrollo: son déficits graves y alteraciones en diversas áreas del desarrollo, como la interacción social, la comunicación, o en la existencia de comportamientos, intereses o aptitudes estereotipadas. Se incluyen:
  - Trastorno autista
  - Trastorno de Rett
  - Trastorno desintegrativo infantil
  - Trastorno de Asperger
  - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
  
- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador: incluyen trastornos cuyas características son la desadaptación impulsividad-

hiperactividad, o trastornos del comportamiento perturbador (violación de derechos de otros, hostilidad, conducta desafiante). Están incluidos:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad o sin ella
- Trastorno disocial
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

- Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez: consisten en diversas alteraciones, que se dan de manera persistente en la conducta alimentaria de niños y adolescentes. Éstas constituyen:

- Trastorno de pica
- Trastorno de rumiación
- Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

- Trastornos de tics

- Trastorno de La Tourette
- Trastorno de tics motores o vocales crónicos
- Trastorno de tics transitorios
- Trastorno de tics no especificado.

- Trastornos de la eliminación: trastornos cuya característica es la eliminación de heces y orina en lugares inadecuados y de manera persistente. Son:

- Encopresis
- Enuresis (no debida a una enfermedad médica)

- Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:

- Trastorno de ansiedad por separación: definido como ansiedad excesiva para la edad frente a la separación del hogar o de seres queridos.
- Mutismo selectivo: cuando el niño o adolescente no habla en situaciones específicas, como sociales, pero en otras no tiene problemas de lenguaje.

- Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez: Dado por una relación social manifiestamente alterada, generalmente causada por crianza patógena.
- Trastorno de movimientos estereotipados: trastorno por movimiento repetitivo aparentemente impulsivo, estereotipado y no funcional que causa malestar en el sujeto.
- Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

### **1.2.3.2.- TRASTORNOS INICIO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA SEGÚN CIE-10**

#### **(F70-79) Retraso mental**

- (F70) Retraso mental leve
- (F71) Retraso mental moderado
- (F72) Retraso mental severo
- (F73) Retraso mental profundo
- (F78) Otros retrasos mentales
- (F79) Retrasos mentales sin especificar

#### **(F80-89) Trastornos del desarrollo psicológico**

- (F80) Trastornos específicos del lenguaje y del habla
  - (F80.0) Trastorno específico de la articulación del habla
  - (F80.1) Trastorno expresivo del lenguaje
  - (F80.2) Trastorno receptivo del lenguaje
  - (F80.3) Afasia adquirida con epilepsia (Landau-Kleffner)
  - (F80.8) Otros trastornos del desarrollo del lenguaje y el habla
  - (F80.9) Trastornos del desarrollo del lenguaje y el habla sin especificar
- (F81) Trastornos de desarrollo específicos de habilidades académicas
  - (F81.0) Trastorno específico de la lectura

- (F81.1) Agrafía
  - (F81.2) Trastornos específicos de habilidades aritméticas
  - (F81.3) Trastornos mixtos de habilidades escolares
  - (F81.8) Otros desórdenes del desarrollo de habilidades escolares
  - (F81.9) Trastorno de desarrollo de habilidades escolares sin especificar
- (F82) Trastornos de desarrollo específicos de funciones motoras
  - (F83) Trastornos de desarrollo específicos mixtos
  - (F84) Trastorno generalizado del desarrollo
    - (F84.0) Autismo en la niñez
    - (F84.1) Autismo atípico
    - (F84.2) Síndrome de Rett
    - (F84.4) Trastorno asociado a hiperactividad con retraso mental y movimientos estereotipados
    - (F84.5) Síndrome de Asperger
  - (F88) Otros trastornos del desarrollo psicológico
  - (F89) Trastornos del desarrollo psicológico sin especificar

**(F90-F98) Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia**

- (F90) Trastornos hipercinéticos
  - (F90.0) Trastorno de la actividad y la atención
  - (F90.1) Trastorno hiperquinético de la conducta
- (F91) Trastornos de conducta
  - (F91.0) Trastorno de conducta confinado al entorno familiar
  - (F91.1) Trastorno de conducta dessocializado
  - (F91.2) Trastorno de conducta socializado
  - (F91.3) Trastorno negativista desafiante

- (F92) Trastornos mixtos de conducta y emociones
  - (F92.0) Trastornos de conducta depresivos
  
- (F93) Trastornos emocionales específicos en el comienzo de la niñez
  - (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación de la niñez
  - (F93.1) Trastorno de ansiedad fóbica de la niñez
  - (F93.2) Trastorno de ansiedad social de la niñez
  - (F93.3) Trastorno de rivalidad fraternal
  
- (F94) Trastornos de funciones sociales específicos del comienzo de la niñez y la adolescencia
  - (F94.0) Mutismo selectivo
  - (F94.1) Trastorno del vínculo reactivo de la niñez
  - (F94.2) Trastorno del vínculo desinhibido de la niñez
  
- (F95) Tics
  - (F95.0) Tic transitorio
  - (F95.1) Tic crónico motor o vocal
  - (F95.2) Tic combinado vocal y múltiple motor (de la Tourette)
  
- (F98) Otros trastornos emocionales y de comportamiento iniciados normalmente en la niñez y en la adolescencia
  - (F98.0) Enuresis nocturna
  - (F98.1) Encopresis
  - (F98.2) Trastorno de la alimentación de la infancia y la niñez
  - (F98.3) Pica de la infancia y la niñez
  - (F98.4) Trastornos del movimiento estereotipados
  - (F98.5) Tartamudez
  - (F98.6) Desorden lingüístico

### **(F99) Trastornos mentales sin especificar**

- (F99) Trastorno mental no especificado en otra parte

### **Conclusión:**

En este capítulo se revisó varios enfoques teóricos del desarrollo del niño, por sus contribuciones y postulados con varios temas de interés como la importancia de cada una de las fases, estadios, etapas que cada autor menciona en sus obras, donde se encontró aportaciones en cuanto al desarrollo cognitivo, psicosexual, psicosocial, biológico.

Considerando que el niño es un ser biopsicosocial es importante conocer estas teorías que son fundamentales para el estudio y una intervención adecuada en el desarrollo del niño.

También los trastornos infantiles son explicados por diversos conceptos, sin embargo, se tomó a los manuales más utilizados en nuestra sociedad como guías para establecer un diagnóstico en este estudio.

## CAPITULO II

### FACTORES DE RIESGO

#### Introducción

A continuación se tratará sobre la influencia que tienen algunos factores en los trastornos infantiles. Entre los principales factores a estudiar están la situación económica, el tipo de apego, la estructura familiar y las causas biológicas, los cuales necesitan ser tomados en cuenta para el estudio, la promoción y prevención de la salud mental. Los trastornos son, con toda probabilidad, el resultado de múltiples factores de riesgo diferentes, que contribuyen a su desarrollo, y esos múltiples factores de riesgo pueden interactuar de manera compleja en cada caso individual. Como resultado, los programas de prevención deberían ser de amplio alcance para abordar todas las fuentes posibles para reducir los riesgos de una población.

Las dos dimensiones principales de la salud mental positiva incluyen el desarrollo de habilidades y recursos para protegerse del estrés y la adversidad e involucrarse en actividades personalmente significativas para generar un sentido de dominio y competencia individual.

#### 2.1.-FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

El **concepto de riesgo** en salud se define como la probabilidad estadística de que aparezca la enfermedad o trastorno en aquella población o individuos expuestos a características o factores que sabemos o conocemos que producen consecuencias negativas en la salud.

Los **factores de riesgo** son las condiciones o características personales y/o ambientales que están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los problemas de salud, de estar presente en un individuo dado, favorecen que este individuo, en comparación con otros de la población general, desarrolle un trastorno.

El riesgo existe en múltiples dominios, es por esto que en gran parte de los trastornos mentales se han identificado varios factores de riesgo dentro de los individuos, como los ambientes familiares, las experiencias escolares, las interacciones sociales o con los compañeros y los contextos comunitarios.

Los individuos expuestos a un mayor número de factores de riesgo tienen un grado de riesgo mayor de desarrollar psicopatología.

Un determinado factor de riesgo puede aumentar la probabilidad de una variedad de trastornos.

Los factores de riesgo sirven como marcadores de que un individuo o grupo de individuos tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno.

**Los factores de protección** son las condiciones o características de los individuos y sus ambientes que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. Los factores individuales de protección son idénticos a las características de salud mental positiva, tales como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control.

El concepto de riesgo en niños indica que si bien el niño presenta un funcionamiento normal en su desarrollo y sigue estando en las condiciones tal como se presentan actualmente, tiene un alto grado de probabilidad de que su desarrollo sufra desarmonías.

Existe una creciente demostración de que la exposición al riesgo puede ser reducida por una variedad de características individuales y sociales que operan como factores de protección. Estos factores disminuyen los problemas psicológicos de varias formas: en una manera directa, interactuando con los factores de riesgo para disminuir la disfunción. Interrumpiendo la cadena de acontecimientos de los factores de riesgo que causan la disfunción o previniendo la ocurrencia inicial de los factores de riesgo.

Por esta razón, las intervenciones preventivas deben estar dirigidas a fortalecer los factores de protección, promoviendo así la salud mental.

## **PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO**

Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, familiar, social, económico y ambiental. Generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección lo que inclina a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una de mayor vulnerabilidad, para pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características. Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental deben atacar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de la persona.

Algunos de los factores de riesgo importantes a considerar son:

### **FACTOR I:**

#### **2.2.- NIVEL SOCIO ECONÓMICO**

Varios estudios han tratado de determinar el impacto de la pertenencia a una determinada clase social en el desarrollo infantil, se sabe que se trata de una característica permanente a lo largo de mucho tiempo, debido a que el ascenso o descenso social es algo poco frecuente en las sociedades latinoamericanas.

Según Hoffman (1995) la clase social está tradicionalmente determinada por la ocupación del padre, y afecta los sistemas de creencias, valores y estilos de vida, y es uno de los temas importantes que afectan al desarrollo. La clase social ayuda a determinar el entorno físico en el que vive el niño, su vecindario, sus compañeros de juego, su acceso a los centros de salud, la composición de su alimentación, las prácticas educativas de sus padres, la estructura autoritaria de la familia, su estabilidad, el número de hermanos y el tipo de educación que obtienen.

La influencia de la clase social es importante para conocer las prácticas educativas paternas. Los padres de diferentes clases sociales tratan a los niños de modo distinto, los padres de clase obrera o pobres tienden o no a utilizar el poder de la fuerza, mientras que los de clase media pueden ser más propensos al delegar responsabilidades a otros o a los mismos hijos por su tiempo limitado a compartir con los mismos. Los padres de clase

media pueden tener una mayor implicación en la vida escolar de sus hijos, asisten a las reuniones del colegio, asisten a reuniones de organización entre padres y profesores. Los padres de clase obrera suelen evitar a menudo el contacto con la escuela. Debemos considerar que no todos los casos y familias son iguales es por esto que no debemos generalizar.

Un aspecto importante que afecta en el desarrollo de los niños es el desempleo de los padres. Cuando el principal mantenedor de la familia, es el padre o la madre y se queda desempleado, la vida familiar cambia de modo predecible, afectando el desarrollo de los hijos. Aunque el desempleo afecta a todas las clases sociales, los efectos en la clase obrera son más graves. La mayoría de los efectos del desempleo en la infancia afectan generalmente al padre o madre desempleado dando así cambios emocionales como: deprimirse, angustia, menor receptividad, irritabilidad y tensión. La disciplina suele ejercerse por la fuerza. Los niños cuyos padres están sin empleo durante bastante tiempo pueden tener problemas socioemocionales, suelen estar más deprimidos, ser solitarios, desconfiados con los otros niños, suelen sentirse excluidos de sus compañeros, tienen poca autoestima y menos capacidad para hacer frente al estrés. (Hoffman, 1995)

La pobreza es la causa fundamental de las tasas elevadas de morbilidad y mortalidad en la infancia. Resulta preocupante constatar que en algunas regiones y países, mil millones de niños y niñas no pueden disfrutar de sus derechos debido a que carecen de, por lo menos, uno o más de los bienes y servicios básicos necesarios para sobrevivir, crecer y desarrollarse. No son estos los únicos factores que ponen en peligro la infancia, pero se encuentran sin duda entre los más importantes, por muy dañinas que estas amenazas sean por sí solas, cuando coinciden dos o incluso tres, las consecuencias sobre las vidas de los niños y las niñas son devastadoras. En el mundo en desarrollo, más de uno de cada tres niños no dispone de una vivienda adecuada, uno de cada cinco niños no tiene acceso al agua potable, y uno de cada siete carece de acceso a servicios esenciales de salud. Más de un 16% de los menores de cinco años no reciben una nutrición adecuada y un 13% de todos los niños y las niñas no han acudido nunca a la escuela. (UNICEF 2004.)

## **FACTOR II:**

### **2.3.- TIPOS DE FAMILIAS**

Durante la infancia, quizá la influencia más importante en el desarrollo del niño sea la familia en la que crece. La edad de sus padres, si estos son saludables o no, las relaciones que establezca con ellos, cuantas personas viven en la casa, si tiene hermanos o no, la posición ordinal que ocupa en el número de hermanos, el nivel de estudios de los padres, y el oficio u ocupación de los padres.

La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos como padre, madre, hermanos, etc. con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen.

El ciclo vital de vida familiar incluye el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. La familia constituye la unidad básica de la sociedad.

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Fernández y col. (2006) definen a la familia como “Un sistema organizado cuyos miembros, unidos por relaciones de alianzas y/o consanguinidad, sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad para lo cual utilizan información de adentro y de afuera del sistema y la experiencia actual - historia de cada uno de sus miembros”.

Minuchin y Fishman (1984) definen a la familia como: “Un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura de la familia, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define sus gamas de conducta y facilita su interacción reciproca”.

Las diferentes estructuras familiares consideradas en la postmodernidad mencionadas en la obra de Fernández Moya y col. (2006) son:

**Familia Nuclear:** Formada por un núcleo conyugal primario, es decir padres e hijos conviviendo de manera estable, existe vínculos fuertes entre sí y para con los integrantes de las familias de origen y familia extensa de cada uno.

**Familia de Origen:** Familia en la cual se ha criado, educado cada uno de los miembros de la pareja.

**Familia Política:** Familia de origen del cónyuge.

**Familia Extensa:** La suma de los familiares que integran aquellos que constituyen la familia de origen y política de cada uno de los miembros de la pareja. Se incluye a todos los familiares, abuelos/as, tíos/as, primos/as, y otras personas que podrán no ser consanguíneos, pero poseen un vínculo que los hace miembros de la familia.

**Familia Compuesta:** Formada por una familia nuclear o una familia extensa más otros no-parientes.

**Familia Adoptante (sin secreto):** Aquella que adopta legal o ilegalmente a un miembro, hijo.

**Familias ensambladas, o de segundas o terceras nupcias:** Todas aquellas familias que resultan de la unión de hecho o de manera legal de dos personas, una de las cuales posee un hijo de una relación anterior. Algunas combinaciones posibles:

- Una madre que puede ser soltera, casada, separada, divorciada, viuda, casada con un soltero sin hijos.
- Una mujer soltera sin hijos casada con un hombre que es padre soltero, casado, separado, divorciado, viudo.
- Una mujer viuda con hijos casada con un viudo sin hijos.
- Viuda con hijos con viudo con hijos.

**Familias uniparentales:** Cuando una persona es madre o padre exclusivo por abandono, por decisión propia, o por la muerte de su pareja, crían, educan a sus hijos solos o con ayuda de la familia extensa.

**Familia homosexual o gay:** Constituida por dos hombres o dos mujeres.

**Familias mixtas:** Unión de dos personas que profesan diferentes religiones, o son de diferentes razas, o poseen diferentes mundos culturales.

Dentro de los riesgos ambientales es la familia una causa directa de los trastornos, pero otro riesgo es considerar toda la psicopatología de un niño como consecuencia de los padres, es por esto que en la actualidad las patologías dependen más de la multicausalidad de factores que de uno solo.

### **2.3.1.- FAMILIAS DE LA NIÑEZ ECUATORIANA**

La familia es una de las instituciones sociales tradicionales, quizás la más importante, en dejar huella en el desarrollo de la infancia. Siendo el agente de socialización primaria es fuente de transmisión de valores. La seguridad en el seno de la familia y el compromiso de los padres hacia sus hijos son necesarios para garantizar el desarrollo emocional adecuado de los niños/as. El hecho de que los padres deban trabajar más, reduce el tiempo para compartir con sus niños.

Las transformaciones sociales y culturales de la época nos presentan una diversidad de tipos de familia, en donde no solo está presente la familia tradicional nuclear.

En un esfuerzo por comprender los cambios que ha sufrido la familia de la niñez ecuatoriana en la última década, la Encuesta Nacional de la Niñez y Adolescencia (ENNA 2010) indagó sobre los distintos tipos de familia y cómo estos se han modificado en el tiempo.

Las estructuras familiares de la infancia no han sufrido grandes transformaciones en la última década. En los últimos 10 años la mitad de los niños/as del país continuó viviendo en hogares nucleares, uno de cada 10 en hogares monoparentales, el 35% en hogares extendidos –con núcleo o sin núcleo—y un 3% en hogares compuestos.

Los hogares nucleares –padre, madre e hijos— son la organización familiar más importante en el país. Es la forma de organización preponderante en las zonas rurales del país (58%), en la Sierra (57%) y entre los hogares indígenas (57%). Los hogares extendidos son, igualmente, otra forma de organización trascendental en la sociedad ecuatoriana. Tres de cada 10 niños/as del país vive en estos tipos de hogares, es decir, con otros parientes. Éstos tienen un peso mayor en las sociedades urbanas, cuatro de cada 10 niños/as del país vive con otros parientes, así como entre las sociedades costeñas y amazónicas (37% y 35%, respectivamente) o entre los hogares blanco-mestizos (34%) y afrodescendientes (37%).

Casi uno de cada 10 niños/as vive en hogares monoparentales, es decir, vive con su madre o su padre. El 11% y 12% de la niñez serrana y amazónica vive, especialmente, en este tipo de hogares. Asimismo, es una característica de los hogares blanco/mestizos e indígenas, mas no de los afroecuatorianos.<sup>2</sup>

### **FACTOR III:**

#### **2.4.- TIPO DE APEGO**

Bowlby (1977), describe a la teoría del apego como una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento en explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como ira, ansiedad, depresión y el alejamiento emocional que se produce como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva, en la definición Bowlby explica dos situaciones, el porqué los seres humanos tienden a establecer vínculos fuertes, selectivos y duraderos, y como la variación o la amenaza de estas variaciones pueden causar varias fuertes emociones y finalmente psicopatología. Confirmando la teoría de Bowlby, Mario Marrone (2001)

---

<sup>2</sup> Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI. Una aproximación a partir de la primera encuesta nacional de la niñez y adolescencia de la sociedad civil, Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia –ODNA 2010.

dice “El apego es un constructo basado en las relaciones afectivas, no es un constructo intrapsíquico”.

Mary Ainsworth (1967) aportó con grandes elementos a la teoría del apego, en el análisis de los datos que había recogido en sus observaciones, encontró una información muy rica para el estudio de las diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego. Estos datos también revelaron la importancia de la sensibilidad de la madre a las peticiones del niño. Ainsworth (1967) encontró tres patrones principales de apego: **Niños de apego seguro** que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; **Niños de apego inseguro**, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; **y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres.**

Oliva (2004), basándose en un estudio realizado por Fox, Kimberly y Schafer (1991), demuestra que el tipo de vínculo que los niños establecían con sus padres depende fundamentalmente de la sensibilidad y capacidad de respuesta del adulto con respecto a las necesidades del bebé.

#### **2.4.1.-Clases de apego**

a) Niños de apego seguro (B). Para ellos sus cuidadores son como una base de seguridad cuando están angustiados. Tienen confianza que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En el dominio interpersonal, las personas con apego seguro tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio personal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo.

b) Niños de apego inseguro-evitativo.

Es una conducta que tiende a aumentar la distancia de personas y objetos supuestamente amenazadores resultan convenientes los términos "retracción" "huida" y "evitación". Exhiben un aparente desinterés y desapego a la presencia de sus cuidadores durante períodos de angustia. Estos niños tienen poca confianza en que serán ayudados, poseen inseguridad hacia los demás, miedo a la intimidad y prefieren mantenerse distanciados

de los otros. Estos individuos tienen una tendencia a no buscar o esperar apoyo, empatía, cariño e intimidad en las relaciones personales, más específicamente, en los vínculos de apego. Su defensa es de autoprotección en contra de las emociones penosas, que, en muchos casos, sintieron en la infancia al ser ignorados, rechazados o mantenidos a distancia de manera más o menos constante por sus figuras parentales. Estos individuos no pueden tolerar su propio sentimiento de vulnerabilidad, reaccionan débilmente a las pérdidas y aparentemente hacen procesos de duelo de baja intensidad emocional.

c) Niños de apego inseguro-ambivalente.

Según Gayó, (1999) Los sujetos ambivalentes son aquellos que buscan la proximidad de la figura primaria y al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados por ella, mostrando agresión hacia la madre. Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de los primeros. Estas personas están definidas por un fuerte deseo de intimidad, junto con una inseguridad respecto a los otros, pues desean tener la interacción e intimidad y tienen intenso temor de que ésta se pierda. De igual forma, desean acceder a nueva información, pero sus intensos conflictos las llevan a alejarse de ella.

Una situación especial en la que se produce conflicto entre la conducta afectiva y la conducta de alejamiento, es la que se produce cuando la figura de apego es también la que provoca temor, al recurrir, quizás, a amenazas o actos de violencia. En esas condiciones, las criaturas más pequeñas no suelen huir de la figura hostil, sino aferrarse a ella (Bowlby, 1985; 1998).

Main y Solomon, Weston (1986) posteriormente han propuesto la existencia de un cuarto tipo de apego, denominado inseguro **desorganizado/desorientado** que recoge muchas de las características de los dos grupos de apego inseguro ya descritos, y que inicialmente eran considerados como inclasificables. Se trata de los niños que muestran la mayor inseguridad. Cuando se reúnen con su madre tras la separación, estos niños muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias. Por ejemplo, pueden

mirar hacia otro lado mientras son sostenidos por la madre, o se aproximan a ella con una expresión monótona y triste. La mayoría de ellos comunican su desorientación con una expresión de ofuscación. Algunos lloran de forma inesperada tras mostrarse tranquilos o adoptan posturas rígidas y extrañas o movimientos estereotipados.

#### **FACTOR IV:**

### **2.5.- FACTORES BIOLÓGICOS**

La Psicopatología infantil, es el producto de la interacción de los factores biológicos y psicosociales, en las causas biológicas hablamos de factores genéticos, congénitos prenatales, hormonales, postnatales.

#### **Las dificultades de tipo traumático:**

Problemas Prenatales: Maternos como la situación emocional de la madre a través de mecanismos vasculares y endocrinos, alteraciones en la placenta, enfermedad de la madre como infecciones, sida, sífilis, toxoplasmosis, rubeola etc.

Externos como tóxicos, drogas, radiaciones, medicamentos, reacciones vacunales.

Problemas Perinatales: Trauma obstétrico, anoxia perinatal, hemorragias prematuridad.

Problemas Postnatales: Infecciones en SNC, traumatismos, accidentes, hemorragias, tóxicos, enfermedades físicas en general y neurológicas.

#### **Dificultades genéticas:**

El factor genético es la primera explicación en la determinación etiológica de los trastornos mentales y problemas clínicos en general, dentro de estas causas están alteraciones en la citogenética, la genética molecular, genética de poblaciones, estudio de familias de alto riesgo y árbol genealógico, estudio de gemelos, estudio de adopción, síndromes específicos.

Alteraciones provocadas en un solo gen, o un gen de penetración parcial, alteraciones cromosómicas, autosomáticas y gonadales.

### **Dificultades en el Sistema Nervioso Central:**

Interferencias sobre un cerebro bien constituido hasta el momento de la afectación, traumatismos infecciosos, tóxicos, sustancias químicas o metabólicas diversas. Anomalías congénitas del SNC, consecuencias del daño cerebral y las enfermedades cerebrales.

### **Conclusión:**

Los factores de riesgo considerados los más influyentes en la aparición de trastornos psicológicos infantiles fueron: nivel socioeconómico, tipo de apego, tipos de familia, causas biológicas, siendo un riesgo para la aparición de la enfermedad o trastorno en los niños.

El nivel socioeconómico al que pertenezca el niño ayudará a determinar algunas situaciones que pueden influir en su desarrollo físico, psicológico y social, por lo que puedan llegar a carecer.

La familia representa el núcleo principal encargada del desarrollo del niño, las diferentes estructuras familiares a las que el niño pertenezca importante al considerar trastornos mentales infantiles.

Todos buscamos establecer vínculos afectivos con otras personas y cuando estos son amenazados pueden causar fuertes emociones que acarrearán desequilibrio emocional.

El factor biológico llega a ser esencial en el estudio de los trastornos psicológicos infantiles pues hay que descartar causas orgánicas en la aparición de enfermedades mentales.

## CAPITULO III

### PREVENCIÓN

#### Introducción

Las intervenciones de prevención y promoción en salud mental son eficaces y han producido beneficios para la salud y la sociedad. Puesto que crean condiciones individuales, sociales y del entorno que permiten un desarrollo biopsicosocial óptimo para mejorar la calidad de vida.

La prevención de los trastornos mentales se enfoca en la reducción de factores de riesgo que predisponen, desencadenan y mantienen el trastorno, se basan en la hipótesis de que antes de la aparición de una enfermedad aparecerá una serie de signos de alarma que nos ayuda a la realización de una detección precoz; se enfoca también en la promoción de factores de protección, con el objetivo final de reducir la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales.

Según Mrazek y Haggerty (1994), la prevención de los trastornos mentales tienen el objeto de “reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o las condiciones de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad”.

Detección precoz es toda acción cuyos resultados llevan al descubrimiento de un cuadro psicopatológico en sus primeros estadios o justo antes de sus inicios.

Emprender la formación de proyectos de promoción y prevención de la salud mental es indispensable en nuestro medio, es necesario planificar las acciones y recursos que se van a utilizar y establecer prioridades, sacando así el mayor provecho a los recursos. La prevención comienza en la infancia, en una población infantil sana y mediante un equipo interdisciplinario en el que se incluya al psicólogo en los primeros niveles de asistencia.

La manera de influir en la familia es ayudándola a conocer el desarrollo evolutivo, informando y orientando sobre procesos y acciones que influyen negativamente en la estructura mental de los niños y ofreciéndoles la posibilidad de un seguimiento psicológico que permita vigilar el desarrollo evolutivo de los hijos.

Podemos diferenciar tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

## **NIVELES DE PREVENCIÓN**

- a) Nivel primario de prevención**
- b) Nivel secundario de prevención**
- c) Nivel terciario de prevención**

### **a) Prevención Primaria**

Tiene por objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil, actuando sobre los factores de riesgo y de protección para mejorar o mantener la salud disminuyendo la incidencia de aquellos factores que puedan interferirlas, esto permite establecer programas y acciones específicas destinadas a contrarrestar los efectos que dichos factores pueden producir.

### **b) Prevención Secundaria**

Se refiere al conjunto de procedimientos destinados a disminuir el predominio de una enfermedad en la población mediante el diagnóstico y tratamiento precoz para evitar que se agraven las dificultades ya existentes.

### **c) Prevención terciaria**

Corresponde a las actuaciones dirigidas a retrasar la progresión de la enfermedad y limita el grado de incapacidad. Tiene como objetivo mejorar las condiciones del desarrollo, se dirige al niño a su familia y a su entorno.

La prevención o Atención Temprana en el modelo biopsicosocial se deriva de la necesidad de establecer relaciones con los programas y servicios que actúan en el contexto del niño y de su familia. La Prevención de los trastornos mentales se enfoca en

aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo a la aparición de los trastornos mentales. Los servicios dirigidos a mantener la salud deben estar compuestos por profesionales formados en las disciplinas que aportan los conocimientos concretos.

Los servicios sanitarios competentes para trabajar en prevención son los de salud por ejemplo hospitales, centros de salud, pediatras, atención comunitaria, etc.

Servicios sociales como instituciones públicas y privadas dirigidas a la acción comunitaria como fundaciones, proyectos que por tener la relación directa con las familias y su problemática psicosocial se hallan en una posición óptima para la detección de factores de riesgo social para el desarrollo infantil.

Los servicios educativos al estar involucrados directamente con las personas son principales agentes para intervenir en los programas de prevención. Es el maestro el que detecta la posible presencia de un trastorno lo cual deberá comunicar a su familia y a partir de estos datos aportados establecer pautas de observación y actuación coordinadas con la familia.

La familia constituye una vía importante en detección pues son ellos los más cercanos al niño, los que en la interacción diaria pueden observar que exista una diferencia o desviación entre el comportamiento de sus hijos y de otros niños.

### **3.1. PREVENCIÓN EN LA INFANCIA**

Los trastornos mentales tienen consecuencias en el desarrollo emocional e intelectual de los niños, en el aprendizaje escolar, la adaptación social. Afectan la imagen personal y la autoestima de los jóvenes, la estabilidad y economía de las familias. Promover la salud mental de los niños, prevenir, diagnosticar y tratar correctamente los trastornos mentales, es un acto necesario no solo para el individuo sino también para la sociedad como una medida de ahorro y buena gestión económica, evitando así, las preocupaciones y compromisos que conlleva la enfermedad.

La promoción de salud de los niños y los jóvenes según la OMS y UNICEF requiere la estrecha colaboración de los servicios sanitarios, educativos, sociales y judiciales, así como de los padres y la población en general. Es fundamental, por tanto, la información y sensibilización de la población en este campo.

Los trastornos mentales en niños y adolescentes no son raros, pero habitualmente no se detectan y no son tratados, muchas veces se derivan niños por patologías emocionales inespecíficas, que muchas de ellas no cumplen los criterios para ser entidades clínicas, pero merecen atención y tratamiento a los signos y síntomas que presenten, ya que estos ocasionan malestar emocional, social, académico o familiar.

Es indispensable el trabajo en equipo y que el trabajo sea comprendido por todos. Esta prevención comienza antes del nacimiento y requiere varias especialidades en colaboración y vigilancia ulterior.

Durante mucho tiempo se ha negado que los niños presenten trastornos mentales o se ha minimizado su importancia. Se han considerado problemas menores que podían ser resueltos por personas sin preparación y experiencia.

Más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia, por ello, existe una mayor probabilidad en la continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta.

La ausencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, disminuye sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales, y supone un coste muy alto para las familias y la sociedad. Un porcentaje muy elevado de niños y jóvenes que sufren trastornos mentales y no son diagnosticados terminan en Centros de Menores a causa de la delincuencia, la mendicidad, el abandono en distintas instituciones, o puede llegarse a dar una muerte temprana por la carencia de recursos informativos y económicos, es decir, lo que no hizo el sistema sanitario pasa a ser un problema del sistema judicial o social.

Es necesario influir en las familia y la manera menos intrusiva es ayudándola a conocer el desarrollo evolutivo, informando y orientando sobre procesos y acciones que influyen negativamente en la estructura mental de los niños y ofreciéndoles la posibilidad de un seguimiento psicológico que permita vigilar el desarrollo evolutivo de sus hijos.

Las medidas destinadas a la detección de los trastornos mentales son inseparables de otras encaminadas a promover la salud y el bienestar de los niños que no sufren enfermedades, mediante programas dirigidos a los padres desde los colegios, los servicios de atención primaria, los hospitales, los medios de comunicación y otros.

### **3.2. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Antes de hablar de tratamiento es necesario la evaluación y el diagnóstico, debe precisarse en la evaluación del niño el cuadro clínico que requiere, si es un tratamiento farmacológico, o un tratamiento psicoterapéutico o por último psicoterapéutico y farmacológico.

Los trastornos infantiles disponen de una amplia variedad de tratamientos y algunas de esas técnicas pueden ser usadas en los centros de atención primaria.

#### **Tratamiento Farmacológico.**

Toro, Yepes (2004), mencionan que antes de prescribir un fármaco, debe tenerse en cuenta que la comorbilidad es frecuente en psiquiatría infantil, además deben valorarse las expectativas, beneficios y riesgos, los problemas médicos y neurológicos.

Es necesario que el profesional pueda resolver mitos y opiniones erróneas que padres, maestros, y niños puedan tener, es por eso que es importante explicarles que la medicación no es sinónimo de severidad y que los psicofármacos normalizan la neurotransmisión y por eso disminuyen los síntomas. Además es necesaria una evaluación de forma objetiva, de los resultados de tratamiento, a través de reportes y una constante comunicación con centros educativos y padres.

Cuando los niños reciben psicofármacos sus padres y a veces los mismos pacientes tienden a interpretar algunos síntomas y actitudes como efectos secundarios de la medicación.

Si después de dos ensayos farmacológicos no se obtiene resultados hay que reevaluar el diagnóstico, se debe considerar también dar un reajuste de la dosis, tomar en cuenta que se puede dar la aparición de tolerancia a la medicación o la presencia de comorbilidad con otro trastorno psicopatológico u otra entidad médica.

### **Tratamiento Psicoterapéutico.**

Según la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas se entiende por Psicoterapia "todo tratamiento de naturaleza psicológica, que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. El término Psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas".

La Organización Mundial de la Salud (2011) refiere que la psicoterapia, son intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no comprende el uso de ningún medio bioquímico o biológico.

Existen diferentes tipos de psicoterapias que cada uno de los profesionales elije dependiendo de su orientación:

**Cuadro N° 1**

**CARACTERÍSTICAS DE CORRIENTES PSICOLÓGICAS**

	<b>PSICODINÁMICAS</b>	<b>SISTÉMICAS</b>	<b>COGNITIVO- CONDUCTUAL</b>
Principios	Teoría Psicoanalítica con la perspectiva del Inconsciente dinámico. Sexualidad Infantil.	Teoría de Comunicación Cibernética dando lugar a la Teoría General de los Sistemas.	Aprendizaje
Método	Interpretativo-Hermenéutico-	Interaccional, Estructural.	Educativo- Correctivo
Técnica	Libre asociación	Intervención desde afuera.	Recondicionamiento
Síntomas	Es la representación del conflicto plasmado en el cuerpo la palabra o el pensamiento consciente.	El síntoma no es el individuo sino la relación disfuncional de la familia.	Conducta mal adaptada
Relación Terapéutica	Asimétrica	Participante	Directiva
Enfoque	Histórico	Situacional	Histórico Objetivo
Meta	Introspección: Hacer consciente lo inconsciente	Modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia a fin de facilitar nuevas formas de relación.	Remoción del síntoma

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012)*

### **3.3. CONSIDERACIONES GENERALES**

Es importante antes de iniciar un proceso psicológico descartar problemas orgánicos, neurológicos, de aprendizaje y para esto el profesional debe previamente obtener información del desarrollo del niño en sus diferentes áreas. Si el psicólogo tiene la sospecha de que va mas allá de un problema emocional o conductual, se debe remitir inicialmente a profesionales especializados; se debe tomar en cuenta que habrá casos en los que será pertinente la necesidad de un trabajo en red, con médicos, abogados, terapeutas físicos o pedagógicos.

Todos los modelos psicoterapéuticos se basan en una interacción humana entre dos personas, dentro de esta interacción un profesional capacitado y certificado trata de ayudar a un cliente o paciente a pensar, sentir o comportarse de manera diferente, las interacciones verbales y no verbales entre paciente y terapeuta así como la relación única que se establece son elementos importantes para facilitar el cambio en el cliente. La relación entre terapeuta y paciente se caracteriza por la confidencialidad, el respeto y confianza.

### **3.4. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS**

Antes de explicar los diferentes tipos de intervención, las mismas deben priorizar los intereses del cliente o paciente y de la sociedad. Es importante dar la información a los participantes de las intervenciones, tienen el derecho de conocer sobre su proceso, “consentimiento informado”, es decir, que tengan claro las características, posibles riesgos, los parámetros antes del inicio de sesiones y un panorama claro de lo que pueda suceder en el curso del tratamiento. Los psicólogos deben mantener el relato del paciente en privacidad a excepción de ciertos casos que intervendría la ley.

Cada una de las intervenciones psicológicas, se diferencian en sus metas, objetivos del proceso, los medios para producir el cambio y el momento de las intervenciones, como explicamos en el cuadro N°1.

A continuación se exponen las intervenciones psicológicas más destacadas.

## **Terapia Conductual**

Según Compas y Gotlib en su libro introducción a la psicología clínica (2003), este tipo de terapia se basa en la modificación de conducta, reduciendo las conductas no deseadas e incrementando las que si son deseadas, esto se logra mediante el uso de técnicas de condicionamiento de reflejos, de refuerzo, de condicionamiento operante, de relajación, paradójicas, de desensibilización, etc. enseñando al niño a reemplazar sus conductas mal adaptadas por otras aceptables y sanas.

La meta de esta intervención es reducir y eliminar las conductas problemas del paciente e incrementar la frecuencia de conductas más adaptadas, esto para la teoría es claro y específico, los terapeutas trabajan en forma activa y en colaboración con sus pacientes, en la planeación de sus metas de la terapia y en la ejecución de los procedimientos diseñados para alcanzar las mismas.

La conducta inadaptada es la consecuencia de antecedentes y consecuencias específicas en el ambiente natural del paciente.

## **Terapia Cognitiva**

Esta terapia está basada en corregir los pensamientos disfuncionales, ilógicos y negativos, cuestionando rigurosamente, la evidencia existente y las ventajas e inconvenientes de esos pensamientos, y considerando las alternativas más apropiadas, esta teoría considera al comportamiento como secundario a la manera como el individuo piensa de sí mismo y de sus roles en el mundo y postula que los síntomas son las consecuencias de inevitables desadaptaciones producidas por las cogniciones, que son pensamientos automáticos, estereotipados y erróneos. Además de las actitudes hacia sí mismo, esta terapia puede ayudar también a cuestionarse las actitudes hacia los demás.

## **Terapia Cognitiva Conductual**

Con frecuencia se combina las técnicas cognitivas y conductuales creando así la terapia cognitivo conductual la cual se interesa en modificar comportamientos y pensamientos, está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores

exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas.

### **Terapia Psicoanalítica.**

El psicoanálisis puede ser definido como un método y técnica de tratamiento psicoterapéutico basada en la exploración del inconsciente a través de la asociación libre, el psicoanálisis se cuenta entre las técnicas de descubrimiento o develación que intentan que el paciente logre una comprensión profunda de las circunstancias generalmente inconscientes que han dado origen a sus afecciones, o son la causa de sus sufrimientos o malestares psíquicos. Se trata de lograr una reestructuración de más amplio alcance de la personalidad, muy especialmente de la vida afectiva y particularmente en aquellas áreas que contribuyen y mantienen la formación de síntomas, o de formas defensivas que causan daño o malestar.

Ana Freud (1966) jugó un papel decisivo en concentrar la atención en la concentración de los principios psicoanalíticos para ayudar a los niños perturbados, tanto Ana Freud como Melanie Klein usaron el juego en lugar de la asociación libre como técnica para entender la naturaleza de las dificultades experimentadas de los niños y para ayudarles en el tratamiento.

Ana Freud consideraba que para los niños el juego era un medio esencial que fortalecía la relación con el terapeuta, mencionó que los niños no buscan un tratamiento por su voluntad, en ocasiones, son llevados a consulta contra sus deseos. Con frecuencia son sus padres los que sufren sus inestabilidades. Una de las primeras tareas del analista consiste en establecer un acuerdo con el propio niño; con aquellos niños que no se dan cuenta de su sufrimiento, Anna Freud describe el proceso de seducción que consiste en mostrarse más agradable servicial, poniéndose del lado del niño siempre mostrándole cualidades de las personas que el niño admira, intentaba dar satisfacción al niño de todos los modos posibles. Gracias a este proceso de seducción se logra una extrema dependencia del niño hacia el terapeuta y esta llega a ser un vínculo positivo para que el niño acepte el tratamiento, este lazo constituía la base del futuro análisis.

Por otro lado Melanie Klein (1955) se centraba en el significado simbólico del juego, empezó a destacar la importancia del primer año de vida y planteó que la calidad de la relación del infante con su cuidado en ese primer año, es de enorme importancia, para determinar que tan bueno será el funcionamiento psicológico del infante en años posteriores. Consideró que el proceso de análisis del niño y el papel del analista son comparables exactamente al análisis del adulto, salvo que la estructura de la personalidad de los niños y su comunicación son diferentes.

### **Terapia Individual**

En el libro de Psiquiatría en atención primaria Vasquez Borques y Cols (1999) mencionan que los elementos inconscientes más utilizados, traducidos en mecanismos de defensa y desadaptación producen síntomas y alteraciones de conducta y temperamento que pueden constituir trastornos emocionales. La psicoterapia brinda al niño la posibilidad de comprender e interpretar los sentimientos reprimidos, temores, resistencia y deseos, a través de su relación con el terapeuta.

Se trabaja la alianza terapéutica, en la que el niño progresivamente se siente capaz de expresar pensamientos y emociones, los cuales modela alrededor de su psicoterapeuta. La transferencia y la contratransferencia constituyen el instrumento básico de la psicoterapia.

De este modo el niño se va dando cuenta de cómo se siente y piensa, a la vez que ensaya nuevas estrategias de adaptación.

Los niños muy pequeños poseen escasa capacidad de introspección y no pueden diferenciar sus sentimientos de sus acciones, por lo que la actitud del niño debe evaluarse, mediante el juego, dibujos, historietas, fantasía o hasta mentiras, que nos conduce a su actividad preconscious o inconsciente. Esta terapia puede ser a corto o largo plazo dependiendo de los objetivos y metas a cumplir.

## **Terapia Familiar**

Vasquez, Borques, y Cols (1999) refieren que la familia es tratada en conjunto, en función de la concepción de que los síntomas identificados en el paciente están relacionados con disfunciones familiares.

La terapia con la familia permite enfrentarse con contradicciones, roles y estereotipos sociales que inciden profundamente tanto como el núcleo familiar como en el equipo terapéutico.

La terapia debe permitirle al paciente recuperar su capacidad de autodeterminación pero en un contexto familiar cambiado. Es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, es decir como un sistema relacional que supera y articula entre sí los componentes de cada uno de sus miembros.

Bertalanffy (1947) afirma que todo organismo es un sistema, es decir un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejerce interacciones recíprocas, se puede considerar a la familia como un sistema abierto, es decir un sistema que intercambia materiales, energía e información con el ambiente; y además está constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y funciones dinámicas en constante interacción. “Todo grupo social es a su vez un sistema constituido por múltiples micro sistemas e interacción dinámica”

En la terapia familiar se dirige la atención ya no a la persona sino a los sistemas relacionales de los que esta participa, es decir se debe pasar de lo individual a lo colectivo, trasladándose así el interés que se centraba antes en la explicación del comportamiento individual por la observación de las interacciones que tiene lugar entre los distintos miembros de la familia, se entiende a la familia como unidad, teniendo en cuenta también al resto de sistemas que interactúan con ella.

Muchas veces resulta sumamente difícil para la familia tener que buscar ayuda fuera de casa, pues supone etiquetas al niño como el conflicto.

La misión del terapeuta será crear un contexto terapéutico tranquilizador y colaborativo sin asumir el rol de juez o aliado de alguno o defensor de la parte débil, deberá permanecer totalmente neutral.

Según Andolfi (1984) la terapia se fundamenta en el análisis sistémico de los problemas reales de la familia y sobre la activación de todo lo positivo, que el núcleo social tiene en su interior. Serán ellos mismos los que vayan viendo lo bueno y lo malo convirtiéndose en el eje del proceso terapéutico.

No es cuestión de hacer parecer a la familia como enferma, si no que la intervención con la familia tiende a iluminar los conflictos más evidentes de sus miembros, y descubrir que dentro de ésta está la solución al problema.

### **Conclusión:**

Se debería trabajar en forma prioritaria en programas de prevención de salud mental ya que en nuestra sociedad estos no son de vital importancia, es por esto que es necesario el trabajo en red y a temprana edad con la colaboración de instrucciones sociales y sanitarias.

Una adecuada prevención llevará consigo un tratamiento eficaz, existen intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas, dentro de las cuales hay una variedad de corrientes psicológicas encargadas del tratamiento. La usencia de un diagnostico y tratamiento ocasiona problemas a futuro llegando a afectar su estilo de vida ya que disminuye sus oportunidades educativas y sociales.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **Introducción**

Se planteó realizar un estudio de los factores de riesgo en este centro infantil, para comprobar o no la incidencia de los mismos en el inicio de los trastornos mentales infantiles. Además al conocer los factores de riesgo se puede dar promoción y prevención de la salud mental de estos niños, tratando de conseguir una adecuada detección precoz.

Después de los reactivos psicológicos aplicados a los niños, a las cuidadoras de la institución y a los representantes de los infantes, los resultados obtenidos sirvieron para elaborar talleres de prevención sobre trastornos psicológicos infantiles, considerando el tipo de población y sus necesidades para la ejecución del programa.

#### **4.1.- DISEÑO DE ESTUDIO**

Es un estudio Transversal de prevalencia y propio electivo realizado durante el período 2011-2012.

#### **4.2.- LUGAR DE ESTUDIO**

##### **Centro Social “Herman Gmeiner” Cuenca.**

Desde Enero de 2006, también forma parte de la Aldea Infantil SOS Cuenca el Centro Social SOS Herman Gmeiner que hace las veces de Centro de Desarrollo Infantil, conocido hoy como Centros del Buen Vivir, donde se atiende a 120 niños y niñas y a sus familias, a través de nuestro programa de Fortalecimiento Familiar con enfoque preventivo. Promueven con acciones concretas la mejora de las condiciones de vida de la familia, se procura atención para desarrollo integral del niño y niña que se encuentra en el proyecto y de sus hermanos mayores, en relación a su salud, nutrición, higiene, educación y ejercicio de sus derechos, a la vez, que con la familia se desarrollo un plan

de vida con objetivos personales, laborables y familiares, nuestra meta es cambiar patrones socio culturales adversos y favorecer el desarrollo una cultura de la protección y del buen trato en la comunidad.

Desde noviembre del 2010 apoyan al cantón Sevilla de Oro al norte de la provincia del Azuay implementando el modelo de atención del programa de Fortalecimiento Familiar brindando asistencia técnica a 9 centros comunitarios, donde 270 niños y niñas y a sus familias desarrollando sus capacidades protectoras y mejorando sus condiciones de vida

### Propósito y Principios

#### Propósito de los programas de fortalecimiento familiar

Facilitan que niñas y niños en riesgo de perder el cuidado de su familia crezcan en un entorno familiar afectivo. Trabaja directamente con familias y comunidades, empoderándolas para que protejan y cuiden efectivamente a sus niñas y niños, en cooperación con autoridades locales y otros proveedores de servicios.

#### Principios:

1. La familia biológica es el mejor lugar para que las niñas y niños crezcan.
2. Las cuidadoras y cuidadores de las niñas y niños son responsables de su desarrollo.
3. Las comunidades son una fuente directa de apoyo para las niñas, niños, y sus familias.
4. El objetivo del desarrollo es la implementación de los derechos humanos.

Lo que quieren decir con “programas de fortalecimiento familiar”

**LA TAREA CENTRAL = ACOGIMIENTO FAMILIAR + FORTALECIMIENTO FAMILIAR**

La organización se centra en el cuidado y apoyo a niñas y niños que han perdido, o están en riesgo de perder, el cuidado de su familia biológica. El objetivo de los programas de fortalecimiento familiar es evitar que las niñas y niños pierdan el cuidado de su familia. Empoderan a las familias para que fortalezcan su capacidad de proteger y cuidar a sus niñas y niños, y fortalezcan las redes de seguridad para niñas y niños vulnerables y sus familias dentro de la comunidad. Cuando las niñas y niños han perdido el cuidado de su familia biológica, brindan acogimiento familiar a través de nuestras Aldeas Infantiles SOS.

### **4.3.-INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍA**

#### **4.3.1. INSTRUMENTOS**

##### **4.3.1.1 ECI “Early Childhood Inventory”. Spranfkin y Gagov, (1996)**

Es un cuestionario que se basa en los criterios dados por la asociación americana de psiquiatría y que están publicados en el manual de diagnóstico y estadística (DSM) para la valoración de los síntomas de los niños preescolares.

Este instrumento se utilizó para facilitar la recolección de información de padres y maestros en poblaciones clínicas sobre los síntomas emocionales y conductuales que aparecen en la infancia temprana.

Este cuestionario consta de 108 ítems distribuidos en dos versiones una para padres, y otra para maestros. La diferencia entre estas dos versiones es que la versión de maestros no contiene los ítems que hacen referencia a situaciones exclusivas de la casa, como son el sueño, la comida y síntomas de comportamiento problemáticos, de inicio temprano, observados en el hogar.

A excepción de estos ítems, ambas versiones mantiene la misma numeración con la finalidad de facilitar el trabajo al investigador y además permitir la comparación de la información entre los dos cuestionarios.

En estos cuestionarios se reemplazaron los términos psiquiátricos por un lenguaje más sencillo, algunos ítems fueron reelaborados para que sean más relevantes en niños de 3 a

5 años. Los síntomas que requerían que el informante interprete los sentimientos, percepciones o intenciones del niño fueron reelaborados para que reflejen una conducta observable tanto como sea posible.

La puntuación de este cuestionario se hace al determinar si el síntoma ocurre con la suficiente frecuencia como para ser considerado parte de un trastorno. Se suman los síntomas por categorías de trastorno y el total se compara con el punto de corte (puntaje mínimo para ser considerado como trastorno). Un síntoma no se considera de importancia si se ha calificado como “nunca” ocurre, o “a veces” ocurre (puntaje=0). Si ha sido calificado como “a menudo” o “muy a menudo” su puntaje es de 1 y se considera de relevancia para el diagnóstico.

El DSM4 especifica el número de ítems que deberían estar presentes para garantizar un diagnóstico y éste es la base para el punto de corte. Así se consideran casos todos los que obtengan un puntaje igual o superior al punto de corte.

En este estudio se utilizaron todas las escalas del cuestionario y se detallan a continuación.

- **Categoría A: déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad**

Esta categoría describe tres tipos de AD/HD dependiendo de la presencia de síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad. El DSMIV lista seis síntomas de hiperactividad y tres de impulsividad y al menos 6 de los cuales deben presentarse durante 6 meses o más para considerarlo significativo para el diagnóstico. Los ítems del ECI que corresponden a esta categoría van del 1 al 18. El criterio diagnóstico es de 6.

- **Categoría B: Desorden oposicionista desafiante.**

Se refiere a los comportamientos negativistas, hostiles y desafiantes que el niño tiene hacia los demás y que están presentes durante 6 meses o más. En esta escala los ítems que corresponden a esta categoría son del 21 al 28, el criterio diagnóstico es de 4 ítems.

- **Categoría C: Trastorno de Conducta.**

Incluye niños que persistentemente violan los derechos de otros o las reglas apropiadas para su edad. El comportamiento tiende a ser constante, está presente en casa, en la escuela y en otros contextos. El criterio diagnóstico para este trastorno es de 3 y los ítems que valoran este apartado son los que van desde el 29 al 38.

- **Categoría D: Ansiedad de Separación.**

Este trastorno es el único desorden de ansiedad que se presenta exclusivamente en niños (edad de inicio alrededor de los 18 meses). Se refiere a niños que se ponen extremadamente ansiosos cuando anticipan o experimentan una separación de sus figuras de vínculo (padres).

El punto de corte es 1 y los ítems que valoran este trastorno van desde el 49 hasta el 56.

- **Categoría E: Ansiedad Generalizada.**

Su característica principal es la preocupación y la ansiedad excesiva y aparentemente incontrolada. La mayoría de niños con este trastorno está preocupada por su rendimiento en diversas áreas de sus vidas como la escuela, las actividades físicas y el funcionamiento social. Se esfuerza por lograr la perfección en una o más de estas áreas y suele ser excesivamente dura consigo mismos, necesita ser tranquilizada constantemente por los adultos. El criterio diagnóstico es de 2.

- **Categoría F: Trastornos del Estado de Ánimo.**

Existen dos categorías de los trastornos del ánimo, una son los trastornos depresivos y otra los trastornos bipolares. Los trastornos depresivos se caracterizan por la tristeza y sentimientos depresivos, mientras que el primer síntoma de los trastornos bipolares es la euforia, la expansividad o la irritabilidad. Debido a que en los niños los trastornos bipolares son relativamente raros, este apartado se refiere a los trastornos depresivos.

Dentro de los trastornos depresivos se distinguen la depresión mayor y la distimia. Los ítems para el diagnóstico de depresión mayor van del 66 al 76. Los ítems que corresponde al trastorno de distimia son el 66 y del 70 al 76.

- **Categoría G: Fobia social.**

La fobia social se refiere al miedo intenso y persistente a las situaciones sociales con desconocidos. En los niños este miedo se puede presentar también con los compañeros y no sólo con los desconocidos. Los ítems que corresponden a esta escala son el 78, 79 y 80, para el diagnóstico todos los ítems deben estar presentes al menos durante 6 meses.

- **Categoría H: Trastornos del Sueño**

Esta categoría incluye cuatro ítems sobre las diferentes dificultades del sueño presentes en los infantes y son del 81 al 84, la presencia de uno solo de ellos es suficiente para elaborar un diagnóstico.

- **Categoría I: Trastornos de la Eliminación.**

Se refiere problemas de enuresis y encopresis en los niños, los ítems de esta categoría van del 86 al 88.

- **Categoría J: Trastorno por estrés postraumático.**

Se refiere a la experiencia de un hecho desagradable por parte del niño el cual continúa recordando o estando molesto por ello, la presencia de uno solo de los ítems es suficiente para elaborar un diagnóstico.

- **Categoría K: Trastornos de la Alimentación.**

Contiene únicamente dos ítems el 93 y el 94 y la presencia de cualquiera de ellos durante más de un mes es suficiente para el diagnóstico.

- **Categoría L: Trastorno del Vínculo**

El DSM IV lo describe como disturbios en las relaciones sociales en las que el niño se muestra inhibido o mezcla patrones de acercamiento y evitación hacia sus cuidadores o exhibe vínculos indiscriminados hacia adultos como resultado de su cuidado inconsistente e inadecuado. Los dos tipos de vínculo son medidos por el ECI, el tipo inhibido con el ítem 95 y el tipo desinhibido con el ítem 96.

- **Categoría M: Trastornos del desarrollo generalizado.**

Incluye dificultades severas del lenguaje y la comunicación, el criterio diagnóstico es de 6.

#### **4.3.1.2 TEST DE LA FAMILIA.**

Es un instrumento que ha sido utilizado desde mediados de siglo. Cada uno de los autores (Corman 1967, Kaufman 1972, Lluís 1978) que lo utilizaron, elaboraron una manera diferente de interpretar este dibujo, lo cual nos permite ver la amplia información que se puede obtener sobre el niño a partir del dibujo de la familia.

En el presente estudio se concentro el análisis del dibujo de la familia en el apego.

#### **El dibujo de la familia y el apego.**

Kaplan y Main (1986) se basan en la teoría del apego y elaboran una forma de evaluar la figura humana. La consigna que se le da al niño es “dibuja tu familia”. Una vez acabado el dibujo se le pide al niño que identifique los personajes del dibujo, se observa la relación que existe entre los distintos miembros, y sí se han producido omisiones.

Estas autoras sugieren que la organización del apego se refleja en las relaciones del niño y su familia y esto se aprecia a través de las representaciones del dibujo de la familia, el cual puede ser evaluado partiendo de ocho constructos:

- Grado de movimiento presente
- Individualidad de las figuras

- Figuras humanas completas
- Calidad de la sonrisa
- Tamaño de las figuras
- Ubicación en la página
- Impresión general de invulnerabilidad
- Impresión general de vulnerabilidad

Cada una de estas dimensiones está relacionada a un número reducido de elementos dibujados que agrupados siguiendo un modelo, dan la descripción general del dibujo.

Kaplan y Main (1986) elaboran una lista de 53 ítems que valoraban los elementos del dibujo de la familia, que de acuerdo a la presencia o ausencia de los ítems indicaba a cuál de los cuatro grupos de apego pertenecía el dibujo.

Los ítems se detallan a continuación:

### **Apego Seguro**

Brazos abiertos (como si se abrazaran).

Figuras con base.

Figuras completas.

Proximidad natural entre las figuras.

Figuras individuales (diferentes en tamaño, ropa y expresión)

Figuras integradas sin dejar partes desconectadas.

Imagen de sí mismo adecuada.

Expresión adecuada del afecto.

La familia da la impresión de ser esencialmente feliz.

Figuras con movimiento.

Sonrisa no forzada.

### **Apego Inseguro**

Ausencia de detalles alrededor.

Figuras sin base flotando.

Figuras incompletas.

Madre no feminizada.

Hombres y mujeres no diferenciados por el sexo.

Afecto facial neutro o negativo.

### **Apego inseguro evitativo**

Impresión general de felicidad o invulnerabilidad.

Sonrisas automáticas o forzadas.

Perdida de individualismo (figuras iguales, del mismo tamaño, con la misma expresión).

(Figura 1)

Brazos ausentes (caídas, pegadas al cuerpo).

Familia flotando en el aire. (Figura 1, 2, 3)

Mirada temerosa o vacía. (Figura 2)

Predominio de rigidez y tensión. (Figura 3)

Autoimagen sobre o infravalorada.

Distancias grandes entre el niño y la familia (o más distanciados de la madre).

Dibujos de palitos.

Omisión de la madre o del niño.

Cabezas exageradas. (Figura 1)

Miembros de la familia disfrazados. (Figura 3)

### **Apego seguro ambivalente**

Impresión general de invulnerabilidad. (Figura 5)

Extremadamente pequeño o grande. (Figura 6)

Rasgos faciales exagerados y desagradables.

Barrigas largas y grandes. (Figura 4)

Exageración de las partes blancas del cuerpo.

Extrema proximidad de las figuras. (Figura 6)

El dibujo refleja una mezcla de ansiedad, inseguridad y agresividad abierta o encubierta.  
(Figura 5)

Exagerada cercanía con los padres.

Exageración del tamaño.

Ojos tristes.

Sonríen en forma ansiosa.

Figuras separadas por barreras. (Figura 4, 6)

Figuras pequeñas inusuales. (Figura 6)

Figuras grandes inusuales.

Brazos y manos exageradas. (Figura 4)

### **Apego desorganizado**

El dibujo da la impresión de ser siniestro, irracional, desorganizado o exageradamente desagradable. (Figura 7)

Marcas extrañas inexplicables. (Figura 7)

Trazo demasiado débil.

Trazos débiles o demasiados claros.

Figuras rayadas, borradas, reiniciadas.

Figuras y objetos no terminados.

Imagen sobre o infravalorada. (Figura 7)

Indicadores de desintegración y desproporción. (Figura 7)

Presencia de objetos inusuales o inacabados.

Inicios falsos.

Símbolos o señales inusuales o escenas no comunes.

Figuras aplastadas. (Figura 7)

(Ver anexo 3)

### **4.3.1.3 ENTREVISTA CLÍNICA**

La entrevista clínica es el instrumento de evaluación empleado con mayor frecuencia en el medio clínico. Nelson (1983) señala que la entrevista es una estrategia un procedimiento, práctico para el entorno aplicado y por su eficacia potencial. Conlleva a

extraer información sobre los antecedentes de la persona, se utiliza como uno de los apartados del proceso general de evaluación que puede ser válido para que el terapeuta una todas las piezas en relación al problema actual del paciente.

Existen dos grandes clasificaciones fundamentales:

Cerrada:

Preguntas ya previstas (orden y forma de planteo)

No puede ser alterada por el entrevistador

Es un cuestionario

Promueve una mejor comparación sistemática de datos.

Abierta:

Libertad por parte del entrevistador.

Flexibilidad que permite que el entrevistado configure el campo según su estructura psíquica.

Posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad.

#### **4.3.2. METODOLOGÍA**

El estudio se llevó a cabo en el centro infantil Herman Gmeiner con la completa colaboración de la institución, en especial del área técnica. Después de la entrevista inicial con las cuidadoras y los representantes de los niños se acordó una fecha para la aplicación del test ECI teniendo que responder a la versión del cuestionario correspondiente a su rol. La aplicación que se realizó a los padres y a las cuidadoras fue con el objetivo de notar la correlación que existe entre ambos.

Durante 9 encuentros se aplicó el test ECI a las cuidadoras de los niños, ya que cada una era responsable de un grupo determinado de niños, alrededor de nueve a doce infantes.

Los padres de familia fueron divididos en 6 subgrupos de aproximadamente 15 personas por lo que se aplicó el test ECI en 6 encuentros establecidos. Existió ausencias por parte de los mismos, por lo que no se completo todas las aplicaciones, posteriormente se realizó convocatorias individuales a las familias faltantes con resultados mínimos, obteniendo el 62,9% de aplicaciones de la población total, y finalmente en los talleres de psicoeducación se completó la mayoría de las entrevistas.

La entrevista clínica se realizó con las cuidadoras y representantes de los niños, se recolectaron datos relacionados con situación económica como: ocupación de padres, tipo de vivienda, si son beneficiados con el bono de desarrollo humano; estructura familiar y sus relaciones; antecedentes biológicos y/o médicos de los niños, esta entrevista directa tuvo como objetivo la indagación de la presencia de factores de riesgo en esta población.

#### **4.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA**

La muestra estuvo compuesta por 110 niños y niñas comprendidas entre 3 a 11 años los mismos que pertenecen a la comunidad de Ricaurte con una situación económica baja y con hogares de diversas estructuras. En relación al sexo la muestra está compuesta de la siguiente forma: Hombres con un total de 43 que equivale al 57% y Mujeres con 33 niñas que corresponde al 43%.

En el primer acercamiento con la institución y sus autoridades, se estableció la muestra de estudio que quedo formada por 89 niños.

Se aplicó el test ECI “Early Childhood Inventory” (versión maestros) a las cuidadoras del centro infantil, obteniendo un 100% en la ejecución del mismo, de igual forma se aplicó el reactivo a los representante de los niños (versión padres), dándonos un total de 76 encuestas, por lo tanto la muestra de este estudio es de 76 niños.

#### 4.5.- PRESENTACION DE DATOS Y RESULTADOS

A continuación se presenta los resultados obtenidos de las aplicaciones realizadas a niños, padres y maestros, de los reactivos psicológicos ECI (versión padres y maestros) y test de la familia, además se incluye la información obtenida en la entrevista clínica y la revisión de ficha de ingreso a la institución.

En la tabla N° 1 se representa el rango de edad, la institución recibe a niños desde un año, la muestra constituyó infantes a partir de los 3 hasta los 11 años.

**TABLA N° 1**

#### **EDAD**

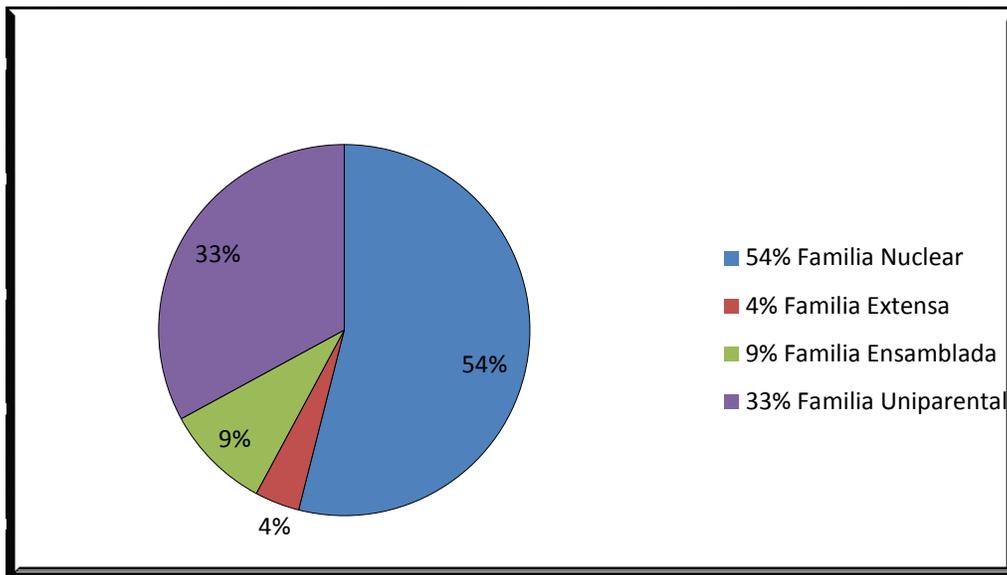
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
3años	23	30,3	30,3
4años	20	26,3	26,3
5años	7	9,2	9,2
6 a 7 años	11	14,5	14,5
8 a 9 años	9	11,8	11,8
10 a 11 años	6	7,9	7,9
Total	76	100,0	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

En esta población la estructura familiar Nuclear constituye un 54%, seguida por la Uniparental formada principalmente por madres con el 33% en esta muestra, un porcentaje del 9% de familia ensamblada y con un porcentaje menor la estructura familiar extensa con un 4%.

### GRÁFICO N°1

#### TIPO DE FAMILIA



*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

#### GRUPOS POR EDADES

La muestra se encuentra dividida en dos grupos de edad, el primer grupo conformado por infantes de 3 a 5 años que están bajo el cuidado del centro desde la mañana recibiendo estimulación temprana, al segundo grupo pertenecen a niños escolares de 6 a 11 años que terminando su labor educativa en la mañana se trasladan directamente al centro para almorzar y realizar sus tareas por la tarde bajo la supervisión de las cuidadoras del CDI.

A continuación describiremos a cada uno de los grupos:

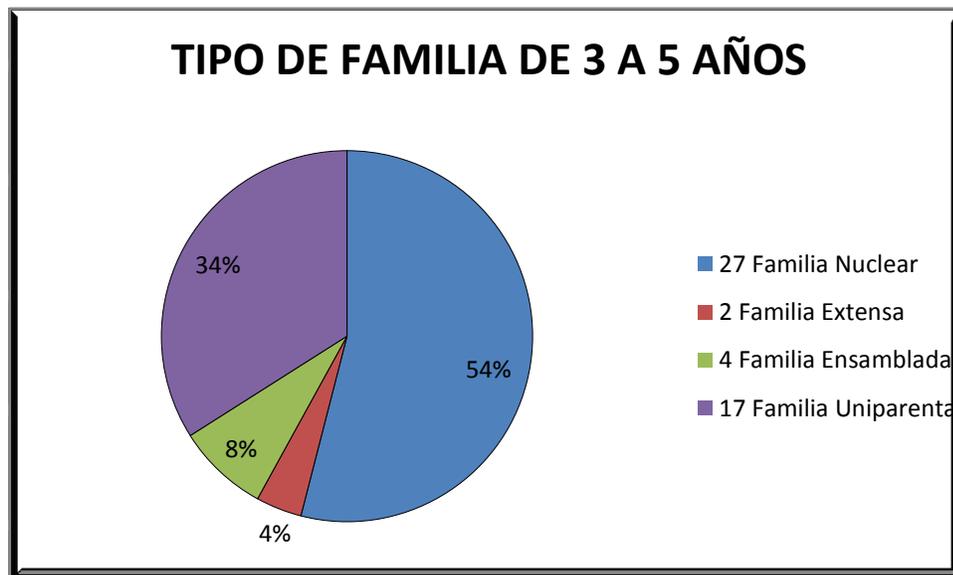
## GRUPO DE 3 A 5 AÑOS

### EDAD

El rango de edad de este grupo está compuesto por 23 niños de 3 años, 20 de 4 años, 7 de 5 años dando un total de 50 niños que pertenecen al centro de fortalecimiento.(véase tabla N°1) .

El tipo de familia predominante del grupo es la familia Nuclear con un 54% seguida por la familia uniparental con un 34%, la familia ensamblada corresponden al 8% y la familia extensa con un 4%.

GRÁFICO N°2



Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).

Los resultados del test ECI muestran los signos y síntomas más relevantes en este rango de edad, como se representa en la siguiente tabla, en donde se encuentra plasmado los resultados de padres y maestras con una correlación bastante similar.

El déficit de atención con y sin hiperactividad resultó ser el más frecuente en este grupo, referido tanto por maestras y por padres, aunque el trastorno negativista es alto existe poca similitud entre padres y maestras.

**TABLA N°2**

**RESULTADOS ECI MAESTRAS Y PADRES SEGÚN RANGO DE EDAD**

<b>TRASTORNOS</b>	<b>MAESTRAS</b>	<b>PADRES</b>
Déficit de atención	19 41,3%	17 41,46%
Desorden Oposicionista Desafiante	11 23,91%	6 14,63%
T. conducta	4 8,7%	2 4,87%
Ansiedad generalizada	1 2,18%	2 4,87%
T. Estado de Animo	0 0%	1 2,44%
Fobia social	1 2,17%	1 2,44%
T. Eliminación	3 6,52	5 12,2%
T. Estrés postraumático	4 8,7%	4 9,76%
T. Generalizado del Desarrollo	3 6,52%	3 7,33%
Total	46 100%	41 100%

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

Las maestras revelaron que 10 niños muestran conductas agresivas, 4 de ellos maestras refieren sobreprotección de padres, y 1 caso con masturbación.

**TABLA N° 3**

**OTROS PROBLEMAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Agresividad	10	13,2	66,7
Masturbación	1	1,3	6,7
Sobreprotección	4	5,3	26,7
Total	15	19,7	100,0
Ninguna	61	80,3	
Total	76	100,0	

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

Los resultados de esta apreciación en los niños de 3 a 5 años indican que la mayoría de niños (50%) tienen un desempeño normal en clase, seguidos por niños con desempeño por debajo de lo normal y en tercer lugar se encuentran los niños con un desempeño por encima de lo normal.

**TABLA N°4**

**APRECIACIÓN DE LA MAESTRA SOBRE EL DESEMPEÑO DEL NIÑO**

	Lenguaje hablado	Comprensión Lenguaje	Articulación	Coordinación Motora General	Coordinación Fina	Autoayuda	Fingir juegos
Superior	3 6	3 6	1 2	3 6	2 4	1 2	
Por encima de lo normal	9 18	8 16	8 16	8 16	8 16	7 14	10 20
Normal	26 52	23 42	27 54	28 56	26 52	33 66	34 68
Por debajo de lo normal	10 20	14 28	11 22	9 18	13 26	8 16	6 12
Retrasado	2 4	2 4	3 6	2 4	1 2	1 2	
Total	50 100	50 100	50 100	50 100	50 100	50 100	50 100

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

A continuación se muestra la tabla de correlaciones entre la encuesta de padres y maestras en donde se aprecia correlaciones positivas y significativas lo que indica que las fuentes de información son fiables y optimas.

**TABLA N°5**

**CORRELACIONES ENTRE LOS INFORMES DADOS POR LA MAESTRA Y  
POR LOS PADRES, EN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS**

**Correlaciones**

		Tr. Deficit de atencion	Tr. Negativista desafiante	Tr. Conducta	Tr. Ansiedad Generalizada	Fobia social	T Elimina- cion	Tr Estres Postraun- atico	Tr. Generalizado del Desarrollo
App	e Pearson	,712*	,333*	,037	,355*	,130	,231	,269*	,231
	Sig. (unilateral)	,000	,009	,399	,006	,183	,054	,029	,054
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
Negativista Padres	e Pearson	,561*	,695*	,118	-,053	-,053	-,093	-,109	-,093
	Sig. (unilateral)	,000	,000	,207	,358	,358	,260	,226	,260
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
TConducta Padres	e Pearson	,400*	,384*	,316*	-,029	-,029	-,052	-,060	-,052
	Sig. (unilateral)	,002	,003	,013	,420	,420	,361	,339	,361
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
Ansiedad Generalizada Padres	e Pearson	,130	-,108	-,060	,700*	-,029	,378*	,316*	,378**
	Sig. (unilateral)	,184	,227	,339	,000	,420	,003	,013	,003
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
Fobia social Padres	e Pearson	,091	-,076	-,042	-,020	1,000*	-,036	,484*	,565**
	Sig. (unilateral)	,265	,300	,386	,444	,000	,402	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
T eliminacion Padres	e Pearson	,212	-,016	-,098	,429*	-,048	,758*	,393*	,197
	Sig. (unilateral)	,070	,456	,249	,001	,371	,000	,002	,086
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
T. Estres Postraumatico Padres	e Pearson	,090	-,157	-,087	,484*	-,042	,546*	,457*	,236*
	Sig. (unilateral)	,267	,139	,274	,000	,386	,000	,000	,050
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
T. Gener.Desarrollo Padres	e Pearson	,161	-,134	-,075	,565*	,565*	,291*	,546*	,645**
	Sig. (unilateral)	,132	,176	,304	,000	,000	,020	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50

\*\*La correlación es significante al nivel 0,01 (unilateral).

\*La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

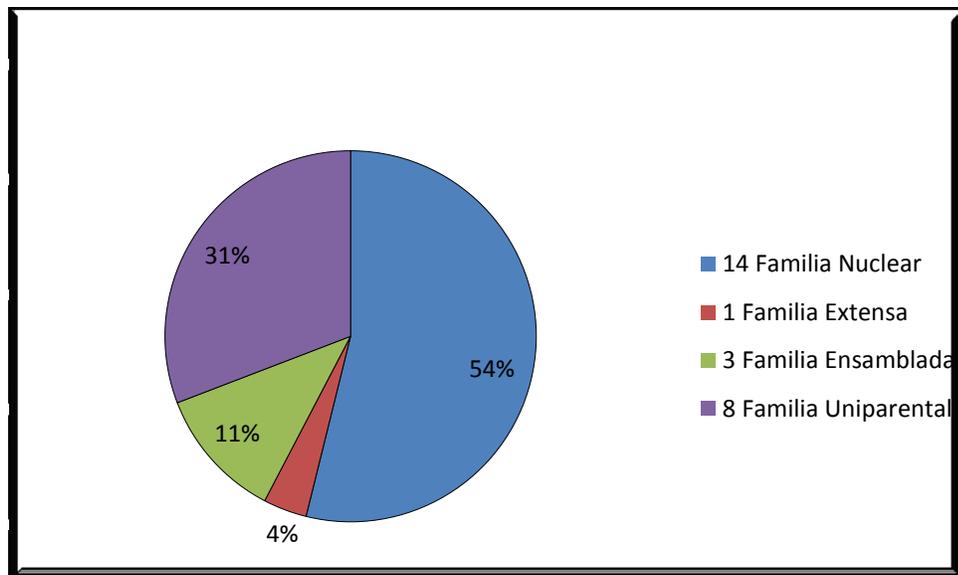
## GRUPO DE 6 A 11 AÑOS

En este grupo el rango de edad está compuesto por 11 niños de 6 a 7 años, 9 de 8 a 9 años, 6 de 10 a 11 años, dando un total de 26. (Véase tabla N°1)

El tipo de familia predominante del grupo de edad de 6 a 11 años, en su gran mayoría la familia Nuclear con un 54% seguida por la familia uniparental con un 31%, la familia ensamblada corresponden al 11% y la familia extensa con un 4%.

### GRÁFICO N° 3

#### TIPO DE FAMILIA DE 6 A 11 AÑOS



*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

Los resultados del test ECI muestran los signos y síntomas más relevantes en este rango de edad, como podemos ver en la siguiente tabla, en donde se encuentra plasmado los resultados de padres y maestras con una correlación bastante similar.

El déficit de atención con y sin hiperactividad resulta ser el más frecuente también en este rango de edad, de la misma el trastorno negativista aunque no existe mucha correlación entre padres y maestras.

**TABLA N°6**

**RESULTADOS ECI MAESTRAS Y PADRES SEGÚN RANGO DE EDAD**

<b>TRASTORNOS</b>	<b>MAESTRAS</b>	<b>PADRES</b>
Déficit de atención	7 33,3%	9 50%
T. Negativista	8 38,1%	4 22,2%
T conducta	2 9,52%	1 5,60%
Ansiedad generalizada	0 0%	1 5,60%
T. Estado de Animo	0 0%	0 0%
Fobia social	1 4,76%	1 5,60%
T. Eliminación	0 0%	0 0%
T. Estrés postraumático	2 9,52%	1 5,60%
T. Generalizado del Desarrollo	1 4,76%	1 5,60%
Total	21 100%	18 100%

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

En la siguiente tabla se aprecia que la mayor predominancia de síntomas de trastorno se da en la edad de 3 años, con un porcentaje del 44% seguido por la edad de 5 años (20%), y la presencia de trastorno en la edad de 6 a 9 años con un porcentaje del 12%. Por otro lado la ausencia de trastorno se hace notoria a la edad de 4 años (35,3%).

**TABLA N°7**

**COMPARACIÓN NIÑOS CON Y SIN TRASTORNOS SEGÚN EDAD**

<b>EDAD</b>	<b>SIN TRASTORNO</b>		<b>CON TRASTORNO</b>	
3años	12	23,5	11	44
4años	18	35,3	2	8
5años	2	3,9	5	20
6 a 7 años	8	15,7	3	12
8 a 9 años	6	11,8	3	12
10 a 11 años	5	9,8	1	4
Total	51	100,0	25	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

A continuación se presentara los datos y los resultados en relación a los factores que se consideran más relevantes en este estudio.

### **FACTOR I: ESTRUCTURA FAMILIAR**

Como se pudo observar en el grafico N°1 la prevalencia de las familias nucleares es mayor en esta población.

Se mantiene la distribución inicial representando un 53,95% en la familia nuclear, un 32,89% en la familia uniparenal, un 9,21% familia ensamblada y un 3,95% en la familia extensa. En la siguiente tabla observamos tipo de familia por rango de edad.

**TABLA N°8**

#### **TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO AL RANGO DE EDAD**

Edad	Familia Nuclear	Familia Extensa	Familia Ensamblada	Familia Uniparenal	Total	%
3años	11	2	1	9	23	30,26
4años	11	0	2	7	20	26,31
5años	5	0	1	1	7	9,21
6 a 7 años	6	1	1	3	11	14,47
8 a 9 años	6	0	2	1	9	11,84
10 a 11 años	2	0	0	4	6	7,89
Total	41	3	7	25	76	100,0
%	53,95	3,95	9,21	32,89	100,0	

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

De la muestra total, se puede presentar los datos obtenidos, teniendo como resultado que 51 de 76 casos no presentan trastorno en la institución, sin embargo hay un número importante que presenta signos, síntomas y trastorno en sí. Se aprecia en esta tabla la prevalencia de trastorno en las familias nucleares con un 56%, de 25 casos con trastorno, seguido de la familia uniparental con un 32% y con menor prevalencia de trastorno esta en las familias ensambladas y extensas.

**TABLA N°9**

**TIPO DE FAMILIA CON Y SIN TRASTORNOS**

TIPO FAMILIA	SIN TRASTORNO		CON TRASTORNO	
	N°	%	N°	%
Familia Nuclear	27	52,9	14	56,0
Familia Extensa	2	3,9	1	4,0
Familia Ensamblada	5	9,8	2	8,0
Familia Uniparental	17	33,3	8	32,0
Total	51		25	

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

A continuación se presenta la tabla en donde se ve la presencia de conductas agresivas con mayor incidencia en la familia nuclear, seguida por la familia uniparental, en cuanto a la sobreprotección se encuentra que la prevalencia mayor es en la familia nuclear, en la familia extensa se encuentra un caso de masturbación.

**TABLA N°10**

**TIPO DE FAMILIA Y OTROS PROBLEMAS**

Tipo de familia	Agresividad	Masturbación	Sobreprotección	Total	%
Familia Nuclear	6	0	4	10	66,67
Familia Extensa	0	1	0	1	6,7
Familia Uniparental	4	0	0	4	26,66
Total	10	1	4	15	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

La siguiente tabla muestra la existencia de los conflictos familiares en cada estructura familiar, 38 casos (50 %) que no presentan ningún tipo de conflicto familiar, problemas de comunicación con 23 casos (30,26) de estos 12 en la familia uniparental, 7 dentro de la familia nuclear, 3 en la familia ensamblada y 1 en la familia extensa, 8 casos (10,57) de violencia intrafamiliar, 6 en la familia nuclear y 2 en la familia uniparental, 4 casos (5,26 %) de alcoholismo dentro de la familia nuclear, 3 casos (3,95 %) de maltrato infantil con 2 en la familia uniparental y 1 caso en la familia nuclear.

**TABLA N°11**

**TIPO DE FAMILIA Y CONFLICTOS FAMILIARES**

	Violencia intrafamiliar	Maltrato infantil	Alcoholismo	Problemas de comunicación	Ninguno	Total	%
Familia Nuclear	6	1	4	7	23	41	53,95
Familia Extensa	0	0	0	1	2	3	3,95
Familia Ensamblada	0	0	0	3	4	7	9,21
Familia Uniparental	2	2	0	12	9	25	32,89
Total	8	3	4	23	38	76	100
	10,52	3,95	5,26	30,26	50,0	100	

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

Los resultados obtenidos del tipo de convivencia relacionada con el tipo de familia son los siguientes:

Pareja estable: con 30 casos (39,47 %) con 28 en la familia nuclear y 2 en la familia ensamblada.

Sin contacto con padre biológico: con 20 casos (26,32 %) 15 en la familia uniparental, 3 en la familia extensa y 2 en la familia ensamblada.

Pareja inestable: donde existen separaciones, con 15 casos (19,74 %) 13 en la familia nuclear y 2 en la familia uniparental, es decir, que la madre tiene parejas esporádicas con las cuales no tiene estabilidad.

Contacto con padre biológico: 11 casos (14,47 %) 8 en la familia uniparental, 3 en la familia ensamblada.

**TABLA N°12**

**TIPO DE FAMILIA Y CONVIVENCIA**

	Pareja Inestable: Separaciones	Sin contacto con padre	Pareja estable	Contacto con padre	Total	
Familia Nuclear	13	0	28	0	41	53,95
Familia Extensa	0	3	0	0	3	3,95
Familia Ensamblada	0	2	2	3	7	9,21
Familia Uniparental	2	15	0	8	25	32,89
Total	15	20	30	11	76	100,0
	19,73	26,31	39,47	14,47	100,0	

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

## FACTOR II: NIVEL SOCIOECONÓMICO

Después de realizar la entrevista clínica y la revisión de la ficha de ingreso fue notorio que esta población se encuentra dentro de una condición económica baja, de las cuales, 11 familias nucleares reciben bono y 4 de las familias uniparentales. Aunque la realidad de muchas familias que necesitan, no lo reciben por falta de trámite o ignoran el proceso.

Es importante conocer el tipo de vivienda donde habitan las familias para corroborar su situación económica, de esta manera comprobamos que el 75% de casos las familias arriendan cuartos o mediaguas, el 17,1% con casa propia, el 5,2% viven en una vivienda prestada, y el 2,6% viven en una casa prestando servicios.

**TABLA N°13**

### TIPO DE FAMILIA Y TIPO VIVIENDA

	Propia	Arrendada	Prestada	Servicios	Total	%
Familia Nuclear	9	28	2	2	41	53,95
Familia Extensa	1	2	0	0	3	3,95
Familia Ensamblada	1	4	2	0	7	9,21
Familia Uniparental	2	23	0	0	25	32,89
Total	13	57	4	2	76	100,0
%	17,10	75,0	5,2	2,6	100,0	

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

Dentro del mismo aspecto sobre situación económica encontramos que las ocupaciones de los padres van desde el campo de obrero en fabrica, albañil, guardia en su gran mayoría, así mismo las madres de familia se ubican en empleos de arreglar casas,

empleadas en fábricas, vendedoras ambulantes, ayudantes de cocina y un amplio número de madres comunitarias, existen 12 madres de 76 que realizan quehaceres domésticos en sus propias casas. (Ver anexo 2)

### **FACTOR III: MÉDICOS**

Existe ausencia de discapacidades mentales, se encuentra un solo caso de discapacidad física.

En cuanto a los factores médicos, 70 niños sin ningún tipo de problema médico persistente, 3 niños con problemas médicos no especificados, ya que sus faltas eran constantes por enfermedad, pero no demostraron un diagnóstico concreto, dos niños de esta población fueron diagnosticados con desnutrición, uno de ellos con problemas de cardiopatía: “Persistencia del conducto arterioso permeable e hipertensión pulmonar”.

Todos los niños han recibido las vacunas correspondientes a su primera infancia ya que el centro exige que los mismos tengan su ficha de vacunas completas.

**TABLA N°14**

#### **ENFERMEDADES MÉDICAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Desnutrición	2	2,6	2,6
Cardiopatía	1	1,3	1,3
Ninguna	70	92,1	92,1
No especificada	3	3,9	3,9
Total	76	100,0	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

#### **FACTOR IV: TIPO DE APEGO**

Se tomaron algunas conductas relevantes para el análisis del apego entre padres e hijos como las siguientes:

Niños que pasan solos en casa 40,8 %, el 59,2 % tienen algún familiar que lo acompañe.

**TABLA N°15**

#### **NIÑOS SOLOS EN CASA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	31	40,8	40,8
No	45	59,2	59,2
Total	76	100,0	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

En la siguiente tabla, de acuerdo a la entrevista, podemos ver que de los 31 niños que pasan solos en casa 13 que corresponde al 41,94 % pertenece a la familia nuclear e igual número pertenece a la familia uniparental, representando en este tipo de familia el 52 %, seguida con un 12,90% en la familia ensamblada y 3,22 % por la familia extensa.

El hecho de que los niños permanezcan solos en casa puede dar indicios a problemas de vínculos de apego.

**TABLA N°16**

**TIPO DE FAMILIA Y NIÑOS SOLOS EN CASA**

	Niños solos en casa		Total	%
	Si	No		
Familia Nuclear	13	28	41	53,95
Familia Extensa	1	2	3	3,95
Familia Ensamblada	4	3	7	9,21
Familia Uniparental	13	12	25	32,89
Total	31	45	76	100,0
%	40,79	59,21	100	

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

Es importante señalar que en un número reducido de niños (15), se encuentra otro tipo de problemas de los cuales el más importante es la agresividad con un 66 %, seguido de la sobreprotección con 26,7% y masturbación con un 6,7%.

**TABLA N°17**

**EDAD Y OTROS PROBLEMAS**

	Agresividad	Masturbación	Sobreprotección	Total	%
3años	5	1	0	6	40,0
4años	3	0	3	6	40,0
5años	2	0	1	3	20,0
Total	10	1	4	15	100,0
%	66,7	6,7	26,7	100,0	

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

El tipo de apego en los niños mayores de 5 años, evaluado a través del test de la familia fue aplicado a 16 niños pertenecientes al trastorno más frecuente Déficit de Atención con Hiperactividad, representando el tipo de apego inseguro evitativo el 56,3 %, el apego inseguro ambivalente el 37,5 % y el apego desorganizado el 6,3 %.

**TABLA N° 18**

**TIPO DE APEGO EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS**

	Frecuencia	Porcentaje
Apego Inseguro Evitativo	9	56,3
Apego Inseguro Ambivalente	6	37,5
Apego Desorganizado	1	6,3
Total	16	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

En la siguiente tabla se presenta los conflictos que prevalecen en las familias de la población de estudio, en donde existe un 50% de familias que no presentan conflictos significativos, con un 30,3%, problemas de comunicación a lo que se refiere, desautorización, desacuerdos entre los representantes, violencia intrafamiliar con un porcentaje de 10,5 %, alcoholismo de uno de los miembros de la familia con un 5,3%, y maltrato infantil con un porcentaje de 3,9%.

**TABLA N° 19**

**CONFLICTOS FAMILIARES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Violencia intrafamiliar	8	10,5	10,5
Maltrato infantil	3	3,9	3,9
Alcoholismo	4	5,3	5,3
Ninguno	38	50,0	50,0
Problemas de comunicación	23	30,3	30,3
Total	76	100,0	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

Es importante mencionar también el tipo de convivencia de las familias, donde familias nucleares a pesar de estar formada por las figuras parentales existe inestabilidad en la relación, familias uniparentales donde no hay contacto con uno de los progenitores.

Los niños cuyas figuras de apego son impredecibles, no presentan un cuidado estable, pueden desarrollar en términos generales un patrón del tipo ambivalente, que se caracteriza por oscilar entre conductas de rabia y agresividad con conductas de tímida vulnerabilidad y deseo de apoyo.

**TABLA N° 20**

**CONVIVENCIA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Pareja Inestable: Separaciones	15	19,7	19,7
Sin contacto con padre	20	26,3	26,3
Pareja estable	30	39,5	39,5
Contacto con padre	11	14,5	14,5
Total	76	100,0	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

### **GRUPO DE 3 A 4 AÑOS**

En este grupo de edad para medir apego no se pudo utilizar el test de la familia ya que su consigna no lo permite por su corta edad, es por esto que se lo relacionó con 4 preguntas del test ECI contestado por los padres.

La pregunta “busca ser consolado cuando se siente herido” se encuentra relacionada con el apego inseguro evitativo donde 54 niños (71,1 %) que buscan consuelo y 22 niños (28,9 %) que no lo hacen.

**TABLA N°21**

#### **BUSCA SER CONSOLADO CUANDO SE SIENTE HERIDO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SI	54	71,1	71,1
NO	22	28,9	28,9
Total	76	100,0	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

La pregunta “parece contento cuando juega solo” está relacionada con el apego inseguro ambivalente, en donde 50 niños (65, 8 %) no parecen contentos cuando juegan solos y 26 niños (34,2 %) parecen contentos cuando lo hacen y no buscan relacionarse.

**TABLA N°22**

**PARECE CONTENTO CUANDO JUEGA SOLO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SI	26	34,2	34,2
NO	50	65,8	65,8
Total	76	100,0	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

Por el rango de edad los niños comúnmente buscan agradar a los adultos de su alrededor, por lo tanto la pregunta “quiere gustar a los adultos” en un 65,8 % de casos si quieren gustar a los adultos, existe un 34,2 % que no les interesa aparentemente gustar, siendo esta conducta un apego inseguro ambivalente.

**TABLA N°23**

**QUIERE GUSTAR A LOS ADULTOS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SI	50	65,8	65,8
NO	26	34,2	34,2
Total	76	100,0	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

Estas tablas reflejan conductas particulares para su edad, al llamar la atención por el porcentaje mínimo de presencia frente al porcentaje mayoritario, estos casos pueden estar incluidos en el apego desorganizado/desorientado que tiene muchas características de los dos grupos de apego inseguro, ya que los mismos muestran mayor inseguridad y una variedad de conductas confusas y contradictorias.

En relación a la pregunta “juega con otros niños de su edad” el porcentaje mayor es un 97,4% que si les gusta jugar con otros niños, pero existe un porcentaje de un 2,6% que no se integran al juego con niños de su edad.

**TABLA N°24**

**JUEGA CON OTROS NIÑOS DE SU EDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SI	74	97,4	97,4
NO	2	2,6	2,6
Total	76	100,0	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

**GRUPO DE 6 A 11 AÑOS**

Los resultados obtenidos del test de la familia aplicado a 16 de 26 casos por ser niños mayores de 5 años que mostraron relevancia en el reactivo psicológico ECI pertenecientes al trastorno más frecuente Déficit de Atención con Hiperactividad, el tipo de apego que más alto porcentaje posee es el apego inseguro evitativo. (Ver tabla N° 18).

De acuerdo a la siguiente tabla dos casos de 5 años poseen un apego inseguro y otro un apego desorganizado respectivamente, niños de 6 a 9 años seis de ellos presentan un apego inseguro evitativo y 6 un apego inseguro ambivalente, en cuanto a niños de 10 a 11 años 2 casos muestran un apego inseguro evitativo.

**TABLA N°25**

**EDAD Y TIPO DE APEGO**

	Apego Inseguro Evitativo	Apego Inseguro Ambivalente	Apego Desorganizado	Total	%
5 años	1	0	1	2	12,5
6 a 7 años	3	3	0	6	37,5
8 a 9 años	3	3	0	6	37,5
10 a 11 años	2	0	0	2	12,5
Total	9	6	1	16	100,0
%	56,25	37,5	6,25	100,0	

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

A lo que se refiere al sexo es notorio que los hombres presentan mayores conflictos en el vínculo de apego, el 87,5% corresponde al sexo masculino, en apego seguro evitativo con un 50 %, un 42% apego inseguro ambivalente, y con porcentaje de 7,14% en el tipo de apego desorganizado. En cuanto al sexo femenino la presencia de conflictos de vínculo de apego representa el 12,5%, mostrando en el apego inseguro evitativo con el 100% de los casos de la muestra.

**TABLA N°26**

**SEXO \* TIPO DE APEGO**

	Apego Inseguro Evitativo	Apego Inseguro Ambivalente	Apego Desorganizado	Total	%
Masculino	7 50%	6 42,8%	1 7,14%	14	87,5
Femenino	2 100%	0 0%	0 0%	2	12,5
Total	9	6	1	16	100,0
%	56,25	37,5	6,25	100,0	

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

**Conclusión:**

En la aplicación de las diferentes estrategias de evaluación pudimos obtener bastante información relevante para el estudio de esta población, sin embargo, se muestra lo que se cree de mayor importancia para nuestros objetivos. Como se pudo observar en los cuadros en esta población el trastorno más relevante es el déficit de atención con hiperactividad, además existe correlación entre los resultados de padres y cuidadoras.

## **CAPITULO V**

### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES INFANTILES EN NIÑOS Y NIÑAS DEL CDI HERMAN GMEINER.**

#### **Introducción**

El programa de prevención planificado para este estudio consta de tres pasos importantes: el diagnóstico de los niños de la institución realizado mediante la aplicación del test ECI versión padres y maestros, el test de la familia y la entrevista clínica a los representantes; los resultados obtenidos de estas aplicaciones reflejaron la importancia de trabajar mediante talleres de prevención en la institución, con un mayor enfoque a los factores de riesgo presentes en esta población, como nivel socioeconómico, la estructura familiar, el tipo de apego y factores biológicos. A continuación detallaremos el tercer paso del programa de prevención.

Se cree necesario realizar cinco talleres con las cuidadoras del centro, y cuatro talleres con padres de familia y/o representantes los mismos que serán divididos en dos grupos, dichos talleres están dirigidos a la prevención de los trastornos mentales infantiles. Los talleres abarcan los siguientes temas: trastornos infantiles, factores de riesgo y protección, trastornos prevalentes en la institución, prevención en la infancia, trabajo en red, tratamiento de trastornos, psicoeducación a cuidadoras, como manejar a niños con síntomas de trastornos mentales, estudio de casos.

Los temas se han seleccionado en función de los efectos de los trastornos mentales infantiles en el desarrollo emocional y social de niños y niñas que se diagnosticaron mediante el análisis y los resultados de los reactivos psicológicos y entrevistas clínicas a los familiares de los niños, como explicamos en el capítulo anterior.

## **5.1. Datos de identificación del programa**

**Título:** Programa de prevención de trastornos mentales infantiles en niños y niñas del CDI Herman Gmeiner.

**Lugar de ejecución:** CDI Herman Gmeiner en la ciudad de Cuenca, parroquia Ricaurte.

### **Contenido preliminar del programa**

**Antecedentes:** en la actualidad se presentan varios casos con síntomas y signos de trastornos mentales, que demandan ayuda médica, legal, social y psicológica a distintas instituciones, dejando de ser un problema que puede recibir solución a nivel familiar, ya que se presentan maltratos, abusos y/o negligencias, problemas educativos y de desarrollo que ocasionan malestar a nivel biopsicosocial de sus miembros. En especial si son niños o niñas, porque necesitan de los adultos que están a su alrededor para un desarrollo adecuado, muchas de las veces el apoyo que estos niños necesitan se ve frustrado debido a factores económicos, o falta de información acerca de la infancia, por problemas laborales de los padres, por disfuncionalidad familiar.

**Origen del programa:** ante la necesidad que presentan los padres y las cuidadoras de las instituciones de orientarles y psicoeducarles sobre las reacciones, comportamientos y desarrollo en general de los niños que presenten signos y síntomas de trastorno infantil o que estén en riesgo del mismo.

**Breve descripción del Programa:** se propone trabajar con los representantes y con las cuidadoras de la institución mediante talleres con temáticas que apoyen los tratamientos psicológicos y pedagógicos que lleven a cada uno de los niños y niñas dependiendo de su diagnóstico, obtenido a través de la aplicación de los reactivos psicológicos a los niños, representantes y cuidadoras. Como fundamentación teórica y metodología de trabajo de estos talleres se propone temas relacionados a la prevención en todos sus niveles hablamos de prevención primaria con el conocimiento del desarrollo del niño,

prevención secundaria recomendaciones necesarias para el trabajo con estos niños, el uso de técnicas cognitivas conductuales con la cual se puede lograr modificaciones de conducta, reestructuración de cogniciones, a más de eso el trabajo en red con instituciones aliadas, prevención terciaria además de lo visto en prevención secundaria la necesidad de acudir al profesional pertinente.

**Población Destinataria:** personal de CDI Herman Gmeiner, padres de familia y/o representantes de los niños y niñas de 3 a 11 años.

**Resultados Esperados:**

Cuidadoras y representantes con conocimientos básicos sobre desarrollo infantil, factores de riesgo y de protección en la infancia, psicoeducados en trastornos infantiles, prevención primaria, secundaria y terciaria, informados sobre el tratamiento de trastornos infantiles. Mejor relación entre institución y representantes.

## **5.2. Fundamentación Teórica del Programa**

**Título:** Programa de prevención de trastornos mentales infantiles en niños y niñas del CDI Herman Gmeiner.

### **Marco Teórico**

Toro, Yopez (2004) exponen que los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes no son raros, pero habitualmente no se detectan y no se tratan. Estudios epidemiológicos sugieren que un 20% de niños presenta algún trastorno mental al menos con compromiso funcional leve, que el 10-13% de niños y adolescentes reúnen criterios para enfermedad mental severa en algún momento y del 5-9% sufren trastorno emocional y compromiso funcional severos.

Las actividades preventivas actuarían sobre los factores de riesgo predisponentes, desencadenantes y mantenedores que se basan en la hipótesis de que antes de la aparición de una enfermedad aparecerá una serie de signos de alarma que nos ayudaría a la realización de una detección precoz.

El TDAH afecta negativamente al rendimiento de estos niños en el ámbito escolar, así como a otros aspectos de su vida familiar y social. Tiene tres síntomas básicos: hiperactividad, impulsividad y falta de atención.

### **Justificación**

Es importante conocer los factores de riesgo en los que se encuentran los niños y niñas para poder brindar promoción y prevención de la salud mental de estos niños, así como evitar el desarrollo de problemas mentales, también es necesario dejar plantado el inicio de lo que podría ser un enfoque psicológico completo a estos niños necesitados de ayuda profesional al igual que a sus familias.

### **Objetivos**

**General:** Aplicar el programa de prevención a padres de familias, representantes y a cuidadores del centro educativo mediante talleres.

### **Específicos:**

- Prevenir a temprana edad signos de trastornos mentales infantiles.
- Conocer las medidas de acción en caso de presencia de la enfermedad.
- Instaurar conciencia de la necesidad de trabajo en equipo y en red de instituciones.

### **Metodología**

El eje de los talleres serán manejados mediante la participación dinámica de los integrantes con actividades de razonamiento, exposición, dramatización, collage, trabajo en grupo, juego de roles, estudio de casos. Las mismas que variaran de acuerdo a la temática con la que se trabaje, estas serán aplicadas para iniciar el taller y en la transferencia de información tratada.

En cada taller se llevará una interacción dinámica entre todos los participantes, se propiciara un espacio de respeto, confianza y seguridad. Las actividades serán flexibles, cooperativas y adecuadas a cada grupo con las que se esté trabajando.

## **Recursos Humanos y Materiales**

**Recursos humanos:** Niños y niñas del CDI con riesgo o no de presentar signos y síntomas de trastornos infantiles. Cuidadoras “tías”, que son madres de familia de la comunidad que han sido contratadas para la responsabilidad del cuidado de los niños en el centro, no son profesionales en el ámbito educativo pero están supervisadas por dos profesionales parvularios. Padres de familia y/ o representantes que son del sector con bajos recursos económicos y no pueden cuidar de sus hijos por el trabajo.

**Recursos materiales:** el lugar en el que se aplique el taller deberá ser amplio y cómodo. Dependiendo de las actividades de inicio y finalización de cada taller se requerirá de materiales como: infocus, computadora, papelografos, marcadores, lápices, hojas, etc.

### **5.3. Propuesta de talleres del “Programa de apoyo psicoterapéutico”**

Los “Talleres de Prevención” se encuentra divididos en dos grupos, el primero dirigido a las cuidadoras el segundo dirigido a padres de familia y /o representantes. La prevención con las cuidadoras de la institución consta de cinco talleres y con padres de familia se dividirá en dos grupos con cuatro talleres cada uno.

# TALLERES DE PREVENCIÓN PARA CUIDADORAS

## TALLER N° 1: DESARROLLO DEL NIÑO

**Objetivo:** Psicoeducar a cuidadoras sobre el desarrollo de niños y niñas.

**Bienvenida:** Saludo y presentación de los participantes y del tema a trabajar.

**Dinámica:** “la pelota preguntona”

Objetivo: Presentación

Materiales: Pelota

El coordinador entrega una pelota al grupo, invita a los presentes a sentarse en círculo y explica la forma de realizar el ejercicio. La pelota se hace correr de mano en mano; a una seña del coordinador, se detiene el ejercicio. La persona que ha quedado con la pelota en la mano se presenta para el grupo: dice su nombre y lo que le gusta hacer en los ratos libres. El ejercicio continúa de la misma manera hasta que se presenta la mayoría. En caso de que una misma persona quede más de una vez con la pelota, el grupo tiene derecho a hacerle una pregunta.

**Desarrollo del tema:** Se da una explicación teórica acerca de la infancia, del desarrollo de los niños, la importancia de un cuidado adecuado en los primeros años de vida y cómo influye en años posteriores.

Se les pedirá realizar su “Autorretrato”: Se entrega a cada participante una hoja A4 dividida en cuatro partes en cada una de las partes se les pide que se dibujen **¿cómo te ves físicamente?, ¿cómo son mis emociones?, ¿cómo yo me comporto? y ¿qué necesito para desarrollarme?**

**Actividades de cierre:** al concluir los dibujos se exponen en un espacio visible para todo el resto de participantes y se motiva a que realicen comentarios sobre el tema

presentado y se resalta la importancia de las características de cada uno, de tener necesidades individuales.

La necesidad de un cuidado, estimulación temprana.

**Recursos:**

- Infocus
- Hojas A4.
- Lápices.
- Marcadores, pinturas

**Evaluación:**

- Registros de Observación

FOTO N° 1



Realizando dinámica de bienvenida e integración.

## **TALLER N° 2: FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN**

**Objetivo:** Conocer el papel que juegan los factores de riesgo y de protección en la vida de los niños.

**Bienvenida:** Saludo y presentación de los participantes y del tema a trabajar.

**Dinámica:** “Osito”.

Objetivos: Integración,

Materiales: Oso de peluche.

El grupo forma un círculo, se les presenta un oso de peluche, el que ira pasando por cada uno de los participantes que deberán acariciarlo, decirle cosas amables, cariñosas, una vez que el oso de peluche haya pasado por todos los participantes se les pedirá hacer lo mismo que hicieron o dijeron al oso con su compañera de la derecha.

**Desarrollo del tema:** Después de una sencilla explicación teórica sobre los factores de riesgo y de protección en la infancia y como estos pueden afectar la vida de los niños.

Se les dividirá en dos grupos y se les pedirá que realicen un collage con lo que ellas consideren que ayuda y no al desarrollo, crecimiento en la infancia, necesitan poner recortes de los principales factores de riesgo y de protección.

Cada grupo expondrá su collage, y se comentara los factores de riesgo y de protección que existen en nuestra ciudad.

**Actividades de cierre:** se les consulta:

- ¿Fue difícil o fácil el elegir entre lo que ayuda y lo que no?
- ¿Qué enseñanza sobre la infancia tuvieron?

**Recursos:**

- Infocus
- Paleógrafos

- Marcadores
- Revistas, periódicos
- Tijeras, goma

**Evaluación:**

- Registros de Observación

FOTO N° 2



Explicación de diapositivas.

### **TALLER N° 3: TRASTORNOS MENTALES INFANTILES**

**Objetivo:** Conocer sobre trastornos mentales infantiles, específicamente sobre el trastorno más común en su centro que es el Trastorno por déficit de atención.

**Bienvenida:** saludo y presentación de los participantes y del tema a trabajar.

**Dinámica:** “A ciegas”.

Objetivo: Fomentar confianza, comunicación, busca de soluciones.

Materiales: Vendas

Se debe hacer dos filas de 4 o 5 personas, se vendan los ojos a todos los participantes excepto al último de la fila ya que será guía, todos tendrán que poner las manos en los hombros del que este a su frente, el guía llevara a su grupo por el espacio donde se realiza el taller dando indicaciones solamente con señales, tocando los hombros para virar, la cabeza para agacharse, y la espalda para saltar, se ponen obstáculos (mesas, sillas...).

**Desarrollo del tema:** Se da una explicación de los trastornos mentales infantiles, su etiología, síntomas, prevalencia, diagnóstico.

Se pedirá a las participantes reunirse en grupos de 3 personas y se les pedirá escribir en paleógrafos las dificultades que presentan con los niños en sus diferentes áreas: conductual, afectiva, social, física, cognitiva. Y harán recomendaciones para tratar a estos niños. Cada grupo expondrá su paleógrafo.

**Actividades de cierre:** Todas las participantes dirán sus comentarios, dudas, preguntas, opiniones.

**Recursos:**

- Infocus
- Papelógrafos

- Marcadores

**Evaluación:**

Registros de observación.

FOTO N° 3



Explicación de diapositivas.

## **TALLER N° 4: PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES INFANTILES**

**Objetivo:** Psicoeducar a cuidadoras sobre la importancia de la prevención de trastornos mentales infantiles.

**Bienvenida:** Saludo y presentación de los participantes y del tema a trabajar.

**Dinámica:** “El nudo humano”.

Objetivos: Comunicación, resolución de conflictos.

Materiales: Ninguno.

Se forma un círculo y los participantes se toman de las manos, pero no con el que está a lado sino, al azar, con cualquier otro. Después deben comenzar a desenredarse sin soltarse hasta que se forme un círculo perfecto.

**Desarrollo del tema:** Se da una explicación teórica sobre principales medidas preventivas, la importancia de la prevención, tipos.

Se formaran grupos de 3 a 4 personas y se les pedirá dramatizar los diferentes tipos de prevención, se les dará ejemplos para que tomen alguno y lo desarrollen. Cada grupo tendrá que explicar la importancia de la prevención en la infancia.

Se resalta la importancia de identificar a las personas e instituciones que pueden brindarnos ayuda, confianza y seguridad para dar solución a dificultades.

**Actividades de cierre:** Cada participante tendrá que decir cómo se siente y que se lleva del taller.

**Recursos:**

- Infocus

**Evaluación:**

Registros de observación.

FOTO N° 4



Dramatización.

## **TALLER N° 5: TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES INFANTILES. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.**

**Objetivo:** Psicoeducar a cuidadoras sobre el tratamiento de los trastornos mentales infantiles.

**Bienvenida:** saludo y presentación de los participantes y del tema a trabajar.

**Dinámica:** “Conejos y Conejeras”

Objetivos: Integración, animación, organización.

Materiales: Ninguno.

Se forma equipos de tres personas donde dos se toman de las manos y forman un círculo que será llamado conejera. La tercera persona se mete dentro de la conejera pasando a ser conejo. La persona que coordina el juego también forma parte del mismo. Se dan las siguientes indicaciones: cambio de conejos en este momento las conejeras se quedan en su lugar sin moverse solo levantan las manos para que el conejo salga y busque su nueva conejera. Aquí el coordinador también buscara su propia conejera por lo tanto quedara un conejo nuevo que a su vez tendrá que coordinar el juego. Cambio de conejeras. Aquí solo se mueven los que forman las conejeras, los conejos se quedan quietos esperando una nueva conejera. Cambio de todo. Aquí se deshacen completamente los equipos y se rehacen con nuevos integrantes. Aquí los que lo hacen más tarde pierden y sale del juego.

**Desarrollo del tema:** Se da una explicación teórica sobre el tratamiento de trastornos mentales infantiles en caso de existir, signos y síntomas de los mismos, profesionales especializados, el trastorno por déficit de atención, recomendaciones para maestros, técnicas específicas para educadores.

En forma de mesa redonda se presentaran casos sencillos de niños con signos y síntomas de trastornos mentales infantiles, las participantes tendrán que decir cuales serian las

recomendaciones adecuadas para el trabajo con estos niños, y que es lo que debería hacerse.

**Actividades de cierre:** En una hoja de papel dibujaran o escribirán brevemente sus impresiones del taller impartido, lo expondrán al resto de participantes.

**Recursos:**

- Infocus
- Hojas de papel
- Lápices

**Evaluación:**

Registros de observación.

FOTO N° 5



Trabajo en grupos.

# TALLERES DE PREVENCIÓN PARA PADRES

## Taller ° 1: DESARROLLO DEL NIÑO

**Objetivo:** Información básica acerca del crecimiento de sus hijos.

**Bienvenida:** saludo y presentación de los participantes y del tema a trabajar.

**Dinámica:** “Salto al rango”.

Objetivo: Presentación

Materiales: Integrantes del grupo, lápiz, papel y cinta adhesiva.

Desarrollo: nombre y su edad, luego se ubican en una fila y en posición de rango, el último comienza a saltar al resto de sus compañeros tratando de leer los nombres y edades, así sucesivamente con el resto de los participantes. Una vez finalizado, cada uno debe sacarse el papel de la espalda y cada uno debe decir el nombre y la edad de las personas que se acuerda y el que dice más es el ganador.

**Desarrollo del tema:** Concluida la dinámica se pide a los padres de familia sentarse para la exposición teórica. Los temas a tratarse fue el desarrollo del niño, en sus diferentes etapas de vida hasta la adolescencia, se brindara un espacio abierto para preguntas y dudas que tengan sobre el tema. **Se fija la importancia de que el desarrollo sea el adecuado y cómo podemos, ayudar al niño para su proceso de crecimiento; en que somos partícipes y responsables, cualquier déficit en el desarrollo es susceptible de acarrear desórdenes de atención, relación y comportamiento. Una vez que surgen este tipo de problemas será necesaria la intervención de tipo terapéutico.**

**Actividades de cierre:** Se les brinda un papelote en donde las personas escribirán su sentir sobre el taller brindado, las dudas que les quedaron y no pudieron expresarlo, preguntas o temas que desean en el próximo taller.

**Recursos:**

- Infocus
- Cinta adhesiva.
- Hojas
- Lápices
- Papelotes
- Marcadores
- Tijeras

**Evaluación:**

Registro de observación

FOTO N° 6



Introducción por parte de representantes del centro.

## **Taller ° 2: FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA INFANCIA**

**Objetivo:** Psicoeducación a padres de familia y/o representantes.

**Bienvenida:** saludo y presentación de los participantes y del tema a trabajar.

**Dinámica:** “Contar una historia con los pies”

Objetivo: Desarrollar el ingenio y la expresión corporal.

Materiales: Fichas con oraciones, por ejemplo, me resbalé al pisar una cáscara de banana; hoy caminando se me pegó un chicle en el zapato, etc.

Desarrollo: Cada uno de los participantes pasará al frente y contará con sus pies la frase que le haya tocado. Sus compañeros podrán adivinarlas.

**Desarrollo del tema:** Se realizará una actividad para trabajo en grupo, en donde cada uno organizara una dramatización de los factores de riesgo para el desarrollo de sus niños, o que puedan causar un trastorno mental, luego de veinte minutos cada grupo expondrá su parecer, las coordinadoras del taller explicaran teóricamente después de que cada grupo exponga sus ideas, se les amplia el conocimiento sobre los Factores de riesgo, como la pobreza, el factor biológico, la estructura familiar y el apego como más sobresaliente.

Luego de esta actividad se les pide el mismo trabajo pero refiriéndose a los factores de protección los cuales explicamos que son aquellas circunstancias o características individuales o grupales que contribuyen al desarrollo evolutivo armónico o disminuyen la probabilidad de que los factores de riesgo alteren o desencadenen patologías.

**Actividades de cierre:** Pedimos circular un globo inflado, en donde cada participante escribirá con una palabra lo que se llevo del taller brindado.

**Recursos:**

- Infocus
- Globos.

- Hojas
- Lápices
- Ropa o accesorios de vestir
- Marcadores
- Tijeras
- Goma.

**Evaluación:**

Registro de observación

FOTO N° 7



Palabras de bienvenida.

### **Taller ° 3: PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES INFANTILES.**

**Objetivo:** Psicoeducación

**Bienvenida:** Saludo y presentación del tema a trabajar.

**Dinámica:** “¿Te gusta tu vecino?”

Objetivo: Confianza en el grupo

Materiales: Sillas, integrantes.

Desarrollo: Se forma una ronda y quien comienza (la coordinadora) pregunta a alguien “¿te gusta tu vecino?”. La persona responde con SI, NO o MAS O MENOS. Si la respuesta es SI, todos se quedan en el mismo lugar; si la respuesta es NO, todos cambian de lugar, y si responde MAS O MENOS sólo se cambia esa persona con cualquier otra.

**Desarrollo del tema:** Se brindará una exposición teórica acerca de las clases de prevención, primaria, secundaria, y terciaria, a los padres de familia, manifestamos información sobre instituciones a las cuales pueden acudir en caso de que vean dificultades en sus niños, o los educadores les informen de las mismas, luego de esta charla, les pedimos a los participantes formar grupos, en donde se les brinda revistas viejas para que realicen un collage, en donde plasmen los diferentes tipos de prevención, a donde acudir, quienes son las personas responsables en cada uno de los aspectos, posteriormente se les pide exponer sus aportes a sus compañeros.

**Actividades de cierre:** Para realizar el cierre del taller, se les presenta una planta, se les pedirá su expresión acerca de la misma, que necesita para crecer, quien es responsable, que cuidados necesita etc.

#### **Evaluación**

Registro de observación

FOTO N° 8



Dinámica.

FOTO N° 9



Trabajo individual.

## **Taller ° 4: TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES INFANTILES.**

**Objetivo:** Conocimiento de los trastornos mentales infantiles.

**Bienvenida:** Saludo y presentación del tema a trabajar.

**Dinámica:** “Yo Tengo una Pregunta”:

Escribir en tarjetas preguntas del tipo de:

- ¿Quién tiene los zapatos más grandes?
- ¿Quién tiene teléfono?
- ¿Quién tiene la familia mas grade?

Dar a cada participante una pregunta. Estas deberán provocar que los participantes se observen e interactúen entre ellos

**Desarrollo del tema:** Se realizara una exposición teórica sobre el tratamiento en caso de existir el trastorno infantil, o la presencia de signos y síntomas, información de los profesionales responsables de las diferentes intervenciones, en caso de que sea farmacológico, psicoterapéutico o la combinación de estos dos tratamientos, recomendaciones para los padres del manejo de estas dificultades.

Efectuaremos una división de los participantes para formar grupos, si están presentes parejas, no se realizara separación. Se indicara el juego de roles, en donde se les presenta un “dilema” y se pedirá representar, el padre tendrá que hacer de niño o de esposa, cada miembro tomara un rol diferente a su actual.

**Actividad de Cierre:** Se realiza preguntas sobre las vivencias dentro del taller, la manifestación de dudas.

**Recursos:**

- Infocus
- Hojas

- Lápices
- Papelotes
- Marcadores
- Goma
- Accesorios de vestir

### **Evaluación.**

Registro de observación.

FOTO N° 10



Trabajo individual.

### **Conclusión:**

Los talleres fueron acogidos exitosamente, se desarrollaron sin ningún inconveniente, tanto las cuidadoras como los representantes quedaron satisfechos y proponen seguir siendo capacitados y psicoeducados en cuanto al desarrollo del niño.

## CONCLUSIONES GENERALES

De acuerdo con los resultados obtenidos podemos concluir lo siguiente:

- El nivel socio económico de la muestra corresponde en su totalidad a una situación económica baja, estos datos se han corroborado con la entrevista clínica y las fichas de ingreso. Este factor implica que los padres trabajen todo el día, lo que conlleva a que dejen solos a los niños en casa sin los cuidados respectivos por un adulto y acarreen conflictos psicológicos, sobretodo en el vínculo de apego. Así mismo se comprobó la ausencia de información que poseen las familias en relación a las medidas de acción cuando se presentan este tipo de conductas en los niños.
- En cuanto al análisis de la estructura familiar, concluimos que no es un factor influyente en la presencia de trastornos infantiles en esta población, sin embargo el tipo de convivencia y los conflictos familiares, sí llegan a ser un factor importante en la aparición de signos y síntomas de trastornos psicológicos infantiles.
- La convivencia familiar inadecuada incide en el tipo de apego, en esta población podemos notar que la mayoría de familias son de una estructura nuclear, la mitad de ellas son inestables, los padres están en constante conflicto de pareja y separaciones.
- Las familias uniparentales en este estudio representan un alto porcentaje, 32.89% de la población, en donde la mitad de ellas presentan ausencia, una minoría tiene contacto con el padre biológico, las consecuencias de esta falta de vínculo lleva a un tipo de apego seguro evitativo.
- La importancia de los conflictos en el desarrollo del vínculo de apego se presencia también en esta población siendo: violencia intrafamiliar, maltrato

infantil, alcoholismo y problemas de comunicación: desacuerdo en reglas, normas, etc.,

- Según el Test de la Familia aplicado al rango de 5 a 11 años, el Apego inseguro evitativo constituye el 56.3%, *donde los niños son bastante independientes, exploran su mundo aunque sin utilizar a su madre como base segura incluso llegan a ignorarla.*
- En el mismo rango de edad se encuentra un porcentaje significativo en el apego seguro ambivalente, el cual representa un 37,5% y se caracteriza por buscar la proximidad de la figura primaria y al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados por ella, mostrando agresión.
- En esta población no se ve incidencia de factores biológicos, representando únicamente el 7.89 %, pero en estos casos sí es notoria la presencia de signos y síntomas relacionados a los trastornos psicológicos infantiles.
- El trastorno más común presente en los niños de 3 a 11 años es el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad que representa un 34.3 %, seguido por el Desorden Oposicionista Desafiante con un 13.2 %.
- Las correlaciones encontradas entre la versión padres y versión maestros del test ECI son altamente significativos ( $p < 0,005$ ), llegando a ser confiables y viables para el propósito de nuestro trabajo.
- Ante esta realidad observada durante el proceso de investigación de este trabajo se planteo talleres de prevención los mismos que tuvieron como finalidad ser una herramienta de trabajo en las áreas de Psicoeducación, conocimiento de medidas de acción e instauración de trabajo en equipo y en red de instituciones.

- Los talleres realizados sobre prevención con la participación de las cuidadoras y los representantes de los niños, donde obtuvieron las pautas sobre los problemas psicológicos infantiles, brindándoles una respuesta a sus inquietudes y reestructurando pensamientos erróneos en relación a sus niños.

## **RECOMENDACIONES**

- Según la investigación realizada, nos dimos cuenta de la necesidad de Prevención en esta población sobre enfermedades psicológicas infantiles, ya que carecen de información, por lo tanto es recomendable la implementación de talleres psicoeducativos para cuidadoras y padres de familia.
- Tarde o temprano cada padre se enfrenta a la decisión de dejar a su hijo solo en casa, ya sea por trabajos o salidas urgentes, para lo cual tienen que estar seguros que sus hijos son lo suficientemente niño sobre situaciones peligrosas y qué puede hacer, cuándo y cómo debe contestar el teléfono y el timbre de la puerta, responsabilidades hacia los hermanos, respeto de reglas.
- Los padres de familia y la institución deben tomar medidas de acción frente a los signos, síntomas o trastornos diagnosticados en esta investigación, tales como, psicológicas, médicas y sociales. Es recomendable la implementación de un área psicológica para los niños y padres de familia en el centro.
- Es recomendable que el programa de prevención implementado en el CDI Herman Gmeiner, pueda ser aplicado en instituciones que trabajan con similares poblaciones.
- Se recomienda capacitación constante a las cuidadoras del CDI, sobre las áreas, conductuales, emocionales, sociales de los niños que están bajo su responsabilidad e implementar talleres sobre trabajo en grupo del personal.

- Es necesario que la institución realice un trabajo en red con organizaciones, para que se encuentre un mejor acceso a profesionales especializados en diferentes problemáticas infantiles y familiares.
- Dentro de los grupos de referencia que la institución realiza, es recomendable enfatizar los temas asociados a problemas familiares, como la convivencia y conflictos de pareja, que en la investigación se concluye como un factor influyente en la aparición de trastornos infantiles.
- Es recomendable usar este estudio para llevar a cabo un segundo proyecto de investigación y de acción.
- Sería recomendable realizar un seguimiento o un convenio con algún centro de atención psicológica para dar continuidad a los casos detectados.
- Se recomienda que el trabajo con los padres sea indispensable pues son ellos quienes necesitan aprender a manejar la conducta de los niños y modificarla adecuadamente si es necesario.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

AJURIAGUERA, J. REGO, A. LÓPEZ, A, 1977, **Manual de Psiquiatría Infantil**, Edit. Toray-Masson, S.A. R, 4ta Edición, Barcelona.

ALARCON, MISOTE, NICOLINI, 2005, **Psiquiatría**, Edit. El Manual Moderno, 2da Edición, México.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS ESTADOS, 1997, Unidos (*American Psychiatric Association*, o APA) **DSM-IV**, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona. Masson.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, 2008, Informe sobre salud mental de niños y adolescentes. <http://www.aen.es/docs/>

AXLINE, Virginia, 1975, **Terapia de Juego**, Edit. Diana, México.

BARUDY, Jorge, 1998, **El dolor invisible de la infancia**, Edit. Paidós Ibérica, Barcelona.

JOHANSEN, Oscar, 2004, **Introducción a la teoría general de sistemas**, Edit. Noriega, México, Limusa.

BOEREE, C. George, 1998, **Teorías de la Personalidad**". <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/cvasquez/rogers.htm>.

BOWLBY, John, 1993, **El Vínculo Afectivo**, Edit. Paidós Ibérica, S.A. Madrid.

BRADSHAW, John, 1999, **Nuestro Niño Interior**, Edit. Emecé, Argentina.

CARDOZE D, 2005, *Psiquiatría infantil y juvenil: Orientación para docentes y padres de familia*, Edit. Universitaria "Carlos Manuel Gasteazoro", Panamá.  
<http://es.scribd.com/doc/81507818/72745948-Psiquiatria-Para-Maestros>.

CHELALA C. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1999, *Impacto del ambiente sobre la salud infantil*, <http://www.paho.org/Spanish/HEP/infancia>.

CEPAL, UNICEF, Número 1, septiembre de 2005, mayo de 2010, **Desafíos**, (*boletín cuatrimestral*), Número 10.

CLONINGER, S, 2003, **Teorías de la personalidad**, Edit. Pearson Educación, México.

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, 2004, *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*, España.  
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/MenoresRiesgo.pdf>

COMPAS, B. GOTLIB, I, 2003, **Introducción a la psicología clínica**, Edit. McGraw Hill, México.

CORMIER, W. CORMIEN, S, 2000, **Estrategias de entrevista para terapeutas**, Edit. Descleé de Brouwer, España.

DÍAZ ATIENZA, J, 2000, *Prevención de los trastornos de conducta*.  
<http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/preventc.pdf>.

DOMÉNECH LLABERIA E, EZPELETA ASCASO L, España, 1998,  
<http://www.petra-udl.com/aaluja-archi/psico/recoma/clasi-infancia.pdf>.

FERNANDEZ, MOYA, J, 2006, **En Busca de resultados**, Edit. De la Universidad del Aconcagua, 2da Edición, Argentina.

FREUD, A, 1992, **Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente**, Edit. Paidós, Barcelona España.

GUTIERRES CASERES, J. PEREZ RODRIGUEZ, 2002, <http://www.svnp.es/Documen/psicopat.pdf>

HERNÁNDEZ COVARRUBIAS, Javier, 2009, [www.linca.org/LINCA-bolletin/ENERO-2009.pdf](http://www.linca.org/LINCA-bolletin/ENERO-2009.pdf).

MARRONE, M, 2001, **La teoría del Apego**, Edit. Psimática, Madrid, España.

MEECE, J, 2000, **Desarrollo del niño y del Adolescente para Educadores**. Edit. Me Graw Hill, México.

MOROCHO, I, 2009, **Psiquiatría General**, Edit. Facultad de Ciencias Medicas Universidad de Cuenca, Ecuador.

NATANSON, J, 2000, **Aprender jugando**, Edit. Paidós Ibérica, Buenos Aires.

OCEANO, 2004, Grupo Editorial. **Diccionario Enciclopédico ilustrado Océano Uno**. Edit. Barcelona España.

OLIVA DELGADO, A, 2004, Estado actual de la teoría del apego. <http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero4/Apego.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1992, **Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10)**.

PACURUCU, Ana, Lucia, 2000, “**Estudio del apego a través de la clasificación del dibujo de la familia en niños preescolares de 5 y 6 años de edad**”, Director: Dra. Edelmira Domenech, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

PAPALIA, Diane, E. WENDKOS, OLD, Sally, 1999, **Serie Psicología del Desarrollo Humano, Los primeros años de vida**. Edit. McGraw Hill, Bogotá.

PARMELEE, Dean, X, 1998, **Psiquiatría del niño y el adolescente**, Edit. Harcourt Brace, España.

PEDIATRICS, Revista médica, Febrero, 2010, ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA, <http://llamadoalaconciencia.wordpress.com/2010/02/25/curando-el-autismo-la-nueva-epidemia-del-siglo-xxi/>, Numero 25.

Revista Pediatría de Atención Primaria, GARCÍA JL, Enero/marzo 2002, Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria, España. <http://www.apfem.com/articulodelmes/07-09-prevensaludmental.pdf>, Volumen IV, Número 13.

Revista Margen, N° 61, CARVAJAL, M, junio de 2011, Apego como principal factor protector de la primera infancia, Chile, [www.margen.org/suscri/margen61/carvajal.pdf](http://www.margen.org/suscri/margen61/carvajal.pdf)

SILVER, L, 2004, **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad**, Edit. Lexus, Barcelona España.

TOMÁS, J, Abril, 2011, Influencias genéticas en los trastornos psiquiátricos infantiles <http://ebookbrowse.com/influencia-genetica-en-los-trastornos-psiquiatricos-infantiles>.

TORO, GREIFFENSTIN, R, 2004, **Fundamentos de medicina. Psiquiatría**, Edit. CIB: Corporación para investigaciones biológicas, 4ª Edición.

U.N.I.C.E.F., diciembre, 2004, Informe Anual: Capítulo 1 del libro Estado mundial de la infancia 2005: la infancia amenazada. UNICEF, Nueva York.  
<http://www.unicef.org/spanish/>

UNICEF ECUADOR, ESCOBAR GARCÍA A, VELASCO ABAD M, 2010  
[http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta nacional NNA siglo XXI 2](http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2) .

VÁSQUEZ, J. BORQUES y Cols, 1999, **Psiquiatría en atención Primaria**, Edit. Grupo Aula Medica S.A., España.

VALDÉS GARCÍA, L. MEDISAN, 2000, Pobreza y enfermedades emergentes y reemergentes, [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4 1 00/san07100](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_1_00/san07100).

VIDAL, M, 1997, Modelo psicológico en atención primaria: Protocolos de valoración e Intervención en niños de o a 2 años, España,  
<http://eprints.ucm.es/tesis/19972000/S/4/S4019801.pdf>

VYGOTSKI, L, 2000, **El desarrollo de los procesos psicológicos superiores**, Edit. Crítica, Barcelona España.

WOLFF, S, 1977, **Trastornos Psíquicos del Niño: Causas y tratamientos**, Edit. Siglo Veintiuno, 3ra Edición, España.

# ANEXOS

**ANEXO 1: TEST  
ECI (Versión padres  
y maestras).**

EARLY CHILDHOOD INVENTORY-4 (versión padres)  
 (Sprafkin & Gadow, 1996) - Versión experimental  
 Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto-Juvenil.  
 Universitat Autònoma de Barcelona

Nombre:..... Apellidos:.....

Fecha:..... Edad:..... Nivel:..... Colegio:.....

**INSTRUCCIONES**

Responda a cada cuestión con una cruz (X) valorando el grado en que su hijo/a presenta cada una de las conductas descritas durante los últimos 6 meses.

		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
1	Usa palabras para comunicar sus necesidades				
2	Entiende cuando otras personas hablan con él/ella				
3	Mantiene conversaciones con usted acerca de actividades o acontecimientos				
4	Pronuncia palabras para que otras personas puedan entenderlo				
5	Parece tener una coordinación de movimientos pobre o torpe				
6	Tiene dificultades en la coordinación manual tales como al usar tijeras, lápices, bloques o manipulando objetos pequeños				
7	Tiene dificultades con su autocuidado (lavarse, comer, vestirse, etc.)				
8	Parece feliz cuando juega con otros niños/as				
9	Parece contento cuando juega solo/a				
10	Juega con otros niños/as de su edad				
11	Busca ser consolado cuando se siente herido				
12	Quiere gustar a los adultos				

	CATEGORIA A: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
1	No presta atención a los detalles o comete errores por descuido				
2	Tiene dificultad en prestar atención a tareas o actividades de juego (mirando un libro, dibujos, etc.)				
3	Parece no escuchar cuando se le habla directamente				
4	Empieza una actividad sin acabar la anterior				
5	Tiene dificultad para organizar tareas y actividades				
6	Evita realizar tareas que requieren esfuerzo mental (puzzles, etc.)				
7	Extravía cosas que necesita para sus actividades				
8	Se distrae fácilmente por cosas que pasan a su alrededor				
9	Es olvidadizo/a en actividades diarias				
10	Mueve en exceso manos y/o pies y se mueve en su asiento				
11	Tiene dificultad en permanecer sentado/a cuando se le pide que lo haga				
12	Corretea o trepa sobre las cosas cuando se le dice que no lo haga				
13	Le es difícil jugar tranquilo/a				
14	Se mueve constantemente o actúa como si estuviera movido por un motor				
15	Habla excesivamente				
16	Responde a las preguntas precipitadamente antes de que hayan sido completadas				
17	Le es difícil esperar su turno en actividades de grupo				
18	Interrumpe conversaciones o se entromete en actividades de otros niños/as				
19	Cuando se le pide cambiar de actividad, tiene dificultades en atender a la nueva tarea				
20	Sueña despierto/a. Actúa como si estuviera ausente				

	CATEGORIA B: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
21	Pierde la paciencia				
22	Discute con los adultos				
23	Desafía o rechaza hacer lo que se le pide				
24	Molesta deliberadamente a otras personas				
25	Culpa a otros de sus errores o mal comportamiento				
26	Es susceptible o frecuentemente se siente molesto por los demás				
27	Es colérico y resentido				
28	Es rencoroso o vengativo				

	CATEGORIA C: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
29	Miente en cosas importantes				
30	Fanfarronea, amenaza o intimida a los demás				
31	Inicia peleas físicas				
32	Roba cosas				
33	Destruye deliberadamente la propiedad de los demás				
35	Utiliza objetos como arma cuando pelea (tijeras, piedras, palos, etc.)	0	1	1	1
36	Manifiesta crueldad física con los animales	0	1	1	1
37	Manifiesta crueldad física con las personas	0	1	1	1
38	Está preocupado por el sexo o presenta conductas relacionadas (roces, tocamientos, etc.)	0	1	1	1

	CATEGORIA PCS: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
39	Se apropia de las cosas de otros niños				
40	Lanza objetos a otros niños				
41	Pisotea o destruye las cosas				
42	Hace demostraciones obscenas o gestos amenazantes a otros niños/as				
43	Insulta o hace bromas a otros niños/as para provocar conflictos				
44	Daña la propiedad de otros niños/as				
45	Pega, empuja o les pone la zancadilla a otros niños/as				
46	Atemoriza o hace daño a otros niños/as				
47	Se involucra en peleas con otros niños/as				
48	Irrita a otros niños/as para provocarles				

	CATEGORIA D: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
49	Se siente muy afectado cuando prevé ser apartado/a de su casa o de sus padres				
50	Le preocupa excesivamente que sus padres sufran algún daño o salgan de su casa y no vuelvan				
51	Le preocupa excesivamente que algún acontecimiento adverso (ser raptado/a, perderse, etc.) le separe de sus padres				
52	Trata de evitar ir a la escuela para quedarse con sus padres				
53	Le preocupa que le dejen solo/a en casa o con un canguro				
54	Tiene miedo de irse a dormir si no está cerca de sus padres				
55	Tiene pesadillas repetidas de ser separado/a de sus padres				
56	Se queja de que está enfermo/a cuando prevé ser separado/a de su casa o de sus padres				

	CATEGORIA E: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
57	Es excesivamente temeroso/a de (trata de evitar) objetos específicos o situaciones específicas				
58	No consigue no tener pensamientos angustiosos (preocupaciones sobre gérmenes, hacer las cosas perfectamente, etc.)				
59	Se siente obligado/a a realizar hábitos inusuales (alinearse los juguetes de una forma particular, colocar algo en una disposición determinada, etc.)				
60	Hace movimientos inusuales sin ninguna razón aparente (abre y cierra los ojos, se muerde los labios, mueve la cabeza repetidamente)				
61	Hace sonidos vocálicos sin razón aparente (ataques de tos, carraspea, hace ruidos con la nariz, gruñe, etc.)				
62	Le preocupa que los demás niños/as puedan hacer las cosas mejor que él/ella				
63	Se preocupa más que otros niños/as				
64	Se queja de problemas físicos (molestias de estómago, dolores, etc.) para los cuales no hay causa aparente				
65	Rechaza hablar con otras personas que no sean de la familia				

	CATEGORIA F: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
66	Está triste la mayor parte del día				
67	Está irritable la mayor parte del día				
68	Muestra poco interés en actividades divertidas o por jugar con otros/as niños/as				
69	Habla acerca de muerte o suicidio				
70	No se siente a gusto consigo mismo/a (dice que es un niño/a malo/a)				
71	Tiene pocas energías o se cansa sin razón aparente				
72	Ha experimentado algún cambio en su apetito normal o peso	No (0)		Sí (1)	
73	Ha experimentado algún cambio en sus hábitos normales de sueño. Tiene problemas para dormir o duerme demasiado	No (0)		Sí (1)	
74	Ha experimentado algún cambio en su actividad normal. Hiperactivo/a, inactivo/a	No (0)		Sí (1)	
75	Ha experimentado algún cambio en su habilidad de concentrarse y/o tomar decisiones	No (0)		Sí (1)	
76	Se ha vuelto más sensible o llora más de lo usual	No (0)		Sí (1)	
77	Ha experimentado algún hecho muy estresante (divorcio de los padres, muerte de un amigo o pariente, enfermedad grave, etc.)	No (0)		Sí (1)	

	CATEGORIA G: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
78	Es excesivamente tímido/a con sus compañeros/as				
79	Es generalmente cálido/a y extrovertido/a con los miembros de la familia y otras personas conocidas adultas				
80	Cuando se encuentra en una situación social incómoda el niño/a llora, se paraliza o se retira de la interacción				

	CATEGORIA H: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
81	Tiene problemas para dormirse				
82	Se despierta llorando en medio de la noche				
83	Se despierta mucho más temprano de lo habitual				
84	Gatea hacia la cama de los padres y se mete en ella a media noche				

	CATEGORIA I: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
85	Moja la cama por la noche				
86	Últimamente moja la cama por las noches, pero permaneció seco/a durante 4 meses por lo menos				
87	Moja su ropa interior durante las horas del día				
88	Mancha su ropa interior durante las horas del día				

	CATEGORIA J: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
89	Ha experimentado un hecho muy desagradable y continúa estando molesto/a por ello				
90	Tiene sueños o recuerdos angustiosos sobre un hecho extremadamente desagradable				
91	Habla o representa en juegos un hecho extremadamente desagradable				
92	Parece como si estuviera en un trance				

	CATEGORIA K: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
93	Se niega a comer suficiente comida para mantenerse en su peso saludable				
94	Tiene unos hábitos de comida extremadamente rígidos (no come alimentos sólidos, sólo comidas para bebés)				

	CATEGORIA L: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
95	Parece estar temeroso/a o disgustado/a aún con las personas de la familia (evita contacto y/o consuelo, mira de reojo)				
96	Busca afecto de la mayoría de los adultos aún siendo extraños				

	CATEGORIA M: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
97	Tiene una forma peculiar de relacionarse con los demás (evita el contacto visual, hace gestos o tiene expresiones faciales raras)				
98	No juega o no se relaciona bien con los demás niños/as				
99	No está interesado/a en hacer amigos/as				
100	No es consciente o no muestra interés por los sentimientos de los demás				
101	Tiene un problema importante con el lenguaje				
102	Tiene dificultad para llevar una conversación socialmente apropiada				
103	Habla de forma rara (repite lo que los otros dicen, confunde palabras como "tú" o "yo", usa frases o palabras extrañas, etc.)				
104	Es incapaz de fingir cuando juega				
105	Muestra una excesiva preocupación por un tema				
106	Se disgusta cuando se producen pequeños cambios en su rutina o en su entorno				
107	Hace movimientos extraños y repetitivos (agita los brazos, etc.)				
108	Tiene una extraña fascinación por partes de objetos				

OTROS PROBLEMAS O COMENTARIOS: .....

.....

.....

.....

**EARLY CHILDHOOD INVENTORY-4** (versió mestros)  
 (Sprafkin & Gadow, 1996)  
*Versió experimental*  
 Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto-Juvenil  
 Universitat Autònoma de Barcelona

Nom:..... Cognoms: .....

Data:..... Edat:.....Nivell:.....Col.legi:.....

Nom de la persona que complimenta el qüestionari:.....

Temps que coneix al nen/a:..... Temps que passa amb el nen/a: .....

Tipus de programa educatiu: Normal  Normal amb reforç  Educació Especial

Tipus d' intervencions especials que necessita: Logopèdia  Fisioteràpia  Altres

a) El seu alumne/a falta molt a l'escola?

Poc  Algunes vegades  Sovint  Molt sovint

b) Qins motius justifiquen les faltes del seu alumne/a?

Malaltia  Quina? .....

Problemes Familiars  Quins?.....

Trobar-se malament  Mal de cap  Mal de panxa  Cansament

Altres:.....

c) El seu alumne/a segueix el ritme d'aprenentatge d'allò que es fa a l'àula?

Sí

En algunes coses  Quines? .....

No

d) Creu que els pares estan realment implicats en el que fa el nen a l'escola?

Pare Gens  Una mica  Bastant  Molt

Mare Gens  Una mica  Bastant  Molt

e) Altres problemes o comentaris que cregui convenient remarcar del seu alumne/a:

.....

.....

.....

.....

.....

## INSTRUCCIONES

Responda a cada cuestión con una cruz (X) valorando el grado en que el alumno presenta cada una de las conductas descritas durante los últimos 6 meses.

	CATEGORÍA A: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
1	No presta atención a los detalles o comete errores por descuido				
2	Tiene dificultad en prestar atención a tareas o actividades de juego (mirando un libro, dibujos, etc.)				
3	Parece no escuchar cuando se le habla directamente				
4	Empieza una actividad sin acabar la anterior				
5	Tiene dificultad para organizar tareas y actividades				
6	Evita realizar tareas que requieren esfuerzo mental (puzles, etc.)				
7	Extravía cosas que necesita para sus actividades				
8	Se distrae fácilmente por cosas que pasan a su alrededor				
9	Es olvidadizo/a en actividades diarias				
10	Mueve en exceso manos i/o pies y se mueve en su asiento				
11	Tiene dificultad en permanecer sentado/a cuando se le pide que lo haga				
12	Corretea o trepa sobre las cosas cuando se le dice que no lo haga				
13	Le es difícil jugar tranquilo/a				
14	Se mueve constantemente o actúa como si estuviera movido por un motor				
15	Habla excesivamente				
16	Responde a las preguntas precipitadamente antes de que hayan sido completadas				
17	Le es difícil esperar su turno en actividades de grupo				
18	Interrumpe conversaciones o se entromete en actividades de otros niños/as				

	CATEGORÍA B: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
21	Pierde la paciencia				
22	Discute con los adultos				
23	Desafía o rechaza hacer lo que se le pide				
24	Molesta deliberadamente a otras personas				
25	Culpa a otros de sus errores o mal comportamiento				
26	Es susceptible o frecuentemente se siente molesto por los demás				
27	Es colérico y resentido				
28	Es rencoroso o vengativo				

	CATEGORÍA C: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
29	Miente en cosas importantes				
30	Fanfarronea, amenaza o intimida a los demás				
31	Inicia peleas físicas				
32	Roba cosas				
33	Destruye deliberadamente la propiedad de los demás	0	1	1	1
35	Utiliza objetos como arma cuando pelea (tijeras, piedras, palos, etc.)	0	1	1	1
36	Manifiesta crueldad física con los animales	0	1	1	1

37	Manifiesta crueldad física con las personas	0	1	1	1
38	Está preocupado por el sexo o presenta conductas relacionadas (roces, tocamientos, etc.)	0	1	1	1

CATEGORIA PCS: Comparando con otros niños/as de la misma edad		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
39	Se apropia de las cosas de otros niños				
40	Lanza objetos a otros niños				
41	Pisotea o destruye las cosas				
42	Hace demostraciones obscenas o gestos amenazantes a otros niños/as				
43	Insulta o hace bromas a otros niños/as para provocar conflictos				
44	Daña la propiedad de otros niños/as				
45	Pega, empuja o les pone la zancadilla a otros niños/as				
46	Atemoriza o hace daño a otros niños/as				
47	Se involucra en peleas con otros niños/as				
48	Irrita a otros niños/as para provocarles				

CATEGORIA E: Comparando con otros niños/as de la misma edad		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
57	Es excesivamente temeroso/a de (trata de evitar) objetos específicos o situaciones específicas				
58	No consigue no tener pensamientos angustiosos (preocupaciones sobre gérmenes, hacer las cosas perfectamente, etc.)				
59	Se siente obligado/a a realizar hábitos inusuales (alinear los juguetes de una forma particular, colocar algo en una disposición determinada, etc.)				
60	Hace movimientos inusuales sin ninguna razón aparente (abre y cierra los ojos, se muerde los labios, mueve la cabeza repetidamente)				
61	Hace sonidos vocálicos sin razón aparente (ataques de tos, carraspea, hace ruidos con la nariz, gruñe, etc.)				
62	Le preocupa que los demás niños/as puedan hacer las cosas mejor que él/ella				
63	Se preocupa más que otros niños/as				
64	Se queja de problemas físicos (molestias de estómago, dolores, etc.) para los cuales no hay causa aparente				
65	Rechaza hablar con otras personas que no sean de la familia				
49	Parece enfadarse después de ser separado de sus padres para ir a la escuela				
95	Parece temeroso/a o desconfiado/a aún con los miembros de la familia (evita contacto, consuelo, mira de reojo, etc.)				
96	Busca afecto en la mayoría de los adultos y también en los extraños				

CATEGORIA F: Comparando con otros niños/as de la misma edad		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
66	Está triste la mayor parte del día				
67	Está irritable la mayor parte del día				
68	Muestra poco interés en actividades divertidas o por jugar con otros/as niños/as				
69	Habla acerca de muerte o suicidio				
70	No se siente a gusto consigo mismo/a (dice que es un				

	niño/a malo/a)				
71	Tiene pocas energías o se cansa sin razón aparente	No (0)	No (0)	Sí (1)	Sí (1)
74	Ha experimentado algún cambio en su actividad normal. Hiperactivo/a, inactivo/a	No (0)	No (0)	Sí (1)	Sí (1)
75	Ha experimentado algún cambio en su habilidad de concentrarse y/o tomar decisiones	No (0)	No (0)	Sí (1)	Sí (1)
76	Se ha vuelto más sensible o llora más de lo usual	No (0)	No (0)	Sí (1)	Sí (1)
77	Ha experimentado algún hecho muy estresante (divorcio de los padres, muerte de un amigo o pariente, enfermedad grave, etc.)	No (0)	No (0)	Sí (1)	Sí (1)

	<b>CATEGORIA G: Comparando con otros niños/as de la misma edad</b>	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
78	Es excesivamente tímido/a con sus compañeros/as				
79	Es generalmente cálido/a y extrovertido/a con los miembros de la familia y otras personas conocidas adultas				
80	Cuando se encuentra en una situación social incómoda, el niño/a llora, se paraliza o se retira de la interacción				

	<b>CATEGORIA I: Comparando con otros niños/as de la misma edad</b>	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
87	Moja su ropa interior durante las horas del día				
88	Mancha su ropa interior durante las horas del día				

	<b>CATEGORIA J: Comparando con otros niños/as de la misma edad</b>	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
89	Ha experimentado un hecho muy desagradable y continua estando molesto/a por ello				
91	Habla o representa en juegos un hecho extremadamente desagradable				
92	Parece como si estuviera en un trance				

	<b>CATEGORIA M: Comparando con otros niños/as de la misma edad</b>	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
97	Tiene una forma peculiar de relacionarse con los demás (evita el contacto visual, hace gestos o tiene expresiones faciales raras)				
98	No juega o no se relaciona bien con los demás niños/as				
99	No está interesado/a en hacer amigos/as				
100	No es consciente o no muestra interés por los sentimientos de los demás				
101	Tiene un problema importante con el lenguaje				
102	Tiene dificultad para llevar una conversación socialmente apropiada				
103	Habla de forma rara (repite lo que los otros dicen, confunde palabras como "tu" o "yo", usa frases o palabras extrañas, etc.)				
104	Es incapaz de fingir cuando juega				
105	Muestra una excesiva preocupación por un tema				
106	Se disgusta cuando se producen pequeños cambios en su rutina o en su entorno				
107	Hace movimientos extraños y repetitivos (agita los brazos, etc.)				
108	Tiene una extraña fascinación por partes de objetos				

**INSTRUCCIONES:** Comparando con otros niños/as de la misma edad cronológica. Dónde ubicaría a este niño/a (SUPERIOR =1, POR ENCIMA DE LO NORMAL = 2, NORMAL = 3, POR DEBAJO DE LO NORMAL = 4, RETRASADO = 5)

	Superior	Por encima de lo normal	Normal	Por debajo de lo normal	Retrasado
<b>Lenguaje hablado</b>	1	2	3	4	5
<b>Comprensión del lenguaje</b>	1	2	3	4	5
<b>Articulación</b>	1	2	3	4	5
<b>Coordinación motora general</b>	1	2	3	4	5
<b>Coordinación motora fina</b>	1	2	3	4	5
<b>Habilidades de autoayuda</b>	1	2	3	4	5
<b>Fingir juegos</b>	1	2	3	4	5
<b>Habilidades de juegos con otros niños</b>	1	2	3	4	5

# **ANEXO 2: Tablas ocupación padres.**

En estas tablas podemos verificar la situación laboral de los padres de familia, la madre en esta población en su mayoría trabaja, solo 12 madres de 76 se dedican a quehaceres domésticos dentro de su hogar, las demás madres trabajan fuera.

### OCUPACIÓN PADRE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Chofer	3	3,9	3,9
Carpintero	5	6,6	6,6
Soldador	3	3,9	3,9
Albañil	11	14,5	14,5
Obrero en fabrica	15	19,7	19,7
Agente Vendedor	1	1,3	1,3
Empleado en Mecánica	2	2,6	2,6
Agricultor	2	2,6	2,6
Lacador	2	2,6	2,6
Panadero	2	2,6	2,6
Militar	2	2,6	2,6
Guardia	3	3,9	3,9
No especificado	24	31,6	31,6
Locutor de radio	1	1,3	1,3
Total	76	100,0	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

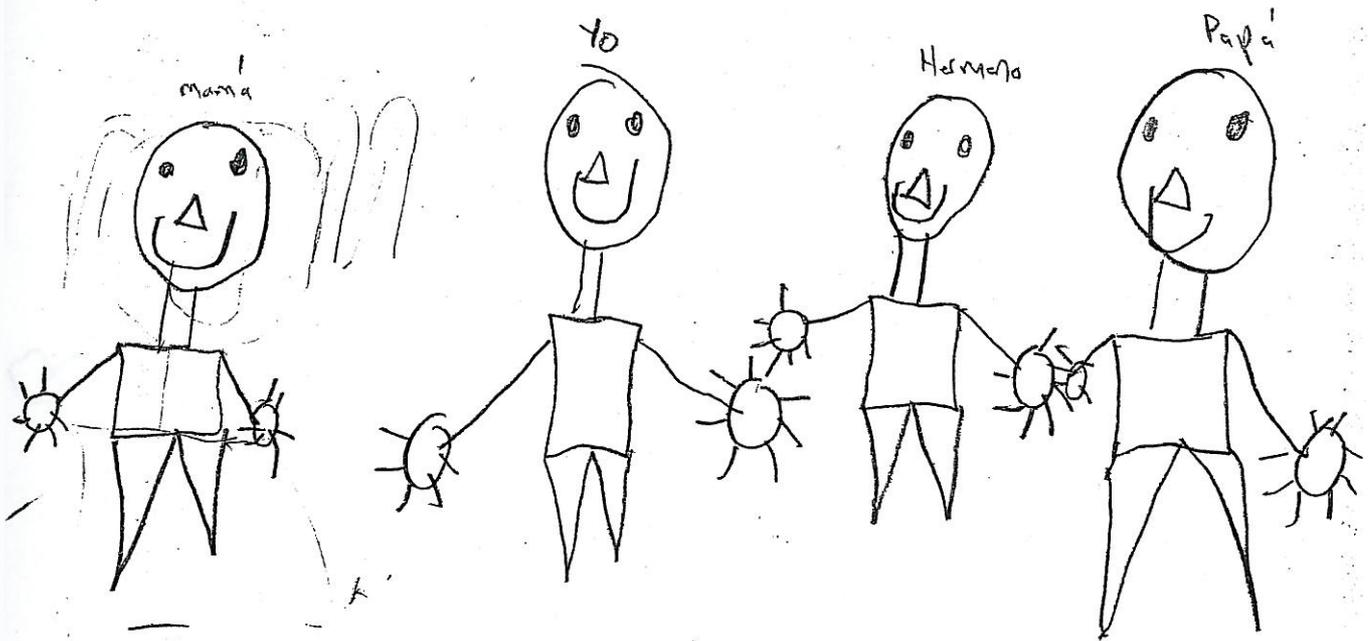
## OCUPACIÓN MADRE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Arregla casas	15	19,7	19,7
Empleada privada en empresa	12	15,8	15,8
Costurera	5	6,6	6,6
Vendedora ambulante	7	9,2	9,2
Conserje Centro Social	2	2,6	2,6
Ayudante de cocina	7	9,2	9,2
Agricultura	2	2,6	2,6
Maestra	3	3,9	3,9
Madre Comunitaria	9	11,8	11,8
Asistente	1	1,3	1,3
QQDD	12	15,8	15,8
No especificado	1	1,3	1,3
Total	76	100,0	100,0

*Fuente: Cordero Rodríguez, Sucozhañay Carabajo, (2012).*

**ANEXO 3: TEST  
DE LA FAMILIA.**

Figura 1.



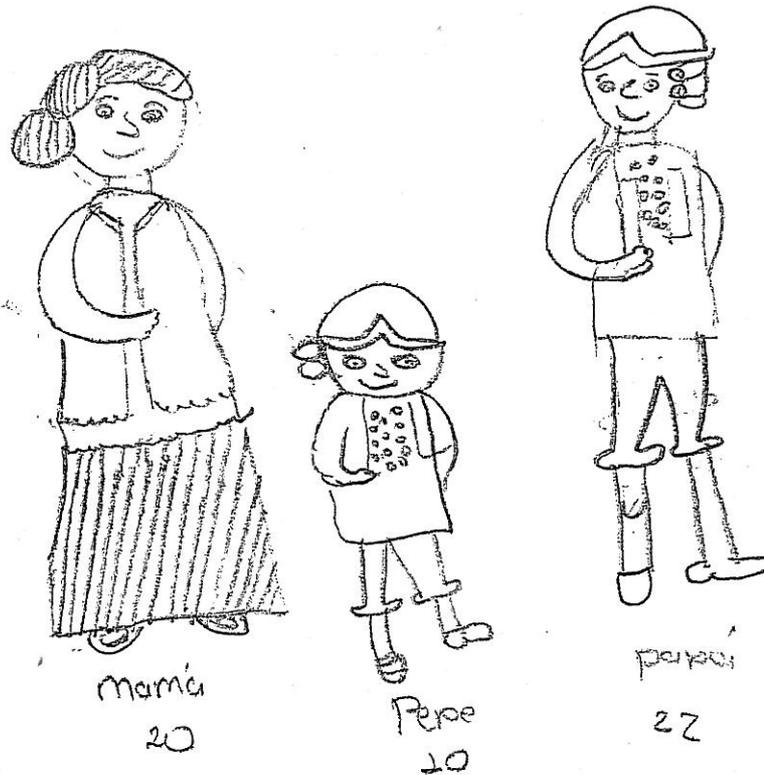
Niño de 7 años, sexo masculino, en el dibujo se observa características del apego inseguro evitativo, como figuras de palitos, pérdida de individualismo, familia flotando en el aire, cabezas exageradas.

Figura 2.



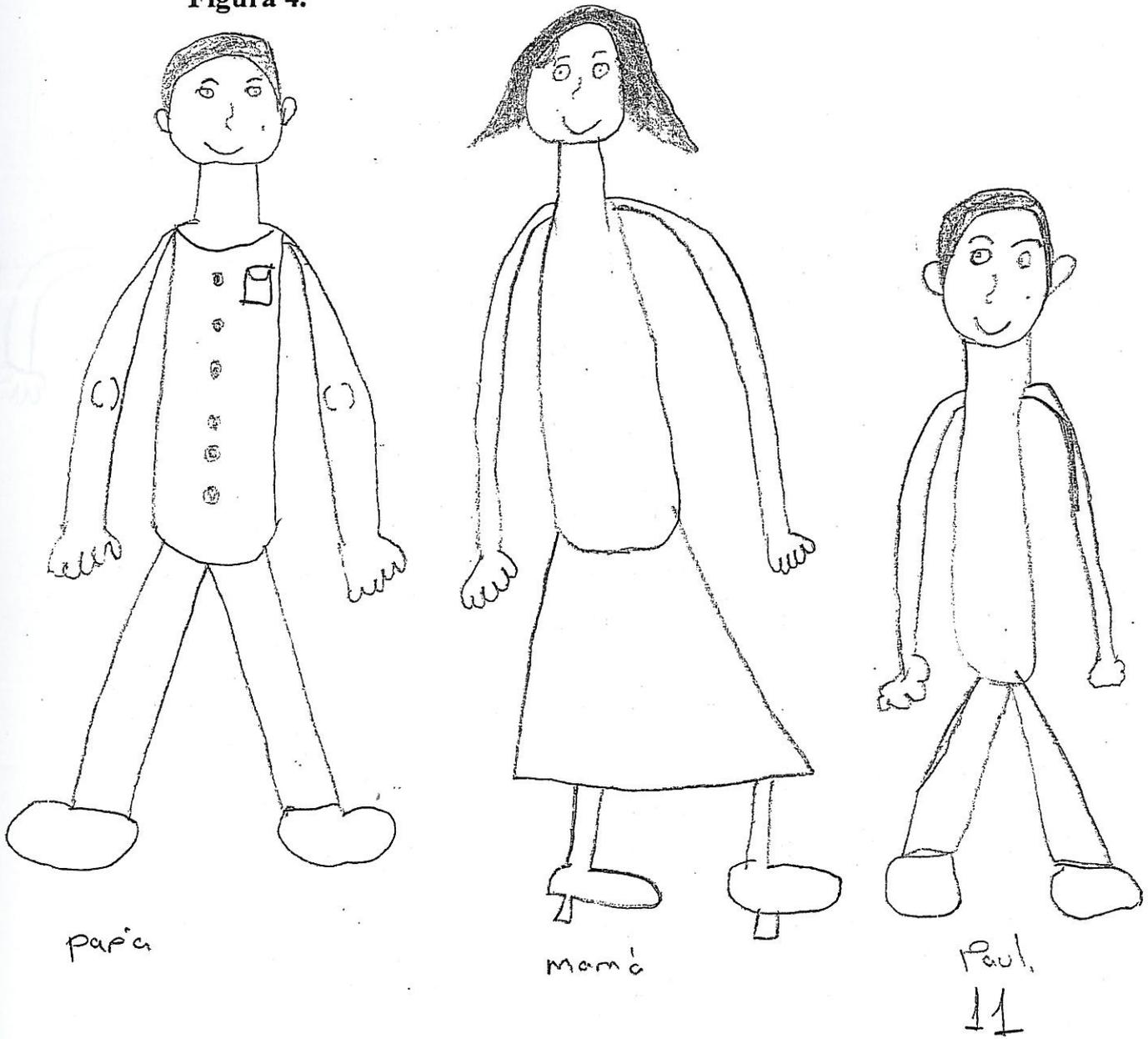
Niña de 8 años, su dibujo representa ítems del apego inseguro evitativo, mostrando sonrisas forzadas, distancias grandes con la madre, se observa rigidez y tensión.

**Figura 3.**



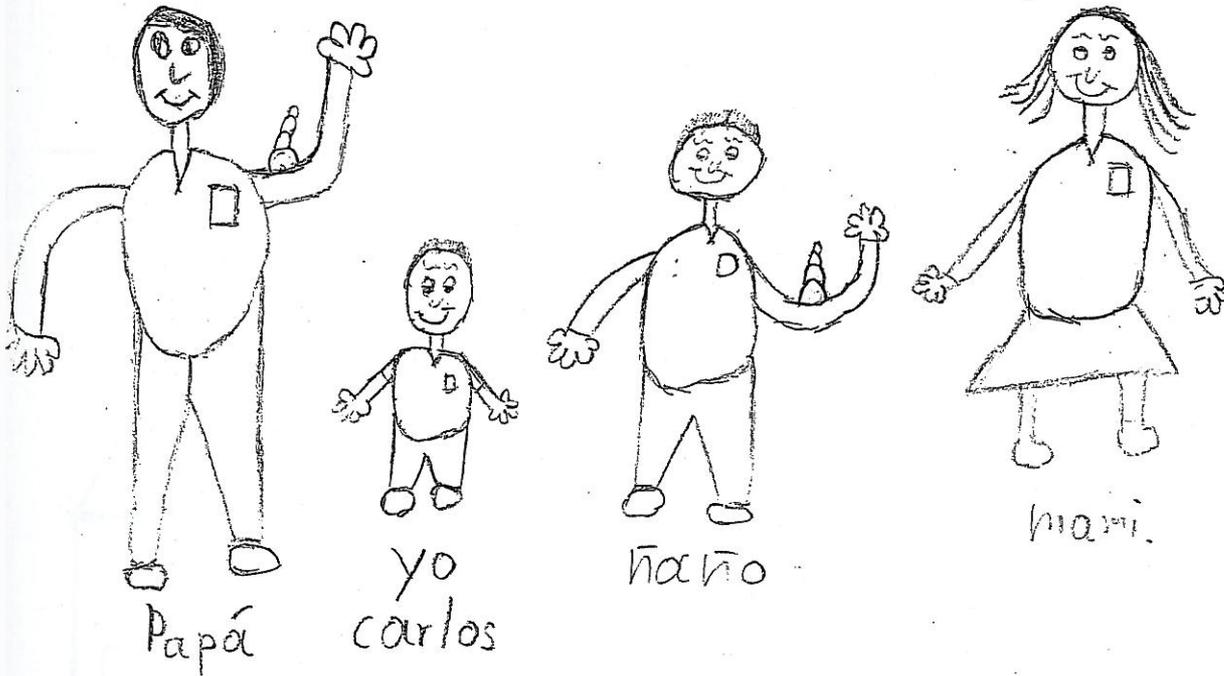
Niño de 10 años, se observa en su dibujo características de apego inseguro evitativo en donde la familia flota en el aire, miembros de la familia disfrazados, brazos pegados al cuerpo, escondidos.

Figura 4.



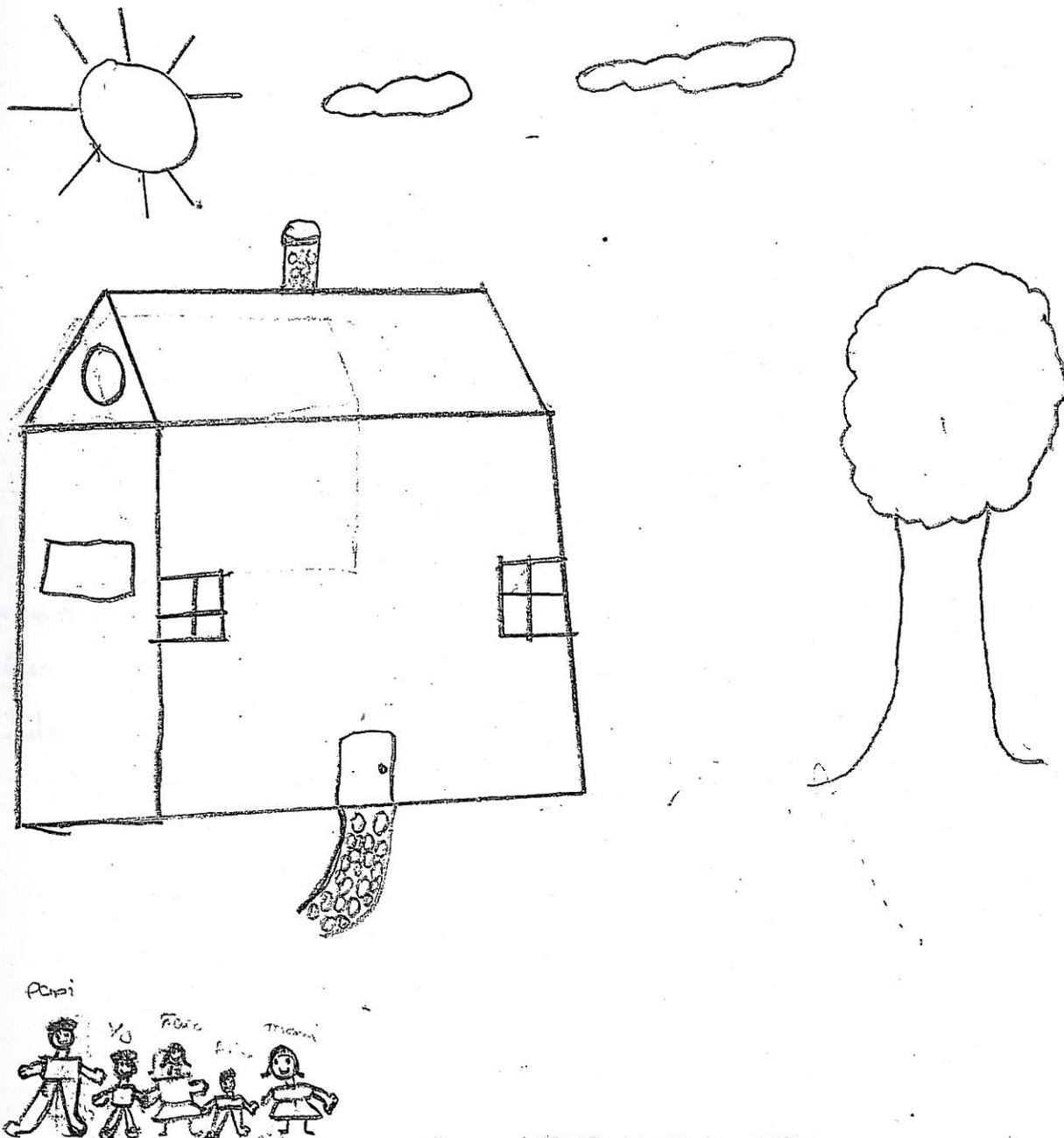
Niño de 8 años, al que su dibujo clasifico en el apego inseguro ambivalente por las características presentadas como: barrigas grandes y largas, exageración de tamaño, sonrisas ansiosas, brazos y manos exagerados.

Figura 5.



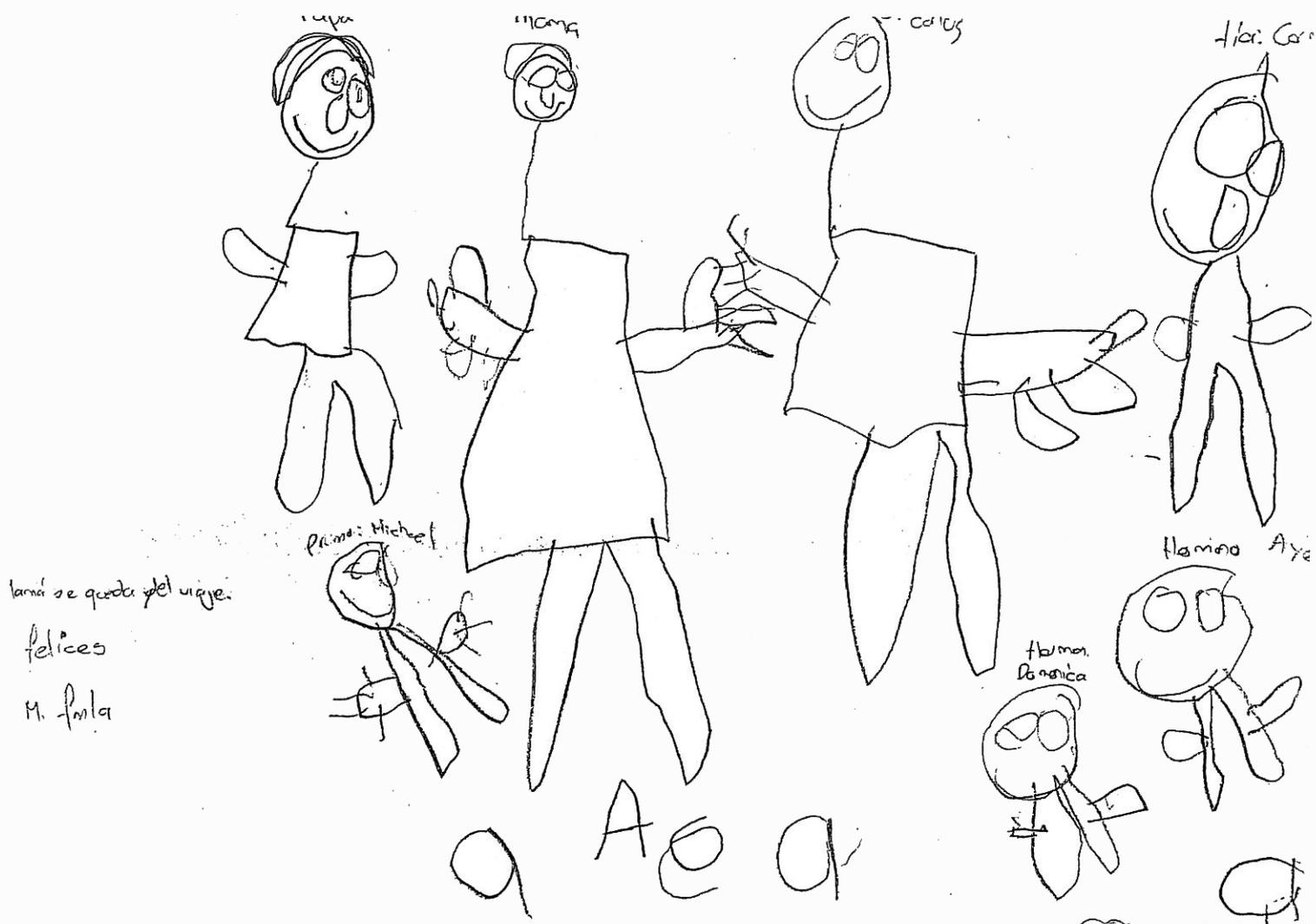
Niño de 8 años, quien se caracteriza en el apego inseguro ambivalente por su dibujo de la familia en donde muestra barrigas grandes, impresión de vulnerabilidad, refleja inseguridad, agresividad abierta, brazos exagerados.

Figura 6.



Niño de 7 años, en donde su dibujo refleja un apego inseguro ambivalente, por las siguientes características: familia extremadamente pequeño, proximidad entre figuras, son figuras pequeñas inusuales.

Figura 7.



Niño de 6 años, clasificado en el apego desorganizado, en donde se observa marcas extrañas e inexplicables, figuras reiniciadas, irracional, desorganizado, las figuras no son terminadas, desproporción, figuras aplastadas.

**ANEXO 4:**

**FOTOGRAFÍAS**

FOTO N° 11



Instalaciones del Centro infantil Herman Gmeiner

FOTO N° 12



Aplicación de test ECI a cuidadoras

FOTO N° 13



Aplicación test de la familia

FOTO N° 14



Aplicación test de la familia

FOTO N° 15



Aplicación test de la familia

FOTO N° 16



Aplicación test de la familia

## TALLERES CUIDADORAS

FOTO N° 17



Realizando dinámica de bienvenida e integración.

FOTO N° 18



Trabajo en grupos.

FOTO N° 19



Dramatización.

## TALLERES PADRES

FOTO N° 20



Explicación de diapositivas.

FOTO N° 21



Explicación de diapositivas.

FOTO N° 22



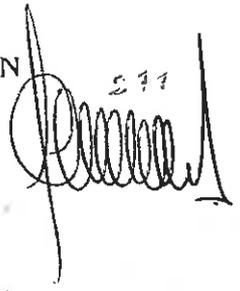
Recomendaciones a padres y se contesta preguntas.

FOTO N° 23



Recomendaciones a padres y se contesta preguntas.

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
 INFORME ACADÉMICO DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

277  


JUNTA ACADÉMICA DE: Psicología Clínica  
 PROFESORES QUE INFORMAN: ††† Alberto Astudillo

Dr. Juan Aguilera  
††† Ana Lucía Pacurcu

ALUMNOS/AS: ††† 38367 Lorena Cordero y Karina Sucozhañay 37453

TÍTULO ACADÉMICO AL QUE ASPIRAN: Psicólogas clínicas

TEMA: Detección de los trastornos psicológicos infantiles más frecuentes en niños y niñas de 3 a 11 años que asisten al CDI Herman Guémez

†††: 17307

Una vez realizado el estudio del diseño. Se procede a la aprobación correspondiente por los siguientes motivos académicos:

	SÍ	NO	Reformular
1, ¿El tema propuesto es factible de realización?	X		

2, Esquema metodológico: (correlación del tema con los objetivos y marco teórico).	SÍ	NO	Reformular
¿Hay correlación de la metodología con el tema?	X		
¿Existe correlación de la metodología con los objetivos?	X		
¿Hay correlación del tema con los objetivos?	X		
¿Se nota la correlación del tema con el marco teórico?	X		
¿Se advierte la correlación de los objetivos con el marco teórico?	X		

	SÍ	NO	reformular
3, ¿La formulación de los objetivos es adecuada?	X		

4, Las técnicas que se utilizarán para el desarrollo de la investigación son:
1. <u>Cuestionario de Conducta Infantil (ECI)</u>
2. <u>Test de la Familia</u>
3. <u>Entrevista Clínica</u>
4.
5.

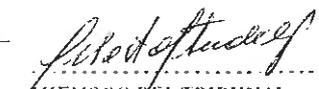
	SÍ	NO	reformular
5, ¿Las referencias bibliográficas son suficientes y adecuadas al tema?	X		

	APROBADO	REPROBADO	APROB. CON MODIFICAC.
6. APRECIACIÓN FINAL:	✓		

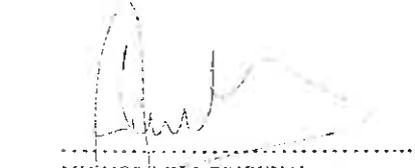
Cuenca, 20 de Abril de 2011



DIRECTORA  
 (Dra. Ana Pacurcu)



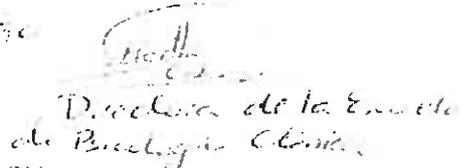
MIEMBRO DEL TRIBUNAL  
 (Mst. Alberto Astudillo)



MIEMBRO DEL TRIBUNAL  
 (Dr. Juan Aguilera)

Cuenca, 2 de mayo del 2011

La Junta Académica pone a consideración del Consejo de Facultad el presente informe

  
 Director de la Escuela de Psicología Clínica

Después aprobado el 11 mayo 2011

# UNIVERSIDAD DEL AZUAY

## FACULTAD DE FILOSOFÍA

### ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Detección de los Trastornos Psicológicos infantiles más frecuentes en niños  
y niñas de 3 a 11 años que asisten al CDI Herman Gmeiner

Bosquejo previo al trabajo de graduación para la obtención del título de  
Licenciadas en Psicología Clínica.

**Autorés:** Lorena Córdero

Karina Sucozhañay

**Directora:** Ps. Cl. Ana Lucía Pacurucu

**Cuenca- Ecuador**

**2010**

**1. TEMA: Detección de los Trastornos Psicológicos infantiles más frecuentes en niños y niñas de 3 a 11 años que asisten al CDI Herman Gmeiner.**

## **2. SELECCIÓN Y DELIMITACIÓN DEL TEMA**

El contenido de la presente tesis se enmarca dentro de las áreas de: “Psicopatología Infantil”, “Psicología del desarrollo” y “Familia”.

Emprender la formación de proyectos de promoción y prevención de la salud mental es indispensable en nuestro medio. Para que la prevención sea eficaz y rentable es necesario planificar las acciones y los recursos que se van a utilizar y establecer prioridades, la prevención comienza en la infancia y en la familia en una población infantil sana y mediante un equipo interdisciplinario en el que se incluya al psicólogo en los primeros niveles de asistencia. La manera de influir en la familia es ayudándola a conocer el desarrollo evolutivo, informando y orientando sobre procesos y acciones que influyen negativamente en la estructura mental de los niños y ofreciéndoles la posibilidad de un seguimiento psicológico que permita vigilar el desarrollo evolutivo de los hijos.

Algunos son los factores de riesgo que pueden poner en conflicto la seguridad e integridad mental y física de los niños y niñas tales como nivel socioeconómico, la estructura familiar, el tipo de apego, factores biológicos, etc.

Los casos tomados para realizar la presente tesis se encuentran en el Centro de desarrollo infantil Herman Gmeiner; ubicado en Ricaurte sector el tablón interior de Aldeas Infantiles SOS. (Cuenca – Ecuador).

El tiempo de referencia para la recolección de la información es de Abril del 2011 a Julio del 2011.

### **3. PROBLEMA**

#### **3.1 Planteamiento del Problema**

La atención en la infancia tiene como objetivo promover la salud mental, prevenir e intervenir precozmente en alteraciones o trastornos en el desarrollo del niño, para esto es necesario tener en cuenta las necesidades físicas y psicológicas de la infancia y considerar al niño o niña como un ser biopsicosocial lo cual puede ayudar a la aceptación de la salud mental infantil y por lo tanto a crear los servicios necesarios para promoverla y atenderla.

Parece ser que cada año aumenta sustancialmente el número de trastornos infantiles en nuestro medio, sin que esta problemática trascienda más allá de un mero dato estadístico; no existe un adecuado interés por desarrollar programas de prevención, adicionar recursos humanos capaces de encargarse de el área psicológica en este tipo de centros, además que existe un pobre interés por parte del núcleo familiar que debe ser intervenido a la par con la terapia del niño.

La carencia principal que existe en este grupo de niños y niñas es la falta de apoyo psicológico para prevenir, diagnosticar y tratar sus problemas, y por lo tanto nuestro objetivo es proveer las herramientas necesarias para tratar a los niños que presentan algún tipo de trastorno o síntomas que merezcan atención.

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo General**

- Detectar cuál es el trastorno infantil más frecuente en el CDI Herman Gmeiner en niños y niñas de 3 a 11 años.

#### **4.2 Objetivos Específicos**

4.2.1 Conocer los principales trastornos o síntomas que presentan los niños y niñas del CDI a través del ECI (Early Childhood Inventory).

4.2.2 Realizar la Historia Clínica que resulten más significativos e intentar identificar los posibles factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del problema psicológico.

4.2.3 Aplicar el test de la familia para detectar el tipo de apego que posee el niño.

4.2.4 Elaborar un plan de prevención de los trastornos psicológicos infantiles.

## 5. JUSTIFICACIÓN

Los motivos por los cuales se realiza la presente tesis son establecer un diagnóstico y ejecutar un plan terapéutico en los niños y niñas del CDI.

Desde el punto de vista teórico se va a realizar un estudio de los factores de riesgo que pueden ocasionar el inicio de trastornos en la infancia tales como: pobreza, tipos de familias, clases de apego, factores biológicos, otros; ya que estos aspectos permitirán comprender el presente trabajo y a través de los cuales realizaremos la propuesta de tratamiento adecuada.

Consideramos que los niños y niñas son los principales afectados de los conflictos familiares dando así manifestaciones psicológicas desequilibradas. Además al conocer los factores de riesgo se puede dar promoción y prevención de la salud mental de estos niños, así como evitar el desarrollo de problemas mentales, también nos interesa dejar plantando el inicio de lo que podría ser un enfoque psicológico completo a estos niños necesitados de ayuda profesional al igual que a sus familias.

El presente trabajo es operativo porque contamos con la colaboración y el permiso de la Institución, contamos con la ayuda humana necesaria para realizarlo en cuanto a personas que nos asesoren como profesores, autoridades, familiares, y un adecuado grupo de trabajo.

Este trabajo tendrá un impacto institucional y humano. Ya que la institución como los niños, niñas y sus familias se beneficiaran del mismo.

## **6. MARCO DE REFERENCIA**

### **6.1 Marco Teórico**

Según el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM IV) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (*American Psychiatric Association*, o APA) no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto “trastorno mental” un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. No existe alguna distinción clara entre trastornos infantiles y adultos, por lo general estos sujetos se presentan en la asistencia clínica durante la infancia o adolescencia a veces no se diagnostican hasta la edad adulta.

Toro, Yopez (2004) exponen que los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes no son raros, pero habitualmente no se detectan y no se tratan. Estudios epidemiológicos sugieren que un 20% de niños presenta algún trastorno mental, al menos con compromiso funcional leve, que el 10-13% de niños y adolescentes reúnen criterios para enfermedad mental severa en algún momento y del 5-9% sufren trastorno emocional y compromiso funcional severos.

Acerca de la detección precoz de los trastornos psicopatológicos de la infancia es cada vez más frecuente que se deriven muchos niños por patología emocional inespecífica que muchas de ellas son solo situaciones que sin ser patología psiquiátrica merecen atención o tratamiento.

En Psiquiatría se denominaría Detección precoz a toda acción cuyos resultados llevan al descubrimiento de un cuadro psicopatológico en sus primeros estadios o justo antes de sus inicios.

Las intervenciones de salud mental permiten superar más fácilmente el estigma de la enfermedad Psiquiátrica a la vez que disminuyen las barreras para intervenciones posteriores, de todas formas las intervenciones de salud mental son inevitable ya que cualquier respuesta dentro del marco de una consulta médica tiene un significado psicodinámico, cognitivo, conductual y emocional.

El concepto de riesgo en salud se define como la probabilidad estadística de que aparezca la enfermedad o trastorno en aquella población o individuos expuestos a características o factores que entendemos o conocemos que producen consecuencias negativas en la salud. Los factores de riesgo son las condiciones o características que pueden desestabilizar el desarrollo o desencadenar patologías. Algunos son los factores de riesgo que pueden poner en peligro la seguridad e integridad mental y física de los niños y niñas, además que pueden influir para determinar la aparición o no de signos y síntomas de trastornos mentales a temprana edad estos pueden ser factores biológicos y psicosociales como pobreza, el tipo de conformación familiar del que es parte el menor, el tipo de apego que el niño o niña mantiene, son agentes determinantes en la manifestación de trastornos infantiles.

Las actividades preventivas actuarían sobre los factores de riesgo predisponentes, desencadenantes y mantenedores que se basan en la hipótesis de que antes de la aparición de una enfermedad aparecerá una serie de signos de alarma que nos ayudaría a la realización de una detección precoz.

Muchas son las causas que han llevado a aumentar la incidencia de muchas enfermedades, pero cinco en particular han llegado a tener cifras epidémicas; asma, alergías, TDAH, obesidad y autismo.

De acuerdo con datos recopilados por el Dr. Keneth Bock, las cifras de estos padecimientos son exageradas, en las dos últimas décadas ha aumentado el asma un 300%, un 400% el TDAH y las alergias y el autismo un 1500%. La correlación entre estos padecimientos entre si es alta también, niños del espectro autista tienen datos que semejan TDAH, alergias y asma también. Por otro lado la presencia de asma y alergias en consanguíneos como la madre por ejemplo aumenta el doble el riesgo de autismo. Los pacientes asmáticos tienen mayor incidencia de padecer TDAH. Y finalmente más del 70% de los pacientes pediátricos con asma padecen reflujo gastroesofágico que es un síntoma de sensibilidades o alergias a alimentos. Un síntoma de sensibilidad a alimentos.

- Asma, alergias y trastornos gastrointestinales son las 3 enfermedades más comunes en el Espectro Autista.

- El 90% de los chicos con asma tienen también sensibilidades o alergias

Un nuevo estudio publicado el 5 de octubre de 2009 en la revista médica *Pediatrics*, de la Academia Americana de Pediatría, detectó que el índice de prevalencia de autismo, informado por los padres, era de 1 por cada 91 niños estadounidenses, incluyendo a 1 de 58 varones. En algunas zonas a aumentado en un 600% la cantidad de niños autistas en los últimos 10 años.

## 7. CAPITULOS

**Tema:** Trastornos infantiles en niños y niñas de riesgo de 3 a 11 años en CDI Herman Gmeiner.

### Introducción

#### **Capítulo 1: Infancia**

##### 1.1. Desarrollo normal del niño

##### 1.2. Trastornos Infantiles

##### 1.2.1. Concepto de trastorno mental infantil

1.2.2. Etiología

1.2.3. Clasificación de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la Adolescencia.

**Capítulo 2: Factores de Riesgo**

2.1. Factores de riesgo y factores de protección

2.2. Nivel Socioeconómico

2.3. Tipos de familias

2.4. Clase de apego

2.5 Factores Biológicos

**Capítulo 3: Prevención**

3.1. La prevención en la infancia

3.2. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia

3.3. Consideraciones generales

3.4. Intervenciones Psicológicas

**Capítulo 4: Resultados**

4.1. Diseño del estudio

4.2. Lugar de estudio.

4.3. Población y muestra

4.4. Metodología e Instrumentos

4.5. Presentación de datos

4.6. Análisis cualitativo y cuantitativo de los datos

4.7 Conclusiones

## Capítulo 5: Programa de Prevención

### 8. METODOLOGÍA

#### 8.1 Métodos

El método del presente trabajo de graduación será deductivo por cuanto tenemos una teoría básica que servirá para la resolución de este problema. La forma será cronológica regresiva, porque se estudiarán las consecuencias (trastornos infantiles en los niños) que presentan los niños y cómo la combinación de varios factores de riesgo han ocasionado esta situación.

##### 8.1.1 Instrumentos

*Early Childhood Inventory (ECI)* Es un cuestionario que se basa en los criterios por la Asociación Americana de Psiquiatría y que están publicados en el Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM) para la valoración de los síntomas de los niños de 3 a 12 años.

Este instrumento se utilizó para facilitar la recolección de información de padres y maestros en poblaciones clínicas sobre los síntomas emocionales y conductuales que aparecen en la temprana infancia. Este cuestionario consta de 108 ítems distribuidos en dos versiones, una para padres y otra para maestros.

*Test del Dibujo de la Familia:* Es un instrumento que se ha utilizado desde mediados de siglo. Cada uno de los autores que lo utilizaron elaboraron una manera diferente de interpretar este dibujo. El dibujo de la Familia, fue aplicado según las pautas propuestas por Corman (1967). Para la calificación del dibujo se elaboró una lista de ítems propia basándose en los ítems utilizados en investigaciones anteriores y manteniendo la distribución por categorías de apego propuestas por Kaplan y Main (1986) Lara y col. (1994) y Fury y col. (1997)

## 8.2 Procedimiento

El procedimiento para el desarrollo de la siguiente tesis será analítico sintético, en la parte analítica pretendemos estudiar por separado la existencia o presencia de trastornos en cada uno de los alumnos, además se explicará la influencia del nivel socioeconómico, la estructura familiar, el tipo de apego y los factores biológicos, así como la importancia de realizar un plan de prevención para este problema.

En una primera etapa se aplicara el ECI (*Early Childhood Inventory*) versión maestros y padres de los 110 niños del CDI.

En la segunda etapa se aplicará el test de la familia para detectar el tipo de apego en todos los niños. En base a los resultados obtenidos, Se realizará la Historia Clínica a los casos más significativos y se recopilaran los factores de riesgo que pueden intervenir en la formación de los trastornos.

Finalmente la última etapa será la elaboración de un plan de prevención que sirva al centro para trabajar con los padres y la comunidad.

## 8.4 Universo y Muestra

Nuestro universo corresponde a los 110 niños del CDI Herman Gmeiner ubicado en Ricaurte

La muestra estará compuesta por aquellos niños que luego de aplicación de Early Childhood Inventory y el test de la Familia, presenten síntomas de trastorno infantil o cumplan con los criterios para el diagnóstico de trastorno Infantil.

## 9. RECURSOS

### 9.1 Talento Humano

### 9.1.1 Responsables

Las responsables de la realización de la siguiente tesis son: Lorena Cordero y Karina Sucozhañay.

### 9.1.2 Asesoría

El profesor que será el asesor del siguiente trabajo de graduación es la Psicóloga Clínica Infantil Ana Lucia Pacurucu.

### 9.1.3 De intervención

Pretendemos trabajar con los niños y niñas de 3 a 11 años que se encuentran registrados en el CDI Herman Gmeincr.

## 9.2 Recursos Técnicos

Dentro de lo que se utilizara para la realización de la tesis estarán los siguientes recursos:

- Cuestionario de datos personales: Para recabar la información necesaria sobre los sujetos.
- Cuestionario ECI (*Early Childhood Inventory*)
- Test proyectivo Familia
- Power Point
- Microsoft Word
- Cámara digital, Cámara de video

### 9.3 Recursos Financieros

N.0	DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	JUSTIFICACION
1	Material de escritorio	-	-	\$ 10,00	Necesarios para la aplicación de las escalas
2	Hojas de Papel	500	-	\$ 5,00	Redacción de capítulos, escalas
3	Carpetas			\$ 5,00	
4	Cd	3	\$ 0,90	\$ 2,70	Presentación de trabajo a la junta académica
5	Copias		\$ 0,02	\$ 10,00	Escalas Libros
6	Texto			\$ 20,00	Realización del marco teórico
7	Movilización		\$ 0,25	\$ 20,00	Ir a la institución, a la universidad, para reunirnos.
8	Subsistencias		\$ 2	\$ 10,00	Comer fuera
9	Encuadernar la tesis	5		\$ 200,00	3 para la junta académica y la universidad y 2 para nosotras
10	Derechos de graduación			\$	Necesarios para poder graduarnos
11	Internet		\$ 2	\$ 10,00	Investigación
12	Cámara digital			\$ 200	Toma de fotos

13	Rubro de imprevistos			\$ 20,00	En caso de presentarse cualquier tipo de gasto no considerado con anticipación
TOTAL				\$ 512,70	

## 10. BIBLIOGRAFIA

AXLINE, V, M *Terapia de Juego*, Edit. Diana, México, 1975.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS ESTADOS Unidos (*American Psychiatric Association*, o APA) DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson. 1997.

BARUDY, J. *El dolor invisible de la infancia*, Edit. Paidós Ibérica, Barcelona, 1998.

BOEREE, C. G. "Teorías de la Personalidad". <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/cvasquez/rogers.htm>. 1998

BOWLBY, J. *El Vínculo Afectivo*, Edit. Paidós Ibérica, S.A. Madrid.

BRADSHAW, J. *Nuestro Niño Interior*, Edit. Emecé, Argentina, 1999.

CEPAL, UNICEF *Desafíos*, (*boletín cuatrimestral*), Número 1, septiembre de 2005, Número 10, mayo de 2010.

CLONINGER, S. **Teorías de la personalidad**, Edit. Pearson Educación, México, 2003

COMPAS, B E. GOTLIB, I, H. **Introducción a la psicología clínica**, Edit. McGraw Hill, México, 2003.

FERNANDEZ, MOYA, J. **En Busca de resultados**, Edit. De la Universidad del Aconcagua, 2da Edición, Argentina, 2006

GUTIERRES CASERES, J, PEREZ RODRIGUEZ, A.  
<http://www.svnp.es/Documen/psicopat.pdf>

HERNÁNDEZ COVARRUBIAS, J. [www.linca.org/LINCA-bolletin/ENERO-2009.pdf](http://www.linca.org/LINCA-bolletin/ENERO-2009.pdf).

MARRONE, M **La teoría del Apego**, Edit. Psimática, Madrid, España, 2001.

MEECE, Judith **Desarrollo del Niño y del Adolescente para Educadores**, Edit. McGraw Hill, México, 2000.

NATANSON, J. **Aprender jugando**, Edit. Paidós Ibérica, Buenos Aires, 2000.

OCEANO, Grupo Editorial. **Diccionario. Diccionario Enciclopédico ilustrado Océano Uno**. Edit. Barcelona España 2004.

PACURUCU, A. **“Estudio del apego a través de la clasificación del dibujo de la familia en niños preescolares de 5 y 6 años de edad”**, Tesis para la obtención del Master en Psicopatología Infanto Juvenil. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 2000.

INSTITUTO DE PEDIATRÍA  
ESTADÍSTICA

PAPALIA, D.; WENDKOS, E; OLD, S. **Serie Psicología del Desarrollo Humano, Los primeros años de vida.** Edit. McGraw Hill, Bogotá, 1999.

PARMELEE, D. **Psiquiatría del niño y el adolescente,** Edit. Harcourt Brace, España, 1998.

PEDIATRICS Revista médica, ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA  
<http://llamadoalaconciencia.wordpress.com/2010/02/25/curando-el-autismo-la-nueva-epidemia-del-siglo-xxi/>

TORO, J; GREIFFENSTIN, R **Fundamentos de medicina. Psiquiatría,** Edit. CIB: Corporación para investigaciones biológicas, 4ª Edición, 2004.

