



Universidad del Azuay
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Escuela de Psicología Clínica.

“Aplicación del programa de entrenamiento a padres de niños desafiantes desarrollado por RusellBarkley a 15 niños de la Escuela La Asunción de la ciudad de Cuenca”

Trabajo de Graduación previo a la
Obtención del Título de “Psicólogo Clínico”.

Directora:

Dra. Ana Lucia Pacurucu Pacurucu.

Período de Tesis:

Año 2012

Autores:

Ana Isabel Fernández De Córdova.

Walter Xavier Zea Alvear.

Cuenca - Ecuador

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado en primer lugar a Dios por la bendición brindada a lo largo de mi vida, la sabiduría y las ganas de seguir luchando.

A mis padres por el apoyo incondicional, el amor, y la oportunidad de recibir una educación excelente depositando toda su confianza en mí.

A mi hermana y a mi familia que estuvo presente durante mi vida guiándome y ayudándome en los obstáculos que se me presentan.

Xavier Zea

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios, el único ser que siempre está conmigo.

La Universidad del Azuay por darme la oportunidad de ser mejor.

A la escuela “la Asunción” y la “Inmaculada” por creer en nuestro trabajo y depositar su confianza en nosotros.

A los 15 niños y a sus padres que confiaron en nuestros conocimientos.

A nuestra directora de tesis la Doctora Ana Lucia Pacurucu Pacurucu quien con su sabiduría nos guió para que la investigación logre sus frutos de manera positiva.

A mis compañeros de Psicología Clínica, por el apoyo y por qué son los únicos que entienden el arduo trabajo y la satisfacción de obtener un buen resultado durante el proceso de tesis.

A mi amiga y compañera de tesis Ana Isabel Fernández De Córdova, por que juntos pudimos lograr el objetivo alcanzado.

Xavier Zea

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis está dedicado en primer lugar a Jesús que ha estado protegiéndome e iluminándome en cada instante de mi vida.

A mis Papis Fernando y Ana Lucía que me dieron la oportunidad de recibir una educación de gran nivel y me han apoyado en todas las decisiones que he tomado, depositaron su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

A mi segunda Mamá, Mati por amarme, mimarme y malcriarme. Por siempre estar pendiente de los avances de este trabajo y por nunca perder la Fe en mí.

A mi Hermano Juan Fernando, a mis sobrinos, a mi Abuela, tíos y primos que estuvieron presentes en la elaboración de este programa dándome apoyo.

Y a mis amigas que siempre han estado y sé que estarán para mí.

Ana Isabel Fernández De Córdova P.

AGRADECIMIENTOS

Primero quiero agradecer a mi Dios por haberme guiado y dado la oportunidad de sentir la extrema satisfacción de cumplir uno de mis más grandes sueños.

A mis papitos queridos por haberme dado la vida y por haber hecho hasta lo imposible para yo reciba siempre lo mejor, por haberme dado no solo el apoyo económico para lograr esta meta sino todo su amor y confianza.

A mi Mami Mati, a mi Hermano Juanfer, a mis primos que son prácticamente mis Hermanos Isabel y Pablo José por su apoyo y momentos de risa a pesar de las preocupaciones.

A mis primos quienes además de ser de mi misma sangre son mis amigos verdaderos y en general a toda mi inmensa y hermosa familia: Tíos, Primos y sobrinos por ser parte fundamental en mi vida.

A mis amigas: Gaby, Cris, Maya, Analiz, Anita, Lore, Ani, Anamari, Salome, Dani, que casi todas sabemos lo difícil que es la realización de la tesis, les agradezco el apoyo y sobre todo su amistad que se es incondicional.

Agradezco a las escuelas: “LA ASUNCIÓN” y “LA INMACULADA” por abrirnos sus puertas y permitirnos realizar el trabajo de tesis y a cada uno de los 15 niños y sus Padres que fueron parte de la aplicación del programa, por haber confiado en nosotros y por cumplir las tareas en terapia y fuera de ella.

De una manera muy especial quiero agradecer a la Universidad del Azuay, a mis profesores y a mi Directora de Tesis la Doctora Ana Lucía Pacurucu.

A mis compañeros de curso que son unas personas maravillosas y a mi gran amigo y compañero de tesis Xavi le agradezco por haber sido parte de este sueño y porque con nuestro mejor esfuerzo logramos lo que nos propusimos.

Ana Isabel Fernández de Córdova P.

Índice de contenido

Dedicatoria de Xavier Zea.....	ii
Agradecimiento de Xavier Zea.....	iii
Dedicatoria de Ana Isabel Fernández de Córdoba.....	iv
Agradecimiento de Ana Isabel Fernández de Córdoba.....	v
Índice de contenido	vi
Índice de figuras.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	1

CAPITULO I.

1.1.- Características normales de los niños de 5 a 12 años de edad.....	3
1.2.- Psicopatología Infantil.....	11
1.2.1.- Introducción.....	11
1.2.2.- Concepto.....	11
1.3.- Psicopatología evolutiva o del desarrollo.....	12
1.4.- Importancia del diagnóstico temprano.....	12
1.5.- Los principales trastornos de aparición en niños de 2 -12 años.....	13
1.6.- Trastorno de Conducta.....	14
1.6.1.- Concepto.....	14
1.6.2.- Signos y síntomas.....	14
1.7.- Trastorno oposicionista desafiante.....	15
1.7.1.- Concepto.....	15
1.7.2.- Signos y síntomas.....	17
1.7.3.- Comorbilidad con otros trastornos.....	18
1.8.- Conclusiones.....	18

CAPITULO II.

2.1.- Programa de orientación a padres de niños desafiantes.....	19
2.1.1.- Importancia de trabajar con los padres.....	19
2.2.- Características conductuales y cognitivas de padres de niños desafiante.....	20
2.3.- Programa de orientación a padres de niños desafiantes.....	22
2.4.-conclusión.....	54

CAPITULO III.

3.1.- Instrumentos, proceso y diagnóstico de los casos.....	55
3.1.1.- Instrumentos.....	55
3.1.1.1. - ECI (Early Childhood Inventory).....	55
3.1.1.2.- Observación.....	58
3.1.1.3.- Test de la Familia.....	60
3.1.1.4.- Test de la persona bajo la lluvia.....	61
3.2.- Evaluación.....	62
3.3.- Tratamiento.....	64
3.4.- Conclusión.....	65

CAPITULO IV.

4.1.- Plan de evaluación, estudio de casos de niños atendidos.....	66
--	----

CAPITULO V.

5.1.- Resultados y conclusiones.....	132
5.2.- Recomendaciones.....	138
Bibliografía.....	139
Anexos.....	141

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Tabla 1: Asistencia.....	132
Grafico 1: Sexo.....	133
Tabla 2: Edad.....	134
Tabla 3: estado civil de los padres.....	134
Tabla 4: Con quien vive el paciente.....	135
Tabla 5: Quien cuida de los niños.....	135
Tabla 6: Puntaje de cambio.....	136

RESUMEN

La presente tesis aborda el tema del Trastorno Negativista Desafiante y problemas de conducta en niños y adolescentes, ya que estos problemas constituyen uno de los más frecuentes en la actualidad, obligando a padres y maestros a buscar soluciones para trabajar con estos niños. Se presenta el programa desarrollado por RusellBarkley para el entrenamiento y abordaje de estos problemas. Al mismo tiempo se describen 15 casos de niños con este trastorno, el proceso de diagnóstico, abordaje y los cambios observados. Los resultados muestran que el 80 % de los casos tuvieron una disminución importante del trastorno, hubo 3 casos en los que no se terminó el tratamiento debido a la deserción de los padres.

Palabras Clave: Trastorno Negativista, Desafiante, problemas de conducta, entrenamiento a padres y maestros.

ABSTRACT

The present thesis deals with Oppositional Defiant Disorder and behavior problems in children and adolescents given that nowadays these are some of the most frequent difficulties that lead parents and teachers to search for solutions to work with these children. The program developed by Russell Barkley was employed for approaching and training. At the same time, 15 cases of children with this type of disorder are described: the diagnosis, approach, and the changes occurred during the process. Results show that 80% of the cases showed important decrease of the disorder. Three participants could not finish the treatment due to the parent desertion.



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
OPTO. IDIOMAS



Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCIÓN.

Los trastornos de conducta en niños y adolescentes se han ido incrementando en las diferentes instituciones educativas, siendo esta una problemática que afecta no solo a nivel institucional sino también familiar.

Los denominados problemas de conducta se están convirtiendo en una fuente de preocupación para las familias, la escuela y la sociedad en general. Aparecen cuando los niños o adolescentes tienen que cumplir ciertas normas y someterse a un cierto grado de disciplina que les suponga no conseguir una satisfacción inmediata.(Díaz, Jordán, Vallejo y Comeche, 2006).

Los cambios sociales de valores y normas se producen actualmente a una velocidad vertiginosa. Están en alza el individualismo y la consecución del bienestar inmediato y permanente mientras que el esfuerzo y el trabajo a largo plazo están claramente a la baja. Como consecuencia, suele aparecer una escasa resistencia a la frustración que puede desencadenar conductas de descontrol en el ámbito familiar, escolar y social. Esta situación es uno de los factores que está generando un incremento constante de alumnado con problemas de conducta o emocionales que interfieren en su desarrollo educativo afectando de manera relevante al profesorado y a sus propios compañeros.

El trastorno de conducta tendría sus orígenes en conflictos familiares, maltrato infantil o juvenil, abuso, pobreza, alteraciones genéticas, consumo de drogas o alcohol en los progenitores. No existe una sola causa que desencadene esta problemática sino que es la interrelación de varias de ellas y de experiencias del contexto socio- cultural donde está inserto el individuo con dificultades.

Este trabajo trata sobre la importancia de aplicar el programa de entrenamiento a padres de niños desafiantes creado por Russell Barkley, el mismo que será empleado con padres e hijos, primero se hará la diferencia entre las características normales de los niños de 5 a 12 años y lo que significa la psicopatología infantil, el trastorno de conducta y el trastorno oposicionista desafiante, después se explicará en lo que consiste el programa de entrenamiento, la importancia de trabajar con los padres y las características conductuales y cognitivas de padres de niños desafiantes.

Se expresará la importancia de usar instrumentos para diagnosticar a niños que cumplan con el trastorno; al igual que, se expondrá los 15 casos clínicos que fueron tratados durante esta investigación y por último se expresarán los resultados y las conclusiones del trabajo y los cambios obtenidos a través de la ejecución del programa.

La presente investigación está dirigida a los padres de familia y profesionales que trabajan en el ámbito psicológico, en este trabajo se presentarán las técnicas y herramientas que permitirán mejorar las conductas inapropiadas y aumentar el conocimiento parental sobre las causas del comportamiento infantil inadecuado.

CAPITULO I

1.1.- CARACTERÍSTICAS NORMALES DE LOS NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD

Según varios autores como: Piaget 1926-1969, Sigmund Freud 1905, Wallon 1987, César Coll 1992, Clark 1953, Kohlberg 1984, Ausubel 1978, entre otros; a partir de los 5 años los niños tienen ciertas características; experimentando cambios mentales y físicos, fundamentales para el desarrollo del individuo, siendo los principales:

Desarrollo motriz:

El desarrollo motriz es aquel que se manifiesta de manera integral en el organismo, que está basado en el sistema nervioso, musculo-esquelético, etc.

Hay una construcción interna del esquema corporal casi acabado. Se ha logrado en varias etapas. Es el resultado de la delineación de los objetos con respecto a su propio cuerpo y la diferenciación del mundo que lo rodea.

El niño ha desarrollado la conciencia de su propio cuerpo y diferencia de modo más preciso sus funciones motrices, a través del movimiento, de sus desplazamientos

A los 9 años se ha definido su lateralidad, y usa permanente su mano o pie más hábil, y así puede establecer una adecuada relación con el mundo de los objetos y con el medio en general. Las nociones de derecha- izquierda comienzan a proyectarse con respecto a objetos y personas que se encuentran en el espacio.

Desde los 5 a los 7 años de edad en los niños la coordinación fina, está en proceso de completarse; ésta le posibilita el manejo más preciso de herramientas y elementos de mayor exactitud. Estas destrezas no sólo se adquieren con la maduración de la musculatura fina, sino también por el desarrollo de estructuras mentales que le permiten la integración y adecuación de los movimientos en el espacio y el control de la vista (coordinación visomotora). La realización de actividades manipulativas (trabajos manuales) es importante, pero en ellas deben presentarse obstáculos a vencer, la posibilidad de buscar medios, inventar instrumentos; es decir la oportunidad de descubrir, reflexionar, crear.

El niño de 5 años, enriqueció sus estructuras de espacio, tiempo, permanencia de los objetos a través de los movimientos finos y su acción con los objetos.

En la actividad motora confluyen tanto los aspectos intelectuales como los afectivos de su personalidad

Desarrollo Psico- sexual:

El niño de 5 años esa edad está abocado a la difícil tarea de conquistar su lugar dentro de la estructura familiar.

Manifiesta interés por averiguar los orígenes de su propia vida, de hermanos y padres (sobre "las panzas", "cómo entran los bebés", "cómo salen"); la diferencia entre los sexos, el significado de la muerte, elaborando "teorías infantiles".

A los 5 años descubre la diferencia de los sexos como criterio irreversible para discriminar entre varones y mujeres. Tienen a espiarse mutuamente hasta los 10, 11 años donde empieza la atracción hacia el otro sexo.

A medida que adquiere mayor autonomía y posibilidades de discriminación, va advirtiendo otros vínculos, en particular la relación que une a sus padres.

Se enamora de su pareja parental opuesta y rivaliza con el otro. Más tarde renunciará a ese amor y se identificará con su rival deseando ser como él en el futuro (5-6 años aproximadamente).

Este drama central en su vida, lo ayuda a construir el núcleo de su identidad sexual.

Afectivamente es celoso, siente amor y hostilidad, es inestable, demandante.

Al terminar el nivel inicial en su mayoría ha respondido estas cuestiones construyendo sus verdades a partir de sus averiguaciones, observaciones y deducciones.

Hacia los 6 años, coincidente con el comienzo de la etapa primaria, comienza, según Freud, el período de latencia, que se extiende hasta los 12 años. Período comprendido entre la declinación de la sexualidad infantil y el comienzo de la pubertad, y que representa una etapa de detención en la evolución de la sexualidad. Durante él se observa, desde este punto de vista, una disminución de las actividades sexuales, la desexualización de las relaciones de objeto y de los sentimientos (especialmente el predominio de la ternura sobre los deseos sexuales) y la aparición de sentimientos como el pudor y el asco y de aspiraciones morales y estéticas. Según la teoría psicoanalítica, el período de latencia tiene su origen en la declinación del complejo de Edipo; corresponde a una intensificación de la represión (que provoca una amnesia que abarca los primeros años), una transformación de las catexis de objetos en identificaciones con los padres y un desarrollo de las sublimaciones

Desarrollo social:

Busca ser reconocido más allá de su grupo familiar. El ligarse a diferentes contextos sociales le permite recortar su identidad.

El sujeto a los 5 años asiste a una crisis de personalidad: por un lado es solidario con su familia y por el otro, está ansioso de autonomía.

A partir de los 6 años se vuelve independiente, y ya no busca que su mamá esté permanentemente a su lado.

Quiere hacer valer sus derechos dentro del núcleo familiar, a veces lo intenta, y lo logra también en otros ámbitos.

Aprende a respetar derechos ajenos.

Durante las comidas se muestra muy sociable y hablador.

A los 7 años su introducción dentro de un grupo, su integración e interacción con otros pares, se encierran en una difícil búsqueda de inserción a partir de un rol.

Paulatinamente los grupos van cobrando mayor estabilidad; dentro de ellos, ya más estables, comienzan a perfilarse líderes (positivos y/o negativos). Estos líderes surgen por poseer alguna condición deseada que posea un compañero: habilidad especial para ciertos juegos, destrezas, temeridad. El liderazgo puede no ser estable, es frecuente su movilidad.

Puede anticipar sus hipótesis y ejercitarse en la toma de decisiones grupales.

Consigue integrarse en pequeños grupos de juego a partir de un proyecto común elaborando normas de juego propias.

Puede participar en la elaboración de normas grupales.

Se muestra protector con los compañeros de juego menores que él

A partir de los 7 años se diferencian los juegos de niñas y de varones, haciéndose muy marcada la diferenciación sexual de los roles. Juegan generalmente separados los varones de las mujeres.

Los roles que dramatiza son los que simbolizan el poderío, la fuerza, ídolos deportivos, en especial jugadores de fútbol. Los medios masivos de comunicación ejercen una gran influencia.

Empieza a darse cuenta de que sus compañeros de juego, a veces realizan trampas. Él comienza a hacerlas.

Acompaña sus juegos con diálogos o comentarios relacionados a los mismos.

Puede empezar un juego un día y terminarlo otro, por lo que tiene mayor apreciación del hoy y del ayer.

Desde los 5 años aparecen los juegos reglados que implican el abandono del egocentrismo y la entrada en el proceso creciente de socialización:

1. Los juegos de reglas arbitrarias en los cuáles él se impone la regla y se subordina a ella.
2. Los de reglas espontáneas(rápidos, inventados por el grupo de niños y olvidados enseguida).
3. Los verdaderos juegos reglados (gran parte institucionalizados por la influencia generacional: rayuelas, rondas, manchas).
 - Planifica un trabajo y puede perfeccionarlo en otras jornadas.
 - Evalúa sus adelantos en los dibujos, construcciones, otras actividades.
 - Le gusta terminar lo que comienza.
 - Recuerda encargos de un día para el otro.

Moralidad:

Según Kohlberg 1984. Hacia fines de la etapa del nivel inicial, el niño se halla atravesando el camino:

De transición de la internalización y generalización de las reglas, normas, valores y pautas ético- morales.

Del control ansioso de los otros, hacia un autocontrol con ansiedad mínima,

De la empatía culpógena a la empatía pro- social,y básicamente de la moral heterónoma a la autonomía racional (inicio de la cooperación entre pares, de la participación en la elaboración de las normas y pautas de la vida diaria, de la concientización de sus posibilidades y limitaciones, de la progresiva construcción de los cimientos de una moral autónoma).

En el desarrollo moral del niño los hechos morales son paralelos a los hechos intelectuales.

Desarrollo intelectual:

En esta etapa del nivel inicial se produce un proceso complejo de construcción de un nuevo universo de conocimiento, el representativo. Las nuevas herramientas son las representaciones que se agregan a los esquemas de acción de la etapa anterior; pero aún la inteligencia no es lógica y se denomina según Piaget (1931)estadio del pensamiento preoperatorio.

Crea espacios alejados de los límites estrechos de su percepción y los transforma.

Puede transmitir sus sentimientos y pensamientos; acceder al de los otros.

Su universo representativo empieza a ser social, los demás son fuente de conocimiento y se enriquece.

Su pensamiento preoperatorio está centrado en su propio punto de vista y en algún aspecto parcial del objeto de conocimiento (centro de su atención, supliendo la lógica por la intuición).

Hacia la finalización del nivel inicial afirma la conservación de la cantidad, porque su intuición articulada dio paso a la operación (implicando coordinaciones de las representaciones del nivel pre-lógico, organizadas en todos coherentes o sea sistemas)

Esto mismo sucede en la construcción del espacio, tiempo y causalidad.

Recuerda lo que pasó y anticipa lo que aún no ha ocurrido, es decir que se extiende el tiempo (agrega el pasado y futuro representativos)

Desde los 5 años, en las explicaciones que encuentra para los fenómenos que observa, aparece el predominio de la percepción y su incapacidad para relacionar ésta en un sistema que pueda orientarlo hacia determinadas generalizaciones. Anticipa efectos en relación con causas y encontrando la justa explicación para fenómenos sencillos que se le presentan o que puede observar espontáneamente.

A medida que interactúa con objetos y situaciones cotidianas organiza y comprende la realidad cada vez de manera más objetiva.

Se enfrenta con la existencia de otros puntos de vista al interactuar con otros niños en la interacción con el medio, fomentándose así la descentralización.

Sus errores (que desde su lógica no lo son, y considerados desde un punto de vista positivo), muestran las estrategias de pensamiento que proyecta y emplea en las distintas situaciones de desafío en la construcción del conocimiento.

Comienza a plantearse nuevas hipótesis, a buscar otras soluciones a partir del error.

Su curiosidad y deseo de aprender son fuentes de motivación para la construcción de los conocimientos, se vincula a los impulsos de exploración, necesidad de actividades y sensoriales.

El lenguaje oral, escrito y gráfico es más claro y sus respuestas se ajustan a lo que se le pregunta.

A partir de los 5 años pregunta para informarse porque realmente quiere saber, no sólo por razones sociales o por practicar el arte de hablar.

Formula preguntas que tienen más sentido, son prácticamente razonables: "¿para qué sirve esto?", "¿cómo funciona?".

El sujeto a partir de los 6 años va teniendo mayor facilidad de escuchar los detalles, de aislar una palabra y preguntar su significado, formula preguntas sobre otras lenguas y efectúa comentarios sobre el habla de otros, pronunciación, acento y "Lee" y "escribe" de acuerdo con los principios que ha ido construyendo.

Al escuchar la lectura de cuentos se interioriza con la direccionalidad de la escritura, estructura de los textos, aspectos de la lengua escrita que se diferencian de la oral, su valor significativo y comunicativo.

Desde los 6 años, dibuja de una manera reconocible, no necesita acompañarlo de una explicación verbal para que resulte entendible.

Representa, en general, de frente la figura humana (posee dos dimensiones: alto y ancho. Luego lo hará de perfil.

Sus producciones se complejizan, al aparecer la exploración y reconocimiento del espacio gráfico, las figuras comienzan a ser verticales; cuando las representa en forma horizontal dice que "están acostadas".

Incorpora nuevos materiales.

Las representaciones varían, son más figurativas y se diversifica la forma de la representación de un objeto.

Se inicia en las primeras nociones de simetría.

Tanto en dibujos como en modelados se observan movimientos y posturas; la parte en movimiento en general es desproporcionada.

El trabajo tridimensional le permite estar en contacto directo con lo corpóreo.

Modela los cuerpos en volumen, agrega detalles. Las patas de los animales que modela están distribuidas de modo equidistante por lo que puede pararlos.

Usa el color (a veces relacionado con la realidad, y otras veces de modo subjetivo). Crea tonalidades mezclando, superponiendo.

Modifica sus producciones de acuerdo a la imagen mental que ha logrado, de acuerdo a sus posibilidades de accionar con los objetos, experimentar.

Usa el color (a veces relacionado con la realidad, y otras veces de modo subjetivo). 5 años presenta habilidad manipulativa y desarrollo digital.

Desarrollo Físico:

Los niños en edad escolar generalmente tienen habilidades motrices fuertes y muy parejas. Sin embargo, su coordinación (en especial ojo-mano), resistencia, equilibrio y tolerancia física varían.

Las destrezas de motricidad fina también varían ampliamente. Estas destrezas pueden afectar la capacidad del niño para escribir en forma pulcra, vestirse de forma adecuada y realizar ciertas tareas domésticas, como tender la cama o lavar los platos.

Habrán diferencias considerables en estatura, peso y contextura entre los niños de este rango de edad. Es importante recordar que los antecedentes genéticos, al igual que la nutrición y el ejercicio pueden afectar el crecimiento de un niño.

También puede haber una gran diferencia en la edad a la que los niños comienzan a desarrollar las características sexuales secundarias.

Para las niñas, las características sexuales secundarias abarcan:

- El desarrollo de las mamas
- El crecimiento de vello en el pubis y las axilas

Para los niños, estas características abarcan:

- Crecimiento de vello en el pubis, las axilas y el pecho
- Crecimiento del pene y los testículos

Desarrollo del lenguaje:

Los niños que están comenzando la edad escolar deben ser capaces de usar oraciones simples pero completas, con un promedio de 5 a 7 palabras. A medida que el niño progresa a través de los años de escuela elemental, la gramática y la pronunciación se vuelven normales y al ir creciendo usan oraciones más complejas.

El retraso en el desarrollo del lenguaje puede deberse a problemas auditivos o de la inteligencia. Además, los niños que no son capaces de expresarse bien pueden ser más propensos a tener comportamientos agresivos o rabiets.

Un niño de 6 años normalmente puede seguir una serie de tres órdenes consecutivos. Hacia la edad de 10 años, la mayoría de los niños pueden seguir cinco órdenes consecutivos. Los niños que tienen un problema en esta área pueden tratar de cubrirlo volviéndose contestatarios o haciendo payasadas y rara vez pedirán ayuda porque temen que se burlen de ellos.

Entre los 10 y 12 años los niños desarrollan una creciente y compleja comprensión de la sintaxis, la forma de las palabras se organizan en frases y oraciones. Manifiestan una transformación rápida.

A los 12 años existe una mayor cantidad de oraciones complejas y cláusulas que efectúan en sus narraciones.

Comportamiento:

Las dolencias físicas frecuentes (como dolor de garganta, de estómago y en las extremidades) pueden deberse simplemente a un aumento de la conciencia corporal del niño. Aunque no suele haber evidencia física que corrobore dichas dolencias, es necesario investigarlas tanto para descartar una posible enfermedad importante como para asegurarle al niño que el padre se preocupa por su bienestar.

La aceptación de los compañeros se vuelve cada vez más importante durante los años de edad escolar. Los niños pueden involucrarse en ciertos comportamientos para formar parte de "un grupo". Hablar acerca de estos comportamientos con el niño permitirá que éste se sienta aceptado en dicho grupo, sin cruzar los límites de los patrones de comportamiento en la familia.

Las amistades a esta edad tienden a establecerse principalmente con miembros del mismo sexo. De hecho, los niños de esta edad a menudo hablan de lo "extraños" y "feos" que son los miembros del sexo opuesto. Los niños se vuelven menos negativos hacia el sexo opuesto a medida que se acercan a la adolescencia.

Mentir, hacer trampa y robar son todos ejemplos de comportamientos que los niños en edad escolar pueden "ensayar" a medida que aprenden a negociar las expectativas y normas establecidas para ellos por la familia, los amigos, la escuela y la sociedad. Los padres deben manejar estos comportamientos en forma privada (para que los amigos del niño no lo molesten). Los padres deben igualmente perdonar y castigar de manera tal que guarde relación con el comportamiento.

La capacidad para mantener la atención es importante para alcanzar el éxito tanto en la escuela como en el hogar. Un niño de 6 años de edad debe ser capaz de concentrarse en una tarea durante al menos 25 minutos. Hacia la edad de 9 años, un niño debe ser capaz de enfocar su atención durante aproximadamente una hora. (Gina. G, 2010).

Para el niño, es importante aprender a hacerle frente al fracaso o la frustración sin perder la autoestima.

Seguridad:

La seguridad del niño en edad escolar es importante.

Los niños en edad escolar son muy activos. Ellos necesitan actividad física y aprobación de sus compañeros y desean intentar comportamientos más osados y aventureros.

A los niños que se encuentran ya en la primaria, a partir de los 5 años, se les debe enseñar a participar en deportes en áreas adecuadas, seguras y supervisadas, con un equipo apropiado y las reglas del caso. Las bicicletas, las patinetas, los patines en línea y demás equipos para deportes recreativos deben ajustarse al niño. Deben utilizarse sólo mientras se sigan las reglas para conductores y peatones y mientras se use equipo de seguridad, como abrazaderas, rodilleras, coderas, protectores de

muñeca y cascos. Los equipos deportivos no deben utilizarse en la oscuridad ni bajo condiciones climáticas extremas.

Las clases de natación y de seguridad en el agua pueden ayudar a prevenir ahogamientos.

Las instrucciones de seguridad en relación con el uso de fósforos, encendedores, parrillas, estufas o fogatas abiertas pueden evitar quemaduras mayores.

El uso de cinturones de seguridad es la forma más importante para la prevención de lesiones mayores o muerte por accidente automovilístico.

1.2.-PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

1.2.1.-INTRODUCCIÓN

La psicología infantil se encarga del estudio del comportamiento del niño, desde su nacimiento hasta su adolescencia. De esta forma, esta rama de la psicología se centra en el desarrollo físico, motor, cognitivo, perceptivo, afectivo y social. Así es como los psicólogos infantiles llevan adelante métodos para prever y resolver los problemas en la salud mental de los niños.

La psicología infantil atiende dos variables que pueden incidir en el desarrollo del niño: el factor ambiental, como la influencia de sus padres o de sus amigos, y el factor biológico, determinado por la genética.

1.2.2.-CONCEPTO

La psicopatología Infantil estudia los problemas psicológicos que pueden aparecer en la infancia o en la adolescencia.

Esta no debe ser considerada como una extensión de la psicopatología del adulto, ya que no debemos considerar al niño como un adulto en miniatura, sino como un niño, con las alteraciones propias de esta etapa.

La psicopatología infantil en la actualidad la definimos como el estudio científico de la conducta anormal, o alteraciones conductuales, del niño o niña. Para definir qué es lo normal o lo anormal hay que considerar un aspecto esencial: el evolutivo. (Lareg1985)

Unas conductas pueden ser normales en una determinada etapa de la vida del niño o niña y esas mismas conductas pueden resultar anormales en otras etapas distintas.

El niño tiene una manera de ver y sentir el mundo muy diferente a la de los adultos. Las dificultades escolares, familiares o sociales pueden crear problemas en el niño. Estos problemas se expresan generalmente por medio de llamadas de

atención por parte del niño (cambios de conducta, agresividad, pasividad y desganancia y el no querer jugar con otros niños, etc.)

1.3.- Psicopatología evolutiva o del desarrollo

Los problemas conductuales o emocionales, se deben considerar sobre la base en el que el niño, individuo en desarrollo constante, tiene cambios cognitivos y conductuales que se producen en función de la maduración física y del desarrollo psicológico. (CAMPBELL, 1993)

1.4.- Importancia del diagnóstico temprano

Es bien conocido que una detección precoz de cualquier trastorno y la puesta en marcha de intervenciones terapéuticas apropiadas van a influir en un pronóstico más favorable para el paciente.

El diagnosticar temprano facilita la utilización de todos los recursos clínicos y de exploraciones complementarias con el fin de objetivar tempranamente cualquier problema o deficiencia.

Ejemplo:

Diagnóstico temprano en niños con trastornos de aprendizaje, beneficios:

La infancia y la adolescencia son las edades más receptivas para las intervenciones preventivas, especialmente para formar conciencia individual, así como de los conocimientos, capacidades y motivaciones para la adquisición de hábitos.

Conocer los factores de vulnerabilidad es imprescindible para tomar medidas porque la prevención es fundamental tanto en la infancia como en la adolescencia.

Los profesionales de la salud hemos de acostumbrarnos a valorar los problemas escolares y los trastornos del aprendizaje del mismo modo y con el mismo método que las enfermedades crónicas de los pacientes, como pueden ser la artritis, la diabetes, la hipertensión o el hipotiroidismo, entre otras. Evolucionan bien si se detectan precozmente y se instaura a tiempo el tratamiento correcto.

De esta forma conseguiremos un mayor nivel de salud integral y calidad de vida en las etapas de desarrollo y, como consecuencia, en el adulto.

Cuando funcionan los canales de detección temprana e intervención especial apropiada, la mayoría de los niños y adolescentes pueden superar o aprender a compensar los problemas escolares que se hayan podido presentar.

Un tercio de los adolescentes con trastornos de conducta, presentaron problemas escolares en la enseñanza primaria pero no fueron diagnosticados a tiempo y, por tanto, no tratados adecuadamente.

En la mayoría de los casos, el tratamiento y seguimiento serán limitados en el tiempo; sólo en algunos casos deberá prolongarse si la sintomatología y el diagnóstico lo requieren.

El pronóstico empeora proporcionalmente al tiempo que se tarde en detectar cualquier tipo de problema referido.

Diagnóstico temprano en el autismo, beneficios:

Aunque el autismo plantea hoy todavía más preguntas que respuestas, un hecho aceptado internacionalmente es que la detección e intervención precoces del trastorno tienen efectos claramente positivos sobre el pronóstico de los niños que lo padecen (Dawson y Osterling, 1997; National Research Council, 2001; Rogers, 1998). Si el diagnóstico precoz va seguido de una intervención temprana, el pronóstico será mejor, especialmente en el control del comportamiento, las dificultades de comunicación y las habilidades funcionales en general.

El estudio sobre la eficacia de la atención temprana sigue siendo hoy una cuestión difícil de abordar, especialmente en el tratamiento de los niños con autismo, ya que en la mayoría de los casos se requieren intervenciones amplias, intensivas y a largo plazo (Kasari, et al., 2001; Fuentes et al, en prensa). Según los trabajos más relevantes, la intervención temprana más eficaz es la que se basa en un conocimiento en profundidad sobre la naturaleza del autismo en general, combinado con un conocimiento amplio de las diferentes técnicas de intervención que podrían utilizarse en cada caso y con la aplicación de un programa individualizado, basado en una evaluación amplia y detallada del niño. (Marcus, Garfinkle y Wolery, 2001).

Los datos de los estudios sobre la intervención temprana permiten concluir que ésta puede marcar la diferencia entre un pronóstico favorable o desfavorable, ya que diversos trabajos sugieren que si la intervención se pone en marcha antes de los tres años, se logran efectos mucho más beneficiosos que si se inicia después de los cinco años (Woods y Wetherby, 2003).

1.5.- Los principales trastornos de aparición en niños de 2 -12 años.

Los problemas psicológicos infantiles pueden clasificarles en dos grandes categorías:

- Problemas emocionales y de comportamiento: trastornos por angustia de separación, fobias escolares, evitación, retraimiento, aislamiento, ansiedad en diversas formas de manifestación, trastornos del ánimo como la depresión

infantil, enuresis y encopresis (incontinencia urinaria y anal respectivamente), trastornos adaptativos, agresividad y rebeldía, entre otros.

- Problemas escolares y relacionados con el aprendizaje: trastorno del déficit de atención, que se puede con o sin hiperactividad.

1.6.- TRASTORNO DE CONDUCTA

Los niños y adolescentes que padecen trastorno de conducta son muy visibles y presentan un grupo complicado de problemas emocionales y de comportamiento. La característica esencial de este trastorno es un mal comportamiento que es serio, repetitivo y persistente. Los Trastornos de la Conducta y del Comportamiento según Díaz, Jordán, Vallejo y Comeche, (2006) se han convertido en una de las situaciones más preocupantes para padres y madres y profesorado que ven cómo sus hijos e hijas, alumnos y alumnas presentan cuadros conductuales que necesitan, entre otros, apoyo psicológico y psicopedagógico. En esta presentación se intentará resumir algunos conceptos esenciales sobre Trastornos de conducta y nos centraremos especialmente en el trastorno oposicionista desafiante para considerar luego su aplicación y tratamiento.

1.6.1. Concepto:

Es un trastorno de la niñez y la adolescencia que implica problemas de comportamiento a largo plazo (crónicos), tales como:

- Comportamiento desafiante o impulsivo.
- Consumo de drogas.
- Actividad delictiva.

Para ser diagnosticado con trastorno de conducta, un niño o adolescente tiene que haber demostrado tres o más comportamientos característicos en los últimos 12 meses. Por lo menos uno de estos comportamientos tiene que haber sido evidente durante los últimos seis meses.

1.6.2. Signos y síntomas:

Signos y exámenes:

No existe ningún examen real para diagnosticar el trastorno de conducta. El diagnóstico se hace cuando un niño o adolescente tiene un antecedente de comportamientos de dicho trastorno.

Una exploración física y exámenes de sangre pueden ayudar a descartar afecciones que sean similares al trastorno de conducta. En raras ocasiones, una gammagrafía del cerebro también puede ayudar a descartar otros trastornos.

Síntomas:

La sintomatología que presentan es variada, con predominio de comportamientos contrarios a los derechos de las otras personas y a las normas sociales establecidas. Como consecuencia de ello, se deteriora la socialización y se aumenta el riesgo de padecer retraso escolar y consumo de tóxicos. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe realizarse de manera precoz puesto que el paso del tiempo empeora el pronóstico. El tratamiento es multidisciplinar, con intervención psicológica (a través de medidas conductuales y cognitivas) y farmacológica si este fuera el caso.

Los niños con trastorno de conducta tienden a ser impulsivos, difíciles de controlar y despreocupados por los sentimientos de los demás.

Los síntomas pueden abarcar:

- Romper las reglas sin razón aparente.
- Comportamiento cruel o agresivo hacia personas y animales (por ejemplo, intimidar, pelear, usar armas peligrosas, robar).
- Ausentismo escolar (inasistencia, comenzando antes de los 13 años).
- Consumo excesivo de alcohol y/o de drogas psicoactivas.
- Iniciar incendios de manera deliberada.
- Mentir para conseguir un favor o evitar cosas que tiene que hacer.
- Escaparse.
- Vandalismo o destrucción de la propiedad.
- Baja autoestima enmascarada con valentía
- Mentir a los profesores o compañeros
- Robar a los compañeros o la escuela

Estos niños a menudo no hacen ningún esfuerzo por ocultar su comportamiento agresivo y pueden tener dificultad para hacer amigos verdaderos.

1.7.-TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE.

El trastorno de conducta oposicionista y desafiante (TOD) es un trastorno de conducta que normalmente se diagnostica en la niñez y que se caracteriza por comportamientos no cooperativos, desafiantes y hostiles hacia los padres, compañeros, maestros y otras figuras de autoridad. La angustia y la preocupación que los niños y adolescentes con TOD provocan en los demás son mayores que las que ellos mismos experimentan.

1.7.1. Concepto:

Según el DSM- IV, El Trastorno Negativista Desafiante es un patrón de conducta que se manifiesta en un recurrente rechazo a la autoridad, que dura al

menos 6 meses. Suele darse antes de los 9 ó 10 años y viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos que violen la ley y los derechos de los demás. Es habitual que en el desarrollo de los niños aparezcan en algunas etapas comportamientos negativistas, desobediencias, pataletas. Por ello es necesario delimitar cuándo estos síntomas constituyen un trastorno. Para esta clarificación hay que tener en cuenta si la frecuencia, repetición e intensidad afectan a la vida familiar, escolar y social. El trastorno se concreta en un comportamiento hostil, negativo, desobediente y desafiante dirigido a las figuras de autoridad conocidas, en especial dentro de la familia y de la escuela, pudiendo no evidenciarse ante desconocidos.

Los niños con TND usualmente son niños/as hostiles, que se resisten a obedecer, desafían la autoridad, suelen romper las reglas y no siguen las instrucciones o normas de conducta socialmente esperadas para su edad.

Barkley(2000), afirma que es un reiterado fracaso del niño para seguir las reglas, obedecer órdenes y cumplir los encargos que figuras de autoridad esperan que haga.

Presenta tres patrones de conducta características:

- Tarda más de un minuto en empezar hacer lo que se le indica.
- No acaba de realizar lo que se le indico.
- Trasgrede normas o reglas aprendidas con posterior indicación de equivocación.

La causa precisa de este trastorno no se conoce pero existen dos grandes teorías que intentan explicar el porqué de su aparición. La teoría del desarrollo sugiere que las dificultades inician cuando los niños tienen entre uno y dos años y medio de edad fundamentalmente debido a que presentan dificultades para aprender a separarse y hacerse autónomos de la persona a la cual se encuentran ligados emocionalmente. Así, los “malos comportamientos” serían una prolongación de las cuestiones normales del desarrollo que no han sido resueltas adecuadamente en los primeros años de vida.

Por otra parte, la teoría del aprendizaje indica que las características negativas del trastorno oposicionista desafiante son actitudes aprendidas que no son sino un reflejo de los efectos de las técnicas de refuerzo negativo empleadas por los padres y las figuras de autoridad. Así, se piensa que el empleo de refuerzos negativos incrementa la frecuencia e intensidad de los comportamientos opositores en el niño, que de este modo logra llamar la atención de los adultos y obtiene la interacción deseada.

1.7.2. Signos y síntomas.

Para cumplir los criterios del DSM-IV-TR, deben tomarse en cuenta ciertos factores. Primero, el desafío debe ser lo suficientemente severo como para interferir con su habilidad para funcionar en la escuela, hogar o la comunidad. Segundo, el desafío no ha de provenir de algún otro trastorno, tal como la depresión, ansiedad o un trastorno de conducta de mayor severidad (de tal manera que entonces no sería un trastorno en sí sino parte del otro trastorno). Tercero, las conductas problema de la niña o niño han estado sucediendo por lo menos durante seis meses.

Criterios diagnósticos

1. Un patrón de conducta negativista, hostil y desafiante que ha durado al menos seis meses, durante los cuales cuatro o más de los siguientes ítems están presentes:

Nota: Considérese cumplido un criterio sólo si el comportamiento ocurre más frecuentemente de lo que es típico para individuos de una edad y nivel de desarrollo comparables.

1.
 1. Pierde los estribos con frecuencia
 2. Discute con adultos frecuentemente
 3. Desafía activamente o rehúsa acatar las peticiones o reglas de los adultos, con frecuencia
 4. A menudo deliberadamente irrita a los demás
 5. A menudo culpa a otros de sus errores o mala conducta
 6. Con frecuencia aparece enojado y resentido
 7. Con frecuencia se muestra rencoroso o vengativo
2. La alteración en la conducta causa un impedimento clínicamente significativo en su funcionamiento social, académico u ocupacional.
3. Las conductas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico o del estado de ánimo.
4. No se cumplen los criterios para trastorno disocial y, si el individuo tiene 18 años o más, los criterios no se cumplen para el trastorno de personalidad antisocial.

Si el niño o niña cumple al menos cuatro de los criterios anteriores, y estos interfieren con su vida normal, entonces técnicamente cumple con la definición.

1.7.3. Comorbilidad con otros trastornos:

El trastorno negativista desafiante está asociado con el trastorno disocial. Sin tratamiento, alrededor de 52% de los niños con TND continúa cumpliendo con los criterios y alrededor de la mitad de ese 52% llegarán hacia un trastorno disocial. Es posible que se presenten otros trastornos en situaciones de comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante el más frecuente es TDAH. Se conoce que más de un 30% de los niños con TDAH van a desarrollar Trastorno Negativista Desafiante. Por ello es importante descartar que los pacientes que acudan por primera vez a consulta tengan TDAH cuando el motivo de consulta es oposicionismo o conductas desafiantes. Debido a las dificultades que provoca el Trastorno Negativista Desafiante en la convivencia y para relacionarse puede hacer que sólo se centre en este problema y que se obvие preguntar por síntomas de TDAH.

CONCLUSIONES

El desarrollo del niño normal ha sido descrito en sus principales etapas por los autores y se caracteriza por cambios mentales y físicos, fundamentales para el desarrollo del individuo en cada una de las diferentes etapas de su vida. El desarrollo del niño normal de 5 a 12 años de edad, se caracteriza por: el desarrollo motriz que se manifiesta de manera integral en el organismo, el ligarse a diferentes contextos sociales le permite recortar su identidad, según Kohlberg(1984), la internalización y generalización de las reglas, normas, valores y pautas ético- morales y se produce un proceso complejo de construcción de un nuevo universo de conocimiento.

Dentro de la psicopatología infantil existen dos trastornos que pueden ocasionar problemas frecuente como son:

Trastornos de conducta:

- Los niños con trastorno de conducta tienden a ser impulsivos, difíciles de controlar y despreocupados por los sentimientos de los demás, entre otras características.

Trastorno oposicionista desafiante:

- Es un trastorno de conducta que normalmente se diagnostica en la niñez y que se caracteriza por comportamientos no cooperativos, desafiantes y hostiles hacia los padres, compañeros, maestros y otras figuras de autoridad.

CAPITULO II

2.1.- PROGRAMA DE ORIENTACIÓN A PADRES DE NIÑOS DESAFIANTES

2.1.1- Importancia de trabajar con los padres.

Según Klein, 1994; Malher, 1990; Stern, 1985; Winnicott, 1945 es imposible hacer psicoterapia infantil sin trabajar con sus padres. Los problemas de los niños se manifiestan con mucha más frecuencia fuera de la sala de terapia que dentro de las sesiones, por lo que, para poder ejercer un impacto importante sobre el entorno del niño; los terapeutas deben codirigir la terapia con los padres. Si los padres y los terapeutas no siguen un mismo plan de acción, los niños reciben señales confusas y esto menoscaba la eficacia de las intervenciones.

La primera estrategia que debemos poner en práctica cuando se trabaja con padres es la educación, en muchas ocasiones los padres no tienen conocimientos de las conductas esperables en cada etapa del desarrollo o sobre cómo reconocer los antecedentes y consecuencias de las conductas.

A menudo los padres esperan demasiado o poco de sus hijos, y esto puede generar conflictos. Creemos que algunas de las quejas de los padres sobre las conductas de sus hijos están relacionadas en parte con unas expectativas poco realistas.

El estudio de las prácticas y las expectativas propias de la cultura de los padres también puede sernos de ayuda cuando formamos y trabajamos con ellos, los miembros de la familia y quienes participan en la crianza de los hijos que en ocasiones son los abuelos, si conocemos estos apoyos, podremos incorporarlos al tratamiento.

Los estilos de crianza de las diferentes culturas son de mucha influencia para el tratamiento, algunos siendo relativamente más permisivos, por lo que las expectativas de los padres pueden diferir de las presentes en aquellas culturas que ponen más énfasis en la obediencia y en el establecimiento de normas estrictas, los castigos y la intensidad de los mismos, el cumplimiento de reglas, entre otras.

Los aspectos relacionados con las relaciones entre padres e hijos influyen en la manifestación y en el mantenimiento del malestar emocional y en el acting-out de los niños. Por lo tanto, la implicación de los padres en el tratamiento es un componente lógico al que no hay que restar importancia. Los padres suelen ser quienes tienen el control de los refuerzos en la mayor parte del entorno de los hijos.

Proporcionando información a los padres y colaborando con ellos para identificar conductas y habilidades objetivo en los niños, los terapeutas pueden enseñarles a entregar refuerzos positivos y a apoyar a su hijo en la generalización de conductas fuera de las sesiones de terapia. Esto debería aumentar la frecuencia de conductas apropiadas en los pequeños. Además, los padres pueden hacer observaciones muy valiosas del comportamiento de los niños fuera de las sesiones de terapia. Los padres suelen intentar hacer lo mejor para sus hijos. Sean cuales sean las estrategias disciplinarias y educativas que utilicen, su objetivo es mejorar la conducta del niño.

“La interacción entre los padres y el hijo es continua, son quienes lo orientan y a quienes el menor utiliza para orientarse.

A partir de esta información el niño construye ideas acerca de quién es y cómo debe ser y atribuye significados a las experiencias y a las situaciones que viven. Las relaciones que se establecen con los padres son de un inmenso valor. Podemos llamarles relaciones primordiales porque a través de ellas el niño construye su identidad”. (Freud, 1921).

Por este motivo el trabajo terapéutico es indispensable para ambos, con un encuadre de trabajo individual, buscando soluciones a los problemas del niño y con los padres el trabajo es de orientación, cuyo objetivo es pensar en el comportamiento y en soluciones encaminadas en el bienestar del hijo y que este a su vez mejore el entorno familiar.

2.2.- Características conductuales y cognitivas de padres de niños desafiantes.

En gran parte las conductas y el comportamiento de los hijos se ven reflejados por las acciones de los padres y su forma de crianza, por lo que existen ciertas características que distinguen las conductas y la gran variedad de estas. Según varios autores como: Mcgoldrick, M y Gerson, R. (2005), Fernandez, J. (2000), Bowen, M. 1991, Entre las principales y las más importantes que se pueden resaltar están:

- **Padres sobreprotectores:** la sobreprotección se pone en evidencia en el alto grado de interés por el bienestar que tiene a los miembros de familia, en especial con el hijo, esto hace que los hijos se retraigan y retrasen en el desarrollo de su autonomía, de las capacidades e intereses o actividades fuera de ella.

Características:

Padre: Cansa al niño con sus atenciones; mantiene a sus hijos bajo control, no le permite crecer, no toma en cuenta las necesidades reales del niño; no le permite hacer nada, todo lo que el niño le pide el padre le da

Niño: espera que todo se lo hagan, no aprende a sentir, pensar y actuar por sí mismo, no intenta resolver los problemas, falta de iniciativa y creatividad, tímido e inseguro, berrinchudo si no hacen lo que a él le gusta, no tiene límites ni reglas.

- **Padres consentidores:** son padres que permiten que su hijo se comporte de la manera que él quiera, sin reglas ni límites a nada.

Padre: permite todo en el niño, no lo guía ni le establece normas; le hace sentir al niño que es el único, teme que el niño sufra.

Niño: no tolera la espera, berrinches a la mejor contrariedad, no se da cuenta de la consecuencia de sus actos, irresponsable y dependiente, dificultad de adaptación, inmaduro emocionalmente, sufre si se queda solo.

- **Padres divorciados:** Los hijos asumirán el proceso de separación o divorcio de sus padres de acuerdo con la etapa del proceso vital individual, el género y las características personales de cada uno. Además, son importantes los eventos que han sucedido antes y durante el proceso. En general, los hijos varones en ciertas edades pueden comportarse más agresivos e independientes, no sienten que les deben obediencia a las madres, sobre todo si son ellas las que se quedan a cargo de los hijos.

Padres: en gran parte los padres tienden a llegar a los extremos, siendo uno de ellos: Caen en la sobreprotección del hijo por pena; consintiéndolas en todo lo que quieren sin reglas ni límites.

Los días de encuentro, se llenen excesivamente con actividades, se ocupa el tiempo en hacer demasiadas cosas, no hay tiempo para charlar, comunicarse.

- **Familia de tres generaciones:** es la configuración más frecuente y típica de la cultura predominante latina. Como su nombre lo indica, la constitución está dada por la existencia de abuelos, padres y nietos.

Los conflictos que se presentan con mayor frecuencia se relaciona con:

- ❖ Quien y como se toman las decisiones.
- ❖ Cuál es el procedimiento para la toma de decisiones en la familia.

Este conflicto alrededor de las decisiones en general se relaciona con respecto al manejo del dinero y las decisiones que se refieren a los niños, hijos o nietos.

Quien decide o mantiene las pautas educativas para los hijos, lo hacen los padres y las deben llevar acabo los abuelos que tiene creencias diferentes.

- **Uno de los padres viaja:** Cuando uno de los progenitores permanece alejado del hogar por lapsos prolongados de tiempo, mientras la familia permanece

en el lugar habitual de residencia, esté adquiere de manera temporal una nueva organización. Ésta no incluye la presencia de este miembro que se aleja de forma continua, por periodos más o menos prolongados de tiempo.

La familia crea y mantiene un doble juego de reglas, generalmente es el padre que viaja y durante su ausencia, la organización gira alrededor de la figura materna, las reglas, son dadas por ella y estas generalmente son escasas surgiendo conflictos durante el regreso del padre que viene a imponer reglas las cuales son manifestadas con oposición y rebeldía por el niño.

- **Padres con hijo único:** todo el cariño y todo el cuidado es para el niño, llegando al punto de una sobreprotección, no solo por los padres sino también por los abuelos, consintiendo todos los pedidos del niño, sin límites ni reglas, espacio que el niño aprovecha para hacer lo que él quiere con berrinches, desobediencia y llanto si no le dan lo que desea.
- **Abuelos que quedan al cuidado de los nietos:** la imposición de las reglas se realizan con menos eficacia debido al consentimiento de las conductas inapropiadas por parte de los abuelos y la falta de reglas en casa, incrementando la mala conducta de niño.

2.3.- Programa de orientación a padres de niños desafiantes.

Las consecuencias que tiene para el niño la ejecución de una determinada conducta. Patterson (1982,1986) desarrolló lo que denominó "hipótesis de coerción" y que ilustra perfectamente este punto. El autor explica que algunas conductas como el llorar, gritar, patear, etc., son conductas instintivas en el recién nacido. En esta primera etapa dichas conductas tendrían un valor de supervivencia, ya que el bebé puede controlar la conducta de su madre en vistas a poder satisfacer sus necesidades más vitales (comida, calor.). De esta forma, si llora, la madre acudiría. Cuando va creciendo, el niño va sustituyendo estas conductas rudimentarias por nuevas habilidades de comunicación (por ejemplo: expresar verbalmente la petición). Sin embargo en determinadas circunstancias, los padres pueden favorecer que el niño siga utilizando las estrategias rudimentarias de la primera infancia (rabieta, gritos, lloros...) como forma para controlar el comportamiento de la madre, en lugar de utilizar conductas más adecuadas. Es el caso de cuando los padres en vez de prestar la debida atención a las conductas adecuadas a la edad del niño (mediante alabanzas o premios) sólo parecen reaccionar y atenderle cuando éste expresa su demanda en forma de rabieta o pataleta, momento en el que la madre acude presta y normalmente cede ante sus exigencias. El hecho de atender rápidamente sólo a este tipo de comportamiento hace que estas conductas coercitivas de control, por parte del niño, se mantengan y perpetúen.

INTRODUCCION DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A PADRES

A quienes está orientado.

Numerosos padres consultan debido a que sus hijos presentan desobediencia, conductas desafiantes, oposicionistas, rabietas o comportamiento hostil. Algunos de estos niños reciben diagnósticos clínicos como trastorno oposicionista desafiante; trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, o trastornos de conducta.

Entre las intervenciones psicosociales que cuentan con mayor apoyo empírico se encuentra el programa de entrenamiento a padres desarrollado por RusellBarkley (2000)

Originalmente pensado para ser implementado en formato grupal, también puede utilizarse de modo individual. Está dirigido a padres de niños desafiantes de entre 2 y 12 años.

Es conveniente la participación de ambos padres, no obstante, con frecuencia son las madres las que más sobrecargadas se encuentran y, por lo tanto, las que más concurren. Esto no significa que los padres permanezcan ausentes sino, que pueden participar aplicando las estrategias en el hogar.

A.- Objetivos.

Los objetivos incluyen mejorar la competencia y habilidades parentales para vérselas con los problemas del comportamiento infantil, aumentar el conocimiento parental sobre las causas del comportamiento infantil inadecuado, los principios que subyacen el aprendizaje social de este comportamiento, y mejorar la aceptación por parte del niño de las ordenes y reglas dadas por los padres.

Formato.

Se trata de 10 sesiones estructuradas que consiste en la presentación didáctica de material a través de folletos y cuestionarios, mediante técnicas como el modelado, juego de roles, intervenciones cognitivas, etc.

Se exponen contenidos que incluyen el desarrollo de la comprensión de las causas del comportamiento de los niños, la práctica de la atención positiva, tiempo especial, incremento de la obediencia y juego independiente, implementación de sistemas de fichas y puntos, tiempo fuera (time-out), manejo y anticipación de conductas en lugares públicos, tarjetas de informe diario de conductas escolar y manejo de futuros problemas.

Si bien las sesiones difieren en su contenido, todas tienen una estructura similar; una primera parte en la cual los padres describen cómo fue la implementación de las técnicas durante la semana, qué les dio resultado y que dificultades encontraron. Luego el terapeuta les provee unaretroalimentación,

(feedback) validado y reforzando sus logros, modelando y haciendo sugerencias para superar las dificultades.

Por último, se presentan las técnicas que deberán ser implementadas durante la próxima semana y se dejan unos minutos para que los padres aclaren cualquier duda que pudiesen tener.

Si bien la palabra “entrenamiento” suele ser resistida en nuestro medio, creemos que se ajusta perfectamente al rol que le cabe al terapeuta en el trabajo de los padres, similar al de un director técnico. Hace sugerencias, provee estrategias y modela el modo de implementarlas, pero “los que sudan la camiseta en el campo de juego” son los padres.

Duración.

El programa, en su versión original, recomienda la implementación en el orden dado de las primeras ocho sesiones con una frecuencia semanal. En la novena, luego de dos semanas, ya que se trata de las tarjetas de informe diario escolar, se requiere que antes de volver a la sesión siguiente los padres cuenten con algunas tarjetas complementadas por los maestros. Por último, se pauta una sesión de refuerzo, que se recomienda implementar luego de un mes.

Material incluido y modo de uso.

A continuación se incluye un apartado con intervenciones basadas en el programa de Barkley (2000), algunas de ellas resumidas o modificadas con agregados provenientes de la experiencia clínica de los autores.

Las mismas pueden fotocopiar y utilizarse a modo de folleto (hand-out), para padres. También pueden utilizarse como guía para los terapeutas utilicen sus propias intervenciones adaptadas a las necesidades de cada paciente. Si bien el formato que ha demostrado ser eficaz en los estudios clínicos controlados es el formato grupal llevado a cabo al pie de la letra durante las 10 entrevistas, creemos que en algunos casos puede que no sea necesario implementar todas las sesiones. Inversamente, puede que por su complejidad algunas técnicas requieran ser repasadas en más de una sesión hasta que los padres logren implementar de modo adecuado.

Un ejemplo al respecto, muchas veces visito la clínica, es el tiempo especial de juego. Hay padres que a pesar de los conflictos que estos trastornos ocasionan, tiene la aptitud para dedicar ese espacio de intercambio creativo, libre de crítica a sus hijos. En otros casos, el niño presenta problemas de conducta en el hogar, pero no tiene dificultades en la escuela, por lo cual quizás no es necesaria la implementación de las tarjetas de informe diario escolar.

Al igual que el resto de las técnicas, será el criterio clínico del terapeuta el que determinara el modo de instrumentar las intervenciones, adaptándolas a las características de cada consulta.

Aclaración:

A lo largo del apartado se hará referencia exclusivamente a “Hijo” en masculino. Esto se debe a una cuestión práctica, quizás influenciada por la mayor cantidad de varones que motivan este tipo de consulta en nuestra experiencia.

PASO 1.

¿Por qué los niños se comportan inadecuadamente?

Previo a modificar las conductas de un niño, es importante comprender los factores causales de los problemas de conducta. R. Barkley (2000) sugiere que no es posible identificar una causa única para la conducta de un niño. Son múltiples los factores causales que intervienen:

- Las características del niño
- Los estresores ambientales
- Las características de los padres y
- Las consecuencias situacionales

Las consecuencias situacionales, son un factor que cobra especial relevancia, ya que estará implicado en la mayoría de las intervenciones que realizan los padres para producir las modificaciones que se desean obtener en el comportamiento del niño.

Si bien en muchos casos resulta difícil comprender por qué el niño incurre en una conducta determinada, es importante tener en claro que la misma no se produce por azar, sino que está determinada, en gran medida por las consecuencias obtenidas por el niño.

Comprenda las palabras claves del comportamiento:

1. La conducta está determinada, al menos en parte, por sus consecuencias.
2. Los niños y adolescentes entienden mejor las consecuencias que las razones.
3. Las consecuencias sientan precedentes para futuras conductas.
4. Que una conducta se repita o extinga depende en gran medida de sus consecuencias
5. Los niños y adolescentes tienden a valorar las consecuencias de un modo más concreto que los adultos.
6. Priorizan los efectos a corto plazo más que a largo plazo.

Ejemplos de las claves del comportamiento

1. El cariño, la sensación de felicidad, una caricia, una felicitación, etc., son consecuencias que influyen en cómo nos comportaremos en el futuro.

2. Su hijo comprenderá mejor:
 - a. La consecuencia “cuando termines de estudiar te dejo salir”
 - b. Que las razones: “ serás mejor persona y cuando seas grande vas a estar más capacitado para trabajar”
3. Si haciendo un berrinche logra evitar las tareas, al día siguiente recordara la estrategia.
4. Que repita el berrinche o estudie dependerá en parte del resultado que le haya dado.
5. Poder jugar a la computadora, un juguete o un caramelo puede ser más importante para el niño que realizar una acción altruista.
6. Los niños tienden a preferir un caramelo hoy antes que cien a fin de mes.

Conceptos útiles para comprender el comportamiento

Refuerzo:

Toda respuesta a una acción.

Refuerzo positivo:

Una consecuencia deseada que sigue inmediatamente después de una conducta, que aumenta la probabilidad de que la misma se vuelva a repetir.

Extinción:

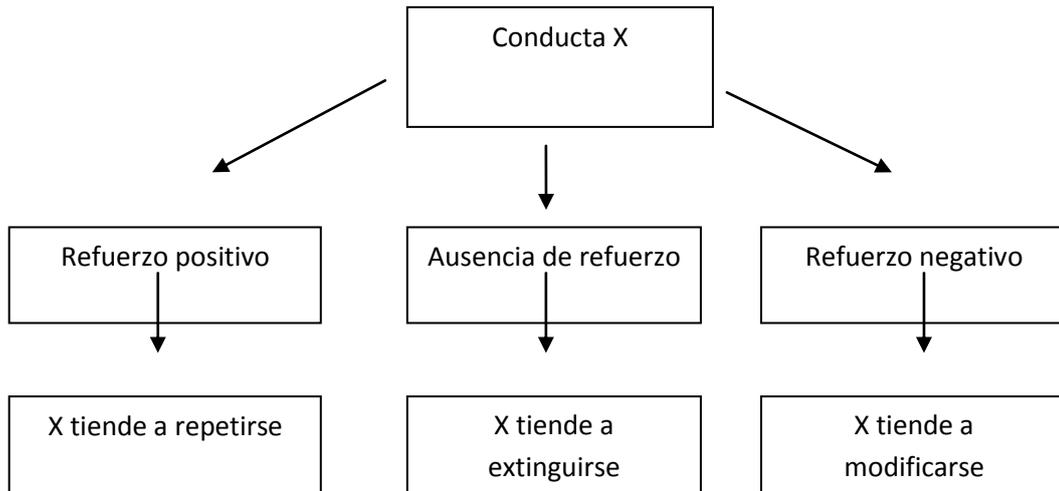
Todo comportamiento que no produce ninguna consecuencia ni negativa ni positiva tiende a disminuir con el tiempo.

Refuerzo negativo:

Es la suspensión de una situación negativa preexistente o la evitación de una consecuencia indeseada. Se trata de algo que se desea evitar.

Pueden reforzarse negativamente conductas problemáticas o conductas adaptativas, por ejemplo:

- Hacer berrinche y evitar bañarse (aunque sea por un rato)
- Portarse bien y evitar la penitencia



Refuerzo negativo vs. Castigo

El trabajo con los principios del comportamiento suele confundirse con los premios y los castigos. Si bien los premios pueden asimilarse a los refuerzos, los castigos no son utilizados en estos programas. En lugar del castigo se utiliza el refuerzo negativo, el cual tiene importantes diferencias.

El castigo consiste en cualquier consecuencia aversiva propiciada por los padres luego de un comportamiento evaluado como negativo. Lamentablemente, constituye una de las estrategias utilizadas con más frecuencia en el aprendizaje. Sin embargo, su uso reiterado suele deteriorar el vínculo entre el niño y la figura de autoridad, además de no favorecer el aprendizaje de nuevos repertorios positivos. Incluso suele generar falta de motivación. Muchos padres refieren haber probado todo, desde penitencias, como sacarles la tv., computadora, juegos electrónicos y finalmente dicen “no sé qué más sacarle, es como que todo le da igual”. El castigo puede poner fin, temporalmente y en lo inmediato, a una conducta problemática (por eso es tan utilizado). Puede servir para aprender que no hacer, pero ello no implica que favorezca el aprendizaje de comportamientos positivos.

	Castigo	Refuerzo negativo
Definición	Cualquier consecuencia aversiva propiciada por los padres luego de un comportamiento evaluado como negativo. Haga lo que haga, no se puede modificar. Carácter de “venganza”	Una consecuencia que la persona desea evitar. Al modificar la conducta, la consecuencia no deseada desaparece. Carácter de aprendizaje
Ejemplos	“por tus malas notas ahora no sales durante un mes” “pegarle una cachetada cuando hace una pataleta”	“si no terminas tus tareas no juegas en la computadora” “Decirle que no puede salir a jugar hasta q se porte bien y pida disculpas”.

Comprendiendo el poder de las consecuencias

Frecuentemente resulta difícil entender el modo de actuar de los niños y adolescentes. Para comprender por qué sus hijos repiten ciertas acciones que los perjudican puede ser útil entender el poder de las consecuencias o refuerzos.

El poder de las consecuencias

1. Consecuencias positivas por conductas positivas aumentan su frecuencia.
2. Toda conducta que no tiene consecuencias tienden a extinguirse.
3. Consecuencias negativas por conductas negativas disminuyen su frecuencia.

¡Las consecuencias positivas suelen ser más eficaces para el cambio de las negativas!

Ejemplos del poder de las consecuencias:

1. Si por estudiar obtuvo el privilegio de ver su programa preferido, es probable que quiera volver a estudiar.
2. Si ante un “llanto caprichoso”, la madre no responde, con el tiempo dejará de llorar.
3. Si mientras realiza un berrinche se lo priva de ver su programa preferido, es posible que deje de hacerlo.

Es más probable que quiera estudiar si lo incentivamos con beneficios que si lo amenazamos con castigos.

¿Por qué persisten ciertas conductas indeseables?

Todo comportamiento puede ser reforzado, incluso aquellos que pueden ser perjudiciales para los niños, sin que uno sea consciente de ello. Veamos algunos ejemplos:

I. Refuerzo positivo de conductas problema:

Martha, madre de Juan, un niño de 5 años. Todo empezó hace un mes. Lo fui a buscar al mediodía al jardín, y en la esquina pasamos por la puerta de una tienda. Juan me pidió un chupete, pero yo le dije que no, porque íbamos a almorzar en casa. Entonces él se lanzó al piso a gritar que quería un chupete. Encima estaba al lado de la parada de buses y las madres de todos los compañeritos me miraban horrorizadas. Yo no sabía qué hacer. Le pedí que se levante, pero él insistía en que le compre el chupete. Al final me ganó por cansancio y se lo terminé comprando. En cuanto se lo di, se secó sus lágrimas y se tranquilizó.

Conducta problema: pataleta frente a la tienda.

Refuerzo positivo de la conducta problema: se le compra el chupete.

Resultado: aprende que con la pataleta puede obtener lo que quiere.

II. Refuerzo negativo de la conducta problema:

Lorena, madre de Pedro, un niño de 6 años: Todos los días es un drama para bañarlo. Le digo que se vaya a bañar y me dice ¡ya va! mientras sigue jugando. Se lo tengo que repetir como 4 veces y eso me desgasta, porque me lleva como media hora.

Finalmente lo terminé llevando a la fuerza y él llora.

El resultado final de la conducta de Pedro fue negativa: lo llevaron a la fuerza y terminó llorando. No obstante, desde su perspectiva, las cosas son diferentes. Pedro se centra en el aquí y ahora y durante un buen rato logra lo que quiere: evitar bañarse (además de seguir jugando).

Conducta problema: desobedece el pedido de la madre.

Refuerzo negativo de la conducta problema: evita bañarse.

Resultado: aprende que diciendo “ya va” evita bañarse y puede seguir jugando.

III. Ausencia de refuerzo positivo de conductas positivas:

Luego de meses de obtener malas notas en la escuela, Valentina finalmente obtiene un 8 en la evaluación de Matemáticas. Su madre considera que es su deber obtener dichas calificaciones y además está enojada por los resultados anteriores, por lo tanto no hace ningún comentario al respecto.

Conducta positiva: obtener un 8

Refuerzo positivo ausente de la conducta positiva: felicitarle por esa buena calificación.

Resultado: Puede pensar que esforzarse no tiene sentido si cuando lo hace nadie lo valora.

IV. Problemas al utilizar la extinción.

La extinción implica la ausencia o retiro de refuerzo luego de un comportamiento que se repite frecuentemente.

Ejemplo: la madre de una niña de 4 años refiere: Estoy preocupada porque mi hija Florencia llora por cualquier cosa. Encima yo me angustio mucho al verla llorar, entonces la abrazo, le digo: pobrecita, que no llore, la consuelo, etc.

Conducta problema: llora por cualquier cosa.

Refuerzo positivo de la conducta problema: la madre la consuela.

Resultado: aprende que llorando obtiene el consuelo y la atención de la madre.

Extinción: consistiría en retirar la atención ante llantos provocados por situaciones irrelevantes.

Claves de extinción

- Para que esta estrategia resulte eficaz, hay que aplicarla sistemáticamente en varias ocasiones.
- Al comenzar a aplicarla, la conducta suele agravarse antes de mejorar.
- Sus efectos a mediano plazo son importantes y estables.
- Considérela una inversión para obtener los resultados deseados.

Siguiendo el ejemplo anterior, si la madre deja de consolar a Florencia, es probable que en un principio la niña lllore aún más, ya que está acostumbrada a

obtener el consuelo. No obstante, cabe esperar que luego de reiteradas oportunidades en la que falle en obtener lo que desea el llanto disminuya.

Conductas positivas que podrían reforzarse.

No solemos estar acostumbrados a reforzar las conductas positivas de los niños y solemos prestar más atención a las conductas negativas.

Suele ser útil tomarse unos minutos para registrar aquellas conductas positivas que se podrían reforzar.

Ver modelo en el anexo #1.

Refuerzo de conductas problema

Inadvertidamente, solemos reforzar numerosas conductas problemáticas. Suele ser provechoso utilizar este registro de refuerzos de conductas problema para observar las situaciones en las que el niño realiza una conducta disfuncional, e inmediatamente obtiene algo que desea.

Ver modelo en el Anexo # 2.

REGISTRO S-R-C (Situación-reacción-Consecuencia)

Para el monitoreo de la interacción Padres-Hijos.

Se recomienda realizar una auto-observación en el hogar de la interacción entre usted y su hijo.

En la primera columna se discrimina una conducta problemática, situación y momento en el que ocurre. La segunda columna describe de modo concreto la respuesta del padre ante el problema. La tercera columna describe la respuesta del niño ante la intervención parental al instante y a los 10 minutos esto se debe a que frecuentemente el niño reacciona mal al instante de ser aplicada la consecuencia, pero si el padre mantiene de modo consistente su respuesta, el niño suele obedecer o modificar su comportamiento negativo.

Este es el ejemplo de los padres de Tommy:

Que hizo Tomy	Mi reacción (Consecuencia)	Reacción de Tomy (al instante y 10 min. Después)
Exigía que le compre unos caramelos antes del almuerzo. Como se los negué se puso a hacer berrinche en la calle.	Le dije una vez más que antes tenía que comer. Luego lo ignoré.	Lloró 5 minutos más y después se tranquilizó.
Se quería quedar en el sector juguetes del supermercado. Me decía en voz alta: “espérame, espérame” Holgazaneaba para hacer los deberes	Le dije tranquila: “me voy, Tomy” Y seguí caminando Perdí los estribos. Le grite y lo mande al cuarto	Me siguió apurado Se puso a berrinchar y no hizo los deberes al final.
Otra vez conflicto para hacer los deberes. Me pedía que le espere hasta que terminasen los dibujitos.	Tranquila apagué la tele y le dije: “vos decides. Cuando termines los deberes ves la tele”.	Protestó un rato. Minutos después aceptó.

Ver modelo en el anexo # 3.

COMPRENDA EL CIRCUITO DE LA DESOBEDIENCIA

HACÉ.....



PADRES CEDEN O FUERZAN

CONSECUENCIAS DE ESTE CIRCUITO

- Las primeras órdenes pierden eficacia ya que el niño se acostumbra a obedecer sólo cuando lo fuerzan.
- El niño gana tiempo para seguir haciendo lo que quiere.
- La relación suele desgastarse por este circuito.
- El niño se irrita con sus padres y comienza a verlos como adversarios que lo único que hacen es darle órdenes.

¿Cómo modificar este circuito?

- Comience por mejorar la relación con su hijo.
- Preste atención cuando su hijo obedece
- Aumente su motivación con sistema de fichas o puntos.
- Tiempo fuera
- Manejo de los niños en lugares públicos
- Estrategias para mejorar la conducta escolar.
- Manejo de futuras dificultades en el comportamiento.

PASO 2

Comience por mejorar la relación con su hijo:

A. “Tiempo especial”

- Seleccione un momento de cada día en el cual se dedicará exclusivamente a JUGAR con su hijo.
- Puede ser 10 a 20 minutos.
- Usted sólo con él.
- Él debe escoger la actividad (no debe ser “ver la televisión”), pero es preferible que sea algo que disfruten ambos. Así, es más probable que esta actividad se sostenga.
- No tome el control del juego, no critique, no cuestione, no le enseñe ni corrija.
- DISFRUTE de su hijo.
- Simplemente describa o comente lo que su hijo hace: “Ah, ahora estas agarrando el auto rojo.....” “El robot blanco le está pegando al negro”.
- Apruébelo, elógielo: “! Qué bien te salen los perritos de plastilina!”
- Si comienza a portarse mal, ignórela por unos minutos.
- Si continua, dígame que el tiempo de juego ha terminado y retírese.
- Trate de hacerlo por lo menos 5 veces en la primera semana.
- Luego puede disminuir la frecuencia.

- Se recomienda continuar este tiempo especial de juego indefinidamente.

B. Motívelo mediante la aprobación

Gestos de aprobación	Palabras de aprobación
Abrazarlo Besarlo Darle una palmada, caricia Sonreírle Gesto de aprobación con la mano	¡Qué bueno que eres! ¡Muchas gracias por...! ¡Excelente! ¡Buenísimo! “Pareces más grande cuando...” ¡Qué bien como hiciste eso! ¡Cómo te portaste bien, vamos a....! “Estoy muy orgulloso de vos cuando.....” “Me encanta cuando haces.....”

- Apruébelo en el momento, no deje pasar tiempo.
- Valore la conducta específica del niño y dígaselo.
- Términos como “te portaste bien” o “Te portaste mal” son muy generales. No le explican al niño lo que hizo bien.
- No haga comentarios irónicos tal como:
 - ¡Al fin haces algo bien!
 - ¡Ves que cuando quieres puedes!

Por ahora ignore o evite criticarlo por las faltas menores.

¡Consiga paz en su hogar!

PASO 3

Preste atención cuando su hijo obedece:

A. Descubriendo las buenas conductas

- Cuando usted da una orden, márquele enseguida lo bien que lo está haciendo.
- Elógielo cuando comience a obedecer.
- Puede irse por unos momentos si tiene que hacerlo, pero:
- Regrese frecuentemente para elogiar su obediencia.
- Si lo encuentra realizando una tarea sin que se lo haya pedido, este es el momento para ofrecerle elogios, especialmente positivos.
- Elija dos o tres órdenes que obedezca inconsistentemente y concéntrese especialmente en elogiarlo y prestarle atención cada vez que comience a responder a ellas.

B. Entrénelo en obediencia

- Escoja un momento en el que su niño esté muy ocupado.
- Pídale que le haga pequeños favores, tales como: “pásame la sal (cuchara, toalla, revista, etc.)”, “guarda tu mochila”.
- Dé órdenes que sean breves y fáciles de realizar.
- Dé cinco o seis de estas órdenes seguidas durante unos minutos.
- Cada vez que obedezca, elógielo.
- Póngalo en práctica varias veces al día.
- Si las órdenes son muy sencillas, la mayoría de los niños las realizarán.

C. Como dar órdenes efectivas.

Ningún niño obedece el 100 % de los mandatos que se le dan. No obstante, está comprobado que el modo en que se presente la orden puede aumentar o disminuir la probabilidad de que la misma sea cumplida. Por este motivo se recomienda lo siguiente:

- Asegúrese que va a cumplir lo que dice.
“No vas a salir en todo el año” ¿lo cumpliría usted? En caso contrario perdería credibilidad.
- Planifique respaldarlo con las consecuencias apropiadas, tanto positivas como negativas.
“si vuelves a las 9, la semana que viene te dejo salir hasta las 10. “Si llegas más tarde la próxima no sales”.
- No presente el mandato como una pregunta o un favor.
“Mi amorcito, ¿no serias tan bueno de ayudar a tu mamá que te quiere tanto y pones la mesa? Por favor”. Se recomienda BUENOS MODALES pero con FIRMEZA.
- Dé sólo una instrucción específica a la vez “Juancito, anda a lavarte los dientes, después la cara, ordena tu pieza y ayúdame a poner la mesa”. ¿Cree que recordará todo? ¿Qué probabilidad hay de lo logre? ¿Con tantos mandatos la motivación de su hijo aumentará o disminuirá?
- Si la tarea es compleja, sepárela en pasos más sencillos.
Una vez que se lavó los dientes pídale que se lave la cara.
Luego de hacerlo, que ordene su habitación, etc.
- Asegúrese de que su niño lo mire a los ojos.
Las palabras son sólo una parte de la comunicación. Con su mirada puede enfatizar su pedido y aumenta la probabilidad de que lo escuche.
- Reduzca todas las distracciones.
Si su hijo está jugando en la computadora y usted desde la cocina lo llama a comer ¿Qué efecto cree que puede tener? ¿Qué lo atrae más, su llamado o sus juguetos?
- Pídale al niño que repita la orden para asegurarse que entendió.
Lucas anda a comprar manteca. Cinco minutos más tarde con una sonrisa le dice: “mira mamá compre el pan que me pediste”.

PASO 4

AUMENTE SU MOTIVACIÓN CON SISTEMA DE FICHAS O PUNTOS:

Este sistema consiste en usar fichas o puntos para premiar la buena conducta y disminuir la inadecuada.

Los pasos son:

1. Haga una lista de las conductas apropiadas por las cuales seria premiado.
2. Un listado de premios que podrán intercambiarlos por las fichas o puntos.

A. El programa de fichas.

Recomendable para niños menores de 8 años.

- Consiga fichas plásticas (como las de los juegos de mesa).
- Con niños menores de 5 años todas las fichas tienen el mismo valor.
- Niños de 6 a 8 años, el valor puede variar de acuerdo al color.
- Explíquelo que siente que no le recompensaba lo suficiente por hacer las cosas agradables. Que quiere cambiar eso y que establecerá un nuevo programa de recompensas para que pueda ganar cosas y privilegios agradables por comportarse correctamente.
- Deben preparar una bonita caja de ahorros.
- Una lista de los privilegios que quiere que su niño se gane con las fichas de póquer. Pueden ser: ocasionales (ir al cine, patinar, comprar un juguete) y diarios (televisión juegos de video, juguetes especiales que existan en el hogar, andar en bicicleta, etc.)
- Otra lista que contenga los trabajos y tareas que frecuentemente tendrá que realizar para obtener los privilegios.
- Asigne un valor en fichas a cada tarea. Mientras más difícil sea el trabajo, mayor será la cantidad de fichas que pagará.
- Asigne un valor a cada privilegio.
- Calcule cuanto ganaría en un día. Se sugiere que dos tercios de las fichas diarias deben ser gastadas en sus privilegios diarios típicos, pudiendo ahorrar para acceder a las recompensas especiales en la lista.
- Dígale que puede ganar fichas de bono cuando realiza la tarea de buena manera, amable, agradable y rápidamente.
- Y que las fichas sólo se ofrecerán por las tareas que se realicen luego de la primera petición.
- Asegúrese de ser generoso con las fichas esta semana y ofrézcalas por cualquier comportamiento apropiado, no importa cuán pequeño sea.

Nota: Esta semana no le quite fichas al niño por mal comportamiento. Puede hacer esto cuando su terapeuta le indique, pero de lo contrario las fichas deben usarse SOLO como recompensa durante esta semana, no retirarse a manera de castigo.

B. El programa de puntos.

Recomendable para niños mayores de 8 años.

Se utiliza el mismo concepto que para el sistema de fichas, con ciertas modificaciones:

- Tome un cuaderno y divida las hojas como una libreta de ahorros, con cinco columnas para las siguientes:

fecha	ítem	Depósito	Retiro	Balance

- Cuando el niño es recompensado con puntos escriba la tarea bajo “ítem” y la cantidad como un “deposito”.
- Súmelo al “Balance” del niño.
- Cuando compra un privilegio con sus puntos, escriba el privilegio bajo “ítem”, coloque esta cantidad en la columna de “retiro” y deduzca esta cantidad al “balance”.
- Utilice números mayores que en el programa de fichas, generalmente usamos: 5 a 25 puntos por las tareas diarias.
- Hasta 200 puntos por las tareas que requieran mayor esfuerzo.

Recuerde no quitar puntos durante la primera semana.

C. Consejos para la implementación del sistema de puntos o fichas.

I. ¿Para qué sirven las recompensas?

Manuel, padre de un niño hiperactivo, explica en la primer consulta: “yo noto que mi paciencia varía mucho dependiendo de cómo me fue durante el día en mi trabajo. Algunas veces llego después de un buen día y encuentro a Lucas peleando con el hermano. En esos momentos recuerdo que él es hiperactivo, que por ese motivo está realizando tratamiento y que necesita que lo contenga; entonces los separo y lo llevo a hacer algo conmigo. Pero me pasa que otras veces tuve un mal día llego cansado a casa y me encuentro con un caos y los chicos peleándose. Entonces exploto, termino gritándoles, castigándolos y discutiendo con mi esposa”

El objetivo del sistema de puntos y fichas es:

- Incorporar reglas más claras.
- Permitirles a los niños anticiparse a las consecuencias de sus conductas.
- Incrementar la motivación para cumplir con los mandatos parentales.

II. ¿Por qué debo recompensar a mi hijo?

Ernesto, padre de un niño hiperactivo y desafiante, refiere en consulta “Yo tengo tres hijos y el que siempre se niega a obedecer es el menor. En cambio los dos mayores son serviciales y obedientes. ¿Por qué tendría que recompensar al menos

por algo que debería hacer de todos modos? Creo que sería injusto para los hermanos”.

Hay que entender que:

- Todos los padres utilizan premios y castigos.
- Cuando los hijos cumplen con sus responsabilidades les otorgan beneficios.
- Se los retiran cuando no cumplen con ellas.
- Suele pasar que por esto ocurre de modo irregular, y en ocasiones hasta contradictorio.
- Algunos niños requieren ciertas adaptaciones por parte del entorno.

PASOS 5 Y 6

¡TIEMPO FUERA! (TIME OUT)

A. **¿Cómo implementarlo? Primero:**

- Dé una orden en un tono de voz agradable pero firme.
- Cuente en voz alta, al revés, del 1 al 5 (Más tarde le pediremos que sólo cuente en silencio).

Si no ha comenzado a obedecer:

- Establezca contacto visual directo con el niño.
- Alce la voz lentamente.
- Adopte una postura firme y diga: “! Si no (Haces lo que te pedí) entonces vas a ir a sentarte en aquella silla!”.
- Una vez que haya hecho esta advertencia, cuente nuevamente del 1 al 5 en voz alta.
- Si el niño no ha comenzado a obedecer durante estos 5 segundos, entonces dígame “! No hiciste lo que te pedí, así que debes ir a la silla!” y llévelo.
- Debe ir a la silla inmediatamente, sin importar las promesas que pueda hacer.
- Coloque al niño en la silla y dígame firmemente: “! Te quedas ahí hasta que te diga que te levantes!”. Puede decirle que usted no regresará a la silla hasta que se calme.
- No discuta con su niño mientras está en tiempo-fuera.
- Ninguna otra persona debe hablarle durante este tiempo.
- Asegúrese de no perderlo de vista mientras está en la silla.

B. ¿Cuánto tiempo deberá permanecer en la silla?

Depende del cumplimiento de tres condiciones:

1. El niño deberá cumplir una “**Sentencia mínima**”.
Puede ser de alrededor de 1 a 2 minutos por cada año de edad.
Use la regla de 1 minuto para comportamiento inapropiado leve o moderado, y la regla de 2 minutos para comportamiento que sea grave. Así, un niño de 6 años deberá permanecer al menos 6 o 12 minutos en la silla dependiendo de la gravedad de la falta cometida.
2. Deberá estar calmado una vez que haya cumplido la sentencia mínima.
En caso de seguir haciendo berrinches, el tiempo se prolonga hasta que se tranquilice.
3. **Debe acceder a realizar lo que se le pidió que hiciera.**
Una vez que se haya calmado por unos segundos, si no accede a hacer el mandato que se le dio originalmente, deberá continuar en la silla. En caso que se lo haya enviado a la silla por haber cometido una falta que no pueda corregir, deberá prometer no volver a hacerlo.

C. ¿Dónde debe colocarse la silla?

Debe colocarse lejos de la pared para que no pueda patearla mientras está sentado.
No debe haber objetos cerca que puedan usarse para jugar.
No se debe permitir que vea televisión desde la silla.
La ubicación debe ser tal que los padres puedan observarlo mientras continúan con sus actividades, sin tener que quedarse parados delante de él.

D. Preparación para el uso del tiempo afuera.

La primera semana será probablemente la más difícil.
En los primeros días pueden incrementarse las rabiets del niño debido su resistencia a permanecer en la silla.
Aclare sus dudas antes de comenzar.
No lo implemente hasta no estar seguro.
Es necesario implementarlo con rigurosidad al comienzo.
Puede que algunos padres tengan reparos en la implementación.

¿No afectará su autoestima o nuestra relación?

En una consulta una madre dijo: “yo no estoy convencida de implementarlo con mi hijo, porque me parece que va a afectarle la autoestima”. Al indagar sobre el modo en que frecuentemente resolvía los conflictos con el niño, pudo constatar que ante los berrinches se producían escaladas de violencia, con una serie de gritos en los que ambos se decían cosas hirientes, y en ocasiones terminaba con el castigo físico.

Es necesario desmitificar el uso del tiempo fuera.

Simplemente se trata de un retiro de refuerzo.

Adquiere valor tan solo por lo que el niño se pierde de hacer en ese momento.
Suele disminuir las escaladas de agresiones.
Evita el circuito de gritos que en ocasiones termina en castigo físico.
Generalmente, luego de la primera o segunda semana, el niño acepta ir a la silla sin ofrecer resistencia.
Se evita a largo plazo una serie de situaciones que podrían deteriorar los vínculos y la convivencia.

E. Estrategias de los niños para evitar el tiempo afuera.

1. pedir ir al baño, bajo amenaza de orinarse en la silla.
 - En nuestra experiencia esto jamás ha pasado.
 - Explíquese que podrán ir una vez que se cumpla los tres requisitos para salir de la silla (ver más adelante).
2. Decir que no quiere más a los padres y otros reproches.
 - Algunos padres se sienten afectados por este tipo de comentarios, pudiendo generarles mucha culpa.
 - Estos comentarios suelen ser manipulativos o estar relacionados con momentos de gran activación emocional.
3. Moverse, correr la silla, patear los objetos que hay alrededor.
 - Estas conductas son tomadas como abandono de la silla e implican comenzar con el tiempo nuevamente.
4. Quejarse de enfermedad, dolores o ganas de vomitar.
 - Es recomendable ignorar estas manifestaciones, a menos de que haya evidencia de enfermedad o malestar previo al uso de la silla.
 - Ningún niño ha contraído enfermedades por permanecer sentado en una silla de su casa.
 - Una vez que los niños descubren que esta estrategia no llama la atención de los padres, suelen dejarla de lado.
5. Quejarse de tener hambre o sueño.
 - Esto suele darse cuando los padres tienen dificultades para que el niño se siente a comer, o a la noche para que se vaya a dormir.
 - Es recomendable que permanezca en la silla hasta que se hayan cumplido las tres condiciones. Aún al costo de que coman o se acuesten un poco más tarde.
6. Negarse a abandonar la silla una vez que se cumplieron los requisitos. “Ahora no me voy, me quedo todo el tiempo que yo quiera”.
 - En este caso se recomienda iniciar nuevamente el período de tiempo fuera.
 - Lo importante es que sólo finalice cuando los padres lo decidan.

F. Utilización del tiempo fuera con niños agresivos

Resistencia física:

Algunos de los padres temen por la resistencia física que pueda oponer el niño, especialmente cuando son un poco más grandes. Frecuentemente la madre teme hacerlo, ya que el niño puede presentar más resistencia con ella que con el padre.

Susana, madre de Nicolás de 10 años refiere “Nico es muy distinto cuando está conmigo que con el padre. Cuando está conmigo me insulta, le pega a la hermana y me desobedece cuando lo reprendo. Yo lo amenazo con que le voy a contar al padre cuando llegue del trabajo, pero ni siquiera así lo puede controlar. En cambio llega el padre no se anima a hacer todo eso, porque le tiene miedo. Me imagino que si estoy sola y lo quiero poner en la silla lo voy a tener que correr por toda la casa”.

En estas situaciones es recomendable que:

- Al principio la madre utilice el tiempo fuera sólo en presencia del padre.
- Cuando se sientan más segura intente implementarlo sola.

PASO 7

MANEJO DE LOS NIÑOS EN LUGARES PÚBLICOS.

Muchos padres de niños desafiantes experimentan dificultades cuando salen con sus hijos. Ir a la casa de familiares, restaurantes o supermercados puede ser caótico. Esto lleva a que eviten dichas situaciones, distanciándose y aumentando el aislamiento.

Para revertir esta situación se recomienda implementar los siguientes pasos:

Anticípese
IncentíVELO
Adviértalo
Planifique

A. **ANTICIPÉSE.** Establezca las reglas antes de entrar al lugar.

Intente despreocuparse de lo que pueda pensar o decir la gente acerca de la interacción con su hijo y focalice en anticiparse y manejar su comportamiento. Dé dos o tres mandatos claros en la puerta, y pídale que los repita. “Ahora vamos a entrar al supermercado. Quiero que no corras, no pidas y no te pelees con tu hermano. ¿Qué tienes que hacer?”.

B. **INCENTIVELO.** establezca un incentivo para que el niño obedezca
“Si me obedeces vas a ganarte X fichas o puntos”

C. **ADVIÉRTALE:** Establezca las consecuencias negativas por la desobediencia.

En casos leves podrá restarle puntos o fichas. Para conductas más severas

podrá implementar **EL TIEMPO FUERA EN EL LUGAR PUBLICO**: elija un sector que sea tranquilo y medianamente aburrido. Dígale que en caso de desobedecer deberá hacer el tiempo fuera parado en ese lugar. El tiempo puede ser menos que en su hogar ya que son más atractivos los estímulos que se pierde estando en un lugar público.

En caso que se niegue a hacer el tiempo fuera en el lugar público, podrá hacerlo en el auto.

Raramente es necesario implementar el procedimiento, la advertencia suele ser suficiente.

D. PLANIFIQUE: Ofrézcale a su niño una actividad para realizar.

Una situación aburrida es un caldo de cultivo para problemas de conducta.

Por ejemplo:

- Viajes largos en auto.
- Salas de espera en consultorios
- Esperar a que sirvan la comida en un restaurant.
- Compras en el supermercado.

Todas estas situaciones suelen generar dificultades. Por ese motivo se recomienda:

- Llevar juguetes
- Hojas y lápices para dibujar
- Encomendar tareas entretenidas para que realice
- Buscar ciertos productos, comparar los precios, etc.

En resumen:

Evite que se aburra manténgalo entretenido.

PASO 8.

Estrategias para mejorar la conducta escolar desde la casa: Tarjetas de informe diario escolar.

A. ¿Por qué es importante trabajar con la escuela?

Mucho de los niños que presentan conductas desafiantes en el ámbito del hogar, También suelen tener dificultades conductuales en la escuela. De hecho, gran cantidad de consultas son promovidas por los reclamos y preocupaciones de los docentes y autoridades de la institución escolar.

B. ¿Por qué es más complejo el trabajo en la escuela?

Desafortunadamente, la intervención y modificación de conductas desplegadas en este ámbito suele ser más difícil debido a que:

- Es más complejo administrar disciplina en el aula, ya que son muchos niños.
- Los maestros no cuentan con las mismas herramientas que los padres para recompensar o desalentar las conductas de los niños.
- Los padres tienen menor incidencia en este ámbito, ya que no están presentes cuando se despliegan las conductas desafiantes.
- En ocasiones se enteran luego de que el niño ha tenido gran cantidad de problemas y son citados o reciben notas en el cuaderno de comunicaciones, cuando “la gota rebalsa el vaso”. En esos casos suelen hacer reprimendas o castigos que carecen de efectividad por ser a destiempo. “¿Cómo puede ser Valentín? Me llego una citación al colegio porque parece que la semana pasada no paraste de pelearte con tu compañero de banco. Ni sueñes que vas a salir este fin de semana”.
- Por lo general los niños no suelen comentar demasiados detalles de su comportamiento en la escuela. Diálogos como el siguiente son muy frecuentes:
Madre: ¿cómo te fue hoy en la escuela?
Hijo: Bien.
Madre: Bueno, pero cuéntame que hiciste.
Hijo: no sé. No me acuerdo.
- Incluso cuando los padres tienen la posibilidad de comunicarse con los docentes, suelen llevarse una impresión global de la conducta del niño. “Se porta bien, o se porta mal”. Esta información no tiene demasiada utilidad, ya que si nos informan que se porta mal, no especifican cuales son las conductas inadecuadas, ni cuáles son las conductas positivas que también están presentes.

C. ¿Qué utilidad tienen las tarjetas de informe diario?

Ante estas dificultades, las tarjetas de informe diario de la conducta escolar intentan cumplir los siguientes objetivos:

- Aumentar la influencia parental sobre las conductas del niño en la escuela.
- Hacer extensivo el sistema de puntos y fichas a la escuela.

- Mejorar la comunicación entre los docentes y los padres.
- Requieren poco tiempo y esfuerzo para ser completadas por parte de los docentes.
- Brindar a los padres y profesionales tratantes información específica y detallada sobre comportamientos tanto positivos como negativos.
- Darle a los padres la posibilidad de intervenir tempranamente ante las dificultades, motivando y sugiriéndoles a sus hijos estrategias alternativas de afrontamiento.
- Poder cuantificar y evaluar durante un periodo de tiempo la evolución de la conducta del niño.

D. ¿Cómo implementarlo?

1. Se realiza una tarjeta, la cual consta de:
Una columna donde se explicitan las conductas esperadas del niño y otras columnas donde se pone el puntaje obtenido.
2. Luego la maestra la completa utilizando una puntuación que podría ser la siguiente:
1=excelente, 2=bueno, 3=regular, 4=pobre, y 5=muy pobre.
3. Estos puntajes podrían ser incluidos en el sistema de puntos o fichas, por ejemplo del siguiente modo:
1=5, 2=3, etc.
4. Finalmente el niño podrá canjear estas fichas por beneficios, al igual que las fichas obtenidas por el resto de sus tareas
A la hora de seleccionar las conductas que serán incluidas dentro del informe, se recomienda consensuarlo con la maestra, tratando de ser lo mas específicos posibles. Algunos ejemplos, utilizados especialmente con niños hiperactivos, son los siguientes:
 - Participa en clase
 - Completa la tarea
 - Se lleva bien con los compañeros
 - No empuja ni pega.
 - No carga ni molesta
 - Obedece a la maestra
 - Permanece callado cuando corresponde
 - Permanece sentado cuando corresponde
 - No realiza berrinches
 - No abre la puerta ni se baja del transporte cuando no corresponde.

Dependiendo de dónde se manifieste el conflicto principalmente, se puede realizar una tarjeta para:

- El aula
- El recreo
- El transporte escolar

Se recomienda que en principio la maestra complete una tarjeta cada día y la envíe junto al cuaderno de comunicaciones del niño.

A continuación se muestra un ejemplo de tarjeta como las que se propone en (M.

Reinecke, F. Datillio & A. Freeman, 2000). Esta puede ser completada sólo por el profesor cuando se la quiere utilizar para incentivar al niño, pero también puede ser completada por el niño y premiarlo cuando coincide con la evaluación del profesor, para aumentar el grado de registro que el niño tiene sobre su propia conducta.

A continuación se presenta una tarjeta de informe diario para ser completada por los maestros. Siguiendo el modelo recomendado por R. Barkley

Ver tarjeta de informe diario escolar en el anexo # 4.

En esta versión se evalúan diariamente junto a la docente a lo sumo en tres grupos de conductas concretas. Se colocan en los ejes verticales correspondientes a cada día un icono representando una carita correspondiente a la adecuación del comportamiento: Feliz, regular o triste. De acuerdo a los resultados, los padres podrán reforzar diariamente al niño, apoyando a la docente en el monitoreo de la conducta escolar.

Ejemplo:

Conducta	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Copió del pizarrón					
Silencio en Clase					
Hizo caso					

A continuación, le ofrecemos un modelo tarjeta – registro en blanco para ser completada diariamente por el/la docente.

Ver tarjeta en el anexo # 5.

PASO 9

Manejo de futuras dificultades en el comportamiento

El programa de entrenamiento a padres cuenta con un alto índice de eficacia. No obstante, los estudios, al igual que nuestra experiencia clínica, indican que en una importante cantidad de casos se producen recaídas. Esto tiene diversas explicaciones.

Mientras los niños crecen, modifican sus conductas existiendo la posibilidad de que ciertas conductas se mantengan, en las mismas o en distintas situaciones, así como también pueden aparecer nuevas conductas problema.

Lamentablemente muchos padres al ver la mejoría de sus hijos, ya dejan de lado las estrategias y herramientas dadas en el programa, y esto genera que también los hijos vuelvan a realizar conductas que ya fueron modificadas.

Pueden existir recaídas por parte del niño, en diferentes situaciones tales como: crisis maritales, económicas, enfermedad, muerte de un familiar o animal querido, afectando su sintomatología.

Esto no implica que se vuelva de cero, simplemente tenemos otra oportunidad para

Por ese motivo recomendamos las siguientes estrategias para prevenir las recaídas:

Registre y anote: cuales son los problemas de conducta que su hijo presenta, así como la estrategia que usted utiliza para manejarlos. Preste especial atención a aquellas situaciones que se repiten varias veces, en las que fallan los intentos de solución.

Revise si ha vuelto a alguno de los viejos hábitos, tales como:

- Repetirle demasiadas veces las órdenes.
- Darle varios mandados a la vez.
- No monitorear que las mismas sean llevadas a cabo.
- No cumplir con las amenazas o promesas de beneficios.
- No mirarlo a los ojos.
- No prestarle suficiente atención y elogios por sus esfuerzos realizados.
- Abandonar prematuramente el sistema de puntos o fichas o no incluir en él los beneficios que realmente incentivan al niño.
- No implementar adecuadamente el tiempo fuera. No monitorear su cumplimiento o no llevarlo a cabo para evitar confrontaciones.

En estas situaciones usted puede:

- A. Revisar los apuntes y folletos del programa, intentando implementarlos del modo que lo habían hecho previamente.
- B. Comunicarse con el terapeuta para pautar sesiones de refuerzo o eventuales intervenciones complementarias.

Estrategias complementarias

A. Contratos

Son frecuentes los malentendidos entre los niños o adolescentes y sus padres a la hora de hacer tratos, por ejemplo:

Madre: Te dije que si llegabas después de las 10 te ibas a quedar sin salir el fin de semana siguiente. Lo hubieses pensado antes.

Hijo: No me dijiste eso. Me dijiste que trate de llegar temprano. Yo llegué a las 11, y para mí eso es temprano.

Esta clase de malentendidos suelen generar un incremento en las discusiones y deterioro en las relaciones. Por otra parte, como dice el aforismo: “a las palabras se las lleva el viento”.

Para evitar esto una herramienta que en ocasiones ha demostrado ser útil, es el diseño de contratos conductuales, en las que ambas partes se comprometen a cumplir con su responsabilidad y aceptar las consecuencias.

Al igual que en el resto de las estrategias, será indispensable ser lo más concreto posible a la hora de definir las conductas que se deseen obtener, de modo tal que se eviten discusiones acerca de la interpretación.

A continuación se presenta un modelo posible de contrato.

Modelo del contrato en anexo #6.

Los contratos deben ser a corto plazo, con metas realistas y las conductas claramente definidas.

Modelo para resolver conflictos interpersonales

¡EPA!

Los problemas ocurren porque tenemos visiones y conceptos diferentes en el momento de ver u opinar sobre alguna situación.

Por este mismo motivo debemos de pensar en las opiniones de las otras personas por lo tanto necesitamos no imponer nuestra orden o forma de pensar. La solución es negociar y llegar a acuerdos.

Si usted lo hace, le enseñará a su hijo a hacerlo.

¡EPA!

¡Conflicto a la vista!

Cuando se da cuenta que hay conflicto en puerta, dígame “¡E.P.A!” a sí mismo, prepárese a resolverlo y recuerde que toda negociación se da a partir de tres etapas:

- E. Mostrar **EMPATÍA**.
- P. Decirle al otro cual es nuestro **PROBLEMA**.
- A. Proponer junto al otro, **ALTERNATIVAS** de solución.

1. Empatía.

- Póngase en el lugar de su hijo, pídale que le explique su visión, compéndalo y expréselo verbalmente.
- Imagínese qué siente el otro en esta situación (enojo, tristeza, frustración, etc.) y por qué razón.
- Dígame que **Ud. entiende** que él está sintiendo eso y por qué cree que puede ser.

Ejemplos:

“**Me doy cuenta** que te molesta que no te salgan bien las cosas que quieres hacer”.

“**Entiendo** que a vos te enoje el que te tengas que quedar en casa de tus abuelos”

“**Creo que** molesta que yo haga esta clase de cosas contigo” (Greene, R. & Stuart Ablon, J. 2006).

Si se tranquilizó, vea el siguiente paso.

2. Problema

A. Describa lo que siente en primera persona.

No culpabilice a otro.

No use “etiquetas” (me haces enojar, eres un inútil, eres un...).

Ejemplos:

“Ocurre que **a mí** me molesta que...”

“**Me** entristece que...”

“**Me** molesta que...”

“**Yo** necesito...”

“Para **mí** es importante...”

B. Exprese su inquietud / problema / necesidad en forma de conductas concretas, específicas y localizadas que el otro pueda entender:

Ejemplos:

“Llegues tarde a casa”

“Se te acumulen los deberes y sea cada vez más difícil”

“No prestes atención cuando te digo que levantes la mesa”

Hágalo en tiempo presente. El pasado no se puede cambiar. Focalícese en lo que ocurre aquí y ahora.

No abrume con una larga lista

Una cosa por conversación.

Tampoco use etiquetas o características globales (“Tu egoísmo” “tu ociosidad”)

Lo que queremos que el otro cambie son, al fin y al cabo, conductas concretas que nos molestan.

C. Invite a su hijo a que le exprese su problema, necesidad o inquietud.

Si comete los errores respecto a los cuales lo habíamos alertado, intente correrlo de ese lugar y focalizarlo en los problemas que le molestan o inquietan aquí y ahora.

Ejemplos:

“Cuando me dices que soy malo, a mí no me sirve, no te entiendo: ¿Qué conducta exactamente te molesta?”

“El pasado no se puede cambiar conversemos, y veamos las cosas que nos molestan en este momento”

“Si me dices que soy una inútil me enojo y se me van las ganas de escucharte. Quiero resolver esto: dime exactamente que conducta te molesta”

La idea es que ambas personas en conflicto pongan sus respectivos

3. Alternativas

Pídale que proponga alternativas, que puedan conformar a los dos. En lugar de imponer la suya, invítelo a pensar juntos, haciendo de esta forma más asimilable las soluciones.

Ejemplos:

- “¿Cómo podemos solucionarlo?”
- “¿Qué podemos hacer?”

Escuche respetuosamente.

No critique apresuradamente.

Tome nota mental.

¿Si no se le ocurren alternativas?

Puede sugerirlas pidiéndole su opinión de las mismas:

- “Me gustaría mejor si aunque sea, estudies media hora por día”
- “Cuando ves que llegas tarde, ¿te molestaría llamarme 20 minutos antes?” “¿Qué te parece?”

¿Si tiene reservas?

Puede expresar su reserva en la forma que hemos descripto en la fase 2, (problema)

- “Entiendo que a vos te guste que te de la plata para el internet antes, pero prefiero dártela después de que hagas la tarea, para evitar malos entendidos”
- “Los días de semana no me gusta que salgas ¿se te ocurre otra forma de solucionarlo?”

Si han llegado a un acuerdo, pueden comprometerse mutuamente a intentar los cambios propuestos.

Puede llevar tiempo de aprendizaje o pequeñas correcciones.

Aspectos a tener en cuenta y soluciones de emergencia

- La negociación necesita una temperatura emocional adecuada.
- Evite acumular asuntos pendientes.
- Evite las expectativas exageradas.
- Sáquese de la cabeza ideas inútiles:
 - A él le tendría que nacer (o salir de adentro, entenderme).
Ponerse en el lugar del otro y negociar requiere un esfuerzo consciente.
 - ¿Por qué yo tengo que empezar a cambiar? ¿Él no puede hacer un esfuerzo?
Al consultar a su terapeuta y/o al leer el libro, usted es la persona más capacitada para entender que hay un problema e iniciar los cambios.

Al repetir estas estrategias ante los conflictos, su hijo se mostrará abierto a aprender.

Indirectamente, le estará enseñando a negociar y a resolver problemas juntos.

(Barkley, R. A., & Benton, C.M. 2000).

CONCLUSIÓN

Es de suma importancia el trabajo conjunto entre padres y profesionales durante el proceso de tratamiento del paciente, ya que los padres conforman un pilar fundamental en la forma de crianza, normas, reglas y límites que el paciente tiene, por este motivo debe existir un cambio familiar y no solamente individual, ya que la forma de crianza de los padres influye en el comportamiento de los hijos. Si el cambio se da desde la crianza el comportamiento del paciente cambiara positivamente.

Un programa de modificación de conductas y aprendizaje de estrategias para manejar al niño, ayuda a los padres a mejorar la competencia y habilidades parentales para superar los problemas del comportamiento del niño, saber las causas del comportamiento infantil inadecuado y mejorar la aceptación por parte del niño de las órdenes y reglas dadas por los padres.

CAPÍTULO III

3.1.-INSTRUMENTOS, PROCESO Y DIAGNOSTICO DE LOS CASOS

3.1.1. - INSTRUMENTOS

3.1.1.1. -ECI (Early Childhood Inventory)

Es un cuestionario que se basa en los criterios dados por la Asociación Americana de Psiquiatría (1994) y que están publicados en el Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM IV) 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 temprana infancia.

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 convivencia familiar, como son el dormir, la comida y síntomas de comportamientos problemáticos de inicio temprano, observados en el hogar. A excepción de estos ítems, ambas versiones mantienen 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 ítems 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 determinando 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 (puntuación mínima para ser considerado como trastorno). Un síntoma no se considera de importancia si se ha calificado como “nunca” ocurre o “a veces” ocurre, en estos casos la puntuación es cero. Si ha sido calificado como “a menudo” o “muy a menudo” su puntuación es de 1 y se considera de relevancia para el diagnóstico.

El DSM IV especifica el número de ítems que debería estar presentes para garantizar un diagnóstico y ésta es la base para el punto de corte. Así se consideran casos clínicos todos los que obtengan una puntuación igual o superior al punto de corte.

- **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.

- **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. 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

- **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

- **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 Animo.**

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.**

Contiene 4 ítems y la presencia de dos de ellos durante más de un mes es suficiente para el 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: Trastorno Generalizado del Desarrollo**

Es la última categoría y el diagnóstico se realiza si tiene 6 o más de los ítems marcados por el padre o maestro. **Modelo de ECI en anexo #7.**

3.1.1.2 Observación

La observación podría definirse como la percepción atenta sobre algún fenómeno de la realidad a través de los sentidos sensoriales con la finalidad de llegar a un conocimiento significativo de esta.

La observación que se realiza es la observación sistemática, y con ella podemos medir una serie de parámetros de conducta (duración, intensidad, frecuencia,...) en unas circunstancias de lugar, tiempo y situación.

La observación sistemática se hace utilizando técnicas de registro como pueden ser los protocolos de anotaciones.

La observación científica es aquella que utiliza hipótesis expresas y manifiestas, a pesar de que se puedan obtener observaciones científicas por azar o no conexionadas con objetivos de investigación.

El principal objetivo de la observación es la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista, con la preocupación de evitar y precaver los errores de la observación que podrían alterar la percepción de un fenómeno o la correcta expresión del mismo. En tal sentido, el observador se distingue del testigo ordinario, ya que este último no intenta llegar al diagnóstico, además son muchos los sucesos que le pasan desapercibidos.

Fases del método observacional.

Coinciden con las de la investigación científica en general, puesto que se trata de una secuencia de actividades destinadas a ampliar el ámbito de nuestros conocimientos.

Formulación de un problema.

En muchos estudios, se parte de un periodo de observación exploratorio para llegar posteriormente a una sistematización en donde todo esté planificado. La observación exploratoria trata de especificar mejor el problema y las variables que resultan relevantes, también nos indica cómo organizar el proceso y que puede ser observado.

Recogida de datos y registro.

Se puede realizar mediante un modelo de recolección de datos, o preguntas acerca de lo más relevante de la vida del paciente.

Análisis e interpretación de los datos observacionales.

Nos aporta resultados útiles en cada estudio, bien porque extraigamos una conclusión satisfactoria, o bien porque al resultarnos negativas, nos estimulen a un nuevo replanteamiento del problema y, a la formulación de nuevas hipótesis.

Comunicación de los resultados.

Informan de los hallazgos a cualquier persona que se interese por el trabajo realizado, y a la que podrán estimular e inspirar en su continuación. (La forma exacta en que dicha comunicación se realiza la veremos posteriormente en el punto “comunicación entre científicos”).

Las Ventajas de la Observación

- Hace posible obtener la información tal y como ocurre.
- Nos permiten conocer muchas formas de conducta que son consideradas sin importancia por los sujetos observados (segunda naturaleza), mientras que son percibidas por los observadores.
- Las investigaciones que se ocupan de sujetos (niños, animales, ..) que no pueden proporcionar informes verbales por la sencilla razón de que no pueden hablar, debiendo utilizar necesariamente la observación como método de recogida de datos.
- Se pueden realizar en casos donde exista una resistencia a la investigación por parte de los sujetos. Aunque la observación no puede superar siempre tal resistencia, implica menos la cooperación activa por parte de los sujetos observados.

Fases de la observación sistematizada.

Según Fraisse (1970) son cuatro:

1.- La observación que permite descubrir los hechos de estudio y conocerlos con precisión.

2.- Establecimiento de hipótesis sobre las relaciones que puedan existir entre los hechos.

3.- Verificación de las hipótesis.

4.-Elaboración de los resultados y sus interpretaciones.

La tercera fase constituye el proceso de observación científica, propiamente dicho. Este es el momento clave que marca la diferenciación existente entre observación y experimentación, el de la verificación de las hipótesis.

3.1.1.3.-TEST DE LA FAMILIA. (Font, 1978)

Se trata de una prueba de personalidad que puede administrarse a los niños de cinco años hasta la adolescencia. Su uso e interpretación de los principios psicoanalíticos de la proyección, ya que posibilita la libre expresión de los sentimientos de los menores hacia sus familiares, especialmente de sus progenitores y refleja, además, la situación en la que se colocan ellos mismos con su medio doméstico (Vilches, 1987).

Es un test gráfico, por lo tanto proyectivo, donde el examinado proyecta su subjetividad incluido en el contexto de la familia, donde aparecen sus fantasías, deseos y temores en relación a la dinámica vincular. Además de su propia ubicación.

Análisis. Criterios básicos

- Conducta general del sujeto en relación a la tarea y el entrevistador y el plano gráfico.

De la realización De la tarea: gestos, comentarios, actitud, etc., vínculo transferencial, etc.

2.- Plano gráfico se refiere al aspecto grafológico del dibujo que incluye

Las pautas formales:

Emplazamiento, características del trazado, ubicación, tamaño y la secuencia.

Personajes incluidos:

Adiciones y omisiones En algunos casos la dificultad de definir los componentes del grupo tiene relación con el período evolutivo o situaciones de cambio dentro del grupo.

Características individuales de las figuras.

Por la complejidad de la tarea en ocasiones disminuye la calidad, por lo que hay que atender a un análisis comparativo entre figuras a fin de observar las similitudes y/o diferencias en su tratamiento gráfico. Observar si hay adecuada diferenciación de género, edad, rol o son una multiplicidad de figuras similares a las que sólo las diferencia el nombre asignado. El tercero tiene que ver con la interpretación de lo verbalizado respecto de lo graficado que responde a una serie de preguntas que le hacemos. También atendemos a la concordancia o no entre lo graficado y lo verbalizado

3.1.1.4.-TEST PERSONA BAJO LA LLUVIA. (Paz, 2007).

El test de persona bajo la lluvia permite evaluar aspectos de la personalidad del examinado su imagen corporal y su reacción frente a un elemento amenazante como lo es la lluvia que puede ser indicador de presiones ambientales.

CONSIGNA: “Dibuje una persona bajo la lluvia”. Luego se le pide una historia sobre lo que dibujó, que le ponga un nombre y edad al personaje. Es importante para evaluar la coherencia entre el dibujo y el escrito.

El test de persona bajo la lluvia es aplicable a individuos de cualquier edad, es importante que mantenga la hoja en la posición inicial en caso de no hacerlo puede ser indicador de conductas de oposicionismo, rechazo a cumplir órdenes, etc.

¿Qué aspectos evalúa el test de persona bajo la lluvia?

1. Evaluar las ansiedades, temores, conflictos
2. Evalúa mecanismos defensivos predominantes la efectividad de los mismos o su patología
3. Niveles de ansiedad.
4. Evalúa la estructura psicológica subyacente

Análisis del test de persona bajo la lluvia

Análisis formal

Se tomaran en cuenta las dimensiones del dibujo

PEQUEÑO: timidez, desvalorización, inseguridad, temor, retraimiento, sentimiento de inferioridad, inadecuada percepción de sí mismo (baja autoestima).

GRANDE: necesidad de ser reconocido, de mostrarse. Índice de agresividad. Exageradamente grande: pobres controles internos ideas de grandiosidad (encubren sentimientos de inadecuación, ideas maníacas)

Ubicación del dibujo de persona bajo la lluvia en la hoja (emplazamiento)

DERECHO: empuje, ambición, optimismo, euforia, fácil comunicación, confianza en el futuro (conflictos u obstáculos que él mismo crea).

IZQUIERDO: pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, lo traumático, lo no resuelto.

INFERIOR: apegado a lo concreto con tendencias instintivas.

FIGURAS UBICADAS AL BORDE E INCONCLUSAS: pérdida de contacto con la realidad. Hundimiento por depresión, enfermedad orgánica o adicción.

SUPERIOR: agilidad, euforia, nobleza espiritual y actitud idealista.

CENTRADO: Individuo adaptado con control de si mismo reflexivo

Trazo

Es muy importante fijarse en el trazo que realice el investigado, lo esperado es que sea armónico.

Análisis de contenido del test persona bajo la lluvia

1. La orientación del dibujo izquierda o derecha o centrado, de frente, de perfil
2. Los detalles
3. Características de la vestimenta
4. Características del paraguas y la lluvia.

3.2.- Evaluación

Según definición de Fernández Ballesteros (1983), la Evaluación Psicológica:

"es aquella disciplina de la Psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios), de un sujeto o de un grupo de sujetos determinado, en su interacción recíproca con el ambiente físico y

social, con el fin de describir, clasificar, predecir, y, en su caso, explicar su comportamiento".

La evaluación o Psicodiagnóstico es el paso previo para construir la intervención o tratamiento psicológico ante un trastorno clínico.

Objetivos de la Evaluación

1- Conocer las causas y factores que intervienen en el origen, desarrollo y configuración del problema. Identificar los factores de riesgo en su entorno familiar-escolar y social.

2- Conocer el desarrollo psicobiológico del niño. Cuáles son los signos, síntomas, síndromes o enfermedades que presenta o ha presentado. Para ello es necesaria la recogida de datos mediante la entrevista y cuestionarios al efecto pasado a los padres. Deberán también solicitados aquellos informes médicos u psicológicos relevantes que hayan sido efectuados hasta la fecha.

3- Formular el juicio clínico en base a los datos obtenidos: Psicodiagnóstico.

4- Preparar y aplicar el plan de Intervención (Tratamiento).

Características específicas, evaluación niños:

El problema se evaluará teniendo en cuenta que los adultos forman, en menor o mayor grado, parte de la génesis, evolución y mantenimiento del problema, por tanto, su forma de afrontar el problema va a condicionar el proceso diagnóstico y de intervención psicológica. A menor edad, mayor necesidad de recurrir a personas allegadas al niño para la buena marcha del proceso terapéutico.

La información que nos puede transmitir un niño es mucho más limitada. Puede tener dificultades de expresión verbal, deficiencias cognitivas, etc. También pueden aparecer miedos o distorsiones en sus explicaciones al interactuar con un adulto que no conoce.

El pronóstico evolutivo del trastorno varía en función de las diferentes edades en las que se ha iniciado el mismo, condicionando, a su vez, la gravedad y posible cronicidad de los síntomas.

Resaltar la importancia de las variables ambientales. La razón es que el niño está sometido a un mayor control por parte del entorno físico y social que el adulto, siendo, por tanto, más susceptible a estos factores. Aun cuando el trastorno tenga un componente orgánico identificado, las variables ambientales deben ser tenidas en cuenta. Hay que recordar al respecto que organismo y ambiente interactúan constantemente. A menor edad se supone mayor influencia de las variables situacionales.

Es evidente que la evaluación en niños y adolescentes deberá también hacerse con "perspectiva de futuro", es decir, el niño no tan solo se ve en su medio y circunstancias actuales, sino con proyección hacia los retos o cambios vitales a los que se enfrentará

3.3.- Tratamiento

Un tratamiento psicológico es una intervención realizada por un profesional, basada en técnicas y teorías psicológicas. En ella un especialista (psicólogo clínico), apunta a que el consultante pueda "desembarazarse" de los modos de ser desactualizados o problemáticos.

Un tratamiento psicológico tiene que ver con escuchar con atención lo que el paciente tiene por decir, para poder conocer y observar el mundo interior de la persona que consulta.

El tratamiento psicológico es aquella intervención que tiene por objetivo mejorar el estado de la persona, teniendo en cuenta sus alteraciones (físicas, psíquicas, conductuales, etc.). Por supuesto que se consideran implicados muchos factores causales, como la genética, cambios en el sistema nervioso, determinadas circunstancias en las relaciones entre personas y las condiciones ambientales. Por esto, no se excluye la combinación de un tratamiento psicológico junto con uno farmacológico.

El objetivo de un tratamiento psicológico es observar, identificar y modificar los elementos del comportamiento que generan sufrimiento. Por comportamiento se entiende:

- La conducta
- Los pensamientos
- Las emociones, los estados de animo

Dependiendo de cómo se entienda a la enfermedad y a la salud, los tratamientos son pensados de maneras distintas. Es lo que ocurre, por ejemplo, con el psicoanálisis y la teoría cognitiva. La teoría cognitiva considera que los síntomas son el trastorno mismo y es esto lo que hay que tratar. Sin embargo, desde la antigüedad el síntoma era considerado como una mera señal. De hecho, medicamente, eliminar los síntomas no constituye curar la enfermedad. Psicológicamente tampoco. Un síntoma viene a decirnos algo sobre la posición existencial de la persona ante los grandes temas de la vida: Sexualidad, Muerte, Duelos. El síntoma nos brinda información sobre ello. Y la cura, no pasa por eliminar lo que se tiene (el síntoma), sino por observar lo que se es (las identificaciones) que es lo que determina realmente la posición existencial, el argumento de vida de quien consulta.

CONCLUSIÓN

En este capítulo hemos resaltado la importancia de los instrumentos para evaluar a los niños tanto a nivel de conducta como en la recopilación de la información de los padres y en el análisis de la parte emocional de los niños a través de los test proyectivo como son el test de la lluvia y el test de la familia, el cuestionario ECI y la observación directa.

CAPITULO IV.

4.1.-PLAN DE EVALUACIÓN, ESTUDIO DE CASOS DE NIÑOS ATENDIDOS.

Para la evaluación y estudio de los casos de niños atendidos se trabajó inicialmente con la selección de los mismos:

En la escuela “La Asunción” con la colaboración del aula de apoyo se realizó la selección de niños que poseían conductas oposicionistas y desafiantes dentro de la institución.

Se obtuvo una lista inicial de 19 niños; sus padres fueron llamados a una reunión informativa del programa a desarrollarse, asistiendo un número escaso de los mismos, con quienes se expuso el trabajo a realizarse, llegando a la aprobación y compromiso de asistencia solo de 4 padres e hijos de la lista inicial.

Por este motivo nos vimos obligados a buscar otra institución educativa, la misma que fue la Unidad educativa mixta central “la Inmaculada” que al igual que en la anterior institución mediante la ayuda del aula de apoyo se seleccionó a 11 niños con estas características.

Con la lista de 15 niños que deberán asistir con sus padres, se procedió a organizar el horario de las sesiones terapéuticas.

Durante la primera sesión y mediante el cuestionario ECI (EarlychildhoodInventory) se ejecutó la selección de los niños.

Ya con la selección oficial, se trabajó en una sesión de presentación, una sesión para la aplicación de test, siendo esta batería la misma para los 15 niños: el ECI (EarlychildhoodInventory), persona bajo la lluvia y test de la familia, las 10 sesiones del programa expuesto anteriormente, y una última de cierre.

A continuación se expone los casos atendidos y el tratamiento brindado a cada uno de los pacientes.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 1

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 1. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 7 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 28 de Septiembre de 2004

ESCOLARIDAD: 3ro de Básica **RELIGIÓN:** Católica

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido a proceso terapéutico, debido a que tiene problemas en controlar su ira, no le gusta perder y si lo hace se porta mal con sus padres y amigos.

ENFERMEDAD ACTUAL:

El paciente presenta cambios de conducta desde los 6 años hasta la actualidad, no le gusta perder, siempre quiere ser líder, tiene problemas en controlar su ira, llegando al punto de tener fuertes dolores de cabeza.

Tiene una buena relación con los padres y la hermana, sin embargo es muy sobreprotegido por ellos, en especial por la madre, por eso tiene crisis de ira cuando tiene que cumplir reglas y responde impulsivamente a las figuras de autoridad.

Solo presenta estas rabietas en casa, ya que en la escuela frecuentemente recibe felicitaciones por parte de los maestros.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

En cuanto a los tratamientos psicológicos a la edad de 5 años asiste al psicólogo para una evaluación. A los 6 años asiste nuevamente a causa de su mal comportamiento y, a que no obedece a los profesores, el informe de la psicóloga fue positivo.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

El paciente 1 nace en Cuenca el 28 de septiembre del 2004, su parto fue por cesaría sin inconvenientes durante el mismo, a la edad de 1 año empezó la marcha y

al año y medio, su lenguaje, utilizó pañal hasta los 2 años, existe la presencia de enfermedades normales a su edad. Hasta la edad de 3 años el paciente se crió con los abuelos.

Presentó enuresis nocturna en el proceso de dejar el pañal. Tiene miedo a dormir solo y a los insectos.

Existe tendencia a la mentira, en cuanto a las relaciones afectivas con los padres el paciente es sobreprotegido por la madre, y esto ha generado el incumplimiento de reglas, con el padre la relación es buena, tiene una hermana mayor de 15 años, con la que tiene una buena relación.

Chantaje y actitudes de líder, no le gusta perder y si lo hace se enfurece y se comporta mal.

Practica fútbol, buen rendimiento escolar, sociable. Tiene habitación propia y su alimentación es buena.

EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ ***Apariencia y Conducta General:*** acorde a edad y sexo
- ❖ ***Funciones Cognitivas:***Buena orientación en tiempo y espacio. Buena memoria.
- ❖ ***Inteligencia, Sensopercepción y sueño:***Normal
- ❖ ***Lenguaje y Pensamiento:***
Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión. Distraibilidad y Mala concentración.
- ❖ ***Afectividad:***Alegre.
- ❖ ***Juicio:***No está consciente del problema.
- ❖ ***Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:***Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR:

Hasta la edad de 3 años el paciente pasó al cuidado de los abuelos, con los que tiene una buena relación, con el padre la relación es buena, al igual que con la hermana de 15 años, con la madre la relación es de sobreprotección.

Test de la Familia

El niño posee una autoimagen débil, problemas emocionales, como: angustia, ansiedad y depresión. Existen sentimientos de culpa y temor a la agresión física.

Hay una valoración mayor hacia el padre que es percibido como el elemento más importante de la familia. Existe una mayor valorización hacia a la hermana que hacia la madre y una desvalorización hacia el mismo.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

En el dibujo se demuestra que existe timidez, aplastamiento, autodesvalorización, inseguridad, temores, retraimiento, sentimiento de inadecuación, sentimiento de inferioridad y dependiente.

Se muestra pobreza de ideas y estrechez de criterios, Agresividad, impaciencia, vitalidad, dureza, tenacidad y obstinación.

Es un niño encerrado y protegido del mundo. Despersonalizado. Se siente amenazado por el entorno, No adaptado, no tiene libertad para actuar.

Test en el anexo # 8

HIPOTESIS DIAGNOSTICA:

El paciente presenta, un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.

TRATAMIENTO:

Con la madre se ha trabajado con los 10 pasos desarrollados por R. Barkley, brindando herramientas para mejorar la aceptación por parte del niño de las órdenes y reglas dadas por los padres, control de impulsos, habilidades sociales, resolución de problemas.

El paciente es un niño muy afectuoso e inteligente tuvo una conexión muy fuerte con los terapeutas, dando como resultado cambios rápidos, los cuales se deben mantener con las técnicas aprendidas en terapia.

Con el paciente 1 se trabajó especialmente su conducta en la casa; ya que, no tenía reglas ni normas, las cuales daban como resultado el querer que todas las personas actúen como él quería, siempre dándole gusto en todo. Cuando su Padre o Madre le decían que no, se volvía muy impulsivo, lloraba, gritaba y tenía conductas agresivas hacia los demás y hacia el mismo.

Los cambios en el paciente y en su ambiente familiar han sido positivos, logrando que el paciente controle en gran parte su ira y su comportamiento, el trabajo

en normas y reglas que se aplicó para todos los integrantes de la familia y el manejo de la ira el paciente ha aprendido a no actuar tan agresiva e impulsivamente

RECOMENDACIONES:

Se recomienda seguir trabajando en control de la ira y manejo de la frustración especialmente en casa pero con ayuda y apoyo de la institución académica.

Se sugiere que exista mayor comunicación entre los padres y la maestra, para que, cuando exista una conducta negativa en casa tenga también consecuencias en la escuela y los premios se suspendan.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 2. **SEXO:** Femenino **EDAD:** 10 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca 30 de mayo de 2001

ESCOLARIDAD: 6to de Básica **RELIGIÓN:** Católica

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido para proceso terapéutico debido a las actitudes de rebeldía, en casa y en la escuela.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Cuando la paciente tenía 1 año de edad, sus padres se separaron, la relación con el padre es distante pero buena, hasta aproximadamente 6 meses atrás que se torno distante y fría, existe una sobreprotección por parte de la madre, la paciente pelea mucho con su hermano y tiene una actitud de rebeldía desde los 6 años de edad.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

En cuanto a los tratamientos psicológicos, a la edad de 8 años se va al psicólogo por su mal comportamiento, asistiendo solo dos sesiones.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

La paciente nace en Cuenca el 30 de mayo del 2001, por cesaría, con inconvenientes ya que la madre tenía infección urinaria, a la edad de once meses empezó la marcha y a los 8 meses, su lenguaje, utilizo pañal hasta el año 3 meses, su lactancia fue hasta los dos años, existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

La paciente no duerme sola, hasta la actualidad, desde los 6 años aproximadamente empezó su mal comportamiento.

Hurto de monedas de la cartera de la madre.

Entrenaba atletismo y básquet en las tardes

En cuanto a las relaciones afectivas con los padres la paciente tiene una sobreprotección por parte de la madre, y esto a su vez está generando el incumplimiento de reglas y desobediencia hacia la misma, con el padre la relación es

bueno pero distante, debido al divorcio de sus padres cuando ella tenía 1 año de edad, hace aproximadamente 6 meses atrás la relación con el padre cambia drásticamente tornándose mala.

La relación con los hermanos es mala.

Buena relación con los compañeros, mal comportamiento, no obedece a los profesores, es sociable, tiene habitación propia, su alimentación es mala.

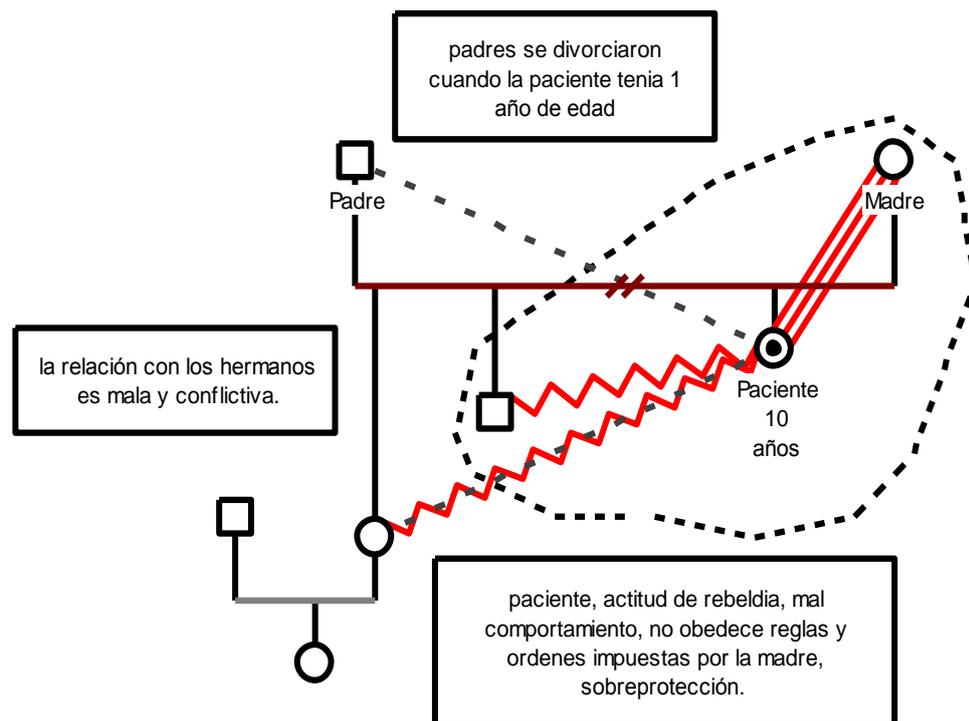
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ ***Apariencia y Conducta General:*** acorde a edad y sexo.
- ❖ ***Funciones Cognitivas:*** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio. Buena memoria.
- ❖ ***Inteligencia, Sensopercepción y sueño:*** Normal.
- ❖ ***Lenguaje y Pensamiento:*** Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ ***Afectividad:*** Alegre.
- ❖ ***Juicio:*** No está consciente del problema.
- ❖ ***Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:*** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR:

Padres divorciados cuando la paciente tenía un año de edad, la relación con el padre era buena hasta hace aproximadamente 6 meses atrás tornándose mala, distante, debido a que la paciente vive con la madre, sobreprotección por parte de la madre, tiene dos hermanos mayores, una hermana que está casada y no vive con ella, la relación es mala, al igual que con el hermano que vive con ella peleando frecuentemente.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, la paciente presenta actitudes de rebeldía hacia las figuras de autoridad como son los padres y los profesores, con los compañeros la relación es buena

En cuanto a la **Respuesta emocional**, es rebelde e impulsiva. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad. **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, gran capacidad de juego simbólico, sin inconvenientes en estas áreas.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

La paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**): puntaje obtenido 17, Desorden oposicionista desafiante (**Categoría B**): puntaje obtenido 6. Ansiedad de Separación (**Categoría D**): puntaje obtenido 5. Ansiedad generalizada. (**Categoría E**) puntaje obtenido: 2. Trastorno del Vínculo (**Categoría L**): Puntaje obtenido 2.

TEST DE LA FAMILIA

El niño posee sentimientos de indefensión, desvalorización, retraimiento, desazón, temor hacia el exterior, desconfianza, timidez.

El orden con que se dibuja a los integrantes de la familia es en primer lugar al hermano mayor, en segundo lugar a ella y en último lugar a su madre. Esto se puede interpretar con el temor que siente hacia su hermano mayor; ya que, es su figura de autoridad y el dibujarle al último a su madre, muestra su desvalorización hacia ella.

Existe la omisión al padre y a la hermana mayor, esto se asocia con el rechazo que tiene, ya que, existían maltratos y hubo abandono, agresión física.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

En el dibujo se demuestra que existe presencia de timidez, aplastamiento, autodesvalorización, inseguridad, temores, retraimiento, sentimiento de inferioridad, pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza y agotamiento.

Demuestra la existencia de rasgos de personalidad esquizoide, dependencia, idealismo y angustia.

Hostilidad del medio en el pasado que tuvo que enfrentar el sujeto y falta de defensas.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA

La paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante

Tratamiento:

Con la madre se ha trabajado con los 10 pasos desarrollados por R. Barkley, brindando herramientas para mejorar la aceptación por parte de la niña de las ordenes y reglas dadas por los padres, habilidades sociales, resolución de problemas, entre otras, siendo estos los de mayor relevancia, para cambios positivos con el paciente, en su conducta y comportamiento, así como también en mejorar las relaciones

familiares con juegos que puedan interactuar madre e hija, para una mejor comunicación.

Es una niña muy dulce, al principio le costó abrirse en terapia; sin embargo, poco a poco fue tomando confianza con los terapeutas y saco el mejor provecho.

Se trabajó especialmente en su autoestima y seguridad. Es una niña con un apego muy fuerte hacia su madre y con mucha inseguridad, no se sentía capaz de realizar ninguna tarea con un resultado positivo.

Dormía en la misma habitación con su Madre; ya que, tenía muchos miedos, se le aplico técnicas terapéuticas en las que se maneje y controle miedos y se le separo en las noches de su madre, teniendo ella su propia habitación.

Es impulsiva y siempre quiere que las personas que se encuentran a su alrededor hagan lo que ella quiere y si no es así existían problemas en el hogar y en la institución académica, en el tiempo de terapia se trabajó sobre reglas y normas en casa al igual que seguirlas en la escuela; tuvimos una buena respuesta por parte de la paciente, supo ajustarse a los cambios especialmente en su ambiente familiar

En un aspecto general el resultado de las terapias aplicadas a ella y su Madre dio el resultado esperado, se dieron cambios positivos en el ambiente familiar.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda que la paciente siga en un tratamiento terapéutico en donde se fortalezca su autoestima y seguridad, al igual que poco a poco el apego hacia su madre vaya disminuyendo y no se vuelva una patología más severa.

Asistir a terapia familiar debido a malas relaciones de la madre con el hijo mayor y de la paciente con su hermano.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 3

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 3. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 6 años 5 meses

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 5 de Mayo del 2005

ESCOLARIDAD: 2do de Básica **RELIGIÓN:** Católica

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido a proceso terapéutico, debido a que es muy inquieto en clase, no tiene una buena atención y dentro del hogar no obedece reglas.

ENFERMEDAD ACTUAL:

A la edad de 3 años el padre regreso de los EEUU siendo este el desencadenante para que el paciente presente desobediencia, mala conducta, sin hacer caso a las reglas que los padres imponían dentro del hogar.

El paciente presenta hasta la actualidad los mismos síntomas intensificándose en la escuela.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

En cuanto a los tratamientos psicológicos a la edad de 5 años y medio es remitido al aula de apoyo, por los síntomas mencionados con anterioridad.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca el 5 de mayo del 2005, por cesaría con inconvenientes ya que estuvo envuelto en el cordón, a la edad de dos años empezó la marcha y a los 2 años y medio, su lenguaje, utilizo pañal hasta los 4 años, existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

Presenta enuresis nocturna hasta la actualidad a causa de su consumo de biberón en las noches, miedo a la oscuridad, no duerme solo.

Tiene tendencia a la mentira y esto se ha hecho más frecuente en la actualidad, hurto de monedas de la cartera de la madre y de la tía.

En cuanto a las relaciones afectivas con los padres el paciente tiene una sobreprotección por parte de la madre, y esto a la vez está generando el

incumplimiento de reglas y desobediencia hacia la misma, con el padre la relación es mala tornándose distante ya que el paciente le tiene miedo.

Tiene habitación propia pero no duerme ahí, lo hace con la madre o la tía.

Buen rendimiento escolar, pero mal comportamiento, no obedece a los profesores, es sociable.

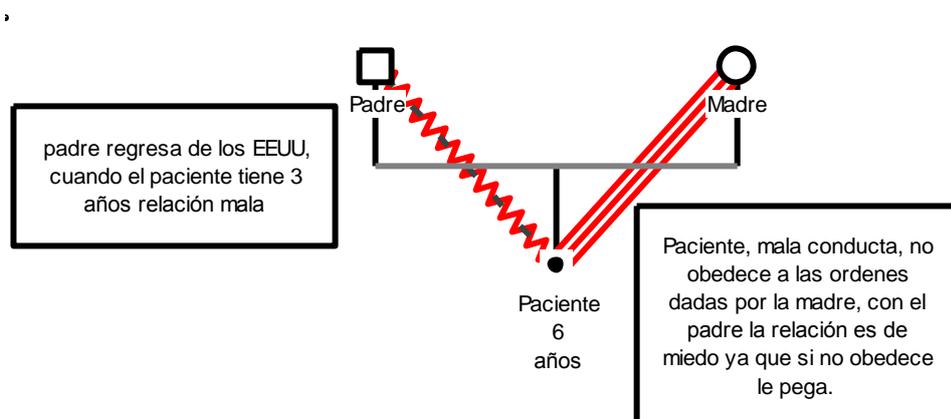
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ **Apariencia y Conducta General:** acorde a edad y sexo.
- ❖ **Funciones Cognitivas:** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio. Buena memoria.
- ❖ **Inteligencia, Sensopercepción y sueño:** Normal.
- ❖ **Lenguaje y Pensamiento:** Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ **Afectividad:** Alegre.
- ❖ **Juicio:** No está consciente del problema.
- ❖ **Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR:

A la edad de 3 años el padre regresa de los EEUU, la relación es mala y de miedo, con la madre la relación es de sobreprotección por lo que el paciente no cumple las reglas y las órdenes dadas por la misma.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, el paciente tiene una buena relación con los compañeros de clase, con el Padre la relación es de miedo debido a sus castigos, y con la madre la relación es de sobreprotección.

En cuanto a la **Respuesta emocional**, impulsivo, agresivo e irritable. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad. **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, el niño utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que el paciente no juega solo, sin embargo le cuesta trabajo entender juegos de atención y destreza.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**): Puntaje obtenido: 14, Desorden oposicionista desafiante (**Categoría B**): Puntaje obtenido: 8 Ansiedad de Separación (**Categoría D**): Puntaje obtenido: 5.

TEST DE LA FAMILIA

El niño posee conductas agresivas e impulsivas.

El orden de los integrantes de la familia al ser dibujados es en primer lugar a la madre que es normal en niños pequeños debido a la admiración y al vínculo afectivo, en segundo y último lugar es dibujado el padre.

Existe una omisión del dibujo del propio niño lo que indica Baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo. Temor a algunos de los personajes próximos que se asocian a la familia. También se omite el dibujo de la hermana menor lo que se asocia con la posible existencia de celos.

Existencia de problemas emocionales al igual que posibles maltratos por parte del padre y la falta de defensa por parte de la madre.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Demuestra la existencia de ansiedad, tensión, inseguridad, estrés, problemas de fatiga y agresividad y depresión.

Necesidad del liberarse rápidamente de los problemas, confusión de ideas, arrogancia, debilidad mental y tendencia al hurto.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA:

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante

TRATAMIENTO:

Con la madre se ha trabajado con los 10 pasos desarrollados por R. Barkley, brindando herramientas para mejorar la aceptación por parte del niño de las ordenes y reglas dadas por los padres, control de impulsos, habilidades sociales, resolución de problemas, entre otras, siendo estos los de mayor relevancia, para cambios positivos con el paciente, en su conducta y comportamiento, sin embargo estos cambios han sido lentos ya que el Padre no se interesó en el tratamiento.

El paciente miente frecuentemente por lo que se trabajó especialmente con el sistema de fichas, siendo esta herramienta de gran ayuda para el paciente.

Es un niño muy emocional, tiende a absorber todo lo que pasa, especialmente en su ambiente familiar.

Se trabajó mucho con su atención y concentración; ya que tiende a desconcentrarse de manera muy fácil, es muy inquieto en la casa al igual que en la escuela.

Se le aplico también técnicas para manejo de frustración y control de la ira; es un niño que actúa impulsivamente con bastante frecuencia y muchas de las veces con agresividad.

La agresividad del paciente se demuestra hacia las demás personas. Piensa que lo más óptimo para resolver problemas es el uso violento de su cuerpo para golpear a los demás. Esta conducta generalmente es aprendida de su sistema familiar.

En terapia se trabajó con el paciente y su Madre, ya que por el trabajo su Padre nunca pudo estar presente. Esto hizo que los cambios en él demoren y se vuelvan más difíciles.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda seguir en un proceso terapéutico el cual incluya un trabajo individual y familiar, si se daría un cambio en el sistema familiar el cambio del niño sería más notorio y se daría con mayor facilidad.

También se sugiere que asista a nivelaciones y ayuda en el control de tareas para que su rendimiento en la escuela mejore.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 4

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 4. **SEXO:** Masculino. **EDAD:** 6 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 16 de diciembre de 2005

ESCOLARIDAD: 2do de Básica **RELIGIÓN:** Católica

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido para proceso terapéutico debido a que es inquieto, no obedece las reglas impuestas por la madre con oposición a estas.

ENFERMEDAD ACTUAL:

El paciente presenta cambios de conducta recientes, inquieto, manipulador, no obedece las reglas impuestas por la madre, tendencia a la mentira, siendo estas las más relevantes.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

El paciente no ha recibido ningún tratamiento biológico ni psicológico.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca el 16 de diciembre del 2005, su parto fue normal sin inconvenientes durante el mismo, a la edad de 1 año y un mes empezó la marcha y a los 6 meses, su lenguaje, utilizo pañal hasta los 2 años, existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

Tendencia a la mentira, en cuanto a las relaciones afectivas con los padres el paciente tiene una buena relación con los dos, con los abuelitos la relación es de sobreprotección y esto a su vez está generando el incumplimiento de reglas.

Practicaba natación, buen rendimiento escolar, sociable.

Tiene habitación propia y su alimentación es buena.

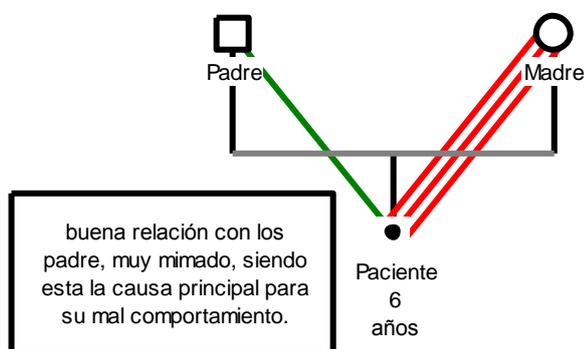
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ **Apariencia y Conducta General:** acorde a edad y sexo.
- ❖ **Funciones Cognitivas:** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio. Buena memoria.
- ❖ **Inteligencia, Sensopercepción y sueño:** Normal.
- ❖ **Lenguaje y Pensamiento:** Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ **Afectividad:** Alegre.
- ❖ **Juicio:** No está consciente del problema.
- ❖ **Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR:

Con los padres la relación es buena, es hijo único, los abuelos le miman demasiado siendo esto la causa para su comportamiento.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL.

En cuanto a la **Relación con los Otros**, el paciente tiene una buena relación con los compañeros de clase, al igual que con sus padres.

En cuanto a la **Respuesta emocional**, impulsivo. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad. **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, el niño utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que el paciente no juega solo, con una gran capacidad de juego simbólico o de representación.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**): Puntaje obtenido: 14

TEST DE LA FAMILIA

El niño presenta una identificación y admiración hacia el padre como jefe de familia. Se puede ver una desvalorización hacia el mismo niño debido a que se excluye del dibujo de su familia lo que muestra: Baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo y Temor a algunos de los personajes próximos que se asocian a la familia.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Muestra la existencia de pesimismo, debilidad, dependencia, depresión, fatiga, desaliento, pereza, tensión, ansiedad y agresividad.

Demuestra también una confusión de ideas, arrogancia y primitivismo.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA:

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante

Tratamiento:

Con los padres se trabajó con los 10 pasos desarrollados por R. Barkley, brindando herramientas para mejorar la aceptación por parte del niño de las ordenes y reglas dadas por los padres, control de impulsos, habilidades sociales, resolución de problemas, entre otras, siendo estos los de mayor relevancia, para cambios positivos con el paciente, en su conducta y comportamiento.

Es un niño muy inteligente y con muchas habilidades; sin embargo tiende a ser impulsivo y muy inquieto.

Se le remitió a terapia y a ser parte de esta aplicación del programa de entrenamiento a padres debido a su conducta dentro del aula de clases.

El cambio en el paciente fue positivo, se le aplicaron técnicas para mejorar su atención y concentración, al igual que técnicas para manejo de frustración.

Se trabajó conjuntamente con los Padres para la aplicación de normas y reglas dentro del hogar, las cuales dieron buen resultado, aprendió que toda conducta tendrá una consecuencia, sea positiva y negativa.

Se pidió también el apoyo de la maestra, ya que se necesita que el trabajo sea en conjunto, que las técnicas se apliquen en casa y en la escuela.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda seguir aplicando las herramientas dadas durante el proceso terapéutico, para que, el paciente no tenga ningún retroceso y su conducta mejore cada vez más, controle sus impulsos, la frustración y con el trabajo realizado en su atención y concentración se espera que haga los trabajos con mayor dedicación.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 5

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 5. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 6 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 3 de julio de 2005

ESCOLARIDAD: 2do de Básica **RELIGIÓN:** Católica

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido a proceso terapéutico por que hace poco les pego a los compañeros del aula y tiene mal comportamiento en la escuela.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde octubre del año pasado el paciente ya no quiere hacer nada, pasa todo el tiempo enojado, y a raíz de que se cambió de escuela, les pega a sus compañeros, y ha estado portándose agresivo, tanto en la escuela como en su casa.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

El paciente no ha recibido ningún tratamiento biológico, ni psicológico.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca el 3 de julio de 2005, por cesaría sin inconvenientes, a la edad de un año empezó la marcha y a la misma edad, su lenguaje, utilizo pañal hasta el año y medio, toma el biberón hasta los 2 años, existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

Miedo a la oscuridad, sociable.

Tiene tendencia a la mentira que se ha hecho frecuente desde diciembre del año pasado

En cuanto a las relaciones afectivas con los padres, la madre viajo a los EEUU cuando él tenía 3 años y la relación se tornó distante y desde Diciembre del año anterior él no quiere hablar con ella, con el padre la relación era muy buena hasta que él se casó hace aproximadamente un año y la relación cambio un poco debido a que se ven solo los domingos, tiene un medio hermano de 4 años con quien la relación es mala.

Todas las tardes pasa con la bisabuela y en las noches se va a dormir con la abuela, la relación con ellas es buena.

Tiene un buen rendimiento escolar mal comportamiento con los profesores, pelea mucho con los compañeros, es sociable.

Duerme con la abuela a veces, la habitación comparte con el hermano menor, su alimentación es buena.

EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ ***Apariencia y Conducta General:*** acorde a edad y sexo.
- ❖ ***Funciones Cognitivas:*** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio. Buena memoria.
- ❖ ***Inteligencia, Sensopercepción y sueño:*** Normal.
- ❖ ***Lenguaje y Pensamiento:*** Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ ***Afectividad:*** Alegre.
- ❖ ***Juicio:*** Consciente del problema.
- ❖ ***Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:*** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR.

La madre viajo a los EEUU cuando el paciente tenía 3 años y la relación se tornó distante y desde Diciembre del año anterior él no quiere hablar con ella, con el padre la relación era muy buena hasta que él se casó hace aproximadamente un año y la relación cambio un poco debido a que se ven solo los domingos, tiene un medio hermano de 4 años con quien la relación es mala. En las últimas sesiones la madre regreso de EEUU y la relación con el paciente es muy buena.

Las tardes pasa con la bisabuela, la relación es buena al igual que con la abuela que se ven en las noches debido a que el paciente duerme en casa de ella.

Separación(**Categoría D**): Puntaje obtenido 6, Ansiedad generalizada (**Categoría E**). Puntaje obtenido: 3, Trastorno Por Estrés Postraumático (**Categoría J**) Puntaje obtenido. 2, Trastorno del Vínculo (**Categoría L**): Puntaje obtenido: 2

TEST DE LA FAMILIA

El niño dibuja en primer lugar al Padre, esto indica una admiración y valoración hacia él, en segundo lugar a la Madre con la cual tiene mayor vínculo afectivo, en tercer lugar se encuentra el hermano pequeño y en último la tía. El tamaño de los Padres es mayor al del hermano y la tía pero se debe a las edades cronológicas.

Él no se dibujó lo que implica Baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo. Temor a algunos de los personajes próximos que se asocian a la familia.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Presenta un índice de agresividad y teatralidad.

Indica impaciencia, vitalidad, independencia, dureza, tenacidad, obstinación y angustia.

Se muestra ser un sujeto encerrado y protegido del mundo. Por él mismo no puede defenderse de la hostilidad del medio, sus defensas son débiles.

Presenta tendencia verbal sádico- agresiva.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA.

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.

Tratamiento

Durante el proceso terapéutico se ha logrado trabajar conjuntamente con la bisabuela y el paciente en:

Con la bisabuela se ha trabajado con los pasos desarrollados por R. Barkley, siendo estos de gran ayuda para cambios positivos con el paciente, ya que estos ayudan a mejorar el comportamiento y a obedecer las reglas dentro y fuera de casa, mediante técnicas y herramientas sencillas de ejecutar. Debido a que los cambios son lentos los pasos se deben hacer indefinidamente, la madre se integró al tratamiento en las últimas sesiones ya que regreso a Cuenca, facilitando los cambios del paciente y mejorando en gran parte la conducta.

Es un niño muy dulce e inteligente, tuvo una conexión muy fuerte con los terapeutas; al igual que su bisabuela, con la cual asistía.

Los cambios se vieron rápidamente; ya que, a pesar que su Madre recién regreso de otro país y se está acostumbrando de nuevo a otra persona de autoridad, el paciente a demostrado interés para controlar sus impulsos, sabe las consecuencias de sus actos y está poniendo en práctica lo aprendido en terapia.

Tiene una gran red de apoyo familiar, lo que hace posible que estos cambios se hayan dado con tanta rapidez y facilidad.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda mayor apoyo a nivel institucional para que el comportamiento dentro de la escuela del paciente siga mejorando al igual que en todas las áreas de su vida y se note el trabajo realizado en terapia y los cambios que se han producido.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 6

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 6. **SEXO:** Masculino. **EDAD:** 5 años 5 meses

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 14 de octubre de 2006

ESCOLARIDAD: 1ro de Básica **RELIGIÓN:** Católica

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido a proceso terapéutico debido a que en la escuela habla malas palabras y les alza las faldas a las compañeras de clase.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde que el paciente entró a la escuela no colabora, no quiere hacer la tarea, es inquieto, y a partir del mes de noviembre ha habido quejas de la escuela debido a que habla malas palabras, les alza la falda a las compañeras y quiere besarlas, en los últimos tres meses el paciente se orina en la cama, en esta semana lo a echo en dos ocasiones.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

El paciente ha recibido tratamiento biológico por motivo de su asma

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca el 14 de octubre de 2006, parto normal a las 34 semanas, luego es internado por bronconeumonía, pasando 8 días en la incubadora, a la edad de un año 2 meses empezó la marcha y al año, su lenguaje, utilizo pañal hasta el año 10 meses, lacto hasta los 2 años con 7 meses, estuvo con tratamiento por asma primaria.

Presenta enuresis nocturna en estos últimos 3 meses, miedo a la oscuridad, no duerme solo.

Mal comportamiento, no hace caso.

En cuanto a las relaciones afectivas con los padres el paciente tiene una sobreprotección por parte de la madre, y esto a la vez está generando el incumplimiento de reglas y desobediencia hacia la misma, con el padre la relación es buena.

Tiene dos hermanas mayores de 10 y 8 años respectivamente, con quienes la relación es buena.

Hace aproximadamente un año y medio existían problemas familiares, pero en la actualidad las relaciones entre los padres han ido mejorando.

Buen rendimiento escolar, pero mal comportamiento.

Tiene habitación propia pero no duerme en su cama, frecuentemente duerme con los padres y con las hermanas. Buena alimentación.

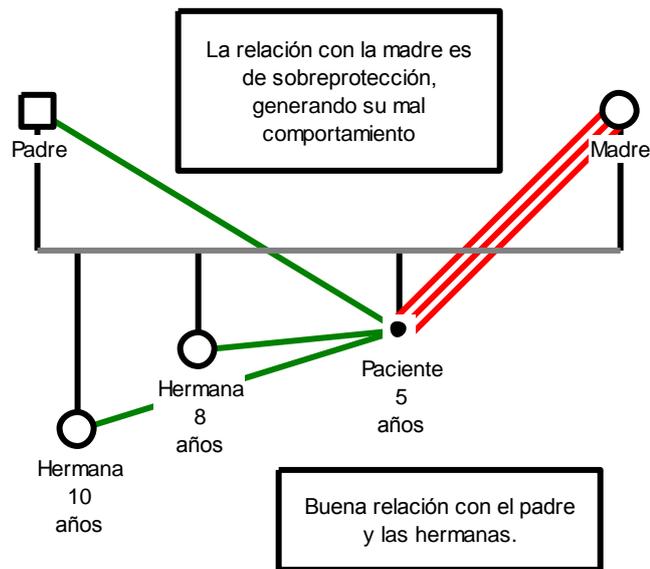
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ ***Apariencia y Conducta General:*** acorde a edad y sexo.
- ❖ ***Funciones Cognitivas:*** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio. Buena memoria.
- ❖ ***Inteligencia, Sensopercepción y sueño:*** Normal.
- ❖ ***Lenguaje y Pensamiento:*** Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ ***Afectividad:*** Alegre.
- ❖ ***Juicio:*** Consciente del problema.
- ❖ ***Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:*** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR.

La relación con el padre es buena, con la madre es de sobreprotección, causando su mal comportamiento, tiene dos hermanas de 10 y 8 años respectivamente con quienes la relación es buena.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, el paciente tiene una buena relación con los compañeros de clase, aunque en ocasiones pelea con ellos, en especial con las mujeres a quienes les alza la falda y les quiere besar; la relación con las hermanas es buena al igual que con el padre, con la madre la relación es de sobreprotección.

En cuanto a la **Respuesta emocional**, agresivo e impulsivo. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad. **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales, y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, el niño utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que el paciente no juega solo, con una gran capacidad de juego simbólico o de representación, pero le cuesta trabajo mantener la concentración en una sola actividad.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**) Puntaje obtenido: 13, Ansiedad de Separación (**Categoría D**): Puntaje obtenido: 1, Trastornos del Sueño (**Categoría H**) puntaje obtenido: 3.

TEST DE LA FAMILIA

El niño posee, carácter extrovertido, sentimiento de seguridad y confianza en uno mismo.

Egocentrismo, dependencia, necesidad de ser tenido en cuenta, miedo a la separación, sin embargo él se encuentra fuera del círculo familiar; sus padres y hermanas se encuentran unidos y fuera de la casa mientras que el separado. Esto nos muestra la necesidad de ser el centro de atención del hogar, celos hacia las hermanas y necesidad de mayor afecto.

El dibujo muestra que existe buena comunicación en el núcleo familiar con excepción del niño ya que él se aleja.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Quiere ser reconocido y tomado en cuenta, tiene un alto índice de agresividad y teatralidad.

Es un sujeto encerrado y protegido del mundo.

Presenta hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse, falta de defensas.

Agresión, al igual que muestra también la existencia de un posible conflicto sexual.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA.

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.

Tratamiento

Con la madre se ha trabajado con los pasos desarrollados por R. Barkley, siendo estos de gran ayuda para cambios positivos con el paciente, ya que estos ayudan a mejorar el comportamiento y a obedecer las reglas dentro y fuera de casa, mediante técnicas y herramientas sencillas de ejecutar, como son: sistema de fichas, tiempo fuera (time-out), tarjetas de informe diario escolar, entre otras. Debido a que los cambios son lentos los pasos se deben hacer indefinidamente, lamentablemente el paciente no asistió a la última sesión por lo que se le hace más difícil el tener herramientas para futuras conductas.

Es un niño que fue remitido a terapia porque es inquieto, tiene dificultad para concentrarse en una sola actividad y tiene conductas agresivas e impulsivas.

Quiere que todas las personas que están a su alrededor, estén pendientes de él, le consientan y que toda la atención vaya dirigida hacia él.

Es el último hijo de 3 hermanos y sus Padres y hermanas le han acostumbrado a darle todo gusto, es por ello, que aparecen los problemas en donde se ve que no existen reglas ni normas, no sabe la consecuencia de sus actos y manipula especialmente a su Madre.

En terapia se trabajó sobre la inclusión de normas y reglas en casa, en dormir solo en su propio dormitorio y en control de ira e impulsos en el momento que no se le da lo que él quiere.

Al principio se dieron buenos resultados, los cambios fueron rápidos y positivos; pero lamentablemente el proceso terapéutico con el paciente no se pudo completar de la manera esperada; ya que no asistieron a las terapias asignadas.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda que los padres sigan aplicando las herramientas dadas durante las terapias psicológicas.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 7

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 7. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 9 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Morona Santiago, 3 de noviembre de 2002

ESCOLARIDAD: 5to de Básica **RELIGIÓN:** Católica

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido a proceso terapéutico porque no quiere hacer nada en la escuela, llora porque no quiere estudiar y pasa jugando, se distrae de todo.

ENFERMEDAD ACTUAL:

La relación con el padrastro es mala, no le obedece, ni cumple las reglas impuestas por él, solo pasan peleando, el paciente llora de todo, no quiere estudiar, no le gusta que le pongan reglas en casa.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

A la edad de 7 años le realizaron una evaluación psicológica, que dio como resultado que el paciente presenta falta de cariño.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Morona Santiago, el 3 de noviembre de 2002, parto normal, sin inconvenientes, a la edad de un año empezó la marcha y a los 2 años de edad, su lenguaje, pero con un problema de tartamudez, utilizo pañal hasta el año 6 meses, lacto hasta los 2 años, existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

Tiene tendencia a la mentira que se ha hecho frecuente en estos meses.

En cuanto a las relaciones afectivas con los padres, la relación con la madre no es tan buena, 1 año 6 meses vivió con la abuela, a los 4 años se fue a vivir a Quito con la madre y el padrastro, la relación con el padrastro es mala, solo pasan peleando. Con el padre la relación era distante pero buena hasta el 3 de Noviembre

del año anterior que ya no se hablan. A los 7 años y medio vino a vivir a la ciudad de Cuenca. Tiene dos hermanas de 7 y 5 años con quienes la relación es buena.

Tiene un mal rendimiento escolar, buen comportamiento con los profesores, es sociable.

Tiene habitación propia, y cama propia.

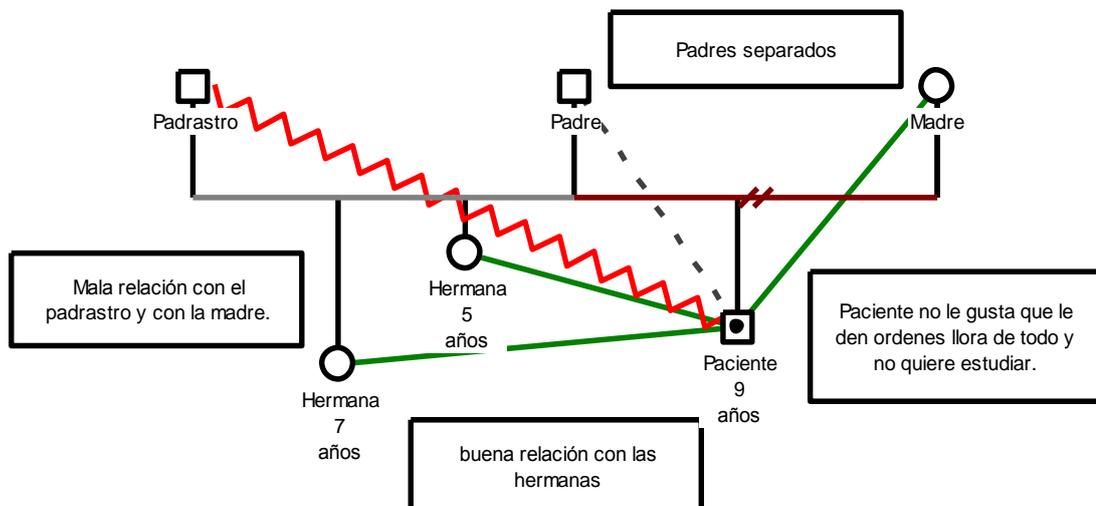
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ **Apariencia y Conducta General:** acorde a edad y sexo.
- ❖ **Funciones Cognitivas:** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio. Buena memoria.
- ❖ **Inteligencia, Sensopercepción y sueño:** Normal.
- ❖ **Lenguaje y Pensamiento:** Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ **Afectividad:** Alegre.
- ❖ **Juicio:** Consciente del problema.
- ❖ **Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR.

Padres separados, la relación con el padre es mala y distante, con la madre también la relación no es buena, al igual que con el padrastro con quien solo pasa peleando, tiene dos hermanas de 7 y 5 años con quienes la relación es buena.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, el paciente tiene una buena relación con los compañeros de clase, con el padre recientemente no se habla y su relación es distante, con la madre la relación no es tan buena, al igual que con el padrastro con el que solo pasa peleando, con las hermanas la relación es buena.

En cuanto a la **Respuesta emocional**, impulsivo, llora de todo. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad.

En cuanto a **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y la Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, el niño utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que el paciente no juega solo, con una gran capacidad de juego simbólico o de representación, pero le cuesta trabajo mantener la concentración en una sola actividad.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**) Puntaje obtenido: 18, Desorden oposicionista desafiante (**Categoría B**). Puntaje obtenido: 6, Ansiedad de Separación (**Categoría D**) Puntaje obtenido: 3.

TEST DE LA FAMILIA

En primer lugar dibuja a su Madre que es con la que tiene el mayor vínculo afectivo y tiene mayor admiración y valorización. En segundo lugar le dibuja a su Padre que no tiene boca lo cual se puede interpretar como un temor a las agresiones orales por parte de él, en tercer lugar y junto a los padres le dibuja a su hermana menor que tiene 3 meses; separados por la casa les dibuja en primer lugar a su hermana de 7 años, en segundo lugar a él y en último lugar a su hermana de 4 años; esto se puede entender como celos existentes hacia las dos.

En la distancia de los personajes también se puede observar la existencia de celos, especialmente a la hermana más pequeña debido a que ella está junto a los padres.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

En este dibujo el niño muestra su necesidad de mostrarse, de ser reconocido, de ser tomado en cuenta, índice de agresividad y teatralidad.

Es un sujeto encerrado y protegido del mundo. Se siente amenazado y con mucha presión del entorno y presenta falta de defensas.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA.

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.

Tratamiento

Con la madre se ha trabajado con los 10 pasos desarrollados por R. Barkley, siendo estos de gran ayuda para cambios positivos con el paciente, ya que estos ayudan a mejorar el comportamiento y a obedecer las reglas dentro y fuera de casa, mediante técnicas y herramientas sencillas de ejecutar, como son el time-out, el sistema de fichas, el registro de la conducta , entre otras actividades Debido a que los cambios son lentos la madre debe implementarlos de manera prolongada durante el desarrollo del paciente, y comprometer a la familia ya que el paciente es muy mimado y consentido por sus familiares.

Es un niño muy inteligente y con muchas habilidades; sin embargo tiende a ser impulsivo en ocasiones que siente que otras personas están abusando de autoridad.

Se le remitió a terapia y a ser parte de esta aplicación del programa de entrenamiento a padres debido a su conducta dentro del aula de clases.

El cambio fue positivo, se le aplicaron técnicas para mejorar su atención y concentración, al igual que técnicas para manejo de frustración.

Se trabajó conjuntamente con la madre del paciente para la aplicación de normas y reglas dentro del hogar, las cuales dieron buen resultado, aprendió que toda conducta tendrá una consecuencia, sea positiva y negativa.

Se pidió también el apoyo de la maestra, ya que se necesita que el trabajo sea en conjunto, que las técnicas se apliquen en casa y en la escuela.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda seguir trabajando con las herramientas brindadas, para que, el paciente no tenga ningún retroceso y su conducta mejore cada vez más, controle sus impulsos, la frustración y con el trabajo realizado en su atención y concentración se espera que haga los trabajos con mayor dedicación.

Se recomienda asistan a terapia familiar para mejorar su vínculo afectivo.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 8

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 8. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 7 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 11 de noviembre de 2004

ESCOLARIDAD: 3ro de Básica **RELIGIÓN:** Católica.

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido a proceso terapéutico porque tiene mala concentración, es muy inquieto e impulsivo.

ENFERMEDAD ACTUAL:

A la edad de 5 años el paciente ingreso a la escuela pegando a los compañeros, tiene mala concentración es muy inquieto e impulsivo.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

A la edad de 5 y 6 años le realizaron dos evaluaciones psicológicas a causa de su mala concentración y su comportamiento.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca el 11 de noviembre de 2004, cesaría, sin inconvenientes, a la edad de un año empezó la marcha y a la misma edad, su lenguaje, utilizo pañal hasta el año, lacto hasta el año 2 meses, existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

Miedo a la oscuridad, a estar solo, sociable.

En cuanto a las relaciones afectivas con los padres, cuando el paciente tenía 3 años de edad se separaron, el paciente estuvo 3 meses con la Tía y luego fue a vivir con el padre, la relación es buena con él, con la madre la relación es distante y mala, actualmente tiene hermanastro y hermanas con quienes la relación es buena al igual que con la madrastra, a la edad de 5 años el paciente se alejó de la tía con quien tenían una buena relación quedándose muy triste.

Tiene un buen rendimiento escolar, mal comportamiento con los profesores, es sociable.

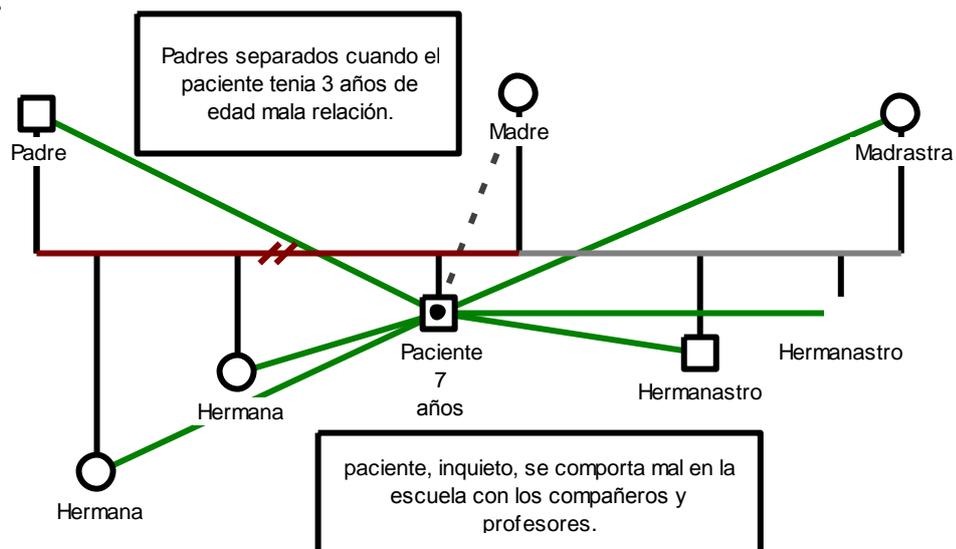
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ **Apariencia y Conducta General:** acorde a edad y sexo.
- ❖ **Funciones Cognitivas:** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio.
Buena memoria.
- ❖ **Inteligencia, Sensopercepción y sueño:** Normal.
- ❖ **Lenguaje y Pensamiento:**
Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ **Afectividad:** Alegre.
- ❖ **Juicio:** Consciente del problema.
- ❖ **Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR.

A la edad de 3 años los padres se separaron, quedándose el paciente al cuidado del padre, la relación con la madre es mala y distante, tiene una buena relación con la madrastra y con el padre, al igual que con las hermanas y hermanastros.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, el paciente tiene una buena relación con los compañeros de clase, con peleas ocasionales entre ellos, la relación con la madre es mala y distante, con el padre, la madrastra y hermanas la relación es buena.

En cuanto a la **Respuesta emocional**, impulsivo, agresivo. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad.

En cuanto a **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, el niño utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que el paciente no juega solo, con una gran capacidad de juego simbólico o de representación.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**) Puntaje obtenido: 10.

TEST DE LA FAMILIA

El paciente presenta, necesidad y el deseo en permanecer siempre juntos.

Felicidad, alegría, estado de ánimo positivo, extraversión, ganas de comunicarse y sociabilidad.

Impulsividad, intolerancia y sentimientos de amor y odio hacia los personajes.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

El niño presenta necesidad de estar cerca de su padre para sentirse protegido y feliz mientras que el otro se encuentra solo.

El dibujo expresa: fuerza, vitalidad, razonador, frialdad, lógica, disposición a enfrentar el mundo.

Incertidumbre, indecisión, ansiedad, descontrol, agresividad y conflicto.

Demuestra también presión, amenaza, hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse: el, su padre y otro niño.

Defensas sanas, sentimientos de adecuación y confianza en sí mismo y en el padre, seguridad.

Test en el anexo # 9.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA.

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.

Tratamiento

Con el padre se ha trabajado con los pasos desarrollados por R. Barkley, mejorando el comportamiento del paciente, lamentablemente no existió el compromiso para seguir con el tratamiento quedándose el paciente en el sexto paso del tratamiento.

Es un niño muy inteligente, le gusta que la atención este centrada en él, sin embargo esto no es negativo, se pueden manejar sus impulsos y que sus conductas mejoren si se le da un tiempo dedicado exclusivamente a él.

Tiene la capacidad de llamar la atención al resto y ser líder; para que su conducta sea llevada de una manera positiva es necesario que se trabaje en consecuencia de sus actos.

Lamentablemente el proceso terapéutico con el paciente no se pudo completar de la manera esperada; ya que no asistieron a las terapias asignadas.

RECOMENDACIONES.

Mayor compromiso por parte del padre, Seguir con la aplicación de los pasos y las herramientas dadas hasta el paso seis ya que no se terminó el tratamiento

INFORME CLÍNICO PACIENTE 9

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 9. **SEXO:** Femenino **EDAD:** 10 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 19 de octubre de 2001

ESCOLARIDAD: 6to de Básica **RELIGIÓN:** Católica

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es remitida a proceso terapéutico debido a que es muy inquieta en clase y no obedece a las reglas impuestas en casa respondiendo las mismas con rebeldía.

ENFERMEDAD ACTUAL:

La paciente presenta cambios de conducta hace un mes atrás desobedeciendo las órdenes con rebeldía y mal carácter.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

El paciente no ha recibido ningún tratamiento biológico, ni psicológico.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca el 19 de octubre de 2001 parto normal sin inconvenientes, a la edad de 8 meses empezó la marcha al año deja el pañal, a los 8 meses aproximadamente, su lenguaje, y deja el biberón a los 2 años. Existe la presencia de enfermedades normales a su edad. Sociable.

En cuanto a las relaciones afectivas con los padres la paciente es muy apegada a la madre, pero en la actualidad es distante debido a que ella viajó a los EEUU, con el padre la relación es distante y no es buena, ya que el padre tiene otra relación y otra hija y le ve a la paciente solo los fines de semana. Cuando el paciente tenía 5 años los padres se separaron, la madre se quedó a vivir por un lapso de 3 meses con la suegra y luego se fue a vivir aparte con la paciente y el hermano, a la edad de 8 años la paciente vivió con la abuelita paterna por un año junto con su hermano, después vivieron con la madre por dos meses, luego la madre se fue a los EEUU quedándose el hermano y la paciente al cuidado de la abuelita paterna hasta la actualidad. La relación con el hermano es buena.

Buen rendimiento escolar, mal comportamiento, últimamente esta rebelde y no obedece a las ordenes q la abuela le da.

Tiene habitación propia, la alimentación es buena.

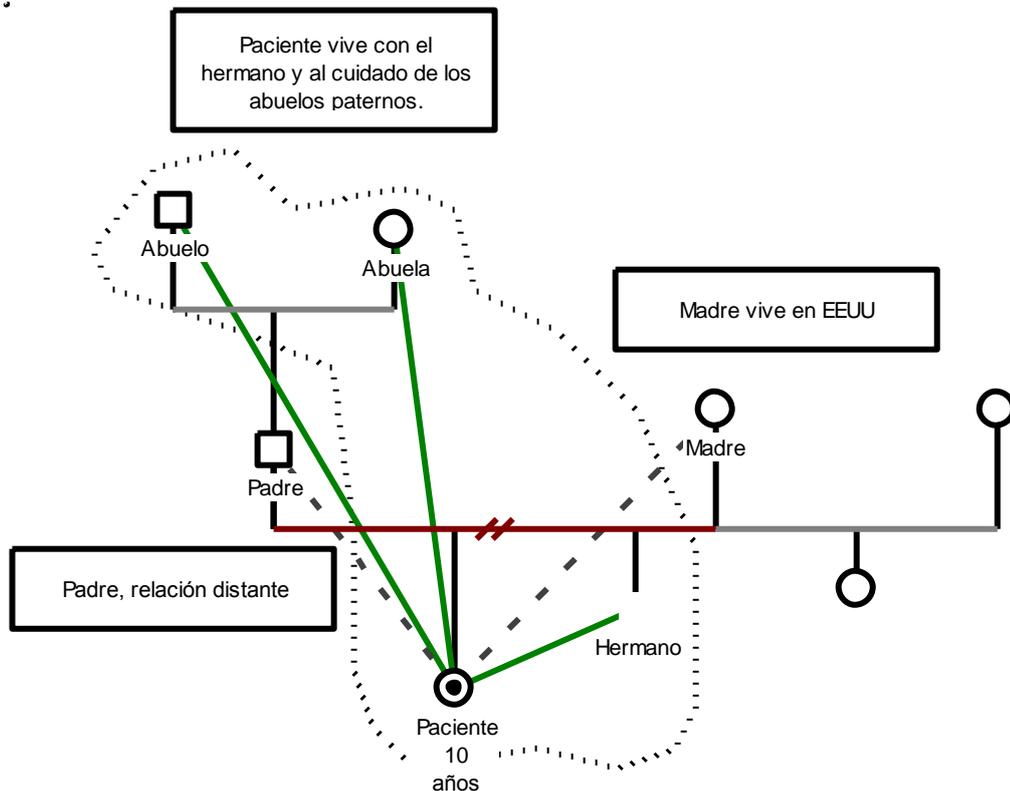
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ **Apariencia y Conducta General:** acorde a edad y sexo.
- ❖ **Funciones Cognitivas:** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio.
Buena memoria.
- ❖ **Inteligencia, Sensopercepción y sueño:** Normal.
- ❖ **Lenguaje y Pensamiento:**
Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ **Afectividad:** Alegre.
- ❖ **Juicio:** Consciente del problema.
- ❖ **Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR.

Padres separados, la madre vive en EEUU, la relación es mala y distante, el padre solo le ve los fines de semana, por lo que la relación es mala. Esta al cuidado de la abuela con quien tiene una buena relación.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, el paciente tiene una buena relación con los compañeros de clase, con los padres la relación no es tan buena a diferencia de la abuela y el hermano que la relación es buena.

En cuanto a la **Respuesta emocional**, caprichosa, impulsiva. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad.

En cuanto a **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, la niña utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que la paciente no juega sola, con una gran capacidad de juego simbólico o de representación.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**) puntaje obtenido: 9, Desorden oposicionista desafiante (**Categoría B**) Puntaje obtenido: 6, Ansiedad de Separación (**Categoría D**) Puntaje obtenido: 3.

TEST DE LA FAMILIA

La paciente en primer lugar le dibuja a la hermana mayor lo que muestra una gran valoración y admiración hacia ella. En segundo lugar se encuentra su abuelita, que es con la que vive y tiene el mayor vínculo afectivo. En último lugar le dibuja a su hermano, con el que vive y tiene una buena relación sin embargo indica que existen celos hacia él.

Necesidad y el deseo de que todos permanezcan juntos, temor a la agresión física.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

La paciente posee necesidad del mostrarse, de ser reconocida y tomada en cuenta.

En el dibujo se muestran sus rasgos femeninos, el sentido estético, la dependencia, espíritu materno y femineidad.

Demuestra mucha presión y amenaza del medio, situación estresante, agobiante, que no hay defensas que alcancen, la falta de defensas.

Esta dibujado el sol lo que representa la autoridad adulta, controladora.

Debilidad, inseguridad, depresión y baja autoestima.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA.

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.

Tratamiento

Con la abuela se ha trabajado con los pasos desarrollados por R. Barkley, mejorando el comportamiento, a obedecer las reglas dentro y fuera de casa, mediante técnicas y herramientas sencillas de ejecutar tales como el sistema de fichas el tiempo- fuera(time-out), registro diario escolar entre otras. Debido a que los cambios son lentos los pasos se deben hacer indefinidamente, pero con la paciente los cambios positivos se han hecho notorios durante el tratamiento.

Es una niña muy dulce e inteligente; absorbe mucho de su ambiente familiar, al igual que su hermano; sin embargo ella lo maneja de una manera mucho más madura.

Le gusta llamar la atención y que todas las personas estén pendientes de ella, especialmente su abuela, que es con la que vive y tiene una relación muy fuerte afectivamente.

Con la paciente en terapia se trabajó especialmente en su autoestima y seguridad, al igual que se le aplicaron técnicas proyectivas con las cuales se pudo liberar de ciertas represiones.

El resultado con la niña fue positivo, las reglas incluidas en su ambiente familiar fueron bien aceptadas e incluidas en su diario vivir.

RECOMENDACIONES.

Seguir con la aplicación de los pasos y las herramientas brindadas en terapia.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 10

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 10. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 5 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 11 de diciembre de 2006

ESCOLARIDAD: 1ro de Básica **RELIGIÓN:** Católica.

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido a proceso terapéutico por que no obedece las órdenes que la madre le da.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde Agosto del año pasado, el paciente no obedece a las reglas y llora demasiado quedándose a veces sin respiración, tiene sobreprotección por parte de la abuela y la madre con quienes él vivía, al igual que con otros miembros de la familia.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

El paciente ha recibido tratamiento para la rinitis.
Asistió por una ocasión al psicólogo a causa de su comportamiento

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca el 11 de diciembre de 2006, parto normal, con inconvenientes debido a que iba a nacer de 7 meses, a los 9 meses hubo complicaciones debido a una maduración pulmonar, encorvadura. A la edad de un año empezó la marcha y a la misma edad, su lenguaje, utilizo pañal hasta los tres años, al igual que el biberón; existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

Timidez, miedo a estar con mucha gente, tendencia a la mentira.

En cuanto a las relaciones afectivas con los padres, con el padre no tiene contacto, la relación con la madre es de sobreprotección, al igual que con la abuela, últimamente la relación a cambiado por motivo de su nueva pareja, buena relación con el padrastro, tiene un hermano de 3 años con quien la relación es buena, al igual que con el medio hermano de 7 años y las hermanastras mayores.

El paciente duerme a veces con la madre y a veces con la hermanastra, buen rendimiento escolar, buena alimentación.

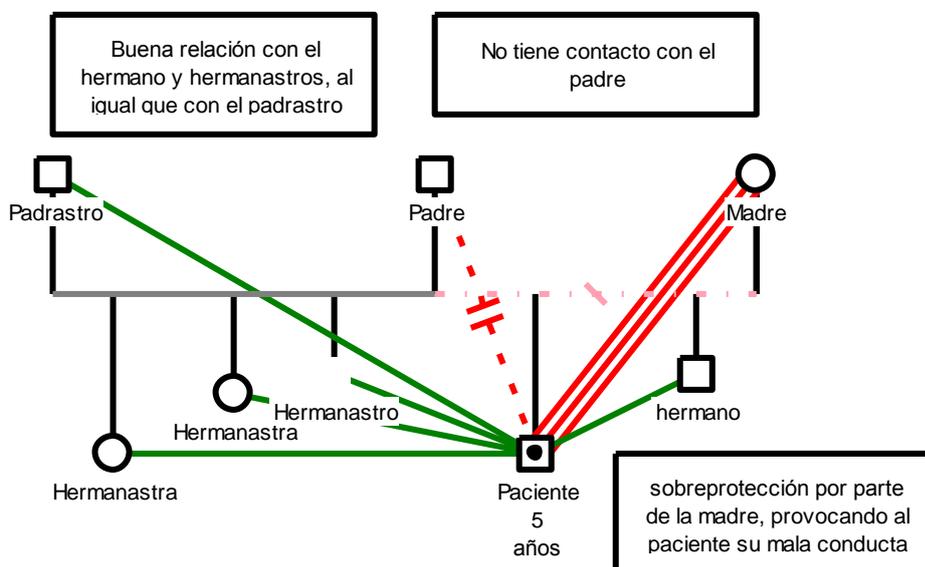
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ *Apariencia y Conducta General:* acorde a edad y sexo.
- ❖ *Funciones Cognitivas:* Buena orientación en lo que es tiempo y espacio.
Buena memoria.
- ❖ *Inteligencia, Sensopercepción y sueño:* Normal.
- ❖ *Lenguaje y Pensamiento:*
Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ *Afectividad:* Alegre.
- ❖ *Juicio:* Consciente del problema.
- ❖ *Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:* Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR.

Padres separados, no tiene contacto con el padre, con la madre la relación es de sobreprotección al igual que con la abuela. Padrastro, la relación es buena como también con los hermanastros y el hermano menor.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, el paciente tiene una buena relación con los compañeros de clase, sociable, no tiene contacto con el padre, con la madre

la relación es de sobreprotección, con el hermano, hermanastros y el padrastro la relación es buena y armónica

En cuanto a la **Respuesta emocional**, impulsividad y agresividad. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad.

En cuanto a **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, el niño utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que el paciente no juega solo, con una gran capacidad de juego simbólico o de representación.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Ansiedad de Separación (**Categoría D**) Puntaje obtenido: 4. Ansiedad Generalizada (**Categoría E**) Puntaje obtenido: 4, Trastornos de la Alimentación (**Categoría K**) Puntaje obtenido: 1.

TEST DE LA FAMILIA

Existe una admiración y valoración hacia el hermano, lo dibujo más pequeño debido a las edades cronológicas y la necesidad de protección por parte de él. Están muy juntos y eso expresa el querer permanecer unidos.

Los padres se encuentran omitidos y se debe a un posible temor hacia ellos.

Necesidad de protección, recelo y desconfianza.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Nos muestra que tiene ambición, optimismo y euforia.

Que existe tensión, que es un sujeto encerrado y protegido por el mundo, despersonalizado, se siente amenazado por el entorno y tiene mucha fantasía.

El dibujo indica: depresión, insatisfacción, indecisión, ansiedad, descontrol, miedos, agresividad y conflicto.

Demuestra una falta de defensas, inmadurez emocional, negación de sí mismo y tristeza.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA.

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante

Tratamiento

Con la madre se ha trabajado con los pasos desarrollados por R. Barkley, teniendo un buen resultado para obedecer las reglas dentro y fuera de casa, cambios de conducta y comportamiento, con técnicas diarias y fáciles de realizar en casa y en la institución educativa. Debido a que los cambios son lentos los pasos se deben hacer indefinidamente, lamentablemente el paciente asistió solo hasta el sexto paso y el compromiso de los padres no hubo por lo que se cortó el tratamiento y no se realizaron las técnicas propuestas por el autor, así como también los cambios no fueron evidentes dentro del tratamiento.

Es un niño muy dulce y está en una edad que se quiere parecer mucho a su hermano mayor.

Las conductas impulsivas y negativas son aprendidas, con el paciente se debe trabajar en su autoestima, en ser él mismo y en que sepa que todos sus actos tienen consecuencias y que si los repite de las demás personas, las consecuencias serán igual de negativas que fueron para el resto, especialmente para su hermanastro.

Lamentablemente el proceso terapéutico con él no se pudo completar de la manera esperada; ya que no asistieron a las terapias asignadas.

RECOMENDACIONES.

Compromiso de la madre, Seguir con la aplicación de los pasos y las herramientas brindadas en terapia.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 11

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 11. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 7 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 12 de septiembre de 2004

ESCOLARIDAD: 3ro de Básica **RELIGIÓN:** Católica

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido a proceso terapéutico debido a que es muy inquieto en clase y no obedece a las reglas impuestas en casa.

ENFERMEDAD ACTUAL:

El paciente presenta cambios de conducta hace dos meses atrás siendo estos, mal carácter, agresivo y grosero, al igual que manipulador, llorando si no obtiene lo que quiere.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

El paciente no ha recibido ningún tratamiento biológico, ni psicológico.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca, por cesaría con inconvenientes ya que estuvo envuelto en el cordón, y se tornó morado durante algunos minutos, a la edad de un año empezó la marcha y dejó el pañal, al año, 3 meses aproximadamente, su lenguaje, hasta la actualidad no pronuncia bien ni sabe leer. Existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

Sociable, tiene miedo a las ratas debido a que hace 3 meses se asustó con una, cuando algo le da miedo, no habla.

Hurto de monedas, lo cual se ha hecho menos frecuente en los últimos 3 meses.

En cuanto a las relaciones afectivas con los padres el paciente es muy apegado a la madre, pero en la actualidad es distante debido a que ella viajó a los EEUU, con el padre la relación es distante y no es buena, ya que el padre tiene otra relación y otra hija y le ve al paciente solo los fines de semana. Cuando el paciente

tenía dos años los padres se separaron, la madre se quedó a vivir por un lapso de 3 meses con la suegra y luego se fue a vivir aparte con el paciente y la hermana, a la edad de 5 años el paciente vivió con la abuelita paterna por un año junto con su hermana, después vivieron con la madre por dos meses, luego la madre se fue a los EEUU quedándose la hermana y el paciente al cuidado de la abuelita paterna hasta la actualidad. La relación con la hermana es buena.

Mal rendimiento escolar, mal comportamiento, últimamente grita es agresivo y llora. Tiene habitación propia, la alimentación es buena.

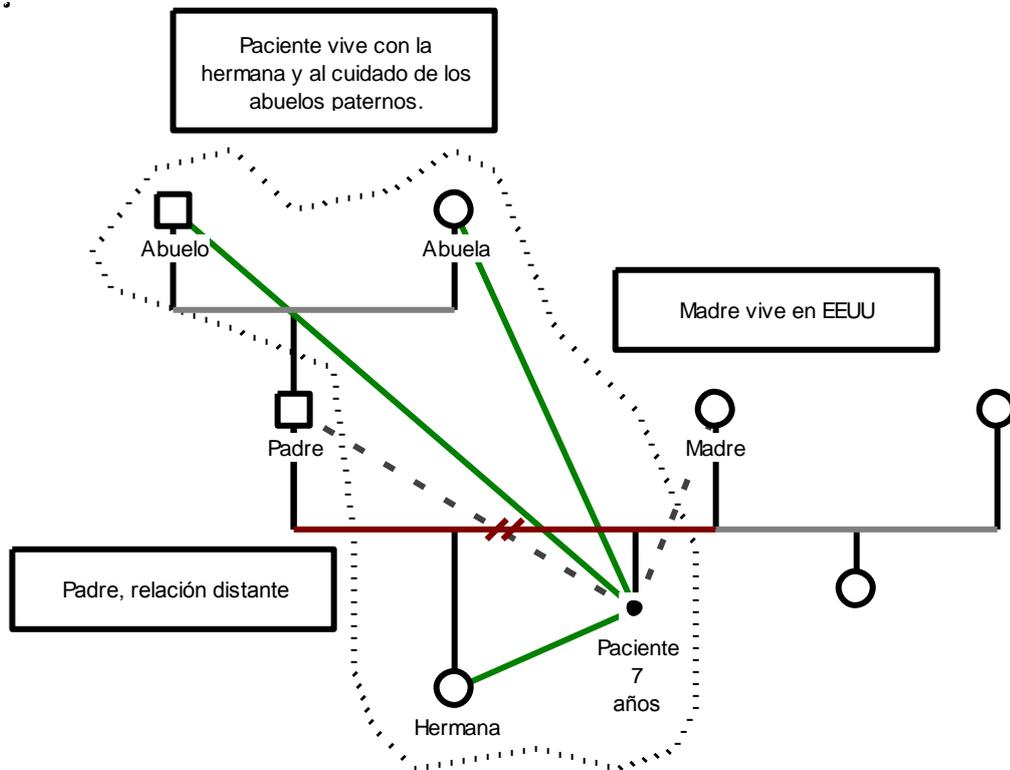
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ ***Apariencia y Conducta General:*** acorde a edad y sexo.
- ❖ ***Funciones Cognitivas:*** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio. Buena memoria.
- ❖ ***Inteligencia, Sensopercepción y sueño:*** Normal.
- ❖ ***Lenguaje y Pensamiento:*** Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ ***Afectividad:*** Alegre.
- ❖ ***Juicio:*** Consciente del problema.
- ❖ ***Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:*** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR.

Padres separados, la madre vive en EEUU, la relación es mala y distante, el padre solo le ve los fines de semana, por lo que la relación es mala. Esta al cuidado de la abuela con quien tiene una buena relación.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, el paciente tiene una buena relación con los compañeros de clase, sociable, con el padre la relación es distante y mala, al igual que con la madre que vive en EEUU, con la hermana y los abuelos la relación es buena y armónica.

En cuanto a la **Respuesta emocional**, impulsividad, llora de todo. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad.

En cuanto a **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, el niño utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que el paciente no juega solo, con una gran capacidad de juego simbólico o de representación.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**) Puntaje obtenido: 13, Desorden oposicionista desafiante (**Categoría B**) Puntaje obtenido: 6, Ansiedad de Separación (**Categoría D**) Puntaje obtenido: 4, Trastornos del Sueño (**Categoría H**) Puntaje obtenido: 1.

TEST DE LA FAMILIA

El paciente presenta sentimientos de indefensión, desvalorización, retraimiento, desazón, temor hacia el exterior, desconfianza, timidez.

La madre es dibujada en primer lugar junto a él y dados de la mano lo que indica la gran relación afectiva que existe entre los dos y la necesidad de tenerla junto a él y de permanecer siempre unidos, después les dibuja a las hermanas junto a los abuelitos que son los que vive y al último les dibuja al Papá y a la media hermana dados las manos lo que indica la fuerte relación entre los dos y la desvalorización del niño hacia los dos.

Se negó a dibujar a su familia lo que puede ser una posibilidad de problemas familiares y un cierto bloqueo e inhibición a dar detalles al respecto.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

El niño posee ansiedad, inseguridad, estrés, fatiga, poca creatividad, rutinario, poca iniciativa y agresividad.

Presenta dificultad para enfrentar una tarea nueva o tomar decisiones, exceso de fantasía, actitud maníaca y mucha hostilidad del medio a cual debe enfrentarse que no hay defensa que alcance.

Sufrimiento fetal, acontecimientos traumáticos y accidentes relacionados con el Padre; ya que, le dibuja a él.

Demuestra una excesiva protección y defensa.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA.

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante

Tratamiento

Con la abuela se ha trabajado con los pasos desarrollados por R. Barkley, siendo estos de gran ayuda para cambios positivos con el paciente, ya que estos ayudan a mejorar el comportamiento y a obedecer las reglas dentro y fuera de casa, mediante técnicas y herramientas sencillas de ejecutar. Debido que los cambios son lentos los pasos se deben hacer indefinidamente, lamentablemente el paciente no vive con el padre, y la madre está en EEUU, por lo que es más complicado el compromiso para desarrollar los pasos puesto que el padre le ve solo los fines de semana, pero en la actualidad los cambios han sido positivos con la ayuda de la abuela que esta al cuidado.

Es un niño muy emocional, tiende a absorber todo lo que pasa, especialmente en su ambiente familiar.

Se trabajó mucho con su atención y concentración; ya que tiende a desconcentrarse de manera muy fácil, es muy inquieto en la casa al igual que en la escuela.

Se le aplicó también técnicas para manejo de frustración y control de la ira; es un niño que actúa impulsivamente con bastante frecuencia y muchas de las veces con agresividad.

La agresividad se demuestra hacia las demás personas. Piensa que lo más óptimo para resolver problemas es el uso violento de su cuerpo para golpear a los demás, o lloriqueos en donde espera que se le de toda la atención a él al igual que todo gusto.

En terapia se trabajó con el paciente y la Abuela, ya que por el trabajo su Padre nunca pudo estar presente. Esto hizo que los cambios se demoren y se vuelvan más difíciles.

RECOMENDACIONES.

Continuar en terapia individual, al igual que familiar incluyendo en las terapias al padre. Trabajar con clases de nivelación con el paciente, para que mejore su rendimiento escolar.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 12

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 12. **SEXO:** Femenino **EDAD:** 8 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 23 de junio de 2003

ESCOLARIDAD: 4to de Básica **RELIGIÓN:** cristiana

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es remitida a proceso terapéutico debido a que presenta una mala conducta en casa y no obedece a las reglas impuestas por la madre.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Durante estos últimos meses la paciente se ha comportado mal, no obedece las reglas que la madre le da, pelea mucho con la hermana mayor.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

El paciente no ha recibido ningún tratamiento biológico, ni psicológico.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca el 23 de junio de 2003, parto normal sin inconvenientes, a la edad de un año y 2 meses empezó la marcha y al año, su lenguaje, utilizo pañal hasta el año, existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

Miedo a la oscuridad, sociable y buen comportamiento en la infancia.

En cuanto a las relaciones afectivas con los padres, la paciente tiene una relación no tan buena con la madre, con el padre la relación es distante y de miedo ya que él es sumamente rígido al dar órdenes, no se lleva bien, al igual que con la hermana que la relación también es mala, y conflictiva.

Presenta actividades de chantaje.

Buen rendimiento escolar, pero mal comportamiento, no obedece a la madre en las órdenes que ella le da.

Comparte la habitación con la hermana, su alimentación es buena.

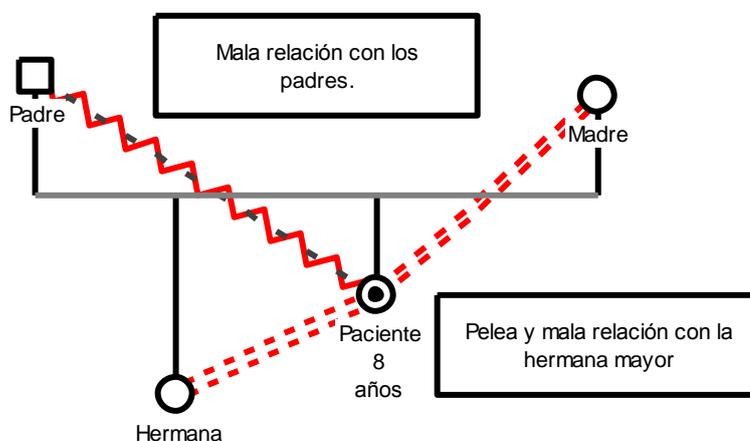
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ *Apariencia y Conducta General:* acorde a edad y sexo.
- ❖ *Funciones Cognitivas:* Buena orientación en lo que es tiempo y espacio. Buena memoria.
- ❖ *Inteligencia, Sensopercepción y sueño:* Normal.
- ❖ *Lenguaje y Pensamiento:* Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ *Afectividad:* Alegre.
- ❖ *Juicio:* Consciente del problema.
- ❖ *Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:* Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR.

Vive con los padres con quienes tiene una mala relación, al igual que con la hermana que la relación también es mala, y conflictiva.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, el paciente tiene una buena relación con los compañeros de clase, sociable, con los padres la relación es mala, al igual que con la hermana mayor.

En cuanto a la **Respuesta emocional**, impulsividad. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad.

En cuanto a **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, el niño utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que el paciente no juega solo, con una gran capacidad de juego simbólico o de representación.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**) Puntaje obtenido: 13, Desorden oposicionista desafiante (**Categoría B**) Puntaje obtenido: 4, Trastorno de conducta (**Categoría C**) Puntaje obtenido: 4.

TEST DE LA FAMILIA

En este dibujo se encuentra primero la hermana mayor lo que muestra una gran admiración, valoración e identificación; en segundo lugar se encuentra dibujada la niña, en tercer lugar la madre lo que ya es un indicador de desvalorización y en último lugar esta dibujado el padre lo que además de una desvalorización muestra también temor.

Necesidad de que siempre permanezcan unidos.

La niña se dibuja más pequeña que el resto de la familia pero se debe a que es la de menor edad cronológica.

Felicidad, alegría, estado de ánimo positivo, extraversión, ganas de comunicarse, sociabilidad

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Muestra rasgos femeninos, sentido estético, dependencia, espíritu maternal, femineidad, conciliador, diplomático, afectiva y sensible.

Existe incertidumbre, autoinsatisfacción, indecisión, ansiedad, angustia, descontrol y agresividad.

Muestra presión y amenaza del medio al que ella se debe enfrentar y la necesidad de una excesiva protección y defensa.

Demuestra al igual una inmadurez emocional, egocentrismo y dependencia materna.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA.

La paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante

Tratamiento

Con la madre se ha trabajado con los pasos desarrollados por R. Barkley, ayudando a mejorar el comportamiento y a obedecer las reglas dentro y fuera de casa, mediante técnicas y herramientas sencillas de ejecutar. Debido a que los cambios son lentos los pasos se deben hacer indefinidamente, tratando de que las conductas de la hermana mayor no sean imitadas por la paciente, y se necesita mayor compromiso por parte del padre.

La paciente es una niña muy dulce y está en una edad que se quiere parecer mucho a su hermana mayor.

Quiere ser parte de todo lo que la hermana está viviendo tratando de saber todo lo que pasa en la vida de ella.

Las conductas impulsivas y negativas son aprendidas, se trabajó con la paciente en su autoestima, en ser ella misma y en que sepa que todos sus actos tienen consecuencias y que si los repite de las demás personas, las consecuencias serán igual de negativas que fueron para el resto, especialmente para su hermana.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda que los Padres les den un tiempo exclusivamente dedicado a cada una de las hijas, dándoles importancia a todo lo que suceda en la vida de ellas, trabajando así el autoestima y la importancia de que cada persona es única y todos somos igual de especiales.

Seguir aplicando las técnicas dadas en terapia.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 13

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 13. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 5 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 9 de noviembre del 2006.

ESCOLARIDAD: 1ro de Básica **RELIGIÓN:** Católica

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido a proceso terapéutico porque es inquieto, no presta atención en clase.

ENFERMEDAD ACTUAL:

El paciente es inquieto, no presta atención a clases, agresivo, no le gusta compartir, no obedece las ordenes a la primera, esperando que le repitan una y otra vez.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

El paciente no ha recibido ningún tratamiento biológico, ni psicológico.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca el 9 de noviembre de 2006, parto normal, sin inconvenientes, a la edad de 9 meses empezó la marcha y a la misma edad, su lenguaje, utilizo pañal hasta los 3 años, toma el biberón hasta los 2 años, existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

Miedo a la oscuridad, sociable.

En cuanto a las relaciones afectivas, los padres son separados pero la relación con el paciente es buena, así como también la relación con los abuelos.

Tiene un buen rendimiento escolar, es sociable. Habitación propia, buena alimentación.

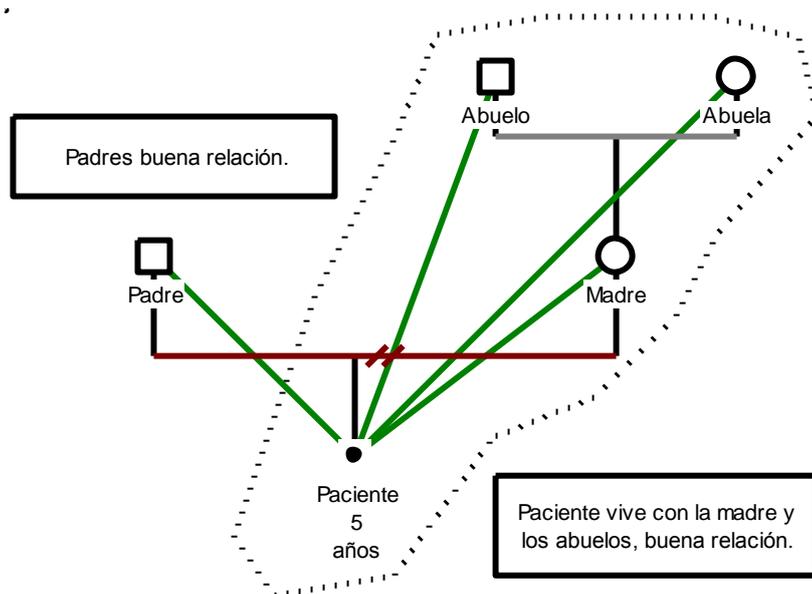
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ **Apariencia y Conducta General:** acorde a edad y sexo.
- ❖ **Funciones Cognitivas:** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio. Buena memoria.
- ❖ **Inteligencia, Sensopercepción y sueño:** Normal.
- ❖ **Lenguaje y Pensamiento:** Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ **Afectividad:** Alegre.
- ❖ **Juicio:** No está consciente del problema.
- ❖ **Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR.

Padres separados, pero la relación con el paciente es buena al igual que con los abuelos con quienes vive.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, el paciente es sociable, tiene una buena relación con los compañeros de clase, al igual que con los padres y abuelos.

En cuanto a la **Respuesta emocional**, impulsivo. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad.

En cuanto a **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, el niño utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que el paciente no juega solo, con una gran capacidad de juego simbólico o de representación.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**) Puntaje obtenido: 17, Desorden oposicionista desafiante (**Categoría B**) Puntaje obtenido: 6, Ansiedad de Separación (**Categoría D**) Puntaje obtenido: 5.

TEST DE LA FAMILIA

El niño posee sentimientos de indefensión, desvalorización, retraimiento, desazón, temor hacia el exterior, desconfianza, timidez, posibilidad de trastornos emocionales, depresión, ansiedad.

Se encuentran dibujados solo la Madre y el Padre; en primer lugar se encuentra la Mamá, debido a que existe mayor vínculo afectivo y valoración. El padre está dibujado en último lugar, lo que indica desvalorización por parte del niño y temor.

Baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo. Tristeza y depresión.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

El niño presenta timidez, aplastamiento, no reconocimiento, autodesvalorización, inseguridades, temores, retraimiento, sentimiento de inadecuación, sentimiento de inferioridad, dependiente y frialdad.

Se muestra como un sujeto encerrado y protegido del mundo.

Temor o no querer asumir responsabilidades.

Hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse el niño. Necesidad de excesiva protección y defensa.

Problemas con su identificación sexual, exhibicionismo y psicopatología

HIPOTESIS DIAGNOSTICA.

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.

Tratamiento

La madre fue la que asistió a todas las sesiones, trabajando con los 10 pasos desarrollados por R. Barkley, ayudando a mejorar el comportamiento y a obedecer las reglas dentro y fuera de casa, mediante técnicas y herramientas sencillas de ejecutar. Debido que los cambios son lentos los pasos se deben hacer indefinidamente.

El paciente es un niño muy inteligente, se le remitió a terapia debido a la conducta que tenía en clases. Es impulsivo y bastante inquieto.

Se trabajó conjuntamente con su madre para que se introduzcan reglas y normas dentro del hogar y que el paciente sepa que para todas sus conductas existen consecuencias, negativas y positivas.

En terapia se cumplieron con todas las sesiones y los ejercicios planificados; sin embargo, no se vio un apoyo fuerte a nivel familiar e institucional al aplicar lo aprendido en terapia y el cambio en el paciente no fue tan notorio como se esperaba.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda seguir trabajando con lo aprendido en terapia y que en la escuela se le de apoyo aplicando las mismas técnicas para que la conducta del paciente mejore y se den cambios reales y positivos.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 14

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 14. **SEXO:** Femenino **EDAD:** 12 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 19 de febrero de 2000.

ESCOLARIDAD: 7mo de Básica **RELIGIÓN:** cristiana

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es remitida a proceso terapéutico debido a que presenta una mala conducta en la escuela y en el hogar.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde que la paciente tenía 10 años de edad empezaron los cambios de conducta, no obedece ordenes q la madre le da, hace lo contrario de las cosas que se le ordenan, pelea constantemente con la hermana menor, y en la escuela se comporta mal con los profesores.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

El paciente recibió tratamiento para la hepatitis B.

En cuanto a los tratamientos psicológicos a la edad de 10 años a causa del incumplimiento de tareas le enviaron al aula de apoyo.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca el 19 de febrero del 2000, parto normal sin inconvenientes, a la edad de un año y 4 meses empezó la marcha y a los 2 años, su lenguaje, utilizo pañal hasta el año y medio, biberón hasta los 2 años, existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

Miedo a la oscuridad, sociable y buen comportamiento en la infancia, tendencia a la mentira desde los 9 años, siendo más frecuente en la actualidad, coge aretes u otras cosas de la madre. En cuanto a las relaciones afectivas con los padres la paciente tiene una mala relación con la madre, no le cuenta nada de lo que le pasa y a veces le miente, con el padre la relación es distante y de miedo ya que él es sumamente rígido al dar órdenes, no se llena bien, al igual que con la hermana que la relación también es mala.

Presenta actividades de chantaje.

Buen rendimiento escolar, pero mal comportamiento, actualmente el rendimiento escolar ha ido empeorando, no obedece a los profesores.

Comparte la habitación con la hermana, su alimentación es buena.

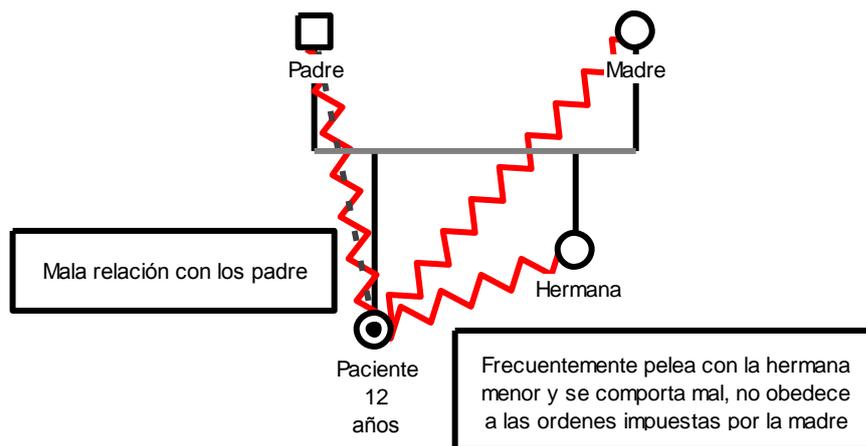
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ **Apariencia y Conducta General:** acorde a edad y sexo.
- ❖ **Funciones Cognitivas:** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio. Buena memoria.
- ❖ **Inteligencia, Sensopercepción y sueño:** Normal.
- ❖ **Lenguaje y Pensamiento:** Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ **Afectividad:** Alegre.
- ❖ **Juicio:** No está consciente del problema.
- ❖ **Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR.

Paciente vive con los padres, con quienes no tiene una buena relación, al igual que con la hermana menor con quien pelea frecuentemente.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, la paciente es sociable, tiene una buena relación con los compañeros de clase, mala relación con los padres y la hermana.

En cuanto a la **Respuesta emocional**, impulsivo, agresiva. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad.

En cuanto a **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, el niño utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que el paciente juega solo, con una gran capacidad de juego simbólico o de representación.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**) Puntaje obtenido: 13, Desorden oposicionista desafiante (**Categoría B**): Puntaje obtenido: 4, Trastorno de conducta (**Categoría C**) Puntaje obtenido: 5, Trastorno del Vínculo (**Categoría L**) Puntaje obtenido: 2.

TEST DE LA FAMILIA

El orden de los personajes dibujados es en primer lugar el Padre lo que muestra mayor valoración, admiración e identificación. Todos se encuentran a una distancia normal y se debe a que viven bajo el mismo techo y la niña desea que siempre estén juntos.

Baja autoestima, angustia o ansiedad.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Representa rasgos de personalidad apegados a lo concreto, fuerte tendencia instintiva, falta de imaginación que frena su crecimiento espiritual y psíquico.

Muestra rasgos femeninos. Sentido estético, dependencia, incertidumbre, autoinsatisfacción, indecisión, ansiedad, descontrol, agresividad y conflicto.

El dibujo tiene nubes lo que indica presión, amenaza, tendencias autoagresivas o dolencias psicósomáticas.

No posee defensas hacia la hostilidad del medio, sufrimiento fetal, y acontecimientos traumáticos ocurridos a la madre embarazada.

Test en anexo # 10.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA.

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante

Tratamiento

Con la madre se ha trabajado con los 10 pasos desarrollados por R. Barkley, ayudando a mejorar el comportamiento y a obedecer las reglas dentro y fuera de casa, mediante técnicas y herramientas sencillas de ejecutar. Debido a que los cambios son lentos los pasos se deben hacer indefinidamente, al igual que se ha trabajado con psicoeducación de una manera conjunta con los pasos para que sea más efectivo el trabajo con la madre y la paciente.

Es una niña muy dulce, al principio le costó abrirse en terapia; sin embargo, poco a poco fue tomando confianza con los terapeutas y se trabajó de una manera más provechosa.

Se trabajó especialmente en su autoestima y seguridad. Es una niña con muchos miedos y con mucha inseguridad, no se sentía capaz de realizar ninguna tarea con un resultado positivo.

Es impulsiva y siempre quiere que las personas que se encuentran a su alrededor hagan lo que ella quiere y si no es así existían problemas en el hogar y en la institución académica, en el tiempo de terapia se trabajó sobre reglas y normas en casa al igual que seguirlas en la escuela; tuvimos una buena respuesta por parte de la paciente y supo ajustarse a los cambios.

En un aspecto general el resultado de las terapias aplicadas a la paciente y su Madre dio el resultado esperado, se dieron cambios positivos en el ambiente familiar.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda que siga en un tratamiento terapéutico en donde se fortalezca su autoestima y seguridad, al igual que poco a poco la relación con sus Padres y hermana.

INFORME CLÍNICO PACIENTE 15

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Paciente 15. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 7 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 8 de septiembre de 2004

ESCOLARIDAD: 3ro de Básica **RELIGIÓN:** Católica

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido a proceso terapéutico por que hace dos meses atrás en la escuela le pegaron en el ojo, habla frecuentemente malas palabras, es muy violento.

ENFERMEDAD ACTUAL:

A la edad de 6 años al paciente le pegaban a causa de su mal comportamiento, y hace dos meses atrás en la escuela le pegaron en el ojo, es muy agresivo y habla malas palabras.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Asistió 3 veces al psicólogo a causa de su comportamiento.

INFORMACIÓN ANAMNESICA

Nace en Cuenca el 8 de septiembre de 2004, parto normal, con inconvenientes, por que el paciente no gritaba y le dieron oxígeno. A la edad de 10 meses empezó la marcha y al año, su lenguaje, utilizo pañal hasta los dos años, existe la presencia de enfermedades normales a su edad.

Enuresis nocturna, que no es muy frecuente, siendo la última vez hace un mes y medio atrás, sociable, miedo a la oscuridad, tendencia a la mentira.

En cuanto a las relaciones afectivas con los padres, la relación es buena con los dos, pero existe maltrato físico por parte de ellos, tiene dos hermanas mayores una de 14 y la otra de 17 con quienes la relación es mala, desde que el paciente tuvo 5 años de edad.

Es inquieto, habla malas palabras, sociable. Duerme con la hermana, a veces con los padres, no come solo.

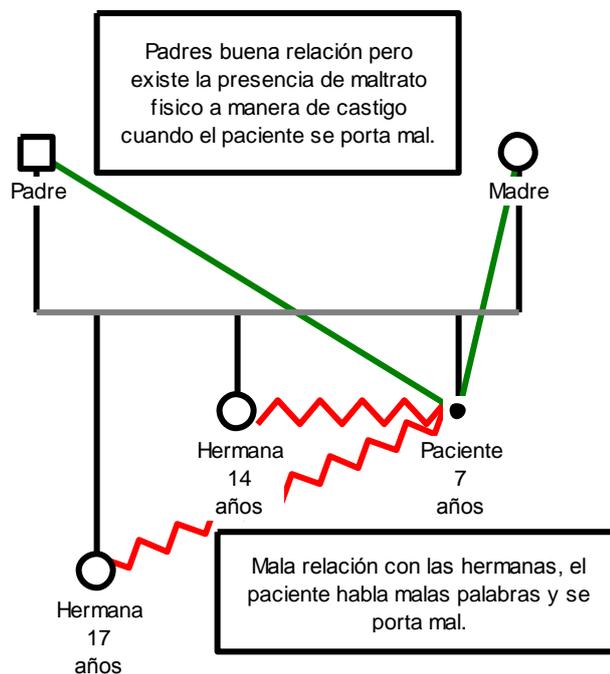
EVALUACIÓN DEL NIÑO:

- ❖ **Apariencia y Conducta General:** acorde a edad y sexo.
- ❖ **Funciones Cognitivas:** Buena orientación en lo que es tiempo y espacio.
Buena memoria.
- ❖ **Inteligencia, Sensopercepción y sueño:** Normal.
- ❖ **Lenguaje y Pensamiento:**
Buena articulación, tonalidad, buena coherencia y congruencia, buena comprensión, distraibilidad, mala concentración.
- ❖ **Afectividad:** Alegre.
- ❖ **Juicio:** No está consciente del problema.
- ❖ **Reacción Del Entrevistador Ante El Paciente:** Toda la sesión transcurrió con normalidad.

CONFORMACIÓN FAMILIAR.

Paciente vive con los padres, con quienes tiene una buena relación pero existe la presencia de maltrato físico, dos hermanas con quienes la relación es mala.

GENOGRAMA.



DESCRIPCIÓN DEL AREA SOCIOEMOCIONAL

En cuanto a la **Relación con los Otros**, la paciente es sociable, tiene una buena relación con los compañeros de clase, sin embargo, la relación con los profesores es mala y frecuentemente habla malas palabras, con los padres la relación es buena, pero utilizan maltrato físico como correctivo hacia una conducta inapropiada, la relación con las hermanas es mala.

En cuanto a la **Respuesta emocional**, impulsivo, agresivo. El **Uso del cuerpo** se observa movimientos normales a su edad.

En cuanto a **La adaptación al cambio, Modalidades Sensoriales y Flexibilidad** observamos respuestas normales a su edad.

En cuanto a la **Creatividad, Capacidad Representativa y el Uso del Juego social o imitativo**, se apreciaron formas muy desarrolladas de juego, el niño utiliza varios juguetes para manipularlos, se observa un juego motor en el que el paciente no juega solo, con una gran capacidad de juego simbólico o de representación.

RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS

ECI

El paciente presenta mayor puntuación en las siguientes categorías, las cuales se considera de relevancia para su diagnóstico.

Déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad (**Categoría A**): Puntaje obtenido: 13, Desorden oposicionista desafiante: (**Categoría B**): Puntaje obtenido: 4, Trastorno de conducta (**Categoría C**): Puntaje obtenido: 4, Ansiedad generalizada (**Categoría E**) Puntaje obtenido: 3.

TEST DE LA FAMILIA

El dibujo muestra una desvalorización hacia la familia por el tamaño y una muy grande hacia su persona ya que no se dibuja, en primer lugar se encuentra el Padre lo cual indica una mayor valorización o también un temor por ser la persona de autoridad en el hogar.

Baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo. Temor a algunos de los personajes próximos que se asocian a la familia.

No se siente parte de la familia, necesidad de afecto.

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

El paciente presenta, timidez, aplastamiento, no reconocimiento, autodesvalorización, inseguridades, temores, retraimiento, sentimientos de

inadecuación, sentimientos de inferioridad, dependiente, tensión, dificultad para enfrentarse a una tarea nueva o para tomar decisiones.

Demuestra que existe mucha hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse el sujeto, pocas defensas y conflictos.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA.

El paciente presenta un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante

Tratamiento

En las primeras sesiones asistieron los dos padres, y en el transcurso del tratamiento solo la madre, se trabajó con los pasos desarrollados por R. Barkley, pero lamentablemente no hubo compromiso por parte de la madre, ya que la misma no hacía las técnicas dadas, y los cambios no eran los esperados, debido a eso no se pudo avanzar con todo el tratamiento quedándose el paciente en el 6 paso de los 10 dados por el autor, ya que el paciente no siguió asistiendo a terapia.

El paciente es un niño que no le gusta abrirse y no dio oportunidad para que se trabaje de manera positiva en terapia, a pesar que realizaba los ejercicios y cumplía con la planificación, los hacía de una manera mecánica y no interiorizaba lo que se estaba trabajando.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda hacer un trabajo conjunto entre padres y maestros, en interiorización de reglas y de consecuencias, sin que estas consecuencias sean castigos fuertes; ya que, es un niño que no va a aprender por las malas sino más bien todo lo contrario, si se le explica y se aplican las técnicas aprendidas en terapia de manera adecuada, el cambio se dará con mucha facilidad y rapidez.

Lamentablemente el proceso terapéutico con el paciente no se pudo completar de la manera esperada; ya que no asistieron a las terapias asignadas.

CAPITULO V

5.1.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Resultados:

El total de niños y niñas que fueron evaluados durante el proceso terapéutico fue de 15, 11 niños y 4 niñas que comprenden edades entre 5 y 12 años.

El proceso terapéutico, se realizó de manera conjunta con los padres, por un periodo de 13 sesiones, la primera de introducción y presentación, la segunda de aplicación de test y realización de la historia clínica, y durante las 10 sesiones restantes se desarrolló el programa de entrenamiento a padres desarrollado por Rusell Barkley, y con los niños la realización de técnicas según las necesidades individuales de cada uno, siendo las áreas importantes impulsividad, control de la ira, atención, memoria y agresividad.

Antes de realizar la investigación se inició una selección de los niños con la ayuda del aula de apoyo de las instituciones educativas involucradas, quienes efectuaron la categorización de los mismos según las conductas presentadas en clase y en casa, siendo las más importantes: agresividad, rebeldía, oposición a las reglas impuestas por personas de autoridad, sobreprotección, falta de atención, rabietas, comportamiento hostil y conductas desafiantes, corroborando estos resultados con el cuestionario para padres ECI (Early Childhood Inventory) y con las historias clínica realizadas (resultados expuestos en el capítulo anterior).

Como resultado de esta investigación se pudo evidenciar que el cambio en el comportamiento de los pacientes fue positivo, de los 15 pacientes atendidos 3 de ellos dejaron el tratamiento, obteniendo en el 80 % de los casos un notable cambio durante el proceso.

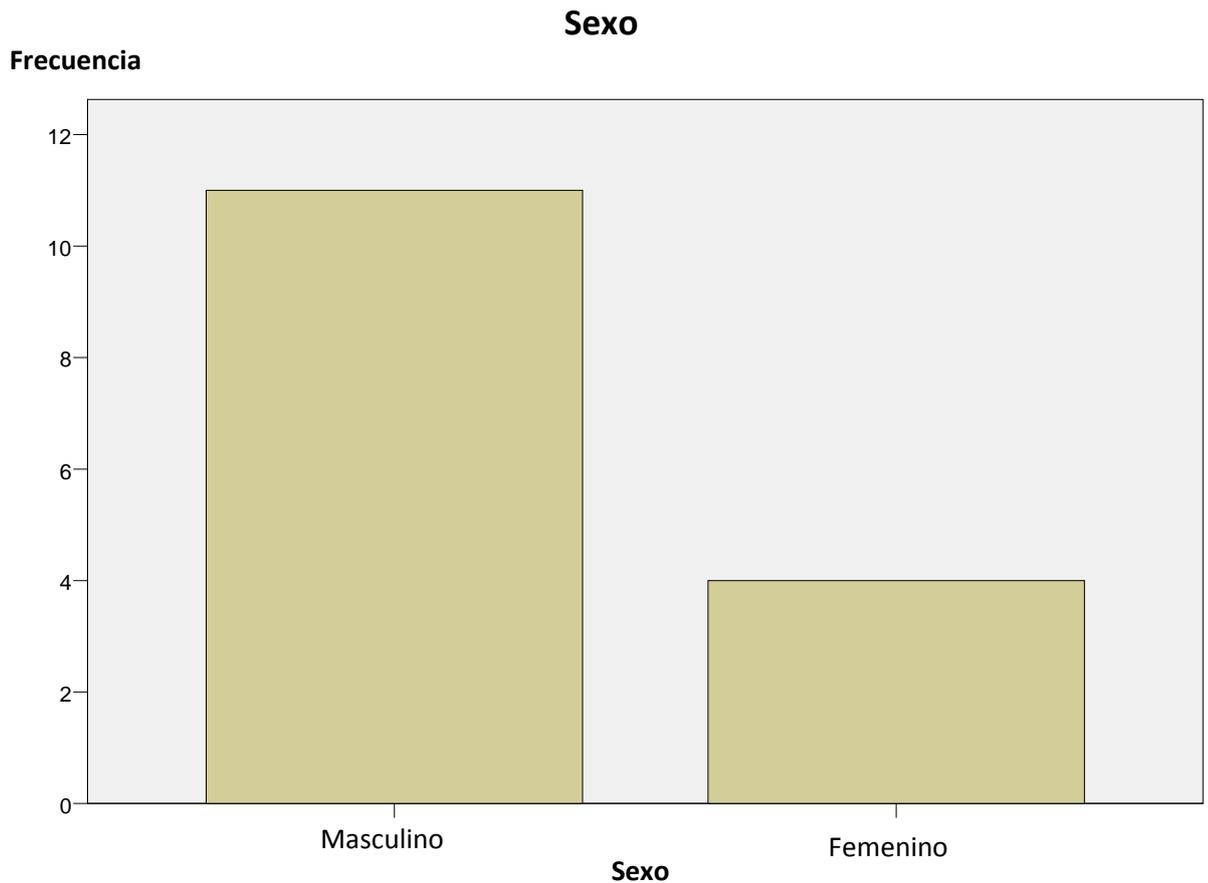
TABLA 1: Asistencia

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos asistencia permanente	11	73,3
abandono el proceso	4	26,7
Total	15	100,0

Fuente: Zea y Fernández de Córdoba (2012)

En esta Tabla se clasificaron en dos grupos: asistencia permanente y abandono del proceso. Describe a los pacientes que terminaron el proceso terapéutico, los mismos que fueron 11 y los 4 restantes desistieron del mismo,

GRAFICO # 1



Fuente: (Fernández de Córdova, A.I., Zea, W.X. (2012).

En este gráfico se describe el sexo de los pacientes 11 masculinos y 4 femeninos

TABLA 2: EDAD

	Frecuencia	Porcentaje
5	3	20.00
6	3	20.00
7	4	26.7
8	1	6.7
9	1	6.7
10	2	13.3
12	1	6.7
Total	15	100.00

Fuente: (Fernández de Córdoba, A.I., Zea, W.X. (2012).

Edad: tabla en el que consta las edades de los pacientes atendidos en el transcurso de la investigación:

3 niños de 5 años, seguido de 3 niños de 6 años, 4 niños de 7 años, un niño de 8, uno de 9, 2 de 10 y 1 de 12 años. Dando un total de 15 niños atendidos.

TABLA 3.Estado civil de los Padres.

	Frecuencia	Porcentaje
Casados	7	46.7
Divorciados	5	33.3
Reconstituidas	3	20.00
Total	15	100.00

Fuente: (Fernández de Córdoba, A.I., Zea, W.X. (2012).

TABLA 4.Con quien vive

	Frecuencia	Porcentaje
Padres	12	80.00
Abuelos	3	20.00
Total	15	100.00

Fuente: (Fernández de Córdova, A.I., Zea, W.X. (2012).

TABLA 5.Quien cuida a los niños

	Frecuencia	Porcentaje
Madre	10	66.7
Abuela	5	33.3
Total	15	100.00

Fuente: (Fernández de Córdova, A.I., Zea, W.X. (2012).

TABLA 6. PUNTAJE DE CAMBIO

Durante el desarrollo del tratamiento y en la finalización del mismo se pudo observar cambios positivos en la gran mayoría de pacientes, siendo sus padres o tutores quienes asignaron un puntaje al cambio en el comportamiento y conducta de sus hijos:

PACIENTE	PUNTAJE AL INICIO	PUNTAJE AL FINAL	CAMBIO
1	3	8	Positivo
2	4	7	Positivo
3	3	9	Positivo
4	5	7	Positivo
5	4	8	Positivo
6	3	7	Positivo
7	4	8	Positivo
8	2	2	Negativo
9	4	8	Positivo
10	2	2	Negativo
11	3	9	Positivo
12	3	8	Positivo
13	4	7	Positivo
14	2	9	Positivo
15	2	2	Negativo

El cambio que se obtuvo en la gran mayoría de pacientes fue positivo debido al compromiso brindado por parte de los padres, sin ser este el caso de 3 de los pacientes que no obtuvieron cambios en su comportamiento y conducta puesto que no existió compromiso de los padres, los mismos que no realizaron los pasos correspondientes a cada sesión, y no terminaron el tratamiento quedándose en el sexto paso del programa, El paciente 6 tampoco culminó el programa quedándose en el paso 9 pero sus cambios fueron notorios en el desarrollo del tratamiento.

Conclusiones:

Durante el desarrollo de esta investigación se han podido evidenciar ciertas características que generan comportamientos inapropiados, características que muchos padres desconocen y se generan dentro del hogar y en su forma de cuidado.

En el tratamiento se pudo observar que existe una mayor comunicación de los pacientes con las personas que pasan más tiempo al cuidado de ellos; sin embargo en la mayoría de los casos no es la mejor.

Los problemas más comunes que originan los malos comportamientos en la mayoría de los casos son: el divorcio o la separación de los Padres por un largo periodo, esta es la causa principal debido a que tiene consigo la separación de los niños con uno de sus progenitores y la mala relación; otro problema igual de grave es la presencia de violencia familiar, que es la causa de que existan temores a la agresión pero que se repitan las conductas aprendidas.

La presencia de los Abuelos en la crianza de los niños incluyen varios cambios en sus comportamientos; la tercera parte de los pacientes fueron o son cuidados por sus Abuelos, en algunos casos sin la presencia de los Padres debido a la migración, esto crea un desequilibrio en los niños; ya que, no existen los roles de Madre y Padre y no existen reglas ni límites.

En los test proyectivos aplicados se pudo ver que existe relación en los resultados de los niños que recibieron el tratamiento; en el test de la familia los rasgos más comunes en los pacientes son: problemas emocionales, tales como: angustia, ansiedad y depresión, desvalorización hacia ellos mismos, celos hacia los hermanos, conductas agresivas e impulsivas, sentimientos de culpabilidad y temor a la agresión física.

En el test de la persona bajo la lluvia se ven los rasgos de: timidez, aplastamiento, autodesvalorización, inseguridad, temores, retraimiento, sentimiento de inadecuación, sentimiento de inferioridad y dependencia, se ve también: agresividad, impaciencia, vitalidad, dureza, tenacidad y obstinación, no son sujetos adaptados, no tienen libertad para actuar y presentan ansiedad, tensión, estrés, problemas de fatiga y depresión.

Normalmente se dedica más atención a las conductas inadecuadas de un hijo que a sus conductas adecuadas. En la base de todo ello está el hecho de que suele esperarse que el niño debe portarse bien siempre y que, por tanto, no debe ser halagado o premiado por ello. El niño puede realizar a lo largo del día muchas conductas correctas pero no recibe a cambio ninguna atención especial por parte de los padres. Por el contrario, dado que un padre no debe consentir que su hijo sea desobediente o se porte de forma incorrecta, es rápidamente advertido o castigado. El niño se da cuenta que con este tipo de comportamiento suele atraer la atención de su padre (a pesar de que es para regañarle) y quizás sea la única forma que conozca de conseguir que le preste algo de atención.

Otro factor igual de importante y de relevancia es la sobreprotección brindada por los padres hacia los hijos, este elemento negativo hace que las conductas de los hijos sean inapropiadas y no se sometan a las reglas impuestas por los padres, siendo los padres manipulados y controlados por los hijos quienes con comportamientos negativos e inapropiados hacen que los padres hagan lo que ellos quieren.

El programa es muy útil para el trabajo con niños desafiantes y es de fácil aplicación; ya que, solo se necesita seguir los pasos adecuadamente y los resultados positivos se verán con rapidez.

5.2.- Recomendaciones:

Por los resultados demostrados anteriormente, es recomendable:

1. Aplicar el programa en las instituciones educativas, en conjunto con el aula de apoyo de las mismas.
2. Seleccionar a los niños con estas características conductuales, para que reciban tratamiento psicológico, dependiendo cada una de sus necesidades.
3. Trabajar unificadamente con los padres, ya que ellos son parte fundamental para el cambio del paciente mediante la implementación del programa.
4. Brindar más apoyo, dependiendo el nivel de educación de los padres, puesto que es más difícil el cambio de conductas de los hijos sin la ayuda adecuada de los progenitores.
5. La migración, siendo este un papel fundamental. Trabajar en las reglas impuestas por uno de los padres que se queda al cuidado del hijo y con la imposición de reglas del padre recién llegado si este fuese el caso.
6. Es necesario que exista mayor compromiso de los padres durante las sesiones y realización del tratamiento, para que los cambios sean positivos.
7. Mayor compromiso, seguimiento y exigencia por parte de la institución escolar.

Bibliografía:

- Barkley, R. A. (2000). *Hijos desafiantes y Rebeldes*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Bernal, A. (2005). *La familia como ámbito educativo*. Barcelona, España: Ediciones Rialp.
- Bowen, M. 1991. *De la familia al individuo*. Paidós. Buenos Aires.
- Bunge, E. G. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Daymas, A. P. (2001). *El juego de la psicoterapia del niño*. Madrid: Biblioteca nueva.
- De Natale, M. L. (2003). *La edad adulta. Una nueva etapa para educarse*. Madrid: Narcea.
- Estrada Inda, L. (2001). *El papel de los padres en el tratamiento de niños*.
- Fernandez, J. (2000). *En busca de resultados. Introducción a las terapias sistémicas*. Editorial de la universidad de Aconcagua.
- Fernandez, J. (2006). *En busca de resultados. Introducción a las terapias sistémicas*. Editorial de la universidad de Aconcagua.
- Friedberg, R. D.(2005)*Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Paidós.
- García, P. R. (1995). *Larousse diccionario básico escolar*. Mexico D.F.: Larousse.
- Hoyuelos Planillo, (2004). A. *Abuelos, abuelas, nietos y nietas. El punto de vista infantil*. Indivisa, Bol.
- Jerome, K. (1974). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. Mexico: Trillas, S.A.
- Klein, M. (1987). *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- LLuís Font, J. M. (1978). *Test de la Familia*. Barcelona, España: oikos-Tau, s.a, ediciones.
- Marulanda, Á. (2000). *Creciendo con nuestros hijos*. Bogotá, Colombia: Norma.
- McQueen, J. P. (2003)*Psicología del desarrollo edad adolescente*. El manual moderno.

Mcgoldrick, M y Gerson, R. (2005). Genogramas en la evaluación familiar. Gedisa.España.

Meneses Morales, E. (1999). *Educación comprendiendo al niño*. Mexico D.F.: Trillas.

Papalia, (2007). D. *Psicología del desarrollo*. Mc Graw Hill 7ma. Edición.

Papalia, (2003). D. *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. . Mc Graw 3ra Edición .

Reinecke, M. Datillio, F. &Freeman, A. (2000).Terapia Cognitiva para Niños y Adolescentes. Manual para la práctica clínica.

Zavallovi, R. (2000).*Biblioteca de la carrera de psicología* . Heder, Zalamanca

REFERENCIAS ELECTRONICAS:

<http://www.educar.org/infantiles/ArticulosyObras/nenedecinco.asp>. Recuperado el 15 de febrero de 2012

http://antiguo.itson.mx/LDCFD/repositorio/tetra1/PsGral/Lecturas/Lectura07_Las_caracteristicas_de_desarrollo_del_nino_de_6_a_12.pdf. Recuperado el 17 de febrero de 2012

<http://www.ilustrados.com/tema/3541/Desarrollo-Psicologico-social-nino-anos.html>
Recuperado el 18 de febrero de 2012

<http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/problemasconductainfantil/index.php>
Recuperado el 10 de marzo de 2012

<http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Metodo-Observacional.htm>.
Recuperado el 20 de marzo de 2012

<http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/evaluacionpsicologica/index.php>
Recuperado el 20 de marzo de 2012

<http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/tema4> Recuperado el 22 de abril de 2012

<http://psicosesion.com/?p=549> Recuperado el 5 de mayo de 2012

<http://es.scribd.com/doc/7162253/Test-de-Familia> Recuperado el 5 de de mayo de 2012

http://www2.udec.cl/~erhetz/privada/Tecnicas/Dibujo_familia.pdf Recuperado el 5 de de mayo de 2012

ANEXO 1

“Conductas positivas que podrían
reforzarse”

ANEXO 1

Conductas positivas	Posibles refuerzos

Ejemplos: levantó la mesa, tendió la cama, ordenó sus juguetes, jugó tranquilo, no interrumpió, me sonrió, se lavó los dientes, etc.

ANEXO 2

“Refuerzo de conductas problema”

ANEXO 2.

Conducta problema (1)	Refuerzo de la conducta (2)	Resultado (3)

Ejemplos:

(1).- hace berrinche por que quiere un dulce

(2).- finalmente le compro un dulce

(3).- Aprende que con berrinche obtiene lo que quiere.

ANEXO 3

“Registro S-R-C para ser completado por
los padres”

ANEXO 3.

Registro S-R-C para ser completado por los padres.

Que hizo mi hijo	Mi reacción (Consecuencia)	Reacción de mi hijo (al instante y 10 min. Después)

ANEXO 4

“Tarjeta de evaluación para maestros”

“Tarjeta de auto-evaluación”

“Tarjeta de informe diario para la
conducta escolar”

ANEXO 4.

Tarjeta de evaluación para maestros.

Nombre..... Fecha.....

Conducta	Nada	Poquito	Más o menos	Bastante	Mucho	Puntaje
Me distraje	1	2	3	4	5	Puntos: Bonus: Total:
Trabajé en silencio	1	2	3	4	5	Puntos: Bonus: Total:
Hice bien la tarea	1	2	3	4	5	Puntos: Bonus: Total:
Participé en clase	1	2	3	4	5	Puntos: Bonus: Total:
Terminé la tarea	1	2	3	4	5	Puntaje: Bonus: Total:

Tarjeta de auto-evaluación.

Nombre..... Fecha.....

Conducta	Nada	Poquito	Más o menos	Bastante	Mucho	Puntaje
Me distraje	1	2	3	4	5	Puntos: Bonus: Total:
Trabajé en silencio	1	2	3	4	5	Puntos: Bonus: Total:
Hice bien la tarea	1	2	3	4	5	Puntos: Bonus: Total:
Participé en clase	1	2	3	4	5	Puntos: Bonus: Total:
Terminé la tarea	1	2	3	4	5	Puntaje: Bonus: Total:

Barkley, R.A. (1998). Niños desafiantes. Material de evaluación y folletos para los padres. New york: The Guilford Press.

TARJETA DE INFORME DIARIO PARA LA CONDUCTA ESCOLAR

Nombre del niño:.....

Fecha:.....

Maestro(s):

Evalúe el comportamiento del niño durante el día de hoy. Especifique.

Use la siguiente escala: 1 = excelente, 2 = bueno, 3 = regular, 4 = pobre y 5 = muy pobre. Si desea realizar algún comentario, puede hacerlo al dorso de la tarjeta.

Materia / Recreo / Transporte

Comportamientos a ser evaluado	1	2	3
Iniciales del maestro			

ANEXO 5

**“Tarjeta-registro semanal para la conducta
escolar”**

ANEXO 5.

Conducta	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Copió del pizarrón					
Silencio en Clase					
Hizo caso					

ANEXO 6

“Contrato”

ANEXO 6

Contratos

Yo:.....

Me comprometo a:

.....
.....
.....

Si cumplo, obtendré:

.....
.....
.....

Si no cumplo, las consecuencias serán:

.....
.....
.....

Fecha:.....

.....
Firma del chico

.....
Firma padres o tutor

ANEXO 7

“Test ECI (Early Childhood Inventory)”

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	DE JEZ EN O CUANDO	A JEZ 1	CASI SIEMPRE 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	DE JEZ EN O CUANDO	A JEZ 1	CASI SIEMPRE 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	DE VEZ EN O CUANDO 1	A VECES 1	CASI SIEMPRE 1
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				

CATEGORIA C: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
	Nunca 0	DE VEZ EN O CUANDO 1	A VECES 1	CASI SIEMPRE 1
29				
30				
31				
32				
33				
35				
36	0	1	1	1
37	0	1	1	1
38	0	1	1	1

CATEGORIA PCS: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
	Nunca 0	DE VEZ EN O CUANDO 1	A VECES 1	CASI SIEMPRE 1
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				

CATEGORIA D: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
	Nunca 0	DE VEZ EN O CUANDO 1	A VECES 1	CASI SIEMPRE 1
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				

	CATEGORIA E: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	DE VEZ O EN CUANDO 1	A VECES 1	CASI SIEMPRE 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	DE VEZ O EN CUANDO 1	A VECES 1	CASI SIEMPRE 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	DE VEZ O EN CUANDO 1	A VECES 1	CASI SIEMPRE 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	DE VEZ O EN CUANDO 1	A VECES 1	CASI SIEMPRE 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	DE VEZ EN OCURRIENDO	A VECES 1	CASI SIEMPRE 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	DE VEZ EN OCURRIENDO	A VECES 1	CASI SIEMPRE 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	DE VEZ EN OCURRIENDO	A VECES 1	CASI SIEMPRE 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	DE VEZ EN OCURRIENDO	A VECES 1	CASI SIEMPRE 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	DE VEZ EN OCURRIENDO	A VECES 1	CASI SIEMPRE 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:

.....

.....

.....

ANEXO 8

“Test de la Familia”

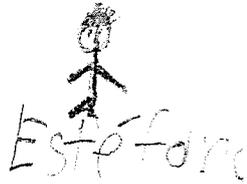
“Test persona bajo la lluvia”

Paciente 1

Papi

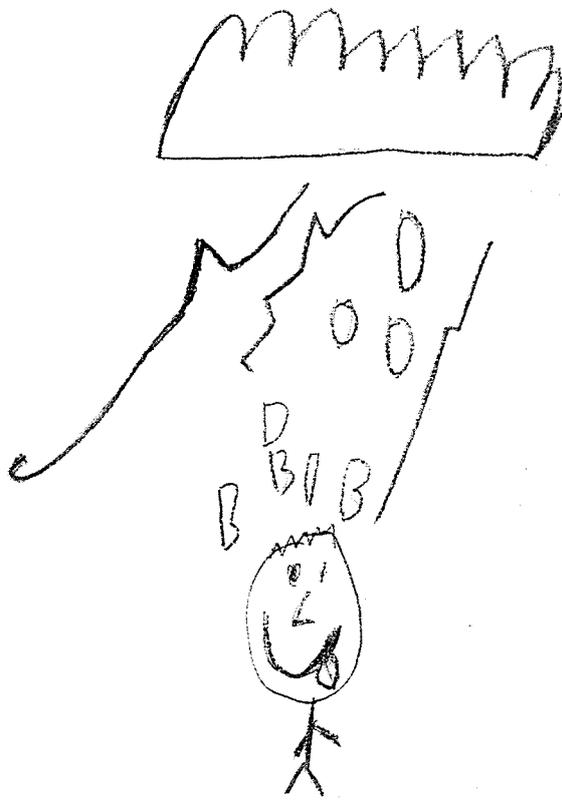
Natia

Mami Estéfani



TEST DE LA FAMILIA

El niño posee una autoimagen débil, problemas emocionales, como: angustia, ansiedad y depresión. Existen sentimientos de culpa y temor a la agresión física. Hay una valoración mayor hacia el padre que es percibido como el elemento más importante de la familia. Existe una mayor valorización hacia la hermana que hacia la madre y una desvalorización hacia el mismo.



TEST PERSONA BAJO LA LLUVIA

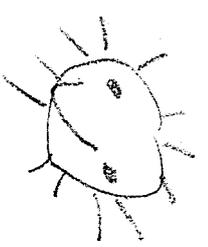
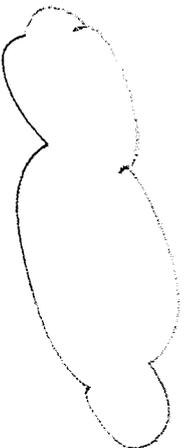
En el dibujo se demuestra que existe timidez, aplastamiento, autodesvalorización, inseguridad, temores, retraimiento, sentimiento de inadecuación, sentimiento de inferioridad y dependiente. Se muestra pobreza de ideas y estrechez de criterios, Agresividad, impaciencia, vitalidad, dureza, tenacidad y obstinación. Es un niño encerrado y protegido del mundo. Despersonalizado. Se siente amenazado por el entorno, No adaptado, no tiene libertad para actuar.

ANEXO 9

“Test de la Familia”

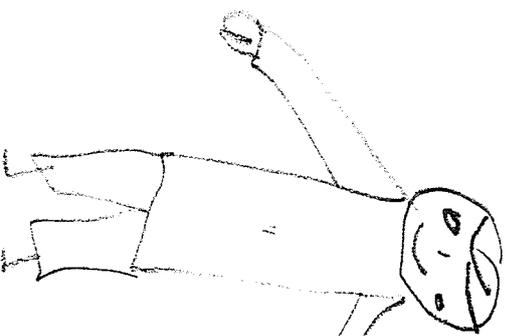
“Test persona bajo la lluvia”

Paciente 8



Papi

J. Carlos



Seasia

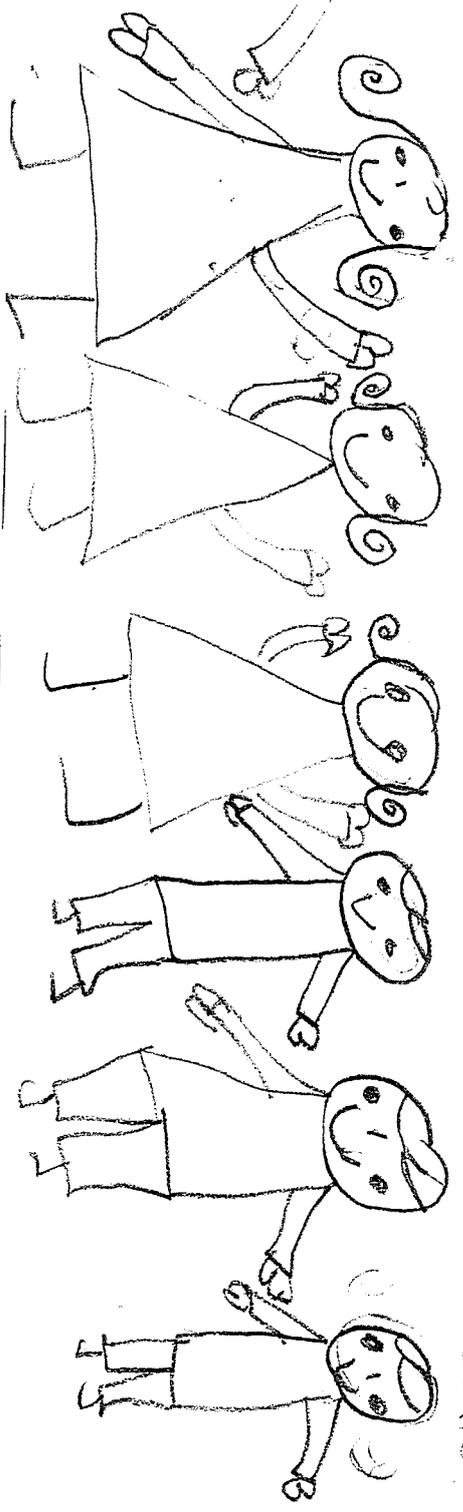
Dejana

Krae

Yo

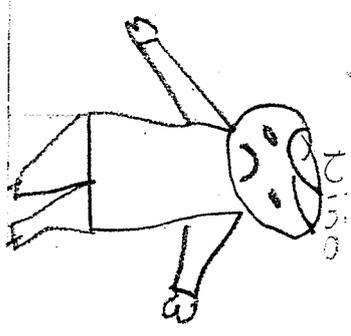
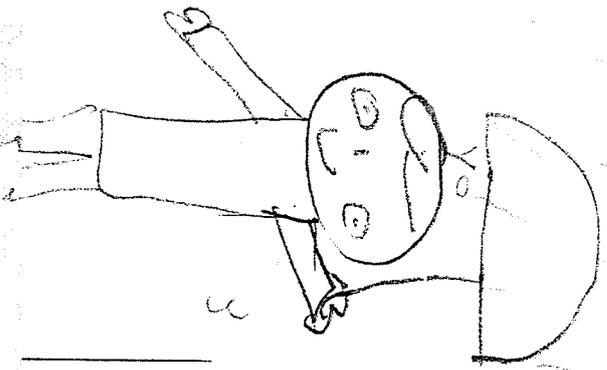
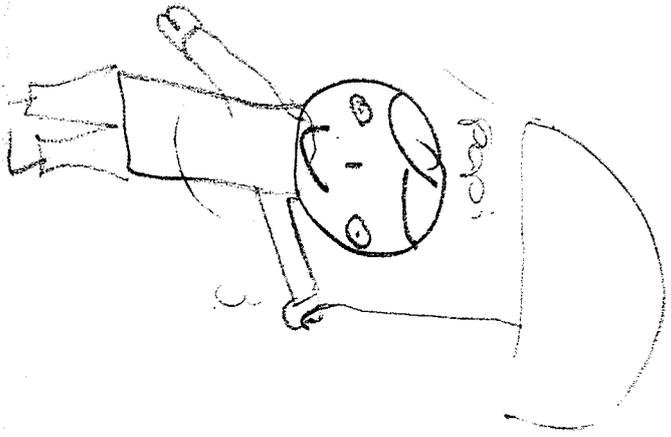
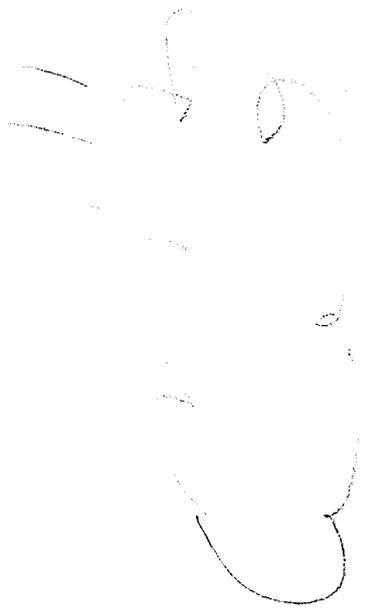
Melissa

David



TEST DE LA FAMILIA

El paciente presenta, necesidad y el deseo en permanecer siempre juntos. Felicidad, alegría, estado de ánimo positivo, extraversión, ganas de comunicarse y sociabilidad. Impulsividad, intolerancia y sentimientos de amor y odio hacia los miembros de la familia.



TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

El niño presenta necesidad de estar cerca de su padre para sentirse protegido y feliz mientras que el otro se encuentra solo. El dibujo expresa: fuerza, vitalidad, razonador, frialdad, lógica, disposición a enfrentar el mundo. Incertidumbre, indecisión, ansiedad, descontrol, agresividad y conflicto. Demuestra también presión, amenaza, hostilidad del medio a la cual

de te sr a v i m sr it ic i m n ni v z a ic v si in

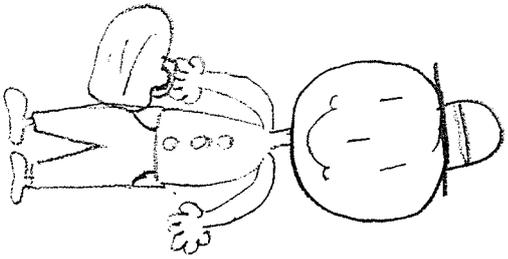
ANEXO 10

“Test de la Familia”

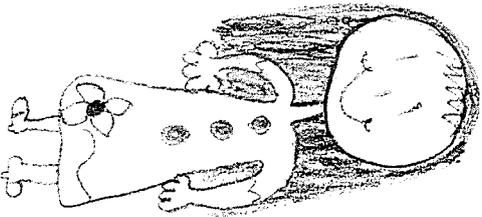
“Test persona bajo la lluvia”

Paciente 14

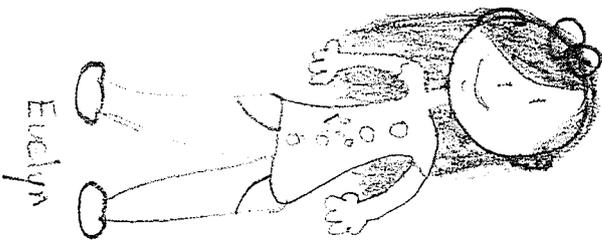
Familia



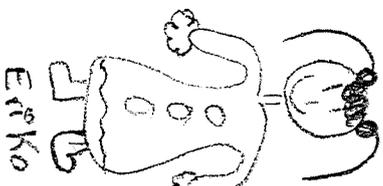
Xavier



Marcela



Erudyn



Erko



Daddy



Erigo's

TEST DE LA FAMILIA

El orden de los personajes dibujados es en primer lugar el Padre lo que muestra mayor valoración, admiración e identificación. Todos se encuentran a una distancia normal y se debe a que viven bajo el mismo techo y la niña desea que siempre estén juntos. Baja autoestima, angustia o ansiedad.

Lluvia



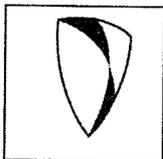
TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Representa rasgos de personalidad apegados a lo concreto, fuerte tendencia instintiva, falta de imaginación que frena su crecimiento espiritual y psíquico. Muestra rasgos femeninos. Sentido estético, dependencia, incertidumbre, autoinsatisfacción, indecisión, ansiedad, descontrol, agresividad y conflicto. El dibujo tiene nubes lo que indica presión, amenaza, tendencias autoagresivas o dolencias psicósomáticas. No posee defensas hacia la hostilidad del medio, sufrimiento fetal, y acontecimientos

20/03/2004

ANEXO 11

**“Consejería Estudiantil. Unidad Educativa
Particular Universitaria “La Asunción”
Certificado”**



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR UNIVERSITARIA
"LA ASUNCIÓN"

Cuenca, 12 de septiembre del 2012

CONSEJERÍA ESTUDIANTIL (DEPARTAMENTO PSICOPEDAGÓGICO)

A quién corresponda

Mediante la presente deseo certificar que los alumnos egresados de la Facultad de Filosofía de la Universidad del Azuay de la carrera de Psicología Clínica, Ana Isabel Fernández de Córdova y Xavier Zea , presentaron un proyecto sobre Trastorno Oposicionista Desafiante al Departamento Psicológico de dicha institución, para su respectiva ejecución fueron invitados un grupo numeroso de padres de familia que podrían cumplir los requerimientos sin embargo acudieron al llamado 19 representantes de los estudiantes, de los cuales posterior a la breve explicación se concentraron 4 casos para el proceso terapéutico.

Es todo cuanto puedo informar

Atentamente

Rosanna Córdova
Lcda. Rossana Córdova
Psicóloga de la Escuela "La Asunción"



ANEXO 12

**“Aula de Apoyo. Unidad Educativa Fiscal
Mixta Central “La Inmaculada”
Certificado”**

UNIDAD EDUCATIVA FISCAL MIXTA CENTRAL
“LA INMACULADA”

Lcda. Elizabeth Burbano, Lcda. Martynee Jara

Coordinadoras del aula de apoyo de la unidad educativa “LA INMACULADA”

A PETICIÓN DE LA PARTE INTERESADA.

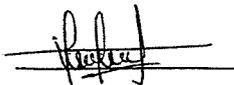
INFORMO:

Que la señorita **ANA ISABEL FERNANDEZ DE CORDOVA**, portadora de la cédula de identidad N° 010443854-4, egresada de la Facultad de Filosofía, Escuela de Psicología de la Universidad del Azuay, realizo su investigación de tesis en esta institución educativa. Desde el 26 de enero hasta el 27 de Abril del presente año.

Incluyendo entre sus actividades, terapia individual, terapia familiar, psicoeducación, y psicoterapia profiláctica.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad, autorizando al interesado dar al presente documento el uso que el estime conveniente.

Cuenca 8 de mayo de 2012.



LCDA. ELIZABETH BURBANO

Coordinadora del aula de apoyo.



LCDA. MARTYNEE JARA

Coordinadora del aula de apoyo.

UNIDAD EDUCATIVA FISCAL MIXTA CENTRAL
“LA INMACULADA”

Lcda. Elizabeth Burbano, Lcda. Martynee Jara

Coordinadoras del aula de apoyo de la unidad educativa “LA INMACULADA”

A PETICIÓN DE LA PARTE INTERESADA.

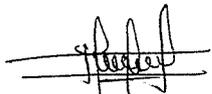
INFORMO:

Que el señor **WALTER XAVIER ZEA ALVEAR**, portador de la cédula de identidad N° 010578342-7, egresado de la Facultad de Filosofía, Escuela de Psicología de la Universidad del Azuay, realizo su investigación de tesis en esta institución educativa. Desde el 26 de enero hasta el 27 de Abril del presente año.

Incluyendo entre sus actividades, terapia individual, terapia familiar, psicoeducación, y psicoterapia profiláctica.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad, autorizando al interesado dar al presente documento el uso que el estime conveniente.

Cuenca 8 de mayo de 2012.



LCDA. ELIZABETH BURBANO

Coordinadora del aula de apoyo.



LCDA. MARTYNEE JARA

Coordinadora del aula de apoyo.