



Universidad del Azuay

Departamento de Postgrados

“Los Trastornos Conductuales en los niños y niñas de 4 a 6 años de edad
del Centro Educativo “Liceo Integral - Cuenca”

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Magíster en Intervención y Educación Inicial

Autora:

Paola Vanessa Duque Espinoza

Directora:

Doctora María de Lourdes Huiracocha Tutivén

Cuenca, Ecuador
2012

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a las cinco personas más importantes de mi vida, aquellas que han estado a mi lado incondicionalmente, que jamás me han abandonado y que me han guiado hacia un camino profesional lleno de valores humanos y de servicio a los demás, Gustavo y Melba; mis padres, mi fortaleza y valentía quienes con su infinito amor, paciencia y sabiduría han estado a mi lado durante todo este esfuerzo, apoyándome y animándome para lograr este gran objetivo; y a Adrián, Gabriela y Sandra, mis hermanos, mis tesoros, quienes con su paciencia y comprensión no me permitieron rendirme en ningún momento y confiaron en mí, motivándome a concluir este gran sueño.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por regalarme la oportunidad de cumplir uno de mis sueños, por permitirme ser paciente en mis momentos fáciles y ser fuerte y sabia en los difíciles.

También quiero agradecer al personal Administrativo y Docente del Centro Educativo “Liceo Integral- Cuenca”, por su desinteresada ayuda y colaboración para la ejecución de este proyecto.

A la Doctora María de Lourdes Huiracocha Tutivén, por su guía profesional y apoyo incondicional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de Contenidos	iv
Resumen	vi
Abstract.....	vii
 Introducción.....	 1
 Capítulo 1: Los Trastorno de Conducta.....	 3
Introducción.....	3
1.1. Qué es la Conducta?	4
1.2. Prevalencia de los problemas de conducta.....	6
1.3. Definición de Trastorno de Conducta.....	7
1.4. Características de los Trastornos de Conducta.....	8
1.5. Factores de riesgo biopsicosociales de los Trastornos de Conducta.....	9
1.5.1. Factores Biológicos.....	10
1.5.2. Factores Sociales.....	11
1.5.3. Factores Psicológicos.....	12
1.6. Diagnóstico.....	13
1.6.1. Anamnesis Personal.....	13
1.6.2. Entrevistas Estructuradas e Inestructuradas.....	13
1.6.3. La Escala de Conners.....	14
1.6.4. Examen Neurológico y Evaluación Neuropsicológica.....	14
1.6.5. Observación clínica de la conducta.....	15
1.6.6. Test proyectivos de la personalidad.....	15
1.6.7. Evaluación de Coeficiente Intelectual.....	16
1.6.8. Batería de pruebas pedagógicas.....	16
1.6.9. Manual Diagnóstico y Estadísticos de las Enfermedades Mentales....	16
1.7. Conclusiones.....	17
 Capítulo 2: Clasificación y descripción de los Trastornos de Conducta.....	 18
Introducción.....	18
2.1. Clasificación de los Trastornos de Conducta según el DSM IV.....	18
2.2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (T.D.A. / H.).....	19
2.2.1. Diferencia entre el T.D.A. con Hiperactividad y el T.D.A. sin Hiperactividad.....	20
2.2.2. Historia.....	20
2.2.3. Bases Neurobiológicas del T.D.A./H.....	20
2.2.4. Trastornos asociados con el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.....	21
2.2.5. Características de los Trastornos de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.....	23
2.2.6. Criterios Diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención.....	26
2.3. Trastorno Disocial (TD).....	28
2.3.1. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Disocial.....	30

2.4. Trastorno Negativista Desafiante (TND).....	32
2.4.1. Criterios para el Diagnóstico del Trastorno Negativista Desafiante.....	32
2.5. Conclusiones.....	33
Capítulo 3: Los factores asociados a los Trastornos de Conducta.....	34
Introducción.....	34
3.1. La Familia.....	34
3.2. Funcionalidad Familiar.....	35
3.3. Discapacidad Intelectual.....	36
3.4. Superdotación.....	36
3.5. Tipo de Cuidador.....	37
3.6. La Migración.....	37
3.7. Conclusiones.....	37
Capítulo 4: Tratamiento de los Trastornos de Conducta.....	38
Introducción.....	38
4.1. Tratamiento.....	38
4.1.1. Psicoeducación a los padres.....	39
4.1.2. Terapia de Interacción Padres e Hijos.....	39
4.1.3. Modificación de Conducta.....	40
4.1.4. Terapia Conductual.....	40
4.1.5. Terapia Cognitiva.....	42
4.1.6. Tratamiento Farmacológico.....	43
4.2. Conclusiones.....	44
Capítulo 5: Metodología.....	46
5.1. Objetivos de la investigación.....	46
5.1.1. Objetivo General.....	46
5.1.2. Objetivos Específicos.....	46
5.2. Metodología.....	46
5.2.1. Características de la Investigación.....	46
5.2.2. Operalización de las variables.....	47
5.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	48
Capítulo 6: Resultados de la Investigación.....	49
Discusión.....	54
Conclusiones.....	55
Recomendaciones.....	56
Bibliografía.....	57
Anexos.....	62
Anexo 1.....	62
Anexo 2.....	64
Anexo 3.....	65

RESUMEN

Los problemas de conducta (frecuencia: 5-22% obtenida en este estudio) en los niños traen conflictos de convivencia y aprendizaje.

Este estudio descriptivo transversal tuvo como objetivo determinar la prevalencia de los trastornos conductuales y los factores asociados en toda la población de niños y niñas de 4 a 6 años de edad del Centro Educativo “Liceo Integral de la Ciudad de Cuenca desde Mayo a Julio de 2011. La evaluación integral fue realizada con: Escala de Conners para problemas de conducta, Test de Apgar para la funcionalidad familiar, test de WPPSI para el Coeficiente Intelectual y se preguntó sobre la existencia de migración y el tipo de cuidador familiar.

El análisis de los datos se realizó en el sistema SPSS versión 18 determinando que el 22.2% de los niños tuvo problemas de conducta (predomina el mixto) y se encontró significancia estadística con la disfuncionalidad familiar y la discapacidad intelectual.

ABSTRACT

The behavior problems (frequency: 5-22.2% result obtained in this study) in children bring them conflicts of coexistence and learning skills.

This cross-sectional study determined the prevalence of behavioral disorders and associated factors in the children about 4-6 years old in the “Liceo Integral Cuenca” Elementary School. This evaluation started in May to July 2011. The evaluation was realized by: Conners Scale for behavior problems, Apgar Score for family functioning, WPPSI Test for IQ and I questioned the existence of migration and the type of family caregiver.

The data analysis was performed in SPSS version 18 system which one determined that 22.2% of the children had behavioral problems (predominantly mixed) and statistical significance was found with family dysfunction and mental retardation.

INTRODUCCIÓN

La conducta es un conjunto de acciones corporales, motrices, verbales y no verbales que responden a un proceso cognitivo en relación al ambiente personal: valores éticos - morales, normas sociales. (Erazo, 2005). Los problemas de conducta son aquellos comportamientos y actitudes que sale del patrón considerado propio para la edad del sujeto (agresividad, excesiva inquietud, falta de autocontrol, falta de atención) y que podrían ocasionar retraso en el aprendizaje o cualquier área del desarrollo y crear estados de relaciones conflictivas en los espacios de convivencia (Chávez, 2010) (Rolman, 2007).

Los problemas conductuales son multicausales y pueden deberse a condiciones familiares (nuevas estructuras, disfuncionalidad, violencia, sobreprotección), a los procesos educativos poco o muy disciplinarios en la escuela, a condiciones socioeconómicas inadecuadas (pobreza, maltrato, exclusión) y a condiciones biológicas (déficit atencional, discapacidad, trastornos específicos del aprendizaje, superdotación) (Erazo, 2005) (Butcher, 2007). Varios estudios indican que la frecuencia de los problemas conductuales está entre el 3 y el 13% (Erazo, 2005) (Butcher, 2007) y que ocurren con mayor frecuencia entre los varones más jóvenes (Bragado et al, 2010). El pronóstico a medio y largo plazo es negativo con alta tasa de fracaso escolar, conductas delictivas, comorbilidad muy alta y adicción a sustancias como alcohol o drogas. Existe también una continuidad alta entre los Trastornos de Conducta de inicio en la infancia y los que aparecen en la adolescencia (Javaloyes et al, s.f.).

Actualmente los valores han cambiado marcadamente y esto ha fomentado una falta de claridad, sistematización y consistencia en las normas que existen dentro de una familia lo que ha generado que las conductas problemas se incrementen. Los conflictos dentro del grupo familiar, tanto entre padres como entre hijos, están aumentando en los últimos tiempos. La mayoría de los padres que asisten a consulta sostienen estar confundidos en cuanto a qué hacer con sus hijos e hijas y reconocen desconocer cómo manejar esa situación, sin fomentar la pérdida de comunicación y afecto entre los miembros de la familia.

Son por estos motivos que es de vital importancia identificar los problemas conductuales de manera temprana con la finalidad de intervenir de forma adecuada y oportuna tanto en el ámbito escolar, individual y familiar en el que el niño o niña se desenvuelve.

Esta investigación describe la prevalencia de problemas conductuales de los niños y niñas de 4 años a 6 años de edad que asisten al Centro Educativo Liceo Integral-Cuenca, clasificándolos como: Trastornos Conductuales: Trastorno por Déficit de atención con o sin hiperactividad o tipo combinado, Trastorno Negativista Desafiante. Además se identificará los posibles factores asociados como: tipo de familia (nuclear, monoparental, extendida), funcionalidad familiar, tipo de cuidador, presencia o ausencia de migración, discapacidad intelectual y superdotación.

CAPÍTULO 1

LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA (TC)

Introducción

Actuar o tomar decisiones frente al comportamiento problemático de un niño es mucho más complicado que hacerlo frente a un adulto. Cuando un niño presenta dificultades en su comportamiento los primeros en sentirse culpables son sus padres, pues asumen dichas actitudes al manejo que ellos tienen sobre sus hijos e ignoran en qué momento esta situación requiere de intervención o ayuda profesional o se trata simplemente como parte del desarrollo del niño que se desvanecerá con el tiempo.

El desarrollo normal y sano se presenta a través de una serie de aptitudes sociales, emocionales y cognoscitivas que se relacionan entre sí. Estas aptitudes no sólo le sostiene al niño en su adaptación al ambiente, sino que lo preparan y ayudan para adquirir nuevas aptitudes, siendo el desarrollo patológico considerado como la falta de crecimiento e integración de estas aptitudes. (Sarason et al, 1996).

Los problemas conductuales son más manejables y fáciles de eliminar en los niños pequeños ya que estos todavía son presa fácil de moldear, pues sus patrones comportamentales, sociales y de interacción no están bien establecidos ni son definitivos; sin embargo, la presencia de estos problemas deben ser considerados y tratados ya que, si se complica, podrían interferir en su desarrollo, retrasando su aprendizaje y sus habilidades académicas y sociales.

Los niños y niñas que presentan Trastorno de Conducta generalmente quedan al descubierto en diferentes ámbitos sociales y ambientes, necesitando de cierto lenguaje interno que les permita modelar y controlar su comportamiento personal en estos espacios, volviéndose indispensable conocer esta dificultad con la finalidad de ayudarles y guiarles, tanto de manera individual en su autocontrol, como en lo referente a lo familiar en el establecimiento de límites y normas que les permita alcanzar una buena y apropiada adaptación social.

1.1. ¿Qué es la conducta?

Con demasiada ligereza se consideran como enfermedades mentales algunas conductas que son el resultado de factores externos a trastornos psicopatológicos o, caso contrario, no se tiene en cuenta que ciertas conductas podrían ser la expresión de un trastorno mental.

Existen varias definiciones en relación al término conducta. Por ejemplo, según el DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA la palabra conducta nace del latín “conducida, guiada”, y de forma general la define como la “Manera con que los hombres se comportan en su vida y acciones”. La definición psicológica hace referencia al “Conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación” (Española, 2001).

Según Delgado Suárez (2006)

La Conducta encierra el conjunto de fenómenos que son observables o que son factibles de ser detectados... Partiendo de esta idea y de las diferentes soluciones que se dedican al problema psicofísico, la conducta puede ser guiada tanto por los fenómenos psíquicos como por la influencia que ejerce el medio social sobre el sujeto; desde una perspectiva idealista se sugiere que la conducta es el resultado de los fenómenos psíquicos que se expresan mediante manifestaciones corporales en el medio externo donde el sujeto se desarrolla.

“Por "conductual" se entiende que los comportamientos en cuestión son respuestas aprendidas, referidas a situaciones del entorno, del manejo de los cuidadores, etc.” La diferencia entre conducta normal y anormal no está del todo clara. (Rueda, et al, 2004).

Hablar de **conducta anormal** es motivo de discusión. Es necesario considerar lo que cada uno de nosotros entiende por ese término, ya que no es lo mismo lo que se piensa en otras culturas ni lo que se entendía años atrás; por lo tanto se debe manejar el concepto en base a ciertos puntos trascendentales, puesto que esta definición está marcada por un contexto cultural, ideológico y temporal.

Algunos autores definen a los trastornos psicológicos o conducta anormal como “la disfunción psicológica de un individuo asociada con la angustia o con impedimentos en el funcionamiento y con una respuesta que no es característica o no se espera”. Otra definición es que la conducta anormal es “aquella que viola las normas sociales y constituye una amenaza o produce ansiedad en quienes la observan”. Se considera que algo es anormal porque sucede de manera poco frecuente y se desvía de la norma. La conducta de una persona es anormal si viola las normas sociales. (Bedoya, et. al, 2004). Socialmente podemos definir como “anormal” aquella conducta que coloca a la persona en una clara situación de desventaja en su contexto sociocultural (Rueda, et al, 2004).

Bedoya et. al, señala que

centrando el concepto de conducta normal a nuestra cultura, ideología y espacio es aquella que se apega a las normas , reglas y costumbres de la sociedad . Aquel que irrumpe con lo cotidiano es etiquetado de anormal, ya que está irrumpiendo con las normas, reglas, leyes y buenas costumbres de la sociedad.

Por otro lado, el mismo autor, dice que la “conducta anormal o conducta desadaptada es el resultado de la incapacidad para manejar el estrés en forma efectiva” (Bedoya, et. al, 2004). Con esta última definición se podría decir que la conducta anormal es la resultante de desequilibrios biológicos y psicológicos, en donde se irrumpe la estructura psíquica del individuo, lo que desencadena comportamientos aversivos fundados en ideas irracionales, que perjudicaran tanto individual como colectivamente su salud mental y relaciones sociales.

Los niños que clasifican dentro de la condición de “Conducta Anormal” van más lejos de unas simples travesuras o conductas indisciplinadas que hasta cierto punto pueden asociarse a su grupo de edad. Sarason señala que el comportamiento de estos niños, a los que en un futuro se puede anexar un Trastorno de Conducta, “viola de manera grave los derechos básicos de los demás o las principales normas de la sociedad y quizá busquen dominar físicamente a los demás” (Sarason et al, 1996).

1.2. Prevalencia

De manera general, las tasas de problemas de conducta muestran un amplio rango de variación según ciertos estudios (5-60%) (Rueda, et al, 2004), del 2 al 7% de los niños en edad escolar cumple los criterios diagnósticos de T.D.A/H (Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad) o bien un Trastorno de Conducta (Banús, 2011). Se ha informado que afectarían a alrededor del 15 % de la población infantil en edad escolar. Por otra parte, como existe una clara mayor incidencia familiar y predominan 2-4 veces en sexo masculino (lo que hacen suponer una fuerte base genética), es a veces difícil diferenciarlos de estilos cognitivos y conductuales distintos, propios de algunas familias, que sólo representan variación estadística en una población determinada (Foster, s.f.).

Actualmente existe gran bibliografía epidemiológica sobre los trastornos de conducta que nos proporciona interesante información sobre su prevalencia. Según Joaquín Díaz Atienza (2010),

la prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante durante la infancia sería de un 3-4%, siendo más frecuente entre los niños que entre las niñas (4-5% frente al 2-3%, respectivamente). La prevalencia presenta un pico a la edad aproximada de los 8-10 años, tanto en niños como en niñas. Respecto a las diferencias por sexos y edad tenemos que en los adolescentes masculinos sería de un 5-9% frente a un 1-2% en la infancia... En la infancia la agresividad es bastante infrecuente menos del 1%... Cuanto más precoz es la presentación del trastorno mayor es el riesgo de que permanezca en la adolescencia.

Los episodios de desobediencia pueden ser parte del desarrollo normal del niño en ciertas edades. Banús señala que algunos autores encuentran que a la edad de 5 a 6 años un gran porcentaje de padres (50%) se quejan de conductas de desobedecer órdenes o destruir objetos, bajando el porcentaje a los 16 años (20%). (Banús, 2011.). Algo fundamental es determinar el límite entre la normalidad y la patología, para esto se debe considerar la frecuencia y gravedad de las conductas disruptivas.

1.3. Definición de Trastorno de Conducta

Según el DSM IV (1994) “los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios”.

Para poder definir a los Trastornos de Conducta en los niños y niñas pequeños se deben considerar 4 puntos importantes: 1. presencia de un patrón de síntomas, 2. estos síntomas deben mostrar estabilidad que vaya más allá de un cambio transitorio o estrés, 3. aquellos síntomas deben ser observados en distintos lugares y con personas diferentes de los padres y 4. el patrón de funcionamiento normal del niño o niña debe verse gravemente afectado (Jané et al, 2001).

Dentro de los síntomas de un Trastorno de Conducta se encuentra (Banús, s.f.):

Tabla 1

Síntomas de los Trastornos de Conducta:

- A partir de los 48 meses ya se pueden observar conductas obstinadas e intransigentes
- Desde los 5 a 6 años se evidencian problemas de atención, crueldad con los animales, comportamientos de oposición, mentiras, pequeños hurtos, etc

A esto se suma:

- Trasgresión de las normas sociales
 - Carácter manipulador
 - Impulsividad
 - Ausencia de sensibilidad a los sentimientos de los otros
 - Permanencia en el tiempo de las conductas
 - Falta de respuesta a los premios y el castigo
 - Agresividad
 - Carácter inapropiado para su edad
-

Las alteraciones de conducta abarcan una serie de comportamientos anormales a nivel socio-cultural, de una intensidad, frecuencia y duración que conllevan una alta probabilidad de comprometer la integridad del individuo o la de los demás, o que

conlleva una limitación de las actividades de la vida diaria de la persona y una restricción en su sociabilización (Rueda, et al, 2004).

Se debe considerar que en la práctica la denominación Trastornos de Conducta es utilizada en relación a niños con comportamientos no habituales o maneras de comportamientos no esperadas por los adultos, por lo tanto el comportamiento de un sujeto puede ser leído desde diferentes ópticas. Así un niño podrá comportarse bien o mal dependiendo desde donde se evalúe (ClínicaPsi.com, s.f.).

Según Jané et al (2001), importantes estudios prospectivos han demostrado que los niveles altos de problemas de conducta en el período preescolar son altamente predictivos de este tipo de problemas de los 7 años en adelante. La realización de diferentes estudios longitudinales también indican que los problemas de conducta detectados en la edad preescolar persisten en la edad escolar, problemas altos para aquellos preescolares que muestran problemas de conducta en distintos ámbitos como por ejemplo la escuela y la familia.

1.4. Características de los Trastornos de Conducta

Las características encontradas dentro de los Trastornos de Conducta son varias y extensas ya que las mismas son un conjunto del desarrollo y desenvolvimiento de las diferentes áreas (social, familiar, individual, etc) por las que un individuo atraviesa.

Como las primarias se puede citar “la violación persistente y repetida de las normas y el atropello de los derechos de los demás” (Butcher, 2007). Sumadas a esas características se deben considerar los siguientes signos: trasgresión de las normas sociales, agresividad, impulsividad, ausencia de sensibilidad a los sentimientos de los otros, carácter manipulador, permanencia en el tiempo de las conductas, falta de respuesta a los premios y el castigo y carácter inapropiado para su edad (Banús,s.f.).

Una de las quejas más frecuentes expresadas por los padres de niños y niñas preescolares son los trastornos de conducta (Butcher, 2007). Los problemas de conducta más tempranos detectados por los padres son la Hiperactividad de 1 a 2 años, la obstinación alrededor de los 3-4 años, seguido de los problemas de atención a los 4-5 años, crueldad hacia los animales a los 5 años y fuertes conductas

oposicionistas unidas a mentiras, robos y conductas incendiarias alrededor de los 6 años (Jané et al, 2001).

En los niños y niñas de Educación Inicial los problemas de conducta se caracteriza por la desobediencia a los padres, contestar a los padres, burlas, bromas, actos destructivos, golpear, morder, dar patadas y maldecir. Generalmente estos niños suelen ser rechazados por sus familiares y compañeros de clase (Foster, 2006).

La conducta antisocial severa es rara en los preescolares ya que esta suele aparecer alrededor de los 6 años; sin embargo, cuando se presenta en edades menores y en distintos contextos estas sirven de indicadores tempranos del posterior desarrollo de patrones de conducta perturbada similares a los Trastornos de Conducta de los niños mayores. Desgraciadamente, existen evidencias de que los Trastornos de Conducta severos que presentan los preescolares sitúan a estos niños y niñas en un alto riesgo para presentar ese mismo Trastorno en la edad escolar y en la adolescencia (Jané et al, 2001).

Muchos problemas conductuales disminuyen o aumentan con la edad o al experimentar cambios importantes dentro de la familia, o bien, la entrada a la escuela, cambios de domicilio, la llegada de nuevos miembros a la familia (Córdova, 2010). Es importante considerar que los niños y niñas cambian su comportamiento y conducta permanentemente dependiendo de su madurez, siendo difícil definir cuando estos problemas se mantienen el tiempo suficiente para requerir de un diagnóstico.

Generalmente y en la adolescencia las características antes mencionadas frecuentemente suelen coexistir con el abuso de sustancias o síntomas depresivos (Butcher, 2007).

Si bien las características de los niños y niñas con Trastornos de Conducta son similares, no en todos los casos comparten las mismas, es por esto que se debe tener muy en cuenta cuales son los signos y síntomas que cada caso en particular trae consigo pues eso permitirá proporcionar y manejar una mejor intervención sobre el mismo.

1.5. Factores de riesgo biopsicosociales de los Trastornos de Conducta

Cada una de las áreas y roles que desempeñamos implican cumplir ciertas exigencias indispensables para relacionarnos de manera adecuada; sin embargo, se debe considerar que las personas somos seres biopsicosociales y que de esta composición de factores depende y determina nuestro actuar y reaccionar.

Según Francisco Moreno (2006):

un factor de riesgo parte de la hipótesis que en todo individuo puede existir una cierta probabilidad - en una escala porcentualmente muy amplia que podríamos representar desde un porcentaje nulo hasta un porcentaje potencialmente cuasi infinito o incluso infinito- para que se dé un problema de comportamiento. Esta posibilidad de base... se modifica positiva o negativamente de acuerdo con la concurrencia de determinados factores (causas necesarias y/o contribuyentes) que determinan la probabilidad real de que esa posibilidad se concrete en uno o varios problemas de comportamiento. Estos factores son de naturaleza biopsicosocial y actúan de forma fenotípica o genotípica.

1.5.1. Factores Biológicos

Toda la capacidad humana para razonar, reaccionar, usar lenguaje, inventar, crear, experimentar, etc. se lo puede lograr y están dirigidos gracias al funcionamiento de nuestro sistema nervioso. El sistema nervioso es el centro de manejo para cualquier actividad dentro del cuerpo y para las conductas que una persona entrega como repuesta al medioambiente.

Las diferentes investigaciones en la neuropsicología refleja directa relación entre la producción o disminución de ciertos neurotransmisores en el Sistema Nervioso y desórdenes mentales como la esquizofrenia, la depresión mayor, alteraciones en el comportamiento humano, etc; es gracias a estos descubrimientos que los científicos realizan esfuerzos para producir fármacos que permitan remediar los efectos en la producción de estos químicos en el sistema nervioso.

Desde la bioquímica, en lo referente a los trastornos de conducta, se señala la existencia de un problema en la autorregulación del sistema nervioso autónomo, así

como alteraciones en el metabolismo de las sustancias noradrenérgicas que estarían implicadas en la manifestación de agresividad. Esta información aún no está confirmada; no obstante, ciertos investigadores apuntan a la presencia de un nivel más elevado de testosterona en los sujetos con esta dificultad lo que les predispondría a episodios disruptivos con mayor facilidad (Banús,s.f.).

Cada vez existen más evidencias de la existencia de alteraciones neurobiológicas en los Trastornos de Conducta, asociándose a la Serotonina, Dopamina y Norepinefrina como los neurotransmisores responsables de la conducta humana (Pelegrín et al, 2003).

Se ha involucrado a la actividad de la serotonina como un importante factor biológico para determinar el umbral de violencia. Las personas con antecedentes de conducta agresiva impulsiva y de suicidio tienen bajas concentraciones de serotonina en el cerebro (Gil-Verona et al, 2002).

Todavía son escasos los conocimientos que se tiene acerca de los factores neurobiológicos involucrados en la modulación y control de la conducta violenta en los seres humanos; sin embargo, en los últimos años ha crecido el interés por el estudio de la relación entre la genética y la conducta agresiva, concentrándose especialmente en los hallazgos que relacionan el gen de la enzima monoaminooxidasa A (MAO-A) con la agresión impulsiva (Martín et al, 2008).

“La MAO es una enzima que regula la degradación metabólica de catecolaminas y serotonina en el sistema nervioso central y en tejidos periféricos, neurotransmisores que están claramente involucrados en la agresión”. Al sistema serotoninérgico se le atribuye como uno de los principales sistemas de neurotransmisión relacionado con la aparición de conductas impulsivas y violentas. (Martín et al, 2008).

1.5.2. Factores Sociales

El individuo se desenvuelve en un contexto social que lo mantiene en contacto desde su nacimiento con otros seres humanos, de los cuales dependerá para conservar su vida, formar su carácter y relacionarse con los demás. Los factores ambientales son considerados determinantes en la presentación y mantenimiento de los trastornos de

conducta, aunque en un contexto de interacción entre vulnerabilidad genética y ambiente (Díaz, Paidopsiquiatría, 2010). El bajo nivel socioeconómico, la estructura familiar monoparental y el fracaso escolar están preferentemente asociados a los trastornos por conductas perturbadoras (Bragado et al, 2010).

Sumado a estos factores la ausencia de vivienda o vivienda en malas condiciones, pobreza, aislamiento social, la asociación con un grupo de pares en conflicto y el abuso de alcohol o drogas a temprana edad también indican la posible frecuencia de problemas conductuales en la adolescencia. Además según estudio son las zonas urbanas las que tienen tasas más altas de TC y en los últimos años ha aumentado la prevalencia de TC en clases media-alta donde el estilo de vida y de crianza que se centra en lo económico y material actúa como factor ambiental de riesgo. Es trascendental el vínculo que existe entre el clima de la escuela y la prevalencia de los problemas de conducta. (Romero).

1.5.3. Factores Psicológicos

Dentro de los factores psicológicos se conoce que la presencia de sociopatía parental eleva el riesgo de comportamientos perturbadores como el Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. Algunas investigaciones demuestran consistentemente la asociación entre problemas de conducta en los niños y la de personalidad antisocial en el padre. Se ha encontrado que el 35 al 46% de los niños con diagnóstico de TC podría presentar antecedentes de conducta antisocial en el padre. En lo referente a las madres los estudios son menores; sin embargo, estos afirman que la presencia de conducta antisocial en las madres de niños con edades anteriores a su entrada en la secundaria causaría un mayor número de conductas agresivas en sus hijos. Esta frecuencia aumentaría si sumado a la conducta antisocial se suma que han sido madres a una edad precoz (Díaz, Paidopsiquiatría, 2010).

Ciertos estudios indican que únicamente la presencia de violencia de padres a hijos actuaría como factor de riesgo para los problemas de conducta. Por otra parte, la investigación de Becker y McCloskey (2002) sobre la relación entre la violencia familiar y el TDAH y los problemas de conducta deja ver resultados extraordinarios ya que indican que la violencia intrafamiliar tendría relación con los problemas de

atención y de conducta, y que conduciría como riesgo para la delincuencia aunque solamente en las niñas (Arruabarrena, 2011).

Díaz (2010) indica que la asociación entre la presencia de conductas agresivas a la edad de 6-15 años y embarazos precoces es significativa; además, cuando existe relación entre problemas de conducta y embarazo aumenta la aparición de conductas agresivas en la madre lo cual es un altísimo riesgo para la posterior presentación de problemas de conducta en su hijo o hija.

En conclusión e indistintamente del factor que predisponga a la aparición de TC los niños que presentasen problemas de comportamiento en los primeros años de vida serían más propensos a desarrollar algún trastorno de conducta años más tarde (Butcher, 2007).

1.6. Diagnóstico

Existen varios métodos para realizar el diagnóstico de la presencia de los TC, se analizarán los más utilizados.

1.6.1. Anamnesis Personal

Dentro de la Anamnesis personal se incluyen los datos de identificación del paciente, su historia personal, familiar, así como la académica y la social. Lo que se pretende realizar con esta técnica es obtener una visión general de su funcionamiento intelectual, características de personalidad, las presiones y roles sociales y familiares en las que el sujeto que ha desenvuelto, así como la manera de enfrentarse y manejarse en los mismos.

1.6.2. Entrevistas Estructuradas e Inestructuradas

Si bien es cierto algunos profesionales prefieren ser libres al momento de hacer preguntas, se ha demostrado que las entrevistas estructuradas entregan resultados más confiables (Butcher, 2007). Con la finalidad de conocer la presencia de signos y síntomas presentes en un sujeto con posible TC, es aconsejable realizar una entrevista estructurada que nos permita hilar y recolectar, de manera ordenada y precisa, la información necesaria.

En este trabajo se utilizó la entrevista inestructurada la misma que se propició al momento de llenar el Apgar Familiar con cada una de las familias trabajadas.

1.6.3. La Escala de Conners

Las Escalas de Conners son posiblemente los instrumentos más utilizados en la evaluación del Trastorno con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad y Trastornos de Conducta.

A pesar que estas escalas se desarrollaron para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos medicados con tratamiento estimulante, su aplicación se ha ampliado al proceso de evaluación previo al tratamiento y como instrumento útil para recoger información de padres y profesores (Amador et al, 2002). En general, los padres y los profesores son mejores fuentes de información que los niños en Trastornos Conductuales o TDAH, mientras que para ansiedad o depresión los niños son mejores informantes (Montiel et al, 2001).

La Escala de Conners (anexo 1) fue creada por C. Keith Conners en el año de 1969 y actualizada en 1997. Consta de dos escalas, una para padres o familiar y otra escolar. Consta de 20 ítems que abarcan cuatro factores importantes: Hiperactividad, Déficit de Atención, DA-H y Trastornos de Conducta (Arbieto,s.f.).

Cada ítem debe ser calificado con una de las cuatro opciones de puntuación: Nunca (0 puntos), Pocas veces (1 punto), Algunas veces (2 puntos) o Muchas veces (3 puntos). Para hablar de dificultades de Atención la puntuación debe ser mayor a 10 puntos, de dificultades de Hiperactividad se debe obtener más de 10 putos, dificultades de Atención con Hiperactividad el puntaje supera los 18 puntos y para Trastorno de Conducta más de 11 puntos.

1.6.4. Examen Neurológico y Evaluación Neuropsicológica

Ya que algunos desórdenes mentales tienen como origen una patología cerebral, sería interesante solicitar un examen neurológico especializado. Se puede realizar, según sea el caso y la necesidad, un electroencefalograma, tomografía, resonancia magnética, etc.

Es indispensable considerar que el deterioro conductual y psicológico, consecuencia de una anomalía cerebral, puede evidenciarse antes de que la lesión orgánica sea detectable. (Butcher, 2007). En caso de que esto ocurra se debe recurrir a pruebas neuropsicológicas que permitan medir la alteración conductual o psicológica que pueda derivarse de una patología cerebral. Esas pruebas miden cognición, percepción y motricidad.

1.6.5. Observación clínica de la conducta

El objetivo primordial de la observación conductual es prestar atención a todos lo posible en lo referente al funcionamiento psicológico en diferentes aspectos, esto incluye: presentación personal, respuestas emocionales. Lo óptimo es que esta observación se la realice en lugares familiares para el niño o niña como su escuela, su casa, etc (Butcher, 2007). También se puede efectuar esta observación en lugares extraños o artificiales.

En caso de niños o niñas pequeños resulta muy favorable y rico observarles en su hábitat de juego.

Los criterios diagnósticos de un TD y de TND indican que en el primer caso, los patrones disfuncionales de comportamiento deben persistir entre 6 y 12 meses, y en el segundo caso 6 meses; no obstante, en este estudio la observación que se realizó con los niños y niñas evaluados fue de un mes con la única finalidad de obtener información mediante la Escala de Conners.

En el caso del niño que puntuó positivo en Problemas de Conducta (ver cuadro 3), se complementó información con los criterios diagnósticos de DSM IV para considerar la posible presencia de un Trastorno de Conducta, sin obtener dicho resultado.

1.6.6. Test proyectivos de la personalidad

La finalidad de las técnicas proyectivas es el poner de manifiesto las dificultades emocionales, maneras de resolver conflictos, características de personalidad, etc.

Algunas de las pruebas proyectivas más conocidas y personalmente más utilizadas son: el Test de la Familia, Test de frases incompletas de Sacks, el Test de Apercepción Temática (CAT y TAT).

Dentro de esta investigación se utilizó el Test de la Familia ya que, por la edad de los niños y niñas evaluados, se considera que es una de las técnicas que mejor facilita la transferencia y el abordaje con los niños.

1.6.7. Evaluación de Coeficiente Intelectual

Actualmente la prueba más utilizada para medir Coeficiente Intelectual son las Escalas de Inteligencia de WESCHLER (Anexo 2). Este test evalúa la inteligencia verbal y ejecución, consta de once sub escalas.

La finalidad de evaluar inteligencia es el poder conocer los recursos intelectuales de una persona para poder resolver problemas de la vida diaria y si su CI está o no en relación con sus problemas psicológicos. El Weschler informa de funciones cognitivas propias del hemisferio izquierdo como derecho que al ser analizadas con una puntuación permiten señalarlas como significativas y posible indicadora de indicador neuropsicológico; también nos informa del riesgo de presencia de un trastorno específico del desarrollo ya que evalúa funciones neurocognitivas específicas (Díaz, Paidopsiquiatría, 2010).

1.6.8. Batería de pruebas pedagógicas

Permite la evaluación del nivel escolar del niño precisando si está o no al día en todas las áreas que el nivel en el que está involucra.

Dentro de esta evaluación se debe tomar en cuenta el nivel de lectura rápida, la automatización y comprensión lectora, calidad caligráfica, ortografía, cálculo matemático y resolución de problemas, hábitos de estudio, capacidad de resumir y definir conceptos.

1.6.9. Manual Diagnóstico y Estadísticos de las Enfermedades Mentales

A pesar de la aplicación de todas las técnicas antes mencionadas, es únicamente el cumplimiento de los Criterios diagnósticos que el Manual Diagnóstico y Estadístico

de las enfermedades mentales DSM IV ha establecido para los Trastornos de Conducta. Estos criterios se especificarán en el Capítulo 2.

Conclusiones

En la actualidad los problemas conductuales han aumentado y se han agudizado notoriamente, por lo que es indispensable una intervención temprana y oportuna.

Como se expuso, la conducta anormal está relacionada con las normas que son estipuladas por una sociedad siendo normas diferentes de una cultura a otra, y de cada perspectiva cultural sobre lo normal o anormal, dependerá el significado de conducta anormal. Lo que más se apega a nuestra definición es que la conducta anormal se refiere a cualquier conducta antisocial y desviada que va dirigida a romper y violar los valores y normas estipuladas por nuestra sociedad.

Cuando se manifiesta una conducta desadaptada se rompe con la estabilidad mental de los individuos y de nuestra sociedad, obteniendo como respuesta comienzos de conductas anormales.

Los Trastornos de Conducta son multicausales y se deben considerar todos los factores que en estos intervienen para construir un diagnóstico definido. El origen, mantenimiento y desaparición de los síntomas no pueden entenderse independientemente de los contextos social, familiar y de relación con los pares. Así como, se considera que un status económico bajo, la discriminación, la falta de trabajo son factores predisponentes para presentar diferentes trastornos psicológicos, entre ellos los conductuales.

CAPÍTULO 2

CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

Introducción

Los niños y niñas con Trastornos de Conducta requerirán, con toda seguridad, una intervención clínica. Con la finalidad de lograr un adecuado abordaje de esta dificultad se debe diferenciar este problema con las conductas menores que pueden aparecer en la primera infancia y que se encuentran dentro del desarrollo normal.

Para hacer un diagnóstico de TC es necesario que las conductas problemas se presenten por un período mayor a seis meses y que dejen como consecuencia conflictos claros tanto a nivel personal, académico y familiar (Javaloyes et al, s.f.)

Existen diferentes tipos de Trastornos Conductuales en función de la edad de aparición y la severidad de su presentación, es precisamente esos subtipos, sus características, criterios diagnósticos y comorbilidad el contenido que se desprenderá y se abordará en las siguientes páginas.

2.1. Clasificación de los Trastornos de Conducta según el DSM IV

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (1994) los Trastornos Conductuales se clasifican en:

Tabla 2

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:
F90.0 Tipo combinado
F90.8 Tipo con predominio del déficit de atención
F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
- F91.8 Trastorno Disocial
- F91.3 Trastorno negativista desafiante
- F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado

2.2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (T.D.A. / H.)

El T.D.A./H es “un trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad” (De Quirós, et al, 2007). El DSM IV señala el particular esencial de este problema es “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar”.

Debe quedar claro que, si bien es cierto, el trastorno por déficit de atención altera la función atencional y que puede o no acompañarse de hiperactividad, no está asociado con un CI bajo o deficitario (Narvarte, 2008). El Trastorno por déficit de atención hace referencia a un niño con una capacidad cognitiva general dentro de la normalidad, pero que tiene problemas para detectar los estímulos relevantes, comete errores por descuido, se distrae fácilmente, parece no escuchar, tiene dificultades para seguir instrucciones, etc (Martínez, 2010)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales indica que este problema puede afectar desde un 3% al 7% de niños en edad escolar, prevalencia que concuerda con la de Mariana Narvarte quien indica que 5 de cada 100 en edad escolar padecen T.D.A/H.

Dos son los ejes característicos del Déficit de Atención con Hiperactividad, la atención dispersa y poco funcional y la hiperactividad e impulsividad. En la mayoría de los casos los niños y niñas presentan un trastorno de tipo combinado, es decir, con características significativas de ambos ejes; sin embargo, existen casos en donde únicamente se encuentran características de una de las dos opciones. Tanto los primeros como los segundos se encuentran clasificados dentro del Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad lo cual genera confusión e incoherencia. Esto se da porque anteriormente se creía que los niños presentaban esta sintomatología de manera conjunta lo cual actualmente tiene otra visión y se ha confirmado que pueden presentar únicamente una de esas características. Se espera que en próximas publicaciones la Asociación Americana de Psiquiatría considere esta opción.

2.2.1. Diferencia entre el T.D.A. con Hiperactividad y el T.D.A. sin Hiperactividad

Esta diferencia, desde el punto de vista clínico, se la realiza sobre el comportamiento y el tipo de déficit atencional (Martínez, 2010). Los niños y niñas que presentan T.D.A. con Hiperactividad dejan ver sobreactividad motora o una actividad motora desadaptativa, teniendo problemas en la atención sostenida y el control de la impulsividad les cuesta mucho trabajar manejar su conducta motora sobre todo al enfrentarse a actividades que exigen esfuerzo cognitivo y atención, además, en la mayoría de los casos muestran conductas problema. En cambio, en lo que respecta a los niños y niñas con T.D.A. sin Hiperactividad, lo que se hace evidente, son los problemas en la atención focalizada y la velocidad de procesamiento de la información.

2.2.2. Historia

La primera aparición de esta dificultad fue en 1930. En 1960 el trastorno por déficit de atención estaba asociado a la actividad motora excesiva que se abordaba desde el área neurológica como “Disfunción Cerebral Mínima” sinónimo de daño cerebral; sin embargo, este término confundió la posibilidad de definir si el problema era neurológico o psicológico cuando en realidad no se puede prescindir de ninguno de estos dos aspectos.

Hasta 1980 pasó a conocerse como “Síndrome Hiperquinético” caracterizado por permanentes y exagerados movimientos que impedían un desarrollo normal en el niño. No fue sino a partir de esa fecha cuando la Asociación Americana de Psiquiatría definió al Trastorno por Déficit de Atención con las características que hoy en día se conocen, incluyéndolo dentro de la tercera emisión del Manual Diagnóstico y Estadístico.

2.2.3. Bases Neurobiológicas del T.D.A./H

Aunque no se conoce con exactitud las bases neurobiológicas del T.D.A./H, una de las hipótesis con más apoyo actualmente indica la existencia de una disfunción en los circuitos frontoestriales (Capilla-González et al, 2005).

Este mismo autor señala que

se ha evidenciado un menor volumen en el lóbulo frontal derecho, así como una pérdida de la asimetría normal derecho > izquierdo en el núcleo caudado... Por otra parte, estudios funcionales realizados con tomografía por emisión de positrones (PET) muestran una disminución en el metabolismo cerebral de la glucosa en el lóbulo frontal... Estudios con tomografía por emisión de fotón único (SPECT) han encontrado, además, la existencia de una relación inversa entre el flujo sanguíneo cerebral en regiones frontales del hemisferio derecho y la gravedad de los síntomas conductuales... Podríamos concluir que en el TDAH existen dificultades en tres componentes esenciales de las funciones ejecutivas... Los niños con TDAH presentan una menor activación en la corteza prefrontal del hemisferio derecho y en el núcleo caudado. En otros estudios se ha encontrado, además, una hipoactivación en la corteza cingular anterior.

Mediante imágenes de resonancia magnética se observa que en el T.D.A./H el lóbulo temporal es normal pero lóbulos frontales son anormales, además existe una disfunción del sistema ejecutivo (alteración en el estado de regulación) y una disfunción frontoestriada (Roca et al, 2004). En un trabajo de Ramos-Quiroga se resalta que el Trastorno por Déficit de Atención presenta una alta carga genética y de herencia, modulada por factores ambientales (Cardo et al, 2008). Otros autores indican de una deficiencia en la producción de dopamina y noradrenalina (Orjales, 1998), deficiencia que provoca que los niños y niñas hiperativos reaccionen con mayor vigilancia a estímulos sensoriales que no despertarían en niños no hiperactivos.

A pesar que los estudios en torno a este tema no quedan del todo claro, no hay duda que el sistema dopaminérgico está involucrado en el T.D.A (de Quirós et al, 2007).

2.2.4. Trastornos asociados con el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad

El T.D.A./H está relacionado y asociado con trastornos comórbidos los mismo que aparecen en el mismo momento o en la misma época de la vida . La presencia de estos trastornos comórbidos asociados constituye un determinante esencial en el curso y pronóstico del T.D.A./H (de la Osa-Langreo et al, 2007).

En un estudio realizado por El National Institute of Mental Health se encontró que entre el 40-60% de las personas TDA-H presentan un trastorno negativista desafiante y el 20-40% un trastorno de conducta disocial (Sasot, 2009)

Según de la Osa Langreo et al (2007) más del 50% de las personas diagnosticadas de Trastorno por Déficit de Atención comparte criterios de otros trastornos neuropsiquiátricos y cuando estos se suman, a excepción del trastorno del aprendizaje, los pacientes presenta mayores complicaciones psicosociales. Presenta como los principales asociados los siguientes trastornos:

Trastornos del Estado de Ánimo

Estos pueden ser unipolares (trastorno depresivo mayor y distimia) o trastornos bipolares. En relación con los trastornos unipolares, la prevalencia varía de unos estudios a otros, de un 15 a un 75% de los casos. La enfermedad bipolar se hace presente hasta en un 20% de los niños con TDAH.

Comorbilidad con Trastornos de Ansiedad

Asociación presente en un 25%. No se especifica relación entre los distintos subtipos de trastornos de ansiedad y los distintos subtipos de TDAH, más bien parece haber mayor relación con el Trastorno de Déficit de Atención con predominio de déficit de atención.

Comorbilidad con Síndrome de Gilles de la Tourette

Entre el 25 y el 85% de los sujetos con síndrome de Tourette presentan T.D.A./H.

Comorbilidad con los Trastornos de Aprendizaje

Las tasas de asociación indican que 1 por 4 niños con T.D.A./H presenta un Trastorno de Aprendizaje, y 1 por cada 3 niños con un Trastorno de Aprendizaje padece T.D.A./H.

Comorbilidad con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

Concurrencia de un 6 al 33% de pacientes con TOC asocian un T.D.A./H.

Comorbilidad con Trastornos del Comportamiento Perturbador

Dentro de estos se encuentra el Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno Disocial y el Trastorno del Comportamiento Perturbador no especificado. El 50% de los T.D.A./H asocia Trastorno Negativista Desafiante o Trastorno Disocial.

Sasot (2009) indica que desórdenes de la comunicación, alteraciones del desarrollo de la coordinación, trastornos emocionales, trastornos afectivos y trastornos de aprendizaje son trastornos que podrían encontrarse en un T.D.A./H.

2.2.5. Características de los Trastornos de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad

Mariana Narvarte (2008) sintetiza las características de un Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad de la siguiente manera:

Tabla 3

TDA		
Control Motor	Control Mental	Control Emocional
Pasividad	Respuestas Lentas	Desinterés
Lentitud	Inatención	Conductas inmaduras
Torpeza	Desorganización	
Disgrafía	Ineficiencia	

TDA/H		
Control Motor	Control Mental	Control Emocional
Inquietud	Responde rápido	Impulsividad social
Hiperactividad	Inatención	Impaciencia
Torpeza	Desorganización	Desinhibición
Disgrafía	Ineficiencia	Egocentrismo

La desatención

El origen de la desatención podría deberse a la poca motivación al momento de realizar una tarea o a un déficit cognitivo. Algunos estudios han demostrado que a pesar que estos niños estén frente a tareas bastante motivantes cometen mayores errores que los niños no hiperactivos, esto puede deberse a que los niños con hiperactividad presentan más dificultades conductuales cuando la información que se les entrega es repetida y no novedosa; es decir, les cuesta más el desafío de una tarea aburrida que de una nueva (Orjales, 1998). La inatención acarrea como consecuencia alteración en sus subprocesos: enfocarla y ejecutarla, sostenerla, codificarla y cambiarla o seleccionarla (Narvarte, 2008).

Tabla 4

Las síntomas evidentes en la inatención son:

- Se queja fácilmente
 - No termina las tareas que empieza, le falta el tiempo para hacerlas
 - Parece no escuchar lo que se le dice
 - Dificultades para organizarse
 - Pierde materiales o incluso ropa (lápices, cuadernos, casaca)
 - No quiere trabajar en las tarea que requieren esfuerzo
 - Se equivoca con mucha frecuencia
 - Olvida lo que tiene que hacer
-

Los niños y niñas con problemas en su atención se concentran más en estímulos como el color, el tamaño, etc.

La hiperactividad

Realización de movimientos constantes y cuando no deberían ocurrir que generalmente vienen acompañadas de constantes excusas del porque de la necesidad de moverse o realizar esos movimientos. Le resulta casi imposible autocontrolarse y estar quieto. La hiperactividad puede ser motora o verbal (habla sin parar, cambia de tema sin poder concluir alguno) y en algunos casos puede evidenciarse dificultades en la coordinación motriz.

Tabla 5

Las conductas hiperactivas más observables son:

- Movimientos corporales constantes
 - Inconstancia
 - Habla excesivamente
 - Corre y salta en lugares no permitidos
 - Coge las cosas que no debe, toca todo
 - Mientras estás sentado mueve las piernas, pies, manos, etc
-

La impulsividad

Reacciones y respuestas rápidas y directas que no miden sus consecuencias (Narvarte, 2008). Estas reacciones está acompañadas de un deseo de inmediata gratificación, estos niños y niñas actúan bajo el lema “QUIERO y ACTÚO” (de Quirós et al, 2007).

Bajo esta impulsividad los niños quedan socialmente relegados, sus amigos no quieren compartir un juego con ellos porque son incapaces de seguir las reglas del juego o esperar su turno, serán vistos como “acelerados” y al no medir los peligros generarán que sus pares eviten compartir actividades con ellos.

Tabla 6

Los comportamientos a tomarse en cuenta dentro de la impulsividad serán:

- Marcada impaciencia
 - No espera su turno
 - Precipitación al responder preguntas sin que se las hayan concluido
 - No reflexiona al hablar, dice lo primero que se le viene a la mente
 - No mide peligros ni riesgos
 - Entrometido, imprudente
 - Exige inmediata satisfacción a sus demandas y necesidades
 - Por lo general, como no mide peligros, se cae o se lastima con frecuencia
-

Características emocionales

Sumadas a las características antes mencionadas los niños y niñas con T.D.A./H se muestran muy dependientes de un adulto, necesitan de constante guía y organización por parte de ellos, son muy susceptibles a los cambios y sobre todo a las críticas sociales, que por sus problemas de conducta, suelen ser muy frecuentes. Se frustran con mucha facilidad, tienen baja autoestima, son nerviosos e introvertidos y la mayoría de los casos tienden al aislamiento, son muy coléricos, apático y tienen pensamientos bastante negativos.

2.2.6. Criterios Diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención

El DSM IV establece los siguientes criterios diagnósticos dentro del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. El cumplimiento de estos criterios son básicos para diagnosticar este trastorno.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Tabla 7

A. (1) o (2): (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo: Desatención: (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones) (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
--

- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. Se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado

Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención

Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

2.3. Trastorno Disocial (TD)

La característica principal del TD es la persistencia y repetición de la violación de los derechos de los demás, así como de las normas sociales. Estas violaciones pueden o no incluir agresividad física o material, hurtos e infracciones serias de las normas.

Según el DSM IV dentro de los síntomas de este trastorno se pueden observar poca empatía o preocupación por los sentimientos y bienestar de las otras personas, paranoia, agresividad, aplanamiento afectivo, baja autoestima, inestabilidad emocional. Puede desarrollar en un futuro problemas escolares, consumo de sustancias ilícitas como alcohol o drogas, ideas suicidas, conflictos legales.

Se conoce que las causas predisponentes para la aparición de este trastorno pueden estar asociadas al abandono por parte de los padres, abusos físicos o sexuales, carencia de supervisión y acompañamiento parental, psicopatología familiar.

La prevalencia de este trastorno oscila entre el 6% y 16% en varones con edad inferior a los 18 años y entre el 2% y 9% en las mujeres. Su inicio puede producirse

hacia los 5 o 6 años de edad, pero generalmente se observa al final de la infancia o al inicio de la adolescencia. Cuando su inicio es precoz se predice un pronóstico peor con un riesgo creciente en la vida adulta de sufrir un Trastorno Antisocial de la personalidad y trastornos por consumo de sustancias, así como el riesgo de experimentar posteriormente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y trastornos por consumo de sustancias. Además es la patología más frecuentemente diagnosticada en los centros de salud mental para niños (DSM IV, 1994).

Según de la Osa Langreo et al (2007), para poder establecer un diagnóstico de Trastorno Disocial se debe tener en cuenta el nivel del desarrollo del niño o niña. Las rabietas, por ejemplo, forman parte de un desarrollo normal a la edad de tres años y su sola presencia no puede ser una indicación para el diagnóstico. Así mismo, la violación de los derechos de otras personas (por ejemplo un violento crimen), no se encuentra al alcance de los niños de siete años de edad siendo este dato excluido como pauta diagnóstica para este grupo de edad. Indica también que es común la evolución desde el Trastorno Negativista Desafiante al Trastorno Disocial.

Las pautas principales para considerar su diagnóstico son: exceso de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, grave destrucción de pertenencias ajenas, robos, incendios, mentiras reiteradas, faltas a la escuela, fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, desafíos y desobediencia graves y persistentes. La presencia de estas características, independientemente de la edad, si son extremas o intensas, es suficiente para el diagnóstico de un T.D.

De acuerdo con la definición DSM-IV de trastorno mental, el diagnóstico de Trastorno Disocial sólo debe aplicarse cuando este comportamiento sea sintomático de una disfunción profunda e intrínseca del individuo y no constituya simplemente una reacción ante el contexto social inmediato.

2.3.1. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Disocial

Tabla 8

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

- (1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
- (2) a menudo inicia peleas físicas
- (3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
- (4) ha manifestado crueldad física con personas
- (5) ha manifestado crueldad física con animales
- (6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatarse bolsos, extorsión, robo a mano armada)
- (7) ha forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

- (8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
- (9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

- (10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
- (11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros)
- (12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de normas

(13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad

(14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)

(15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

B. El Trastorno Disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de Trastorno Disocial antes de los 10 años de edad.

Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de Trastorno Disocial antes de los 10 años de edad.

Especificar la gravedad:

Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves".

2.8. Trastorno Negativista Desafiante (TND)

La característica esencial de este problema es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante y hostil, dirigido a las figuras de autoridad. Su tasa oscila entre el 2% y 16% y su edad inicio suele presentarse antes de los 8 años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia (DSM IV, 1994).

Los síntomas observables al hablar de un TND son gran actividad motriz, labilidad emocional, baja autoestima, carente tolerancia a la frustración, temprano consumo de sustancias ilegales, disfuncionalidad familiar.

El 90% del Trastorno Disocial asocia un Trastorno Negativista Desafiante (de la Osa-Langreo, 2007).

2.8.1. Criterios para el Diagnóstico del Trastorno Negativista Desafiante

Tabla 9

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

- (1)** a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
- (2)** a menudo discute con adultos
- (3)** a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones
- (4)** a menudo molesta deliberadamente a otras personas
- (5)** a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
- (6)** a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
- (7)** a menudo es colérico y resentido
- (8)** a menudo es rencoroso o vengativo

Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

- B.** El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
 - C.** Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
 - D.** No se cumplen los criterios de Trastorno Disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.
-

Tanto las características del Trastorno Disocial como las del Trastorno Negativista Desafiante son prácticamente las mismas, resultando muy difícil diferenciar entre un trastorno y otro. Generalmente los adultos antisociales mostraron en su niñez acciones delictivas y agresivas asociadas a un TND; sin embargo, no todos los niños o niñas con este último diagnóstico llega a convertirse en una persona disocial (Butcher, 2007).

Conclusiones

En este capítulo se ha mencionado la clasificación y descripción del DSM IV con la finalidad de conocer las características de la gran gama de los problemas conductuales de la infancia. Las características entre los Trastornos de Conducta son muy similares y en ocasiones pueden confundir o empañar su diagnóstico.

Es importante conocer que no todos los niños o niñas que presentan problemas de conducta necesariamente desarrollarán un Trastorno Antisocial o Negativista Desafiante siendo indispensable que, antes de establecer un diagnóstico definitivo, se considere las diferentes características de cada uno de ellos para de esta manera realizar un diagnóstico diferencial apropiado, certero y confiable.

CAPÍTULO 3

LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

Introducción

En el capítulo anterior se abordó la clasificación y descripción de los trastornos de conducta desde el punto de vista clínico. Este capítulo tiene como objetivo indicar, desde el punto de vista emocional e intelectual, como a más de la presencia de un Trastorno de Conducta puro, se evidencian otros agentes cognitivos y psicológicos que juegan un papel fundamental dentro de la aparición y desarrollo de los mismos.

Se empezará analizando como posible factor asociado a la familia, sus tipos y su funcionalidad o disfuncionalidad, para continuar abordando factores como la migración, la discapacidad intelectual y la superdotación.

3.1. La Familia

Según Mauricio Andolfi (2001)

la familia está considerada como un grupo de pertenencia, primario, anexo mediante vínculos consanguíneos, donde se establecen una serie de lazos afectivos y sentimientos. Se forjan expectativas, se aprenden, afianzan valores, creencias y costumbres. En ella, el individuo se inicia y desarrolla desde temprana, este es el primer proceso de socialización que va a facilitar en las siguientes etapas de su evolución psicobiológica la adquisición de una serie de conductas que le van a servir en posteriores períodos de su vida.

Actualmente la migración, el disparado aumento de matrimonios disueltos, la importante inserción social, política y laboral lograda por el género femenino, etc. son factores que han llevado a las familias a sufrir una serie de cambios y transformaciones en la estructura y comportamiento familiar. Se dice que durante el lapso de 1990 hasta el 2005 en Latinoamérica, el modelo de familia nuclear se redujo de 46.3% en 1990 a 41.1% en 2005. Este modelo se repite en lo que respecta a las familias de tres generaciones, que cada vez van en aumento; las monoparentales y las mezcladas. (Arriaga, 2007).

Dadas estas transformaciones que en los últimos años la familia ha venido sufriendo la forma de crianza y de manejo de los hijos también ha cambiado, ya que la familia es considerada como un “sistema” en donde algo que ocurre con un miembro de la familia afecta, de manera directa o indirecta, a los otros miembros de la familia que la conforman.

Luz de Lourdes Eguiluz (2003) en su obra “Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico” clasifica a la familia, según el número que la conforman, de la siguiente manera:

- Familia Nuclear: un hombre y una mujer unidos en matrimonio más los hijos tenidos en común todos viviendo bajo un mismo techo.
- Familia monoparental: pareja decide no seguir viviendo junta y separarse o divorciarse.
- Familia extendida: familia troncal o múltiple (la de los padres y la de los hijos en convivencia) más la colateral (abuelos o parientes).

Existen otros tipos de familias; sin embargo, son las tres antes mencionadas las que se considerarán para este estudio.

3.2. Funcionalidad Familiar

La familia tiene como rol primordial asegurar la supervivencia, garantizar la protección, el desarrollo psicológico y guiar la educación de cada uno de sus miembros. Es decir cuando existe un equilibrio funcional en la convivencia por la satisfacción de los derechos, cada uno y todos tienen el bienestar de pertenecer a la familia, situación que los niños y niñas reflejan en conductas apropiadas para su edad y lugar cultural (Gordon et al, 2008).

Dicha estabilidad familiar es medida con el apgar familiar o fapgar (anexo 2) que se remonta a 1.978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento.

Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, “para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar” (Smilkstein, 1978).

La escala de calificación de apgar familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar; situaciones que se miden con 5 indicadores: adaptabilidad (recursos para la resolución de problemas), participación (comunicación, cooperación en roles y decisiones), desarrollo o gradiente de crecimiento (apoyo en las diferentes etapas para la individualización), afectividad (cariño y preocupación en la familia), capacidad de resolución (atención de las necesidades físicas y emocionales de los otros (Segovia I, 2010)

3.3. Discapacidad Intelectual

La Discapacidad Intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad se origina antes de los 18 años. (Luckasson et al, 2002).

Es bastante común que las personas con discapacidad intelectual presenten problemas de conducta. Los problemas de conducta son la primera causa de consulta en el retraso mental y constituyen una de las causas fundamentales para administrar tratamiento psicofarmacológico a estos sujetos (Rueda, et al, 2004).

3.4. Superdotación

Según el Modelo de los Tres Anillos Renzulli (1986) la superdotación supone:

Tabla 10

-
1. Una capacidad general excepcional medida con pruebas de CI o con pruebas de aptitudes concreta en ámbitos como la matemática, la música o la escultura.
 2. Manifestar creatividad en el ámbito donde la capacidad es excepcional.
 3. Un nivel elevado de compromiso y de motivación para desarrollar aptitudes y técnicas en el ámbito donde la capacidad es excepcional (Carr, 2007).
-

Es muy frecuente cometer errores diagnósticos al encontrarnos con un niño o niña que presenta problemas conductuales y con los que no se ha determinado un valor de Coeficiente Intelectual. Hay que tener claro que al hablar de estas dificultades la una

involucra a la otra, es decir, se observan niños o niñas con problemas de conducta que no se deben a un Trastorno de Conducta per se, sino más a características de una Discapacidad Intelectual o Superdotación.

3.5. Tipo de Cuidador

El cuidador es la persona que suministra cuidados en salud, educación y en las actividades de la vida diaria. Generalmente son las madres quienes cumplen este rol; no obstante, en ocasiones también lo hacen los abuelos, los tíos y otros. (Vargas et al, Conductitlan, 2008).

3.6. La Migración

La migración se define como el desplazamiento de uno o ambos padres a una distancia (fuera o dentro del país) que genera dificultades en la comunicación y en el cuidado de los hijos dejando a terceras personas (abuelos, tíos, vecinos, otros) como responsables de estos roles quienes no están claros en los objetivos de crianza. (López, 2009) (Vargas et al, 2008). En el país el 11% de los niños tienen padres migrantes (Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social del Ecuador, 2010).

Conclusiones

Ante la presencia de un Trastorno de Conducta se debe considerar la intervención de varios factores como los biológicos, sociales, psicológicos, etc. pues esto permitirá tener un mejor manejo e intervención.

A más de la patología que un niño o niña pueda presentar los posibles factores asociados, arriba mencionados, pueden complicar o limitar la evolución o mejoría de la enfermedad.

Así como se interviene en el trastorno diagnosticado, es fundamental trabajar sobre los factores que a este se asocian.

CAPÍTULO 4

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

Introducción

Dentro del tratamiento para los Trastornos de Conducta se debe considerar no solo la disminución o eliminación de sus signos y síntomas, sino también detectar e intervenir sobre las causas coexistentes, con la finalidad de proporcionar al niño o niña una mejora calidad de vida en el ámbito social, familiar escolar e individual.

En este capítulo se pretende abordar los diferentes tipos de tratamiento individuales, familiares y sociales con los que se puede trabajar para el oportuno y adecuado alivio de las situaciones conflictivas que generan los Trastornos de Conducta.

4.1. Tratamiento

Si bien hay algunas diferencias en el tratamiento a aplicarse, para todos los TC, indistintamente de su clasificación, el tratamiento es básicamente el mismo. Un adecuado programa de intervención debe: (Orjales, 1998)

Tabla 11

¿Qué debe incluir un programa de atención?

- Ser elaborado individualmente: no se debe tomar en cuenta solo el diagnóstico determinado por la evaluación, sino también la forma en como este diagnóstico está interfiriendo en las diferentes áreas de desarrollo del niño o niña.
 - Debe incluir todas las áreas en las que se manifiesta algún problema (área cognitiva, emocional, comportamental, etc.).
 - Realizar seguimiento al ámbito escolar y social que poder determinar en que grado esas dificultades afectan los mismos.
 - Resulta indispensable la prevención iniciando la intervención con la familias hasta abarcar a los niños y niñas en edades preescolar.
-

4.1.1. Psicoeducación a los padres

Parte inicial del tratamiento con los niños y niñas con TC es la intervención que se debe realizar con sus padres. Es de vital importancia el trabajar con los padres en la asimilación del problema, en el hecho de aceptar a su hijo o hija tal como es, propiciando un clima afectivo que les permita la valoración de las cualidades del niño, también se debe establecer, tanto con papá como con mamá, acuerdos en las normas establecidas dentro de casa y en las consecuencias de ante alguna falta se deberá establecer (Villalobos, 2008)

Es indispensable que los padres actúen armónica y conjuntamente en la educación de sus hijos, obviando las contradicciones entre ellos en presencia de los niños y evitando el desacreditarse o culpabilizarse mutuamente. Deben apoyarse y tener en cuenta que la educación de su hijo es una tarea compartida estableciendo un ambiente organizado y ordenado, generar horarios o rutinas para comer, dormir, realizar las actividades escolares, asignarle ciertas tareas domésticas considerando la edad del niño, e incluso indicar el espacio para realizar sus actividades libres, en donde moverse con mayor libertad y los sitios menos indicados.

4.1.2. Terapia de Interacción Padres e Hijos

Rafael Ferro García et al. (2009) definen a la Terapia de Interacción entre padres e hijos como una alternativa que “pretende integrar los métodos operantes con la terapia de juego tradicional desde una perspectiva de la psicología del desarrollo. Parte de que el juego es el principal medio a través del cual el niño desarrolla habilidades de resolución de problemas”. Se la propone como una terapia válida para problemas como desobediencia, agresiones verbales, agresiones físicas, mentiras, problemas de conducta en clase, hiperactividad, conductas destructivas, quejas y llantos, etc (Ferro et al, 2009).

Varios autores mantienen que algunos de los problemas en la interacción padres e hijos están en relación con objetivos de independencia y expectativas de desarrollo inadecuadas de los propios padres (Suárez et al, 2009). Hay que considerar que la mayoría de los problemas que presentan los niños parten de la interacción y relación con sus padres, por lo tanto, se necesita revertir esa influencia negativa para convertirla en positiva.

Como se indicó anteriormente esta técnica se la realiza a través del juego, consta de dos fases principales. La primera se denomina “*Interacción Directa Infantil*” o “*Terapia de juego conductual*”, la misma que tiene como tarea principal establecer una amorosa y cariñosa relación entre el padre y el hijo. La segunda fase tiene como nombre “*Interacción dirigida hacia los Padres*”, momento en el cual los padres son educados en como dirigirse a sus hijos y como establecer consecuencias precisas y claras a sus conductas. El orden de las fases se puede cambiar y alterar obedeciendo al proceso del tratamiento y del problema (Ferro et al, 2009).

El tratamiento se aplica entre 8 y 12 sesiones. Algunos factores que podrían influir en la efectividad de este proceso son: edad del niño entre 2 y 7 años con buen lenguaje comprensivo. Los padres deben demostrar una fuerte motivación y un CI promedio o alto, tener buenos acuerdos y gran apoyo familiar.

4.1.3. Modificación de Conducta

Se puede definir a la Modificación de Conducta como la orientación teórica y metodológica que apoyándose en los conocimientos de la psicología experimental, disminuye o elimina conductas desadaptadas, e instaura o aumenta conductas adaptadas (Psicopedagogía.com, s.f.).

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de tal manera que desarrollen las potencialidades y oportunidades que tienen disponibles en su medio social y ambiental y adopten actitudes, reacciones y conductas útiles para adecuarse a lo que les rodea y no puede cambiarse. Se encarga de diseñar y aplicar métodos de intervención psicológica que permitan controlar la conducta con la finalidad de producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal (Psicopedagogía.com, s.f.).

Dentro de las terapias modificadoras de conducta encontramos:

4.1.4. Terapia Conductual

La Terapia Conductual es una de las primeras opciones de tratamiento para la mayoría de trastornos mentales no psicóticos. Esta terapia tiene como principio el

hecho que una respuesta automática así como puede aprenderse también puede desaprenderse (Butcher, 2007). Se basa en la administración de refuerzos o castigos para controlar o extinguir conductas positivas y negativas.

En esta técnica se ayuda al paciente a definir objetivos y se le enseña a aplicar ciertas estrategias psicológicas que contribuyan a disminuir dicho malestar y cambiar el síntoma (Fullana et al, 2011).

Para la aplicación de este método se debe centrar la atención en las conductas directamente observables y que sean controladas por el ambiente. Esta técnica permite al niño trabajar y terminar su tarea, controlar su impulsividad, incrementar sus habilidades sociales, etc.

Hay que considerar que no todas las conductas presentadas por un niño o niña con dificultades de conducta son modificables, pues existirán algunas que sean propias de su patología, las mismas que requerirán de mayor intervención para modificarlas, y otras que sean ajenas a las mismas, por lo tanto se debe tener mucho cuidado al elegir o determinar cuáles serán las conductas “problema” que deben ser modificadas.

Según indica González Guadarrama (2011), la eliminación de una conducta es adecuada cuando la presencia de dicha conducta interfiere notablemente con la adquisición de una conducta adaptativa, además sugiere tomar en cuenta el origen de la autoestimulación y el nivel del problema del niño de tal manera que la intervención sea individualizada.

De la misma manera es importante señalar que no es adecuado desarrollar una intervención regida exclusivamente a disminuir o eliminar la conducta trabajada, es necesario desarrollar acciones o actitudes alternativas que reemplacen a la conducta a reducirse. Es determinante establecer lo que se hará en lugar de la conducta eliminada (Ito et al, 2008).

Como ejemplo de esta técnica tenemos:

- el refuerzo positivo: dar puntos por buen comportamiento, el reconocimiento social, tiempo fuera, coste de refuerzo, etc.

4.1.5. Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas... Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores (Beck et al, 1983).

Este es un tratamiento que se ocupa de la existencia de cogniciones o ideas distorsionadas y conductas disfuncionales que provocan malestar, caracterizándose por ser directiva, orientar a objetivos, centrarse en la modificación de cogniciones y conductas y poner en práctica mediante ciertas tareas las habilidades que durante el tratamiento se irán adquiriendo (Fullana et al, 2011).

Para iniciar con este tratamiento es indispensable detectar las reacciones emocionales inadecuadas o exageradas ya que esas serían parte de su cognición inadecuada (Beck et al, 1983). Se debe tener mucho tino para determinar esas reacciones y poder separarlas o asociarlas a un sentimiento específico.

Tabla 12

Algunas opciones de las técnicas cognitivas son:

- ofrecer modelos de conducta reflexiva encaminadas a la solución de problemas
 - técnicas de autoevaluación del comportamiento
 - autoevaluación de las tareas que se van aplicando
 - entrenamiento para establecer las consecuencias ya sean positivas o negativas según sea el caso
-

Todas estas opciones de tratamiento deben ser aplicadas y trabajadas tanto en casa como en la escuela, considerando que el papel del profesor y de los compañeros es básico para lograr notable y estable mejoría.

4.1.6. Tratamiento Farmacológico

La utilización de fármacos en las personas con problemas psicológicos se inicia en el siglo XIX tras el desarrollo de las primeras sustancias sedantes; no obstante, fue hasta principios de los años 50 cuando los fármacos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central fueron considerados como la forma más eficaz para controlar los trastornos conductuales y en la mayoría de casos el único tratamiento.

La falta de autocontrol parece estar relacionado con dificultades en la producción de ciertos neurotransmisores cerebrales (Orjales, 1998) es por eso que se recurre a esta opción buscando medicamentos que estabilizan dicha producción neuronal.

El principal problema dentro del tratamiento de Trastornos de Conducta en preescolares es el dilema de la inocuidad en la posible administración de estimulantes o psicotrópicos para tratar dicho problema. Un estudio realizado por Rappley y colaboradores demostraron que, de los niños de tres años de edad o menores, estudiados en 1996 durante un mes, 233 presentaron TDA/H. De estos niños, 10 tenían un año de edad o menos y 50 dos años. Al 57% se recetó psicotrópicos, 17% recibieron estimulantes más psicotrópicos. El niño de menor edad que recibió este último tenía dos años de edad. Se recetaron 32 psicotrópicos diferentes. En 60 casos se utilizaron, simultáneamente, dos o tres medicamentos. 58 niños fueron tratados con dos a seis fármacos por un tiempo de 15 meses. Los medicamentos de mayor uso fueron el metilfenidato y clonidina de manera individual o combinados. Otro estudio de 144 niños llevado a cabo por los investigadores de Massachusetts General Hospital revela que al incluir metilfenidato en el tratamiento de niños preescolares se observó notable mejoría en las tareas estructuradas y en la interacción maternoinfantil. (Morgan, 2000)

El tratamiento farmacológico es siempre de segunda intención, excepto en los casos de urgencia (agitación) (Atiencia, s.f.). Los fármacos no hacen que la patología desaparezca, más bien reduce sus manifestaciones y facilitan las relaciones sociales, familiares y escolares, siendo de vital importancia comunicar esto a los padres, profesores y personas que se relacionen con el paciente, así como informar sobre los efectos positivos y adversos que podrían ocurrir con el consumo del medicamento que el médico indique administrarse.

Al iniciar un tratamiento farmacológico hay algunas preguntas que se deben plantear y considerar (Rueda, et al, 2004): ¿Para qué se da la medicina?, ¿Cuándo se debe administrar? y ¿Cuáles son los principales efectos secundarios de la medicación?. El satisfacer estas interrogantes, entre otras, hará que disminuya la ansiedad y preocupación en los padres y cuidadores. A parte del tratamiento farmacológico, se necesitan de ajustes organizativos para perfeccionar el tratamiento de los TC, que en muchas ocasiones generan mayor repercusión que la propia medicación, entre ellos:

- a.** Profesionales preparados para en el abordaje psicosocial, habilidades, resolución de conflictos e intervención familiar
- b.** Entrega de soporte a la familiar y de un programa de psicoeducación
- c.** Evaluación psicoeducativa
- d.** Involucramiento de todos los profesionales necesarios, según sea el caso
- e.** Reuniones suficientes del equipo interdisciplinar

Con la medicación un niño o niña puede responder a las exigencias escolares con mayor velocidad, aplica de mejor manera las técnicas que en el proceso psicoterapéutico se imparten, consigue obtener mejores hábitos de estudio, tolera mejor su frustración y se motiva con sus logros pues estos son más frecuentes.

La intervención farmacológica debe ser adecuada en ciertos casos y se necesita y sugiere tener precaución en niños de corta edad, sobre todo en menores de 3 años. Al parecer los estimulantes son inocuos en preescolares de mayo edad (Morgan, 2000).

La decisión de iniciar un tratamiento farmacológico siempre es de los padres y se la debe realizar bajo estricta vigilancia y control del equipo multidisciplinario a cargo del caso.

Conclusiones

El mejor tratamiento para un niño o niña con Trastornos de Conducta involucra una prolija individualización del mismo y de acuerdo a sus características determinar la cooperación de un equipo multidisciplinario.

A más del aspecto familiar, en el que es importante fomentar un ambiente familiar estable y firme en el cual los niños y niñas se sientan apoyados y sostenidos, no se

pueden dejar de lado los aspectos sociales, individuales y escolares pues estos son determinantes para la estabilidad emocional del niño o la niña.

Tomar en consideración que se debe acompañar el tratamiento conductual con técnicas psicoterapéutica que involucren al niño, niña, su familia y su ambiente escolar.

CAPÍTULO 5

METODOLOGÍA

5.1. Objetivos de la investigación

5.1.1. Objetivo General:

Determinar la prevalencia de los trastornos conductuales y los factores asociados en niños y niñas de 4 a 6 años de edad. Centro Educativo “Liceo Integral de la Ciudad de Cuenca. Mayo a Julio de 2011.

5.1.2. Objetivos Específicos:

1. Determinar la frecuencia de los trastornos de conducta en los niños y niñas de 4 a 6 años que asisten al Centro Educativo “Liceo Integral - Cuenca” según edad y sexo.
2. Clasificar a los trastornos conductuales en Déficit Atencional, Hiperactividad, Tipo Combinado y Trastorno Negativista Desafiante.
3. Describir los factores asociados con los trastornos conductuales: tipo de familia (monoparental, nuclear y extendida), migración, disfunción familiar, tipo de cuidador, discapacidad intelectual, superdotación.

5.2. Metodología

5.2.1. Características de la Investigación

Tipo de investigación: descriptivo transversal.

Población y muestra: 36 niños y niñas que están matriculados en el Centro Educativo “Liceo Integral-Cuenca”, que asisten a clases regularmente y que oscilan entre los 4 años 0 meses 0 días de edad hasta los 6 años 0 meses 0 días de edad.

5.2.2. Operalización de las variables

Variable	Conceptualización	Dimensiones	Indicador	Escala
Edad	Meses cumplidos desde el nacimiento.	Tiempo	Meses cumplidos después del nacimiento	Cualitativa ordinal: 48 a 60 meses 61 a 72 meses.
Sexo	Características fenotípicas	Fenotipo	Fenotipo	Cualitativa nominal 1. Masculino 2. Femenino
Conducta	Patrón de acciones motoras, verbales y no verbales, en el aula como respuesta a procesos cognitivos atencionales y ambientales.	- Atención - Movimiento - Conducta	Escala Abreviada de Conners para padres y profesores: 1. Adecuada: puntaje de 9 o < en todas las áreas. 2. Problemas de conducta: puntaje de 10 o > en cualquiera de las áreas: hiperactividad, déficit atencional, dificultades conductuales.	Cualitativa nominal: 1. Adecuada 2. Problemas de conducta.
Trastorno de Conducta	Comportamientos que salen del patrón considerado propio para la edad.	Atención Movimiento Conducta	Escala Abreviada de Conners para profesores: 3. Adecuada: puntaje < 10 en todas las áreas. 4. Hiperactividad: puntaje 10 ó > en esta área. 5. Déficit atencional: puntaje 10 ó > en esta área. 6. Trastorno negativista desafiante: puntaje 11 ó > en el área. 7. Mixto: 18 ó > en la suma de hiperactividad y atención	Cualitativa nominal: 3. Adecuada 4. Hiperactividad 5. Déficit atencional 6. Trastorno negativista desafiante 7. Mixto
Migración de la madre	La madre vive en un área alejada del niño por eso no puede brindar cuidado a la familia y niño		Madre ausente del hogar por vivir en otra área.	Cualitativa nominal 1. Si 2. No
Migración del padre	El padre vive en un área alejada del niño por eso no puede brindar cuidado a la familia y niño		Padre ausente del hogar por vivir en otra área.	Cualitativa nominal 1. Si 2. No
Migración de los padres	La madre y el padre viven en un área alejada del niño por eso no puede brindar cuidado a la familia y niño		Padre y madre ausentes del hogar por vivir en otra área.	Cualitativa nominal 1. Si 2. No
Tipo de familia	Estructura familiar dada por el tipo de miembros que la conforman		Los miembros de la familia 1. Nuclear: padre, madre e hijos 2. Monoparental: el padre o la madre y los hijos 3. De tres generaciones: miembros de más de dos generaciones	Cualitativa nominal: 1. Nuclear 2. Monoparental 3. Extendida
Familia Funcional	Armonía entre los miembros por el ejercicio de los objetivos de adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución.	- Adaptación - Participación - Crecimiento - Afecto - Resolución	Test de Apgar familiar: - Familia Funcional: 7- 10 puntos - Disfunción familiar: 6 puntos o menos.	Cualitativa nominal 1. Funcional 2. Disfuncional
Tipo de cuidador familiar	Persona que vive con el niño, satisface las necesidades de atención, afecto y otros en el hogar.		Persona que suministra la atención en las necesidades básicas, afecto y otros.	Cualitativa nominal: 1. Madre 2. Padre 3. Abuelos 4. Tíos 5. Hermanos 6. Otros
Discapacidad Intelectual	Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales, y conceptuales.	Discapacidad Cognitiva Leve Discapacidad Cognitiva Moderada Discapacidad Cognitiva Grave Discapacidad Cognitiva Profunda	Test de Inteligencia para niños, niñas y adolescentes WISC-R	70-80 Límite 51-69 Discapacidad Cognitiva Leve 35-50 Discapacidad Cognitiva Moderada 20-34 Discapacidad Cognitiva Grave - 20 Discapacidad Cognitiva Profunda

Variable	Conceptualización	Dimensiones	Indicador	Escala
Superdotación	Sujetos que muestran rendimiento superior a la media de su edad. Stanford-Binet los sitúa por encima a los 130 puntos de CI.	Inteligencia Brillante Superdotación	Test de Inteligencia para niños, niñas y adolescentes WISC-R	110-119 Arriba del normal 120-129 Superior 130 y más Muy Superior

5.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Con todos los niños y niñas de entre 4 años 0 meses 0 días de edad hasta los 6 años 0 meses 0 días de edad, que están matriculados en el Centro Educativo “Liceo Integral-Cuenca”, que asistan regularmente a clases se realizará un proceso de **observación** basada en las conductas de la Escala de Connors (ver anexo 1), de no menos de un mes dentro de las actividades escolares diarias. Como segundo paso se aplicará la **Escala de Connors de C. Keith Connors**, instrumento que permite determinar la presencia de signos y síntomas característicos del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad y Trastorno Negativista Desafiante. Esta escala está compuesta por 20 preguntas las mismas que serán contestadas por el profesor o profesora guía y los padres de familia a quienes se anexará un oficio explicativo acerca de dicha Escala.

Con los niños con los que la Escala de Connors puntúe positiva en sus tres áreas, tanto en la casa como en la escuela, se procederá a realizar una evaluación minuciosa y completa dentro del aspecto psicológico en la que evaluaremos Coeficiente Intelectual y área emocional. Para la evaluación de Coeficiente Intelectual en todos los niños y niñas se utilizará la **Escala de Inteligencia para niños y niñas de DAVID WESCHLER “WIPPSI”**.

En lo que respecta al área emocional se determinará el tipo y características familiares con la aplicación del **Apgar Familiar** y, para complementar esta información, con los niños y niñas se trabajará con el **Test de la Familia de Josep M. Luís Font**.

Se realizará la tabulación y gráfico de los resultados de las evaluaciones completas.

Además se utilizará revisión bibliográfica.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El análisis estadístico presentado en la Tabla 1 permite identificar el tipo de población estudiada y determinar si sus resultados pueden ser comparados con otros grupos.

Cuadro No. 1

Medidas de tendencia central y de variabilidad de la edad de 36 niños y niñas de 4 a 6 años de edad del Centro Educativo “Liceo Integral - Cuenca”. Mayo a Julio de 2011.

Edad en meses	Masculino	Femenino	Total
Media	57,50	53,83	55,67
Mediana	58,40	57,33	58,00
Moda	58,00	58,00	58,00
Error Estándar Media	2,16	2,70	1,73
Mínimo	49,00	48,00	48,00
Máximo	72,00	71,00	71,00
Desvío Estándar	9,17	11,47	12,30
Percentil 10	48,20	43,87	47,70
Percentil 25	54,00	47,00	51,50
Percentil 50	58,40	57,33	58,00
Percentil 75	63,67	61,00	62,50
Percentil 90	67,40	65,93	65,95

*Fuente: Investigación realizada por la autora.

La distribución por edad de los niños y niñas no fue simétrica como en la población en general. En este cuadro se puede observar que existen más niños y niñas entre las edades de 50 y 60 meses (moda 58). La distribución es muy similar en hombres y mujeres, comprobada por la prueba de diferencias de medias: $p=0,297$.

Cuadro No. 2

Distribución por edades y sexo de 36 niños y niñas de 4 a 6 años de edad del Centro Educativo “Liceo Integral - Cuenca”. Mayo a Julio de 2011.

Edad	Sexo					
	Niños		Niñas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
De 48 a 60 meses	13	72,2	11	61,1	24	66,7
De 61 a 72 meses	5	27,8	7	38,9	12	33,3
Total	18	100,0	18	100,0	36	100,0

*Fuente: Investigación realizada por la autora.

Existe igual número de niños y de niñas (18); la mayoría se encuentran entre los 48 y 60 meses. Apenas 5 niños y 7 niñas se encuentran entre los 61 a 72 meses.

Cuadro No. 3
Conducta de 36 niños y niñas de 4 a 6 años de edad del Centro Educativo
“Liceo Integral - Cuenca”. Mayo a Julio de 2011.

Conducta	Niños		Niñas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuada	14	77,8	14	77,8	28	77,8
Hiperactividad	0	0,0	2	11,1	2	5,6
Déficit de Atención	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Problemas de Conducta	1	5,5	0	0,0	1	2,8
Mixtos	3	16,7	2	11,1	5	13,8
Total	18	100,0	18	100,0	36	100,0

*Fuente: Investigación realizada por la autora.

El 22.2% de los niños y niñas tienen Problemas de Conducta de cualquiera de los tipos, el valor es igual en niños y en niñas.

Se destaca el Tipo Mixto lo que hace referencia a los niños y niñas que presentan problemas tanto de Déficit de Atención como de Hiperactividad. Un niño presenta Problemas de Conducta. En ambos casos no se llega a cumplir con los criterios necesarios para hablar de un trastorno.

Cuadro No. 4
Factores asociados en los niños y niñas de 4 a 6 años de edad con o sin
problemas de conducta del Centro Educativo “Liceo Integral - Cuenca”. Mayo
a Julio de 2011.

Variables estudiadas	Conducta						X ²
	Adecuada		Problemas		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Tipo de Familia							p=0.550
Nuclear	19	67,9	5	62,5	24	66,7	
Monoparental	6	21,4	1	14,3	7	19,4	
Expandida	3	10,7	2	25,0	5	13,9	
Total	28	100,0	8	100,0	36	100,0	
Funcionalidad							p= 0.000
Familia Funcional	18	64,3	0	00,0	18	50,0	
Disfunción Familiar	10	35,7	8	100,0	18	50,0	
Total	28	100,0	8	100,0	36	100,0	
Coefficiente Intelectual							p=0.028
Discapacidad Intelectual	0	00,0	3	37,5	3	8,3	
Normal	28	100,0	5	62,5	33	91,7	
Superdotación	0	00,0	0	00,0	0	00,0	
Total	28	100,0	8	100,0	36	100,0	
Migración							p=0.875
Presente	7	25,0	1	12,5	8	22,2	
Ausente	21	75,0	7	87,5	28	77,8	
Total	28	100,0	8	100,0	36	100,0	
Tipo de cuidador							p=0.540
Madre	20	74,4	7	87,5	27	75,0	
Padre	0	0.0	0	0.0	0	0,0	
Abuelos	4	14,3	0	0	4	11,1	
Tíos	1	3,6	1	12,5	2	5,6	
Hermanos	1	3,6	0	0,0	1	2,8	
Otros	2	7,1	0	0,0	2	5,6	
Total	28	100,0	8	100,0	36	100,0	

*Fuente: Investigación realizada por la autora.

El tipo de familia que caracteriza a los dos grupos es la nuclear; sin embargo, en el grupo con dificultades existe un mayor porcentaje de familias expandidas (25%) sin llegar a tener significancia estadística, $p= 0.550$.

Las familias funcionales están directamente relacionadas con conductas adecuadas en los niños y niñas, mientras que las disfuncionales con los problemas de conducta ($p=0.00$).

Todos los que presentan conducta adecuada tienen Coeficiente Intelectual Normal. De los 8 que presentan problemas, 37.5% tienen discapacidad intelectual, $p=0.028$.

La migración es mayor en las familias de los niños y niñas que tienen conducta adecuada (25%) pero no llega a tener significancia, $p=0.875$.

El principal cuidador, dentro de las familias nucleares, sigue siendo la madre, pero tampoco influye significativamente en los problemas de conducta, $p=0.550$.

En esta investigación se utilizó el Sistema SPSS versión 18, el mismo que, al momento de introducir los datos y cuando estos no son significativos, indica que variables deben ser recodificadas para que el análisis pueda ser realizado, es por eso que en la operacionalización hay mas variables en migración (de la madre, del padre y de los padres) que se cambió por “migración presente y ausente” porque al tabular y analizar los datos hubo muchas celdillas con el valor de cero lo que dificultó hacer las pruebas estadísticas pertinentes.

DISCUSIÓN

La prevalencia de los problemas de conducta en el aula es del 22.2%, evidentemente más alta que un estudio catalán en 10 niños pre-escolares que fue del 3.5%, y el 13% de un estudio mexicano llevado a cabo con 9 niños (López et al, 2005).

Los resultados relativos a la estructura familiar sobre estos trastornos son tan consistentes con los datos de otros estudios epidemiológicos. Un estudio cubano (Noroño et al, 2002), explica cual es la relación entre familia y problemas conductuales. Señala que cuando la familia tiene ciertas características como ser monoparental, expandida, en la que existe presencia de migración, etc. hay la probabilidad de aumentar la disfuncionalidad familiar que podría acarrear problemas de conducta tanto en la casa como en la escuela.

En este estudio, a pesar del número de familias nucleares, los resultados reflejan funcionalidad familiar en el 50% de estas familias y disfuncionalidad en el 50.0%, resultado que se apega más al 25% de los niños con problemas conductuales ($p=0.00$). Esto da pistas que posiblemente dentro de casa los niños y niñas no se desenvuelven dentro de un ambiente familiar con normas y límites claros.

El tipo de cuidador que predomina es la madre, resultado que coincide con otros estudios en los cuales este rol es exclusivamente materno y en el cual casi nunca el padre tiene un involucramiento (Liminaña, s.f.).

La migración parece no ser causa de mala conducta porque es más alta en el grupo de niños con conducta adecuada.

El 91,7% de los niños y niñas presentan Coeficiente Intelectual Normal, este resultado está en mayor relación con aquellos sin problemas de conducta; mientras que en los 8 niños y niñas con dificultades conductuales, 3 tienen discapacidad intelectual ($p= 0.028$). Esto coincide con la bibliografía que indica que entre el 10-15% de las personas con retraso mental que utilizan servicios educativos, sociales o

sanitarios presentan alteraciones de conducta. Otros autores señalan tasas entre el 46 y el 60% (Rueda, et al, 2004).

CONCLUSIONES

Dentro de esta investigación se contó con 18 niños y 18 niñas, de los cuales 13 varones y 11 mujeres oscilan entre los 48 y 60 meses, mientras que 5 varones y 7 mujeres tienen de 61 a 72 meses.

Dos niños y dos niñas presentan problemas de conducta. Su frecuencia es del 22.2%.

No se encuentra puntaje positivo para Hiperactividad en los niños, dos niñas si lo puntúan. No existe puntaje en Déficit de Atención. Un niño puntúa positivo para Problemas de Conducta, complementándose la información de sus signos y síntomas con la aplicación de los criterios diagnósticos de DSM IV, sin que estos hayan puntuado positivos para considerar la presencia de un Trastorno de Conducta. En la clasificación de problemas de conducta predomina el tipo mixto.

Los factores asociados a problemas de conducta predominantes son Disfuncionalidad Familiar y Discapacidad Intelectual. En la primera opción de los 8 casos que presentan algún tipo de dificultad conductual todos tienen puntaje positivo en dicho factor. Y en Discapacidad Intelectual 3 casos (37,5%) de los 8 niños y niñas son positivos. No se observan como determinantes Tipo de familia, migración y tipo de cuidador.

RECOMENDACIONES

Sería importante realizar el seguimiento y monitoreo para la detección y diagnóstico por parte de los profesores y personal terapéutico de la Institución para intervenir con los niños y niñas que presentan problemas de conducta mediante un plan de trabajo especializado que evite complicaciones futuras.

Como principal recomendación se aborda el trabajar en la prevención desarrollando medidas preventivas que ayuden a los niños y niñas a desarrollar habilidades que les provean experiencias positivas y exitosas que alimentan su autoestima y seguridad, que nutran sus vidas tanto en la actualidad como cuando sean jóvenes.

Además, es vital integrar a los padres en dicho proceso terapéutico como principales responsables y colaboradores dentro del manejo de las dificultades de sus hijos. Para esto se podría trabajar con las familias en la organización de talleres educativos que estén orientados a la psicoeducación familiar, de tal manera que se concientice en los padres, madres y cuidadores de los niños y niñas, la importancia de desarrollarse dentro de casa de una manera estable, segura y sana emocionalmente.

Se considera necesario la continuación del estudio y la profundización de la estructura de personalidad y el *modus vivendi* tanto de los niños y niñas que presentan dificultades como la de sus padres.

BIBLIOGRAFÍA

Amador C Juan Antonio, Idiázabal A María Ángeles, Sangrrín G Javier, Espadaler G José, Forns Maria. (2002). *Psicothema*. Recuperado el 18 de Julio de 2011, de sid.usal.es/idos/F8/ART11202/utilidad_escalas_connners.pdf

Andolfi, Mauricio (2001). *Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.

Arbieto, K. (s.f.). *Psicopedagogía*. Recuperado el 18 de Julio de 2011, de www.psicopedagogia.com/deficit-de-atencion

Arriaga, Irma (2007). Familias Latinoamericanas cambiantes, diversas y desiguales. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal REDALYC* 053, 49-55. Universidad Autónoma del Estado de México. México.

Arruabarrena, M. I. (2011). *Redalyc: Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Recuperado el 14 de Julio de 2011, de redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1798/1798185704.pdf

Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Estados Unidos.

Banús, S. (s.f.). *Psicodiagnosis.es*. Recuperado el 12 de Julio de 2011 y 15 de Noviembre de 2011, de www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosdeconducta/trastornosconductainformaciongeneral/index.php

Banús, S. (18 de Septiembre de 2011). *Psicodiagnosis.es*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2011, de www.psicodiagnosis.es/areageneral/problemasconductainfantil/index.php

Bragado Carmen, Bersabé Rosa. (2010). *Psicothema*. Recuperado el 13 de Julio de 2011, de www.psicothema.com/psicothema.asp?id=337

Beck Aaron, Rush Jhon, Shaw Brian, Emery Gary. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. New York: DESCLEE DE BROUWER. S.A.

Bedoya C, Cano É, Carrillo L, Contreras F, Cuartas M, López N, Vinaccia S. (2004). *Psicología y Salud*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2011, de www.redalyc.uaemex.mx/pdf/291/2144105.pdf

Butcher, J. (2007). *Psicología Clínica* (Décima Segunda ed.). España: Pearson Educación.

Capilla-González A, Pazo P, Campo P, Maestú F, Fernández A, Fernández-González S, Ortiz T. (30 de Enero de 2005). *REVISTA DE NEUROLOGÍA*. Recuperado el 21 de Julio de 2011, de www.biopsico.com.br/site/images/downloads/TDAH/TDAH_e_neurobiologia.pdf

Cardo E, Servera M. (2008). *REVISTA NEUROLÓGICA*. Recuperado el 21 de Julio de 2011, de www.faroshjd.net/adjuntos/130.1-tdha.pdf

Carr, Alan (2007). *Psicología Positiva*. España: Paidós Ibérica.

Chávez, G. (2010). Recuperado el 13 de Junio de 2011, de www.saintbenedict.ed.cr/art/conducta.pdf

ClínicaPsi.com. (s.f.). Recuperado el 13 de Julio de 2011, de www.clinicapsi.com/problemas de conducta.htm

Córdova, G. (2010). *Catholic.net*. Recuperado el 12 de Julio de 2011, de www.es.catholic.net/familia y conducta/Catholic_net - Familias y problemas de conducta.htm

de la Osa-Langreo A, Mulas F, Téllez de Meneses M, Gandía R, Mattos L. (2 de Marzo de 2007). Recuperado el 20 de Julio de 2011, de www.siecv.org/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2006657&vol=44&num=S02#
de Quirós Guillermo, Joselevich Estrella. (2007). *A.D. / H.D. ¿Qué es? ¿Qué hacer?* Buenos Aires: PAIDÓS.

Definición de Conducta. Definición ABC. (29 de Octubre de 2010). Recuperado el 12 de Junio de 2011, de www.definicionabc.com/

Delgado S Jennifer, Delgado S Yiana. (22 de Diciembre de 2006). *Revista Psicológica Científica*. Recuperado el 20 de Junio de 2011, de www.psicologiacycientifica.com/bv/psicologia-221-1-conducta-o-comportamiento-mas-alla-de-las-disquisiciones-ter.html#

Diccionario de la Lengua Española. (2001). Recuperado el 30 de Junio de 2011, de buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=conducta

Díaz, J. (2010). *Paidopsiquiatria*. Recuperado el 13 de Julio de 2011, de www.paidopsiquiatria.com/TDAH/tc7.pdf

Díaz, J. (2010). *Paidopsiquiatria*. Recuperado el 13 de Julio de 2011, de www.paidopsiquiatria.com/TDAH/tc5.pdf

Díaz, J. (2010). *Paidopsiquiatria*. Recuperado el 18 de Julio de 2011, de paidopsiquiatria.com/TDAH/diagnostico.pdf

Eguiluz, Luz de Lourdes. (2003). *Dinámica de la famil. Un enfoque psicológico sitemémico*. México: Pax México.

Erazo, S. (2005). *Psicología Clínica de la Salud*. México: Manual Moderno.

Ferro G Rafael, Vives M Carmen, Ascanio V Lourdes. (30 de Enero de 2009). *SciELO: Clínica y Salud*. Recuperado el 20 de Julio de 2011, de

scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200002&script=sci_arttext&tlng=pt

Foster, Jorge (s.f.). *Manual de Pediatría*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2011, de www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/probcond.html

Foster, J. (29 de Junio de 2006). *Manual de Pediatría*. Recuperado el 12 de Julio de 2011, de www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/ProbCond.html

Fullana Miguel, Fernández de la Cruz Lorena, Bulbena Antoni, Toro Josep. (17 de Febrero de 2011). *Medicina Clínica*. Recuperado el 20 de Julio de 2011, de [www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0025-7753\(11\)00287-9.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0025-7753(11)00287-9.pdf)

Gil-Verona José Antonio, Pasor Juan Francisco, De Paz Félix, Barbosa Mercedes, Macías Angel, Maniega María Antonia, Rami-González Lorena, Boget Teresa, Picornell Inés. (Diciembre de 2002). *Anales de Psicología*. Recuperado el 13 de Julio de 2011, de [digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/8001/1/Psicobiologia de las conductas agresivas.pdf](http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/8001/1/Psicobiologia_de_las_conductas_agresivas.pdf)

Gordon I, Feldema R. (Diciembre de 2008). *WILEY Online Library*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2010, de onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.2008.00266.x/full

Guadarrama, G. Gerardo. (30 de Junio de 2011). *Centro Psicológico de Intervención Integral*. Recuperado el 20 de Julio de 2011, de serviciodeterapiacognitivoconductual.blogspot.com/

Ito Ligia, Roso Miréia, Tiwari Shilpee, Kendall Philip, Asbahr Fernando. (Octubre de 2008). *Scientific Circle*. Recuperado el 20 de Julio de 2011, de www.scientificcircle.com/es/31243/la-terapia-cognitivo-conductual-social-fobia/

Jané M^a Claustre, Viñas Ferrand, Araneda Nelson, Valero Sergi, Doménech-Llberia Edelmira. (2001). *Psiquiatría.com*. Recuperado el 20 de Junio de 2011, de www.psiquiatría.com.

Javaloyes S Ma. Auxiliadora, Viñas Ferrand, Araneda Nelson, Valero Valero Doménech-Llberia Edelmira. (s.f.). Recuperado el 13 de Julio de 2011, de www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial.pdf

Liminaña, R. (s.f.). Recuperado el 1 de Agosto de 2011, de www.congresofekoor.org/pdf/articulo25.pdf

López, L. (Junio de 2009). *Universidad de Manizales*. Recuperado el 2 de Febrero de 2011, de www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html.

López, J, Arellano B. (Julio de 2005). *Biblioteca virtual em saúde*. Recuperado el 1 de Agosto de 2011, de pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/ibc-39112.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports*. Washington: Alianza.

Martín L Mercedes, Perea Manuel, Morabet Loubna, Navarro José. (2008). *Psiquiatría Biológica*. Recuperado el 13 de Julio de 2011, de www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/46/46v15n05a13127480pdf001.pdf

Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social del Ecuador. *Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE)*. Quito Ecuador : SISSE, 2010.

Montiel Nava C, Peña J. (2001). *REVISTA NEUROLÓGICA*. Recuperado el 20 de Julio de 2011, de www.tdahlatinoamerica.org/documentos/articulosnuevos/MontielCeciliaConnerspadresmaestros.pdf

Moreno, F. (25 de Junio de 2006). Recuperado el 12 de Julio de 2011, de www.hottopos.com/convenit2/driesgo.htm

Morgan, A. (200). *Clínicas Pediátricas de Nortamerica. Síndrome de Perturbación de Atención/Hiperactividad*. Estados Unidos: McGraw-Hill Interamericana.

Narvarte, Mariana. (2008). *Soluciones Pedagógicas para el Trastorno por Déficit de atención con o sin Hiperactividad (T.D.A./ H)*. Argentina: LEXUS.

Noroño V, Cruz R, Cadalso R, Fernández O. (Abril-Junio de 2002). *SciElo*. Recuperado el 1 de Agosto de 2011, de scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000200007

Pelegrín C, Tirapu J. (Febrero de 2003). *Bibliopsiquis*. Recuperado el 12 de Julio de 2011, de hdl.handle.net/10401/2411

Psicopedagogía.com. (s.f.). Recuperado el 18 de Julio de 2011, de www.psicopedagogia.com/modificacion-de-conducta

Roca Isabel, Garrone Óscar, Bielsa A, Tomás J. (Junio de 18 de 2004). *Psiquiatría.com*. Recuperado el 21 de Julio de 2011, de www.jmunozzy.org/files/9/Necesidades_Educativas_Especificas/tdah/documentos/SPET_Cerebral_y_TDAH.pdf

Rolman D, Villanueva E, Ramos E, Bielawski D, Chiodo L, Delaney V. (Octubre de 2007). *Adaptation of the behavioral assesment and research system (bars) for evaluating neurobehavioral performance in Filipino Children*. Recuperado el 12 de Junio de 2011, de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564989/?report=abstract&tool=pmcentrez

Rueda P, Salvador L. (2004). *FEAPSorg*. Recuperado el 13 de Diciembre de 2010, de www.feaps.org/biblioteca/salud_mental/capitulo04.pdf

Rueda P, Salvador L. (2004). *FEAPSorg*. Recuperado el 13 de Diciembre de 2010, de www.feaps.org/biblioteca/salud_mental/capitulo06.pdf

Sarason I, Sarason B. (1996). *Psicología Anormal*. México: Prentice Hall Hispanoamérica. S.A.

Sasot, Jorid. (Febrero de 2009). Recuperado el 21 de Julio de 2011, de www.tdahbulebule.files.wordpress.com/2009/02/que-es-el-tda-h.pdf

Segovia, I. (10 de Diciembre de 2010). *Consortio Universitario de Salud y Medicina Familiar*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2010, de trabajosocialudla.files.wordpress.com/2010/06/8-_apgar.pdf.

Segura, María José. (2010). Recuperado el 21 de Julio de 2011, de [digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10809/1/Características del TDAH.pdf](http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10809/1/Características%20del%20TDAH.pdf)

Smilkstein, G. (1978). *The family apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians*. J. Fam. Pract.

Suárez Nicolás, Muñoz Magdalena, Gómez Esteban, Santelices María Pía. (2009). *Terapia de Interacción Guiada: Una Nueva Modalidad de Intervención con Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social*. *Terapia Psicológica* , 203-213.

Vargas J, García H, Romero E. (2008). Recuperado el 15 de Diciembre de 2010, de www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/32_migracion_salud_mental_disfuncion_familiar.pdf

Villar, Isabel. (1998). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.

Villalobos, J. L. (2008). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: orientaciones psicoeducativas para los padres. *Revista Pediatría Atención Primaria*.

ANEXOS

Anexo 1

Escala de Connors

Nombre del niño@: _____ Fecha: _____

Por favor responda a todas las preguntas colocando al lado de cada ítem la señal X según el grado de dificultad.

	Ítems a evaluar	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces
1	Tiene excesiva inquietud motora				
2	Tiene dificultad de aprendizaje escolar				
3	Molesta frecuentemente a los niños				
4	Se distrae fácilmente, tiene escasa atención				
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas				
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas o grupales				
7	Está en las nubes, ensimismado				
8	Deja por terminar la tarea que empieza				
9	Es mal aceptado en el grupo				
10	Niega sus errores y echa la culpa a otros				
11	Emite sonidos de calidad en situación inapropiada				
12	Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso				
13	Intranquilo, siempre en movimiento				
14	Discute y pelea por cualquier cosa				
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
16	Le falta el sentido de la regla de “juego limpio”				
17	Es impulsivo e irritable				
18	Se lleva mal con la mayoría de compañeros				
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante				
20	Acepta mal las indicaciones del profesor				

Hoja de corrección de la Escala de Conners

Nombre del niño@: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Fecha: _____
Escuela/Colegio: _____

CASA

Déficit de Atención	
Ítem	Puntaje
1	
3	
5	
13	
17	
Total	

Hiperactividad	
Ítem	Puntaje
2	
4	
7	
8	
19	
Total	

Total D.A. + Hip: _____

Trastorno de Conducta	
Ítem	Puntaje
6	
9	
10	
11	
12	
14	
15	
16	
18	
20	
Total	

ESCUELA / COLEGIO

Déficit de Atención	
Ítem	Puntaje
1	
3	
5	
13	
17	
Total	

Hiperactividad	
Ítem	Puntaje
2	
4	
7	
8	
19	
Total	

Total D.A. + Hip: _____

Trastorno de Conducta	
Ítem	Puntaje
6	
9	
10	
11	
12	
14	
15	
16	
18	
20	
Total	

Anexo 2

Test de Inteligencia para niños y niñas WPPSI



3-3

WPPSI — ESPAÑOL
Protocolo



Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Nombre de los Padres (o Tutores) _____ Tel.: _____

Dirección _____ Grado: _____

Escuela _____

FECHA DE APLICACION: AÑO _____ MES _____ DIA _____

FECHA DE NACIMIENTO: AÑO _____ MES _____ DIA _____

EDAD EXACTA: AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____

RESULTADOS					
ESCALA VERBAL	P. NAT.	P. NORM.	SUMA	S. PRORRAT.	C.I.
Información	_____	_____			
Vocabulario	_____	_____			
Aritmética	_____	_____			
Semejanzas	_____	_____			
Comprensión	_____	_____			
[Frases]	_____	_____			
			→	→	→

ESCALA DE EJECUCION	P. NAT.	P. NORM.			
Casa de Animales	_____	_____			
Figuras Incompletas	_____	_____			
Laberintos	_____	_____			
Diseños Geométricos	_____	_____			
Diseños con Prismas	_____	_____			
[Casa de Animales]	_____	_____			
			→	→	→

ESCALA TOTAL

Examinador: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Copyright 1949, 1976 by
The Psychological Corporation
New York, N.Y. 10017

D.R. © 1990 por la
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. de C.V.
Av. Sonora 276 Col. Hipódromo 06100-México, D.F.

Anexo 3
Apgar Familiar

Pregunta	Casi siempre (2)	A veces (1)	Casi nunca (0)
¿Estás satisfecha(o) con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			
Puntaje unitario			
Puntaje Total			
Diagnóstico			

Cuadro de Puntajes

Puntaje	Diagnóstico
De 0 a 3 puntos	Disfunción Familiar Severa
De 4 a 6 puntos	Disfunción Familiar Moderada
De 7 a 10 puntos	Familia Funcional