



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

**Detectar los problemas de Conducta de niños y niñas de 2 a 5 años de familias
monoparentales de los Centros Infantiles del Buen Vivir MIES Cuenca.**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autores: Erika Johanna Flores Saltos.

Juan Pablo Martínez Torres.

Directora:

Dra. Ana Lucia Pacurúcu Pacurúcu

Cuenca, Ecuador

2015

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a mis hijas Valentina y Allison que son mi motor de vida, a mi esposo Christian por su apoyo en todo momento a pesar de las adversidades y a mis padres Piedad y Gonzalo por su ayuda incondicional en el camino para lograr mis metas.

Erika

Dedico este esfuerzo a mi familia, en especial a mi Madre y Hermanos que fueron la presión necesaria para no decaer y sujetos motivadores para la elaboración de la misma; a mi Padre Miguel E. Martínez L. (+) por sus enseñanzas, valores y responsabilidad inculcado en mi persona desde niño y a todos mis amigos que aportaron con sus conocimientos y experiencia para superar diversos obstáculos que se presentaron durante la investigación.

Juan P. Martínez T.

Agradecimientos

Deseamos nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron para la ejecución de esta tesis y de manera muy especial a Dios por darnos la oportunidad de estar donde estamos, a nuestra directora Dra. Ana Lucia Pacurúcu por su apoyo, compromiso, paciencia, esfuerzo y asesoramiento recibido durante la realización de la tesis, sin la cual nos hubiese sido difícil la elaboración de esta investigación.

Al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) por abrirnos las puertas de sus CIBV para la elaboración de la investigación y a cada uno de los coordinadores de los mismos. A cada padre de familia que formaron parte de este estudio confiándonos a sus hijos/as para el mismo.

Por último, deseamos expresar un gran agradecimiento a nuestros padres quienes de forma incondicional nos apoyaron, animaron y alentaron en todo momento, durante la formación académica y realización de la investigación.

INDICE DE CONTENIDOS.

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Índice de Tablas.....	vii
Índice de Gráficos.....	vii
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Introducción.....	1

CAPITULO I:

1) DESARROLLO DEL NIÑO DE PREESCOLAR	3
1.1) INTRODUCCION.....	3
1.2) CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS.....	9
1.2.1) Desarrollo motor:.....	9
1.2.2) Desarrollo cognitivo:	10
1.2.3) Conducta personal social:	11
1.2.4) Lenguaje:.....	11

1.3) LA CONDUCTA.....	12
1.4) PROBLEMAS DE CONDUCTA	14
1.4.1) Las conductas de desobediencia	14
1.4.2) Etapas del desarrollo de la agresividad	16
1.4.3) Origen de estas conductas Disruptivas.	17
1.4.3.1 Causas internas:	18
1.4.3.2 Causas externas:.....	18
1.4.3.3 Condiciones ambientales:	18
2) LA FAMILIA.....	20
2.1) GENERALIDADES.	20
2.2) MODELO ESTRUCTURAL SISTEMICO	22
2.3) ETAPAS DEL CICLO VITAL.....	25
2.4) SUBSISTEMA Y COMPOSICION FAMILIAR.....	25
2.5) TIPOS DE FAMILIAS.....	26
2.6) FAMILIA MONOPARENTAL.....	29
2.7) CONSECUENCIAS O DIFICULTADES DE PERTENECER A UNA FAMILIA MONOPARENTAL.....	31
3) DETECTAR LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE FAMILIAS MONOPARENTALES DE LOS CIBV	33
3.1) INTRODUCCION:.....	33
3.2) METODOLOGIA.....	33
3.3) MATERIALES.	34
3.4) Cuestionario de Comportamiento Infantil (Child Behavior Checklist CBCL)....	35

4) ANALISIS Y RESULTADOS.....	36
4.1) RESULTADOS OBTENIDOS.	36
4.2) POBLACION Y MUESTRA	36
4.3) CONCLUSIONES.	41
4.4) RECOMENDACIONES.	43
5) GUIA PARA PROBLEMAS DE ANSIEDAD, AFECTIVOS Y SOMATICOS EN NIÑOS DE PREESCOLAR DE LOS CIBV.....	45
5.1) INTRODUCCION	45
5.2) TRASTORNOS AFECTIVOS:	45
5.2.1) Trastornos por ansiedad de la infancia y la niñez temprana.....	46
5.2.2) Trastorno del estado de ánimo: Reacción de duelo/aflicción prolongados... 	47
5.2.3) Trastorno del estado de ánimo: Depresión de la infancia y la niñez temprana	48
5.2.4) Trastorno mixto de la expresividad emocional	50
5.2.5) Trastorno de síntomas somáticos	50
5.3) Problemas Afectivos en los niños de 2 a 5 años preescolares.....	56
5.4) ¿Qué es la Ansiedad?.....	57
5.5) ¿Qué son los problemas somáticos en los niños?	65
6) Bibliografía.....	69

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: POBLACION.....	34
Tabla 2 RESULTADOS DE CONDUCTAS.....	37
Tabla 3 PROBLEMA/ EDAD.....	39
Tabla 4 PROBLEMAS DE INTERVENCION CLINICA	41

INDICE DE GRÁFICOS

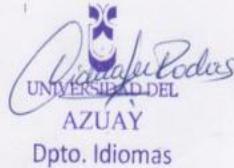
GRÁFICO N° 1 Población.....	37
GRÁFICO N° 2 Tipos de familias de acuerdo a las dificultades conductuales de los niños	38
GRÁFICO N° 3 Conductas en Familias Monoparentales	40

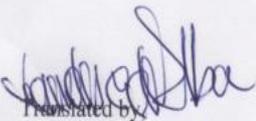
ABSTRACT

This research aims to detect the prevalence of behaviors in 2 to 5 year of children, who come from single-parent families, and attend the Children's Center of Good Living (CIBV) located at the rural sectors of *Sayausí, El Valle* and *Ricaurte*.

The sample consisted of 169 children (boys and girls). The following questionnaires were applied to parents: CBCL (Child Behavior Check List) for ages 1 ½ to 5, a socio-demographic profile, and an informed consent form.

The results showed that children from single-parent families are more prevalent in somatic, affective and anxiety problems; that is the reason why we propose the development of a guide to share the findings.




Translated by
Lic. Lourdes Crespo

RESUMEN.

Esta investigación busca detectar la prevalencia de conductas en los niños de 2 a 5 años del Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV) de los sectores rurales de Sayausi, El Valle y Ricaurte, pertenecientes a familias monoparentales.

Se utilizó una muestra de 169 entre niños y niñas. A los padres de los mismos se aplicó el cuestionario CBCL 1½ a 5 años, una ficha sociodemográfica y un consentimiento informado.

Los resultados demuestran que los niños de familias monoparentales tienen mayor prevalencia en problemas somáticos, afectivos y ansiedad, para lo cual se plantea la elaboración de una guía para socialización.

INTRODUCCION.

Hoy en día en nuestro medio es muy común ver familias en las que la madre es quien está a cargo del cuidado de sus hijos, debido a la ausencia de la figura paterna por distintas circunstancias. Dada su situación de vida entre criar a sus hijos y mantener el hogar, optan por dejarlos al cuidado de los centros infantiles del buen vivir pertenecientes al Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Nuestra experiencia en las prácticas pre-profesionales desarrolladas en el Ministerio de Salud y en los Centro Infantiles del Buen Vivir, en atención e intervención a niños de edad preescolar integrantes de hogares monoparentales, nos permitió identificar que en su mayoría presentaban problemas de conducta tales como: agresividad, falta de control de impulsos, timidez, rabietas, desafiante oposicionista entre otras.

La interacción con estas familias nos llevó a plantearnos la interrogante de la influencia que tendría la conformación familiar, en este caso la razón de la investigación las familias monoparentales en la génesis de los problemas de conducta antes mencionados.

Investigaciones realizadas en Suecia, Duncan Timms (Universidad of Stockholm, 1991), obtiene como conclusiones que el mayor grado de disfunción psicológica fueron en varones nacidos de madre soltera y que crecieron sin padre. Además estudios convergentes realizados en Estados Unidos por Ronald y Jacqueline Ángel,

investigadores de la Universidad de Texas, publicaron un trabajo en 1993 en el que evalúan los resultados de todos los estudios cuantitativos que analizaron los efectos de la ausencia paterna. Dicen: "La falta de padre constituye un factor de riesgo para la salud mental del niño". (Chouhy, 2000)

En base a nuestra experiencia y a estos estudios, la investigación pretende determinar problemas de conducta y saber si existe un factor determinante dado por la monoparentalidad.

Esta investigación tiene el propósito de detectar algunos problemas de conducta en los niños, basándose en la información proporcionada por los padres o cuidadores primarios de los niños y niñas a evaluar, mediante la aplicación del Cuestionario de Comportamiento Infantil (**Child Behavior Checklist CBCL**).

Con estos resultados se podrá crear una guía de recopilación de técnicas a ser utilizadas por los tutores para ayudar a mejorar este comportamiento infantil, en familias monoparentales con niños/as en edad pre-escolar de los Centro Infantiles del Buen Vivir (MIES).

CAPITULO I

1) DESARROLLO DEL NIÑO DE PREESCOLAR

1.1) INTRODUCCION.

La familia influye sobre el desarrollo social y afectivo del preescolar, debido a que los modelos, roles, reglas, valores y habilidades se aprenden desde la infancia, desarrollando en diferente grado su manera de resolver conflictos, formación de habilidades adaptativas y sociales, regulación emocional, etc. La familia aporta grandes elementos en el niño o niña, por eso es importante poder identificar su influencia y los estilos de crianza en el desarrollo socio afectivo.

La etapa preescolar es una de las periodos principales en el desarrollo cognitivo y psicológico del niño, en este periodo el niño desempeña un papel importante en su relación con el ambiente, se desplaza libremente, siente curiosidad por el mundo que lo rodea y busca ser independiente. (INNE, 2008).

Es por esto que gracias al desarrollo de la actividad, los niños pueden llegar a desenvolverse como sujetos activos dentro de su medio social, puesto que las relaciones con adultos y con otros niños potencializan las formaciones psicológicas propias de su edad, lo cual facilita la toma de decisiones en diferentes situaciones problema (Talizina, 2009)

García & Varela, (2014) retoman el enfoque socio-histórico planteado por Vygotsky, (1987) donde la psique humana es social en su origen y funcionamiento, dando énfasis a la importancia interactiva del desarrollo psíquico, debido a la interrelación entre los factores biológicos y sociales, entendiendo el ambiente social no como contexto externo (medio ambiente), sino como la interrelación social del niño con el adulto. Vygotsky (1987) “los factores sociales eran los determinantes, fuente del desarrollo de la persona, del sujeto, del individuo, y que los factores biológicos resultaban la base, la premisa para que pudiera ocurrir ese desarrollo”. Con este sustento teórico podemos decir que la influencia social para el preescolar es de gran importancia en la formación de sus procesos psíquicos superiores.

Robles (2008) en su artículo nombra las etapas del desarrollo de Erick Erikson, donde se considera al ciclo vital, como un ciclo de confrontación continua desde su nacimiento hasta la senectud, que atraviesa por varias etapas; en cada etapa el ser humano tiene que enfrentarse a conflictos o crisis, que van a poner a prueba su grado de madurez.

Erikson considera las siguientes etapas en su teoría psicosocial del desarrollo humano:

Etapa 1. Infancia: Confianza frente a desconfianza.

Etapa 2. Niñez temprana: Autonomía frente a vergüenza y duda.

Etapa 3. Edad de juego: Iniciativa frente a culpa.

Etapa 4. Adolescencia: Laboriosidad frente a inferioridad.

Etapa 5. Juventud: Identidad frente a confusión de roles.

Etapa 6. Madurez: Intimidad frente a aislamiento.

Etapa 7. Adultez: Generatividad frente a estancamiento

Etapa 8. (Vejez): Integridad frente a desesperación.

A continuación se realiza la descripción de la Etapa 2 y Etapa 3 que estaría dentro de las poblaciones evaluadas para esta investigación.

- **Segunda etapa.** En la etapa de la niñez temprana ocurre una llamada crisis psicosocial de la autonomía vs vergüenza o duda; en esta etapa la maduración muscular que se ha logrado en los primeros meses de vida le permitirá contar con habilidades como retener o liberar objetos según su voluntad.

En esta fase el niño adquiere muchas destrezas mentales y habilidades motoras, como por ejemplo el desarrollo del lenguaje, con el que podrá ampliar su capacidad de comunicación; es la etapa en que empieza a caminar con mayor seguridad y tener mejor control muscular, adquiriendo mayor autonomía.

- **Tercera etapa:** esta etapa tiene como característica especial el juego y la crisis se presenta en términos de iniciativa vs culpa. Con el juego el niño exterioriza o expresa aspectos de su emotividad y de sus inquietudes; aquí las relaciones sociales juegan un papel importante ya que empieza la relación con otros niños: y se encuentra entre dos polos, el hacer o no hacer, el me atrevo o no me atrevo, el voy o no voy. (Robles, 2008)

Lo positivo en esta etapa es el propósito en cuanto a la atención y dirección, al hacer ciertas actividades o en busca de metas dejando de lado la culpa, los temores y el castigo.

Por otro lado, Jean Piaget, (1961) elaboró una teoría del desarrollo intelectual clasificando en tres grandes periodos: inteligencia sensorio-motriz, periodo de preparación y organización de las operaciones concretas.

Dentro de la clasificación de este autor el niño preescolar está dentro del periodo de preparación donde el niño se caracteriza por tener un pensamiento preconceptual, intuitivo, muy fluido por la percepción, egocéntrico y donde el niño se encuentra centrado en su punto de vista. (Barba, Cuenca, & Gomez, 2007)

Los estudiosos del desarrollo infantil no afirman la edad específica del preescolar, pero la mayoría los consideran desde los dos hasta los cinco o seis años de edad, donde en esta etapa el niño experimenta cambios en su desarrollo cognitivo, en su personalidad y en sus relaciones sociales.

Aportaciones desde una perspectiva cognitiva, Judy DeLoache, (1995) ha estudiado mucho sobre la capacidad del niño para comprender y utilizar las representaciones simbólicas. DeLoache señala “que la función representacional de los símbolos, desde los icónicos, en apariencia más simples, implica un desafío cognitivo complejo para los niños pequeños”; lo que me lleva a interpretar que dentro de un proceso evolutivo

estable del preescolar debe detectar y comprender la relación simbólica, que sería la capacidad del niño para representar objetos ausentes a través del uso de símbolos y signos.

El buen desarrollo de la función simbólica, es fundamental en el niño preescolar para dar paso a la enseñanza sistematizada en la escuela. Al promover el desarrollo de la función simbólica se favorece también al proceso de otras funciones psicológicas como: la actividad verbal, la lectura, la escritura, el desarrollo del pensamiento conceptual y el pensamiento matemático elemental primordial; las que eran consideradas por Vigotsky como las capacidades superiores y para Piaget las capacidades operacionales, esto favorece para el desempeño de la actividad escolar.

El niño a esta edad, trata de conquistar al adulto con sus habilidades, destrezas y simpatía. Se comporta como un ser consciente de sí mismo mostrando una personalidad estable, trata de imitar al adulto en el contexto donde el ejecuta sus actividades para llegar a ser como él. “Esta etapa es un momento crucial para el niño: se produce la toma de “conciencia de sí mismo”; esto puede reconocerse en el uso de los pronombres personales (yo). Su personalidad actúa en función de dos mecanismos: uno subjetivo, basado en el conocimiento y la valoración de sí mismo (expectativas propias, autoconcepto) y otro objetivo, basado en el conocimiento y la valoración que los demás hacen de él (expectativas ajenas), su rol e interdependencia.” (Hernandez, 2006)

Para Moyles, (1999) la actividad fundamental del niño es el juego, a través de este el niño llega a comprender el mundo de los adultos. Por lo tanto la función del adulto es estimular y orientar la comprensión de la realidad del niño a través del juego de roles.

“El juego es serio y es útil para el desarrollo del niño en la medida en que él es su propio protagonista, se mantiene diferenciado de las exigencias y limitaciones de la realidad externa, permite explorar el mundo de los mayores sin estar ellos presentes, se convierte en el terreno privilegiado de interacción con los iguales y en fuente de funcionamiento autónomo”. (Linaza & Maldonado, 1990, pág. 2)

En lo que respecta, a la sexualidad el niño comienza a ser consciente de su cuerpo y de las diferencias con el sexo opuesto. Su curiosidad aumenta debido al desarrollo del pensamiento y el habla. El niño que interactúa sanamente en un clima familiar apropiado obtiene valores de sociabilidad y se ve favorecido para el desarrollo cognitivo en el proceso del aprendizaje. Por lo tanto, en la educación del niño ejerce igual influencia la escuela como la familia puesto que en ambos contextos se propicia la educación e instrucción.

1.2) CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS.

La etapa preescolar se inicia alrededor de los dos años, con el surgimiento del desarrollo motor, cognitivo, lenguaje y conducta personal-Social. (Maganto & Cruz, 2003)

Esta guía recoge experiencias de autores como Portage (Giachetto, 2010), Metodológica de los Centro Infantiles del Buen Vivir da las siguientes características para los niños de 24 a 36 meses.

Es indispensable el poder estimular las diferentes áreas en los niños para así generar en el niño desarrollo y conocimiento de las mismas y aportar herramientas para su adaptabilidad. Marchesi y Coll (1999), dice que en el momento del nacimiento el bebé llega equipado con una serie de reflejos que no están bajo su control y que le permiten responder al medio, y posteriormente el niño adquiere mayores niveles de control sobre sus diferentes capacidades.

1.2.1) Desarrollo motor:

- Camina libremente con movimientos coordinados.
- Construye torres de cuatro cubos o más.

- Se lava y seca las manos
- Se pone alguna ropa o zapatos
- Sube escaleras tomado del pasamanos
- Ayuda en tareas simples de la casa
- Sube y baja escalones sin agarrarse, corre con independencia.
- Rueda pelotas con 1 o 2 manos hacia el frente y las recibe con buen atrape.
- Salta primero con dos y luego con un solo pie, avanza en cuadrúpeda por el piso.
- Trepa sobre obstáculos horizontales y desciende con apoyo de manos y pies.
- Realiza actividades de construcción
- Ensarta objetos siguiendo un orden dado en un modelo

1.2.2) Desarrollo cognitivo:

- Soluciona “problemas” sencillos que implican establecimiento de relaciones.
- Agrupa objetos por distintas cualidades (forma, color, tamaño) así como por sus combinaciones.
- Dibuja tres o más partes de la figura humana
- Realiza actividades “gráficas” como hacer trazos de líneas horizontales, verticales, círculos, cuadrados en un papel, arena o tierra húmeda, así como una silueta en representación de la figura humana, aunque sus trazos aún sean tenues y poco precisos.

- Utiliza “instrumentos” para resolver problemas que se le plantea (alcanzar con un palo un objeto llamativo), armar un rompecabezas de 4 a 6 piezas, aunque para ello necesite la ayuda de los adultos.

1.2.3) Conducta personal social:

- Participa activamente con alegría y satisfacción de juegos y competencias sencillas, en donde establece interrelaciones amistosas con otras niñas y niños.
- Dice por favor y gracias cuando se lo recuerda.
- Espera su turno
- Escoge cuando se lo pide.
- Pide permiso para jugar con un juguete que tiene otro niño.
- Siente y expresa satisfacción por lo que puede realizar y por la aprobación que reciben de los adultos, lo que a su vez despierta un mayor interés por lo que puede hacer.

1.2.4) Lenguaje:

- Su expresión verbal se amplía y establece sencillos diálogos con las personas más cercanas, comprender lo que ellos le dicen
- Comprende nombres concretos y órdenes simples
- Nombra objetos
- Puede narrar cuentos cortos y decir rimas y pequeñas poesías, con cierta expresividad. Pronuncia bien los sonidos de su lengua materna y llega a

utilizar algunos sustantivos, adjetivos, verbos y adverbios al construir oraciones de hasta cuatro palabras. Responde a preguntas que se le hace.

- Se interesa por las actividades que realiza y para satisfacer su curiosidad hace variadas preguntas.
- Se caracteriza por su actividad, expresividad y comunicación, especialmente con los adultos de su familia y de la comunidad más cercana. Busca a sus amiguitos para hacer acciones conjuntas, preferentemente jugar, puede ajustarse a algunas normas de comportamiento social, aunque todavía no posea la suficiente regulación para poder cumplirlas totalmente.
- En algunas ocasiones, muestra temor ante situaciones y personajes no habituales o fenómenos naturales. Manifiesta breves sentimientos de orgullo y vergüenza ante los elogios o reprobación del adulto.
- Manifiesta su deseo de independencia en expresiones como “yo solito”, realiza acciones como alimentarse por sí solo, vestirse con algunas prendas, bañarse y recoger sus juguetes, pero cuando necesita ayuda, la solicita.

(MIES & INFA, 2013)

1.3) LA CONDUCTA

El niño en edad preescolar aprende habilidades sociales esenciales para jugar y relacionarse con otros niños e ir incrementando su capacidad de cooperación con las personas de su alrededor. Es habitual en un pequeño grupo de niños preescolares observar a un niño dominante que manda a los demás sin que los otros niños pongan resistencia. Es normal que los niños en edad preescolar pongan a prueba sus límites

físicos, comportamentales y emocionales. Es fundamental que tengan un entorno seguro y organizado para que puedan explorar y cumplir sus nuevos retos. Sin olvidarse, que estos niños necesitan límites bien definidos. El niño debe mostrar iniciativa, curiosidad, deseo de explorar y expresarse sin sentirse inhibido.

En este periodo, los niños en edad preescolar son inquietos y pueden caer en situaciones riesgosas con facilidad. Por eso es de esencial importancia, la supervisión de los padres en esta etapa.

Según Shaffler, (2002) menciona que durante la primera infancia se presentan tendencias de la conducta social, entre las más significativas que son planteadas por este autor son:

1. **Las tendencias de dependencias:** esta tendencia está determinada por la búsqueda de ayuda, el contacto físico, la proximidad, la atención y el reconocimiento del otro, siendo uno de los factores fundamentales para la interacción y socialización con otros niños.
2. **Tendencia de independencia:** en la edad preescolar los niños se sienten motivados a actuar de una manera independiente como en tomar iniciativas, superar obstáculos, persistencia, y querer realizar las cosas por sí mismos.
3. **Las tendencias agresivas:** al principio de la niñez la agresividad presenta un marcado predominio dentro de los comportamientos sociales.

1.4) PROBLEMAS DE CONDUCTA

Para Herber, M. (2006), los niños pueden presentar conductas molestas y disruptivas, sin afectar de una manera grave en sus vidas. Cuando un niño presenta estos comportamientos de una manera frecuente puede dificultar la adaptación en su medio escolar, familiar y social, afectando su desarrollo psicológico.

Los tipos de problemas más frecuentes que se presentan en los niños son: la desobediencia, la conducta agresiva, falta de atención, hiperactividad, problemas de atención con hiperactividad y problemas de relación entre compañeros.

1.4.1) Las conductas de desobediencia

Se podría definir la conducta de desobediencia como la negativa a realizar una orden dada por otra persona en un plazo de 5 a 20 segundos. Los episodios de desobediencia forman parte de un desarrollo normal del niño. (Achenback y Edelbrock, 1981). La desobediencia puede estar acompañado de otras conductas disruptivas como las rabietas o el negativismo.

- **Las rabietas:** son expresiones reactivas con las que los niños muestran su desacuerdo con alguna situación concreta y durante la interacción con el adulto. Las rabietas son normales en el periodo de desarrollo evolutivo entre los 2 y 3 años de edad, desapareciendo a la edad de 5 y 6 años de edad.

A continuación se presentan algunas pautas a seguir en caso de rabietas puntuales:

- Cuando se produce la rabietta retirarle la atención inmediatamente
 - Actuar con firmeza negando el capricho o demanda
 - No gritar, ni reñir
 - Se puede utilizar la técnica de tiempo fuera, en la que el niño recibe una consecuencia negativa por su acto
 - Luego de que el niño este calmado, el adulto debe hablar con él.
- (Banús, S.,2012)

- **El niño negativista:** es el que presenta una conducta oposicionista no agresiva. Se trata del niño que siempre dice que no. El negativismo es una forma de llamar la atención del adulto. Una de las causas de este comportamiento, es que ha aprendido a negarse a colaborar o desobedecer órdenes para evitar realizar las tareas que no son de su agrado.

Las conductas infantiles inadecuadas pueden presentar cierta normalidad en determinadas etapas del ciclo vital. Cuando esta conducta se vuelve frecuente, podremos hablar de problemas conductuales, para prevenir o corregir estos problemas graves en el futuro, es necesaria una intervención clínica.

1.4.2) La conducta agresiva.- al igual que la desobediencia también existe una conducta agresiva adaptativa durante la primera infancia, finalmente tiende a desaparecer a los 5 años de edad. Los niños van perdiendo su comportamiento agresivo, y aprenden nuevos modelos de expresión, a través de la socialización.

La conducta agresiva se caracteriza por la crueldad, desafío a la autoridad, irresponsabilidad, destructividad y agresiones físicas hacia los demás. Cuando esta conducta se intensifica estamos hablando de un trastorno negativista desafiante. (Martinez & Franco, 2008)

- **Etapas del desarrollo de la agresividad**

De acuerdo con cerezo (2009) se plantean las siguientes etapas del desarrollo de la agresividad:

- Edad tipo objeto – hasta los 6 años : rabietas, lloros, pataletas
- Necesidad asumir realidad - de 6 a 14 años: enfado, fastidio, disgusto, envidia, celos, censura.
- Ganar, competir, dominar sentimientos – más de 14 años

Otro tipo de agresividad en la niñez es el maltrato entre iguales: el bullying, una forma de maltrato intencionado y persistente de un compañero a otro. (Cerezo, 2009)

1.4.3) Origen de estas conductas Disruptivas.

Desde los diferentes modelos de la psicología del desarrollo (Bronfenbrenner y Morris, 1998) la adaptabilidad de una persona a su medio, se debe a la interacción de múltiples variables internas del organismo y el ambiente. Cuando el individuo no puede afrontar ni enfrentar con efectividad los retos del ambiente se genera una pobreza de ajuste, lo que conduce a que el sujeto genere un estado funcional desadaptativo para con su entorno.

Delimitar una “conducta disruptiva” no es una tarea fácil, todo obedecerá a los objetivos que cada uno se pueda plantear. Todo un esquema de comportamientos que para una familia son adaptativos para otra pueden ser incómodos. Es por eso que se puede definir a la conducta disruptiva como todo actuar que genere inquietud, alarma o sea amenazante con el fin de atemorizar, confundir o incomodar a las personas, o pretende alterar alguna condición con el objeto de impedir sus funciones. (Sen, 2013)

1.4.3.1 Causas internas:

Factores genéticos, y orgánicos, el llamado temperamento, donde hay la hipótesis de que la parte neurológica o neuropsicológica del niño como factor interno tiene cierta implicación en el desarrollo de estas conductas. También se pone en manifiesto las conductas disruptivas a través del tiempo es decir de generación en generación, hijos de padres con problemas de conducta presentan también problemas de conducta, podemos ver aquí una gran discrepancia entre diversos autores poniendo en manifiesto la herencia vs el ambiente.

1.4.3.2 Causas externas:

Los vínculos emocionales con los miembros de la familia: es importante que los lazos afectivos estén bien establecidos en las edades tempranas, para así evitar estas conductas disruptivas. El ajuste emocional y social de los padres: es muy importante que los padres no posean ningún trastorno mental para la crianza de sus hijos. Los modelos: los primeros modelos a seguir en edades tempranas son los padres y hermanos, por eso es muy importante que el entorno del niño este bien estructurado y organizado. Por otro lado podemos mencionar también las deficiencias en los modelos de crianza o por interacción negativa con los padres.

1.4.3.3 Condiciones ambientales:

Nivel socio-económico, entorno social y nivel cultural. Como las relaciones con pares por ejemplo si estos presentan problemas de agresividad el niño se verán influenciado por estas conductas, aquí podemos encontrar también

experiencias negativas por las que el niño ha pasado que generan en él conductas disruptivas, generando rechazo de compañeros y personas cercanas desarrollando malas relaciones.

Hay que tener en cuenta que no existe un solo factor determinante de este tipo de conductas y si bien los hijos tienen predisposición a cierta conducta es importante la guía de los padres para aprender a manejarlo de mejor manera.

(Montiel Nava, 2006)

CAPITULO II

2) LA FAMILIA.

“Una transformación de la Estructura Familiar permitirá alguna posibilidad de cambio”
Salvador Minuchin.

2.1) GENERALIDADES.

La unidad de una sociedad es la familia, es donde cada uno de los miembros desde temprana edad adquieren conocimientos, experimentan emociones y marcan sus esquemas de conducta para el resto de su vida. Generalmente cada integrante puede encontrar ahí refugio, comprensión y protección. Existen lazos significativos entre la familia y cada uno de sus miembros, de donde cuando uno de ellos se altera por diferentes circunstancias indispensablemente el otro se altera.

La Organización Mundial de la Salud define a la familia como “Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.”

Autores tales como (Minuchin, Colapinto, & Minuchin, 2000) conceptualizan a la familia como un grupo primario de individuos, que está conformada por la pareja y su descendencia de donde sus miembros se encuentran interrelacionados generando vínculos y una historia. La familia pasa por diversas etapas de desarrollo las cuales

serán influenciadas por situaciones culturales, sociales, políticas, etc., de donde vivirán cambios para poder adaptarse a los diferentes estímulos. “La familia es justamente la sustancia viva que conecta al adolescente con el mundo y transforma al niño en adulto”. (Estrada, 2012)

La familia está en constante interacción con diferentes sistemas los cuales direccionan su dinámica y desarrollo de manera positiva o negativa. La familia es un sistema integrador de varios subsistemas en funcionamiento interno e intervenido por una diversidad de sistemas externos. (Nichols & Everett, 1986).

Para poder generar una organización y estabilidad en el sistema es necesario realizar la introducción de normas y reglas. Claude Levi Strauss (1985), considera que la ausencia de reglas, traza la diferencia entre un proceso natural y un proceso cultural.

La familia es donde cultivaremos los valores y es donde se origina una transmisión cultural, la cual será asimilada o discriminada por cada sistema. La localización territorial de cada sistema es un factor determinante para la organización y dinámica a desempeñar por cada uno de sus miembros. Es importante que se generen vínculos efectivos entre padres e hijos para fomentar una buena estabilidad, Jhon Bowlby (1980) con su teoría del apego nos trasmite que formar vínculos afectivos estrechos con sus padres (cuidadores), proporciona la seguridad emocional que es indispensable para un buen desarrollo de la personalidad.

El desarrollo estable de los miembros se considera que está centrado en la familia nuclear, pero actualmente es una estructura que está perdiendo posición en la sociedad.

En las familias constituidas por padrastro o madrastra pueden llegarse a confundir las etapas del ciclo vital. Una pareja cuando recién inicia, puede estar pasando etapa de noviazgo o una etapa de romance pero al mismo tiempo va tener que ocuparse de la relación de los hijos adolescentes habidos de compromisos anteriores. De la misma manera la adaptabilidad para asimilar o ignorar las diferentes definiciones de las sociedades modernas, con relación a las estructuras modernas de familias, es probable que algunas personas adultas deseen vivir con una estructura de familia monoparental, o estar en una común, pero este tipo de elección no estar a elección de los hijos. (Castañeda & Niño, 2005, pág. 39)

2.2) MODELO ESTRUCTURAL SISTEMICO

La estructura familiar para Salvador Minuchin (1997) “es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”. La familia para este autor opera en base a pautas transaccionales las mismas que mediante procesos repetitivos generan pautas para identificar de qué manera, cómo y con quien relacionarse, estas pautas son los puntales del sistema.

Las conductas de los miembros de la familia son reguladas por las pautas transaccionales mediante dos sistemas de coacción (Minuchin, 1997). El primer

sistema hace relación a reglas universales de una organización familiar (jerarquía familiar y complementariedad de las funciones). Por otro lado el segundo sistema es idiosincrático, hace referencia a las diferentes expectativas de los integrantes de la familia que se generan a través de las negociaciones explícitas e implícitas.

Simón, (2002) plantea que solo en las interacciones del sistema se observa la estructura y las reglas que son válidas para este sistema interactuar. “ La estructura familiar debe ser viable para poder desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia”. (Minuchin & Fishman, 2007, pág. 25)

Chinchilla (2015) destaca el aporte de Minuchin (1979), enfatizando que un sistema familiar que opera dentro de contextos sociales específicos tiene tres componentes:

- a. La estructura de la familia es la de un sistema socio cultural abierto en procesos de transformación.
- b. La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen reestructuración.
- c. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que se mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

En la familia los integrantes no suelen verse como parte de la estructura familiar sino más bien se consideran como unidad, se ven como un todo en relación con otras

unidades. Debería reconocerse que un miembro presenta fuerte simbiosis con su familia, donde responde a las tensiones que afecte a la familia y a la vez la familia responde a los cambios de cada uno de sus miembros por medio de procesos de adaptación continuos.

Minuchin (1982) recalca que el modelo estructural, encara el proceso de feedback donde “la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción. Un miembro de una familia se adapta a un sistema social; sus acciones están regidas por las características del sistema y estas características influyen en los efectos de sus propias acciones”

La organización familiar, por lo tanto, se la pudiese visualizar para fines prácticos como un organismo vivo, que tiene que pasar por diferentes procesos de desarrollo y siendo direccionada por elementos como: jerarquías, alianzas, límites o fronteras. Las aportaciones de Bertalanffy, (1976) en la Teoría de los Sistemas, dice “todo organismo es un sistema, o sea, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas; de este modo, se puede considerar a la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí, que se regula a través de reglas y que desempeña funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior.”

2.3) ETAPAS DEL CICLO VITAL.

El modelo sistémico estructural contempla que el individuo atraviesa por 4 fases.

(Minuchin S. , 1982)

- Formación de la Pareja.
- Familia con hijos pequeños.
- Familias con hijos de edad escolar y adolescentes.
- Familias con hijos adultos.

El ciclo vital de la familia es dinámico, en cada etapa la familia buscara instaurar reglas y normas para poder presentar una adaptabilidad, pero si esa etapa no presenta la madurez adecuada y establecer reglas de convivencia se podrá pensar en un colapso del sistema.

2.4) SUBSISTEMA Y COMPOSICION FAMILIAR.

Se considera subsistema a la unión de miembros para desarrollar funciones, las cuales se forman por interés, generación, función o género., (Sanchez & Gutierrez, 2000)

La familia es un sistema diferenciado con jerarquía y que desempeña sus tareas a través de los subsistemas familiares básicos que son: el conyugal, el parental y el fraterno. El individuo para cada uno de estos desarrolla diferentes habilidades, grados de poder y manera de relacionarse, todo dependerá del rol que este desempeñando (Gracia & Misitu, 2005).

En conclusión, los subsistemas se van constituyendo mediante la reagrupación de varias formas, todo dependerá de las necesidades individuales y funcionales requeridas por el sistema. La vinculación entre los subsistemas puede formarse por generación, sexo, interés o función, donde cada individuo forma parte del subsistema con diferentes niveles de poder generando en el sistema lazos entre los padres, los hermanos, las mujeres, los hombres, etc.

2.5) TIPOS DE FAMILIAS.

Salvador Minuchin y Charles Fishman (1981) en su libro Técnicas de Terapia Familiar realizan una clasificación de diez tipos de familia.

- Familias Pas de Deux.
- Familias de tres generaciones.
- Familias con soporte.
- Familias Acordeón.
- Familias Cambiantes.
- Familias Huéspedes
- Familias con Padrastrros o Madrastras.
- Familias con un fantasma.
- Familias descontroladas.
- Familias Psicósomáticas.

Esta clasificación fue la base, pero debido a que la familia siempre está sujeta a continuos cambios y transformaciones, da paso para que nuevos autores puedan ir generando clasificaciones según los modos de vida de la sociedad actual.

En efecto, la estructura de familia tradicional conformado por el padre y la madre con hijos, pierde fuerza para dar espacio a nuevas tendencias de estructuras que hace unos treinta años atrás era reprochable para la sociedad como lo son las familias monoparentales, familias reconstituidas o familias que viven en cohabitación (Musitu, Herrero, Cantera, & Martínez, 2004)

Ruiz (2012) menciona a Hernández, donde señala que en la actualidad “familia no sólo es un grupo de personas que mantienen lazos consanguíneos o afines y que viven juntas durante un determinado intervalo de su vida, sino que también es una institución social que despliega una determinada ideología en la socialización de sus miembros”

Por otro lado; Marcela Campabadal (2001) en su libro “El niño con discapacidad y su entorno”, hace referencia a una categorización realizada por Virginia Salit clasificando a las familias en: Familias Nutridas y Familias Conflictivas, así:

- En las familias nutridas se demuestra afecto, existiendo calma pacífica, con fluidez y armonía en las relaciones interpersonales, haciendo sentir a sus integrantes a gusto con el contacto físico, teniendo la libertad de comunicar lo que sienten.

- En las familias conflictivas el clima es de carencia afectiva, un entorno tenso, donde la gente manifiesta sufrimiento y sus integrantes parecen permanecer juntos por obligación.

La realidad actual nos permite expresar que “ya no hay una única manera de conformar familia” (Eroles, 2004), pero a la hora de conceptualizar las nuevas configuraciones familiares, nosotros utilizaremos la clasificación realizada por Musitu & Cava (2001).

- Familia Nuclear: formada por los dos cónyuges unidos en matrimonio con o sin hijos.
- Cohabitación: convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio. Se denomina también “pareja de hecho”. En ocasiones, este modelo de convivencia se plantea como una etapa de transición previa al matrimonio.
- Hogares unipersonales: compuestos por una sola persona, normalmente jóvenes solteros, adultos separados o divorciados y ancianos viudos.
- Familias monoparentales: constituida por un padre o una madre que no vive en pareja (casada o que cohabita). Vive, al menos, con un hijo menor de dieciocho años.

- Familias reconstituidas: familia que, después de una separación, divorcio o muerte del cónyuge, se rehace con el padre o la madre que tiene a su cargo los hijos y el nuevo cónyuge.

2.6) FAMILIA MONOPARENTAL

Iniciaremos citando el concepto de monoparentalidad del autor Madruga (2006) en el que dice, que una familia monoparental es donde uno de sus padres ya sea mamá o papá están al cuidado de los hijos. Existe desacuerdo sobre la edad de los hijos si deben estos ser menores o no de 18 años. La familia monoparental es una construcción social que puede variar de acuerdo al tiempo y el lugar.

Los cambios que va experimenta la sociedad son realmente significativos esto genera modificaciones en los modelos de familia, hay un gran crecimiento de familias monoparentales, aunque deberíamos llamarles monomarentales porque la mayoría están encabezadas por mujeres.

Según la información publicada por UNICEF como resultado de la encuesta nacional de la niñez y adolescencia de la sociedad civil (2010) las estructuras familiares de la infancia no han sufrido grandes transformaciones en la última década pero uno de cada diez niños viven en hogares monoparentales donde se presenta más ausencia de la figura paterna que materna, y la principal causa es la separación/divorcio; añadiendo que el cuidado diario en sus primeros años de vida -donde es considerado

una etapa vital de desarrollo físico, moral y afectivo- lo hace la madre. (UNICEF, 2010)

La monoparentalidad puede variar de circunstancias diversas, y puede ser voluntaria o de situaciones no deseadas. Sus causas pueden ser el fallecimiento de uno de los progenitores, el divorcio o la separación de estos, el nacimiento de un niño con una madre sin pareja, el rechazo del otro progenitor para asumir responsabilidades sobre la crianza de su hijo, o la adopción de una persona sola.

Las familias monoparentales pueden tener mayor índice de pobreza y dificultades de adaptabilidad de sus integrantes a la sociedad, el intentar mediar por parte del cuidador primario el tiempo, entre las funciones laborales y responsabilidad en el hogar puede llegar a ocasionar, por un lado un abandono hacia los niños y por el otro lado descuidos laborales.

La monoparentalidad no es un sistema estructural reciente, pero sus problemas actuales e implicaciones sociales, son en diferente aspecto, nuevos. (Flaquer, Almeda, & Lara, 2006).

2.7) CONSECUENCIAS O DIFICULTADES DE PERTENECER A UNA FAMILIA MONOPARENTAL.

Debido a un divorcio, por haber nacido de una madre soltera o por distintas circunstancias, existen varios niños hoy en día creciendo dentro de una familia monoparental a cargo de su madre.

Se presume que la ausencia del padre puede afectar en el desempeño escolar del niño, según un estudio realizado por Biller (1974) donde comparó dos grupos de escolares, uno de familias nucleares y otro de familias monoparentales al cuidado de la madre, concluyendo que existe un mayor riesgo de déficit de atención y/o hiperactividad en niños con ausencia del padre.

También se cree que estos niños durante la adolescencia podrían llegar a cometer actos ilícitos incluso convertirse en delincuentes juveniles, según varios estudios existe una fuerte relación entre la ausencia de la figura paterna y la violencia, siendo mayor el número en varones. Se considera que el padre es quien ayuda en la regulación de los impulsos que son necesarios para un correcto funcionamiento dentro de las reglas sociales como la ley. (Chouhy, 2000)

Otro factor importante a considerar es el económico ya que solo la madre, en este caso sería la responsable de generar ingresos para el hogar, donde el factor de riesgo sería la pobreza que puede influir de manera negativa en los niños ya que aumenta la

probabilidad de ser privados de necesidades básicas, además de desventajas educativas llegando incluso al fracaso o deserción escolar. (Alcalde Campos & Pavéz, 2013)

Por otro lado el hecho de pertenecer a una familia monoparental puede verse afectada por la relación que puedan tener los padres entre si y de estos con sus hijos, en caso de que se trate de un divorcio se ha visto que esto causa gran impacto en los hijos causándoles problemas emocionales y de conducta. La mayor parte de los niños puede presentar cólera, resentimiento, desobediencia, ansiedad y depresión. Algunos autores dicen que estos síntomas pueden ser transitorios o que son mínimos en comparación con hijos de familias nucleares. (Gomez-Maqueo & Heredia, 2014)

CAPITULO III

3) DETECTAR LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE FAMILIAS MONOPARENTALES DE LOS CIBV

3.1) INTRODUCCION:

Las familias son sistemas prioritarios de sociabilización y de educación para el niño/a contribuyendo con grandes aportes para su desarrollo durante la infancia. La seguridad, estabilidad y compromiso que los cuidadores brinden a sus niños son necesarios para garantizar un óptimo desarrollo emocional. Para Bustelo, (2007) El actual entorno económico y social, la presión que se ejerce sobre la familia para garantizar su reproducción y sobrevivencia es cada vez más fuerte. (UNICEF, 2010)

3.2) METODOLOGIA.

Esta investigación es de tipo transversal descriptivo. Para el análisis de los datos se utilizó estadística analítica descriptiva.

El trabajo se lo realizó en los CIBV del Valle, Ricaurte y Sayausi con un total de 169 entre niños y niñas, se realizó una convocatoria a una reunión a los padres de familia, se explicó en qué consistía el estudio y previa autorización se llevó a cabo la

aplicación del cuestionario CBCL a los padres de familia, luego se calificaron los cuestionarios y tabulación de datos con el programa Excel y análisis de resultados.

Tabla 1: POBLACIÓN

CIBV	N°	%
Nuestro Hogar	22	13%
Bellavista	28	28%
Pitufos	119	70%

En la tabla podemos ver que en Ricaurte (Nuestro hogar) se evaluó a 22 niños que corresponden el 13%, en Sayausí Bellavista 28 niños equivalente al 28% y en el Valle (los Pitufos) 119 niños igual a un 70%

Entre estos resultados podemos acotar que la mayoría son niños con un total de 93 y 76 son niñas, del total 51 son familias monoparentales y 118 son familias nucleares.

3.3) MATERIALES.

Para la investigación se aplicó el cuestionario CBCL de 1 a 5 años para detectar las conductas en los niños que cumple con todos los criterios de validación requeridos en este estudio y una ficha sociodemográfica para identificar el tipo de familia

3.4) Cuestionario de Comportamiento Infantil (Child Behavior Checklist CBCL)

EL autor del cuestionario es Achenbach en la versión del 2000; el objetivo del cuestionario es registrar en forma estandarizada la descripción que los padres (o maestro) hacen de la conducta del niño. Consta de 118 ítems de problemas de conducta y 20 de habilidad social. El CBCL puede ser completado por padres que tengan al menos el quinto grado de educación básica.

La forma de CBCL para los padres consta de dos partes: la primera sobre habilidades sociales y la segunda sobre problemas de conducta.

La primera parte sobre habilidades sociales consta de tres escalas:

- Escala de Actividades.
- Escala Escolar.
- Escala Social.

La segunda parte sobre problemas de conductas está formada por 118 ítems con 3 alternativas de respuesta, valorados en una escala de 0 a 2 puntos, donde 0= síntoma ausente (no es cierto), 1= ocurre algunas veces (en cierta manera, algunas veces) y 2= síntoma presente todo el tiempo (muy cierto o cierto a menudo). Una puntuación alta, significa un grado alto de problemas de conducta.

La segunda parte sobre problemas de conducta consta de ocho escalas:

- Agresividad.
- Retraimiento/Ansiedad.
- Problemas de Sueño.
- Depresión.
- Destructividad.
- Somatizaciones.

Aquí se registran los síntomas ocurridos en los 6 últimos meses, cuando el puntaje normalizado es superior a 70 se puede decir que el sujeto presenta un indicador clínico. (Nancy, 2009) (Achenbach, 2000)

4) ANALISIS Y RESULTADOS.

A continuación se describirán las tablas correspondientes a los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario CBCL de Achenbach, para identificar los problemas de comportamiento en niños de 2 a 5 años de edad de los CIVB.

4.1) RESULTADOS OBTENIDOS.

POBLACION Y MUESTRA

El universo está constituido por todos los niños entre 2 a 5 años registrados en el mes de Enero del 2015 en las listas de los CIVB del Valle, Sayausi y Ricaurte. La muestra inicial estuvo constituida por 220 niños de los cuales 36 no asistieron a la entrevista y 15 no desearon conformar parte del estudio, quedando la muestra actual con 169 niños.

GRÁFICO N° 1 Población

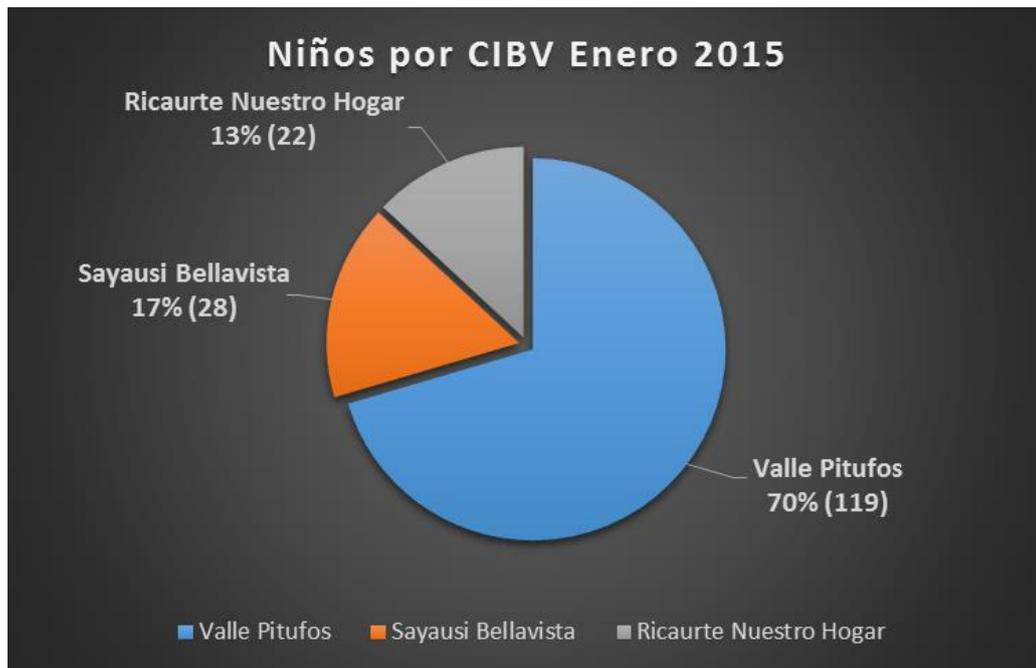
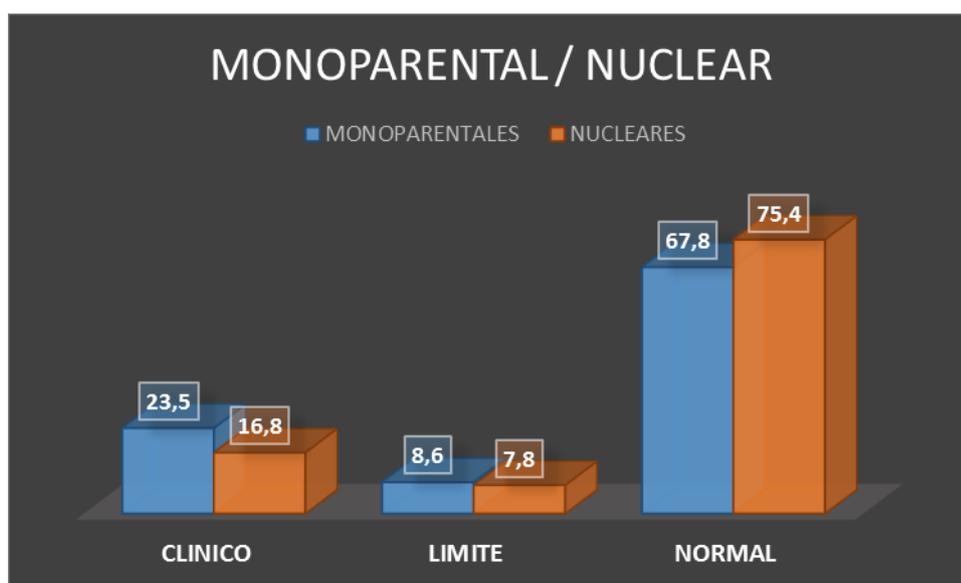


Tabla 2 RESULTADOS DE CONDUCTAS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO.

TEST CBCL						
	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	Clínico	Limite	Normal	Clínico	Limite	Normal
Problemas Afectivos	44	12	113	26,0	7,1	66,9
Problemas de Ansiedad	40	13	116	23,7	7,7	68,6
Problemas Somáticos	55	26	88	32,5	15,4	52,1
Problemas Déficit de Atención e Hiperactividad	7	9	153	4,1	5,3	90,5
Problemas Oposicionista desafiante	13	8	148	7,7	4,7	87,6
Total	159	68	618	18,8	8,0	73,1

En esta tabla podemos ver que de los resultados obtenidos un 33,1% de los niños presentan problemas afectivos siendo el 26,0% de intervención psicoterapéutica. Un 31,4% de los niños presentan problemas ansiosos siendo el 23,7% de intervención psicoterapéutica. Un 47,9% de los niños presentan problemas somáticos de esos el 32,5% de intervención psicoterapéutica. Un 9,4% de los niños presentan mayor dificultades de Déficit de Atención e Hiperactividad de los mismos el 4,1% de intervención psicoterapéutica. Un 12,4% de los niños presentan Problemas Oposicionista desafiante de esos el 7,7% de intervención psicoterapéutica.

GRÁFICO N° 2 Tipos de familias de acuerdo a las dificultades conductuales de los niños



En el gráfico anterior podemos observar que un 23,5% de los niños pertenecientes a familias monoparentales presentan comportamientos de intervención clínica, mientras que 16,8% son de familias nucleares. Un 8,6% de los niños pertenecientes a familias monoparentales presentan un comportamiento límite, y un 7,8% son de

familias nucleares. Un 67,8% de niños de familias monoparentales se encuentran con comportamientos en el rango normal, mientras que el 75,4% son de familias nucleares.

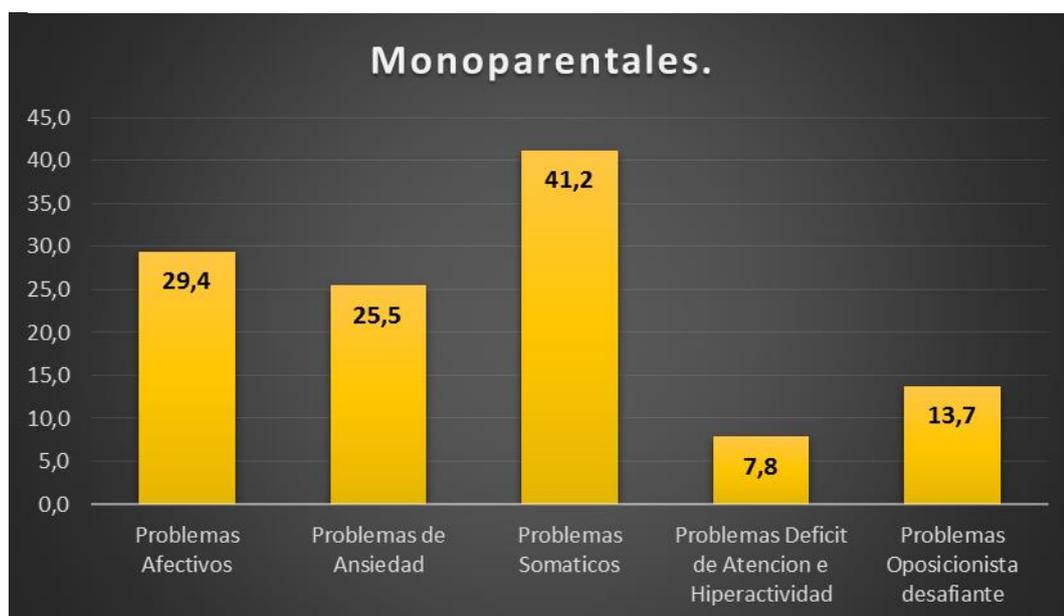
Tabla 3 PROBLEMA/ EDAD

PROBLEMA / EDAD						
	CLINICO		LIMITE		NORMAL	
	24 - 36	37 - 48	24 - 36	37 - 48	24 - 36	37 - 48
PROBLEMAS AFECTIVOS	68,2%	31,8%	75,0%	25,0%	70,8%	29,2%
PROBLEMAS ANSIEDAD	70,0%	30,0%	76,9%	23,1%	69,8%	30,2%
PROBLEMAS SOMATIOS	70,9%	29,1%	69,2%	30,8%	70,5%	29,5%
PROBLEMAS DEFICIT DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD	57,1%	42,9%	77,8%	22,2%	70,6%	29,4%
PROBLEMAS OPOSICIONISTA DESAFIANTE	84,6%	15,4%	87,5%	12,5%	68,2%	31,8%

En la tabla 2 podemos observar que el 68,2% de los niños menores a 36 meses presentan problemas afectivos, y el 31,8% corresponde a los niños más grandes. El 70,0% de los niños menores a 36 meses presentan problemas de ansiedad, y el 30,0% corresponde a niños mayores. El 70,9% de los niños menores a 36 meses presentan problemas somáticos, y el 29,1% corresponde a niños mayores. El 57,1% de los niños menores a 36 meses presentan problemas de déficit de atención e hiperactividad, y el 42,9% corresponde a niños mayores. El 86,6% de los niños menores a 36 meses presentan problemas desafiante opositor, y el 15,4% corresponde a niños mayores.

Con los resultados obtenidos, podemos interpretar mediante el cuadro que los niños entre 24 a 36 meses presentan valores más elevados en todas las áreas – en algunos la relación es 2:1- en todos los diferentes comportamientos en relación de los niños de 37 a 48 meses.

GRÁFICO N° 3 Conductas en Familias Monoparentales



En las familias monoparentales existe una mayor prevalencia en problemas somáticos con un 41,2%, seguido por los problemas afectivos con 29,4%, los de ansiedad en un 25,5%, los de Oposicionista Desafiante en un 13,7% y los de déficit de atención e hiperactividad en un 7.8%

Tabla 4 PROBLEMAS DE INTERVENCION CLINICA

PROBLEMAS DE INTERVENCION CLINICA.				
	MONOPARENTAL		NUCLEAR.	
	No.= 51		No. 118	
	No.	%	No.	%
Problemas Afectivos	15	29,4	29	24,6
Problemas de Ansiedad	13	25,5	27	22,9
Problemas Somáticos	21	41,2	34	28,8
Problemas Déficit de Atención e Hiperactividad	4	7,8	3	2,5
Problemas Oposicionista desafiante	7	13,7	6	5,1

En la tabla número 3 podemos identificar que los porcentajes de problemas clínicos que presentan los niños pertenecientes a familias monoparentales son superiores a los que presentan los pertenecientes a familias nucleares. Los principales problemas son somáticos, afectivos y ansiedad.

4.2) CONCLUSIONES.

Como conclusión al terminar este trabajo podemos decir que los niños y niñas que pertenecen a familias monoparentales si presentan mayor cantidad de problemas de

conducta, lo que nos sugiere la importancia de la figura paterna y la prevención de conductas inapropiadas para un desarrollo más óptimo en el niño.

- El 70% de los niños en edad preescolar de los CIBV son criados dentro de un hogar nuclear, mientras que el 30% son parte de familias monoparentales.
- Los resultados del test CBCL revelan que los comportamientos más significativos en los niños son los problemas somáticos en un 47,9%, que hace referencia a situaciones en la que el niño presenta síntomas físicos o disfuncionales, afectivo en un 33,2% donde explicamos situaciones de alteración en el ánimo ocasionando malestar al niño y su entorno y ansiosos en un 31,4%.
- Los problemas de comportamiento se reflejan más en niños comprendidos entre 24 a 36 meses que en niños de 37 a 48 meses casi en una relación de dos a uno.
- Se identifica también que la prevalencia de comportamientos en niños de familia monoparental son mayor que en familia nuclear; de donde los problemas somáticos reflejan en un 41,2 % mientras que los nucleares en un 28,8%, los problemas afectivos en un 29,4% y los nucleares 24,6%, los problemas ansiedad un 25,5% y los nucleares en un 22,9%; los problemas de déficit de atención e hiperactividad en un 7,8% para los monoparentales y un 2,5% para los nucleares y los problemas oposicionista desafiante en un 13,7% para los monoparentales y un 5,3% para los nucleares.

- Se considera que este tipo de problemas se desencadenan con más frecuencia en familias monoparentales debido a la estructura del sistema y debilitamiento de normas y reglas en el ciclo vital.
- El término que se utiliza en el estudio con relación a la hiperactividad es solo un referente de una conducta manifiesta en el niño, como falta de atención, intranquilidad, no puede estar quieto, se involucra en todas partes, se le pide a los lectores no tomar esta terminología como el TDAH (Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad) ya que para poder realizar un diagnóstico sobre el trastorno se necesita de estudios y procedimientos más especializados.

4.3) RECOMENDACIONES.

- Se sugiere dar seguimiento mediante trabajo multidisciplinario entre padres, tutores y profesionales a los niños para ver evolución en sintomatología.
- Se puede ampliar la investigación hacia otros CIBV con el fin de obtener resultados más sensibles.
- Este estudio puede ser utilizado, con el objetivo de que los tutores responsables sepan manejar problemas de conductas futuros en niños provenientes de familias monoparentales.

- Se recomienda estructurar talleres para padres con el objetivo de brindar herramientas de comunicación con los preescolares y así poder intervenir de manera eficaz en los procesos biopsicosociales.
- Debido a la escasa información que existe en nuestra ciudad sobre esta problemática este trabajo brinda la apertura a nuevos estudios.
- Se recomienda aplicar las técnicas expuestas en la guía a los niños de manera de prevención e intervención para mejorar conductas.

CAPITULO IV

5) GUIA PARA PROBLEMAS DE ANSIEDAD, AFECTIVOS Y SOMATICOS EN NIÑOS DE PREESCOLAR DE LOS CIBV.

5.1) INTRODUCCION

Los problemas de conducta se presentan a lo largo del desarrollo de los niños , para reducir estos problemas es importante evitar que estos problemas sigan desarrollándose, según estudios realizados para la prevención de adolescentes con problemas de conducta sugieren la intervención durante la infancia, ya que de esta manera los niños pueden aprender habilidades para abordar distintos problemas y mejorar la interacción, lo que nos indica que es importante la manera de interactuar de los padres con sus hijos y la importancia de corregir su comportamiento, el ambiente conflictivo es un factor de riesgo en el desarrollo de problemas de conducta en los niños por lo que es necesaria su intervención a tiempo. (Foster, Brennan, Biglan, Wang, & al-Gaith, 2002)

5.2) TRASTORNOS AFECTIVOS:

Estos trastornos tienen que ver básicamente con la experiencia afectiva y la expresión de la conducta del niño, aquí se incluyen también los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y mixto de la expresividad emocional.

El diagnóstico para un trastorno afectivo se debe realizar cuando este afecta el funcionamiento del niño en otras áreas y con otras personas. (National Center for Clinical Infant Programs, 1998)

5.2.1) Trastornos por ansiedad de la infancia y la niñez temprana.

Un diagnóstico para un trastorno de ansiedad se debe realizar cuando la ansiedad o el miedo son excesivos en el niño y no parte de su desarrollo normal del niño, por uno de los siguientes fenómenos:

- Miedos múltiples o específicos
- Excesiva ansiedad de separación o ante un extraño
- Episodios de ansiedad excesiva o pánico sin un precipitante claro.
- Inhibición o constricción excesiva de la conducta debido a ansiedad.
- Ansiedad severa asociada a una deficiencia en el desarrollo de las funciones cognitivas básicas, esperables entre los 2 y 4 años: control de impulsos, regulación de la estabilidad del estado de ánimo, prueba de realidad, emergencia de un sentido coherente del sí mismo.
- Agitación, llantos, gritos incontrolables, perturbaciones del dormir, comer, imprudencia y otras manifestaciones conductuales de ansiedad.

5.2.2) Trastorno del estado de ánimo: Reacción de duelo/aflicción prolongados.

La pérdida de un cuidador primario como la madre es siempre un problema grave pues la mayoría de niños carecen de recursos emocionales y cognitivos para lidiar con la pérdida y es muy probable que el otro adulto también este en su propio proceso de duelo, por lo cual no podrá brindar apoyo al niño.

La secuencia es descrita como **protesta – desesperación – desinterés**

Síntomas:

- El niño llora y llama al progenitor ausente, rechazando los intentos de consuelo de otras personas.
- Retraimiento emocional con letargo , expresión facial de tristeza
- Desorganización en la alimentación y el dormir
- Regresión o pérdida de hitos evolutivos ya alcanzados
- Estrechamiento de la gama afectiva
- Desinterés
- Es posible que el niño se vuelva sensible a cualquier cosa que le recuerde al cuidador.

(National Center for Clinical Infant Programs, 1998)

5.2.3) Trastorno del estado de ánimo: Depresión de la infancia y la niñez temprana

Presenta estado de ánimo deprimido o irritable, interés y placer disminuido o ambos.

Manifestaciones específicas: capacidad reducida para protestar, excesivo gimoteo, reducción de la interacción social, perturbaciones en el dormir y comer, pérdida o estancamiento en el peso. (National Center for Clinical Infant Programs, 1998)

Trastorno de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. (APA, 2014)

5.2.4) Trastorno mixto de la expresividad emocional

Dificultad para expresar emociones adecuadas a su nivel del desarrollo.

Manifestaciones:

- Ausencia o casi ausencia de afectos esperables para su nivel de desarrollo: placer, displacer, alegría, cólera, miedo, curiosidad, vergüenza, tristeza, excitación, envidia, celos, empatía, orgullo.
- Gama restringida de expresiones emocionales, inhibición afectiva, poca capacidad para ser asertivo o explorar, negativista.
- Intensidad perturbada de la expresión emocional y excesiva, modulación pobre de la expresión afectiva, apatía e imperturbabilidad.
- Afecto inapropiado.

5.2.5) Trastorno de síntomas somáticos

TRASTORNOS DE LA REGULACIÓN

Se caracteriza por dificultades para regular procesos conductuales, fisiológicos, sensoriales y de la atención, motores o afectivos para organizar un estado afectivamente positivo, calmo y alerta. Se los suele describir como niños “*excesivamente sensibles*”, “*de temperamento difícil*”, “*demasiado reactivos*”.

El diagnóstico incluye una dificultad sensorial, motriz o de procesamiento junto con uno o más síntomas conductuales.

- Reactividad excesiva o insuficiente a sonidos fuertes.

- Reactividad excesiva o insuficiente a luces brillantes o a imágenes visuales nuevas o impactantes.
- Defensividad táctil excesiva al vestirse, bañarse, frotación, evitación del contacto con texturas y/o hipersensibilidad oral (textura de comestibles)
- Reactividad insuficiente al contacto o dolor
- Inseguridad gravitacional: reactividad excesiva o insuficiente a posturas normales como reacciones de equilibrio.
- Reactividad excesiva o insuficiente a olores.
- Reactividad excesiva o insuficiente a la temperatura.
- Tono muscular y estabilidad muscular pobres.
- Déficit cualitativos para la planificación motriz.
- Déficit cualitativos para modular la actividad motriz.
- Déficit cualitativos en habilidades motrices finas.
- Déficit cualitativos para articular sonidos.
- Déficit cualitativos en el procesamiento viso espacial.
- Déficit cualitativos para prestar atención y enfocarla.

Tipos de Trastornos de la Regulación

- **Tipo I: Hipersensible**

Infantes y niños hiperactivos o hipersensibles a diversos estímulos presentan dos gamas de patrones conductuales: **Temeroso y cauto** que se caracteriza por una

excesiva cautela, miedos y preocupaciones excesivas, dificultades en relaciones sociales, reactividad excesiva al contacto, a luces fuertes procesamiento viso espacial y planificación motriz; **Negativista y desafiante** presenta actitud controladora, resistencia al cambio, iracundos y perfeccionistas, evitación de ciertas conductas, hiperreactivos al sonido, buen tono muscular.

- **Tipo II: Hiporreactivo**

Presenta dos características: **Retraimiento y dificultad para el compromiso** desinterés aparente por las relaciones, puede parecer apático, retraído, se necesita un tono afectivo alto. Puede parecer deprimido o retrasado, reactividad insuficiente a sonidos y al movimiento, reactividad excesiva o insuficiente al contacto; dificultad para el procesamiento auditivo verbal, calidad y planificación motriz pobre.

Ensimismamiento tendencia a volcarse sobre sus pensamientos, sensaciones y emociones en vez de sintonizar y estar atento a la comunicación con otras personas, deterioro de las capacidades para el procesamiento auditivo verbal.

- **Tipo III: Desorganizado motor, impulsivo**

Se caracteriza por un control pobre de la conducta, junto con un anhelo vehemente de estimulación sensorial, algunos se manifiestan agresivos y temerarios, otros, impulsivos y desorganizados, carecen de cautela, sus movimientos los llevan a romper cosas, invadir espacios corporales, golpear con o sin provocación. La planificación y la organización motriz son pobre y puede ser interpretada por otros como agresivas. Su reactividad sensorial es insuficiente, debido a su reactividad

insuficiente, es posible que escuche sin constancia y poca atención; sin embargo, anhelan ruidos fuertes, música intensa. Presentan dificultades para el procesamiento auditivo o viso espacial.

- **Tipo IV: Otros**

En este tipo se encuentran los que cumplen con el primer criterio del Trastorno de la regulación (dificultad para el procesamiento sensorial o motor) pero los patrones conductuales no cumplen con alguna de los tres tipos anteriores. (National Center for Clinical Infant Programs, 1998)

U.D.A. Cuenca 2015

Guía para problemas de Ansiedad, Afectivos y Somáticos en niños de Preescolar.



TELF: 0999707079

U.D.A. Cuenca 2015

**Recopilación de Técnicas como guía para problemas de Ansiedad,
Afectivos y Somáticos en niños de Preescolar.**

Juan Pablo Martinez Torres.

Erika Flores Saltos.

Tesis para la Obtención del Título de Psicólogo Clínico.

Cuenca, 2015

A continuación presentamos una recopilación de técnicas de fácil aplicación en los problemas con mayor porcentaje obtenidos durante este estudio, las mismas pueden ser realizadas por sus padres o tutores a cargo del niño o niña.

El objetivo de esta guía es que se aprenda a identificar problemas presentes en los niños como: afectivos, de ansiedad y somáticos, y puedan ser tratados con técnicas con el fin de evitar que estos problemas sigan desencadenándose y puedan agravarse en etapas posteriores.

¿Que podríamos considerar como un problema en los niños?

Un problema es cualquier situación que genere malestar al niño y su entorno mediato generando en él un cambio en sus afectos, emociones y conducta. Los *problemas emocionales van paralelamente con los problemas de conducta* como manifestación de su inestabilidad emocional, el niño puede tomar cambios importantes en su comportar cotidiano

Los problemas inician con mucha frecuencia en la infancia pero es difícil definir que es un problema en esta etapa, debido a que se debe realizar un análisis exhaustivo sobre las características del niño, su familia, su entorno.

- **Ansiedad**

La ansiedad es una respuesta emocional utilizada para la supervivencia y adaptabilidad del ser humano a su medio, este afrontamiento causa miedo. La mayoría de niños interactúan con diferentes situaciones ambientales, sociales y personales que generan temores leves, temporales y asociados a una determinada etapa, que debería ser superada en el transcurso de su crecimiento.

En los niños la ansiedad suele generarse como miedo a la separación de los familiares cercanos o a las figuras de apego. El temor del niño ante la ausencia de las personas que le brindan afecto, hace que genere sus propios mecanismos de afrontamiento ante su ambiente, pero cuando el temor del niño es exagerado y supera sus niveles de afrontamiento pueden desencadenar en ellos alteraciones psicológicas.

Ansiedad por Separación, se produce cuando el niño presenta un malestar significativo debido a la separación del hogar, de las personas cercanas, o a la anticipación de éstas.

Ansiedad Generalizada (o excesiva) la podemos considerar como una situación crónica de ansiedad por la que el niño pasa, de predominio cognitivo (mental) y naturaleza incontrolable, los síntomas principales son inquietud, impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular este diagnóstico para ser considerado trastorno tiene que estar presente en el niño por un lapso mínimo de 6 meses.

Técnicas de Intervención.

El tratamiento tiene que ser multidisciplinario, es decir, debe haber psicoeducación a la madre o cuidador y al chico sobre las características de su trastorno, comunicación al personal educativo, la intervención de un psicoterapeuta.

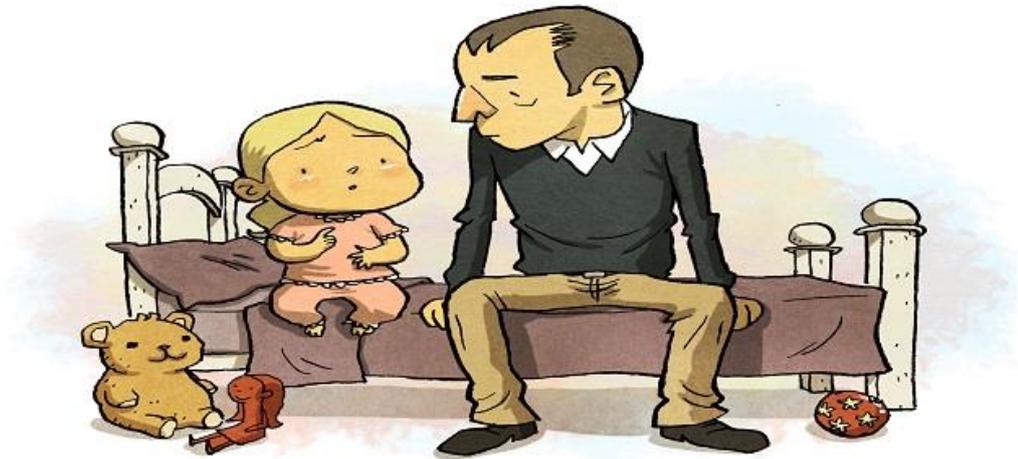
Las técnicas de intervención psicológica son infinitas para el control de la ansiedad, acá se indicara las que son más utilizadas con diferentes profesionales de la salud con buenos resultados.

1. Disminuir el impacto de los acontecimientos estresantes.

Al entender que los niños carecen de material debido a su corta edad para poder interpretar y expresar de manera adecuada situaciones sociales que son estresantes o traumáticos para ellos, se recomienda que las personas de confianza para el niño realicen lo siguiente:

- En el Caso de Miedos hacia objetos o situaciones:
 - a. **Hablar con el niño de todo lo que le preocupa, de cómo se siente.**
Permitir que se desahogue y exponga todas sus preocupaciones, dudas y sentimientos. No forzar al niño a hablar de sus sentimientos, estar disponibles cuando él lo necesite.
 - b. **Actuar como modelos de conducta y afrontamiento:** Los niños aprenden a actuar y a afrontar los problemas imitando y adoptando como propios los modos de actuación de personas cercanas a ellos. En

este sentido, es importante que el niño aprenda a demostrar sus sentimientos, no ocultarlos.



- c. **Volverse el modelo para el niño:** mediante el ejemplo el niño podrá ir teniendo más confianza y sentir más seguridad para poder enfrentarse ante la situación o el objeto (araña, agua, perro, etc.) atemorizante para él. La exposición hacia la situación amenazante tiene que ser gradual primero acompañando y luego motivarlo para que poco a poco pueda hacerlo solo.
- En situaciones cotidianas como el nacimiento de un hermano, la entrada al colegio, los problemas con otros compañeros, estas circunstancias pueden ser fuente de preocupaciones y miedo para los niños en los cuales se recomienda:

- a. **Comprender lo importante que es esa situación para el niño:** no podemos quitar importancia por ser adultos, las situaciones que sean estresantes para el niño, debido a que si son significativas para el generara preocupación.

- b. **Pensar como niño:** Es bueno conocer lo que el niño piensa acerca de la condición que está viviendo, así podremos aconsejar sobre una situación real y aminorar su incertidumbre.

- c. **Buscar alternativas de solución:** Al identificar la problemática que inquieta al niño debemos hacer que comience a generar diferentes tipos de soluciones mediante preguntas abiertas ¿Qué piensas hacer? ¿Cómo podemos resolver esto?, de esta manera el niño aprende a solucionar sus propias dificultades y nos ayudara a que en situaciones futuras la ansiedad sea menor.

2. Entrenamiento en Relajación.

Esta técnica es recomendada para niños ansiosos con quejas somáticas (dolores del cuerpo), los niños deberán hacer consiente su respiración y la tensión en sus músculos.

El ambiente para este tipo de técnica tiene que ser cómodo para el niño sin mucha bulla o personas que le quiten atención en la técnica. La postura lo más cómoda para él, pero la mayoría desea acostado boca arriba.

Para este tipo de técnicas se debe preparar el material a utilizar, pero también se puede usar técnicas guiadas mediante el uso de la computadora.

Técnica de Koeppen.

Esta técnica, se basa en la tensión y distensión de diferentes grupos musculares.

a. El juego del limón: manos y brazos apretar limón

Debe realizarse el ejercicio tres veces con cada mano.



Imagina que tienes un limón en tu mano izquierda, tienes que tratar de exprimirlo para sacarle todo el jugo.

Concéntrate en tu mano y en tu brazo, en cómo aprietan mientras intentas sacarle todo el zumo, en cómo se tensan.

Ahora deja caer el limón. Nota cómo están tus músculos cuando se relajan...

Vamos a coger otro limón, pero lo vamos a exprimir con más fuerza que antes, muy muy fuerte, eso es. Mira qué tensos tienes la mano y el brazo.

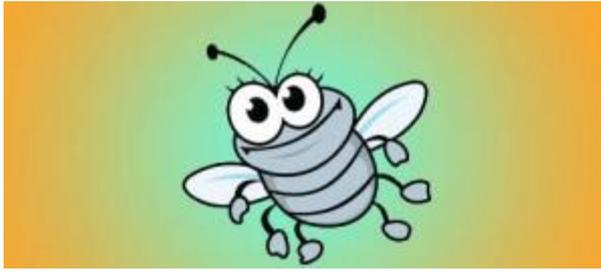
Ya está exprimido, ahora déjalo caer. ¿Ves, fíjate qué bien estás cuando estás relajado?, qué bien están tu mano y tu brazo, ¿a qué te sientes mejor?

Vamos a coger otro limón más, pero ahora tenemos que exprimirlo con mucha más fuerza que antes, esta vez no tiene que quedar ni una gota de zumo. Aprieta fuerte, más fuerte, que no quede nada...

Ahora, vuelve a soltar el limón. Vuelve a notar qué tu mano y tu brazo, qué relajados y qué a gusto están..."

El proceso se repite con la mano derecha.

b. La mosca pesada: cara, nariz y frente mosca



Estás sentado, despreocupado, entretenido. De repente, una mosca, una mosca muy molesta ha venido a meterse contigo y se ha posado en tu

nariz. Tratas de espantarla pero no puedes usar las manos. Es un poco complicado.

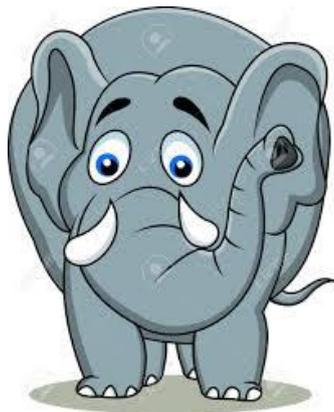
Intenta echarla arrugando tu nariz, todo lo que puedas, lo más fuerte posible.

¡Vamos, tú puedes echarla! Fíjate que cuando arrugas tu nariz, las mejillas, la boca y la frente también se arrugan, también se ponen tensos. Hasta tus ojos se tensan...

Bien, la mosca ya se ha ido, por fin te ha dejado tranquilo. Ya puedes relajar toda tu cara: tu nariz, tus mejillas, tu frente... Tu cara está tranquila, sin una sola arruga. Tú también estás tranquilo y relajado,

Repetimos tres veces el proceso

c. Jugamos con nuestro estómago:



- Ahora, está tumbado sobre la hierba, panza arriba, tomando el sol. Estás muy cómodo y muy relajado. De repente, oyes un pequeño estruendo, son los pasos de algo grande que se dirige hacia ti. En un momento, el elefante avanza rápido, velozmente, sin

mirar por dónde pisa. Está muy cerca de ti, no tienes tiempo de escapar.

La única solución es poner tenso el estómago, tensarlo tanto que parezca de piedra; así cuando el elefante ponga su pie encima de ti estarás

protegido. Tensa bien tu estómago, nota como tu estómago se pone duro,

realmente duro. Aguanta así, el elefante está a punto de pasar. Mira, parece que ya está apoyando su pie...

¡Vaya!, el elefante ha salido corriendo en otra dirección. Estás a salvo. Ya puedes descansar y relajarte. Deja tu estómago blandito. Lo más blandito y relajado que puedas. ¡Muy bien! Ahora te sientes mucho mejor, relajado y descansado. Siente la diferencia entre el estómago tenso y el estómago relajado, ¿a qué ahora te sientes mucho mejor?

El ejercicio se repite dos veces.

d. Caminamos por el barro: pies y piernas



Ya no estamos en un bosque acogedor, nos encontramos en la jungla. Es una jungla peligrosa, pero nosotros somos buenos exploradores y conseguiremos avanzar a través de ella y encontrar la salida. Vamos caminando decididos cuando ¡atención! Hemos encontrado un pantano, ¿quieres meter tus pies en él? ¡Vamos a ello! Debes empujar con toda la fuerza de tus piernas. Empuja hacia adentro. Siente como el calor del barro se mete entre tus pies. Empuja fuerte, parece que el barro se hace cada vez más duro, utiliza toda la fuerza de tus piernas. Siente cómo tus piernas y tus pies están tensos mientras intentan caminar por el lodo.

Ahora sal fuera. Deja de ejercer fuerza. Suelta tus piernas y tus pies. Nota cómo éstos están flojos, están relajados. Ya no estás tenso, descansa tranquilo...

El ejercicio se repite dos veces.

3. “La Cabeza en las Nubes”

Esta actividad puede utilizarse con el fin de promover habilidades de imaginación para que el niño aprenda a volver a estas imágenes en momentos en los que se sienta ansioso. Se comienza contándole al niño una historia sobre una nubecita que se perdió del resto de las otras nubes y comenzó a tomar la forma de diferentes cosas que iba viendo (ej. Un tiburón, un payaso, un sombrero, “la nubecita tomó la forma de dos árboles porque le gustó la manera en que los árboles nunca se movían y estaban siempre en un mismo lugar”). Luego se le pide al niño que imagine qué forma le gustaría ser si fuera la nubecita y que la cree con crema batida. Si se está trabajando en grupo se les puede pedir a los niños que cierren los ojos y que imaginen que están tomando la forma que cada niño creó, y al final se les puede pedir que creen una nube entre todos. La posibilidad de tocar la crema batida y tener una experiencia sensorial incrementa la posibilidad de que el niño recuerde la actividad. Posteriormente el niño puede recordar estas imágenes en momentos de estrés y ansiedad.

Los niños también pueden ir afuera, acostarse en el pasto, mirar las nubes y encontrar diferentes formas que puedan tener. Esta actividad es en sí misma relajante.

- **Problemas somáticos.**

“La salud es tan sólo una confianza: consiste, sencillamente, en creer que no se está enfermo y en vivir como si se estuviese sano”

Edmond y Jules de Goncourt.

Son un grupo de alteraciones en las que algún problema psicológico produce síntomas físicos, el niño puede presentar desde dolores corporales muy leves hasta dificultad respiratoria.

En los niños existen tres principales trastornos somáticos: trastorno conversivo, trastorno de somatización y la hipocondría.

Trastorno Conversivo: En este trastorno el niño transforma de manera inconsciente una situación psicológica en un síntoma físico. Ejm: parte de su cuerpo paralizado, puede estar mudo, sordo etc.

Trastorno de Somatización: Generan síntomas un poco menos agresivo que los trastornos conversivos Ejm: Dolor de barriga, dolor de cabeza. Detrás de este malestar podemos generalmente encontrar un estado depresivo.

Hipocondría: En este problema los niños tienden a preocuparse demasiado por contraer alguna enfermedad, les preocupa todo tipo de malestar donde un dolor de cabeza, erupciones cutáneas, y dolores ocasionales que se presentan en la vida cotidiana pueden ser inicio de una enfermedad grave.

Técnicas de Intervención.

En el caso de este tipo de problemas somáticos se comparte estas recomendaciones:

- Identificar y descartar todos los factores médicos que contribuyen a los síntomas dolorosos.
- En los niños el síntoma es debido a situaciones incómodas en su entorno, “buscan atención, más no la curación”.
- Deben darse explicaciones acerca de la relación íntima entre mente, cerebro y síntomas físicos.
- Usar la técnica de relajación.
- La paciencia y la tranquilización son cruciales para este tipo de problemas.
- Los síntomas pueden darse como un mecanismo de protección en situaciones psicológicas intolerables, “la eliminación de esta defensa puede hacer que el paciente se sienta abrumado y vulnerable.”
- Se aconseja que el médico hable de forma realista y humilde acerca de la comprensión de estos síntomas, y que hable con confianza de su resolución normalmente inmediata.
- Asesoramiento o guía por profesionales de salud mental (psicólogos).

Es importante para cualquier tipo de terapia tomar en cuenta los estresores ambientales, los factores de riesgo, la severidad, la disfunción que lo ocasiona, edad y la familia que lo conforma.

- **Problemas Afectivos.**

El desarrollo afectivo puede entenderse como el camino a través del cual las personas establecen unos afectos y una forma de vivir y entender los mismos. Es un proceso continuo y complejo, con múltiples influencias. Este proceso va a determinar el tipo de vínculos interpersonales que establezca la persona y va a marcar el estilo de relacionarse con los demás.

Los problemas afectivos son muy difíciles de poder identificar, se puede decir que la mayoría se inician a edades tempranas y pueden ser identificadas mediante el comportamiento que presente el niño.

Los afectos son los sentimientos que tenemos hacia los demás (cariño, amor, amistad, compasión, pena, etc.). Estos son inherentes a las personas, es decir no podemos separarlos del individuo, todos convivimos con estos sentimientos. Por lo tanto podríamos decir que el desarrollo afectivo, es un proceso de evolución de unas cualidades innatas del ser humano (cualidades con las que nacemos). El desarrollo de estas cualidades es necesario y al mismo fundamental que se produzca de forma positiva, ya que las personas vivimos en sociedad, nos relacionamos con los demás constantemente y establecemos vínculos de diversa índole afectiva, incluyendo figuras de apego en nuestras vidas. La calidad de estas relaciones y vínculos va a venir determinada por el desarrollo afectivo que cada persona haya tenido.

En todo proceso de cambio, de psicoterapia, enseñanza, etc., los padres deben recordar que tiene que estar involucrados con sus hijos, brindar amor, buscar su desarrollo personal fomentar hábitos saludables y no hacerlo de manera obligatoria sino con la satisfacción de poder guiar a sus generaciones venideras a una mejor calidad de vida biológica, mental y social.

En los niños de preescolar se encuentran estas características afectivas.

- Las figuras de apego, determinan las reacciones afectivas de los pequeños. La aprobación o censura de estas reacciones va hacer que algunas reacciones se consoliden y otras se eliminen. Los niños y niñas buscan agradar a sus personas importantes y experimentaran una gran alegría cuando su conducta reciba aprobación por parte de éstos.

- Se produce también un mimetismo con respecto a las figuras de apego, es decir los niños y niñas van a imitar las conductas y sentimientos afectivos de estas personas significativas.
- Comienzan a comprender matices más complejos de la expresión afectiva tanto a nivel verbal como no verbal.
- Aparece un nuevo tipo de afecto la amistad, comienzan a relacionarse con los iguales, con sentimientos de reciprocidad.

Indicadores o Alertas.

- Cambios significativos en el estado de ánimo del niño repentinos (tristeza, intranquilidad, llanto, etc)
- Desinterés por las actividades que antes realizaba.
- Problemas para conciliar el sueño sea que duerma mucho o poco tiempo.
- Presenta distraibilidad.
- Aislamiento del grupo de amigos y de la familia.

Este documento es meramente un material como guía para la incorporación de técnicas para facilitar el proceso de control en los niños y enseñanza a las madres, no se lo puede considerar como un proceso psicoterapéutico, de ser necesario se recomienda asistir donde un profesional de la salud mental para orientar de mejor manera la intervención de su hijo/a

6) Bibliografía

Alcalde Campos, R., & Pavéz, I. (2013). Infancia, familias monoparentales e inmigración.

Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.

APA. (2014). *DSM-5*. Washington, DC; London, England: American Psychiatric Publishing.

Barba, M., Cuenca, M., & Gomez, A. (2007). Piaget y L. S. Vigotsky en el análisis de la relación entre educación y desarrollo . *Revista Iberoamericana de la Educación (ISSN: 1681-5653)* , 2-3.

Castañeda, A., & Niño, J. (2005). *Orientación Profesional desde una perspectiva Sistémica*.

Bogotá, Colombia: Editorial y Publicaciones.

Chouhy, D. R. (2000). *Open Journal Systems*. Obtenido de

<http://p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/view/1191/1473>

Eroles, C. (2004). *Familia y Trabajo Social*. Editorial Espacio.

Estrada, L. (2012). *El Ciclo Vital de la Familia*. Mexico: Grupo Editorial Mexico.

Flaquer, L., Almeda, E., & Lara, N.-V. (2006). *Monoparentalidad e Infancia*. Barcelona,

España: Editorial Fundación La Caixa.

Giachetto, G. (2010). Recuperado el 15 de mayo de 2015, de Guía nacional para vigilancia del desarrollo del niño y la niña menores de 5 años:

<http://infanciacapital.montevideo.gub.uy/materiales/Gu%C3%ADa%20Nacional%20para%20la%20Vigilancia%20del%20Desarrollo%20del%20Ni%C3%B1o%20y%20la%20Ni%C3%B1a%20Menores%20de%205%20A%C3%B1os.pdf>

Gomez-Maqueo, E., & Heredia, C. (2014). *Psicopatología, Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. Mexico D.F.: El Manual Moderno.

Gracia, E., & Misitu, G. (2005). *Psicología Social de la Familia*. Barcelona: Editorial Paidós.

- Hernandez, A. (2006). El subsistema cognitivo en la etapa preescolar. *AQUICHAN*; Universidad de la Sabana.
- INNE. (2008). *Instituto Nacional para la Evaluacion de la Educación* . Mexico.
- Linaza, J. L., & Maldonado, A. (1990). *Juego y Desarrollo Infantil*. Psicología Evolutiva.
- Luz, d. L. (2004). *Terapia Familiar*. Mexico: Editorial Pax Mexico.
- Maganto, C., & Cruz, S. (2003). *La Entrevista Psicologica*. Madrid: Sanz y Torres.
- Martinez, J., & Franco, A. (2008). EL Comportamiento Agresivo y Algunas características a modificar en los niños y niñas. *Investigaciones Andinas*.
- MIES, & INFA. (01 de ENERO de 2013). *Guia Operativa para Promotoras coordinadoras de los Centros Infantiles del Buen Vivir*. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Gu%C3%ADa-TEORICA-METODOLOGICO-CIBV.pdf>
- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2000). *Pobreza, Institución familia*. Buenos Aires: Talleres Graficos Color.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (2007). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Ediciones Paidós Iberica.
- Montiel Nava, C. (2006). *Fondo editorial*. Obtenido de El arte de criar Hijos Felices: <http://www.uru.edu/fondoeditorial/libros/pdf/artedecriarhijosfelices/Arte%20de%20Criar%20Hijos%20Felices.pdf>
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L., & Martínez, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona, España: UCO.

- Nancy, M. H. (2009). CONDUCTAS EXTERNALIZANTES, RENDIMIENTO ACADÉMICO Y ATENCIÓN SELECTIVA EN NIÑOS CON Y SIN HIPERACTIVIDAD. *Psychologia: Avances de la Disciplina.*, 42.
- National Center for Clinical Infant Programs, n. (1998). *Diagnostic Classification: 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood.* Argentina: Paidós.
- Nichols, W., & Everett, C. (1986). *Systemic Family Therapy.* New York: The Guilford Press.
- Ricardo, C. (2000). Funcion paterna y familia monoparental: ¿cual es el costo de prescindir del padre? *Psicología y Psicopedagogía.* Recuperado el 13 de 05 de 2015, de funcion paterna y familia monoparental: ¿cual es el costo de prescindir del padre?: <http://p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/view/1191/1473>
- Robles, B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las Etapas de Vida de Erick Erikson. *Revista Mexicana de Pediatría; Vol 75. Num 1,* 29-34.
- Sanchez, D., & Gutierrez. (2000). *Terapia Familiar: modelos y técnicas.* Mexico: Manual Moderno.
- Simon, Fritz, Stierlin, Helm, & Wynne, L. (2002). *Vocabulario de Terapia Familiar.* Barcelona: Editorial Gedisa.
- Talizina, N. (2009). *La teoría de la actividad aplicada a la enseñanza.* Puebla: Coleccion Neuropsicologica, Educacion y Desarrollo .
- UNICEF. (1 de Noviembre de 2010). *UNICEF.* Obtenido de http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte1.pdf