

CAPITULO I

1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1. ANÁLISIS DE CONTEXTOS (NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL O INSTITUCIONAL)

Los denominados problemas de conducta se están convirtiendo en una fuente de preocupación para las familias, la escuela y la sociedad en general. Aparecen cuando los niños o adolescentes tienen que cumplir ciertas normas y someterse a un cierto grado de disciplina (Díaz, Jordán, Vallejo y Comeche, 2006) que les suponga no conseguir una satisfacción inmediata. Algunas conductas de oposición son, en determinados momentos, importantes para el desarrollo y la formación de la propia identidad y la adquisición de habilidades de autocontrol y desarrollo personal. Sin embargo, hay niños y niñas en los que la frecuencia y la intensidad de sus emociones están claramente por encima de lo que podría considerarse normal para su edad o grupo de referencia.

La mayor parte de los problemas de conducta que muestran los niños pueden explicarse como un desajuste dentro de su contexto familiar, escolar o social, pero si éste permanece en el tiempo, los niños que lo presentan pueden ser señalados como problemáticos con la consiguiente etiqueta que, además, suele ir acompañada de otros problemas que dificultarán las posibilidades de adaptación y normalización de su desarrollo.

Los cambios sociales de valores y normas se producen actualmente a una velocidad vertiginosa. Están en alza el individualismo y la consecución del bienestar inmediato y permanente mientras que el esfuerzo y el trabajo a largo plazo están claramente a la baja. Como consecuencia, suele aparecer una escasa resistencia a la frustración que puede desencadenar conductas de descontrol en el ámbito familiar, escolar y social. Esta situación es uno de los factores que está

generando un incremento constante de alumnado con problemas de conducta o emocionales que interfieren en su desarrollo educativo afectando de manera relevante al profesorado y a sus propios compañeros (*“Trastornos de la Conducta, Una guía de intervención en la escuela. Gobierno ARAGON, Educación, Universidad, Cultura y Deporte”*).

Por otra parte, la gravedad o intensidad de los problemas de conducta es amplia y va desde problemas cotidianos más o menos intensos o incómodos hasta los desórdenes del comportamiento recogidos en las clasificaciones internacionales. Gran parte de estos problemas se presenta ya desde la infancia y en muchos de ellos puede observarse la progresión de su gravedad. Por tanto, considero que, las pautas educativas y los momentos de intervención son un elemento importante en la prevención o desarrollo de dichos problemas.

En la parroquia Zapotal, existe un alto porcentaje de niños y niñas que presentan problemas en cuanto a su conducta y comportamiento, (*según las informaciones otorgadas por docentes de las instituciones de la localidad*); causando de esta forma, preocupaciones en las familias, la escuela y el medio social.

Al Subcentro de Salud Rural “Carmen Jiménez de Bonifaz”, luego de mi pasantía por el lugar observé que, acuden pacientes presentando diferentes signos y síntomas que en si los padres desconocen cabalmente de lo que se trata y no están conscientes de la gravedad del caso, o sencillamente porque gran mayoría de ellos provienen de hogares disfuncionales, son niños sobreprotegidos, agredidos, desatendidos, etc.

En cuanto al problema la Directora del Subcentro junto al personal que labora en la institución, afirma que existe un buen porcentaje de hogares con este tipo de problemas que se han manifestado de lleno en las instituciones a las que acuden sus hijos como lo es la escuela y

colegio de la localidad en las cuales se carece de profesionales especializados en el área psicológica y son ellas quienes han llamado la atención a padres y madres o personas responsables de aquellos niños con estos síntomas, teniendo como resultados poco interés sobre el asunto.

En lo que se refiere al problema este también se relaciona a niños en edades comprendidas entre 4 y 10 años, que según manifiestan los padres han recibido quejas de los maestros sobre la conducta de sus hijos quienes les han sugerido busquen asesoramiento psicológico para llegar al porqué de la situación y como poder ayudarlos a mejorar.

1.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN.

La expresión trastorno de conducta agrupa una gran variedad de manifestaciones sintomáticas variables y estables, que alteran de manera importante el desempeño social, escolar, y familiar del niño o adolescente, es decir son desviaciones que se presentan en el desarrollo de la personalidad de los menores. El comportamiento humano está determinado por la influencia del medio: primero del hogar, luego del entorno

Las conductas agresivas, de oposición, desobedientes o desafiantes se encuentran a menudo en la población infanto-juvenil como parte de un desarrollo evolutivo "normal". Establecer los límites en donde se debe acudir al profesional de la salud es difícil de concretar. Las pistas nos las tiene que dar la frecuencia, magnitud y perseverancia en el tiempo de la conducta en cuestión en función de la edad del niño. El hecho de que consideremos la manifestación de dicha conducta como trastorno leve (no clínico) o trastorno más severo (clínico), tiene una importancia vital ya que de ello va a depender el tipo de intervención.

El medio familiar es el lugar de génesis y desarrollo de la personalidad de niños específicamente influida por la imitación del comportamiento del padre, madre y demás personas del contexto familiar y social.

“Estudios recientes surgieron que al menos el 5.5% de los niños presentan desordenes de conductas relacionadas con la agresividad”. (Olweus, 1990), que: “el 60% entre los 4 y los 11 años diagnosticados con trastornos de Conducta son hiperactivos, lo que complica aún más sus relaciones con los demás”. (Offord, Boyle y Racine, 1991) y que: “con frecuencia, estos patrones de conducta son estables y predictivos de una amplia variedad de dificultades sociales y emocionales en la etapa adulta” (Eron, Huesmann, Zelli y FArrington, 1991; Sharp y Smith, 1991). Según Eron, Huesmann (1990): “esta estabilidad es probable que se deba tanto a la constitución del niño como a la influencia del ambiente.

Dentro de las influencias ambientales, nos encontramos con un número de variables procedentes del contexto familiar, en general, y de la actitud de los padres, en específico”. “El estrés derivado de la relación padres-hijo ha sido implicado como factor de riesgo en el desarrollo de la agresión y la delincuencia” (Lefkowitz. Eron, Walder y Ramsey, 1989; Webdter-Streatton, 1998). También Loeber y Stouthamer-Loeber (1998) indican: “el hogar y la escuela como aquellos lugares más significativos donde se desarrolla el comportamiento agresivo”.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Por qué surgen Los Trastornos de Conducta que afectan a niños en edades comprendidas entre 4 y 10 años de los pacientes atendidos en el Subcentro de Salud Rural “Carmen Jiménez de Bonifaz” de la Parroquia Zapotal del Cantón Ventanas Provincia Los Ríos, durante el periodo, 2011-2012?

1.3.2. PROBLEMAS DERIVADOS

Entre los problemas derivados de los trastornos de Conducta podemos nombrar los siguientes:

- ↗ Desadaptación Escolar.
- ↗ Problemas de aprendizaje.
- ↗ Bajo rendimiento escolar.
- ↗ Niños desafiantes con la autoridad, profesores, tutores o padres de familia.
- ↗ Problemas de adaptación social: por los continuos episodios de agresividad en algunos casos estos niños se le dificulta relacionarse con sus pares en el medio social ya que por su comportamiento son aislados.
- ↗ Episodios depresivos.
- ↗ Ansiedad.
- ↗ Baja autoestima

1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación está delimitado de la siguiente manera:

1.4.1. Delimitación espacial.- Sub Centro de Salud Rural “Carmen Jiménez de Bonifaz” de la Parroquia Zapotal del Cantón Ventanas Provincia Los Ríos.

1.4.2. Delimitación temporal.- El presente estudio se realizó en el periodo 2011. 2012

1.4.3. Unidades de información.- Las unidades de información que intervinieron en la investigación serán las siguientes:

- ↗ Los/as pacientes (niños/as, adolescentes, padres o tutores,) que son atendidos en el en el Sub Centro de Salud Rural “Carmen Jiménez de Bonifaz”

↻ Los profesionales de la salud mental como Psicólogos Clínicos, Psicólogos Educativos.

↻ Autoridades y profesores de la Institución Educativa donde estudia el paciente.

1.5. JUSTIFICACIÓN

Cuando pensamos hoy en el estar y hacer de los niños/as y adolescentes con trastorno de conducta en los diferentes ámbitos sociales, emerge el hogar y la escuela como espacio medular que la sociedad ofrece y dispone para ellos. Situados allí, nos debemos interrogar acerca del trastorno de la conducta en el marco de la sociedad y la alta complejidad derivada del cruce entre:

Condiciones de época; transformaciones sociofamiliares y la escuela como institución delante del conflicto.

Si pensamos, las conductas disruptivas de este colectivo de personas de manera aislada, parcializada y fragmentada entonces no vamos a darle solución adecuada.

La presencia de trastorno de conducta en nuestros niños y jóvenes está convirtiéndose cada día más en un grave problema social, ya que es un factor de riesgo (si no se trata adecuadamente) de futuras conductas conflictivas, bajo rendimiento académico, abandono de la escuela y desarrollos de conductas antisociales

Por otra parte, en las últimas décadas, el incremento de conductas violentas y delictivas en los niños/as y adolescentes me lleva a reflexionar acerca de las diferentes manifestaciones que encuentra la expresión de la conducta agresiva enmarcados desde el aspecto clínico bajo la denominación de trastorno social.

Los hechos reflejados por los medios de comunicación, dejan a la luz que estos fenómenos que van incrementándose, generando tensiones

hacia el interior del sistema familiar y las instituciones escolares, lo que conduce no solo a un estado de preocupación de ambos contextos, sino también a una alerta para todos aquellos sectores comprometidos con la salud y la educación de los niño/as y adolescentes. Buscando respuesta a esta difícil situación, pienso que son múltiples los factores que pueden enmarcarse como propicios para la irrupción de conductas violentas en este momento evolutivo. La adolescencia, como periodo de cambio y transición entre la infancia y la edad adulta, se ha considerado a lo largo de los siglos como una etapa conflictiva enmarcada por crisis y desequilibrios.


Por todo esto considere necesario e importante realizar mi tesis de grado de los niños atendidos en el consultorio del Sub Centro de la Parroquia Zapotal del Cantón Ventanas de la Provincia de Los Ríos, con trastorno de conducta, ya que es un problema social que está deteriorando significativamente la calidad de vida de los niños/as y adolescentes así como de su familia y la sociedad.


1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los Trastornos de Conducta que afectan a niños en edades comprendidas entre 4 y 10 años, de los pacientes atendidos en el Subcentro de Salud Rural Carmen Jiménez de Bonifaz de la Parroquia Zapotal del Cantón Ventanas Provincia Los Ríos, durante el periodo 2011-2012.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-  Identificar los trastornos de conducta más recurrentes que se atendieron en la de Unidad de salud.

-  Instruir a los padres en nuevas estrategias a seguir sobre trastornos de conducta.

➤ Fortalecer los vínculos entre la familia y la escuela, promoviendo la participación en las actividades escolares del paciente.

➤ Capacitar a docentes y padres de familia acerca del trastorno de conducta y sus consecuencias.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. ENFOQUES TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN ASUMIDOS

Explicar los orígenes y los componentes de la conducta humana ha estado presente desde las primeras concepciones filosóficas acerca del hombre y la sociedad. Diversos filósofos antiguos, como Aristóteles y Avicenas llegaron a plantearse como una cuestión fundamental de sus indagaciones, el surgimiento de la conducta humana y sus trastornos.

El bajo nivel de desarrollo en la producción, las ciencias y la sociedad condicionó las primeras concepciones con un marcado carácter especulativo. Ya que se operaba con conceptos invariables, sin tener en cuenta el papel de la práctica en el proceso de configuración y desarrollo de la personalidad.

Solo a partir de la segunda guerra mitad del siglo XIX, con el surgimiento de la Psicología Pedagógica, los trastornos de la conducta pasan a constituir un objeto de estudio especial dentro del marco teórico de las ciencias que tratan de una manera u otra al hombre. (Cabib y Culebra Mason, 1979) Su etiología, definida como las causas que la originan, estuvo marcada inicialmente por fuertes ideas genéticas provenientes del darwinismo y del evolucionismo. Estos enfoques teóricos estuvieron condicionados por un periodo de auge del capitalismo, donde el impulso a los conocimientos científicos y sobre todo a su utilización práctica, era una condición previa indispensable para su desarrollo económico.

La creciente tendencia integradora de las ciencias condicionó el surgimiento de otras corrientes antagónicas: Se define, desde esta época, dos enfoques que trataban de darle explicación al origen de la conducta humana: el **biólogo** y el **sociólogo**. (Carreño Gomaviz. 1977) Ambos centrados en las primeras etapas de vida, niñez y adolescencia, por ser en ellos donde generalmente se estructuran e identifican las desviaciones conductuales.

En esencia, **el enfoque biológico** en la etiología de los trastornos de la conducta representó una tendencia simplista y mecanicista, al resaltar las particularidades innatas del niño. Su carácter antidialéctico fue señalado temporalmente por teóricos seguidores del **enfoque sociológico**. (Petrovsky, 1983).

El enfoque sociológico. Planteó la intervención del medio, en calidad de factor dominante para el desarrollo de la personalidad. El análisis unilateral de este postulado evidenció rápidamente la imposibilidad de explicar por qué en condiciones similares de medición social. En ocasiones; se formaban menores con conductas diametralmente diferentes. Era igualmente incomprensible la similitud de determinados niveles de deterioro y patrones de actuación, generados desde entornos sociales opuestos.

Esta teoría se sustentó desde el psicoanálisis la psicología humanista cada una con interpretaciones propias. (D.gross, 1994) Ambas escuelas psicológicas contribuyeron a la evolución de los paradigmas etiológicos, al margen de sus diferencias teóricas. La diferencia esencial entre ambas interpretaciones estriba en la definición del papel del niño en el sistema de relaciones sociales. El humanismo designa al sujeto dueño de sí, capaz de vencer su historia y cargar con ella, en tanto el psicoanálisis visiona al sujeto como dependiente de su experiencia, que son en consecuencia condicionadoras de su actuación histórica.

En la tercera década del siglo XX. Los enfoques biológicos y sociológicos se convirtieron en objeto de crítica de las ciencias por las congruencias de ambos, incapaces de emitir una idea multilateral acerca de las fuentes y el origen de las desviaciones en la esfera de la conducta. Esto produjo la ampliación del espectro de posiciones científicas. La concatenación de esta postura teórica traería consigo en lo adelante, la imposibilidad de evidenciar criterios perfectamente puros y unilaterales hacia uno u otro factor etiológico. Algunos autores relacionan, las evidencias sobre enfoques psicológicos en el análisis de la etiología conductual. (Betancourt, 2002)

Otros como Kuert Isemann (1921) se encuentra entre los investigadores que incursionaron en la práctica, considerando por igual causales biológicas y sociales. En esta etapa se destacó el sistema de oposiciones sobre la personalidad del niño y la colectividad infantil formulado por A.S Makarenko (1888-1939). Su práctica pedagógica, incorporó criterios sobre la modificación conductual ante la presencia de factores ambientales negativos relacionados con la desventaja social y económica. (Hernández y Valdivia, 1985).

La psicología soviética, basada en una concepción filosófica social marxista, influyó y originó nuevos acercamientos a los marcos de la multicasualidad. LS. Vigotski (1896-1934) en sus artículos acerca de la práctica psicológica ante la “infancia difícil”, consideró esencial, “el punto de vista causal dinámico en la aparición de los trastornos”. (Vigotski, 1989).

Vigotski plantea: “todo en la personalidad esta hecho sobre una base genérica innata y al mismo tiempo en ella todo es supraorgánica, condicionado, es decir, social”. (Vigotski, 1989).

Vigotski y sus seguidores, constituyen un referente psicológico distintivo para el análisis de la etiología y ontogenia de los trastornos de conducta, al igual que en los demás y objeto de estudio de la Pedagogía especial.

En las últimas décadas del siglo XX se establece cierto consenso entre los investigadores que abordan como objeto de estudio, el origen de los trastornos conductuales. En la actualidad, la aparición de estas desviaciones se conciben como un fenómeno multicausal y se ha establecido como tendencia más generalizada entre las diversas corrientes de pensamiento, el planteamiento de un enfoque multifactorial. (Betancourt, 2002).

La concepción multifactorial concatena los factores biológicos y criterios sociales comprendiendo la multiplicidad de vínculos y relaciones del sujeto. La interrelación de los componentes físicos y el conjunto de influencias sociales del sujeto, trae consigo el análisis de un nuevo resultante, el psíquico reconocer el carácter biopsicosocial del ser humano. (Brutonsky, 1983).

Las posturas etiológicas que refiere las literaturas más recientes, evidencian el apego a la concepción multifactorial, como un producto lógico generado mediante un proceso acumulativo de experiencias científicas. El análisis, de estas posiciones permite adentrarse posteriormente en el marco de la delimitación conceptual de los trastornos de conducta.

Otro concepto de análisis es el formulado por el Dr. Marcos A. Sánchez Rentería (España, 1998) al definir la etiológica de los trastornos de conducta como: multifactorial, donde intervienen en ocasiones algunas determinantes biológicas como daños perinatales, encefalitis, trauma craneal, ciertas concordancias en gemelos monocigóticos, y asociados en otros casos a factores sociales donde se revelan historias, dificultades personales y problemas familiares.

La obra “Acerca de la labor reeducativa en las escuelas para la educación de alumnos con trastornos de conducta” (1983) refleja la consideración de influencias externas negativas derivadas de los procesos de relación social, familia y escolar. Esta definición refiere

además la conjugación en diverso episodios conductuales, de determinadas influencias internas desfavorables.

La investigadora Mercedes Pérez Fowler establece como una causa fundamental en la aparición de los trastornos a la interrelación dialéctica de factores internos y extremos, enfatizando la etapa de la infancia como trascendental para una valoración adecuada de la etiología. (Fowler, 2003.)

Visionar la influencia social en la aparición y desarrollo de los desajustes conductuales, en su justa medida, establece la necesidad de un mejor diagnóstico preventivo de los factores de desventajas. (Blanco Pérez, 2002). Estos se identifican y tienen consistencia propia en todos los entornos educativos del sujeto.

Existe otro flagelo muy vinculado a la desviación conductual, la drogadicción y el consumo de sustancias tóxicas a la escala internacional, se muestra como cantera potencial en la aparición de los trastornos conductuales.

Erradicar tempranamente lo que se ha considerado “incipiente mercado de drogas” es la tarea esencial de una sociedad enfrascada en bienestar de sus hijos. El planteamiento de que no todos los menores desajustados son consumidores, pero si en todos los consumidores confluyen los desajustes; personaliza un agudo panorama a enfrentar. (Fontes y Pupo, 2003)

Los fundamentos etiológicos de los trastornos de conducta han sido definidos por diversas instituciones y especialistas que estudian la temática. Considerando las definiciones vigentes en la literatura especializada internacional, existe la evidencia de rasgos y puntos coincidentes en el establecimiento de una u otra conceptualización. Para definir los trastornos de conducta se asume la definición plantada por el Doctor en Ciencias Daniel Permuy en su tesis de Doctorado.

Los trastornos de conducta se pueden definir como una serie de elementos verificables:

- ↯ La multifactorialidad etiológica.
- ↯ El carácter de desviación en el normal desarrollo de la personalidad
- ↯ La diversidad de la sintomatología
- ↯ Su interacción en todos los escenarios de la mediación social.
- ↯ La estructuración en los planos intra e interpsicológicos del sujeto.
- ↯ La implicación como dominantes en la definición, de aquellos elementos congregados en la estructuración psicológica interna del trastorno.
- ↯ La identificación de los indicadores de desventaja social, como el primer nivel de prevención ante las desviaciones, con independencia de la intervención de criterios orgánicos en su conformación.

Según el pedagogo Leovigildo Ortega Rodriguez (2001). Entre las formas más típicas y clásicas de los trastornos de conducta se identifican:

- ↯ Manifestaciones de agresividad en sus diversas formas de expresión: física, verbal y gestual
- ↯ Manifestación de hiperactividad.
- ↯ Manifestación de timidez, inhibición o retraimiento.
- ↯ Manifestaciones de rechazo al medio escolar expresado en sus diversas razones: desmotivación por el aprendizaje, evasión escolar.
- ↯ La hiperkinesia
- ↯ La transgresión sistemática de reglas.
- ↯ La inadaptación neurótica.
- ↯ Las conductas delictivas y engañosas.

En este contexto diverso en modos de actuación del escolar desviado, es prevalente la conjugación intensa de varias manifestaciones. Sin

embargo, generalmente existe relativa evidencia del predominio de una manifestación sobre las otras, rasgos que distinguen al escolar en el grupo y permite una organización en el aspecto interventivo.

Consecuentemente, psicopedagogos, psiquiatras, psicólogos y en general, todos los especialistas que de una u otra interactúan con los trastornos de la conducta; han privilegiado el análisis y la descripción de cada manifestación conductual.

La formación de valores y la integración de todos los sectores de la sociedad, juegan un papel fundamental. Debido a que en lo escolares influye todo lo que se reforzará y complementará y así contribuir a su formación.

Como lo planteó Vigotski: “Solo como unidad determinada puede existir y funcionar el organismo humano. Vigotski, 1989)

Por esta razón es necesario que la escuela funcione en sistema, donde todos, desde el director, los maestros y hasta los trabajadores de servicio, actúen en forma coordinada, para de esta forma lograr que cada escolar reciba influencias que se reforzaran y complementaran y así contribuir a su formación.

Al maestro le corresponde no solo la transmisión y facilitación de conocimientos, sino el organizar y dirigir adecuadamente las actividades y las relaciones sociales que se propician dentro del aula y en otros espacios de la escuela. También con su ejemplo y su manera de conducir el aprendizaje, contribuye a la formación de valores, cualidades morales de la personalidad, motivaciones, intereses y formas de conductas. Por eso una de las habilidades principales de un buen educador es saber expresar no solo con palabras, sino también con gestos y tono de voz adecuado, lo que se desea transmitir.

El maestro debe tener en cuenta las necesidades del educando al organizar la situación de aprendizaje, solo así estará seguro de su influencia en él y de asentar las bases para ir formando nuevas necesidades, intereses y motivos y de esta forma contribuir con el fin de la educación; que como dijera el apóstol: “el fin de la educación no es hacer desdichado al hombre, sino hacerle feliz”. José Martín Pérez.

Las relaciones sociales son importantes en todas las etapas del desarrollo y en los primeros años se tornan esenciales, convirtiéndose en el medio natural donde se realizan los aprendizajes. Es por ello que debido al interés por estos temas, se han desarrollado también numerosos trabajos que intentan investigar los factores de riesgo involucrados en la génesis de estos trastornos. Dentro de los factores de riesgo, los que más interés han despertado han sido los del ámbito sociofamiliar. Así por ejemplo, Mathew los relaciona con la existencia de alcoholismo en cualquiera de los progenitores; otros autores lo generalizan, relacionándolo con el consumo de cualquier tipo de tóxico por parte de los padres. Kim implica la situación marital y laboral de los padres. Smith habla ya específicamente de lo que él considera la «disarmonía marital». Fergusson afirma incluso que la atmósfera familiar tendría una influencia mayor sobre este tipo de trastornos que los cambios estructurales.

Por lo tanto es necesario indicar que el niño(a), desde que nace, está inmerso en un medio social, que en primera instancia está conformado por la familia, y es suministrador de experiencias que constituyen su fuente principal de vida. La escuela es el contexto en que se produce la interacción del niño con sus coetáneos y otros adultos, fuera del contexto familiar.

La educación escolar ha sido concebida para dar a los alumnos oportunidades de desarrollo y crecimiento, atendiendo a todas y cada una de sus potencialidades, asumiendo que el niño es un ser global y complejo, una persona en continuo crecimiento.

El niño cuando llega a la institución escolar, aun si lo hace en sus primeros meses de vida, no es un recipiente vacío, alberga una serie de experiencias, vivencias y características psicobiológicas específicas que condicionarán su adaptación al contexto escolar. Cada uno ha tenido experiencias diferentes, son personas únicas que, aunque poseen atributos que los asemejan a sus iguales, también poseen otros que los diferencian.

Los trastornos conductuales constituyen un tipo de necesidad educativa especial, que se manifiesta como resultado de una compleja desviación de la personalidad que entorpece el desarrollo armónico e integral de la persona.

Existen diferentes criterios acerca del origen y desarrollo de un trastorno de la conducta humana. A lo largo de la historia se han conocido teorías diversas que tratan de explicar lo que sucede.

A continuación, abordaremos tres de las más conocidas en el estudio de esta entidad.

↻ Las teorías genético-hereditarias, que propugnan la prevalencia de factores constitucionales y genéticos.

↻ Teorías psicológicas, que consideran el desarrollo de la personalidad.

↻ Teorías sociológicas, para las cuales es fundamental la situación o ambiente en que se desenvuelve la conducta humana (Betancourt, 2001).

2.1.1. Las teorías genético-hereditarias enfocan su explicación desde una perspectiva biológica, relacionando la aparición del trastorno conductual a factores constitucionales o a accidentes que afectan el sistema nervioso central, ya sean infecciones, traumatismos, u otros.

Se puede encontrar la explicación a partir de la existencia de factores neurológicos que están en la base de los procesos de excitación o inhibición, que al observarlos en la interrelación con estímulos del medio, se produce un funcionamiento defectuoso de los procesos de la actividad nerviosa superior, que da como resultado una conducta inadecuada ante los estímulos.

En otras teorías se refuerza la idea de que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta, parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas (Universidad de Virginia, 2005). Esta teoría se relaciona con el concepto de "daño cerebral mínimo" estudiado por Alfred Strauss en 1955 (Newcomer, Phylips. 1987 en Betancourt, Juana. 2001) y que se ha utilizado igualmente para explicar problemas de aprendizaje y de adaptación al medio.

En sentido general estas teorías genético-hereditarias, al asociar el origen del trastorno a causas biológicas (con y sin lesión orgánica demostrada), establecen una posición pesimista y conservadora sobre las posibilidades de rehabilitación del sujeto y un modelo de intervención basado fundamentalmente en el uso de psicofármacos, quedando relegada a un segundo plano, la atención integral de la personalidad.

2.1.2. Desde el punto de vista psicológico, las teorías conductistas son las que más repercusión han tenido al explicar las características del escolar difícil y sus consecuencias en la educación. En este sentido, los conductistas plantean que los trastornos de la conducta revelan dificultades en el aprendizaje de conductas adaptativas, resultado de exposición a condiciones ambientales difíciles, generadoras de tensión. Hablan de un aprendizaje de conductas mal adaptadas.

.En su teoría existe una tendencia a condicionar el comportamiento como respuesta a estímulos específicos sin analizar los motivos de las acciones, ni tener en cuenta el carácter activo del sujeto en su propio proceso de transformación o cambio conductual. Al concentrar su atención en la conducta externa del sujeto, no profundizan en otros aspectos importantes de la personalidad del sujeto, como lo son las vivencias, los sentimientos y las emociones.

Sin embargo, esta teoría ha permitido comprender que la dificultad que genera este tipo de trastorno, no es una enfermedad o incapacidad, sino que se produce de forma eventual ante situaciones inadecuadas de interacción entre el sujeto y el medio que le rodea. Las conductas desajustadas pueden ser corregidas a partir del trabajo consciente con las consecuencias de las acciones y esto posibilita su atención desde el ámbito educativo escolar, donde los maestros, pueden realizar una labor correctiva con el niño y a la vez, de orientación a los padres.

Como parte de la evolución del enfoque conductual, se desarrollan las teorías cognitivo conductuales, que asumen la conducta humana como resultado del proceso de maduración del sujeto, la experiencia como interacción con el mundo físico, la transmisión social producto de la crianza y la educación y el equilibrio, como principio supremo del desarrollo mental (Pupo, 2006).

Desde esta teoría, la escuela constituye un motor impulsor de estímulos para provocar el desarrollo del sujeto, tomando como base el desarrollo natural de sus estructuras cognitivas (Piaget, 1966). Precisamente, este ha sido un aspecto de la teoría muy criticado, sobre todo por Vigotsky, pues considera una perspectiva limitada del desarrollo del sujeto restringiéndolo a su condicionamiento natural, sin darle la importancia debida a las relaciones sociales, en el proceso de formación y desarrollo de las funciones psicológicas de la personalidad.

En la actualidad, la utilización de este enfoque en los escolares con trastornos afectivo-conductuales, se dirige a incrementar la capacidad de adquirir y organizar el conocimiento, la información y la solución de problemas y a enseñar la utilización del lenguaje para pensar y actuar de manera efectiva, para que propicie mejores interacciones sociales (Pérez F. M. en Pupo, 2006).

Se encuentran también, teorías humanistas que aunque menos utilizadas para el proceso de modificación de la conducta, tienen una significación importante en la comprensión del hombre y su capacidad interior, para avanzar en un sentido positivo, como agente transformador de su propio desarrollo (González, 1994). Desde este enfoque se considera la personalidad como singular e irrepetible y esto revela la necesidad de estudiarla como una unidad. Debido a esto la personalidad es portadora de fuerzas dirigidas al mantenimiento y/o recuperación y desarrollo de su salud psíquica: fuerzas de autorrealización y la enfermedad aparece, cuando estas fuerzas interiores se bloquean (Rogers, Maslow, Allport en González, 1994).

Por otra parte, las teorías sociológicas consideran que el trastorno de la conducta es resultado de la interacción social del sujeto en el medio que se desarrolla y por consiguiente, minimiza el papel individual del sujeto y sus características personales, para privilegiar la incidencia social infraestimulante, como factor desencadenante del desorden comportamental.

Aunque en la actualidad, pueden encontrarse criterios que apuntan hacia una de estas teorías para explicar la etiología del trastorno conductual, existe una tendencia más general, que interpreta el fenómeno como la consecuencia de causas multifactoriales, donde converge lo biológico, lo psicológico y lo social matizando una personalidad que refleja los problemas educativos, de convivencia y relación que presenta.

G. Arias insiste en la necesidad de comprender el significado del medio social en la configuración de la personalidad, y analiza la importancia que para ello tiene romper la representación de lo social como externo y lo subjetivo como interno, en tanto lo primero está contenido en la subjetividad, única realidad en que se expresa su síntesis histórica personalizada, y lo segundo define los aspectos y relaciones de lo social en su sentido psicológico para el hombre (Arias, 1998).

El análisis realizado por Arias es sumamente esclarecedor y permite comprender que el conjunto de condiciones desfavorables que actúan sistemáticamente sobre el niño(a), va configurando su sistema de vivencias, emociones, sentimientos, voluntad y otras formaciones psicológicas que caracterizan y explican la dinámica peculiar del sujeto. Estas vivencias negativas configuran la personalidad y determinan las manifestaciones de la esfera emocional volitiva, que en cada sujeto aparecen de forma particular, diversa y compleja, aunque se pueden manifestar características comunes que se van a integrar y configurar en forma diferente, según las particularidades de cada sujeto.

Algunas consideraciones existentes acerca de la definición de trastornos de la conducta.

Las manifestaciones de los trastornos de la conducta se presentan de forma variada, según la propia personalidad del sujeto. Esta diversidad es analizada por diferentes autores y organizaciones, los cuales describen y clasifican de disímiles formas esta manifestación, utilizando para ello términos y definiciones en relación con las concepciones que sustentan.

➤ Martin Herbert (1983) analiza que los trastornos de la conducta son producto de estrategias que el sujeto elabora ante un medio hostil y por lo tanto resalta la significación de la influencia del medio externo en la determinación del trastorno, independientemente que existan factores internos predisponentes (enfoque conductual)

- Phillips Newcomer (1987) plantea que: "La perturbación emocional es un estado del ser caracterizado por aberraciones en los sentimientos que tiene el individuo respecto a sí mismo y al medio ambiente. La existencia de la perturbación emocional se deduce del comportamiento" (en Betancourt, 2001). Esta concepción resalta la importancia de considerar el trastorno emocional como una consecuencia del trastorno comportamental y la estrecha relación que existe entre lo interno y lo externo en la configuración del trastorno.
- Una de las concepciones más conocidas en Cuba es la de Grossman, G. y Col (1983) () la cual expresa que, los trastornos de la conducta son el resultado de la relación que se produce entre las condiciones intrapersonales e interpersonales desfavorables, observándose un carácter persistente de las manifestaciones en los diferentes escenarios donde el sujeto interactúa (familia, escuela, comunidad). Además esta concepción tiene presente la multicausalidad en el origen de este tipo de trastorno e incluye casos de dificultades en el aprendizaje que poseen manifestaciones similares.
- En libro "Acerca de la labor reeducativa en las escuelas para la educación de alumnos con trastornos de la conducta" de un colectivo de autores del MINED (1988), se considera *trastorno de la conducta* a las "desviaciones que se presentan en el desarrollo de la personalidad de los menores, cuyas manifestaciones conductuales son variadas y estables, esencialmente en las relaciones familiares, escolares y en la comunidad. Estas desviaciones tienen como base fundamental las influencias externas negativas asociadas o no a condiciones internas desfavorables"
- Actualmente en la mayoría de los países, el diagnóstico se basa en el Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV,

1994). En el mismo aparecen clasificaciones de: trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastorno disocial de la conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno adaptativo (con alteraciones del comportamiento o con alteración mixta de las emociones y el comportamiento), trastornos del control de los impulsos (como la cleptomanía y el juego patológico), así como trastornos relacionados al consumo de sustancias tóxicas (alcohol, alucinógenos, cocaína). En sentido general, la concepción hace énfasis en la persistencia prolongada de los síntomas básicos de la alteración en el sujeto por un período de 6 a 12 meses para realizar un diagnóstico.

➤ El Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-2) establece una delimitación entre las perturbaciones de la conducta, las perturbaciones de las emociones y de la formación de la personalidad, típicas de la niñez y la adolescencia entre las cuales incluye: inadaptación neurótica, timidez, inadaptación esquizoide y problemas de relación, ansiedad de separación, trastornos de la identidad psicosexual en la niñez, fuga en el niño y el adolescente, agresividad no socializada y trastornos mixtos. Establece otra categoría para el Síndrome Hiperkinético de la niñez. Estas categorías incluyen lo que se clasifica en Cuba como Trastornos de la Conducta a los efectos del tratamiento psicológico y pedagógico (GC-2, 1983).

➤ Fontes y Pupo (2002) () a partir de la vasta experiencia desplegada en el tema consideran que "Los *trastornos de la conducta* son alteraciones variadas y estables de la esfera emocional volitiva, que resultan de la interrelación dialéctica de factores negativos internos y externos, los cuales originan principalmente dificultades en el aprendizaje y en las relaciones interpersonales, todo lo cual se expresa en desviaciones del desarrollo de la personalidad que tiene un carácter reversible".

➤ La Dra. Juana Betancourt, ha aportado una visión integradora que sintetiza la posición de diferentes especialistas cubanos y extranjeros, y permite comprender la configuración psicológica particular de estos sujetos e insistir en que la causa fundamental del origen de los trastornos afectivo-conductuales y de su posterior evolución es "la existencia de un estado vivencial angustioso del que no siempre es consciente el sujeto y que se ha establecido por las relaciones inadecuadas de comunicación que se han producido en los diferentes espacios de relación" (Betancourt, 2001). En este sentido esta autora analiza que este trastorno, constituye un tipo de configuración personal con relativa estabilidad, donde se integran determinadas formas de interpretar la realidad en los diferentes contextos de interacción del menor, que trae como resultado una forma particular de comportamiento creado a partir de los sistemas vivenciales que impulsan la actuación, la orientación y las expectativas del sujeto; interpretación que se asume para la elaboración de la concepción de esta tesis (Betancourt, 2004).

Muchos han sido los términos utilizados para identificar este tipo de necesidad educativa. El término más utilizado ha sido trastornos de la conducta (Thomas A. S, 1969; Arias B. G., 1992; Ortega L. 1982; Grossmann, 1983; Fontes S. O., 1990).

En los últimos años se ha utilizado el término trastornos emocionales y de la conducta (Betancourt T. J, 2001), desviación de la conducta social (Vasallo B. N, 2003 en Pupo, 2006), trastornos de la conducta social (Vega V. R, 2004), trastornos afectivos-conductuales (TAC) (Betancourt T. J, González U. O., 2003) y otros; pero todos se refieren a la misma categoría de niños y adolescentes incluidos en el Decreto Ley 64/ 82.

Al analizar las posiciones teóricas anteriores es posible sintetizar las características que, en la actualidad, y teniendo como base la comprensión histórico-cultural que realiza Vigotsky sobre la educación

del escolar difícil, resultan invariantes para el diagnóstico y la intervención de niños, adolescentes y jóvenes con TAC.

- ↻ Se produce una alteración primaria de la esfera afectivo-volitiva de la personalidad con un carácter estable y reversible.
- ↻ Su origen tiene causas multifactoriales que surgen de la interrelación dialéctica de lo interpersonal y lo intrapersonal, prevaleciendo la influencia de estados vivenciales negativos en el plano de las relaciones sociales.
- ↻ Existe alteración en el sistema de relaciones del sujeto durante su interacción social en los diferentes ambientes de relación (familia, escuela, comunidad).
- ↻ Se producen dificultades en el aprendizaje, relacionadas fundamentalmente a problemas de desmotivación y desinterés propiciados, precisamente, por el daño presente en lo afectivo-volitivo y un medio hostil, no potenciador del desarrollo.
- ↻ En la literatura podemos encontrar diferentes formas clínicas del trastorno según el tipo de formación psicológica de que se trate: con predominio de la hiperactividad, la agresividad, el aislamiento, la inadaptación, etc (estas formas clínicas no se dan generalmente puras, se habla en función de la predominante al analizar la configuración personal del sujeto).

2.1.3. Comorbilidad de Los Trastornos

Lahey y Loeber (1994) aseguran que la evolución y severidad del trastorno negativista y el trastorno de la conducta están estrechamente ligados a otras condiciones como niveles desadaptativos de ansiedad, depresión y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Distintos estudios sugieren que la ansiedad se asocia con la agresión de una manera compleja que cambia desde la infancia a la

adolescencia y que el trastorno de atención se relaciona tanto con la edad de inicio como con la persistencia del trastorno de la conducta perturbadora.

Este modelo, como reconocen los propios autores, es muy sugerente y tiene un alto soporte empírico, pero necesita ser mejorado con nuevos estudios, sobre todo en lo referente a la inclusión de las diversas conductas en los distintos niveles de desarrollo de los problemas de conducta (trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta intermedio y avanzado).

El modelo trata de discriminar entre niños que pueden tener problemas temporales y aquellos que tienen conductas disruptivas persistentes. Plantear secuencias evolutivas diferentes puede ser una contribución importante a la hora de delimitar subgrupos de individuos dentro del trastorno de conducta.

2.1.4. Modelo del procesamiento de la Información Social de Dodge

En los últimos años ha aumentado el interés por el papel que juegan los aspectos cognitivos en la psicopatología infantil y, en concreto, en los trastornos de la conducta. El punto de partida es la idea de que las personas responden al ambiente primariamente en base a las representaciones cognitivas de ese ambiente y de las experiencias mantenidas con el mismo.

Dodge (1993) propone un modelo explicativo de la agresión y del mantenimiento de los trastornos de conducta basado en el procesamiento de la información. Según Dodge, las experiencias infantiles interactúan en la memoria con las estructuras de conocimiento. Estas estructuras son esquemas derivados de experiencias tempranas, expectativas sobre sucesos futuros y vulnerabilidad afectiva. Cuando el niño o adolescente se expone a un estímulo social concreto, las estructuras de conocimiento organizan el

proceso en esta situación. Estos procesamientos cuando son inadecuados y sesgados dan lugar a una conducta desviada o agresiva. Su persistencia en el tiempo puede dar lugar a un trastorno de la conducta.

Dodge plantea que si el niño está expuesto a experiencias tempranas de exposición a modelos agresivos, apego inseguro o abuso físico, concebirá el mundo como un lugar hostil que requerirá de conductas agresivas para conseguir sus metas (Fernández y Olmedo, 1999). La repetición de estas experiencias fortalece las estructuras de conocimiento previas haciendo estos patrones más automatizados, lo que conduce a un trastorno de la conducta, a no ser que pueda experimentar otras situaciones o experiencias que pongan en duda estas estructuras.

2.1.5. Modelo de Patterson de Interacción Coercitiva

Patterson (1982) describe un modelo de interacción familiar que denomina «coercitivo». Según Patterson, el análisis de las secuencias de interacción familiar muestra que la presencia de conductas relativamente triviales (desobediencia, quejas, burlas o gritos, entre otras) que pueden entrar en la categoría más leve del trastorno perturbador proporciona una base de aprendizaje para conductas agresivas de mayor amplitud.

Este progreso está determinado por los reforzamientos proporcionados por los miembros de la familia en distintas secuencias de interacción (Koch y Gross, 2002). La secuencia de las etapas de reforzamiento negativo (ataque o demanda de la madre, conducta coercitiva del niño y resultado positivo para el niño por eliminación de la demanda de la madre y para la madre por eliminación de la conducta coercitiva del niño) puede ocurrir cientos de veces diariamente.

Este aprendizaje es progresivo: al principio aprenden a utilizar altas tasas de conductas coercitivas como un tipo de habilidad social

sustitutiva de otras menos perturbadoras. A medida que los padres adquieren estas habilidades, las cadenas de intercambios coercitivos se hacen más largas, terminando finalmente por ser reforzadas de manera similar a las conductas coercitivas más leves.

Otro factor importante en la continuidad de este tipo de conductas y en la escalada hacia un comportamiento antisocial es el rechazo que estas conductas provocan en sus compañeros y en sus padres. Este autor, además, propone otros factores importantes en su modelo que son el bajo rendimiento académico y la baja autoestima. Estos factores pueden convertirse en determinantes de un contacto inicial, que puede hacerse habitual, en un grupo de compañeros similares a él, lo que puede desembocar en el mantenimiento e incluso en el aumento de conductas antisociales.

Se incluye aquí este modelo dada la ventaja que supone para la explicación de la influencia familiar y del entorno social ya que permite el desarrollo de procedimientos de entrenamiento de padres que van destinados a modificar las interacciones familiares coercitivas (Fernández y Olmedo, 1999). En este sentido, una intervención temprana que identifique las primeras secuencias conductuales coercitivas puede ser un buen momento para prevenir la escalada hacia un comportamiento agresivo.

2.1.6. Modelo de Lynam basado en el Patrón Comórbido de Problemas de Conducta e Hiperactividad

Este modelo se centra en la necesidad de predecir qué niños con problemas de conducta seguirán desarrollándolos con mayor gravedad en la edad adulta, tanto por la dinámica propia de la progresión evolutiva, como por la propia naturaleza de los trastornos que engloba.

Lynam (1996) trata de identificar a los niños que pueden desarrollar conductas antisociales dentro de la gran cantidad de niños que en un momento dado pueden presentar conductas antisociales en la infancia.

Para este autor, una de las dificultades que se encuentra para la identificación de los niños agresivos es la gran prevalencia de los actos antisociales en el curso de su vida. Por tanto, uno de los objetivos de su investigación es la identificación de la minoría de niños que muy probablemente persistirán en su conducta antisocial de entre la multitud de niños que manifiestan conductas antisociales (Fernández y Olmedo, 1999). Específicamente propone que el niño que es hiperactivo y antisocial tiene un alto riesgo de perseverar en su conducta antisocial y convertirse en un adulto antisocial desarrollando una psicopatía. Lynam revisa estudios longitudinales, transversales y de familias encontrando evidencia de que el niño hiperactivo y antisocial tiene peor pronóstico que aquel que sólo manifiesta uno de los dos trastornos.

Además, relaciona la hiperactividad, la conducta antisocial del niño y la psicopatía en los adultos basándose en estudios psicofisiológicos y otros de rendimiento en ambos grupos y, finalmente, propone un modelo que sugiere que la concurrencia de la hiperactividad y los problemas de conducta pueden representar un subtipo de trastorno de la conducta perturbadora que puede describirse como «psicopatía incipiente». Una de las dificultades que se ha encontrado en la investigación de los problemas de conducta y que dificulta la elaboración de conclusiones fiables es la alta tasa de solapamiento existente entre los problemas de conducta y el conglomerado compuesto por la hiperactividad-impulsividad-falta de atención. De hecho, algunos autores (Lilienfeld y Waldman, 1990) indican que la asociación entre hiperactividad-impulsividad - falta de atención y posterior criminalidad es debida al solapamiento que existe con el trastorno de conducta.

De los estudios que han relacionado psicopatía en adultos y niños con hiperactividad-impulsividad- falta de atención se concluye que la mayoría de los déficits encontrados en los adultos aparecen también en algunos grupos de estos niños. Por tanto, se puede sugerir que los psicópatas del mañana podrían encontrarse entre un subgrupo de

niños con hiperactividad-impulsividad-falta de atención, en concreto entre los que muestran también un trastorno de la conducta. Los estudios que han distinguido entre niños con hiperactividad-impulsividad-falta de atención y niños que, además, presentan un trastorno de conducta sugieren que este último grupo es el responsable de las similitudes con la personalidad antisocial y la psicopatía. En este sentido, se puede defender una relación, aunque sea endeble, entre hiperactividad - impulsividad - falta de atención y trastorno de conducta y psicopatía.

Una de las consecuencias relevantes de este modelo es la puesta en marcha de estrategias eficaces de intervención. Para ello será necesario conocer la peculiaridad del desorden que se esté analizando. Es importante conocer la naturaleza de las relaciones entre hiperactividad-impulsividad- falta de atención, trastorno de conducta y psicopatía lo que posibilitará estrategias preventivas ante la personalidad antisocial y la psicopatía.

Este modelo implica también una revisión en profundidad del tratamiento que actualmente se ofrece para estos trastornos.

Este subgrupo parece ser diferente desde el punto de vista etiológico y patológico. Si además, como se ha encontrado en algunos estudios, la patología correspondiente a este subgrupo puede que consista en un déficit de ciertas vías serotoninérgicas, el tratamiento farmacológico indicado debería ser la administración de ansiolíticos que operan en este sistema, en lugar de estimulantes. También puede entrenarse al niño a identificar situaciones problemáticas y a desarrollar técnicas adecuadas para detenerse y examinar su ambiente en busca de señales relevantes para su conducta.

Así mismo, resulta especialmente importante una intervención temprana (Fernández y Olmedo, 1999). Sería plausible lograr identificar este subgrupo antes de que se desarrollara un trastorno de la conducta

y debería identificarse en base a la sintomatología exteriorizada, sobre todo en la variable de impulsividad

2.1.7. Modelo Ecológico de Frías-Armenta y Colaboradores

Este modelo, basado en el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1987) para explicar el desarrollo de la conducta humana, concibe el ambiente ecológico del individuo como un conjunto de sistemas sociales estructurados en distintos niveles:

↗ Microsistema: es el nivel social más inmediato a la persona, incluyendo a la familia y a las relaciones interpersonales más estrechas.

↗ Exosistema: lo constituyen los estratos sociales próximos a la persona, después del familiar. Abarcan el trabajo, la escuela, el vecindario, la iglesia, las asociaciones o las instituciones recreativas, entre otros. Dentro del exosistema se encuentra el mesosistema que incluye las relaciones en las que la persona participa activamente.

↗ Macrosistema: engloba al resto de sistemas y se refiere a la cultura que envuelve al individuo. Incluye las formas de organización social, los sistemas de creencias, los estilos de vida, las normas sociales y las costumbres.

2.2. CATEGORÍA DE ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL.

2.2.1. Familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad. En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga amor, cariño, protección y se

prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad.

La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana.

2.2.2. Tipos de familia

a. La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

b. La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás.

c) La familia mono parental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos.

d) La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as.

e) La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren.

2.2.3. Salud mental y disfunción familiar

La separación de la familia tiene efectos en la salud mental de las personas. Aun cuando la separación se dé en un proceso planeado

como la migración voluntaria, trabajos fuera de la ciudad, etc., tendrá efectos en los que salen y los que se quedan.

Estas separaciones reestructura de manera significativa las relaciones familiares: ocasiona cambios de roles (Mummert, 2003), implica la presencia de problemas académicos o de conducta en los pequeños que se quedan al cuidado de abuelos cuando los padres emigran, o que se presente dificultades y tensiones en las relaciones de pareja, cuestiones que incluso la reunificación familiar no resolverá por si sola (Fresneda, 2001).

2.2.4. Trastorno de la conducta

La expresión “trastornos de conducta” agrupa una gran variedad de manifestaciones sintomáticas que alteran de manera importante el desempeño social, escolar y familiar del niño, y en la mayoría de las veces es diagnosticada en la infancia; para considerarlas como tales deben tener tres características:

- Interferir de manera importante con la adquisición de normas y pautas sociales y reaccionar en contra de ellas.
- No corresponder a reacciones comportamentales en el marco de otra entidad patológica específica (depresión, psicosis infantil, trastornos de ansiedad, etc.)
- Manifestarse según la edad cognoscitiva y social del niño.

De acuerdo con estas tres consideraciones, solo un limitado grupo de comportamiento de los niños puede considerarse como patológico. Recordemos que los niños suelen manifestarse a través del comportamiento, y no todo signo que a los ojos de un adulto sea inesperado, erróneo o inmaduro puede calificarse como patológico. De hecho, muchas de la quejas de comportamientos alterados en los niños suelen corresponder a manifestaciones diferentes a las alteraciones propias del comportamiento o más aún, a problemas originados en los

mismos padres. Un análisis cuidadoso del comportamiento de los niños, así como un conocimiento de las reacciones normales para cada etapa de su desarrollo, nos permitirá diferenciar las características de los diferentes tipos de comportamiento infantil y aquellos determinados como anormales.

Es importante resaltar que en la mayoría de los reportes la expresión “trastornos de conducta” es utilizada análogamente a la de trastornos de comportamiento. A pesar de que los significados de cada uno de los términos no se refieren necesariamente al mismo fenómeno, utilizaremos el término “conducta” dado que es el empleado en los sistemas de clasificación. No obstante, consideraremos a que se refiere cada uno de los dos términos:

2.2.5. Conducta y comportamiento

↗ Conducta: Forma de reacción a un estímulo **es decir el conjunto de actos exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros.** Caminar, hablar, manejar, correr, gesticular, limpiar, relacionarse con los demás, es lo que se denomina conducta evidente por ser externamente observables. La conducta evoluciona y tiene diferentes componentes: uno instintivo y biológico y otro elaborado por medio del aprendizaje

↗ Comportamiento: Modo de ser y actuar **que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos.** El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten. **El comportamiento** sería la resultante de esa conducta, moldeada y modelada por el aprendizaje y este se relaciona estrechamente con la conducta.

2.2.6. Causas

Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo del trastorno de conducta. Los exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas. Se considera que el temperamento de los niños tiene origen genético. Los niños y adolescentes de "carácter difícil" tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento. Los niños o adolescentes que provienen de hogares en desventaja, disfuncionales o desorganizados tienen mayor probabilidad de desarrollar este tipo de trastornos. Se sabe que los problemas sociales y el rechazo por parte de sus compañeros contribuyen a la delincuencia. Existe también una relación entre el bajo nivel socioeconómico y los trastornos de conducta. Los niños y adolescentes que manifiestan un comportamiento delictivo y agresivo tienen un perfil cognitivo y psicológico que los caracteriza cuando se los compara con niños que tienen otros problemas mentales y con los pertenecientes a grupos de control. Todos los factores posibles influyen en la interacción de los niños y adolescentes con los demás.

2.2.7. Etiología

Los trastornos de la conducta en la infancia no tienen una etiología específica determinada. Tampoco se postula una sola forma como causa. Existen teorías de diferente orden y algunas apreciaciones de multifactorialidad. La afirmación de que exista un comportamiento heredado y que las alteraciones de éste sean de tipo genético ha tomado curso en los últimos años, aunque no todos los autores comparten este tipo de planteamiento. No existe, por lo tanto, unanimidad al respecto y prevalece la tesis más prudente de las etiologías multifactoriales.

2.2.8. Factores etiológicos biológicos y constitucionales

↗ **Sexo:** Es una de las variables más importantes. Se sabe que entre el 70 y 75% de todos los casos diagnosticados corresponde a varones.

↗ **Genéticos:** Hay mayor concordancia en gemelos monocigóticos que en dicigóticos, en estudios de niños adoptados hay mayor riesgo de criminalidad y conducta antisocial en casos de padres biológicos con antecedente de trastornos.

↗ **Factores perinatales:** Bajo peso al nacer, Anoxia cerebral del recién nacido y sufrimiento en el parto, malnutrición, consumo de drogas y alcohol en el embarazo.

↗ **Factores cerebrales:** Alteraciones en el lóbulo frontal, Aumento de signos neurológicos menores, alteraciones electroencefalográficas variadas e inespecíficas:

↗ **Factores bioquímicos:** Aumento de la MAO plaquetaria, disminución de actividad serotoninérgica, aumento de función noradrenérgica.

2.2.9. Factores etiológicos psico-sociológicos

↗ **Factores sociológicos:** Clase social baja, hacinamiento, pobreza, Presión de grupo social, influencia de medios de comunicación.

↗ **Factores psicológicos:** Aprendizaje vicario o por imitación, Familia con antecedentes de psicopatía conducta criminal y alcoholismo, padres desempleados, agresivos, negligentes y crueles. Madre fría. Discordia y conflictos familiares. Según Dollard: a toda frustración sigue una agresión. Educación rígida o ausencia de control.

2.2.10. Clasificación

A pesar del acierto que supone el esfuerzo hecho por los grupos del DSM-IV y el CIE-10 para ponerse de acuerdo acerca de las conductas anormales de los niños y de su clasificación, debemos considerar algunas alteraciones del comportamiento que pueden constituirse por sí mismas en patológicas, o bien, hacer parte de otros diagnósticos, pero manifestarse de una manera patológica en el área de la conducta.

El DSM-IV considera dos entidades principalmente: TRASTORNO DE CONDUCTA INFRASOCIALIZADO AGRESIVO y LOS NO AGRESIVOS

2.2.11. Cuadro Clínico

A continuación una breve presentación de los cuadros clínicos de todas estas entidades:

2.2.11.1. Conducta Infrasocializado Agresivo

Conductas Agresivas

La agresividad en si misma forma parte del desarrollo del niño y no debemos confundir las manifestaciones agresivas patológicas, como parte de los trastornos de conducta, con aquellas manifestaciones normales en las cuales el niño afirma su rol social, su independencia y su voluntad y que son esperadas para la edad según el desarrollo psicoafectivo. Un niño puede mostrarse agresivo ante los demás sin tener necesariamente la intención de agredir. Las manifestaciones agresivas patológicas que forman parte de un trastorno de conducta son:

Intolerancia grave a la frustración:

Nos referimos a los casos en los cuales los niños no toleran la menor frustración. Se entiende que la intolerancia a la frustración hace parte del desarrollo del niño y de los procesos de aprendizaje a través de la experiencia.

El niño comienza desde la temprana infancia a presentar intensos y frecuentes accesos de cólera ante cualquier frustración, por mínima que sea. La familia tiende a reaccionar de manera positiva a sus demandas, con la cual genera la perpetuación de este comportamiento. Este trastorno es una forma de trastorno “interactivo” familiar, que suele manifestarse de manera grave cuando el niño ha adquirido la independencia motora y manipula a la familia con sus comportamientos agresivos. En niños más grandes estas crisis se acompañan de fuerte agresividad dirigida hacia los padres o hacia ellos mismos cuando no son satisfechos sus deseos. Las familias con pautas de crianza tolerante o divergente entre los padres, pueden generar con mayor frecuencia este síndrome.

✦ Conductas Autoagresivas:

Las conductas de agresividad autodirigidas en los niños son frecuentes y generalmente indican un grado de patología.- Algunos recurren al estos síntomas cuando la agresiones físicas o verbales en contra de otros fracasan en el sentido de obtener beneficio.

Existe el concepto de no considerar las automutilaciones como trastorno del comportamiento aislado, es decir, pensar más en estos síntomas como partícipes de otros diagnósticos, como por ejemplo retardo mental, psicosis, autismo y otros síndromes genéticos o neurológicos.

Estas automutilaciones como trasformo del comportamiento suelen involucrar las extremidades, cabeza y tronco. Se presenta con mayor frecuencia en niños con deficiencias cognoscitivas o sensoriales y en niños deprivados psicológicamente o institucionalizados. En ocasiones representa una forma de llamara la atención del entorno.

✦ Conducta destructiva

Es todo aquel comportamiento que nos resulte perjudicial y nos dañe tanto física como mental o emocionalmente.

Éste tipo de conductas destructivas se producen por un motivo que en muchas ocasiones está latente dentro del individuo. El comportamiento dañino es un castigo subconsciente que nos infringimos a nosotros mismos cuando sentimos que merecemos dañarnos por algún motivo. Tal vez podría ser por sentir que no merecemos afecto, porque nos deseamos castigar por actuar de una manera que consideramos es incorrecta, débil, cobarde... por temer enfrentarnos a una faceta de nuestras vidas que nos hace ser infelices y nos crea insatisfacción tal como esta.

➤ Conductas violentas de grupo

Más frecuentemente encontradas en la adolescencia, las conductas violentas en grupo se pueden iniciar en la infancia. En general son conductas antisociales caracterizadas por presentarse de manera masiva, en ocasiones en coordinación con un grupo para realizarlas. Pueden significar la entrada a una condición psicopática y, en este caso, dejan de ser alteraciones del comportamiento y se convierten en patologías de personalidad. Siempre son llevadas a cabo para provocar una reacción del entorno.

➤ Violencia dirigida a las personas y muerte:

Esta es la forma más aguda de conducta agresiva y suele tener siempre un significado patológico. La violencia como manifestación del comportamiento de un niño siempre implica un cierto grado de psicopatología. Al hablar de violencia entendemos un patrón de relación en el cual los actos son dirigidos hacia los otros causando un daño y, generalmente, teniendo la conciencia del efecto que producirá aun cuando se trate de un comportamiento aprendido por el niño.

Los comportamientos violentos pueden originarse desde las primeras etapas del desarrollo de un niño y permanecer hasta la adolescencia. La violencia en los niños habitualmente se origina a partir de una conducta aprendida y suele haber un patrón transgeneracional, como en el caso de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil.

En los últimos años se ha especulado a cerca de ciertos patrones de violencia hereditaria, a través de los cuales existe una vulnerabilidad genética en los seres humanos para reaccionar de manera violenta a los estímulos. El comportamiento violento de los niños parece ser cada día más frecuente, el acceso a información sobre armas, muerte y suicidio esta mas a la mano de poblaciones más jóvenes. No es raro en la actualidad encontrar reportes de asesinatos, violaciones y otros actos delictivos realizados por personas cada vez de menor edad. Este tipo de violencia generalmente se enmarca en los cuadros de alteraciones de la personalidad en formación o patologías de personalidad y ya no hacen parte de alteraciones simples del comportamiento.

➤ Conductas contra la propiedad (robo)

Para poder hablar de robo en los niños debemos considerar que ellos ya tengan la capacidad de reconocer el concepto de la propiedad y el entendimiento de las normas sociales que prohíben el robo. Es entonces hacia los 6 o 7 años de edad cuando los actos de apropiación de objetos ajenos pueden considerarse como tales. El robo tiene varias correlaciones y significados en los niños, y solo un escaso número de ellos puede evolucionar hacia un trastorno de conducta como tal e inscribirse incluso en un trastorno de personalidad. Robar objetos es altamente frecuente en la infancia y uno podría decir que casi todos los niños han tomado algún elemento como propio sin serlo, sin embargo, solo cuando esta conducta se mantenga durante un largo periodo e involucre algunas conductas asociadas (premeditación, elaboración y perfeccionamiento del método y aumento del valor de los objetos), así como el producto de dicho acto (reventa, negocio, compra de drogas o alcohol, etc), se podrá considerar el robo en los niños como un verdadero trastorno de conducta.

2.2.11.2. Conducta Infrasocializado No Agresivo

➤ Mentiras y mitomanía

Las mentiras en los niños son frecuentes, normales y necesarias para su desarrollo. Son comunes también en algunos asuntos., existen varias razones por las cuales un niño recurre a ciertas mentiras en mayor o menor grado, estas mentiras son generalmente intencionales, provistas de un relato de fantasía y que se pueden inscribir en ciertos momentos específicos de la vida del niño. La gran mayoría de ellas son normales y no representan peligro alguno para el desarrollo de la personalidad del niño. Gracias a la aparición de ciertas mentiras los niños pueden elaborar escenarios irreales y jugar con la imaginación, estimulando su creatividad y generando un espacio que les permita posteriormente reconocer los límites de la realidad.

Sin embargo, existen algunas mentiras que se pueden constituir en patológicas y pueden formar parte de un síndrome de mitomanía: hacen parte de un trastorno de conducta cuando se realizan en forma reiterativa y repetida, causan gran dificultad en las interacciones sociales y familiares y son llevadas a cabo con fines secundarios específicos en forma sistemática.

Lo son también cuando reemplazan de manera competitiva el funcionamiento normal del individuo: es decir, se inscriben en un funcionamiento permanente fuera del cual el niño no puede relacionarse, jugar ni expresarse. Tiene generalmente un significado simbólico, de deseo no resuelto o de intolerancia a la frustración.

Fugas:

Las fugas se definen como actos de pérdida espontánea del domicilio en un niño o un adolescente, con un afán irreducible de, evasión sin conocer necesariamente el objeto del acto y sin tener un plan de huida estructurado. La fuga en niños pequeños es de corta duración, en ocasiones regresan el mismo día. En la medida en que el niño crece la duración y la complejidad de la fuga también aumentan. Los niños que recurren a ella sistemáticamente en diferentes ocasiones y bajo ciertas características suelen presentar un trastorno de comportamiento.

Quienes presentan una fuga aislada espontánea y única, suelen responder con este acto a un síntoma de trastorno específico psicopatológico, especialmente depresión infantil. Los niños que se fugan son generalmente provenientes de hogares desintegrados y de medios socioeconómicos difíciles. La fuga encierra un riesgo es sí misma: El fenómeno de “callejización”, ampliamente conocido en nuestro medio y a través del cual un niño pierde rápidamente su entorno protector y se convierte en un niño de la calle.

2.2.11.3. Trastorno Oposicional Desafiante

Reconocido por el DSM IV, es más frecuente en niños, se caracteriza por un patrón de hostilidad, agresividad, negativismo, y desafío en los niños, ausencia permanente del respeto de normas y vulneración del derecho de otros. Se manifiesta generalmente desde la temprana infancia y tiene como pico alrededor de los 12 años, se caracterizan por presentar problemas de socialización con los adultos, provocación a ellos y negativismo activo, inicia de manera insidiosa e involucra pocas actividades en la vida del niño pero se hacen más evidente ente las exigencias que implica el desempeño escolar.

Para realizar el diagnostico de este trastorno se debe tener en cuenta que muchos niños con otro tipo de patología se suelen mostrar desafiantes y negativistas en diferentes momentos, en especial en la depresión infantil. No existe claridad sobre su epidemiología pero diversos reportes sugieren una prevalencia del 16% al 22% en edades escolares en EEUU. A pesar de que en los últimos años se especula de una vulnerabilidad biológica o genética, algunas investigaciones han propuesto una disminución de las concentraciones de serotonina.

Las teorías etiológicas actuales apuntan a una combinación de factores que influyen en la ocurrencia de mecanismos multifactoriales en un sujeto predispuesto desde la temprana infancia.

Criterios para el diagnóstico.

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 o incurre en pataletas
2. A menudo discute con los adultos
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
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

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.

2.2.11.4. Trastornos Disociales

Se caracterizan por un patrón repetido y persistente de conducta Disocial agresiva o desafiante. Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia y suponer un patrón perdurable de comportamiento (6 meses o más). Algunos rasgos del trastorno conductual pueden ser síntomas de otras

afecciones psiquiátricas, en cuyo caso la condición psiquiátrica de base cobra preeminencia diagnóstica.

Entre los ejemplos sobre los cuales se fundamenta el diagnóstico se encuentran niveles excesivos de pelea y fanfarronería, crueldad hacia las demás personas y hacia los animales, destrucción grave de la propiedad, conducta incendiaria, robo, mentira repetitiva, falta a la escuela y fuga del hogar, rabietas y desobediencia extraordinariamente frecuentes, cualquiera de estas conductas, si es marcada, es suficiente para el diagnóstico, pero no lo son las acciones disociales aisladas

↗ Criterios diagnósticos de investigación:

Patrón de conducta repetitivo y persistente que conlleva a la violación de derechos básicos de los demás o de las normas sociales básicas apropiadas a la edad del paciente.

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 (por ejem., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. Ha manifestado crueldad física con las personas
5. Ha manifestado crueldad física con animales
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (por ejem., 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 (por ejem., 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 periodo 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

Instrumentos diagnósticos

No existe ningún examen complementario o prueba diagnóstica específica; por lo que, es de suma importancia realizar una adecuada anamnesis con preguntas sobre los factores socioeconómicos y contextuales.

Al indagar sobre las conductas problemáticas, el esquema básico debe incluir cómo son esas conductas, la gravedad e intensidad, su frecuencia, contextos en los que se producen, desencadenantes y cómo finalizan, la consistencia en los distintos entornos y la evolución a lo largo del tiempo. También, es importante realizar una exploración física y neurológica completa y determinación de tóxicos si existe la mínima sospecha de consumo de drogas.

Existen algunos instrumentos (test, cuestionarios) que pueden ayudar en el diagnóstico.

2.2.12. Tratamiento

La intervención en los problemas del comportamiento conlleva una serie de dificultades inherentes a la variada etiología y a los distintos condicionantes internos (temperamento o personalidad, capacidad de afrontamiento, etc.) y externos (socioeconómicos, culturales, etc.) que matizan el cuadro clínico. Como consideración general, el tratamiento principal debe ser el tratamiento psicológico.

Se basa en el empleo de técnicas cognitivas y conductuales, técnicas de resolución de conflictos, mediación escolar o técnicas de apoyo familiar, entre otras. El tratamiento farmacológico se debe reservar para las situaciones más graves o cuando hayan fracasado otras modalidades terapéuticas.

2.2.13. Terapia psicológica

El tratamiento psicológico se basa en las estrategias cognitivas y conductuales. Las técnicas conductuales se han mostrado útiles y de relativamente fácil aplicación. Su eficacia es mayor en los escolares que en los adolescentes y cuando los problemas en el comportamiento están comenzando. Así, se podría decir que son estrategias con un componente de intervención y con un componente preventivo.

Los encargados de aplicar las técnicas conductuales son los tutores (familiares o quienes tengan su tutela), profesores, etc. del niño (a

diferencia de las estrategias cognitivas que las realizan los terapeutas sobre el niño). Por ello, se debe entrenar a los tutores en la identificación de los problemas que van apareciendo y en la idoneidad de aplicar cada técnica. Antes de comenzar la exposición sobre las técnicas de intervención, es preciso mencionar una serie de recomendaciones generales:

↻ Las técnicas de modificación de la conducta se deben aplicar de manera continua. No se pueden establecer descansos (por ejemplo, los fines de semana), ya que suponen un retroceso en los logros.

↻ Es necesaria una minuciosa coordinación sobre las pautas utilizadas para aplicarlas en todos los entornos (escolar, en casa, etc.). De nada sirve que se aplique una técnica en un sitio y no en otro, por lo que todos los implicados deben estar informados.

↻ No existen programas de intervención universales. Hay que evaluar los problemas del niño de manera individual, priorizando las actuaciones sobre aquellos problemas más importantes. Programas iguales aplicados sobre niños con síntomas similares pueden producir efectos contrarios, por lo que hay que reevaluar de manera periódica la efectividad de la intervención.

↻ Hay que tener en cuenta que estamos realizando un aprendizaje, no un castigo. Siempre aclarar al niño que le damos disciplina y que no significa que no tengamos cariño por él. Antes de comenzar con las estrategias conductuales, se debe establecer un registro de conductas de la manera que se prefiera (que los padres traigan escrito en una hoja los problemas que aparecen a lo largo del día, que el profesor escriba en la agenda escolar las conductas disruptivas, etc.). En dicho registro, se deben especificar:

1. Las características de la conducta anómala y todas sus particularidades importantes.

2-. La intensidad de los síntomas, incluyendo:

- ↗ Su consistencia.
- ↗ La frecuencia.
- ↗ La expresión de los síntomas en relación con el entorno. En qué situaciones empeoran o mejoran.
- ↗ La evolución a lo largo del tiempo.

Aunque existen muchas técnicas conductuales, algunas de las más importantes son las siguientes:

2.2.13.1. Técnicas de conducta dirigidas a eliminar problemas en el comportamiento:

↗ **Corrección verbal y física:** para que la corrección verbal sea efectiva, se debe procurar un estilo comunicativo padres-niño basados en el lenguaje propositivo, esto es, evitando las frases con negaciones. Por ejemplo, en lugar de decir “no le pegues a tu hermano”, decir “quiere mucho a tu hermano”. Esto permite guardar el “no” para los momentos especialmente disruptivos. Cuando se produce ese momento, se le da al niño la instrucción con un “no” antepuesto, con un tono de voz firme y enérgico. Por ejemplo, cuando el comportamiento sobrepasa una pelea normal entre hermanos, se puede decir: “¡No! ¡Quieto!”. A la corrección verbal se le puede acompañar una corrección física. Consiste en utilizar cierta fuerza para eliminar la conducta, sin dañar ni causar dolor al niño. Por ejemplo, en el caso anterior, a la vez que decimos “¡No! ¡Quieto!”, podemos coger de la mano al niño agresor, girarlo sobre su eje y administrarle un pequeño empujón que lo separe del hermano agredido.

↗ **Extinción:** se basa en la ignorancia de las conductas que manifiesta el niño. Veamos un ejemplo de su utilización: la familia acude a un supermercado y el niño interrumpe constantemente pidiendo unas y otras chuches. La respuesta refleja de sus padres es

hacer callar al niño. Éste se enfada y aumenta la intromisión, y así sucesivamente hasta que estalla el conflicto, con una gran rabieta. Una alternativa consiste en ignorar la primera irrupción. Los padres deben continuar comprando y hablando entre ellos con el mismo todo de voz y sin mirar hacia el niño. En las primeras ocasiones en que se practica esta técnica, el niño aumenta la intensidad de la intromisión, ya que entiende que ahora no se le hace caso cuando antes se convertía en el centro de atención. Este efecto se denomina estallido de extinción. Poco a poco, a medida que se suceden los ensayos, la conducta del niño se va modulando debido a que no encuentra respuesta a sus peticiones.

Es importante no ceder cuando el niño aumenta la intensidad de intromisión. Si se cede, se le puede transmitir que la respuesta de los padres aparece cuando su irrupción se realiza con más ímpetu. La extinción se utiliza, sobre todo, cuando hay conductas desafiantes y oposicionistas graves.

2.2.13.2. Técnicas de conducta dirigidas a aumentar los comportamientos positivos:

➤ Técnicas de reforzamiento: los niños con problemas de comportamiento se acostumbran con facilidad a los castigos. Por ello, no resulta útil mantener una actitud beligerante constante como respuesta a sus conductas. Conviene recordar que el mal comportamiento del niño no es voluntario en la mayoría de las ocasiones. En contraposición, resulta eficaz el reforzamiento positivo. Consiste en transmitir alabanzas y halagos a lo que el niño hace dentro de “la normalidad”. Por ejemplo, si una tarde el niño no le pega a su hermano, cuando lo venía haciendo a diario en el último mes, se le debe decir: “Muy bien, campeón, enhorabuena. Lo has logrado. Eres fantástico...”. En ocasiones, se pueden añadir pequeños premios tangibles, como un juguete de poco valor o una tarde en el cine. Las alabanzas de los padres son los premios más eficaces para mejorar el comportamiento. Más que los juguetes u otros premios.

↗ Economía de fichas: consiste en registrar las conductas positivas del niño en un calendario. Cada conducta positiva conlleva una señal y cuando se sobrepasa un determinado número de señales se le entrega un premio, que puede ser alguno de los mencionados en el apartado anterior. El tipo de premio y el número de señales necesarias para su obtención deben ser pactados previamente. Un ejemplo: se pega una cartulina en la pared del cuarto del niño con un calendario. Cada tarde que el niño no arremete contra su hermano, se coloca una estrella en el día correspondiente. Cada semana se cuentan las estrellas logradas. Si se llega a 4 estrellas, se va al cine. Si son 3 estrellas, otro premio menor, etc.

↗ Contrato de contingencias: consiste en utilizar un reforzador positivo muy importante para el niño para incrementar una conducta positiva que casi no se está produciendo. Para ello hay que establecer un “contrato” entre el niño y sus padres, que incluso puede ser escrito y firmado por ambas partes donde se especifique lo que se consigue por realizar la conducta requerida. Se puede emplear en niños mayores y adolescentes, incluso con problemas disociales graves. Es muy utilizado en centros terapéuticos especializados en adolescentes con trastornos graves del comportamiento. Por ejemplo, se da permiso para un tatuaje cuando se comprueba que no existe consumo de tóxicos ni nuevas denuncias por delitos durante un mes.

↗ La técnica del Tiempo Fuera

Esta técnica supone una variación de la anterior en tanto es una técnica que utiliza básicamente la retirada de atención, por lo que muchos de los principios allí expuestos son válidos aquí pero con algunas matizaciones.

Delante episodios de lloros, rabietas o travesuras más subidas de tono (por ejemplo, cuando se produce el descontrol), puede utilizarse la técnica de "tiempo fuera", en el que el niño se le retira físicamente del


espacio actual para trasladarlo a su habitación u otro lugar, por un breve espacio de tiempo. También pueden ser los padres los que se retiran del lugar donde esté el niño (cuando es posible, p.e. en el comedor de la casa).

2.2.13.3. Los procedimientos cognitivos.- Son programas encaminados a reestructurar los pensamientos de los niños y lograr nuevas conductas facilitadoras de la reducción de los problemas de comportamiento.

Aunque existen varios métodos en la psicoterapia cognitiva, la mayoría de ellos comprenden una serie de fases que se pueden sintetizar en tres principales:

➤ Acontecimientos: una vez se han recogido los problemas en la anamnesis, en esta primera fase se explica al niño y sus familiares las conductas disruptivas identificadas. Para ello, se deben establecer los correlatos conductuales (por ejemplo, a partir de un acto violento se genera en los demás compañeros rechazo. Esto produce aislamiento progresivo que aumenta la sensación de malestar, la irritabilidad y disminuye la tolerancia a las consignas de los profesores. Al final, la frustración lleva a aumentar los problemas conductuales).

➤ Ideas irracionales: en la segunda parte, una vez comentadas las experiencias cotidianas, se explica que sus ideas y creencias tienen un papel fundamental en los problemas que dichas experiencias pueden crear. Los problemas de conducta se asocian a una serie de ideas no racionales, como pueden ser la utilidad de los actos violentos para conseguir algo, la impunidad de los actos que se cometen o que cuando se actúa de una manera disruptiva la persona se siente mejor. El terapeuta debe identificar dichas creencias erróneas y plantear las alternativas correctas a la familia y al niño. Cuando el niño es pequeño, no suele comentar espontáneamente dichos pensamientos erróneos, por lo que hay que ayudar con una serie de preguntas preparadas, por ejemplo, ¿crees que pegando a tu compañero las cosas van a ir mejor?

 **Consecuencias:** se explicita que las ideas irracionales llevan a una consecuencia conductual. Para continuar con el mismo ejemplo, la creencia de que al pegar a un compañero se obtiene alguna ventaja en algún aspecto de la vida puede llevar a aumentar esas conductas violentas.

Al concluir las tres fases se ha logrado que las conductas y los pensamientos que las acompañan se encuentren en la superficie de los procesos mentales. Cuando se encuentran en esta posición, es más fácil poder actuar sobre ellos. A partir de ese momento, se puede trabajar sobre las conductas que ocasionan problemas y sobre las alternativas que existen para que desaparezcan. Se debe enfatizar la presencia de creencias y pensamientos erróneos y la capacidad del niño para cambiar esos pensamientos. También, la capacidad del niño para cambiar sus conductas por otras que no le ocasionen conflictos. Cuando se trata de niños pequeños, los padres pueden estar presentes siempre que se les advierta sobre la necesidad de respetar espacios para que el niño hable. En niños de más edad, la intervención se puede realizar sin la presencia de la familia. Es importante que se establezcan un debate y discusión sobre las posibilidades de eliminación de las creencias erróneas. Para ello, se cuestiona y pone en tela de juicio cada cuestión, mediante preguntas retóricas que suscitan el debate: “¿Crees que puedes ir a clase sin que te pelees con los compañeros?, ¿crees que tu forma de pensar te ha llevado a esta situación y que cambiando la forma de pensar puedes conseguir que tus padres confíen más en ti?”.

Otras estrategias cognitivas comprenden programas de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas. Estos programas incluyen técnicas de mejora de las habilidades sociales, del autocontrol de los impulsos o de las capacidades de comunicación.

Como se puede observar, este tipo de intervención plantea una serie de dificultades entre las que se encuentran la necesidad de un mínimo

de experiencia en su aplicación, la disponibilidad de tiempo para su ejecución (poco frecuente en las consultas de pediatría) y que el niño tenga una edad suficiente para que establezca la adecuada conexión cognitiva con el terapeuta. Sobre este último aspecto, es destacable que en muchas ocasiones se puede plantear una estrategia cognitiva con niños de hasta 7-8 años.

2.2.13.4. Otras medidas terapéuticas

El tratamiento debe incluir una intervención en los contextos familiar y escolar. En el colegio, se debe continuar aplicando las medidas conductuales que se aplican en casa. Esto requiere una comunicación fluida entre la familia y el colegio, ya que en muchas ocasiones se establecen reproches mutuos sobre la culpabilidad en el origen del problema. La familia culpa del mal comportamiento a la ineficiencia en la estrategia educativa del colegio y el colegio hace lo mismo con la familia. En estos casos, el terapeuta debe aclarar la situación y proponer soluciones integradoras.

También, existen distintos programas de intervención escolar en los trastornos del comportamiento. El tipo de programa varía según la Comunidad Autónoma e incluso van cambiando año tras año. Los más utilizados tienen como base la utilización de distintos sistemas de mediación. Consisten, básicamente, en la utilización de figuras de referencia que pueden ser profesores o alumnos mayores para ayudar a solucionar los conflictos que aparecen debido al comportamiento no adecuado. En este sentido, adoptan el rol de “mediadores” en los conflictos.

En cuanto a la intervención con la familia, es importante no culpabilizarla y afrontar las soluciones desde una posición de búsqueda de estrategias y no desde el reproche hacia lo que se ha hecho mal. En ocasiones, la familia tiende a negar el problema cuando está comenzando.

A medida que las dificultades aumentan, se quedan sin herramientas y pueden pensar que su educación era demasiado “blanda”. Surgen dificultades en la convivencia, los padres pueden “tirar la toalla”, caer en un estado de pesimismo. Hay que aclarar que en muchas ocasiones los padres no eran demasiado blandos, sino que el hijo les sometía a demasiada tiranía. En los casos graves, especialmente cuando existen agresiones y robos, se debe animar a los padres para que denuncien en los juzgados los comportamientos del hijo.

2.2.14. Programa de modificación de conducta

El profesional de la salud comienza con la elaboración de un historial completo de los problemas del niño en el hogar, en la escuela y durante las actividades sociales. La mayor parte de esta información procede de los padres y los profesores. El terapeuta también se reúne con el niño para tener una idea de cómo es.

Esta evaluación debe dar paso a una lista de conductas objetivo para el tratamiento. Las conductas objetivo son aquellos comportamientos que necesitan ser modificados para que el niño mejore. Puede tratarse de conductas que deban eliminarse, o de habilidades nuevas que deban aprenderse.

Se pueden llevar a cabo tratamientos conductuales similares tanto en el hogar como en la escuela. Los padres y los profesores vigilan de manera cuidadosa la respuesta del niño al tratamiento. El tratamiento se modifica a medida que el niño cambia.

2.3. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis General

Los entornos disfuncionales familiar, escolar y social influyen en los niños del Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz”, para que presenten Trastornos de Conducta; por lo que se ha observado lo siguiente: conflictos intrafamiliares, falta de atención por parte de los docentes y carencias de recursos

socioeconómicos que permitan satisfacer necesidades básicas en los niños.

2.3.2. Hipótesis Específicas

- ↗ Fortaleciendo los vínculos entre la familia y escuela a través de charlas, talleres, presentando videos, etc., se conseguirá promover la participación de los pacientes en las actividades escolares y por ende en el medio social.

- ↗ Capacitando a docentes y padres de familia acerca del trastorno de conducta y sus consecuencias se lograra dar atención a tiempo a estos tipos de trastornos disminuyendo así el avance progresivo de los mismos.

- ↗ Incluyendo la participación de los pacientes en programas que realice el Sub Centro de Salud dentro de la localidad, se obtendrá una inclusión de aquellos en el medio social.

2.3.3. Variables

2.3.3.1. Variables Independientes

- ↗ Disfunción familiar

- ↗ Entorno escolar no adecuado, con falta de atención a los niños

- ↗ Carencia de recursos socioeconómicos

2.3.3.2. Variable Dependiente

- ↗ Trastorno de Conducta.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

2.4.1. MATRIZ DE RELACIÓN ENTRE PROBLEMAS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
<p>¿Por qué surgen Los Trastornos de Conducta que afectan a niños en edades comprendidas entre 4 y 10 años de los pacientes atendidos en el Subcentro de Salud Rural Carmen Jiménez de Bonifaz de la Parroquia Zapotal del Cantón Ventanas Provincia Los Ríos, durante el periodo, 2011-2012?</p>	<p>Determinar los Trastornos de Conducta que afectan a niños en edades comprendidas entre 4 y 10 años, de los pacientes atendidos en el Subcentro de Salud Rural Carmen Jiménez de Bonifaz de la Parroquia Zapotal del Cantón Ventanas Provincia Los Ríos, durante el periodo 2011-2012.</p>	<p>Los entornos disfuncionales familiar, escolar y social influyen en los niños del Sub Centro de Salud "Carmen Jiménez de Bonifaz", para que presenten Trastornos de Conducta; por lo que se ha observado lo siguiente: conflictos intrafamiliares, falta de atención por parte de los docentes y carencias de recursos socioeconómicos que permitan satisfacer necesidades básicas en los niños.</p>
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS
<ul style="list-style-type: none"> ↻ Desadaptación Escolar. ↻ Problemas de aprendizaje. ↻ Bajo rendimiento escolar. ↻ Niños desafiantes con la autoridad, profesores, tutores o padres de familia. ↻ Problemas de adaptación social: por los continuos episodios de agresividad en algunos casos estos niños se le dificulta relacionarse con sus pares en el medio social ya que por su comportamiento son aislados. ↻ Episodios depresivos. ↻ Ansiedad. ↻ Baja autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Identificar los trastornos de conducta más recurrentes que se atendieron en la de Unidad de salud. ↻ Instruir a los padres en nuevas estrategias a seguir sobre trastornos de conducta. ↻ Fortalecer los vínculos entre la familia y la escuela, promoviendo la participación en las actividades escolares del paciente. ↻ Capacitar a docentes y padres de familia acerca del trastorno de conducta y sus consecuencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Fortaleciendo los vínculos entre la familia y escuela a través de charlas, talleres, presentando videos, etc., se conseguirá promover la participación de los pacientes en las actividades escolares y por ende en el medio social. ↻ Capacitando a docentes y padres de familia acerca del trastorno de conducta y sus consecuencias se lograra dar atención a tiempo a estos tipos de trastornos disminuyendo así el avance progresivo de los mismos. ↻ Incluyendo la participación de los pacientes en programas que realice el Sub Centro de Salud dentro de la localidad, se obtendrá una inclusión de aquellos en el medio social.

2.4.2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Los entornos disfuncionales familiar, escolar y social influyen en los niños del Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz”, para que presenten Trastornos de Conducta; por lo que se ha observado lo siguiente: conflictos intrafamiliares, falta de atención por parte de los docentes y carencias de recursos socioeconómicos que permitan satisfacer necesidades básicas en los niños

HIPÓTESIS	CATEGORÍAS	VARIABLES	ITEMS BASICOS	TÉCNICAS
Fortaleciendo los vínculos entre la familia y escuela a través de charlas, talleres, presentando videos, etc., se conseguirá promover la participación de los pacientes en las actividades escolares y por ende en el medio social.	Terapias grupales	Fomentar el incremento de talleres que permitan mantener el equilibrio emocional del paciente en el medio familiar y escolar.	Pacientes interesados y dispuestos a continuar con el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ↻ La Observación directa en pacientes y familiares. ↻ Entrevista a los pacientes, y familiares. ↻ Método Deductivo. ↻ Método Inductivo. ↻ Método Bibliográfico. ↻ Investigación Descriptiva. ↻ Investigación Cualitativa
Capacitando a docentes y padres de familia acerca del trastorno de conducta y sus consecuencias se lograra dar atención a tiempo a estos tipos de trastornos disminuyendo así el avance progresivo de los mismos	Terapias grupales	Desarrollar capacitaciones que ilustren de forma vivencial sobre el trastorno de conducta y sus consecuencias.	Docentes y padres de familia interesados en que disminuya la presencia del TC en sus hijos.	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Investigación Descriptiva. ↻ Investigación Cualitativa
Incluyendo la participación de los pacientes en programas que realice el Sub Centro de Salud dentro de la localidad, se obtendrá una inclusión de aquellos en el medio social.	Terapias grupales	Motivando a los pacientes a formar parte activa en los programas sociales.	Pacientes participando de programas dentro de la comunidad, y gustosos de sentirse incluidos en el medio social.	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Investigación Cualitativa

2.4.3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLE INDEPENDIENTES

CONCEPTOS	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares, en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones.	Disfunción familiar	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Relaciones entre hermanos ↻ Relaciones intrafamiliares ↻ Trato de los cuidadores ↻ Castigo 	¿Las conductas agresivas son típicas en pacientes provenientes de hogares con algún tipo de disfunción?	<ul style="list-style-type: none"> ↻ La Observación directa ↻ Entrevistas Clínicas. ↻ Tests Psicológicos.
Un clima escolar no adecuado contribuye a una disminución del rendimiento académico en los niños.	Entorno escolar no adecuado, con falta de atención a los niños	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Número de alumnos en el aula ↻ Relaciones entre compañeros ↻ Relaciones con los docentes. 	¿Por qué es importante un adecuado clima escolar para mantener una conducta positiva en los niños?	<ul style="list-style-type: none"> ↻ La Observación directa ↻ Entrevistas Clínicas. ↻ Tests Psicológicos.
Condiciones específicas de la persona o grupo de personas en un contexto social y económico definido por circunstancias específicas.	Carencia de recursos socioeconómicos	<p>Empleo</p> <ul style="list-style-type: none"> ↻ Ocasional ↻ Permanente <p>Ingresos Mensuales</p>	¿Puede influenciar el nivel socioeconómico en la conducta de los pacientes con TC?	<ul style="list-style-type: none"> ↻ La Observación directa ↻ Entrevistas Clínicas. ↻ Tests Psicológicos.

**2.4.4. MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:
TRASTORNO DE CONDUCTA**

CONCEPTOS	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Alteraciones del comportamiento de la persona, transitorio o permanente, que a veces es diagnosticada en la infancia, caracterizado por un comportamiento antisocial que viola los derechos de otras personas, las normas y reglas adecuadas para la edad, además dependen de factores internos o externos.</p>	<p align="center">Trastornos de la conducta</p>	<p>Comportamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Tímido ~ Aislado ~ Agresivo ~ No agresivos ~ Destructor ~ Resistente a la autoridad ~ Irresponsable ~ Transgresor 	<p>¿De no ser tratado a tiempo el Trastorno de Conducta en la niñez, puede desarrollar otro tipo de trastorno en la siguiente etapa de vida?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ~ La Observación directa ~ Entrevistas Clínicas. ~ Tests Psicológicos

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo De Estudio

La presente investigación es de tipo **correlacional** porque relaciona la influencia de las tres variables: disfunción familiar, educativa y social, en los trastornos de conducta de los niños atendidos en el consultorio psicológico del Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz”

Empleando de este modo el Método Inductivo - Deductivo, ya que la inducción y la deducción no son formas diferentes de razonamiento, ambas son formas de *inferencia*, El proceso de *inferencia inductiva* consiste en exhibir la manera cómo los hechos particulares (variables) están conectados a un todo (leyes). La *inferencia deductiva* nos muestra cómo un principio general (ley), descansa en un grupo de hechos que son los que lo constituyen como un todo.

Este método nos permitió observar cómo se asocian ciertos fenómenos, aparentemente ajenos entre sí, una vez planteadas las hipótesis, deducir sus consecuencias con respecto a los fenómenos considerados.

También se empleó el método cualitativo enmarcado en un diseño exploratorio ya que responde a la necesidad de lograr claridad sobre la naturaleza del problema, de la misma forma permitió orientar el proceso de investigación, entre otras consideraciones metodológicas.

El objetivo de la investigación cualitativa es captar en toda su dimensión un hecho o fenómeno, estudiarlo a profundidad y a partir de ello construir esquemas conceptuales que permitan comprender la

información empírica, de porqué los hechos se dan de una manera y no de otra (Vieytes, 2004).

Por último empleé la investigación bibliográfica ya que me permitió utilizar la información registrada en determinados documentos. Los métodos de investigación bibliográfica son el hilo que permiten localizar y seleccionar la información precisa de entre toda la masa documental que existe.

3.1.1. Modalidad Básica de Investigación.

En la presente tesis empleé la Modalidad de investigación Aplicada, porque se aplicarán técnicas para diagnosticar y mejorar los trastornos de conductas en los niños atendidos en el consultorio psicológico del Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz”

3.2. Universo y Muestra

Para la ejecución de la presente investigación se tomo como universo a todos los pacientes atendidos en consulta ordinarios en la Unidad de Salud durante el periodo 2011 – 2012.

Con respecto a la muestra fueron seleccionados los pacientes atendidos en el área de Psicología Clínica dentro de un intervalo de 4 a 10 años de edad. De los cuales fueron tomados en cuenta los 15 pacientes que presentaron Trastornos de Conductuales, para la realización oportuna de la siguiente investigación sobre Los trastornos de Conducta que afectan a niños comprendidos en dichas edades.

3.3. Métodos y Técnicas de Recolección de Información

Para obtener validez en el proyecto se apoyo en una recolección de datos y para ello se utilizó herramientas que nos llevaron a las principales fuentes de recolección de datos; Entre ellas tenemos:

- ↻ **Entrevista Clínica**
- ↻ **Un formato de Historia Clínica**
- ↻ **Batería de Reactivos:**
 - ↻ Test de la Familia.
 - ↻ HTP.
 - ↻ Raven Infantil.
- ↻ **Observación directa.**

3.4. PROCEDIMIENTOS.

En la aplicación de instrumentos validados, se realizaron las siguientes actividades:

↻ La entrevista fue realizada a los padres de familia para saber cómo es el comportamiento de dichos pacientes en el hogar y en las clases y sobre qué métodos suelen utilizar para ellos sobrellevar la situación y cómo responden aquellos a dichos métodos. Para así poder medir las causas en los pacientes de asumir tal conducta.

↻ La observación directa se trató de un proceso mediante el cual se inicia con un evento, conducta o situación que da lugar a un registro determinado que luego será detalladamente analizado.

↻ Aplicación de reactivos (Tests de la Familia, HTP Y Raven Infantil.) a los pacientes que acudieron al área de Psicología Clínica de la Unidad de Salud.

➤ **Tests de la Familia:** Es un test gráfico, por lo tanto proyectivo, donde el examinado proyecta sus subjetividades incluidas en el contexto de la familia, donde aparecen sus fantasías, deseos y temores en relación a la dinámica vincular. Además su propia ubicación y la imaginización de los otros lugares.

- **HTP:** El test de la casa/árbol/persona es un test proyectivo basado en la técnica gráfica del dibujo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad de la persona, su estado de ánimo, emocional, etc. La realización de dibujos es una forma de lenguaje simbólico que ayuda a expresar de manera bastante inconsciente los rasgos más íntimos de nuestra personalidad.

Con los dibujos recreamos cuál es la manera de vernos a nosotros mismos, así como la forma que verdaderamente nos gustaría ser. Cada dibujo constituye un autorretrato proyectivo a diferente nivel: con el dibujo de la persona realizamos una autoimagen muy cercana a la conciencia, incluyendo los mecanismos de defensa que utilizamos en la vida cotidiana. En el de la casa proyectamos nuestra situación familiar y en el del árbol el concepto más profundo de nuestro Yo.

- **Test de Raven Infantil:** Se trata de un test no verbal, donde el sujeto describe piezas faltantes de una serie de láminas pre-impresas. Se pretende que el sujeto utilice habilidades perceptuales, de observación, de abstracción y razonamiento analógico para deducir el faltante en la matriz. El test de Matrices Progresivas del Raven infantil consta de 36 matrices o dibujos a color, a cada uno de estos dibujos le falta una parte. Estas matrices se agrupan en tres series (A, B, C) Cada serie está integrada por 12 ítems. Dentro de cada serie, a medida que avanza la tarea, va en aumento el grado de complejidad de la misma. Siempre la serie precedente presenta menor complejidad que la siguiente, aunque en cada nueva serie los primeros ítems tienen menor complejidad que los últimos que le antecedieron de la serie anterior; esta versión es aplicable a menores

comprendidos entre los 5 y 11 años de edad, también se utiliza en adultos deficientes mentales.

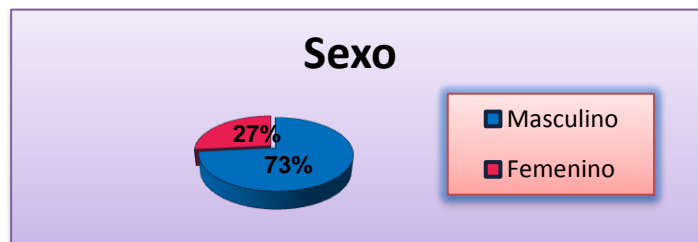
CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Tabulación e interpretación de resultados.

Tabla 1: SEXO

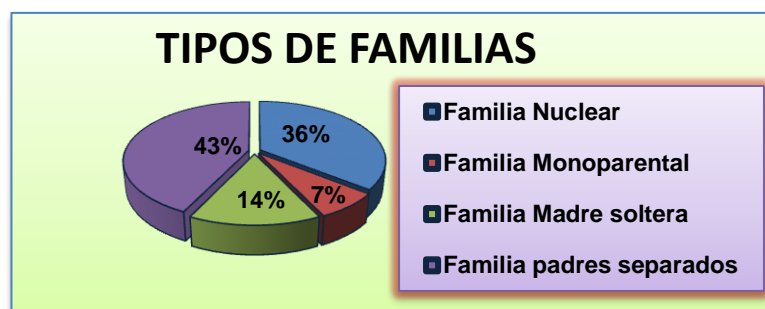
INDICADOR	FRECUENCIA	%
Masculino	11	73%
Femenino	4	27%
Total:	15	100%



Análisis Interpretativo: Con relación al género de los pacientes atendidos, la anamnesis realizada revela que el 73% corresponde al sexo masculino y el 27% al sexo femenino.

Tabla 2: INTEGRACIÓN FAMILIAR:

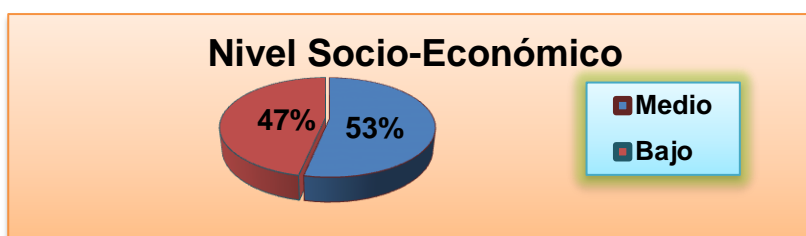
TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	%
Familia Nuclear	5	34%
Familia Monoparental	2	13%
Familia Madre soltera	2	13%
Familia padres separados	6	40%
total	15	100%



Análisis interpretativo: De acuerdo al encuadre realizado a través de la Historia Clínica y los antecedentes revela que: solo 34% de los pacientes vive en un hogar plenamente estructurado, mientras que los demás porcentajes revelan algún tipo de disfunción familiar, es decir pertenecen a familias desestructuradas.

Tabla 3. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

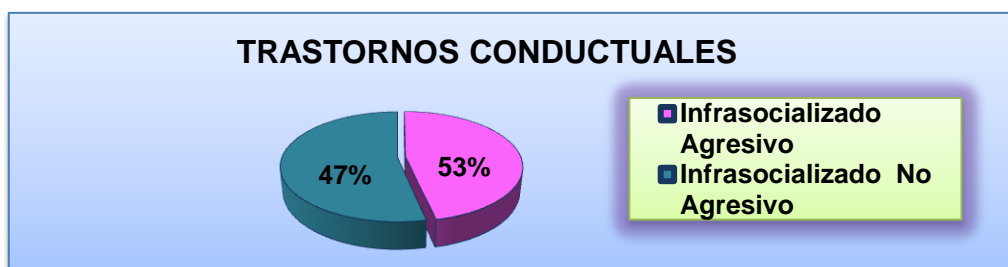
INDICADOR	FRECUENCIA	%
Medio	8	53%
Bajo	7	47%
Total.	15	100%



Análisis interpretativo: De acuerdo al encuadre realizado a través de la Historia Clínica y los antecedentes revela que: el 53% de los pacientes experimenta un nivel socio-económico Medio y el 47% experimenta un nivel socio-económica Bajo.

Tabla 4. TRASTORNOS CONDUCTUALES

INDICADORES	FRECUENCIA	%
Infrasocializado Agresivo	7	47%
Infrasocializado No Agresivo	8	53%
Total	15	100%

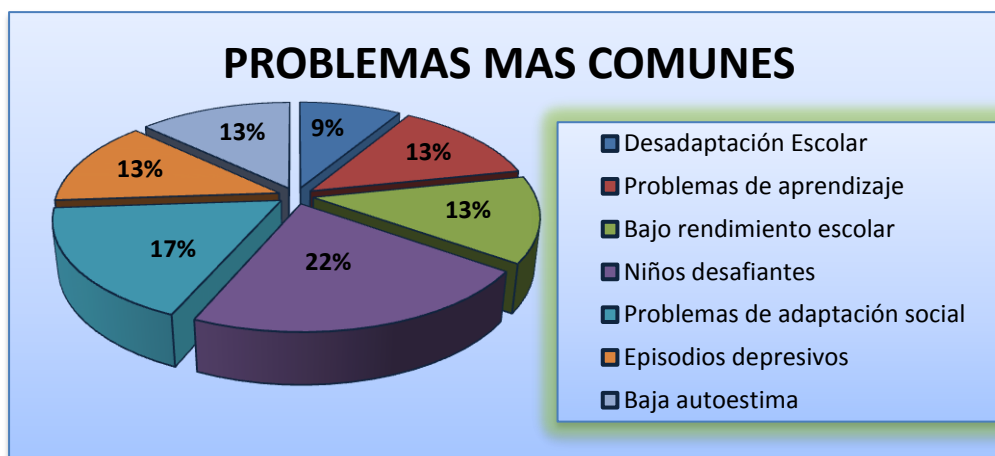


Análisis interpretativo: Una vez realizado Encuadre Diagnóstico a través de la Historia Clínica, los antecedentes familiares y evolutivos

como también test aplicados revela que los Trastornos de Conductuales de mayor índice son los **Infrasocializados no agresivos** con un 53% y un 47% que corresponde a pacientes con Trastornos Conductuales **Infrasocializados agresivos** de la población atendida en Sub-Centro de Salud.

Tabla 5. PROBLEMAS MÁS COMUNES

INDICADORES	FRECUENCIA	%
Desadaptación Escolar	2	9%
Problemas de aprendizaje	3	13%
Bajo rendimiento escolar	3	13%
Niños desafiantes	5	22%
Problemas de adaptación social	4	17%
Episodios depresivos	3	13%
Baja autoestima	3	13%



Análisis interpretativo:

Una vez realizado encuadre Diagnóstico a través de la Historia Clínica, los antecedentes y test aplicados revela que a los trastornos de conducta se suma otros problemas tales como: niños desafiantes con el 22% que es el porcentaje mayor, seguido por los problemas de adaptación social con el 17%, luego problemas de aprendizaje, bajo rendimiento escolar, episodios depresivos y baja autoestima los cuatro en el mismo porcentaje 13%, y

por último la desadaptación escolar con un 9% de los pacientes atendidos en Sub-Centro de Salud.

4.2. Comprobación y discusión de hipótesis.

De los resultados obtenidos a través del procesamiento de la información lograda con la aplicación de los instrumentos de la investigación, es posible concluir que los pacientes que acudieron a consulta en el área Psicológica del Sub centro de Salud Carmen Jiménez de Bonifaz presentan alteraciones en su comportamiento y desenvolvimiento psico-social que debe ser atendido y tratado adecuada y oportunamente por los padres de familia y profesionales involucrados en su formación.

Aportando así la debida comprobación de la hipótesis general planteada, que afirma que la relación que existe entre el medio familiar, escolar y social en los pacientes que presentaron Trastornos de Conducta que hace que existe una prevalencia del trastorno ya que se ha constatado en estos pacientes problemas como: Desadaptación Escolar. Problemas de aprendizaje, Bajo rendimiento escolar, Niños desafiantes con la autoridad, profesores, tutores o padres de familia; Episodios depresivos, Ansiedad y Baja autoestima; Problemas de adaptación social: por los continuos episodios de agresividad en algunos casos estos niños se le dificulta relacionarse con sus pares en el medio social ya que por su comportamiento son aislados. Los mismos que se reflejaron a través de las técnicas y procedimientos empleados para su comprobación.

Por lo tanto, se aspira que el Sub Centro de Salud, en lo que respecta al área Psicológica sea visto ante la sociedad como un ente exitoso en su intervención y participación en la salud mental de los pacientes y de la sociedad en sí, para ello es necesario y urgente que se asuma el reto de abordar los problemas sociales, culturales, psicológicos de sus

pacientes. Problemas que, por otra parte, queda absolutamente claro, tienen repercusión en el desarrollo normal de la personalidad y el carácter en especial de los pacientes afectados.

4.3. CONCLUSIONES.

Dado que la presencia de trastorno de conducta en nuestros niños y jóvenes está convirtiéndose cada día más en un grave problema social, ya que es un factor de riesgo (si no se trata adecuadamente) de futuras conductas conflictivas, bajo rendimiento académico, abandono de la escuela y desarrollos de conductas antisociales es por ello que concluido el estudio del problema seleccionado para la investigación, se plantean las siguientes conclusiones:

➤ Los Pacientes que presentaron TC, provienen de hogares con un nivel socio económico medio, y en su mayoría pertenecen a hogares que han sufrido cierto tipo de disfunción, lo que hace que estos pacientes generen comportamientos inadecuados.

➤ El rendimiento escolar y el desenvolvimiento psicosocial de los pacientes del Sub Centro de Salud Carmen Jiménez de Bonifaz, resultan estar estrechamente vinculados con la integración familiar de la que provienen y es notorio el comportamiento poco dispuesto a asumir responsabilidades, con conductas desafiantes, la indiferencia en el cumplimiento de tareas y objetivos de aprendizaje así como también actuaciones poco cooperativas y aislamiento en el entorno escolar y social.

➤ Los trastornos de conducta más evidentes que se presentaron en los pacientes del Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz”, son: Trastornos Conductuales **Infrasocializados agresivos** (Intolerancia a la frustración, Conductas agresivas, Conductas violentas, Conducta contra la propiedad (robo)). y

Trastornos Conductuales **Infrasocializados no agresivos**
(Mentiras reiteradas, Fugas de casa, Negativistas, Rabietas).

4.4. RECOMENDACIONES

Para el Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz”

- Elaborar un plan de intervención de apoyo psicológico a los padres y pacientes, mediante la estrategia de talleres de convivencia y experiencias compartidas, con el propósito de mejorar su condición psicosocial y neutralizar trastornos de conducta observables.

- Establecer mecanismos que mejoren la relación familia/escuela/comunidad y un acercamiento e involucramiento del personal docente y profesional con las familias de los niños y de los pacientes que presentan este tipo de trastornos.

- Por otro lado se recomienda a Sub al personal profesional en el área Psicológica, capacitar autoridades y personal docente que labora en la escuela, así como la (el) profesional responsable del aula de apoyo psicopedagógico ya que tienen la responsabilidad moral y social de enfrentar este fenómeno, no como un hecho aislado y sin trascendencia, sino como un problema que afecta a un porcentaje representativo de sus estudiantes, que se refleja sin lugar a dudas en su desenvolvimiento escolar.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA.

5.1. TÍTULO

Plan de Intervención Psicológica permanente a Pacientes, familiares y personas involucradas en el desarrollo y formación de los niños con

Trastornos de Conducta del Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz” de la Parroquia Zapotal, Provincia Los Ríos.

5.2. PRESENTACIÓN


Como propuesta de intervención y mejoramiento se elaboró y aplicó un plan de intervención de apoyo psicológico a Pacientes, familiares y personas involucradas en el desarrollo y formación de quienes padecen Trastornos de Conducta que acuden al Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz”, mediante la estrategia de talleres de convivencia y experiencias compartidas, con el propósito de mejorar su condición psicosocial y neutralizar trastornos de conducta observables.


5.3. OBJETIVOS


5.3.1. OBJETIVO GENERAL

Lograr en los niños con Trastornos de Conducta que acuden al Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz”, una conducta adaptada, mejorando de esta forma sus relaciones, familiares, escolares y sociales

5.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-  Fomentar talleres de capacitación en el Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz”, para padres, docentes, equipo de salud que funcionen una vez por semana.

-  Crear espacios de sensibilización para mejorar la autoestima.

-  Obtener cambios de comportamiento y actitudes en los niños con Trastornos de Conducta que acuden al Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz”,

5.4. CONTENIDOS.

- ↻ Talleres de Capacitación a los padres y maestros sobre nuevos métodos de crianza-orientación y cómo usarlos todo el tiempo.
- ↻ Talleres de Capacitación al personal que trabaja en atención primaria; las campañas de educación al público.
- ↻ Taller para fomentar la atención sustentada en un enfoque integral de la salud mental.
- ↻ Información a padres y docentes sobre las características principales de los trastornos de Conducta.
- ↻ Utilizar técnicas conductuales y de moldeamiento, adecuadas a los pacientes con T.C.

5.5. DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS RELACIONADOS CON EL CONTENIDO DE LA PROPUESTA.

- ↻ **Talleres de Capacitación a los padres y maestros.** Con el propósito de instruirlos cuidadosamente y apoyarlos para aprender nuevos métodos de crianza-orientación y cómo usarlos todo el tiempo.
 1. Establecer reglas y una rutina en el hogar
 2. Aprender a elogiar las conductas deseadas y a ignorar los comportamientos no deseados leves (elegir las batallas a librar)
 3. Usar formas apropiadas para hacerle saber al niño lo que se espera de él.
 4. Usar afirmaciones del tipo "si haces esto - entonces" (cuando se produce una conducta indeseada, los adultos pueden quitar recompensas o privilegios)
 5. Planificar por adelantado y trabajar con los niños en lugares públicos

6. Usar pausas ("time outs") durante o después de conductas inapropiadas
7. Usar cuadros diarios y sistemas de puntos para las recompensas y consecuencias
8. Utilizar un sistema de intercambio de notas entre la escuela y el hogar para premiar conductas en la escuela y dar seguimiento a las tareas escolares.

Agenda de taller:

Taller N° 1

- ↻ Dinámica de presentación
- ↻ Video de reflexión: "Nuestros hijos"
- ↻ Análisis sobre el video
- ↻ Dictar los métodos
- ↻ Modelo de aplicación.

- ↻ **Talleres de Capacitación al personal que trabaja en atención primaria; las campañas de educación al público.** Estos temas serán sobre algunos tópicos de salud mental e involucrar en estas acciones a los usuarios, las familias y la comunidad, estableciendo vínculos formales de colaboración.

Agenda de taller:

Taller N° 2

- ↻ Dinámica de presentación
- ↻ Video de reflexión: "el medio en el que vivo"
- ↻ Análisis sobre el video
- ↻ Derechos y deberes de los niños
- ↻ Modelo de aplicación

- ↻ **Taller para fomentar la atención sustentada en un enfoque integral de la salud mental.**

En consecuencia se actuará en todos los niveles de prevención, abordando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Agenda de taller:

Taller N° 3

- ↻ Dinámica de presentación
- ↻ Video de reflexión: “tú me respetas yo te respeto”
- ↻ Análisis sobre el video
- ↻ Medidas de prevención
- ↻ Modelo de aplicación.

↻ Información a padres y docentes sobre las características principales de los trastornos de Conducta.

Ofrecer información a los padres y familiares sobre la complejidad, cronicidad y características de problemas de trastornos de conducta para proporcionarles herramientas que les permitan entender a qué obedece la conducta de su hijo.

Agenda de taller:

Taller N° 4

- ↻ Dinámica de Integración
- ↻ Video de reflexión : “ las rabietas de mi hijo”
- ↻ Análisis sobre el video
- ↻ Exposición de características del T.C.

↻ Utilizar técnicas conductuales y de moldeamiento adecuadas a los pacientes con T.C.

Realizar programas de entrenamientos en habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas para que estos niños se integren en actividades extra escolares y puedan establecer relaciones con pares convencionales de cara a fomentar conductas pro-sociales.

Agenda de taller:

Taller N° 5

- ↯ Dinámica de Integración
- ↯ Video de reflexión : “ya lo superamos”
- ↯ Análisis sobre el video
- ↯ Técnicas más usuales

5.6. RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

El asesoramiento por parte de:

- ↯ Personal especializado en Psicología Clínica que labora en el Sub Centro de Salud “Carmen Jiménez de Bonifaz”.
- ↯ Personal de otros sectores pertinentes tales como: educación, justicia, bienestar social, policía, etc.
- ↯ Padres de familia de paciente
- ↯ Pacientes comprendidos entre 4 y 10 años de edad.

RECURSOS MATERIALES

- ↯ Un computador Portátil
- ↯ Proyector
- ↯ Un salón adecuado para dictar los talleres.
- ↯ Material didáctico.
- ↯ Libros y revistas científicas.
- ↯ Cds y pendrivers.
- ↯ Cámara fotográfica
- ↯ Grabador de voz

RECURSOS ECONÓMICOS

Nº	DETALLE	VALOR
1	Computador Portátil	\$800.00
2	Proyector EPSON	\$600.00
3	Cámara fotográfica SONY	\$200.00
4	Grabador de voz Panasonic	\$70.00
5	Materiales didáctico	\$50.00
6	Cds y pendrivers	\$20.00
7	Fotocopias de Reactivos psicológicos	\$15.00
8	Movilización	\$30.00
9	Refrigerio	\$40.00
	TOTAL	\$1805.00

5.7. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA.

Ord.	TIEMPO ACTIVIDADES	ENERO			
		1	2	3	4
1	Planteamiento de la propuesta	x			
2	Investigación del contenido		x		
3	Revisión de la propuesta			x	
4	Aceptación de la propuesta				x

BIBLIOGRAFÍA.

Antúñez, S(2000). *La Disciplina y convivencia en la institución escolar.*

España: Graó

M Orgilés, Al Rosa, I Santacruz, X Méndez... (2002) **Psicología Clínica)**

Álvarez, Ay Murow, E.(2006). *Cómo poner límites a tus niños sin dañarlos.*

Respuestas a Los problemas de disciplina más frecuentes practicando una educación positiva

Oblita Guadalupe L. (2004) *Manual de Psicología Clínica y de Salud Hospitalaria.* Bogotá.

HONZ RICHARD, (2001). *Psicología infantil- pubertad y adolescencia* Argentina.

Masson, (2002) *DSM-V-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.*

Internet: <http://hdl.handle.net/10401/953>

Halgin, R. y Whitbourne, S.(2003). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas y desorden espsicológicos.* México: McGrawHill.

Hersen.

Ollendick. yHersen, M y Castro J (2002). *Psicopatología infantil.* Barcelona: Martínez Roca.

A

N

E

X

O

S

Tabla 1: SEXO

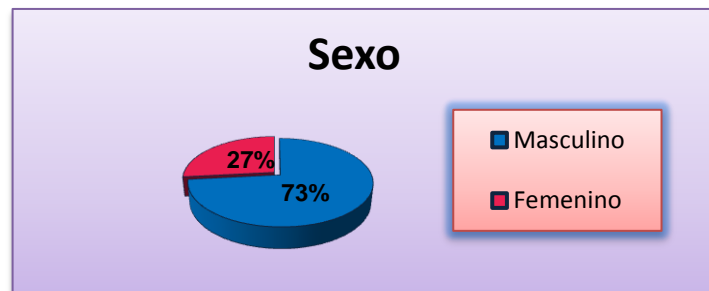


Tabla 2: integración familiar:

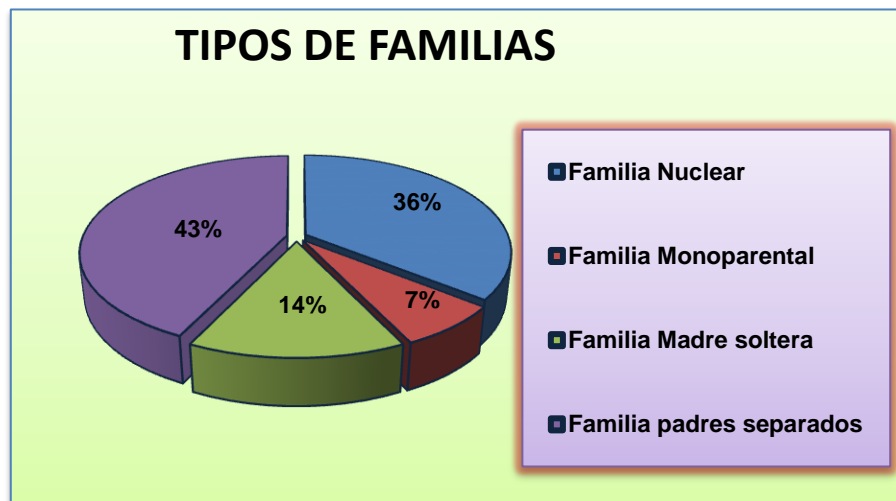


Tabla 3. Nivel socio-económico

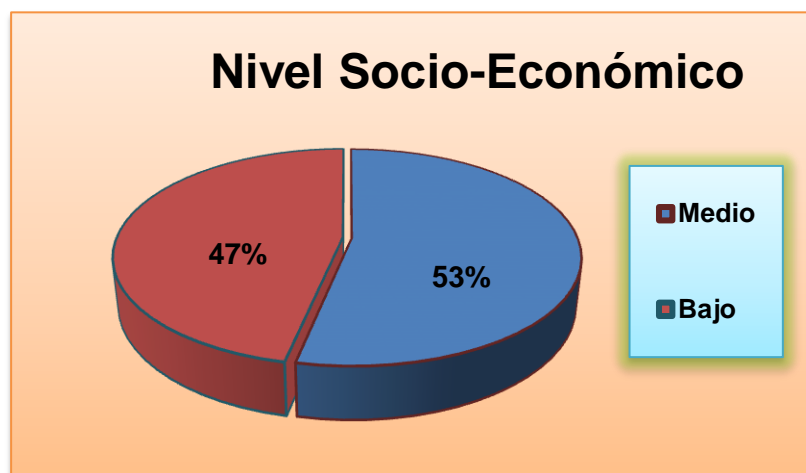


Tabla 4. Trastornos Conductuales

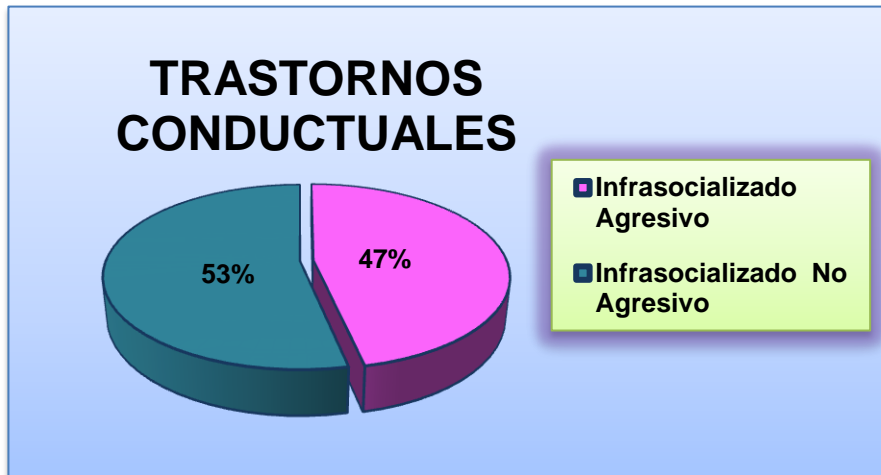


Tabla 4. Problemas más comunes



En consulta con pacientes



Dialogo
terapéutico
con paciente
de 10 años
de edad

Paciente
resolviendo el test
Raven infantil



Paciente
sexo
masculino
de 7 años
de edad





Paciente
resolviendo
el test Raven
infantil –
matrices
progresivas.



Entrevista
psicológica
con
adolescente
de once años
de edad



Indicaciones
terapéuticas



Paciente sexo femenino de 7 años de edad, resolviendo el test Raven infantil – matrices progresivas.



Paciente sexo femenino de 7 años de edad, a quien se le está aplicando el test proyectivo H.T.P.

Charlas en Colegios y Escuelas de la Localidad



Adolescente en charla – taller sobre el tema “los adolescentes y el medio en el que vivo”



Charla - taller en el colegio Técnico Zapotal, sobre el tema “los adolescentes y el medio en el que vivo”, participan adolescentes de entre 10 y 17 años de edad





Charla - taller en la escuela Pichincha del Rcto. Zapotal, sobre el tema "tú me respetas yo te respeto", participan niñ@s entre 6 y 10 años de edad





Casa abierta en el centro de la Localidad, organizada por el Subcentro “Carmen Jiménez de Bonifaz” de la Parroquia Zapotal, en la que participaron los pacientes integrándose en las actividades sociales, con el tema “la violencia intrafamiliar y como afecta el comportamiento de los niñ@s y adolescentes.





Junto al personal que labora en el Subcentro “Carmen Jiménez de Bonifaz” de la Parroquia Zapotal, en las diferentes actividades que participa, realiza y organiza el mismo, entre ellos casa abierta, charlas, desfile cívico, etc..

