



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

Plantel Xola

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA U.N.A.M CLAVE 3315-25**

"TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO QUE SURGEN EN LOS
INFANTES DE LA ESCUELA PRIMARIA
"AGUSTÍN MELGAR", POR UNA RELACIÓN DISTANTE CON LA
MADRE."

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

C. Cindy Janet Alaris Ramírez

Asesor: Lic. María Teresa Bolaños Téllez

MEXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción

Capítulo 1 Teorías que abordan la relación madre e hijo.

1.1 Margaret Mahler.....	1
1.2 Melanie Klein.....	2
1.3 D. Winnicott.....	6
1.4 Sigmund Freud.....	9
1.5 Ana Freud.....	17
1.6 Rene Spitz.....	19
1.7 Jonh Bowlby.....	21
1.8 Jean Piaget.....	24
1.9 Karl Jung.....	28
1.10 Henry Wallon.....	31
1.11 Alfred Adler.....	35

Capítulo 2 La familia

2.1 Tipos de familia	38
2.2 Lugar que ocupa el niño en la familia.....	40
2.3 Influencia de la familia en el desarrollo del niño.....	41

Capítulo 3 Principales trastornos de comportamiento

3.1 Problema de comportamiento.....	44
3.2 Principales trastornos de comportamiento y sus manifestaciones....	41
3.3 Definiciones.....	46
3.4 Epidemiología y etiología.....	47
3.5 Trastorno de Déficit de atención con o sin hiperactividad.....	52
3.6 Depresión.....	58
3.7 Trastorno de ansiedad por separación.....	62

Capítulo 4 Metodología

4.1 Justificación.....	65
4.2 Planteamiento del problema.....	66
4.3 Objetivo.....	66
4.4 Hipótesis.....	66
4.5 Metodología empleada.....	67
4.6 Procedimiento... ..	70
4.7 Técnicas de investigación.....	71
4.8 Definiciones operacionales.....	71

Capítulo 5 Resultados y conclusiones

5.1 Análisis cuantitativo de resultados	77
5.2 Análisis cualitativo de resultados.....	85
5.3 Conclusiones.....	93
5.4 Recomendaciones.....	94
Sugerencias y limitaciones.....	94
5.6 Anexos.....	95
5.7 Glosario.....	105

A Dios:

Por darme fortaleza, salud y el ímpetu

Para realizar mis proyectos

A mis Padres:

A mis padres por darme la vida,

por su cariño, amor y por contagiarme

su fortaleza

Gracias por que siempre me enseñaron

que nada es imposible.

Gracias por el apoyo y la confianza

brindada, y por el cariño para el cual

no existen palabras que expresen lo que

ha significado en el transcurso de

mis estudios por esto y mucho más.

gracias..

A mis hermanos:

Gracias por existir sin ustedes no sería nada igual,

gracias por compartir y por darme la oportunidad de tenerlos

a mi lado cada día.

A mis sobrinos

Gracias por darle alegría a mi vida y por enseñarme

todos los días cosas diferentes.

A mi asesora:

*A la profesora Teresa Bolaños por
todo el apoyo que me ha brindado, y
por todos los conocimientos que me ha regalado.
Gracias por el empeño y el tiempo dedicado a mi formación
Y a este proyecto*

A Vision Mundial de México:

*Una organización que sin duda me abrió las
Puertas desde el primer momento que llegue
Y a la que le debo los primeros pasos que di
A nivel profesional.*

A Carlos Reza:

*Por la oportunidad que me ha dado,
por creer y haber confiado en mí,
Gracias por la retroalimentación que a diario me da
y que me hace crecer profesionalmente.
Así mismo agradezco el apoyo que me brindó
para la realización de este proyecto.*

A Esther Ríos:

Por compartirme su experiencia y conocimientos

Desde que llegue a Vision Mundial de Mexico,

Por haberme enseñado tantas cosas y sobretodo

Por el apoyo que siempre esta dispuesta a brindarme.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis se enfoca al estudio de tres principales trastornos los cuales son: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H), Depresión y el Trastorno por Ansiedad de Separación. De los cuales se muestran datos epidemiológicos, la manera en que se diagnostican y sus características.

Dicho estudio se realizó con niños inscritos en el programa USAER, el cual se encarga de propiciar un proceso de integración educativa de menores con discapacidad, problemas de aprendizaje: con el fin de integrarlos para que tengan de manera equitativa la estimulación que les permita una vida funcional y productiva.

El interés por el estudio del tema proviene de la importancia que se le da al vínculo entre la madre y el niño durante el desarrollo del mismo.

Se retoman teorías como la de Margaret Mahler, Melanie Klein, Sigmund Freud, Ana Freud, Donald Winnicot, Rene Spitz, John Bowlby, Jean Piaget, Karl Jung, Henry Wallon y Alfred Adler . Los cuales a lo largo de su carrera hacen un importante énfasis en la relación materna que se da durante los primeros años de vida y muestran la importancia que dicha relación tendrá en el futuro de los niños.

Además se aborda la importancia y los tipos de familias que existen en la actualidad desde el enfoque de Francois Dolto, así mismo se podrá observar que es importante el lugar que ocupa el niño en la familia y la influencia que tiene la misma para el desarrollo del niño.

Cabe mencionar que para la elaboración de esta tesis se retomó un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Ramón de la Fuente” en el año 2007, en el cual se encontró que el Trastorno Depresivo y el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, son dos de los trastornos más comunes dentro de la población infantil y por los cuales las madres acuden a solicitar de sus servicios. Lo cual fue una base para determinar la incidencia a nivel nacional.

Por otra parte los resultados que se dieron de acuerdo a la realización de la tesis colocaron a la figura materna trabajadora en un indicador alarmante, ya que en la mayoría de los casos estudiados se encontró esta variable.

Esta investigación se realizó en la Escuela Primaria Federal “Agustín Melgar” del Municipio de Naucalpan en el Estado de México, con niños de 6 a 12 años de edad pertenecientes al grupo de USAER, el cual es un grupo en el que se trabaja con los niños que tienen problemas de comportamiento y que son enviados a este grupo por sus profesores para que se les de seguimiento.

A este grupo de niños se les aplicó una batería psicológica que incluía pruebas como el Test de la Familia, el Dibujo de la Figura Humana, el Dibujo de la Casa, Árbol y Persona, así mismo se les pidió que contestaran un cuestionario y se les aplicó una entrevista, posteriormente se citó a sus madres o tutores para que se les realizara una entrevista y contestaran un cuestionario.

Finalmente se realizó una integración consultando el DSMIV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) para realizar un Diagnóstico diferencial y así poder determinar si el niño efectivamente sufría alguno de los trastornos antes mencionados.

En base a los resultados arrojados se concluyó que los niños sujetos de investigación ciertamente sufren alguno de los trastornos de estudio por causa del distanciamiento materno.

Capítulo 1
Teorías que abordan
la relación
madre e hijo.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

Existen diferentes teorías que fundamentan la importancia del papel de los padres en el desarrollo de los niños entre las que destacan M. Mahler, Melannie Klein, Sigmund Freud, Ana Freud, Bowlby, , Spitz y Winnicott.

1.1 MARGARET MAHLER

Según Mahler el niño en su primer año de vida tiene agresión reprimida y se acompaña de lo que se denomina Autismo normal, el cual traslada al bebé a un estado de confusión entre los esfuerzos que hace por integrarse al medio y librarse de la tensión por medio de sus desechos y las reacciones de la madre que a la vez intenta reducir las tensiones que generan las necesidades del pequeño.

Mahler comenta que a los 60 días el pequeño empieza a tener memoria por lo que surgen las huellas mnémicas y se da lugar a la simbiosis normal, caracterizada porque se empieza a tener tolerancia a la frustración y se motiva la auto confianza; dentro de la simbiosis normal el bebe se vive como un ser dependiente de la madre y no logra diferenciar el yo del no-yo.

“Así mismo Mahler sostiene que por medio de los cuidados maternos es que se evita que el bebé regrese a un estado vegetativo “.

(Mancilla,1999, P. 23).

Por medio de la frustración se da el principio de realidad y si la mayoría de los recuerdos fueron buenos se favorece el proceso de separación y el niño empieza a independizarse y se da el primer cambio de la catexis, que es cuando el niño empieza a tolerar el no estar con su mamá y el segundo cambio de catexis se da cuando el bebé tiene el amor suficiente y estimulación que le va a permitir experimentar por si mismo, también

dentro de la formación del Yo se dará la expulsión por medio de la agresión.

1.2 MELANIE KLEIN

Melanie Klein menciona que cuando S. Freud describió al Superyo no se refería a que existiera un hombrecito dentro del inconsciente, si no que ésta es una fantasía inconsciente contenida en la psique, sin embargo, nunca lo describe como una fantasía, si no como algo que está dentro de la personalidad, comenta que esto se da por la introyección ya que el niño fantasea con la figura parental distorsionada por él mismo.

Melannie Klein le dio mucha importancia a la fantasía ya que menciona que ésta se da a nivel inconsciente ya que siempre se encuentra presente y activo, lo cual no determina que se trate de una enfermedad pues finalmente el estado psíquico estará determinado por las fantasías inconscientes y la realidad externa; según Melanie Klein estas fantasías inconscientes son la expresión de los instintos que existen desde el inicio de la vida.

“Los instintos buscan objetos y la mente experimenta al instinto vinculado con las fantasías del objeto adecuado a él”. (Segal, 1972, Pág.20). Según Melanie es función del Yo crear fantasías y éstas son la expresión mental que ayudan a que el yo tenga integración.

“Como el objetivo de la fantasía es satisfacer los impulsos instintivos prescindiendo de la realidad externa se puede considerar que la gratificación proveniente de la fantasía es una defensa contra la realidad externa”. (Segal, 1972, Pág.23).

También menciona que las fantasías pueden proteger al Yo de otras fantasías como las maniacas.

El sujeto crea fantasías para protegerse de la frustración y del reconocimiento de una realidad displacentera.

Cuando consideramos la relación entre la fantasía y los mecanismos introyección y proyección se aclara en cierta medida la compleja relación existente entre la fantasía inconsciente, mecanismos y estructura mental. (Segal, 1972, Pág.26).

“El análisis de tempranas relaciones objétales proyectivas e introyectivas han revelado fantasía, comenzando por la introyección de los objetos parciales entre el pecho y luego el pene, y posteriormente los objetos totales como la madre o el padre y cuando más temprana es la introyección más fantásticos son los objetos introyectados y más distorsionados están pues se proyecta en ellos”. (Segal, 1972, pag.26).
Melannie Klein basa el desarrollo del niño en lo que llama posiciones que divide en Esquizo-Paranoide y Depresiva.

La etapa Esquizo-Paranoide se caracteriza por la “Existencia de temores persecutorios fantasmáticos en los niños pequeños y la capacidad de los mismos de disociar el objeto. Un estado paranoide rudimentario como una etapa precoz del desarrollo situado en la fase anal primaria . Se considera el primer tipo de relación de objeto de la fase oral, con aspectos ideales y aspectos persecutorios”.

(<http://www.monografias.com/trabajos13/trabklein/trabklein.shtml#TEORIA>)

“Las relaciones de objeto parcial, la escisión y la ansiedad persecutoria se presentan juntas y preceden a la integración. Klein sostiene que la ansiedad se origina en la acción interna del instinto de muerte. La alteración del equilibrio pulsional es inaugurada por el nacimiento y se repite cada vez que privaciones de origen interno o externo intensifican las pulsiones agresivas”.

(<http://www.monografias.com/trabajos13/trabklein/trabklein.shtml#TEORIA>)

Klein menciona que la posición Esquizo-Paranoide se da de los 0 a los 6 meses y que el bebé tiene ya estructura del Yo, aunque es débil y para protegerla utiliza, los mecanismos de defensa, y éstos a su vez ayudan a establecer contacto con la realidad y fantasía, así mismo dice que el Yo está en constante desarrollo y que cuando los mecanismos de defensa no logran controlar la ansiedad, el Yo suele desintegrarse y entra en función la posición Esquizo-Paranoide.

Y que en dicha etapa surgen los procesos como la escisión, proyección e introyección, los cuales ayudarán a que el bebé logre diferenciar lo bueno de lo malo y pueda identificar a un objeto total y se da cuenta de que es independiente.

En esta etapa trata de reparar lo que destruyó del objeto y recuerda que lo amó y lo ama, por lo que surge el duelo y nostalgia.

Cuando esta posición no trasciende de manera positiva en la vida futura del bebé siempre existirá la sensación de ansiedad y carecerá de fortaleza en el Yo y se dará el terror de una regresión psicótica.

“El cambio de la relación de objeto de parcial a total marca la entrada en la posición depresiva, modificando las ansiedades y, por lo tanto, las defensas.

De los tres a los seis meses se observa un mayor desarrollo de las funciones yoicas y de la organización fantasmática del bebé, la instauración del pecho bueno disminuye los procesos de escisión y los estados de integración son cada vez más frecuentes.

Ocurren importantes progresos en el desarrollo del yo, los que no sólo capacitan al yo para establecer defensas más adecuadas contra la ansiedad, sino que logran eventualmente una disminución efectiva de la misma. La repetida experiencia de enfrentar la realidad psíquica,

implicada en la elaboración de la posición depresiva, aumenta la comprensión del bebé del mundo externo. Paralelamente, la imagen de los padres, en un principio distorsionada en figuras idealizadas y terribles, se aproxima gradualmente a la realidad.

La ambivalencia es ahora hacia un objeto total, los procesos de integración y síntesis hacen que el conflicto entre el amor y el odio surja muy claramente, en el marco de un mayor reconocimiento de la realidad psíquica.

La ansiedad se modifica cualitativamente, el bebé está expuesto a la vivencia de pérdida pues las pulsiones agresivas ponen en peligro al objeto amado. Al ser percibida la madre como objeto total, como persona, se modifica la identificación del bebé con la misma. Es sentida como un refugio ante los temores persecutorios pero también se le considera expuesta al ataque de los perseguidores e incluso, al propio odio y sadismo del bebé”.

<http://www.monografias.com/trabajos13/trabklein/trabklein.shtml#POSIC>

Se dice que es una posición depresiva por que el bebé se percibe como un objeto independiente y que puede tener relación con otros objetos y el bebé siente peligro de que se vaya.

Klein dice que a temprana edad se dan los celos y la envidia; “En la envidia el objetivo es ser tan bueno como el objeto y cuando ésto no se logra, el objetivo sería destruir al objeto para eliminar la fuente de envidia” (Mancilla, 1999, P. 36).

“Melanie Klein considera que la envidia temprana actúa desde el nacimiento y afecta principalmente las primeras experiencias del bebé” (Segal, 1972, pag. 43).

Melanie Klein hace énfasis en que cuando las experiencias buenas predominan sobre las malas se verá favorecido el bebé, sin embargo

cuando las malas predominan sobre las buenas desafortunadamente el bebé no tendrá las herramientas fundamentales para enfrentarse al mundo.

1.3 DONALD WINNICOTT

Plantea que el rostro de la madre es como un espejo para el bebé y que el ambiente es importante para él, ya que se da la separación del Yo del No-Yo, por lo tanto comenta que ésta es una etapa difícil cuando no existe la presencia de la madre.

Según Winnicott cuando el bebé mira el rostro de la madre, es como si viera el suyo propio, lo cual en ocasiones lo hace capaz de interpretar si es capaz de acercarse o de no hacer demandas.

Esto se refiere a que no basta la presencia de la madre, sino que ésta debe saber depositar los afectos en el bebé, para que en el bebé haya una relación recíproca, si la madre no hace el papel del espejo el bebé de adulto necesitará de reconocimiento y atención. Winnicott observa que en el niño recién nacido existe un estado intermedio entre la tendencia a usar el puño o los dedos para estimular la zona oral en una forma "subjetiva" o "narcisista", y su salida al mundo de los objetos reales, objetivos, representados por un osito o un muñeco con el cual el bebé juega poco tiempo después. Dicho estadio intermedio está señalado por el uso de lo que el autor ha dado en llamar objetos transicionales, que en realidad constituyen sólo la manifestación visible de un espacio particular de experiencia que no es definible como totalmente subjetiva ni como completamente objetiva: el de los fenómenos transicionales.

Este espacio no es interior al aparato psíquico, pero tampoco pertenece del todo a la realidad exterior y, como veremos luego, constituye el

campo intermedio en el que se desarrollarán tanto el juego como otras experiencias culturales. A partir de esta formulación interpreta que debe existir un estadio transicional entre la vida en la realidad subjetiva tal como el bebé la vive y la aceptación de la realidad exterior. Introduce entonces el aludido concepto de fenómenos transicionales, que utiliza para designar la zona intermedia de experiencia entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la creatividad primaria y la proyección de lo que se ha introyectado, entre el desconocimiento primario de la duda (con el mundo exterior) y el reconocimiento de ésta.

Winnicott menciona que el bebé “tiene la necesidad de crear y probar su omnipotencia y ante una necesidad se presta a crear el satisfactor correspondiente, y el asunto está en que una buena madre percibe la necesidad del bebé y se prepara para satisfacerlo, ofreciéndole lo que él crea, confrontándole su omnipotencia, pues el bebé no posee la conciencia de la existencia de otro” (Cueli, 1975 , Pág. 232)

Winnicott nos habla de la realidad interna y dice que esta surge de la fantasía y se basa en las imaginaciones, sentimientos y funciones corporales.

También manifiesta que la dependencia en el bebé es tan grande y que su crecimiento depende de un ambiente facilitador o cuidado materno que junto con el bebé forman una sola unidad.

Para esto Winnicott divide la dependencia en tres partes.

1.- Dependencia absoluta: en esta etapa el bebé no es consciente del cuidado materno, pues no puede delimitar el bien del mal, únicamente se siente beneficiado o sufrido.

2.- Dependencia relativa: en ésta el niño se hace consciente de la necesidad del cuidado materno.

3.- Hacia la independencia: el niño empieza a buscar como satisfacer sus necesidades sin cuidados permanentes y lo va logrando con los recuerdos que tiene de los cuidados que la madre tuvo en este caso utiliza la introyección.

Para Winnicott es muy importante el cuidado materno y menciona que en la madre debe existir una preocupación por su hijo, ya que es una condición que se encuentra presente antes y después del nacimiento, ya que la madre puede presentir lo que el bebé siente.

También comenta que la madre influye en los sentimientos del bebé y que la capacidad que tenga la madre para identificarse con el bebé y de darle contención se denomina holding y que éste a su vez se convertirá en una vivencia para el Self.

La tarea del holding (apoyo brindado por la madre) consiste en brindarle apoyo al yo, en particular cuando se encuentra en total dependencia, para que exista una relación seria del yo con los objetos y se pueda descansar en un satisfactorio holding.

Un holding adecuado ayudará al bebé a que viva sus primeras relaciones objetales omnipotentes, este periodo es importante ya que la fantasía y la realidad, permitirán al bebé crear su propio mundo y el niño experimentará bajo su propio control su omnipotencia y ésto lo tiene que permitir la madre.

Si en esta fase el bebé se encuentra con una madre no buena, incapaz de proporcionar holding puede causar un trauma en el niño.

Winnicott define al trauma como una violación del medio antes que el bebé pueda desarrollar su mecanismo de predecir e impredecir; así mismo describe al trauma por medio de las agonías primitivas o ansiedades impensables. Según Winnicott el trauma surge cuando la

madre no tiene la capacidad de sensibilizarse ante las necesidades del bebé en la etapa omnipotente, pues intenta que el bebé se adapte a sus necesidades maternas y entonces él se convierte en un objeto de deseo de ella.

Esta etapa es clave y en ella se determina si será un adulto sano o enfermo.

1.4 SIGMUND FREUD

Una de las teorías más sobresalientes a cerca del desarrollo de la personalidad es la de Sigmund Freud.

Freud propone que en base a lo que se vive dentro de los primeros años va a ser relevante para la vida adulta y menciona que lo que vivimos no lo olvidamos, lo mandamos al inconsciente, ya que muchas veces son acontecimientos dolorosos en donde, el individuo olvida y esto no se va de la mente si no al inconsciente para ocultar el sufrimiento que provoca dicho problema. (Cueli, 1975)

Asimismo descubre que se deben empezar a estudiar las estructuras de la psique, para esto las divide en tres instancias: El Yo, El Ello y Superyo; describe que éstas a su vez se basan en los instintos los cuales son los instintos de vida y los instintos de muerte y éstos van a motivar y determinar la conducta. (Cueli, 1975)

El ello se caracteriza por que se rige por el principio del placer y en él no existe la tolerancia a la frustración, el sujeto que se encuentra en esta instancia se rige por el instinto de la vida. (Dolto,2007.)

Esta teoría fundamenta que la personalidad de un bebé recién nacido opera bajo el instinto del ello y que el inconsciente contiene lo heredado y que con este ello la libido asume necesidades que demandan ser satisfechas.

El psicoanálisis describe que el bebé recién nacido es un ello que solo busca satisfacción y la encuentra en la comida, calor y afecto materno.

“Freud menciona que el bebe no logra distinguir los objetos de su medio y que tampoco distingue la diferencia entre él y otras cosas; y que a medida de que pasa el tiempo va a ir guardando imágenes en su memoria” (Cueli, 1975, Pág. 43).

Comenta que en esta misma estructura se da el proceso primario en el cual el bebé suele tener un comportamiento narcisista pues sólo le interesa que se le satisfaga y empieza a sentir el afecto o rechazo de la madre. Este mismo proceso lleva al bebé a fantasías y alucinaciones.

El yo es el que trabaja como mediador entre el ello y el Superyó, se rige por el principio de realidad y ayuda a que el sujeto tome decisiones, así mismo ayuda a que las otras dos estructuras se equilibren, y utiliza los mecanismos de defensa cuando se siente presionado.

El yo se desarrolla cuando el niño va teniendo la capacidad de tomar decisiones propias, también el Yo es el encargado de ponerle límites a los instintos del ello y ayuda a que el individuo ejerza control y logre posponer algunas situaciones, el Yo siempre va a estar al servicio del ello.

Según Freud el yo utiliza los procesos secundarios del pensamiento, los cuales son el juicio, inteligencia y percepción, para ayudar a que el sujeto tome decisiones más maduras.

El Superyó es el que prescribe las normas morales al sujeto y rige por el principio de los deberes. Éste contiene todas las reglas morales que debe seguir el individuo, generalmente el Superyó se forma a la edad de 5 a 6 años y se pone en manifiesto con las reglas establecidas por la madre, éste a diferencia del ello no se esfuerza por obtener placer, ni

por obtener respuestas realistas como el Yo, sólo le interesa defender las reglas o moral.

Freud propone que existen mecanismos de defensa los cuales ayudaran a que el Yo no sufra de ansiedad excesiva al encontrarse en conflicto a causa del ello y Superyó. Los cuales se describen a continuación:

Sublimación: el impulso es canalizado a una nueva y más aceptable salida.

Represión: se refiere al mecanismo mediante el cual el inconsciente nos hace olvidar enérgicamente eventos o pensamientos que serían dolorosos si se les permitiese acceder a nuestro pensamiento

Proyección: es el mecanismo por el cual sentimientos o ideas dolorosas son proyectadas hacia otras personas o cosas cercanas pero que el individuo siente ajenas.

Negación: se denomina así al fenómeno mediante el cual el individuo trata factores obvios de la realidad como si no existieran

Introyección (lo opuesto a proyección): es la incorporación subjetiva por parte de una persona de rasgos que son característicos de otra.

Regresión: es el retorno a un funcionamiento mental de nivel anterior ("más infantil").

Formación reactiva o reacción formada: sirve para prevenir que un pensamiento doloroso o controvertido emerja. El pensamiento es substituido inmediatamente por uno agradable.

Aislamiento: es la separación del recuerdo y los sentimientos (afecto, odio).

Desplazamiento: es la condición en la cual no solo el sentimiento conectado a una persona o hecho en particular es separado, sino que además ese sentimiento se une a otra persona o hecho.

Racionalización: es la sustitución de una razón inaceptable pero real, por otra aceptable.

(http://es.wikipedia.org/wiki/Mecanismo_de_defensa)

Freud menciona seis diferentes etapas del desarrollo psicosexual y las define de la siguiente manera:

Oral: en la etapa oral el bebé centra el placer en la boca y el individuo es totalmente dependiente de la madre “La manera en que la madre responda a las exigencias de su hijo (que en este caso son solo demandas del ello) determinará la naturaleza del pequeño mundo del bebé. El bebé aprende de la madre la manera de percibir al mundo ya sea como bueno o malo, satisfactorio o frustrante, seguro o peligroso” (Schultz, 2004, Pág. 60).

También comenta que es justamente la edad en la que el bebé es amamantado por la madre y como lo menciona Dolto “el niño ama todo lo que se lleva a la boca al igual que así mismo” (Dolto, 2007, Pág. 25) y la madre se convierte en un objeto de amor ya que también está presente durante todos los cuidados que son indispensables durante esta edad como el baño, donde las caricias, la vista y los sonidos son claves para que logre placer por la presencia del objeto de amor. Poco a poco el bebé va logrando identificarse con tal objeto y por lo tanto debe manejarse con cuidado el destete ya que si éste surge de manera brusca se genera una Oralidad de forma pasiva la cual tiene características de gustos como beber, comer, besar, fumar o cantar.

Si un adulto fue estimulado excesivamente en esta etapa oral va a tenderá a ser dependiente.

Durante esta etapa también se da el sadismo por medio del crecimiento de los dientes y el bebé ve a la madre con odio y amor a la vez, el final de esta etapa llega con el destete.

Anal: Centra su placer en el ano y la manera de controlar es por medio del esfínter, en el niño se produce placer al defecar y debe aprender a postergar y demorar sus demandas, a través del control de los esfínteres, a la vez el niño utiliza esto como un arma en contra de la madre, ya que siente que él tiene el control de la situación por medio de sus esfínteres, por lo que a la que controla directamente es a su madre.

Un adulto que no logra superar esta etapa tiende a ser coleccionista, obsesivo por el orden y tener comportamientos rígidos, o tener un comportamiento totalmente contrario a los mencionados.

Fálica: Su placer esta centrado en los genitales, surge el interés de explorar los propios genitales y brota la curiosidad acerca del pene.

En la niña se da la envidia acerca del pene, pues se da cuenta de que ella no lo tiene y se da en ella cierta repulsión por la madre pues piensa que ella fue quien se lo quitó, por lo que el padre se convierte en su nuevo objeto de amor y su mamá pasa a ser una rival con la cual lucha por el amor de su padre.

En el caso del niño la madre nunca deja de ser su objeto de amor, en cambio ve al padre como un ser hostil, pues en determinado momento teme que éste lo castre por el amor que él llega a sentir por la madre, se da lo que se conoce como angustia de castración, lo que lleva al niño a a que reprima el amor que siente por la madre.

En ambos casos cuando llega la identificación con el propio sexo es el momento en que reafirma la identificación con su sexo.

Los adultos que no superan esta etapa suelen ser inestables en sus relaciones, necesitan reconocimiento y aprecio desmesurado del sexo opuesto.

Latencia: En esta etapa la sexualidad se encuentra pasiva y utiliza como mecanismo de defensa a la sublimación por medio de las actividades escolares y las deportivas, se dan con frecuencia las amistades con personas del mismo sexo.

Sigmund Freud denominó esta etapa como “latencia” y menciona que se caracteriza por la disminución del interés por las actividades sexuales y el ocultamiento de aquellas que permanecen. El deseo de aprender toma el lugar de los intereses y la curiosidad sexuales previos y el niño y la niña invierten su energía, ahora disponible, para descubrir aspectos del mundo en el que viven y para integrarse en nuevos grupos sociales fuera del ámbito familiar. La exclusividad de la importancia de las figuras parentales queda acotada por el conocimiento de otras familias y la relación con otras figuras de autoridad, principalmente los maestros, que heredan la historia afectiva que tenían con sus progenitores. El lenguaje se vuelve paulatinamente el principal medio de expresión y comunicación, gracias a la estabilización del proceso secundario. Los niños/as piensan, reflexionan, se ponen en el lugar de los otros, ganan en autonomía, desarrollan su propia moral.

Se puede decir que entre los 6 y los 12 años se produce un giro decisivo en el desarrollo mental y afectivo.

Separan su pensamiento racional y su fantasía, la conducta pública y la privada. En este mismo sentido de la progresiva capacidad de diferenciación la capacidad para discriminar entre diferentes espacios, diferentes tiempos, y entre el yo y el objeto, contribuye a su creciente capacidad para la autonomía y la historización de sí, que se expresaría en términos de Piera Aulagnier, en la posibilidad de enunciación de "un proyecto identificador" que preservando aspectos del pasado ofrece al yo una imagen futura que lo orienta y le otorga sentidos.

A partir de los 8 años niños y niñas van logrando una mayor concentración cuando trabajan de manera individual y una colaboración más efectiva cuando participan en actividades de grupo.

El niño pasa de un egocentrismo social e intelectual a nuevas coordinaciones que le van a permitir otras formas de organización, mayor autonomía y procesos complejos de reflexión.

El inicio de construcciones lógicas en lo intelectual le permite comprender los sistemas de relaciones, la coordinación de distintos puntos de vista, un sistema de valores, lograr una moral de cooperación y autonomía personal. Aparecen nuevos sentimientos morales como la honestidad, la camaradería, la justicia, y una organización de la voluntad. El equilibrio afectivo se hace más estable. Se atenúa la ambivalencia.

El juego cambia: se complejiza y mediatiza ya que se combinan habilidades con el azar, se inventan reglas o se modifican las transmitidas de generación en generación como una forma de expresar la verdadera comprensión del consenso que subyace a las mismas. Se juega cooperativamente, se reparten roles.

El desarrollo del lenguaje, que deja de ser egocéntrico, da cuenta de las justificaciones lógicas utilizadas para la conexión entre ideas. Las posibilidades de discusión, la comprensión de distintos puntos de vista y valores y la justificación de las propias afirmaciones, hacen que las explicaciones entre los niños se den en el plano de la palabra y del pensamiento y no tanto en la acción. El cuerpo deja de ser un instrumento privilegiado para la expresión de los estados internos, en la

medida que se han incrementado las posibilidades de expresión verbal. También logran mayores posibilidades de expresión artística.

Sigmund Freud en 1914, en *Psicología del colegial*, afirma que las actitudes afectivas se establecen en forma definitiva en los primeros seis años de vida. Esto es que la forma y el tono afectivo que se ha fijado en la relación con los padres y hermanos van a ser transferidas a todas las relaciones que en el futuro establezca con otros adultos y niños; podrá desarrollarlas y orientarlas en otros sentidos pero ya nunca abandonarlas.

“Todos los hombres que haya de conocer posteriormente serán para él personajes sustitutivos de estos primeros objetos afectivos (quizá, junto a los padres, también los personajes educadores), y los ordenará en series que parten todas de las denominadas imagos del padre, de la madre, de los hermanos, etc. Estas relaciones ulteriores asumen pues, una especie de herencia afectiva, tropiezan con simpatías y antipatías en cuya producción escasamente han participado; todas las amistades y vinculaciones amorosas ulteriores son seleccionadas sobre la base de las huellas mnemónicas que cada uno de aquellos modelos primitivos haya dejado.” (Amorrotu, 1992)

En la etapa de la segunda infancia el niño amplía sus relaciones, se vincula con otros pares y conoce otras familias. Las observaciones que realiza del mundo, lo llevan a comparar a sus padres con otros, y la imagen idealizada que de ellos tiene comienza a vacilar

(<http://www.google.com.mx/search?q=freud++latencia&btnG=Buscar&hl=es&client=firefox-a&channel=s&rls=org.mozilla%3AesES%3Aofficial&sa=2>)

Es por ello que la primera infancia es importante, pues va a determinar el comportamiento del niño en sus años posteriores.

Genital: El individuo se ve sujeto a los tabúes sobre la manifestación de la expresión sexual, en este caso el sujeto sublima la energía sexual en actividades que le permitan llegar a su autorrealización.

El adulto con personalidad Genital logra sentir satisfacción en el amor y en el trabajo.

Según Freud el individuo nunca llega a superar dichas etapas y sin embargo vive girando alrededor de ellas, e incurriendo en peligro cuando se da la fijación o no se supera dicha etapa.(Dolto, 2007.)

1.5 ANA FREUD

Menciona que en el trabajo analítico con niños se deben retomar 4 métodos que son: los recuerdos inconscientes, elaborar e interpretar las ocurrencias que se derivan de las asociaciones libres, interpretación de reacciones transfereenciales y la interpretación de sueños con ayuda del niño.

Ana Freud hace referencia a diferentes líneas de desarrollo las cuales ayudan al desarrollo de la personalidad las cuales son:

- Desde la dependencia a la autosuficiencia emocional y las relaciones objetales adultas: Se trata de una secuencia que conduce desde la absoluta dependencia del recién nacido de los cuidados de la madre, hasta la autosuficiencia material y emocional.
- Desde la lactancia a la alimentación racional: La etapa de la latencia de pecho o biberón según los trastornos intestinales o las

ansiedades de la madre hasta la edad del destete, iniciado por la madre o por el bebé.

La relación comida madre que persiste durante las fases 1 a 4 fundamenta la convicción subjetiva de la madre que el rechazo que tiene el niño hacia la comida está dirigido personalmente a la madre, es decir, expresa el rechazo del niño por la atención y los cuidados maternos, convicción que origina una hipersensibilidad durante los procesos alimentarios sobre las que se basan las batallas de alimentación con respecto a la madre. Con esto también explica por qué estas fases de rechazo y el extremo disgusto demostrado con respecto a ciertos alimentos desaparecen con la sustitución temporaria de la madre para alimentar a su hijo.

- De la incontinencia al control de esfínteres: la duración de la primera fase durante la cual el niño tiene completa libertad con respecto a la evacuación, pasa por una etapa en la que el niño considera sus evacuaciones como objetos preciosos y les otorga un valor como de regalo y cuando pasa esto termina por aceptar por medio del entrenamiento del control esfinteriano convirtiéndolo en una parte integral de las exigencias del yo y superyo.
- De la irresponsabilidad hacia la responsabilidad en el cuidado personal: El niño en un inicio es totalmente dependiente del aseo que su mamá le hace, posteriormente se muestra renuente a estos cuidados y después acepta voluntariamente realizarse cuidados en el cuerpo.
- Desde el egocentrismo hacia el compañerismo: El niño primeramente considera que es un objeto único y tiene una perspectiva narcisista del mundo, luego considera a los demás

niños como objetos o juguetes que pueden ser manipulados, después acepta jugar con ellos pero ya logra verlos como iguales.

- Desde el cuerpo hacia los juguetes y del juego al trabajo: el niño utiliza los juguetes para demostrar sus tendencias masculinas o femeninas y después los va a tomar como una herramienta que le ayude a mirar hacia el futuro como quiere desempeñarse en la sociedad es decir lo que quiere ser de adulto.

1.6 RENE SPITZ

“Menciona que existen barreras de estímulos primitivas de origen neutral que protegen al bebé de los excesos de estimulación” .(Cueli, 1975, Pág. 241).

Dice que es el área bucal y sus alrededores los que tienen mayor funcionamiento pues estos son activados para su sobrevivencia desde el momento del nacimiento.

De acuerdo con Spitz el primer tipo de percepción que tiene el bebé es la “Percepción Cinestésica” la cual tiene niveles de sensibilidad muy altos y que éstas colocan al bebé en experiencias viscerales.

Durante el periodo de la Percepción Cinestésica el bebé no logra diferenciar el placer del displacer pues ambos son globalizadores para el niño y que cuando se dá la percepción diacrítica es decir la continuidad entre la sensación de placer y el contacto visual con la madre surge el primer organizador de la psique.

Según Spitz el termino organizador ayuda a describir el avance de los niveles de integración en el desarrollo.

Los organizadores son procesos psíquicos que se van a dar mediante indicadores, los cuales son señales internas que anuncian cambios internos. El primer organizador es la sonrisa la cual se da aproximadamente a los tres meses y se da en respuesta al rostro humano y este es un factor clave que se da con la relación objetal, la madre debe ayudar a la integración del yo para que el bebé pueda resistir a los estímulos gratificantes y frustrantes a los que se enfrenta y pueda volverse consiente de su madre.

El segundo organizador es cuando el bebé conoce el rostro de la madre y el indicador es la angustia ante extraños, la cual surge cuando el bebé tiene, miedo a una separación de su madre, lo cual lo llevará a experimentar situaciones solo cuando él pueda estar observándola, si el bebé puede resistir la angustia de separación podrá vivir y desenvolverse en el mundo. El tercer organizador es la comunicación semántica en la cual se confirma la independencia del bebé.

Según Spitz el bebé durante la primera semana de amamantamiento aún no es capaz de reconocer nada, ni siquiera el pezón de la madre pues en su desesperación de succionarlo sigue llorando agitadamente por la demanda de éste y solo ve a la madre como un objeto que se acerca a cubrir la demanda, y posteriormente se dará la percepción que es cuando el bebé empieza a observar el medio que lo rodea y sigue con atención cada uno de los movimientos que realiza ese sujeto que lo alimenta esto se da aproximadamente a las 2 o tres semanas, y además empieza a identificar a su madre mirando su rostro ya que a partir de este lapso el bebé mientras recibe su alimento se la pasa observando el rostro de su madre, y aproximadamente a las 6 semanas es cuando se van quedando grabadas en la memoria las primeras huellas mnémicas en función de la presencia de los satisfactores.

Spitz nos habla de cavidades y comenta en la primera que todas las percepciones se basan en la de mamar ya que al succionar es cuando el bebé recibe las percepciones al sentir el pezón, dedo u objeto que se le da a comer. (Cueli, 1975, Pág. 248).

Sobre la percepción de la distancia nos comenta que se da cuando el bebé puede ver como se da la distancia del rostro de la madre al terminar de mamar o succionar el pezón, también comenta que en si para el bebé lo mas importante es el rostro de su madre ya que cuando no lo ve siente angustia y menciona que ésta surge alrededor de los 6 u 8 meses a la cual denomina “angustia del octavo mes” pues el bebé siente angustia al ver que se le acerca alguien pero que no tiene el rostro de su madre, lo que dará lugar un deseo de tener a su madre con él. Todo esto sucede por que el rostro del desconocido no coincide con las huellas mnémicas que tiene el bebé del rostro de su mamá, por lo que se dará una negativa a tener contacto con el desconocido.

1.7 John Bowlby

Conforme a Bowlby el apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con su madre (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para que tenga un buen desarrollo de la personalidad. La idea fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo).

El apego proporciona la seguridad emocional del niño: ser aceptado y protegido incondicionalmente. Éste planteamiento también puede observarse en distintas especies animales y que tiene las mismas consecuencias: la proximidad deseada de la madre como base para la protección y la continuidad de la especie.

“El bebé de acuerdo con esta teoría nace con un repertorio de conductas las cuales tienen como finalidad producir respuestas en la madre, como son la succión, las sonrisas reflejas, el balbuceo, la necesidad de ser acunado y el llanto, no son más que estrategias por decirlo de alguna manera del bebé para vincularse con su madre o cuidador. Con este repertorio los bebés buscan mantener la proximidad con la figura de apego, resistirse a la separación, protestar si se lleva a cabo (ansiedad de separación), y utilizar la figura de apego como base de seguridad desde la que explora el mundo.”

(<http://www.bebesymas.com/2008/04/26-la-teoria-del-apego-de-john-bowlby>).

Para Bowlby lo importante es la relación que se da entre la madre y el hijo, es por eso que Bowlby menciona que no importa la manera en que se relacione el niño con la madre ya que existen tendencias a que el niño se apegue totalmente a la madre por que en ella siente seguridad e incluso puede hacerlo aunque sea una madre que provoque sentimientos de hostilidad pues lo importante es tener el vinculo con ella. Así mismo según Bowlby es primordial que el bebé vea de cerca de la madre ya que en ella encuentra seguridad y además se crea su personalidad.

Bowlby sostiene que el sistema de apego está compuesto de tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los niños en cercanía física de sus cuidadores durante la historia de la evolución. El permanecer en cercanía de los cuidadores ayudaría para protegerlos de algún peligro o depredación. Los niños que poseen estas tendencias de apego, tendrían mayor probabilidad de sobrevivir, de llegar a la edad reproductiva y traspasar estas tendencias a futuras generaciones. (Simpson, 1990).

Las formas de apego se desarrollan en forma temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida (Griffin, & Bartholomew, 1994). El apego se desarrolla como un modelo mental interno que integra creencias acerca de sí mismo, otros y el mundo social en general y juicios que afectan la formación y manutención de las relaciones íntimas durante toda la vida del individuo (Bowlby citado en Bourbeau, et al. 1998).

“En base a cómo los individuos responden en relación a su figura de apego cuando están angustiados Ainsworth, Blewar, Waters y Wall, definieron los 3 patrones más importantes de apego y condiciones familiares que los promueven, existiendo el estilo seguro, ansioso-ambivalente y evasivo” (Griffin & Bartholomew, 1994).

1.- Las personas con estilos de apego seguro, son capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Ellos tienen cuidadores que son sensibles a sus necesidades, por eso, tienen confianza en que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. (Feeney & Kirkpatrick, 1996). En el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo. (Mikulincer, 1998a).

2.- Las personas con estilos de apego evasivo, exhiben un aparente desinterés y desapego a la presencia de sus cuidadores durante períodos de angustia. Estos niños tienen poca confianza en que serán ayudados y esperan ser desplazados porque las experiencias pasadas así se lo dicen. (Feeney, 1996). Estas personas poseen inseguridad hacia los demás y prefieren mantenerse distanciados de los otros,

además, poseen miedo a la intimidad y muestran tener dificultades para depender de las personas. (Mikulincer, 1998b).

3.- Los niños con estilo de apego ansioso-ambivalente, responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores (Feeney, 1996). Estas personas están definidas por un fuerte deseo de intimidad, junto con una inseguridad respecto a los otros. (Mikulincer, 1998b).

1.8 Jean Piaget

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

Cuadro 1
Etapas del Desarrollo del niño (Piaget)

PERÍODO	ESTADIO	EDAD
Etapa Sensoriomotora	Estadio de los mecanismos reflejos	0 - 1
La conducta del niño es esencialmente motora,	congénitos.	mes
	Estadio de las reacciones	1 - 4

<p>no hay representación interna de los acontecimientos externos, ni piensa mediante conceptos.</p>	<p>circulares primarias Estadio de las reacciones circulares secundarias Estadio de la coordinación de los esquemas de conducta previos. Estadio de los nuevos descubrimientos por experimentación. Estadio de las nuevas representaciones mentales.</p>	<p>meses 4 - 8 meses 8 - 12 meses 12 - 18 meses 18-24 meses</p>
<p>Etapa Preoperacional Es la etapa del pensamiento y la del lenguaje que gradua su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.</p>	<p>Estadio preconceptual. Estadio intuitivo.</p>	<p>2-4 años 4-7 años</p>
<p>Etapa de las Operaciones Concretas Los procesos de razonamiento se vuelven lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad.</p>	<p>7-11 años</p>	
<p>Etapa de las Operaciones Formales</p>	<p>11 años en</p>	

<p>En esta etapa el adolescente logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales.</p>	<p>adelante</p>
--	-----------------

(<http://www.monografias.com/trabajos16/teorias-piaget/teorias-piaget.shtml>)

La teoría de Piaget ha sido denominada epistemología genética porque estudió el origen y desarrollo de las capacidades cognitivas desde su base orgánica, biológica, genética, encontrando que cada individuo se desarrolla a su propio ritmo. Describe el curso del desarrollo cognitivo desde la fase del recién nacido, donde predominan los mecanismos reflejos, hasta la etapa adulta caracterizada por procesos conscientes de comportamiento regulado. En el desarrollo genético del individuo se identifican y diferencian periodos del desarrollo intelectual, tales como el periodo sensorio-motriz, el de operaciones concretas y el de las operaciones formales. Piaget considera el pensamiento y la inteligencia como procesos cognitivos que tienen su base en un substrato orgánico-biológico determinado que va desarrollándose en forma paralela con la maduración y el crecimiento biológico.

En la base de este proceso se encuentran dos funciones denominadas asimilación y acomodación, que son básicas para la adaptación del organismo a su ambiente. Esta adaptación se entiende como un esfuerzo cognoscitivo del individuo para encontrar un equilibrio entre él mismo y su ambiente. Mediante la asimilación el organismo incorpora información al interior de las estructuras cognitivas a fin de ajustar mejor el conocimiento previo que posee. Es decir, el individuo adapta el ambiente a sí mismo y lo utiliza según lo concibe. La segunda parte de la

adaptación que se denomina acomodación, como ajuste del organismo a las circunstancias exigentes, es un comportamiento inteligente que necesita incorporar la experiencia de las acciones para lograr su cabal desarrollo.

Estos mecanismos de asimilación y acomodación conforman unidades de estructuras cognoscitivas que Piaget denomina esquemas. Estos esquemas son representaciones interiorizadas de cierta clase de acciones o ejecuciones, como cuando se realiza algo mentalmente sin realizar la acción. Puede decirse que el esquema constituye un plan cognoscitivo que establece la secuencia de pasos que conducen a la solución de un problema.

Para Piaget el desarrollo cognitivo se desarrolla de dos formas: la primera, la más amplia, corresponde al propio desarrollo cognitivo, como un proceso adaptativo de asimilación y acomodación, el cual incluye maduración biológica, experiencia, transmisión social y equilibrio cognitivo. La segunda forma de desarrollo cognitivo se limita a la adquisición de nuevas respuestas para situaciones específicas o a la adquisición de nuevas estructuras para determinadas operaciones mentales específicas.

(<http://www.monografias.com/trabajos16/teorias-piaget/teorias-piaget.shtml>)

Para Piaget el desarrollo intelectual se basa en la actividad constructiva del individuo en su relación con el ambiente, y en la necesidad del sujeto de adaptarse a los desequilibrios que encuentra en dicho ambiente. Así, y desde los primeros días de vida, el sujeto encuentra en el complejo medio que le rodea situaciones y problemas que no conoce o domina, y ante los cuales intenta encontrar respuesta de cara a funcionar de forma adaptativa y equilibrada en su relación con dicho medio.

1.9 Karl Jung

La teoría de Jung divide la psique en tres partes. La primera es **el Yo**, el cual se identifica con la mente consciente. Relacionado cercanamente se encuentra **el inconsciente personal**, que incluye cualquier cosa que no esté presente en la conciencia, pero que no está exenta de estarlo. El inconsciente personal sería como lo que las personas entienden por inconsciente en tanto incluye ambas memorias, las que podemos atraer rápidamente a nuestra conciencia y aquellos recuerdos que han sido reprimidos por cualquier razón.

Después de describir el inconsciente personal, Jung añade una parte al psiquismo que hará que su teoría destaque de las demás: el inconsciente colectivo. Podríamos llamarle sencillamente nuestra “herencia psíquica”. Es el reservorio de nuestra experiencia como especie; un tipo de conocimiento con el que todos nacemos y compartimos. Aún así, nunca somos plenamente conscientes de ello. A partir de él, se establece una influencia sobre todas nuestras experiencias y comportamientos, especialmente los emocionales; pero solo le conocemos indirectamente, viendo estas influencias.

Existen ciertas experiencias que demuestran los efectos del inconsciente colectivo más claramente que otras. La experiencia de amor a primera vista, (el sentimiento de haber estado anteriormente en la misma situación) y el reconocimiento inmediato de ciertos símbolos y significados de algunos mitos, se pueden considerar como una conjunción súbita de la realidad externa e interna del inconsciente colectivo.

Los contenidos del inconsciente colectivo son los llamados arquetipos. Jung también les llamó dominantes, imagos, imágenes primordiales o mitológicas y otros nombres, pero el término arquetipo es el más conocido. Sería una tendencia innata (no aprendida) a experimentar las cosas de una determinada manera.

El arquetipo carece de forma en sí mismo, pero actúa como un “principio organizador” sobre las cosas que vemos o hacemos. Funciona de la misma manera que los instintos en la teoría freudiana. Al principio, el bebé solo quiere algo de comer, sin saber lo que quiere. Es decir, presenta un anhelo indefinido que, no obstante, puede ser satisfecho por algunas cosas y no por otras. Más tarde, con la experiencia, el bebé empieza a anhelar cosas más concretas cuando tiene hambre (un biberón, una galleta, una langosta a la brasa, un pedazo de pizza estilo Nueva York). El arquetipo es como un agujero negro en el espacio. Solo sabemos que está ahí por cómo atrae materia y luz hacia sí mismo.

Jung habla sobre el arquetipo materno este arquetipo es particularmente útil como ejemplo. Todos nuestros ancestros tuvieron madres. Hemos evolucionado en un ambiente que ha incluido una madre o un sustituto de ella. Nunca hubiéramos sobrevivido sin la conexión con una persona cuidadora en nuestros tiempos de infantes indefensos. Está claro que somos “construidos” de forma que refleja nuestro ambiente evolutivo: venimos a este mundo listos para desear una madre, la buscamos, la reconocemos y lidiamos con ella.

Así, el arquetipo de madre es una habilidad propia constituida evolutivamente y dirigida a reconocer una cierta relación, la de la “maternalidad”. Jung establece esto como algo abstracto, y todos nosotros proyectamos el arquetipo a la generalidad del mundo y a personas particulares, usualmente nuestras propias madres. Incluso cuando un arquetipo no encuentra una persona real disponible,

tendemos a personificarlo; esto es, lo convertimos en un personaje mitológico “de cuentos de hadas”, por ejemplo. Este personaje simboliza el arquetipo.

Este arquetipo está simbolizado por la madre primordial o “madre tierra” de la mitología; por Eva y María en las tradiciones occidentales y por símbolos menos personalizados como la iglesia, la nación, un bosque o el océano. De acuerdo con Jung, alguien a quien su madre no ha satisfecho las demandas del arquetipo, se convertiría perfectamente en una persona que lo busca a través de la iglesia o identificándose con la “tierra madre”, o en la meditación sobre la figura de María o en una vida dedicada a la mar.

Otra cosa de la que habla Jung es del ánima . En las primeras obras de Jung, el ánima era la parte oculta o "sombra" del inconsciente femenino (cualidades femeninas) del hombre. En sus últimas obras cuando el ánima se hace consciente, es equiparada al proceso alquimista (Jung era un gran estudioso de la alquimia) , donde se unen los elementos conscientes e inconscientes . Siempre que el individuo promueve y saca a la luz, vivencialmente, su ánima , la personalidad experimenta grandes y profundos cambios . El sí-mismo es el resultado de la confluencia en la psique de la parte inconsciente del alma y la conciencia . La armonía de la parte inconsciente y consciente del sujeto se encuentra en el sí-mismo, verdadero núcleo de la entropía psicológica.

Por otra parte el self (sí-mismo), hay que resaltar este punto, es lo opuesto al yo . El yo es un complejo , en el que el "ego" es su parte más consciente . En cambio el self es un arquetipo equilibrador de las partes conscientes e inconscientes del sujeto. La salud mental del sujeto equivale al proceso adecuado del self, que atiende tanto a los elementos de la conciencia como a integrar adecuadamente los aspectos relevantes del mundo inconsciente . Si las experiencias del inconsciente no son

adecuadamente atendidas y simbolizadas se produce malestar emocional

El equilibrio solo se logra a través de la "individuación" atendiendo a los distintos aspectos de la personalidad .Se denomina "individuación" al proceso por el que se facilita el desarrollo de las diferentes partes de la personalidad . La meta de la individuación es por un lado liberar al si-mismo de las falsas defensas de la Persona (complejo de las mascararas o roles) y del otro del ánima inconsciente y sus imágenes .

En el proceso de individuación se logra una integración intermedia entre el nivel consciente y el inconsciente, favoreciendo el desarrollo de la personalidad. Jung menciona que Los primeros años del niño, hasta los cinco, sirven para adquirir las habilidades básicas de autoprotección, como el andar, caminar, hablar , todas ellas encaminadas a sobrevivir . Alrededor de los cinco años la libido se desplaza hacia los intereses sexuales . Hacia los veinte años el individuo elige a su cónyuge, forma una familia y se establece en una ocupación . Hasta entonces el individuo se ha volcado en el mundo externo, en su modo de "extroversión". A la edad de los últimos treinta y primeros cuarenta años, tienen lugar los grandes cambios . El individuo se vuelve en "introversión" hacia los valores espirituales, religiosos o morales . Si el individuo atiende a estos valores internos, gobernados por sus arquetipos inconscientes, quizás tenga que abandonar en cierto modo los estándares externos del éxito y las ganancias materiales, pero aumentará su creatividad interior y su madurez psíquica .

1.10 Henry Wallon

Para Wallon, el ser humano se desarrolla según el nivel general del medio al que pertenece, así pues para distintos medios se dan distintos

individuos. Por otro lado, el desarrollo psíquico no se hace automáticamente, sino que necesita de un aprendizaje, a través del contacto con el medio ambiente.

Considera este autor que la infancia humana tiene un significado propio y un papel fundamental que es el de la formación del hombre. En este proceso de la infancia se producen momentos críticos del desarrollo, donde son más fáciles determinados aprendizajes.

Wallon intenta encontrar el origen de la inteligencia y el origen del carácter, buscando las interrelaciones entre las diferentes funciones que están presentes en el desarrollo.

Wallon planteó también un sistema clasificatorio de las etapas del desarrollo. Para él, el objeto de la psicología era el estudio del hombre en contacto con lo real, que abarca desde los primitivos reflejos hasta los niveles superiores del comportamiento y utiliza un *enfoque pluridimensional*.

Seis son los estadios que propone Wallon en su estudio:

1º. Estadio impulsivo. Abarca desde el nacimiento hasta los cinco o seis meses. Éste es el periodo que Wallon llamaría de la actividad preconsciente, al no existir todavía un ser psíquico completo.

No hay coordinación clara de los movimientos de los niños en este período, y el tipo de movimientos que se dan son fundamentalmente impulsivos y sin sentido.

En este estadio todavía no están diferenciadas las funciones de los músculos, es decir, la función tónica (que indica el nivel de tensión y postura) y la función clónica (de contracción-extensión de un músculo).

Los factores principales de este estadio son la *maduración de la sensibilidad y el entorno humano*, ya que ayudan al desarrollo de diferentes formas expresivas y esto es precisamente lo que dará paso al siguiente estadio.

2º Estadio Emocional. Empieza en los seis meses y termina al final del primer año. La emoción en este periodo es dominante en el niño y tiene su base en las diferenciaciones del tono muscular, que hace posible las relaciones y las posturas.

Para Wallon, la emoción cumple tres funciones importantes:

- a) Al ser la emoción un mundo primitivo de comunicación permite al niño el contacto con el mundo humano y por tanto la sociedad.
- b) Posibilita la aparición de la conciencia de sí mismo, en la medida en que éste es capaz de expresar sus necesidades en las emociones y de captar a los demás, según expresen sus necesidades emocionales.

El paso según Wallon, de este estadio emocional, en donde predomina la actividad tónica, a otro estadio de actividad más relacional es debido a la aparición de lo que el llama reflejo de orientación.

3º. Estadio Sensoriomotor y proyectivo. Abarca del primero al tercer año. Este es el periodo más complejo. En él, la actividad del niño se orienta hacia el mundo exterior, y con ello a la comprensión de todo lo que le rodea. Se produce en el niño un mecanismo de exploración que le permite identificar y localizar objetos.

El lenguaje aparece alrededor de los doce o catorce meses, a través de la imitación; con él, enriquece su propia comunicación con los demás (que antes era exclusivamente emocional).

También en este período se produce el proceso de andar en el niño, el cual incrementa su capacidad de investigación y de búsqueda. Aunque el niño puede conocer y explorar en esta edad, no puede depender todavía de sí mismo y se siente incapaz de manejarse por sí solo, cosa que se resolverá a partir de los tres años con el paso al siguiente estadio.

4º. Estadio del Personalismo. Comprende de los tres a los seis años. En este estadio se produce la consolidación (aunque no definitiva) de la

personalidad del niño. Presenta una oposición hacia las personas que le rodean, debido al deseo de ser distinto y de manifestar su propio yo. A partir de los tres años toma conciencia de que él tiene un cuerpo propio y distinto a los demás, con expresiones y emociones propias, las cuales quiere hacerlas valer, y por eso se opone a los demás, de aquí la conducta de oposición. Este comportamiento de oposición tiende a repetirse en la adolescencia, ya que los orígenes de ambas etapas son parecidos.

Resumiendo, en este estadio el niño toma conciencia de su yo personal y de su propio cuerpo, situándole en un estadio de autonomía y autoafirmación, necesario para que el niño sienta las bases de su futura independencia.

5º. Estadio Categorical. De los seis a los once años. Este estadio está marcado por el significativo avance en el conocimiento y explicación de las cosas. Se producen las construcciones de la categoría de la inteligencia por medio del pensamiento categorial.

Se dan dos tareas primordiales en este periodo:

La identificación de los objetos por medio de cuadros representativos.

Y la explicación de la existencia de esos objetos, por medio de relaciones de espacio, tiempo y causalidad.

En el desarrollo del pensamiento categorial, se diferencian dos fases:

1ª fase (de 6 a 9 años). En la cual el niño enuncia o nombra las cosas, y luego se da cuenta de las relaciones que hay entre esas cosas.

2ª fase (de 9 a 12 años). Se pasa de una situación de definición (que es la primera fase) a una situación de clasificación. El niño en esta fase clasifica los objetos que antes había enunciado, y los clasifica según distintas categorías.

6º. Estadio de la Adolescencia. Se caracteriza por una capacidad de conocimiento altamente desarrollada y, por otro lado, se caracteriza por una inmadurez afectiva y de personalidad, lo cual produce un conflicto, que debe ser superado para un normal desarrollo de la personalidad.

La adolescencia es un momento de cambio a todos los niveles; apunta este cambio hacia la integración de los conocimientos en su vida, hacia la autonomía y hacia lo que llamaríamos el sentimiento de responsabilidad.

(<http://www.monografias.com/trabajos/conducta/conducta.shtml>)

1.11 ALFRED ADLER

Adler comenta que el potencial para el interés social es innato y que el individuo debe contribuir con la sociedad para realizar las metas personales y comunitarias.

Por otra parte dice que el recién nacido se encuentra en una situación en la que necesita la colaboración en principio de la mamá o del cuidador principal y posteriormente de los otros miembros de la familia, personal de guardería o la escuela. Adler noto la importancia de la madre como la primera persona con quien el bebé está en contacto y que a través de su conducta hacia el niño, la madre puede promover el interés social u obstaculizar su desarrollo. Adler creía que la función de la madre es vital en el desarrollo y la estructura de la personalidad del niño.

Adler afirma que los recuerdos que se tiene de los primeros años llegan a impactar en la segunda infancia o en la adultez y que los primeros recuerdos revelan el estilo de vida actual de la persona por lo que pueden usarse como herramienta terapéutica.

Adler comenta que dentro de los primeros años puede surgir negligencia y que los niños descuidados o rechazados por sus padres desarrollan sentimientos de minusvalía.

De acuerdo con Adler los hijos primogénitos desarrollan interés por el poder y la autoridad, y la manera en que lo logran es destacando en su trabajo, haciendo todo lo posible por destacar académicamente, sin embargo tienden a ser más dependientes de personas ajenas a ellos y a presentar un mayor índice de ansiedad. (Schultz, 2004)

Adler añade que si a los hijos menores se les mimó en exceso tienen tendencias a presentar problemas de ajuste cuando adultos y que está es una razón aducida con frecuencia para explicar el alcoholismo.

La teoría de Adler menciona que la situación que se da con los hijos menores es que tienen una clara preocupación por ser el centro de atención y son más egoístas que los que crecieron con hermanos.

Capítulo 2

La familia.

Se debe tomar en cuenta que el núcleo más importante en el cual se desenvuelve el niño es la familia, es por eso que en este capítulo, se definirán los diferentes tipos de familia, que de alguna manera determinarán el comportamiento que pueda manifestar el niño.

Salvador Minuchin describe en su modelo estructural a la familia como un sistema que tiende a la defensa de su estabilidad ante los cambios de condiciones e influencias internas y externas lo que suele favorecer la disfuncionalidad mediante mecanismos de mantención del sufrimiento en la familia o de alguno de sus miembros. El reestablecimiento de jerarquías, la formulación de límites claros, la definición de roles y funciones y la disolución de alianzas o triángulos ayudaría regresar a una estructura familiar funcional.

(http://es.wikipedia.org/wiki/Salvador_Minuchin)

LA FAMILIA

La definición de familia asegura que tanto la estructura como el papel de cada una de ellas varía según la sociedad; el modelo más conocido de esta estructura es la denominada “**familia nuclear**” la cual está compuesta por dos adultos con sus respectivos hijos. En otras familias, dicho núcleo se encuentra comandado por una abuelos y otros familiares; también tenemos a la familia monoparental, aquí los hijos viven sólo con el padre o con la madre en situación de soltería, divorcio o viudez. La familia no siempre se ha visto como lo es actualmente, diversos antropólogos y sociólogos desarrollaron diferentes teorías que hacen referencia a la evolución de las estructuras familiares como de sus funciones.

La familia es un contexto que le ayuda al individuo a crecer y recibir auxilio y necesita de una estructura viable para desempeñar tareas esenciales y además proporcionar sentimiento de pertenencia.

Los miembros de la familia no suelen vivenciarse como una parte de la estructura familiar, todo ser humano se considera una unidad, cuando un individuo interactúa en el seno de una familia experimenta el mapa que le traza ese mundo. (Francois Dolto, 1997)

Arthur Koestler integró un nuevo concepto para designar los niveles intermedios de cualquier jerarquía, la palabra “Holón” que se deriva del Griego holos y que significa un todo.

Conforme a Arthur Koestler (1978) la familia nuclear es un Holón de la familia extensa, ésta lo es de la comunidad, y así cada todo contiene a la parte y cada parte contiene el programa que el todo impone, la parte y el todo se contienen recíprocamente en un proceso continuado, actual, corriente de comunicación e interrelación. Por ello es que lo divide en diferentes tipos de holones ya que cada uno tiene su función dentro de la familia.

El Holón individual incluye el auto concepto, así como el contexto propio, el Holón conyugal que se refiere al que conforma la pareja de padres y que brinda el apoyo a los hijos y el sustento, el Holón paternal que se refiere a dar la parte de la crianza y las funciones de socialización, y el Holón fraternal que se refiere al trato entre los hermanos y a la relación que se puede dar como tal entre ellos.

2.1 TIPOS DE FAMILIA

Según Minuchin existen diferentes tipos de familia, y menciona que éstas de alguna manera pueden determinar el comportamiento del niño, así como la manera en que se desenvuelve en el medio.

A continuación se describe cada tipo de familia:

Familia de pas de deux

Esta familia se refiere a la pareja que ya se queda sola nuevamente por que los hijos ya se casarán y también se les conoce como “familia del síndrome de nido vacío”. Este tipo de familia suele tener un estilo de vinculación intensa y que al mismo tiempo alimenta la dependencia y el resentimiento recíproco. El caso se da raramente con las madres que se quedan solas y con un hijo soltero.

Familias de tres generaciones.

Son las familias que viven en una íntima relación y es la configuración más típica en el mundo.

Suelen ser las familias “muégano” que viven en la misma casa, por lo que este tipo de familia necesita de un contexto social que complete sus operaciones.

Es común encontrar rasgos o señales de problemas que se repiten de generación en generación.

Familias con soporte

Se da cuando hay muchos niños en el hogar y al mayor se le delegan responsabilidades de los hermanitos, por lo que estos asumen la función parental y crianza de los hermanos. Lo que da como resultado un sentimiento en ellos de exclusión del contexto fraternal y no llegan a ser aceptados de manera genuina en el Holón parental.

Familias acordeón

Este tipo de familia se da cuando uno de los padres por cuestiones de trabajo viaja mucho y entonces el otro miembro realiza la función de mamá y papá a la vez.

Familias cambiantes

Suelen ser las familias que cambian frecuentemente de casa o la familia en la que uno de los padres cambia constantemente de pareja e incluso en ella pueden figurar los niños que a menudo son cambiados del colegio. Esto podría provocar un desequilibrio en el sistema.

Familias con huéspedes

Surge cuando en la familia llegan familiares y se quedan a vivir en la casa por un largo tiempo, y esto puede poner en riesgo la armonía familiar.

Familias con padrastro o madrastra

Se trata de que un padre adoptivo llegue a casa y esta configuración puede descompensar las emociones familiares, por lo que se recomienda que en estos casos se delimite el trato que e tendrá con el padrastro o madrastra, sin perder de vista que ya forman una familia.

Familias con fantasma

Son familias que han sufrido la pérdida de un familiar y depositan parte de esa persona muerta en otro miembro de la familia. Y continúan actuando como si el familiar aún siguiera con vida.

Familias psicósomáticas

La familia parece funcionar perfectamente cuando un integrante está enfermo, en estas familias suelen encontrarse rasgos de sobreprotección.

Son aquellas familias en las que a los miembros les cuesta trabajo realizar sus actividades fuera de está, e incluso corren con el riesgo de quedarse solos entre ellos, con tal de no perderse.

2.2 Lugar que ocupa el niño dentro de la familia

El interés por la relación del orden de nacimiento y la inteligencia o la personalidad se ha estudiado desde los inicios del siglo XX, Alfred Alder, discípulo de Freud, desarrollaba una teoría en la que demostraba el reparto de rasgos según la posición de cada hermano. Aunque reconocía que la razón de estas diferencias no es tanto gestacional como una consecuencia de las circunstancias educacionales.

Ahora bien, nunca se puede afirmar que un niño por el hecho de ser el primogénito, el segundo o el quinto esté determinado a presentar unas características fijas e invariables, pero sí que los estudios parecen encontrar que es mucho más probable que, según ese mismo orden, se presenten unas señas de personalidad diferentes.

De este modo, siempre en términos generales, se puede decir que el primero suele ser más serio, más formal, responsable, ordenado e introvertido; es el receptor de valores, el que siendo hijo único recibe más atención y dedicación (de momento) positiva y negativamente. Suelen ser más precoces y solitarios o individuales que el resto de la familia porque al nacer el segundo experimentan una especie de desentonación que les hace enfrentar por sí solos muchas áreas que antes abordaban con el apoyo de los padres.

El segundo hijo, o mediano en el orden, suele ser más diplomático y alegre, puesto que a diferencia del primero cuenta ya con un cierto “camino abierto” que le ha ido dejando el mayor, los padres ya cuentan

con experiencia y no le sobreprotegen tanto, por lo que su grado de sociabilidad y competitividad será mayor que en el caso del primero, estableciéndose una especie de lucha de uno por intentar superar al otro y del primero por tratar de defender lo que considera suyo.

A medida que aumenta la prole, la educación parental se va debilitando, y el benjamín suele ser más mimado y mimoso así como algo rebelde y quizás poco previsible. Mientras que precisamente por ser el último, al no haber ningún otro que le quite su puesto de atención, el mimo puede despertarle una cierta sensación de inferioridad respecto a sus hermanos mayores pero también puede que al tener el camino más abierto de todos sus hermanos les supere.

(<http://www.todopapas.com/contenidos/top-todopapas/Orden-de-nacimiento-877.html>).

2.3 Influencia de la familia en el desarrollo del niño

La familia es considerada como el conjunto de personas unidas por lazos de parentesco, como la unidad básica de organización social, cuyas funciones y roles son proporcionar a sus miembros protección, compañía, seguridad, socialización y principalmente ser fuente de afecto y apoyo emocional especialmente para los hijos, quienes se encuentran en pleno proceso de desarrollo. La familia es el principal agente a partir del cual el niño desarrollará su personalidad, sus conductas, aprendizajes y valores.

Asimismo la familia será quien proporcione bases sólidas al niño para que pueda tener un desarrollo integral y a continuación se enlistan las principales bases que nos proporciona.

(<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia-g.htm>)

- Brinda la seguridad y los recursos necesarios que el niño necesita para desarrollarse biológicamente, el cuidado y apoyo que le

brinden sus padres, como la alimentación y el vestido le permitirán gozar de salud, desarrollarse y aprender habilidades básicas necesarias para su supervivencia.

- Otorga la educación, los patrones de conducta y normas que le permitirán desarrollar su inteligencia, autoestima y valores haciéndolo un ser competitivo y capaz de desenvolverse en sociedad.
- Proporciona un ambiente que le permitirá al niño formar aspectos de su personalidad y desarrollarse a nivel socioemocional.
- Ayudará a que la autoestima se fortalezca o debilite.

(<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia-g.htm>)

Ahora bien el papel de la familia en la edad escolar denota también de forma marcada en la socialización de los roles sexuales. En la familia convencional, las madres tienden a manifestarse como sumisas, emotivas, sensibles a las situaciones interpersonales, afectuosas y aceptadoras; en contraste, los padres suelen aparecer como más dominantes, independientes, asertivos y competentes a la hora de hacer frente a los problemas. Es así como en el interior de la familia se reproduce la tipificación sexual que caracteriza a nuestra sociedad, de forma que los niños tenderán a imitar estos patrones, sobre todo cuando estos modelos resultan atractivos y son afectuosos.

La influencia de la familia sobre los niños durante los años escolares se deja notar en diferentes dimensiones evolutivas (agresividad, logro escolar, motivación de logro, socialización de los valores sexuales, etc.) de forma similar a como sucedía en años preescolares. En general, son los estilos educativos y democráticos, por su juiciosa combinación de control, afecto, comunicación y exigencias de madurez, los que propician un mejor desarrollo en el niño.

Los años escolares se caracterizan por la importancia creciente que cobran los contextos socializadores externos a la familia, sobre todo la escuela y el grupo de iguales; los mismos son contextos interconectados. Aún existiendo en cada uno de ellos características que les son propias y que hacen que la familia, la escuela y los iguales sean contextos diferentes, la experiencia en uno de ellos puede servir como facilitador u obstáculo para la adaptación en los otros.

(http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art54001)

Capítulo 3

Principales trastornos de comportamiento

Como se pudo observar en el capítulo anterior la familia funciona como un sistema y si algo falla en dicho sistema, pueden surgir distintos problemas de conducta; por lo tanto en este capítulo se reseñan los principales problemas de conducta que surgen en la infancia.

3.1 Problema de comportamiento

Esta denominación es utilizada en relación a niños con comportamientos no habituales o maneras de comportamientos no esperadas por los adultos. Aquí cabe destacar esta distinción, porque el comportamiento de un sujeto puede ser leído desde diferentes ópticas. Así un niño podrá comportarse bien o mal dependiendo desde donde se evalúe. Puede afirmarse que los niños suelen decir mucho más de lo que aparentemente dicen con sus actitudes, además las maneras de comportarse suelen depender de las compañías y de los ámbitos donde se desarrollan.

(<http://problemasdeconductaenelsalondeclase.blogspot.com/2006/06/definicion-de-problemas-de-conducta.html>)

Los problemas de conducta en niños hacen referencia a los comportamientos de una persona, no habituales y mal vistos por la sociedad. Son observables, medibles y modificables. También se habla de problemas de conducta cuando nos referimos a los comportamientos que mantienen algunos niños que distorsionan el curso habitual de la clase, la familia, grupos de compañeros, no tiene por qué tratarse de comportamientos tan llamativos, pero pueden llegar a desesperar tanto a padres y a educadores, que suele ser recomendable que tomen parte los profesionales en psicología.

(<http://www.centro-psicologia.com/es/problemasconducta-ninos.html>)

3.2 Principales problemas de comportamiento y sus manifestaciones.

El comportamiento se define como la manera de actuar o portarse.

La conducta se define como la reacción que tiene el sujeto ante ciertas situaciones ambientales. Y entonces se puede decir que los problemas de comportamiento son definidos como una reacción que tiene el sujeto, pero que no está dentro de lo que se espera de él y que causa un conflicto en el ambiente por su forma de actuar.

En la actualidad la sociedad Mexicana suele generalizar los problemas de conducta que sufren los niños de edad escolar, ya que cualquier manifestación que se dé, inmediatamente, la relacionan con problemas de hiperactividad, no tomando en cuenta que existen un sin fin de alteraciones que tienen una similitud en cuanto a los signos y síntomas que presentan, pero que son totalmente distintas y para esto es preciso hacer un Diagnóstico diferencial, un ejemplo de esto serían el TDA-H y la Depresión, ya que en ambos a menudo pueden encontrarse signos similares, sin embargo al realizar un estudio profundo se puede llegar a un Diagnóstico más exacto .

Los diferentes cambios que sufren los niños de edad escolar podrían ser una de las principales causas de que ocurran problemas en la conducta infantil, ya que éstos vienen acompañados de responsabilidades a las que no están acostumbrados y les exigirán un nivel de independencia mayor, que les conllevará a la toma de decisiones propias sin el acompañamiento de la madre y es cuando posiblemente resentirán un distanciamiento materno que puede ser crucial.

Interviniendo así otro factor importante en los problemas de conducta, que es la Seguridad con la que cuenta el niño, para que en determinado

momento pueda hacer frente a los acontecimientos de la vida cotidiana, ya que finalmente la madre es quien puede brindar esta herramienta a los niños y si no lo hace satisfactoriamente, el niño finalmente sentirá dicha necesidad y sufrirá alguna alteración, o podría manifestar algunas conductas, para tratar de cubrir esta demanda.

Dentro de estos problemas también encontramos los trastornos relacionados con el aprendizaje y que son muy comunes en esta edad, sobre todo cuando se trata de las habilidades básicas como la escritura y la lectura. Ya que en esta etapa se hace como un recuento de lo que se hizo y no se hizo en las etapas anteriores, sobre todo cuando no se lograron establecer los límites.

Es por eso que continuación se definirán los principales problemas de conducta que surgen en la infancia, según los resultados de un estudio realizado en el Hospital Juan Ramón de la Fuente en el año 2007.

3.3 Definiciones

Trastorno de Déficit de atención con o sin hiperactividad.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se caracteriza por ser un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.

Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años. Es importante que se haga un análisis de caso para determinar si el niño lo padece. (DSM IV, 2007).

Depresión

Se trata de un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por tener los siguientes síntomas: la fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensamiento, pérdida de la memoria, rendimiento escolar bajo, actitud de molestia, y algunas veces dolores abdominales o de cabeza. (Calderón, 2006).

Trastorno de ansiedad por separación

La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es una ansiedad excesiva concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado. (DSM IV, 2007)

3.4 Etiología y Epidemiología

La etiología son las causas por las que surgen las enfermedades y la epidemiología se trata del número de incidencias de los casos que se dan de dichas enfermedades.

Trastorno de Déficit de atención con o sin hiperactividad.

Se trata de un trastorno neuroconductual de origen fundamentalmente genético. Se han demostrado factores de origen hereditario (es decir, heredados, no adquiridos en el curso de la vida).

Aunque es importante tomar en cuenta que el 100% de las personas que lo padecen no precisamente lo heredaron, pues los estudios realizados también sugieren la existencia de una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos relacionados con sustancias y trastorno antisocial de la personalidad en miembros de la familia de personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (DSM IV, 2007)

Se ha observado que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es más frecuente en los familiares biológicos en primer grado de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Epidemiología a nivel internacional según el DSM-IV

Se estima que la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se sitúa en el 3 y el 5 % en los niños de edad escolar. Los datos de su prevalencia en la adolescencia y la vida adulta son imprecisos.

Depresión

Las causas mas comunes de la depresión infantil son las siguientes: Pérdida de algun familiar, desprecio de los padres o tensiones físicas. (Calderón, 2006).

Epidemiología

Según el Hospital Psiquiatrico Infantil 2.6% de la población mexicana infantil presenta dicho trastorno.

Trastorno de ansiedad por separación

El trastorno de ansiedad por separación parece ser más frecuente en parientes biológicos de primer grado que en la población general, y puede ser más común en hijos de madres con trastorno de angustia.

Epidemiología a nivel internacional según el DSM-IV

El trastorno de ansiedad por separación no es raro; su prevalencia se estima en torno al 4 % en niños y adolescentes jóvenes.

Estudios recientes a nivel Nacional

En un análisis realizado en el año 2007 en el “Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente” los estudios demostraron que los niveles estadísticos son altos en enfermedades como déficit de atención por hiperactividad, depresión, conducta, lenguaje, enuresis y epilepsia.

Los síndromes depresivos y los relacionados con el déficit de atención e hiperactividad fueron los más frecuentes en la población, asimismo se demostró que en los varones a mayor edad presentan mas síndromes y que en las mujeres el mayor número se encontró en edades extremas.

Los resultados que indican que los síndromes depresivos y de inatención e hiperactividad son los más frecuentes concuerdan con la demanda de consulta en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Ramón de la Fuente”, de manera interesante en la Encuesta Nacional de Epidemiología, 2% de las personas con depresión reportaron haber tenido su primer episodio en la infancia o adolescencia, y de acuerdo con el presente estudio, 2.6% de la población infantil y adolescente presenta el síndrome más grave y con mayor especificidad diagnóstica.

La intención del estudio fue corroborar que existen trastornos que afectan el desarrollo normal de los niños y adolescentes.

A continuación se presentan los resultados generales de la estadística realizada y los datos que se obtuvieron tanto en población femenina como en la masculina.

Tabla 2

Prevalencia (%) de síndromes en población de 4 a 16 años en México

Síndrome	Hombres	Mujeres	Total
Probable trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad	5.6	1.9	3.8
Probable trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (tipo predominante, inatentivo grave)	2.8	0.7	1.8
Probable Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (tipo predominante, inatentivo leve)	1.4	0.9	1.1
Probable Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (tipo hiperactivo-impulsivo)	3.6	2.5	3.0
Probable Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (total)	13.3	6.0	9.7
Probable Trastorno Oposicionista	7.8	4.4	6.1

Probable Trastorno de la Conducta (grave)	3.6	0.8	2.2
Probable Trastorno Depresivo	4.2	0.9	2.6
Probable trastorno Depresivo (grave)	2.6	3.5	3.1
Probable Trastorno de Ansiedad con Inhibición	5.0	3.1	4.0
Probable Trastorno de Ansiedad Generalizada	5.4	2.9	4.1
Probable Trastorno de la Alimentación con Bajo Peso	1.3	0.6	0.9
Probable Trastorno de la Alimentación con Sobrepeso	0.9	0.1	0.5
Probable Trastorno del Lenguaje	1.7	0.8	1.2
Probable Trastorno por Epilepsia	2.3	1.5	1.9
Explosividad con probable daño cerebral	1.5	1.4	1.4
Enuresis	0.5	0.2	0.4

(<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58230107.pdf>.)

De acuerdo a los resultados de este estudio, podemos determinar que el Trastorno por Déficit de Atención es uno de los que presenta los más

altos índices de incidencia en la población, en sus diferentes variables, por ello les presentamos a continuación las características propias de este trastorno. (<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58230107.pdf>)

3.5 Trastorno de Déficit de atención con o sin hiperactividad.

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (Criterio A).

Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años (Criterio B). Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela o en el trabajo) (Criterio C). Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo (Criterio D).

El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad) (Criterio E). Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos afectados de este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos (Criterio A1a).

El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en

actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla (Criterio A1b). A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo (Criterio A1c). Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada la otra.

Los sujetos diagnosticados con este trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a otra, entonces dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes, y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes (Criterio A1d). Para establecer este diagnóstico, la incapacidad para completar tareas sólo debe tenerse en cuenta si se debe a problemas de atención y no a otras posibles razones (p. ej., incapacidad para comprender instrucciones). Estos sujetos suelen tener dificultades para organizar tareas y actividades (Criterio A1e). Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas.

En consecuencia, estos sujetos evitan o experimentan un fuerte disgusto hacia actividades que exigen una dedicación personal y un esfuerzo mental sostenidos o que implican exigencias organizativas o una notable concentración (p. ej., tareas domésticas o tareas de papel y lápiz) (Criterio A1f). Esta evitación debe estar causada por las deficiencias del sujeto relativas a la atención y no por una actitud negativista primaria, aunque también puede existir un negativismo secundario. Los hábitos de trabajo suelen estar desorganizados y los materiales necesarios para realizar una tarea acostumbran a estar dispersos, perdidos o tratados sin cuidado y deteriorados (Criterio A1g).

Los sujetos que sufren este trastorno se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas que

están realizando para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problemas por los demás (p. ej., el ruido de un automóvil, una conversación lejana) (Criterio A1h). Suelen ser olvidadizos en lo que concierne a actividades cotidianas (p. ej., olvidan citas, olvidan llevarse el bocadillo) (Criterio A1i). En situaciones sociales, los déficits de atención pueden expresarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, no atender las conversaciones y no seguir los detalles o normas de juegos o actividades.

La hiperactividad puede manifestarse por estar inquieto o retorciéndose en el asiento (Criterio A2a) (no permaneciendo sentado cuando se espera que lo haga así) (Criterio A2b), por un exceso de correr o saltar en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo (Criterio A2c), experimentando dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (Criterio A2d), aparentando estar a menudo «en marcha» o como si «tuviera un motor» (Criterio A2e), o hablando excesivamente (Criterio A2f). La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto; el diagnóstico debe establecerse con cautela en niños pequeños.

Los niños pequeños y preescolares con este trastorno difieren de los niños pequeños normalmente activos por estar constantemente en marcha y tocarlo todo; se precipitan a cualquier sitio, salen de casa antes de ponerse el abrigo, se suben o saltan sobre un mueble, corren por toda la casa y experimentan dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo en las clases preescolares (p. ej., para escuchar un cuento). Los niños de edad escolar despliegan comportamientos similares, pero usualmente con menos frecuencia que los más pequeños. Tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan a menudo, se retuercen en el asiento o permanecen sentados en su borde. Trajinan objetos, dan palmadas y mueven sus pies o piernas excesivamente. A

menudo se levantan de la mesa durante las comidas, mientras miran la televisión o durante la realización de tareas escolares. Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas. En los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad adoptan la forma de sentimientos de inquietud y dificultades para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas.

La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas (Criterio A2g), dificultad para esperar un turno (Criterio A2h), e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales (Criterio A2i). Los sujetos afectados de este trastorno típicamente hacen comentarios fuera de lugar, no atienden las normas que se les dan, inician conversaciones en momentos inadecuados, interrumpen a los demás excesivamente, se inmiscuyen en los asuntos de los demás, se apropian objetos de otros, tocan cosas que no debieran, hacen payasadas.

La impulsividad puede dar lugar a accidentes (p. ej., golpearse con objetos, golpear a otras personas, agarrar una cazuela caliente) y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias (p. ej., patinar en un terreno abrupto).

Las manifestaciones comportamentales suelen producirse en múltiples contextos, que incluyen el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones sociales. Para establecer el diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos de tales situaciones (Criterio C). Es muy poco frecuente que un sujeto despliegue el mismo nivel de disfunción en todas partes o permanentemente en una misma situación. Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen

una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos (p. ej., escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas).

Los signos del trastorno pueden ser mínimos o nulos cuando la persona en cuestión se halla bajo un control muy estricto, en una situación nueva, dedicada a actividades especialmente interesantes, en una situación de relación personal de uno a uno (p. ej., en el despacho del clínico) o mientras experimenta gratificaciones frecuentes por el comportamiento adecuado. Los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones de grupo (p. ej., en grupos de juego, clases o ambientes laborales).

Por consiguiente, el clínico debe investigar el comportamiento del sujeto en distintas circunstancias dentro de cada situación. (DSMIV Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.)

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad según el DSM IV

A. (1) o (2): (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en

el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones) (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos) (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas) (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo. (DSM IV, 2007)

Hiperactividad

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

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Impulsividad

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas, (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos) B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad. C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa). D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad). (DSM IV, 2007)

3.6 Depresión

Conforme al DSM IV La característica esencial de un trastorno depresivo en adultos es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos (Criterios A y C). Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio B).

El tercer dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica si se trata de un episodio único (utilizado sólo para los primeros episodios) o si es recidivante. Algunas veces es difícil distinguir un

episodio único con síntomas fluctuantes de dos episodios independientes. Por lo que respecta a este manual, se considera que ha terminado un episodio cuando no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor al menos durante 2 meses seguidos. Durante este período de 2 meses hay una resolución completa de los síntomas o presencia de síntomas depresivos que ya han dejado de cumplir los criterios completos para un episodio depresivo mayor (en remisión parcial).

El cuarto dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica el estado actual de la alteración. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si en aquel momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito se emplea para indicar si el trastorno está en remisión parcial o en remisión total .

Si se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar. Sin embargo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos aparecen como efecto directo de un tratamiento antidepresivo, del consumo de otros medicamentos, del consumo de sustancias o de la exposición a tóxicos, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos).

Del mismo modo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos se producen como efecto directo de una enfermedad médica, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse el diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos).

Especificaciones

Se pueden utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual (o para el episodio depresivo mayor más reciente si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor):

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total, Crónico, Con síntomas catatónicos, Con síntomas melancólicos, Con síntomas atípicos y De inicio en el posparto.

Para indicar el patrón de los episodios y la presencia de sintomatología interepisódica en el trastorno depresivo mayor, recidivante, pueden utilizarse las especificaciones siguientes:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación total interepisódica)
Con patrón estacional.

Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x] Según el DSM IV

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco , un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente :

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

(DSM IV, 2007))

“El diagnóstico de la depresión infantil es difícil de ser detectado ya que existe una sintomatología que no se puede definir fácilmente.

Entre los síntomas más comunes se encuentran la fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensamiento, pérdida de la memoria, rendimiento escolar bajo, actitud de molestia, y algunas veces dolores abdominales o de cabeza.

El cuadro clínico puede manifestarse en la dificultad de realizar tareas escolares y que a veces es interpretado como pereza o bien es cierto grado de descuido, descuido o tristeza.

Cytryn y Mc Knew clasificaron la depresión en tres tipos aguda, crónica y enmascarada, los dos primeros tipos tienden a parecerse ya que sus síntomas son similares: mal rendimiento, alteraciones en el sueño, desesperación, ideas o intentos suicidas.

En cambio el cuadro de depresión enmascarada no se presenta de forma claramente reconocible, mas bien aparece con una gran variedad de alteraciones emocionales como hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicósomáticos, hipocondría y tendencia a la delincuencia.

La depresión subyacente debe referirse por la presencia de fantasmas con fondo depresivo y manifestaciones periódicas de síntomas depresivos evidentes”. (Calderón, 2006)

La depresión enmascarada se ha prestado a discusiones, aunque un buen número de investigadores la considere útil por la frecuencia en que se presentan los síntomas somáticos y agresivos en los niños deprimidos. (Calderón, 2006).

Las causas mas comunes de la depresión infantil son las siguientes:

Pérdida de algún familiar importante: La muerte o la separación de personas importantes como la madre o el padre durante la infancia, pueden desencadenar la depresión.

Tensionantes físicos: enfermedades que ameritan hospitalización, o que originan inmovilización, enfermedades incapacitantes crónicas y padecimientos cardiacos.

Desprecio o rechazo: Corresponde al tema de niños maltratados, o abandonados.

Trastornos afectivos de los padres: en recientes estudios se ha demostrado que el padre también esta cruzando un episodio depresivo. (DSM IV, 2007).

3.7 Trastorno de ansiedad por separación

La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es una ansiedad excesiva concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado (Criterio A). La ansiedad es superior a la esperada en sujetos del mismo nivel de desarrollo. La alteración debe mantenerse durante un período de por lo menos 4 semanas (Criterio B), empezar antes de los 18 años (Criterio C) y provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D). No se establece el diagnóstico si la ansiedad

aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o, en adolescentes y adultos, si se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia (criterio E). Los sujetos con este trastorno pueden experimentar malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las personas con quienes están más vinculados (Criterio A1). Una vez separados de éstas, suelen necesitar saber su paradero y estar en contacto con ellas (p. ej., mediante llamadas telefónicas). Algunos sujetos se muestran extremadamente nostálgicos y desasosegados hasta sentirse desgraciados cuando se encuentran fuera de casa. Pueden anhelar el regreso a su hogar y preocuparse por fantasías de reunión. Cuando están separados de las personas con quienes tienen mayor vinculación, estos sujetos suelen preocuparse por miedos, accidentes o enfermedades que afectarán a dichas personas o a ellos mismos (Criterio A2). Los niños con este trastorno suelen expresar miedo a perderse y a no reunirse nunca más con sus padres (Criterio A3). Suelen mostrarse desasosegados cuando se trasladan independientemente fuera de su domicilio o de otras áreas familiares, y pueden evitar el ir solos a distintos sitios. Pueden ser renuentes o rehusar ir a la escuela o a un campamento, o visitar la casa de un amigo o dormir en ella, o hacer recados (Criterio A4). Estos niños son a veces incapaces de permanecer en una habitación solos y pueden manifestar un comportamiento de «aferramiento», situándose muy cerca del padre o la madre y convirtiéndose en su «sombra» a lo largo de toda la casa (Criterio A5). Los niños con este trastorno suelen tener problemas llegada la hora de acostarse y pueden insistir en que alguien permanezca con ellos hasta conciliar el sueño (Criterio A6). Durante la noche pueden trasladarse a la cama de sus padres (o a la de otra persona significativa como un hermano), y si no les es permitida la entrada en el dormitorio paterno, pueden dormir junto a la puerta de éste. Pueden tener pesadillas cuyo contenido expresa los temores del sujeto

(p. ej., destrucción de la familia por incendio, asesinato u otra catástrofe) (Criterio A7). Cuando ocurre o se anticipa una separación, son frecuentes las quejas físicas tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos (Criterio A8). En los niños más pequeños pocas veces manifiestan síntomas cardiovasculares tales como palpitaciones, vértigos y sensación de desmayo, síntomas que sí pueden observarse en sujetos de más edad. (DSM IV, 2007).

Criterios para el diagnóstico de trastorno Según el DSMIV de F93.0 Ansiedad por separación

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias: (1) malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas (2) preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño (3) preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado) (4) resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación (5) resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares (6) negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa (7) pesadillas repetidas con temática de separación (8) quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia. (DSM IV, 2007).

Con anterioridad se pudieron apreciar la manera en que surgen los trastornos que son objeto de estudio, así mismo la forma en que se manifiestan y la manera en que se diagnostican según el DSM IV. Esto sirvió para realizar los diagnósticos y son base de los resultados generales.

Capítulo 4

Metodología.

METODOLOGÍA

4.1 JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual se pretende desarrollar el tema es porque se considera que la infancia es la etapa más importante de la vida de una persona, por otra parte para la ciencia es un tema que también ha tenido muchos años de estudio y de relevancia ya que incluso en los últimos años se han modificado los programas escolares tomando en cuenta las alteraciones que surgen en la infancia, se han desarrollado programas con las madres, como talleres para las mismas en los cuales involucran a la madre para lograr una mejor integración con los niños y se considera que para la psicología es importante ya que en la práctica es uno de los temas más comunes, pues las mamás desean dar una mejor calidad en el tiempo que le brindan a sus hijos, ya que no les pueden dedicar mucho tiempo a sus hijos por la nueva modalidad que se está dando en las familias; pues en la época actual ambos padres salen a trabajar y muchas veces dejan el cuidado de sus hijos con personas con las cuales que no tienen ninguna relación afectiva y creo que es muy frecuente que este tipo de casos nos sean canalizados.

Por lo tanto considera que vale la pena enfocarse en este tema para que se busquen opciones y en un futuro no se tenga una población abundante con las alteraciones que surgen por esta causa.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los trastornos de comportamiento que presentan los estudiantes de la Escuela Primaria federal “Agustín Melgar” inscritos en el programa USAER, tienen como origen principal una relación distante con la madre?

4.3 OBJETIVO:

Identificar si el comportamiento problemático manifestado en los estudiantes de la Escuela Primaria Federal “Agustín Melgar” inscritos en el programa USAER, tienen relación con un distanciamiento con la madre.

Determinar si el comportamiento problemático manifestado en los estudiantes de la Escuela Primaria Federal “Agustín Melgar” queda comprendido dentro de la clasificación de trastornos de comportamiento que contiene el DSMIV.

Diagnosticar que tipos de trastornos de comportamiento presentan dichos estudiantes.

Se investigarán los trastornos de comportamiento que presentan los estudiantes de la Escuela Primaria federal, “Agustín Melgar”, turno matutino, por una relación distante con la madre, como son: Depresión, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno de Ansiedad por Separación.

4.4 HIPÓTESIS:

Las hipótesis que tratan de resolver el presente problema son las siguientes:

Hipótesis de Investigación

Existe relación significativa entre el origen de los trastornos de comportamiento de los niños estudiantes de la Escuela Primaria Federal “Agustín Melgar”, turno matutino y el distanciamiento con la madre.

Hipótesis Nula

No existe relación significativa entre el origen de los trastornos de comportamiento de los niños estudiantes de la Escuela Primaria Federal “Agustín Melgar”, turno matutino y el distanciamiento con la madre.

4.5 Variables

Variable independiente:

Relación distante con la madre

Definición conceptual de la variable independiente:

Relación Distante: Que no existe una relación íntima de una persona con otra.

Definición operacional de la variable independiente:

Por medio de una batería compuesta por las siguientes pruebas psicológicas: Dibujo de la figura Humana, Tests proyectivo de la Casa, Árbol. Persona, Frases incompletas , se realizó la medición de la relación distante con la madre.

Batería Psicológica

Test de Frases incompletas

El Test de Frases incompletas es una Prueba proyectiva, del autor Joseph M. Sacks. Este test mide las emociones del individuo, en cuanto a su familia, sexo, relaciones interpersonales y autoconcepto.

El test consta de una hoja de aplicación con frases incompletas que el sujeto tiene que completar contestando lo primero que se le ocurra, posteriormente se reúnen las respuestas de las 4 frases, referentes a cada una de las 15 actitudes o vectores, separándolas por áreas. y se gradúa la perturbación emocional existente o no del examinado, con

base en criterios cuantitativos y cualitativos. Así mismo, permite aspectos como el lenguaje no verbal y la expresión y tono de las respuestas.

Con el fin de obtener información a cerca de la relación que tienen los niños con la madre se aplicaron el test frases incompletas (anexo 1).

Aplicación: Se les otorgó a los niños el cuestionario de Frases incompletas, lápiz y goma, enseguida se les pidió que completen las frases con lo primero que se les viene a la mente.

Test Árbol, Casa, persona

El autor de esta prueba fue Jonh N. Buck , es una prueba proyectiva que arroja información relevante a cerca del sujeto y su relación familiar, ayuda a detectar conflictos en el ámbito familiar y la relación entre hermanos. Generalmente su aplicación es de uso clínico.

Aplicación: Se les otorgó lápiz, goma, hojas blancas, crayolas y sacapuntas, posteriormente se les pidió que dibujen en una hoja una casa, luego un árbol y después una persona, a continuación se les otorgó el cuestionario correspondiente y se les dio la consigna de que realizaran una historia a cerca de esos dibujos relacionándolos. (anexo 2).

Test de la familia

Es una herramienta insustituible creada por Lluís Font que ayuda a explorar las dinámicas familiares, entornos, modalidades vinculares, alianzas, identificaciones, sentimientos de inclusión o exclusión respecto a la vida familiar, tales como las percibe desde su realidad psíquica la persona a quien le administramos esta técnica.

Por ser una prueba proyectiva en la cual se manifiestan los roles de cada uno de los miembros de la familia, esta prueba brinda información sobre la dinámica familiar y la forma en que el sujeto se mueve en el núcleo.

Aplicación: Se les dió un lápiz, una hoja blanca, goma y sacapuntas, después se les dijo que en esa hoja dibujaran una familia realizando una actividad, posteriormente se les pidió que atrás de esa hoja le escribieran una historia a esa familia y luego se les proporcionó el cuestionario correspondiente a esa prueba. (anexo 2)

Variable dependiente:

Trastornos de comportamiento

Definición conceptual de la variable dependiente:

Trastorno de comportamiento: hace referencia a los comportamientos de una persona, no habituales y mal vistos por la sociedad. Son observables, medibles y modificables. También se considera a los comportamientos que mantienen algunos niños que distorsionan el curso habitual de la clase, la familia, grupos de compañeros.... No tiene por qué tratarse de comportamientos tan llamativos, pero pueden llegar a desesperar tanto a padres y a educadores, que suele ser recomendable que tomen parte los profesionales en psicología.” (<http://www.centro-psicologia.com/es/problemasconducta-ninos.html>).

Definición operacional de la variable dependiente:

Con base a los resultados de la entrevista, cuestionario y batería psicológica aplicada, y con apoyo del DSMIV (Manual de Diagnóstico Estadístico para los Trastornos Mentales) se elaboró el diagnóstico de los trastornos de comportamiento que presentaron los estudiantes de la Escuela Primaria Federal “Agustín Melgar”, turno matutino, los cuales son: Trastorno con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, Trastorno de Ansiedad de Separación y Depresión.

4.6 METODOLOGÍA EMPLEADA

Se trabajó con niños de la escuela primaria “Agustín Melgar”, ubicada en el Estado de Mexico, donde la comunidad tiene un nivel socioeconómico medio-bajo, los cuales presentan problemas de comportamiento y que previamente han sido detectados por los profesores, también se consideró que los niños tuvieran una edad de 6 a 12 años.

Por medio de la aplicación de las pruebas psicológicas, cuestionario y entrevista con el niño y la madre, se determinó si sufren alguna de las alteraciones y si tiene origen por una relación distante con la madre.

Método Correlacional

Se utilizó el método correlacional, el cual consiste en recolectar datos, para determinar si existe relación entre las variables, dicho método se realiza con estudios de relación de dos tipos:

Estudio de relación: Se relacionan variables complejas.

En este punto la relación es si surgen trastornos a causa del distanciamiento con la madre.

Población

Se trabajó con niños de ambos sexos, con edades de los 6 a los 12 años, estudiantes de la escuela primaria federal “Agustín Melgar”, turno matutino, ubicada en el Estado de Mexico, los cuales presentan problemas de comportamiento y que previamente han sido detectados y reportados por los profesores, a sus respectivos padres o tutores.

La muestra constó de 5 niñas y 16 niños de los diferentes grados de la Escuela Primaria “ Agustín Melgar”

Tipo de investigación

Método Correlacional

Se utilizará el método correlacional, el cual consiste en recolectar datos, para determinar si existe relación entre las variables, dicho método se realiza con estudios de relación de dos tipos:

Estudio de relación: Se relacionan variables complejas.

Diseño de investigación

- Diseño correlacional: se encargan de describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado.
<http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/metodologia/Tema5.html>
- Descriptiva: el estudio será realizado con una muestra la cual se pretende describir en función de sus variables.
- Transversal: se realiza la investigación en un momento determinado

4.6 Procedimiento

1.- Se acudió a la escuela primaria federal “Agustín Melgar”, turno matutino, para hacer la presentación y aprobación de la ejecución del presente proyecto de investigación.

2.-Se reunió a los niños sujetos de la investigación en el salón de la biblioteca de la escuela primaria federal “Agustín Melgar”, turno matutino, para la aplicación de la batería psicológica, consistente en: Dibujo de la

Figura Humana, Dibujo de la Familia, Dibujo del Árbol, Casa, Persona y el Test de las Frases Incompletas de Sacks.

3.-A cada uno de los niños sujetos de la investigación se les otorgó un juego de 8 crayolas, 6 hojas blancas, 1 lápiz y 1 goma.

4.- A dichos niños se les instruyó que realizaran en una hoja blanca el dibujo de una familia a lápiz.

5.- Posteriormente, a los niños sujetos de investigación se les dió a contestar el cuestionario perteneciente a la prueba proyectiva del test de la familia (anexo 1).

6.- A los niños se les proporcionaron 3 hojas blancas para que dibujaran con crayones: primero un árbol, luego una casa y al último una persona de cualquier sexo.

7.- Se les entregó el test de las frases incompletas de SACKS versión para niños (anexo 2) para que lo contestaran.

8.- Conforme los niños terminaban la aplicación de su batería se les realizó la entrevista de tipo abierta, que constó de algunas preguntas relacionadas al anexo 3.

9- La directora de la primaria de referencia, envió a las madres y tutores de los niños sujetos de investigación, un citatorio en el que les solicitó que acudieran al día siguiente a las 9:00, al salón de la biblioteca de la escuela primaria federal , para darles a conocer asuntos relacionados con el comportamiento de sus hijos.

10.- En dicha reunión se les solicitó a las personas presentes que llenarán el “cuestionario de madres o tutores” (anexo 4) y al término del mismo pasaran a que se les realizara una breve entrevista abierta.

11.-Posteriormente se calificaron las pruebas.

12.-Se realizó la integración de los resultados de la batería psicológica, mediante la apertura del respectivo expediente, con los datos del cuestionario y entrevista aplicados a la madre o tutor de los niños sujetos de investigación.

13.- La información obtenida fue vaciada en el formato del anexo 5 Para efectuar el respectivo diagnóstico clínico psicológico de los niños sujetos de investigación.

14.- Con base al DSMIV se obtuvo el diagnóstico clínico psicológico de los niños.

15.- Finalmente se realizó un comparativo de los diagnósticos clínicos psicológicos de los niños sujetos de investigación con el marco teórico, para así llegar a las conclusiones.

4.7 Tipo de estadística

La Moda estadística fue el tipo de estadística que se utilizó para llevar a cabo la presente investigación debido a las siguientes características:

La moda estadística es el valor que más se repite en un grupo de números.

Para averiguar la moda en un grupo de números:

- Ordena los números según su tamaño.

- Determina la cantidad de veces de cada valor numérico.
- El valor numérico que más se repite es la moda.
- Puede haber más de una moda cuando dos o más números se repiten la misma cantidad de veces y además este es el máximo número de veces del conjunto.
- No hay moda si ningún número se repite más de una vez.

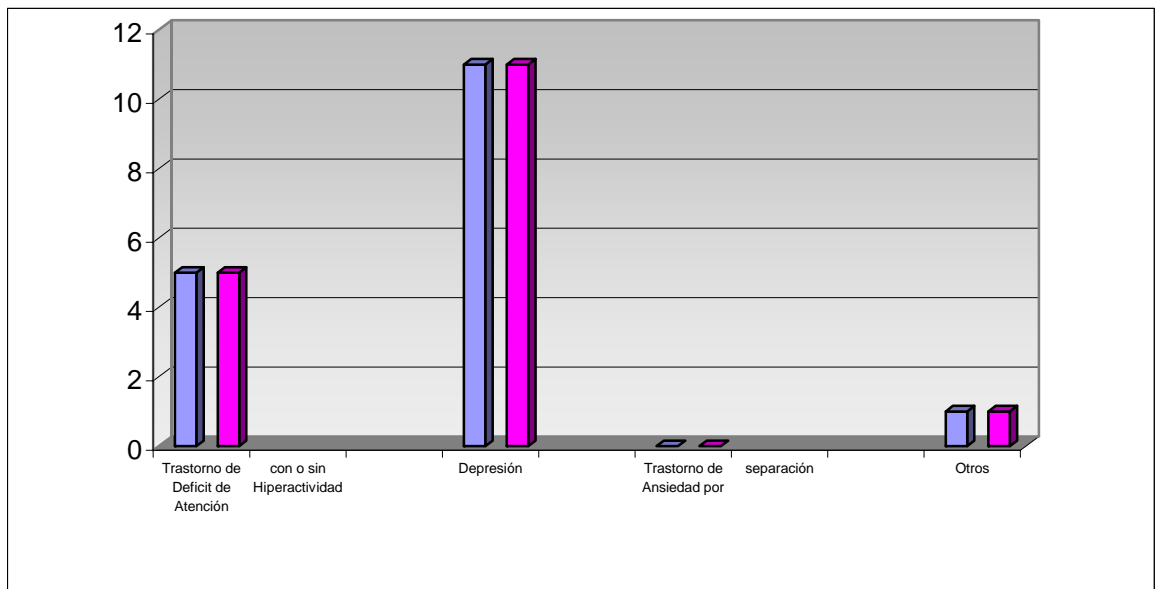
Capítulo 5

Resultados y conclusiones.

5.1 Análisis cuantitativo de resultados

De acuerdo a la integración de los resultados que se obtuvieron, mediante la aplicación de las pruebas, cuestionarios y entrevistas se obtuvo que:

Trastorno	No. De casos relacionados con el distanciamiento materno
Trastorno de Déficit de atención Con Hiperactividad	05
Depresión	11
Trastorno de Ansiedad por separación	0
Otros	01



Gráfica 1

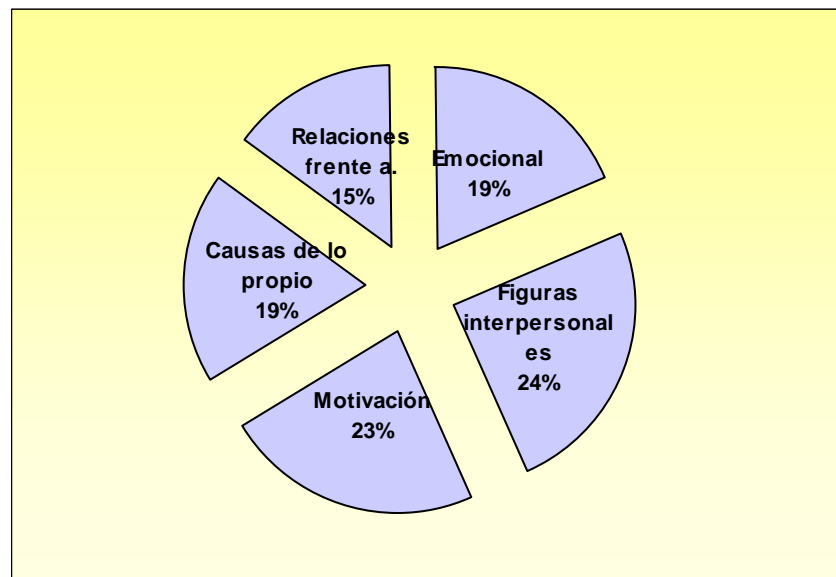
	Numero de casos con trastorno
	Numero de casos relacionados con el distanciamiento materno

De acuerdo a los resultados se puede concluir que dichos trastornos tienen relación con el distanciamiento materno.

Resultados de Investigación con los niños

De acuerdo a los resultados arrojados por el Test de Frases Incompletas se determina que el nivel de perturbación por áreas fue la siguiente:

Área	Número de casos
Emocional	10
Figuras interpersonales	13
Motivación	12
Causas de lo propio	10
Relaciones frente a.	8

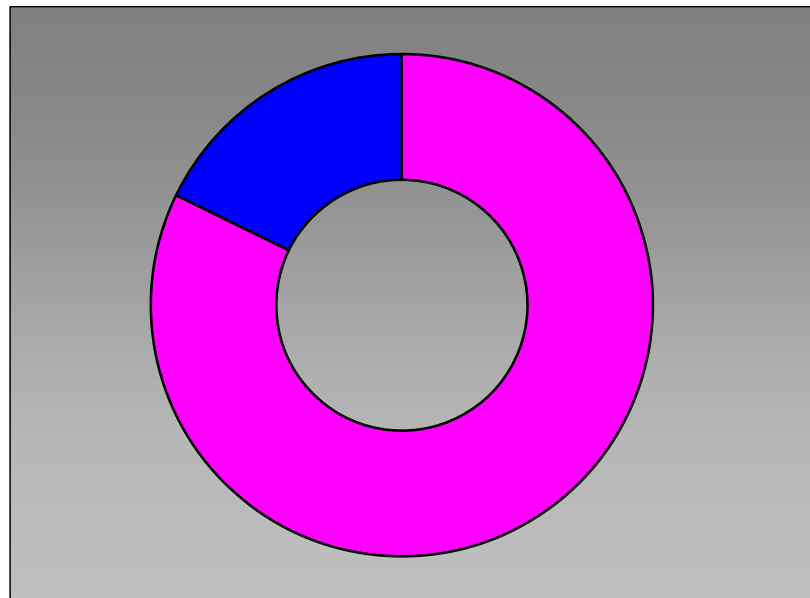


Gráfica 2



Como se puede observar el área que resulta ser más perturbadora para los niños es la de las figuras interpersonales, la cual involucra el área familiar y la relación con la figura materna, ya que la mayoría de los niños menciona que la relación con su madre es poca.

De acuerdo la entrevista realizada a la madre y al cuestionario (anexo 4) aplicado a la misma, se deduce que la mayoría de los niños percibe a la Figura Materna alejada y que es mínimo el Número de Niños que juegan con su madre.

Percibe alejada la Fig., Materna.	14
No. De niños que mencionaron que si juegan con su madre.	3



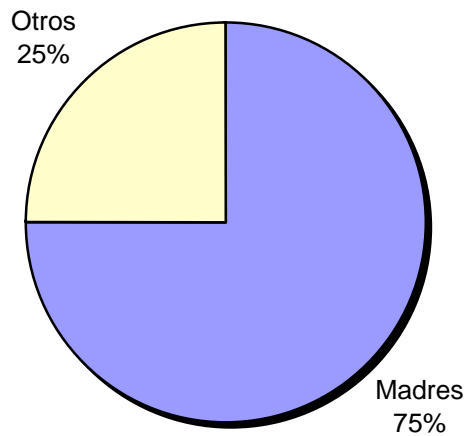
Gráfica 3

-  Percibe a la Figura materna alejada.
-  No. De niños que mencionaron que si juegan con su madre.

Resultados de Investigación con las madres.

Conforme a la convocatoria realizada por la directora el número de madres que se presentó fue la mayoría, sin embargo existieron casos en los que se presentaron otras personas en su lugar (abuelas y vecinas).

Madres	12
Otros	4

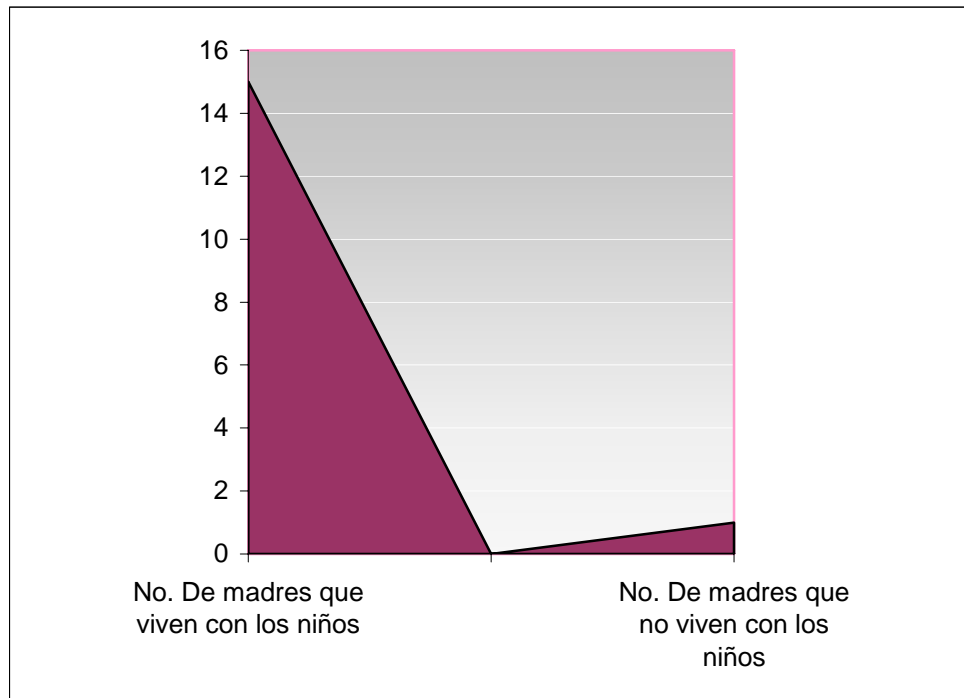


Gráfica 4

Lo cual representa que le 75% de las madres acudieron, mientras que el 25 % no se presentó, y acudieron otras personas.

De acuerdo a la entrevista realizada a las madres se determinó que la mayoría de las madres viven con los niños, aunque son madres que el mayor tiempo están fuera de casa ya sea por trabajo o diversión. Solo fue un caso en el que la madre no vive con el niño.

No. De madres que viven con los niños	15
No. De madres que no viven con los niños	1

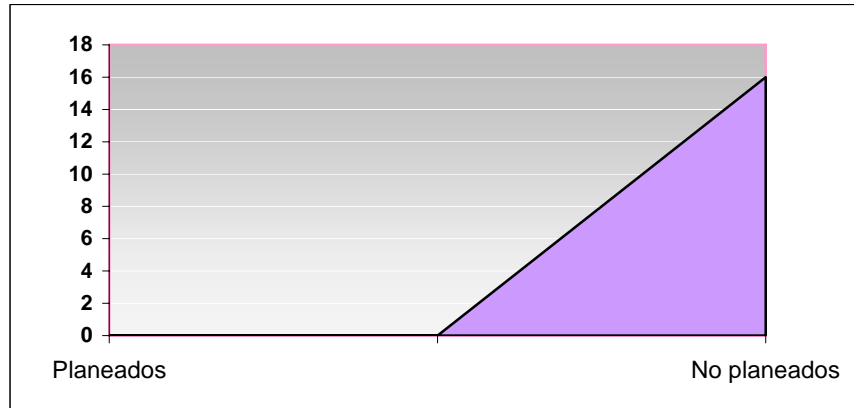


Gráfica 5

La gráfica indica que solo uno de los niños sujetos de investigación no viven con sus madres.

Los resultados que arrojó la entrevista con la madre determinan que ninguno de los niños fue planeado.

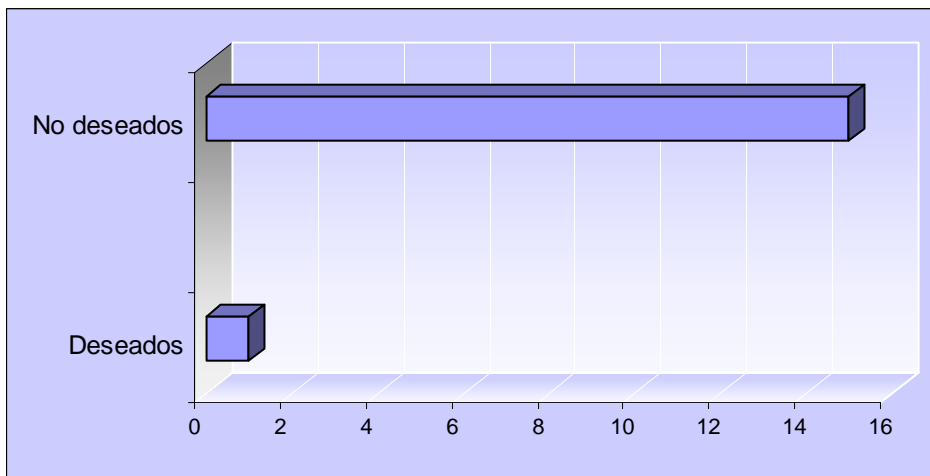
Planeados	0
No planeados	16



Gráfica 6

La gráfica indica que ninguno de los niños fue planeado por sus madres.

En base al cuestionario (anexo 4) aplicado a la madre se encontró que 15 de los niños fueron no deseados y que solo 1 fue deseado a pesar de no haber sido planeado.

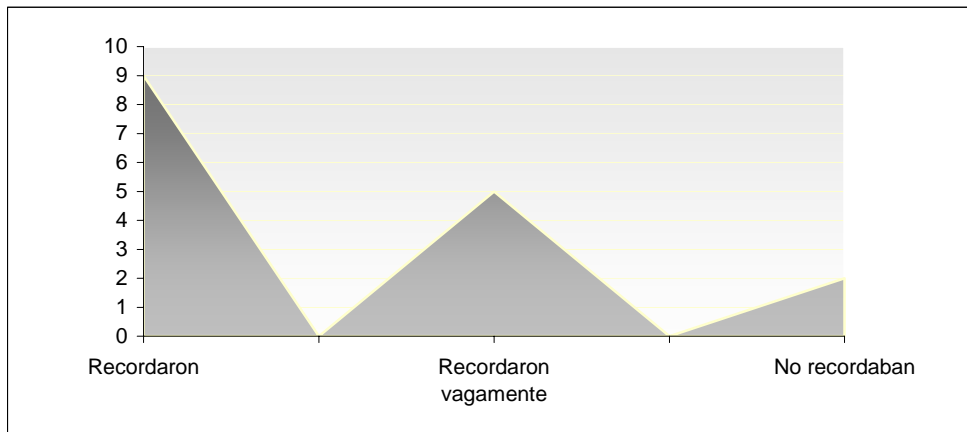


Gráfica 7

La gráfica indica que la mayoría de los niños fueron no deseados por sus madres.

Con base a la observación durante la entrevista y al cuestionario aplicado se puede deducir que la mayoría de las madres recordaron el desarrollo de sus hijos, sin embargo se dieron casos en los que a las madres les costaba trabajo recordar o que inclusive no recordaban.

Recordaron	9
Recordaron vagamente	5
No recordaban	2

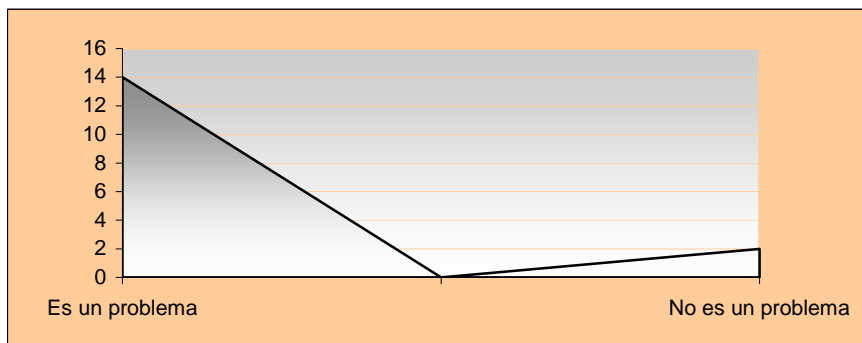


Gráfica 8

La gráfica muestra que la mayoría de las madres recuerdan el desarrollo de sus hijos.

De las madres entrevistadas la mayoría manifestó que la conducta de los niños es un problema.

La conducta del niño es un problema	14
La conducta del niño no es un problema	02



Gráfica 9

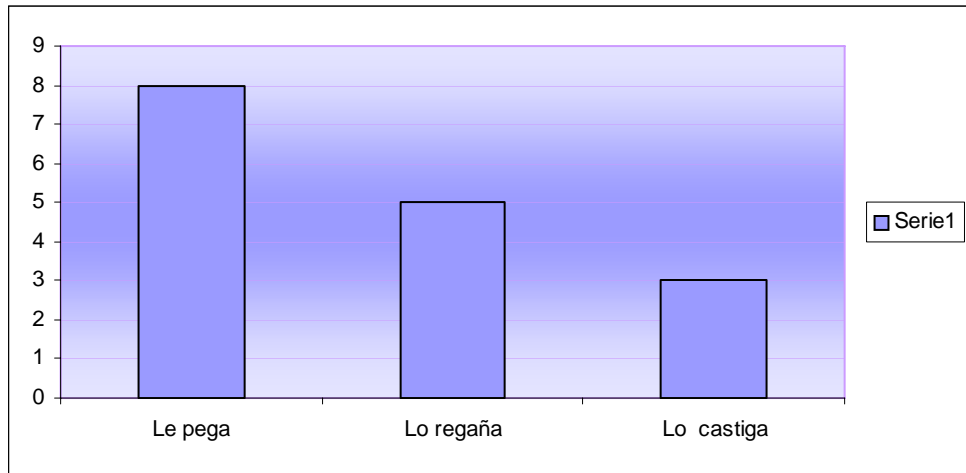
La gráfica muestra que la mayoría de las madres consideran que sus hijos son un problema para ellas.

Las madres reportaron en el cuestionario (anexo4) que las reacciones que tienen cuando reciben una queja de sus hijos son las siguientes:

Le pegan al niño 8

Lo regañan 5

Lo castigan 3

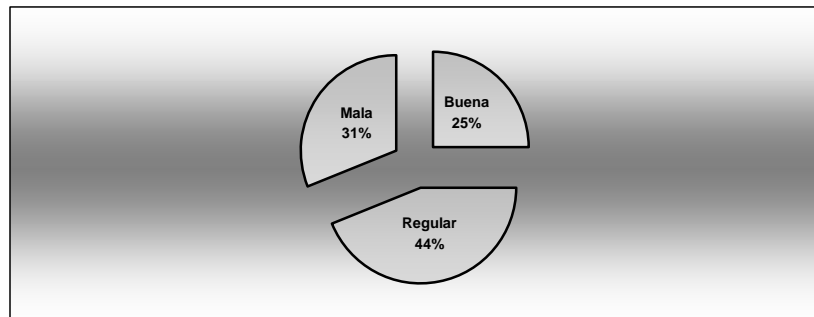


Grafica 10

La gráfica muestra el tipo de castigo que utilizan las madres con sus hijos.

En conclusión las respuestas a la forma en que consideran la relación con sus hijos es la siguiente:

Buena	4
Regular	7
Mala	5



Gráfica 11

La grafica muestra el porcentaje de la forma en que consideran la relación con sus hijos las madres.

5.2 Análisis Cualitativo de Resultados

De acuerdo los resultados que arrojaron las pruebas aplicadas, la conducta que manifestó el niño durante las pruebas, el resultado de la entrevista con la madre y el niño, así como la consulta del DSM-IV, se realizó un análisis y se llegó a las siguientes conclusiones.

Nombre, edad y grado	Conducta del niño	Relación con la madre	Diagnostico
Guadalupe, 6 años, 1°	Dificultad para aprender, problemas para aprender, no pone atención en clase, no le gusta hacer una cosa a la vez, inmadurez, ansiedad, no puede estar quieta, bajo rendimiento escolar.	Relación distante con la madre debido a que trabaja y pasa la mayor parte del tiempo fuera de casa, menciona que a veces le ayuda a hacer su tarea pero que la desespera.	TDA-H
Carlos, 6 años, 1°	Dificultad para mantenerse en un solo lugar, aprender, distrae a sus compañeros, no obedece	Relación casi nula con la madre ya que ella no se hace cargo de él, la profesora menciona que nunca acude a la escuela, y reporta descuido por parte de la madre, se observa en el un posible cuadro de desnutrición. La madre se niega a	TDA-H

		atenderlo porque menciona que no desea tenerlo con ella.	
Brian, 8 años, 2°	Problemas de lenguaje y audición, uso de drogas en el hogar por parte de su hermano y del padrastro, dificultad para aprender, retraimiento, agresión, llora con frecuencia y pasa la mayor parte del tiempo fuera de casa sin vigilancia de un adulto.	La madre menciona que no tiene tiempo de atenderle, pues trabaja de lunes a domingo, también reporta que no le puede demostrar cariño pues para ella él representa un problema. El niño no es vigilado por nadie.	Depresión y Trastorno del lenguaje expresivo.
Genesis, 9 años, 3°	Llora con mucha frecuencia, le cuesta trabajo relacionarse, problemas de aprendizaje, bajo rendimiento escolar, agresión reprimida, auto concepto pobre, necesidad afectiva.	La madre menciona que no se puede hacer cargo de ella porque trabaja y la deja encargada con su hijo mayor, y que el único día que se ven es el domingo debido a que ella ese día no trabaja, comenta que lo único que espera de Génesis es que pueda cuidarse sola.	Depresión
Alejandro, 11	Se describe como un “emo”, manifiesta	La madre menciona que desde bebé acudió a	Depresión

años, 3°	agresión excesiva, angustia, inquietud, necesidad afectiva, sensibilidad y conductas autoagresivas.	guardería y que siempre ha tenido problemas por la conducta de él, menciona que su vecina cuida a su hijo y que a veces se siente mal porque no llega a casa, pero que él tiene que entender que ella no siempre puede atenderle por que trabaja.	
Lourdes, 8 años, 3°	Problemas para aprender, inquietud, durante las pruebas lloró todo el tiempo, porque comenta que le gustaría que su mamá pase más tiempo con ella, dificultad para relacionarse, necesidad afectiva, ansiedad, auto concepto pobre.	La madre de Lourdes comenta que la deja a cargo de su hijo, y que el a veces tiene que pegarle a Lourdes por que no hace caso y de todo llora. Comenta que es injusto porque ella no entiende que su madre tiene que trabajar y ella no puede estar con Lourdes.	Depresión
Brandon, 10 años, 3°	Desvalorización, necesidad afectiva, bajo rendimiento escolar, auto agresión, fantasía, ansiedad, dificultad para comunicarse.	La madre de Brandon comenta que siempre ha tenido problemas por la conducta de su hijo, y que para ella él solo quiere llamar la atención pues ella quisiera tratar a sus hijos por igual, pero menciona	Depresión

		que no puede hacer eso pues sus hijos más pequeños la necesitan más, y reporta que Brandon ya puede cuidarse solo porque es mayor y puede salir adelante solo, menciona que Brandon en ocasiones comenta que hubiese sido mejor no haber nacido.	
Alan, 11 años, 4°	Conducta agresiva, fantasía, dificultad para comunicarse, bajo rendimiento académico, regresión, debilidad yoica, necesidad afectiva, ansiedad, deseo de encontrar una solución a sus problemas.	La madre comenta que pasa la gran parte del tiempo en su casa, pero que a Alan no le gusta estar con ella porque le pega debido a que él se porta mal, reporta que Alan prefiere estar todo el día con su abuela pues ella no lo corrige, menciona que ya esta cansada de recibir quejas de la escuela de su hijo.	Depresión
Jorge A., 10 años, 4°	Desvalorización, dificultad para comunicarse, necesidad de estar pendiente, agresión, bajo rendimiento	La relación con la madre es escasa, la persona que lo cuida es su abuela, comenta la madre que solo está con él el día de su descanso y que	TDA-H

	escolar, habla mucho durante las clases, ansiedad, se levanta frecuentemente de su lugar.	siempre se pelea con ella porque a él no le gusta que cargue a su hermano, y que cuando ella llega de trabajar él ya está dormido.	
Enrique 10 años, 4°	Inquietud, se levanta continuamente de su lugar, pide permiso frecuentemente para salir del baño, sensible a la crítica, inmadurez, necesidad de sentirse identificado con alguien, lenguaje muy fluido.	La relación con su madre es distante debido a que lo deja al cuidado de su tía, menciona que para ella es casi imposible estar con él pues cuando regresa del trabajo ella tiene otras cosas que hacer y que solo habla con él de vez en cuando, y que lo ha golpeado porque ya le dijeron que es muy probable que repruebe el año.	TDA-H
Oswaldo, 10 años, 4°	Agresión reprimida, fantasía, dificultad para relacionarse, preocupación del área intelectual, duelo no asimilado, rendimiento académico bajo, sensibilidad y angustia.	La madre comenta que lo deja a cargo de su hijo y que Oswaldo es un niño muy retraído con ella, ya que casi no hablan porque él no le tiene confianza, menciona que de vez en cuando le revisa los cuadernos y que le envían frecuentemente recados por que Oswaldo no	Depresión.

		desea trabajar en clase.	
Arturo, 11 años, 5°	Fantasía, necesidad de apoyo, necesidad afectiva, desvalorización, auto agresión, dificultad para comunicarse, agresión al medio.	La madre menciona que hace apenas 2 años se hace cargo de Arturo debido a que lo abandonó con su abuela cuando él tenía año y medio, por que ella tenia un pareja con la cual fracaso y regresó a vivir con Arturo, y que a veces discuten porque él no quiere estar con ella ni salir.	Depresión
Ángel, 12 años, 5°	Bajo rendimiento académico, no puede mantener la atención, dificultad para comunicarse, agresión, inquietud, con frecuencia se mueve de su lugar y golpea a sus compañeros.	La madre comenta que con mucha frecuencia la mandan llamar de la escuela y que la verdad a veces mejor ya no acude ya que el comportamiento de Ángel es muy inquieto, comenta que su prima lo cuida, pero que incluso ella no desea seguir cuidándolo debido a que es muy inquieto y a cada momento recibe quejas de los vecinos porque hace travesuras y les pega.	TDA-H
Jennifer, 11 años,	Llora con frecuencia, se enoja	La abuela de Jennifer reporta que su hija esta en	Depresión

5°	fácilmente, necesidad afectiva, autoconcepto pobre, dificultad para relacionarse.	E.U y que por ello no se puede hacer cargo de Jennifer, comenta que sólo hablan cada 15 días por teléfono y que siempre deja llorando a su hija, porque dice que le gustaría tener a su madre.	
Edgar, 12 años, 6°	Falta de identificación, agresión, ansiedad, fantasía, ideas confusas, siente agresión por parte de la madre.	La madre de Edgar comenta que siempre ha tenido problemas con la timidez de Edgar y menciona que él tiene que pasar la mayor parte del tiempo solo debido a que no hay quien lo cuide, también reporta que Edgar cuando se enoja le reprocha que no lo pueda cuidar, pero la madre menciona que para ella es doloroso pero no se puede hacer cargo de él debido a sus condiciones de trabajo.	Depresión
Juana, 12 años, 6°	Timidez, inhibición, retraimiento, agresión, dificultad para comunicarse, bajo rendimiento escolar, auto	La abuela comenta que a Juana le cuesta trabajo concentrarse en las tareas escolares, así mismo menciona que su madre la deja a su cargo y que	Depresión

	concepto pobre, regresión.	es una persona a la que no se le puede decir nada por que se molesta y se va, comenta que su madre de Juana a veces no se presenta por días en la casa y que es muy fría con su hija, pues nunca se acerca a ella y que actualmente su madre de Juana trabaja pero que del trabajo sale a las 3 y luego se va con sus amigos.	
--	----------------------------	---	--

5.3 Conclusiones

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron conforme a la aplicación de las pruebas psicológicas, entrevista realizada a las madres de los niños y a los niños así como aplicación de cuestionarios, se puede deducir que sí existe relación entre el origen de los trastornos que se estudiaron como son: Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, Trastorno de Ansiedad por separación, la Depresión y el distanciamiento con la madre, debido a que en la mayoría de los casos las madres reportaron que sus hijos no fueron planeados y que aunque sabían de su llegada no los deseaban, así mismo el rechazo que presenta dicha población es significativa pues la mayoría de ellos son cuidados por personas de la familia o ajenas a la misma, incluso existen casos en los que no son vigilados por nadie, y en el cuestionario que se les otorgó a las madres se reportó que en la mayoría de ellas la reacción cuando se enojan con los niños es golpearlos.

Cabe señalar que como lo mencionan las diferentes teorías previamente abordadas, la relación con la madre es básica e importante desde el momento que el niño nace, durante su desarrollo y hasta que logra su independencia o edad madura, ya que junto a la madre el niño debe de experimentar diferentes vivencias para poder así lograr ser un individuo integro, pues la convivencia que el niño tiene con la madre llega a brindarle la seguridad que de adulto va a necesitar.

Sin embargo en estos resultados se puede apreciar que dichos niños no están teniendo una relación enriquecedora con su madre.

Por el contrario es una relación distante, que los está llevando a manifestar los trastornos antes mencionados.

Por otra parte algunas madres manifiestan que la conducta de sus hijos es para ellas un problema, y según la encuesta realizada a las madres el 44% de ellas consideran que la relación con sus hijos es regular, el 31% considera que es mala y únicamente el 25% considera que es buena.

Por parte de las autoridades escolares se puede observar cierto rechazo a este grupo de niños, pues suelen minimizarlos e incluso discriminarlos por las conductas que presentan.

Es importante que se realice un seguimiento cercano a cada uno de los niños, pues como se puede observar en los resultados un gran número de ellos presentan Depresión, por lo que es una población muy vulnerable a presentar abusos, acercamiento a las drogas o maltrato.

5.4 Recomendaciones

Por otra parte se recomienda que se les brinde terapia psicológica los niños del programa USAER a nivel individual y familiar, para que superen dicho trastorno. Así mismo se recomienda que se elaboren por la SEP una serie de programas que vayan dirigidos a esta población, también es conveniente que se analice la posibilidad de realizar trípticos por parte los profesores de USAER de manera periódica dirigidos a los padres en los que se dé a conocer la importancia de los cuidados que se deben tener a los niños que sufren de dichos trastornos o incluso como programa de prevención. Además de que se podrían construir talleres de escuela para padres, en los que se difundan temas como éste. Es primordial que a los profesores también se les capacite para que trabajen en base a las necesidades de los niños y no los discriminen.

5.5 Sugerencias y limitaciones

Es importante que se les de un seguimiento y que la SEP se encargue de difundir programas que ayuden al desarrollo integral de estos niños, así mismo es vital que se refuerce el programa USAER debido a que en el caso de la Escuela Primaria “Agustín Melgar” existe sólo una Psicopedagoga para toda la zona escolar, por lo que resulta difícil que se les proporcione un tratamiento constante a los niños que se encuentran en el programa USAER.

La principal limitación que se dió durante esta investigación fue una cierta resistencia por parte de las autoridades a que se realizaran las pruebas y cuestionarios, como si trataran de ocultar información o si se fuera a descubrir algo no deseado, sin embargo se pudo obtener información básica para la investigación.

anexos

FRASES INCOMPLETAS PARA NIÑOS

(anexo 1)

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Instrucciones: A continuación se presentan sesenta frases incompletas. Lea cada una de ellas y complételas escribiendo lo primero que se le ocurra. Trabaje con la mayor rapidez posible. Si no puede completar una frase, encierre el número en un círculo y vuelva a él más tarde.

01. Carlitos era feliz cuando
02. Nada le gustaba tanto como
03. Cuando Pancho sintió venir a su maestro
04. Lo que más le agrada a Roberto era
05. Lo que más quería Miguel era
06. La hermana de Juan
07. Memo se enoja cuando
08. Le tengo miedo a
09. Cuando le dijeron a Enrique que se fuera a su lugar
10. Lo que a Tomás le molestaba más eran
11. Yo quisiera ser
12. Enrique está muy enojado porque
13. Pepe está tranquilo porque
14. Juanito pensó con desagrado
15. El hecho de que no supiera lo que le preguntaban
16. Pedrito piensa que
17. Cuando Luis se da cuenta de que otros lo hacen mejor que el
18. Cuando Rafaelito se daba cuenta de que lo hacían a un lado en las fiestas

19. Cuando era chiquito
20. Yo siempre traté
21. Dándose cuenta de que nadie lo iba a ayudar
22. Lo que más me ha ayudado hasta ahora
23. Cuando Raúl hace algo mal
24. La familia de Alberto
25. Cuando estoy descansando me gusta
26. Robertito sabe que le fue mal porque
27. Yo me siento
28. Ramón gusta de
29. Nada es tan triste como
30. No sabía como hacerle para
31. Federico no hubiera hecho nada por
32. Ricardo sufría
33. Beto hubiera podido hacerlo sin
34. Mi papá
35. Jorge quedó triste después de
36. Lo que más le gustaba a ella era
37. Siempre que decía algo, Robertito dice
38. Mi mamá
39. Se burlan de él porque s u hermano
40. El estudio que más me gustaba era
41. Siempre he deseado
42. Se siente apoyado cuando
43. Una vez Daniel se puso a pensar que él era
44. Al saber que era peligroso
45. Pero no sabía que
46. Decididamente no quiso hacer
47. Lalito quiere estar con
48. Es molesto
49. Rogelio teme
50. Sergio quiere olvidar
51. Mi mayor preocupación

52. Si yo
53. Rubén era mandado por
54. Me gusta
55. La mayoría de mis amigos no saben que yo
56. Es penoso
57. Yo preferiría
58. No sé como llegué a
59. Lo peor de todo es que
60. Me sentía feliz cuando

FAMILIA

(anexo 2)

- 1.- ¿Nómbreme a todas las personas que dibujaste, empezando por el que dibujaste primero ?
- 2.- ¿Cuál de estas personas que están en la familia serias tú?
- 3.-¿Con quien te identificas más?
- 4.- ¿Que están haciendo?
- 5.-¿Quién es el mas bueno de todos en esta familia? ¿Por qué?
- 6.-¿Cuál es el menos bueno de todos? ¿Por qué?
- 7.-¿Cuál es el mas feliz? ¿Por qué?
- 8.-¿Cuál es el menos feliz? ¿Por qué?
- 9.-¿Y tú, en esta familia a quien prefieres? ¿Por qué?

CUESTIONARIO NIÑOS (AS)
(anexo 3)

Figura humana

- 1.- ¿Qué es? (hombre, mujer, niño o niña)
- 2.- ¿Cuántos años tiene?
- 3.- ¿Qué nombre le pondrías?
- 4.- ¿Cómo se siente?
- 5.-¿ Es feliz?
- 6.- ¿ A que persona te recuerda este dibujo?
- 7.- ¿ Que es lo que mas necesita esta persona que dibujaste?
- 8.- ¿ Alguien le hizo daño alguna vez?

Figura del árbol

- 1.- ¿Dónde esta este árbol?
- 2.- ¿Cuántos años tiene?
- 3.-¿El árbol esta vivo? Si la respuesta es que no ¿qué le hizo morir?
- 4.-¿A que se parece mas a hombre o mujer?
- 5.- ¿Ese árbol esta solo?
- 6.-¿Qué te recuerda este árbol?
- 7.-¿ Es un árbol sano y fuerte?
- 8.- ¿A que persona conoces que te recuerda este árbol?
- 9.-¿Alguna vez alguien le hizo daño a este árbol?

Figura de la casa

- 1.- ¿ Esa es tu casa?
- 2.- ¿Te gustaría tener esa casa para ti?
- 3.-¿En donde te parece que esta esa casa?
- 4.-¿Es una casa alegre?
- 5.- ¿A que persona que conoces te recuerda esa casa?
- 6.-¿Qué es lo que mas necesita esta casa?

Cuestionario Niño(a)

Nombre:

Edad:

Grado escolar:

1.-¿Cómo te sientes con tu familia?

2.-¿Te enojas con tus hermanos?

3.- ¿Qué es lo que te hace enojar?

4.-¿Juegas con tu mamá?

5.-¿Cuál es el recuerdo más bonito que tienes, de las cosas que has compartido con tu mamá?

6.- ¿Qué hace que te pongas triste?

7.- ¿Qué te alegra?

8.-¿Tu mamá te ayuda en tus tareas?

9.-¿Por qué te regaña tu mamá?

**CUESTIONARIO PARA MADRE O TUTOR
(anexo 4)**

Nombre del niño:

Edad:

Grado escolar:

Nombre de la Madre o tutor:

Instrucciones: Conteste el siguiente cuestionario lo mas sinceramente posible, recuerde que las respuestas son completamente confidenciales.

1.-¿Cuántos hijos tiene?

2.-¿Qué lugar ocupa el niño dentro del numero de hijos?

3.-¿Su hijo fue planeado?

4.- ¿Fue un niño deseado?

5.- ¿Cuántas personas conforman la familia?

6.- ¿Cuando el niño era bebé atendía sus demandas inmediatamente?

7.- ¿A los cuántos años mencionó sus primeras palabras?

8.- ¿A qué edad dejó el biberón?

9.- ¿ A qué edad comenzó el control de esfínteres?

10.-¿ Como le manifestaba usted su cariño al niño cuando era bebé?

11.- ¿Usted trabaja?

Si() No ()

12.- ¿Siempre se ha encargado del cuidado del niño?
Si () No () en caso de no ¿Por que?

13.-¿El niño asistió a guardería?

14.- ¿Ayuda al niño en sus tareas escolares?

15.- ¿Se enoja con frecuencia con el menor?

16.- ¿Cuántas veces a la semana juega con su hijo?

17.- Mencione un motivo por el que se enoje con su hijo.

18.- ¿Habla con su hijo de los problemas que él tiene?

19.- ¿Cuál es el mayor problema que han enfrentado y como lo solucionaron?

20.- ¿Cómo considera usted que es la relación que tiene con su hijo?

21.- ¿Existe comunicación entre usted y su hijo?

22.- ¿Considera que le demuestra cariño?

23.- ¿Cómo reacciona usted cuando recibe una queja del niño?

24.- ¿Tiende a tener celos de sus hermanos?

25.- ¿El niño se entristece con facilidad?

26.- ¿Llora con frecuencia?

27.- ¿ Recibe quejas a menudo del comportamiento de su hijo?

28.- ¿Le cuesta trabajo realizar tareas con atención?

29.- ¿ Pelea su hijo con frecuencia?

30.- ¿Qué espera usted de su hijo a futuro?

31.-¿La conducta del niño es un problema para usted?

Observaciones:

5.7 Glosario

Actitud. Predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente

Adaptación. Estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio y carente de conflictos con su ambiente social.

Ambiente. Espacio vital en el que se desarrolla el sujeto. Conjunto de estímulos que condicionan al individuo desde el momento mismo de su concepción

Angustia. Un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de ésta.

Ansiedad. Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión.

Apatía. Impasibilidad del ánimo. Estado en el que el sujeto permanece indiferente, y presenta una incapacidad para reaccionar ante situaciones que deberían suscitar emociones o intereses.

Aprendizaje. Es un cambio permanente de la conducta de la persona como resultado de la experiencia. Se refiere al cambio en la conducta o al potencial de la conducta de un sujeto en una situación dada, como producto de sus repetidas experiencias en dicha situación. Este cambio conductual no puede explicarse en base a las tendencias de respuesta innatas del individuo, su maduración, o estados temporales (como la fatiga, la intoxicación alcohólica, los impulsos, etc.).

Batería de test. Conjunto de tests que sirven para medir determinados aspectos de la psicología de un sujeto.

Capacidades. Son aptitudes mentales hipotéticas que permitirían a la mente humana actuar y percibir de un modo que trasciende las leyes naturales.

Carácter. Conjunto de características que distinguen a una persona de otra.

Complejo de Edipo. Según Freud, el conjunto de relaciones que se establecen entre el niño y sus padres entre los dos y cinco años, durante la *fase fálica*. El niño se identifica a sí mismo como un ser sexual, y dirige sus deseos amorosos hacia el progenitor de sexo contrario, estableciendo con el otro una conflictiva relación de celos, miedo y sentimientos de culpa. (Del mito griego de Edipo.)

Complejo de Electra. Según Freud, el equivalente en la niña al *complejo de Edipo* (del mito griego de Electra).

Complejo de inferioridad. Complejo por el que un sujeto se siente constantemente inferior a los demás, aunque no exista causa alguna que justifique este sentimiento continuo

Conducta. Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones ambientales./ La conducta del ser humano es definida desde su niñez, ya que es tomada de todo el medio que lo rodea. Desde la psiquiatría, la conducta puede ser normal o patológica, y tanto en uno como en otro caso se manifiesta en las tres áreas del cuerpo, la mente y el mundo externo. 1. Concepto. - 'Desde un enfoque totalizador definimos la conducta como estructura, como sistema dialéctico y significativo en permanente interacción, intentando resolver desde esa perspectiva la antinomia mente-cuerpo, individuo-sociedad, organismo-medio.

Conducta agresiva. Se produce cuando un organismo ataca con hostilidad, física o verbalmente, a otro organismo u objeto.

Conducta anormal. Es la que se aparta en grado significativo de una norma cultural o criterio o patrón grupal. Si la palabra "anormal" se utiliza en un sentido negativo o peyorativo, alude a un comportamiento inadaptado, una conducta autodestructiva, que habitualmente es motivo de aflicción para el individuo o para los demás.

Cuestionario. Conjunto de preguntas a las que el sujeto puede responder oralmente o por escrito, cuyo fin es poner en evidencia determinados aspectos psíquicos.

Desarrollo cognitivo. Crecimiento que tiene el intelecto en el curso del tiempo, la maduración de los procesos superiores de pensamiento desde la infancia hasta la adultez.

Desarrollo psicosexual. Combinación de la maduración biológica y aprendizaje que genera cambios tanto en la conducta sexual como en la personalidad, desde la infancia hasta la edad adulta y a lo largo de esta última.

Desarrollo psicosocial. Crecimiento de la personalidad de un sujeto en relación con los demás y en su condición de miembro de una sociedad, desde la infancia y a lo largo de su vida.

Desorientación. Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de donde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

Desplazamiento. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo reconociendo o generalizando un sentimiento o una respuesta a un objeto hacia otro habitualmente menos importante.

Distraibilidad. Incapacidad para mantener la atención, esto es, el pase de un área o tema a otro, con una provocación mínima, o fijación excesiva de la atención en estímulos externos poco importantes o irrelevantes.

Edad mental (EM). Nivel de desarrollo intelectual global correspondiente a una determinada edad.

Egocentrismo. Exaltación de la propia personalidad, hasta considerarla como centro de la atención y actividad generales. Es frecuente en los niños y adultos inmaduros.

Egoísmo. Afecto excesivo de alguien para consigo mismo, anteponiendo su propia conveniencia a la de los demás.

Ello. Según Freud, zona donde residen los procesos psíquicos más primarios y los impulsos instintivos.

Emoción. Estado afectivo, una reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refieren a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. Las categorías básicas de las emociones son: miedo, sorpresa, aversión, ira, tristeza y alegría.

Empatía. Estado mental en el que un sujeto se identifica con otro grupo o persona, compartiendo el mismo estado de ánimo.

Enfermedad psicosomática. Es la provocada o agravada por factores psicológicos como el estrés, los cambios en el estilo de vida, las variables de la personalidad y los conflictos emocionales.

Enuresis. Emisión involuntaria e inconsciente de orina.

Erógena, zona. Parte del cuerpo particularmente sensible a la excitación sexual.

Erótico. Relativo a Eros, o sea al amor y el deseo.

Estado de ánimo. Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad.

Fálica, fase. En esta fase el interés sexual del niño se centra en los órganos genitales. Es cuando surge el complejo de Edipo.

Familiar, terapia. Método psicoterapéutico para el tratamiento de familias.

Fantasía. Libre actividad del pensamiento por la cual premisas y conclusiones pueden ignorar la realidad. También mecanismo de defensa por el que las imágenes mentales inventadas producen satisfacciones sustitutivas irreales.

Fijación. Vinculación de la libido a determinados objetos propios de uno de sus estados evolutivos.

Formación reactiva. Mecanismo de defensa por el cual el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo sustituyendo los comportamientos, los pensamientos o los sentimientos que le resultan inaceptables por otros diametralmente opuestos (este mecanismo de defensa suele actuar en simultaneidad con la represión).

Frustración. Situación en la que se halla el sujeto cuando encuentra un obstáculo que no le permite satisfacer un deseo o alcanzar una meta.

Gen. Unidad básica de la herencia.

Genética de la conducta. Es el estudio de la influencia que tiene la estructura genética inherente a un organismo en la determinación de sus rasgos, talentos o predisposiciones.

Habilidad. Capacidad de actuar que se desarrolla gracias al aprendizaje, al ejercicio y a la experiencia.

Hábito. Tendencia a actuar de una manera mecánica, especialmente cuando el hábito se ha adquirido por ejercicio o experiencia. Se caracteriza por estar muy arraigado y porque puede ejecutarse de forma automática.

Hiperactividad: Actividad muy intensa

Ideas innatas. Ideas presentes en el organismo desde su nacimiento, no necesariamente en su forma definitiva y madura, pero sí al menos en su forma germinal.

Identificación proyectiva. Mecanismo de defensa en que el individuo atribuye incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. A diferencia de la proyección simple, en este caso el individuo no repudia totalmente lo que proyecta. Al contrario, el individuo es consciente de sus afectos o impulsos, pero los interpreta incorrectamente al considerarlos reacciones justificables frente a otras personas. No es raro que el individuo atribuya sus propios sentimientos a otros, haciendo que sea difícil esclarecer quién hizo algo a quién en primer lugar.

Identidad. Concepto claro y nítido de uno mismo.

Identidad sexual. Convicción interna de una persona acerca de ser varón o mujer.

Identificación. Mecanismo psíquico inconsciente que induce a un sujeto a comportarse, pensar y sentir como otro que actúa como su modelo.

Imaginación. Facultad de representarse mentalmente objetos, personas, situaciones no presentes en la realidad.

Imitación. Adquisición voluntaria de una conducta observada en otras personas. Elemento fundamental del aprendizaje.

Impulso. Tendencia a actuar sin una deliberación previa. Fenómeno contrario a un acto de voluntad.

Inhibición. Carencia o disminución de determinados tipos de conducta, especialmente de los agresivos.

Inmadurez. Insuficiente grado de desarrollo afectivo que puede darse en personas cronológica e intelectualmente adultas.

Instinto de muerte. Tal como lo formulara Freud, el instinto o pulsión de muerte es una tendencia innata a procurar la destrucción de otros organismos, así como la propia destrucción.

Inteligencia. En líneas generales, capacidad mental para entender, recordar y emplear de un modo práctico y constructivo, los conocimientos en situaciones nuevas.

Intimidad. Según el análisis transaccional, la intimidad es un estado de proximidad emocional a otra persona, caracterizado por la ausencia de manipulación y la presencia de una comunicación auténtica.

Introspección. Proceso mental a través del cual el sujeto observa atentamente sus propias experiencias.

Introversión. Según Jung, característica del sujeto de naturaleza lenta, reflexiva y cerrada, que evita el contacto con los otros y se pone fácilmente a la defensiva.

Introyección. Mecanismo de defensa por el que se hacen propios rasgos de la personalidad de un sujeto.

Latencia, fase de. Según Freud, fase del desarrollo del niño en el que la sexualidad permanece más o menos adormecida. Se extiende desde los siete años hasta la adolescencia.

Libido. Según Freud, forma de la energía vital que dirige y origina las manifestaciones del instinto sexual.

Manía. Enfermedad del estado de ánimo caracterizada por una hiperactividad psíquica y un fondo de alegría, de euforia y actividad frenética, que no tienen motivación real alguna.

Mecanismo de defensa. Proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas. Algunos mecanismos de defensa (p. ej., proyección, dicotomización, y "acting out") son casi siempre desadaptativos. Otros, como la supresión y la negación, pueden ser desadaptativos o adaptativos en función de su gravedad, inflexibilidad y el contexto en el que ocurran.

Motivación. Conjunto de motivos que intervienen en un acto electivo, según su origen los motivos pueden ser de carácter fisiológico e innatos (hambre, sueño) o sociales; estos últimos se adquieren durante la socialización, formándose en función de las relaciones interpersonales, los valores, las normas y las instituciones sociales.

Narcisismo. Mecanismo de defensa que se caracteriza por una preocupación excesiva hacia la propia persona.

Negación. Mecanismo de defensa por el que se rechazan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o

externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás. El término *negación psicótica* se emplea cuando hay una total afectación de la capacidad para captar la realidad.

Nerviosismo. Estado de desequilibrio leve del sistema nervioso, con trastornos psíquicos de cierta intensidad (irritabilidad, poca atención, etc.) y orgánicos (intranquilidad motora, etc.).

Oral, fase. Período que abarca el primer año de vida. Según Freud, durante esta fase las necesidades, percepciones y modos de expresión del niño se centran en la boca, a través de la cual obtiene todas sus gratificaciones inmediatas.

Pánico. Episodio agudo de los estados de ansiedad caracterizado por un miedo intenso e irracional.

Personalidad. Estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. Son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

Personalidad autoritaria. El individuo con personalidad autoritaria presenta habitualmente los siguientes rasgos: obediencia ciega a la autoridad, cumplimiento estricto de normas rígidas, expectativa de lealtad incondicional por parte de sus subordinados, hostilidad frente a los miembros de otros grupos y admiración hacia los poderosos.

Problema de conducta: Es una condición que se presenta en la niñez y en la adolescencia e implica problemas de comportamiento duraderos.

Proyección. Mecanismo de defensa que el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. Consiste en proyectar cualidades, deseos o sentimientos que producen ansiedad fuera de sí mismo, dirigiéndolos hacia algo o alguien a quien se atribuyen totalmente.

Psicoanálisis. Método psicoterapéutico para el tratamiento de trastornos psíquicos, que utiliza técnicas de asociación libre y la interpretación de

los sueños. Es una teoría de la personalidad basada en conceptos como la motivación inconsciente, el *yo*, el *ello* y el *superyo*.

Racionalización. Mecanismo de defensa por el que se tiende a dar una explicación lógica a los sentimientos, pensamientos o conductas que de otro modo provocarían ansiedad o sentimientos de inferioridad o de culpa.

Rasgo. Elemento característico de la personalidad relativamente estable. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.

Reactiva, formación. Mecanismo de defensa por el que todo aquello que no puede ser satisfecho se sustituye por el contrario: por ejemplo el amor hacia una persona que no nos corresponde se transforma en odio, etc.

Reconocimiento. Capacidad para identificar un cierto número de elementos de un conjunto aprendido anteriormente.

Regresión. Mecanismo de defensa que consiste en regresar a períodos anteriores del desarrollo o a comportamientos antiguos, que eran más satisfactorios.

Represión. Mecanismo de defensa que consiste en rechazar fuera de la conciencia todo aquello que resulta doloroso o inaceptable para el sujeto. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo expulsando de su conciencia o no dándose por enterado cognoscitivamente de los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar. El componente afectivo puede mantenerse activo en la conciencia, desprendido de sus ideas asociadas.

Resistencia. Oposición inconsciente o quizá consciente a llevar al nivel de la conciencia experiencias, ideas, afectos, etc., pasados, que provocarían ansiedad.

Respuesta. Definición una respuesta en el ámbito de la psicología, es cualquier conducta provocada por un estímulo.

Rol. En psicología social se considera que el *rol* es la personalidad pública de cada individuo, vale decir, el papel más o menos predecible que asume con el objeto de amoldarse a la sociedad de la que forma parte.

Signo. Manifestación objetiva de un estado que puede ser patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.

Síndrome. Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente ocurrencia, que puede sugerir una patógena, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

Síntoma. Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.

Sublimación. Forma de desplazamiento en el que la energía se desvía hacia un objeto que tiene unos valores ideales. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo canalizando sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos en comportamientos socialmente aceptables (p. ej., deportes de contacto para canalizar impulsos agresivos).

Superyó. Según Freud, una de las partes de la personalidad que tiene la función de formar la conciencia moral, los ideales. Se formaría en una edad temprana asumiendo el modelo de un personaje importante con el que el niño se identifica.

Supresión. Mecanismo de defensa en que el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar.

Temperamento. Es la conformación reactiva de un individuo, el aspecto espontáneo de su personalidad. Procede de la combinación de disposiciones características emanadas de sus apetitos, emociones y estados de ánimo.

Timidez. Tendencia por parte de la persona a sentirse incómodo, inhibido, torpe y muy consciente de sí mismo en presencia de otras personas. Esto produce incapacidad para participar en la vida social, aunque se desee hacerlo y se sepa cómo.

Transferencia. Proyección por parte del paciente de una serie de afectos y emociones inconscientes en la figura del médico.

Trastorno de la personalidad. Es un tipo de trastorno conductual que se caracteriza por provocar considerables problemas para la adaptación social. La persona que padece el trastorno de personalidad no siempre ni forzosamente se siente perturbada, pero en cambio los demás a menudo la consideran perturbadora o molesta.

Variable. En estadística es cualquier rasgo, atributo, dimensión o propiedad capaz de adoptar más de un valor o magnitud.

Yo (ego). Según Freud, es el "principio de realidad", es consciente y tiene la función de la comprobación de la realidad, así como la regulación y control de los deseos e impulsos provenientes del Ello. Su tarea es la autoconservación y utiliza todos los mecanismos psicológicos de defensa.

Zona Erógena. Parte del cuerpo particularmente sensible a la excitación sexual.

Bruno, F. J. Diccionario de términos psicológicos fundamentales. (1997). Barcelona. Paidós Studio.

CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator.

DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1997) APA. Barcelona. Masson.

http://www.psicoadactiva.com/diccio/diccio_a.htm

<http://www.diccionarios-online.com.ar/corto/hiperactividad.html>

5.8 BIBLIOGRAFÍA

- Bandura Albert, Estudio del niño, 1995, Self-efficacy in changing societies.
- Baranger, W. (1971), *Posición y objeto en la obra de Melanie Klein*, Buenos Aires, Kargieman.
- Bloch, A., Sandin y Ramos, F. (1995) Manual de Sicopatología. Mexico. Ed. McGraw-Hill
- Bruno, F. J. Diccionario de términos psicológicos fundamentales. (1997). Barcelona. Paidós Studio.
- Calderón Guillermo, Depresión, Un Libro Para Enfermos Deprimidos y Médicos en General, 2001, Trillas
- CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator.
- Clément, Catherine (1978), "Los fósforos y la música", en: *D.W. Winnicott*. S. Cardier (comp). Buenos Aires, Trieb, 1978.
- Cueli, Teorías de la personalidad, edit. Trillas, 2007.
- Charles S. Carver, Teorías de la personalidad, 1998, Ed. Pearson Prentice may.
- Delahanty, G. (1992), "Geopolítica de la psicología del yo. Contribuciones de David Rapaport al psicoanálisis". *Imagen Psicoanalítica*, No. 1., pp. 17-32.

- DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. España, Masson, 2007.
- Fairbairn, W. R. D. (1952), *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires, Hormé, 1962
- Fenichel, O. (1937), "Early Stages of Ego Development", en: *The Collected Papers of Otto Fenichel*. H. Fenichel y D. Rapaport (comps). New York, David Lewis, mc: 1954.
- Francois Dolto, Trastornos de la infancia, Reflexiones sobre problemas en la infancia y emocionales más comunes, Guía para padres, PAIDOS, 1997
- Francois Dolto, Psicoanálisis y Pediatría, 2007, Fondo de Cultura Económica.
- Freud, Anna (1927), *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires, Ediciones Imán, 1946.
- Granell, Niños en crecimiento, 2002, Ed. Oniro.
- Jean Piaget Desarrollo del niño, 1978, Ed. España.
- Jean Piaget, Estudio del niño, 1980, Fondo de Cultura Económica.
- John N. Buck, Manual y guía de interpretación del dibujo proyectivo, HTP, 2007, Manual Moderno.
- Mancilla, Gómez Blanca, Psicopatología infantil de la adolescencia , Facultad de Psicología, 2007.
- Meneses Morales, Ernesto. Educación del Niño, Editorial Trillas. 1973.

- Nuria Vendrell, Elena Rius, Nacer y Crecer “El mundo de tus hijos paso a paso”, Desarrollo psicológico del niño, SALVAT, 2000
- Segal Hanna, Introducción a la obra de Melanie Klein, 2007
- Solloa, G. los trastornos psicológicos del niño. Mexico. Ed. Trillas
- Spitz, Rene, El primer año de vida, 1991
- Schultz, Teorías de la personalidad, edit. Thomsom, 2002

Consultas de Internet

- http://www.psicoactiva.com/diccio/diccio_a.htm
- <http://www.diccionarios-online.com.ar/corto/hiperactividad.html>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Mecanismo_de_defensa
- <http://www.centro-psicologia.com/es/problemasconducta-ninos.html>
- http://galeon.hispavista.com/pcazau/artpsi_mahl.htm
- <http://temas-estudio.com/La-sexualidad-infantil.asp>
- http://temas-estudio.com/Psicologia_Infantil.asp
- <http://www.redalyc.uaem.mx/redalyc/pdf/582/58230107.pdf>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Salva>