



**PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DEL ECUADOR  
SEDE AMBATO**  
SERÉIS MIS TESTIGOS

## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Tema:**

CREACIÓN DEL CENTRO DE PSICOLOGÍA APLICADA EN LA  
PUCESA, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN DEL  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL EN  
EL AÑO 2011

Tesis de disertación de grado previo a la obtención del título de  
Psicólogo Clínico

**Líneas de Investigación:** Teorías psicológicas  
La prevención primaria, secundaria y  
terciaria

**Autora:**

María Auxiliadora Vásconez Hidalgo

**Directora:**

Dra. Lucía Almeida Márquez

Ambato-Ecuador  
Marzo 2012

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE  
AMBATO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

CREACIÓN DEL CENTRO DE PSICOLOGÍA APLICADA EN LA  
PUCESA, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN DEL  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL EN  
EL AÑO 2011

Líneas de Investigación: Teorías psicológicas  
La prevención primaria, secundaria y terciaria

Autora:

María Auxiliadora Vásconez Hidalgo

Lucia Almeida Dra.  
DIRECTORA DE DISERTACIÓN

f. \_\_\_\_\_

Lorena León Ps.  
CALIFICADOR

f. \_\_\_\_\_

Marlon Mayorga Ps.  
CALIFICADOR

f. \_\_\_\_\_

Santiago Añazco Lalama Dr.  
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. \_\_\_\_\_

Hugo Altamirano Villarroel, Dr.  
SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. \_\_\_\_\_

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo, María Auxiliadora Vásconez Hidalgo portadora de la cédula de ciudadanía No. 180332492-8 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención de título de Psicólogo Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

María Auxiliadora Vásconez Hidalgo

C.I. 180332492-8

## RESUMEN

La presente tesis tiene como finalidad contribuir a la creación del Centro de Psicología Aplicada de la PUCESA a través de la conformación del Departamento de Atención Psicológica Infantil, en base a la recopilación de datos de la atención brindada por el Consultorio Psicológico de la PUCESA en las practicas preprofesionales (Noviembre 2010 - Junio 2011), en donde se observó por medio de test psicológicos y la observación clínica, rasgos depresivos y ansiosos que indican un elevado índice de conflictos emocionales en los niños evaluados y atendidos. La investigación realizada para la justificación del proyecto consistió en la toma de un cuestionario a los docentes de todas las escuelas fiscales de Ambato, con el fin de obtener información acerca de la necesidad de atención psicológica en los niños, dando como resultado: en un 16% niños con aparentes problemas emocionales, el 58% de este fueron remitidos a apoyo psicológico, de los cuales 55% no fueron atendido por falta de recursos y/o negligencia de los padres. Se obtuvo también que en un 63% los docentes y en un 52% de padres de familia no han recibido ningún taller/charla acerca del desarrollo emocional del niño; concluyendo que ante la demanda observada, se requiere la conformación del Departamento de Atención Psicológica Infantil, en la PUCESA. La recopilación de información acerca del desarrollo, necesidades, dificultades presentadas en el niño y su intervención psicológica desde las diversas perspectivas psicológicas, permitió que la realización de la normativa sea estructurada con un enfoque integral, la

misma que se encuentra basada en el reglamento de la creación del C.P.A. de la PUCE. En la metodología se utilizó un enfoque analítico descriptivo de carácter cualitativo y cuantitativo.

## ABSTRACT

This dissertation aims to contribute to the creation of the Applied Psychology Center at PUCESA through the conformation of the Children's Psychological Services Department, based on the data collection of the service provided by the Psychological Consulting room of the PUCESA in the pre-professional practice (November 2010 - June 2011), in which aided with psychological tests and clinical observation, we could see anxious and depressive traits that indicate a high level of emotional conflicts in evaluated and treated children. The research made to justify the project consisted on applying a questionnaire to the teachers in public schools of Ambato to get information about the need of psychological care for children, obtaining as result: 16% of children with apparent emotional problems, 58% of the above percentage were referred to psychological support of which 55% didn't received the treatment either by lack of resources or/and parental neglect. Also we found that 63% of teachers and 52% of parents have not received any workshop/talk about children emotional development, concluding that in due to the demand, it is required the creation of the Children's Psychological Department at the PUCESA. The information compiled about the development, needs and difficulties presented in children the psychological intervention from the various psychological perspectives allowed the implementation of the regulations could be structured with a comprehensive approach, the same as it is based on the rules of the creation of the CPA of

PUCE. In regard to the methodology we used a descriptive analytical approach of qualitative and quantitative character.

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I .....	3
1. MARCO TEÓRICO .....	3
1.1.1. EL DESARROLLO DEL NIÑO.....	3
1.1.2. NECESIDADES EMOCIONALES BASICAS DEL NIÑO .....	5
1.1.2.1. La necesidad de sentirse importante:.....	5
1.1.2.2. La necesidad de seguridad:.....	5
1.1.2.3. La necesidad de ser aceptado:.....	6
1.1.2.4. La necesidad de amar y ser amado: .....	7
1.1.2.5. La necesidad de alabanza:.....	7
1.1.2.6. La necesidad de disciplina:.....	7
1.1.2.7. La necesidad de Fe: .....	8
1.1.3. ETAPAS DEL DESARROLLO SEGÚN LAS DIFERENTES CORRIENTES .....	8
1.1.3.1. ENFOQUE PSICODINÁMICO:.....	8
1.1.3.1.1. Teoría de las Etapas Psicosexuales de Freud.....	9
Etapa oral:.....	10
Etapa anal:.....	11
Etapa fálica: .....	11
Etapa genital:.....	11

1.1.3.1.2. Teoría de las Relaciones Objetales de Klein .....	12
Posición Esquizoparanoide (0 a 6 meses) .....	13
Etapa Depresiva (6 meses a los 2 años) .....	14
1.1.3.2. ENFOQUE HUMANISTA .....	15
1.1.3.2.1. Teoría del Apego .....	15
Postulados .....	15
1.1.3.3. ENFOQUE COGNITIVO .....	16
1.1.3.3.1. Teoría del Desarrollo Cognitivo de Jean Piaget.....	16
Etapa Sensoriomotora (0 a 2 años).....	16
Etapa Preoperacional (2 a 7 años).....	17
Etapa de las Operaciones Concretas (7 a 11 años) .....	17
Etapa de las Operaciones Formales (11 a 15 años).....	17
1.1.3.3.2. Teoría del Razonamiento Moral de Lawrence Kohlberg	
18	
Nivel preconvencional.....	18
Nivel convencional.....	19
Nivel Posconvencional.....	19
1.1.3.3.3. Teoría Sociocontextual de Vigotsky .....	20
Zona De Desarrollo Próximo .....	20
El juego .....	21
El Andamiaje.....	21

1.1.3.3.4. Teoría del Procesamiento de la Información .....	21
Elementos .....	22
Categorías: .....	22
1.1.3.3.5. Neurociencias Y Psicología Evolutiva .....	23
Función Ejecutiva .....	23
Etapas de la Función Ejecutiva .....	24
1.1.3.3.6. Teoría De La Mente.....	25
Etapas del desarrollo de la T.M., según Harris .....	26
2.1.2.1.7. Etapas del Desarrollo Psicosocial de Erikson .....	27
Confianza frente a Desconfianza .....	27
Autonomía frente a Desconfianza .....	27
Iniciativa frente culpa .....	28
Laboriosidad frente a inferioridad .....	28
1.1.3.4. ENFOQUE HOLÍSTICO.....	28
1.1.3.4.1. Teoría de los 12 sentidos de Rudolf Steiner .....	29
Percepción de la Propia Interioridad .....	29
Percepción del mundo .....	29
Percepción de la interioridad del Otro .....	30
1.1.3.4.2. Etapas del Desarrollo de Rudolf Steiner .....	30
1.1.3.5. ENFOQUE BIOECOLÓGICO .....	32

1.1.3.5.1. Teoría de los sistemas bioecológicos de Bronfenbrenner: .....	32
Niveles .....	32
1.1.4. DIFICULTADES EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO	33
1.1.4.1. Etiología de los trastornos psicológicos presentados en el infante. (0 a 3 años) .....	33
1.1.4.1.1. Trastornos del proceso de vinculación.....	34
a) Por ausencia de la madre o sustituto maternal .....	34
b) Por discontinuidad da la relación con el objeto de vinculación (madre o cuidadora) .....	34
c) Por Trastornos cuantitativos de la interacción .....	34
d) Por trastornos cualitativos de la interacción: interacción disarmónica.....	35
1.1.4.1.2. Trastornos de Vínculo .....	35
Vínculo ansioso ambivalente:.....	36
b) Vínculo ansioso evitativo:.....	36
c) Vínculo desorganizado: .....	36
1.1.4.1.3. Trastornos Psicósomáticos .....	37
Cólico idiopático entre 3 y 6 meses.....	37
Vómitos en el primer semestre.....	37
Mericismo o Rumiación .....	38

Rectocolitis Ulcerohemorrágica .....	38
Eccema infantil entre los 8 y 24 meses .....	38
Alopecias .....	39
Cefaleas .....	39
Asma del niño de 5 años. ....	39
Espasmos De Llanto .....	40
1.1.4.2. Etiología de los trastornos presentados en el desarrollo psicológico del niño (0 A 12 años) .....	41
1.1.4.2.1. Trastornos de la Psicomotricidad .....	41
1.1.4.2.2. Trastornos del Habla y Lenguaje .....	42
1.1.4.2.3. Trastornos de aprendizaje .....	43
1.1.4.2.4. Trastornos por Déficit de Atencional e Hiperactividad .....	44
1.1.4.2.5. Trastornos del desarrollo cognitivo .....	45
1.1.4.2.6. Trastornos generalizados del desarrollo .....	45
1.1.4.2.7. Trastornos del desarrollo psicosexual .....	46
1.1.4.2.8. Trastornos del desarrollo de la personalidad .....	46
1.1.4.2.9. Trastornos de adaptación .....	47
1.1.4.2.10. Trastornos ansiosos .....	47
1.1.4.2.11. Trastorno del estado de ánimo .....	48
1.1.4.2.12. Trastornos de expresión conductual (trastorno de déficit de la atención y conducta disruptiva) .....	49

1.1.4.2.13. Trastornos psicofisiológicos .....	50
1.1.4.2.14. Trastornos de eliminación .....	50
1.1.4.2.15. Trastorno de la conducta alimentaria en niños .....	51
1.1.4.2.16. Trastornos del sueño.....	52
1.1.5. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL NIÑO.....	52
1.1.5.1. ASPECTO FÍSICO.....	52
1.1.5.2. ASPECTO TÉCNICO.....	53
1.1.5.2.1. MODALIDADES.....	53
1.1.5.2.1.1. Psicoterapia Individual:.....	53
1.1.5.2.1.2. Asesoría para padres: .....	55
1.1.5.2.1.3. Psicoterapia Familiar:.....	56
1.1.5.2.1.4. Psicoterapia Vincular:.....	57
1.1.5.2.1.4. Psicoeducación: .....	57
1.1.5.2.2. DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO INFANTIL .....	58
1.1.5.2.2.4. Proceso del Psicodiagnóstico Infantil.....	59
1.1.5.2.2.5. Herramientas Del Psicodiagnóstico Infantil.....	60
Entrevista Clínica Individual y Familiar.....	60
Historia Clínica.....	61
Baterías.....	61
Familiograma .....	62
1.1.5.2.2.6. Recursos Técnicos del Psicodiagnóstico Infantil ....	62

Observación:.....	62
Escucha Empática: .....	62
Rapport: .....	62
Transferencia:.....	62
1.1.5.2.2.7. Planificación Del Proceso Psicoterapéutico General	
63	
1.1.5.2.2.8. Guía Del Proceso Psicoterapéutico .....	63
1.1.5.2.3. ENFOQUES DE INTERVENCIÓN .....	63
1.1.5.2.3.4. Psicoanálisis y Terapia Psicodinámicas: .....	63
1.1.5.2.3.5. Conductismo:.....	64
1.1.5.2.3.6. Cognitivismo: .....	64
1.1.5.2.3.7. Cognitivo Conductual: .....	64
1.1.5.2.3.8. Humanista:.....	65
1.1.5.2.3.9. Holística:.....	65
1.1.5.2.4. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN SEGÚN LAS	
DIFERENTES CORRIENTES.....	66
1.1.5.2.4.4. ENFOQUE PSICODINÁMICO .....	66
Ludoterapia .....	66
El dibujo .....	67
Interpretación de la transferencia .....	68
Interpretación de Sueños.....	68

1.1.5.2.4.5. ENFOQUE COGNITIVO – CONDUCTUAL .....	69
Economía de Fichas: .....	69
Desensibilización Sistemática: .....	69
Pasos:.....	70
Modelado: .....	70
Pacto de Contingencia:.....	70
Tabla de Decisión: .....	71
Terapia Lingüística de Evaluación:.....	71
Pasos para la modificación de abstracciones:.....	71
La inoculación del Stress:.....	72
Pasos.....	72
Tareas a casa .....	73
1.1.5.2.4.6. ENFOQUE HUMANISTA.....	73
Cuentos.....	73
ArteTerapia .....	73
Terapia del juego .....	74
Psicodrama .....	74
Técnicas Gestálticas.....	75
Cuaderno de terapia:.....	75
La Silla Vacía o el Oso Pearls.....	75
Animal doméstico: .....	75

1.1.5.2.4.7. ENFOQUE HOLÍSTICO .....	76
Psicografismo .....	76
Mandalas .....	76
La autoasistencia Psicológica .....	77
Pasos.....	77
1.1.5.3. ASPECTO LEGAL .....	79
1.1.5.3.1. LINEAMIENTOS LEGALES.....	79
1.1.5.3.1.1. LOS ESTATUTOS.....	79
Tipos de Estatutos .....	80
Técnicos: .....	80
Morales:.....	80
Jurídicas: .....	80
Creación de Estatutos .....	81
Utilidad de los Estatutos .....	81
CAPITULO II .....	82
2. METODOLOGÍA .....	82
2.1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	82
2.1.2. SIGNIFICADO DEL PROBLEMA .....	83
2.1.3. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	84
2.1.4. PLANTEAMIENTO DEL TEMA .....	85
2.1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	85

2.1.5.1. De Contenido .....	85
2.1.6. FORMULACION DE LA HIPÓTESIS .....	86
2.1.7. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES .....	86
2.1.7.1. Variable Dependiente .....	86
2.1.7.2. Variable Independiente .....	86
2.1.8. OBJETIVOS.....	87
2.1.8.1. Objetivo General .....	87
2.1.8.2. Objetivos Específicos.....	87
2.1.9. ENFOQUE: .....	88
2.1.10. MODALIDAD: .....	89
2.1.10.1. Investigación bibliográfica o documental: .....	89
2.1.10.2. Investigación de campo: .....	89
2.1.10.3. Intervención Social:.....	89
2.1.11. POBLACION Y MUESTRA: .....	90
2.1.12. TECNICAS E INSTRUMENTOS:.....	90
2.1.12.1. Técnica:.....	90
2.1.12.2. Instrumento: .....	90
CAPITULO III.....	91
3. Resultados.....	91
CAPITULO IV.....	108
4. ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	108

CAPITULO V.....	142
5. Conclusiones y Recomendaciones .....	142
5.1.1. CONCLUSIONES .....	142
5.1.2. RECOMENDACIONES.....	145
6. MATERIAL DE REFERENCIA .....	147
6.1.1. BIBLIOGRAFÍA.....	147
6.1.2. GLOSARIO .....	151
6.1.3. ANEXOS .....	154
6.1.4. Cuestionario realizado para la encuesta.....	154
6.1.5. Formato Plan Terapéutico .....	157
6.1.6. Formato Guía de Seguimiento Diario .....	160
6.1.7. Formato para seguimiento padres/tutores.....	161
6.1.8. Formato para la Historia Clínica Infantil.....	162
6.1.9. Formato para el Informe Psicológico Infantil .....	165
6.1.10. Formato del Registro de Atención para el Departamento .	167
6.1.11. Formato para el registro de Atención realizado por los practicantes preprofesionales.....	168
6.1.12. Formato para la Encuesta de Satisfacción del Servicio.....	169
6.1.13. Guía Diagnóstica para trastornos presentados en el desarrollo psicológico del niño DSM IV TR .....	170

## TABLA DE GRÁFICOS

### TABLAS

TOTAL NIÑOS .....	92
NIÑOS CON PROBLEMAS EMOCIONALES APARENTES .....	93
DIFICULTADES PRESENTADAS EN EL AULA DE CLASE.....	94
NECESIDAD DE TRABAJAR EL AREA EMOCIONAL DEL NIÑO EN CLASE .....	96
NIÑOS REMITIDOS A APOYO PSICOLÓGICO.....	97
NIÑOS QUE RECIBIERON PROCESO PSICOTERAPEÚTICO.....	98
CAUSAS POR LA QUE LOS NIÑOS NO RECIBIERON UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO .....	100
NECESIDAD DE UN CENTRO PSICOTERAPÉUTICO INFANTIL DE CALIDAD A BAJO COSTO.....	102
IMPORTANCIA DEL TRABAJO TRANSDISCIPLINARIO (PROFESOR, PPFF Y PSICOLOGO) .....	103
CHARLAS O TALLERES ACERCA DEL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO PARA DOCENTES.....	104
CHARLAS O TALLERES ACERCA DEL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO PARA PADRES DE FAMILIA.....	106

**GRÁFICOS ESTADÍSTICOS**

TOTAL NIÑOS .....	92
NIÑOS CON APARENTES PROBLEMAS EMOCIONALES .....	93
DIFICULTADES PRESENTADAS EN EL AULA DE CLASE.....	94
NECESIDAD DE TRABAJAR EL AREA EMOCIONAL DEL NIÑO EN CLASE .....	96
NIÑOS REMITIDOS A APOYO PSICOLÓGICO.....	97
NIÑOS QUE RECIBIERON PROCESO PSICOTERAPEÚTICO.....	98
CAUSAS POR LA QUE LOS NIÑOS NO RECIBIERON UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO .....	100
NECESIDAD DE UN CENTRO PSICOTERAPÉUTICO INFANTIL DE CALIDAD A BAJO COSTO.....	102
IMPORTANCIA DEL TRABAJO TRANSDISCIPLINARIO (PROFESOR, PPFF Y PSICOLOGO) .....	103
CHARLAS O TALLERES ACERCA DEL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO PARA DOCENTES .....	104
CHARLAS O TALLERES ACERCA DEL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO PARA PADRES DE FAMILIA.....	106

## INTRODUCCIÓN

La investigación que tiene por objetivo contribuir a la creación del Departamento de Atención Psicológica Infantil para la conformación del Centro de Psicología Aplicada en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato. Los datos obtenidos para la investigación fueron extraídos de: las actividades realizadas por el Consultorio Psicológico de la PUCESA y las encuestas realizadas a 238 docentes de las diferentes escuelas y unidades educativas primarias fiscales de la ciudad de Ambato.

La bibliografía utilizada para la elaboración de esta tesis proviene de las bibliotecas universitarias de la ciudad de Ambato, proyectos investigativos de la carrera de Psicología de la PUCESA, artículos y libros de Psicología extraídos de la red.

En el primer capítulo del trabajo se tiene el marco teórico en donde se encuentra toda la información recopilada que es la base para la creación del Departamento de Atención Psicológica para niños, como son: el desarrollo emocional del niño, sus necesidades y dificultades, etiología de los trastornos psicológicos del desarrollo del niño, enfoques y técnicas de intervención psicológica; de igual forma se menciona el trabajo que se realizará en el Departamento especificando sus servicios a la comunidad intra y extrauniversitaria. También se encontrará temas relacionados a la creación de normas y estatutos para la realización de la normativa del Departamento de Atención Psicológica para niños.

En el segundo capítulo se redacta el problema de investigación en donde se parte de los antecedentes de la investigación, significado del problema actual y su planteamiento, seguido de la limitación del mismo, los objetivos tanto general como específicos, la metodología utilizada para la presente investigación, que es un enfoque analítico descriptivo de carácter cualitativo y cuantitativo, ya que se analiza y describe la información recolectada y los datos extraídos del trabajo de campo para lograr el objetivo planteado. Por último se tiene a la hipótesis planteada en el proyecto.

En el tercer capítulo se presenta los resultados del trabajo de campo realizado, que es el que justifica la creación del Departamento de Atención Psicológica para niños. Cada resultado se encuentra acompañado de su interpretación y análisis a través de tablas y gráficos estadísticos para una mejor apreciación.

En el cuarto capítulo se aborda el análisis y discusión de resultados que llevan a la creación de la normativa del Departamento de Atención Psicológica para niños que contiene: antecedentes, justificación, plan estratégico, servicios ofertados, reglamento interno del lugar.

En el quinto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones extraídas del trabajo de disertación de tesis.

## CAPÍTULO I

### 1. MARCO TEÓRICO

#### 1.1.1. EL DESARROLLO DEL NIÑO

El desarrollo integral del niño se lleva a cabo en cinco sistemas: biológico, psicológico, familiar, escolar y social; los mismos que se encuentran relacionados entre sí, por ende cuando uno de los cinco falla, las consecuencias pueden verse en los demás, de este modo afectando al niño. Cada sistema está gobernado por su estructura que es la que les pone límites al momento de interactuar con los otros que componen la totalidad (individuo), en los niños es muy claro ver esta interacción mencionada, por ejemplo cuando él lleva el comportamiento de casa a la escuela o cuando es maltratado en el hogar comúnmente maltrata en la escuela. Esto se debe a que los sistemas que componen el desarrollo del niño son abiertos.

Dorothy Law Nolte, Psicóloga Infantil, en su libro *Cómo inculcar valores a sus hijos*, del año 1998 como, ve al niño como una esponja que va absorbiendo cada experiencia vivida, es decir que todo aquello dicho y hecho por sus figuras más significativas en su vida queda grabado en él, de ahí viene la importancia de que el ambiente en el que el niño se desarrolla debe ser de afecto, atención y disciplina con amor.

Rogers, en cambio, en 1977, en su libro *“Psicoterapia centrada en el cliente”* menciona que el individuo desde niño, interpreta lo real de una manera

particular y única, formando su propia realidad que se campo fenoménico. Por lo cual la conducta que presenta el niño no responde a lo real, sino a la interpretación de las experiencias vividas en lo real (o realidad externa). Es decir que el niño toma como válido y certero su única y propia realidad. Por ende de la manera en que fueron interpretadas las experiencias vividas, el niño buscará su autorrealización para mantención de su organización integral.

Maslow, en el año de 1991, en su libro *“Motivación y Personalidad”*, habla que el niño va satisfaciendo sus necesidades como en forma de pirámide las cuales al inicio son satisfechas por sus padres o cuidadores, comenzando por las biológicas, seguidas de las de seguridad que es la predominante en la infancia, luego vienen las de pertenencia y amor en donde cumple su gran labor los padres y escuela, continuando con las necesidades de estima donde se puede ver su autoconcepto, y por último las de autoactualización desarrollando al máximo sus potenciales. Si una de las primeras necesidades no están satisfechas se van formando carencias que desencadenan conflictos emocionales, estos pueden ser motivacionales para seguir creciendo o perjudiciales que no le permiten a la persona desarrollarse integralmente.

Dentro de estas perspectivas se manifiesta el requerimiento del niño de satisfacer ciertas necesidades para un desempeño afectivo adecuado, que normalmente deben ser satisfechas por los padres o cuidadores del niño.

### **1.1.2. NECESIDADES EMOCIONALES BASICAS DEL NIÑO**

Drescher J., en su libro *“Las siete necesidades básicas en los niños”*, publicado en el año de 1983, habla acerca de que la mayoría de padres no tienen en cuenta o ignoran la manera en comunicarse con su hijo, siendo este un gran problema al momento de interactuar con él y darle lo que ellos necesitan. Para lo cual brinda con su libro una clasificación clara y entendible acerca de las necesidades básicas que los niños requieren de sus padres o cuidadores. Teniendo así:

#### **1.1.2.1. La necesidad de sentirse importante:**

El niño necesita sentir que sus padres estén orgullosos de él y que lo expresen mediante de palabras de aliento y aprobación en las actividades que realice. Se puede demostrar a través del tiempo dedicado al niño, tomarlo en cuenta para decisiones pequeñas (que para el niño simbolizan importancia), presentarlo ante los demás, pedirle ayuda en casa. Los padres o cuidadores son los encargados de fomentar la seguridad y capacidad de realizar actividades de logro en el niño (autoestima), que en un principio viene de las opiniones y acciones de personas significativas en la vida de él. El niño al sentir la importancia dada por sus padres, la internaliza y se siente importante, dándose un valor así mismo. Hay que tener en cuenta que esta no debe ser mayor que la importancia de la relación de pareja.

#### **1.1.2.2. La necesidad de seguridad:**

Los padres deben procurar encontrar un equilibrio entre el control y la libertad dada al niño ya que irse a los extremos hace que él sienta

inseguridad. Los conflictos familiares, cambios bruscos en la vida familiar (mudanza), la falta de normas y reglas, ausencia de los padres, criticarlo, hacen que fomente su sentimiento de inseguridad, ya que no se siente apoyado o, por el contrario, siente mucha presión y así no puede ser el mismo por lo cual su seguridad quedará anulada. El amor brindado, la unión familiar, el inculcar un sentido de pertenencia, el dar reglas claras con amor y respeto, hacen que el niño tenga herramientas para sentirse seguro y poder ser él mismo, ya que lo dado por los padres es el apoyo de esa seguridad.

#### **1.1.2.3. La necesidad de ser aceptado:**

El niño desde el vientre de la madre ya siente la aceptación o el rechazo de sus padres. La aceptación permite al niño desarrollar su autoestima que tiene que ver con el amor propio que siente hacia sí mismo. Esta no debe ser otorgada en función al físico, desempeño o actividades realizadas por el niño, sino simplemente por ser quien es, así él adquirirá su propio valor sin importar lo que realice. Esto se debe a que cuando el niño nace al pasar el tiempo se da cuenta que depende de un otro para saciar sus necesidades, entonces empieza a satisfacerlo, cuando su llamado es escuchado y es satisfecho se siente aceptado, cuando no, entra en una valoración condicionada que manifiesta que todo lo que el niño realice será para la satisfacción del otro, sintiendo que las necesidades y demandas del otro son más importantes que las suyas, así formándose un sentimiento de impotencia y desvalorización hacia sí mismo.

**1.1.2.4. La necesidad de amar y ser amado:**

El amar y ser amado genera un sentido de pertenencia, que da confianza y seguridad para enfrentar la vida, El amar compone varias situaciones como el dar tiempo, escuchar con atención al otro ser amado, compartir experiencias buenas y malas, apoyar al otro cuando lo necesita. Esta necesidad de dar y recibir afecto permite que el niño construya lazos o puentes para llegar al otro de una manera sensible y humana.

**1.1.2.5. La necesidad de alabanza:**

Viene a ser la necesidad del niño de recibir elogios y palabras de aliento de sus padres, no solo de su ser sino también de lo que el niño realiza, esto no solo deben ser palabras sino también se debe elogiar con actos, corporalmente con una mirada, una sonrisa. Lo que al niño le permite sentirse apoyado por sus padres o cuidadores debido a la aprobación que sienten a través de estos gestos.

**1.1.2.6. La necesidad de disciplina:**

A través de la disciplina el niño se siente atendido, siente el amor y cuidado de sus padres, porque sienten que están pendientes de él, por lo tanto no están solos, alguien los cuida y protege a través de lo establecido en casa. Se debe tener reglas claras y no hace falta utilizar el maltrato físico y psicológico para disciplinarlos. Cuando estas no lo están se dan paso a formar confusiones en el niño que pueden provocar la desobediencia de las mismas y la incredulidad del niño en los padres.

### **1.1.2.7. La necesidad de Fe:**

Es importante que el niño tenga contacto con alguien o algo superior a él, sea llamado Dios, Energía Vital, Cosmos, etc., y sepa cómo relacionarse con Él. Esto permite que sienta que hay “alguien más” que le cuida y que siempre va a estar con él. Dios da la responsabilidad de enseñanza del niño a los padres. Pero no debe olvidarse de que el niño también tome la responsabilidad de sus acciones o actos.

### **1.1.3. ETAPAS DEL DESARROLLO SEGÚN LAS DIFERENTES CORRIENTES**

Para un mejor entendimiento del desarrollo emocional del niño es necesario esquematizar los diferentes puntos de vista acerca del desarrollo emocional del niño, los cuales se han estructurado en teorías o postulados agrupados por la línea u enfoque psicológico en el que se basan, teniendo así:

#### **1.1.3.1. ENFOQUE PSICODINÁMICO:**

El enfoque psicodinámico tiene como base lo expuesto por Freud acerca del inconsciente y su interacción en la vida anímica del sujeto, es decir que se ve al funcionamiento de la psiquis en constante movimiento e interacción. Con referencia a lo enunciado se tiene las siguientes teorías:

### **1.1.3.1.1. Teoría de las Etapas Psicosexuales de Freud**

Freud habla de está en sus "*Obras Completas*" en el libro "*Teorías Sexuales Infantiles*", en el cual nos menciona que toda esta investigación ha sido obtenida por varios canales, uno de ellos es la observación inmediata de las manifestaciones y actividades infantiles, del discurso de neuróticos adultos con los que trabajó en el análisis: obteniendo tanto la información consciente, y por supuesto la inconsciente que se hacía consciente gracias a la psicoterapia. La investigación, argumenta Freud que se dificulto por el hecho de que la persona aun ve al niño carente de actividad sexual, ya que existe la falla conceptual de tomar a lo sexual como lo genital.

Se ha extraído varios fragmentos del libro antes mencionado de Freud de donde se partirá el análisis para hablar de su teoría mencionada.

"Tengo la convicción de que ningún niño -o por lo menos, ningún niño de inteligencia completa o superior- llega a la pubertad sin que los problemas sexuales hayan ocupado ya su pensamiento en los años anteriores a la misma."Freud hace referencia con toda seguridad a que la libido como energía sexual está presente desde el nacimiento del individuo, es decir, el niño no nace "santo" y "pulcro", como muchas religiones lo contempla; sino que tiene desde su nacimiento ya instintos sexuales, los cuales le llevan a tener pensamientos acerca de ellos y sobretodo de cómo satisfacerlos.

Freud menciona de igual forma que por medio de las teorías sexuales infantiles se puede llegar a la causa en sí del síntoma que padece la persona, casos más frecuentados son los de pacientes que padecen de

neurosis, ya que es tanta la represión que se les imposibilita la adaptación a la sociedad, y enferman. Muchas de las veces son enfermedades psicósomáticas, es decir que en el cuerpo se expresa en síntoma y para su total desaparición es necesario el tratamiento psicológico, de manera exclusiva el psicoanalítico para que el síntoma no cambie solo de cara. En lo referente al síntoma se puede ver a través de este libro de Freud como deviene desde la niñez, causado por la represión de los instintos o posteriormente señalados como pulsiones, que vienen a estar mostrados en la curiosidad del niño como lo expone el autor en la siguiente frase: “La curiosidad sexual de los niños no se despierta espontáneamente a consecuencia de una necesidad congénita de casualidad, sino bajo el aguijón de los instintos egoístas en ellos dominantes” Recalcando así la idea de que el niño, no es asexuado, que su curiosidad por lo sexual ya es innata en él, que está y viene con él a pesar de que la cultura le impide dar a conocer y satisfacer estos instintos (pulsiones). De esta manera formándose su estructura de personalidad.

Para un mejor entendimiento se ha dividido esta teoría en cuatro fases que se tiene a continuación:

**Etapa oral:**

Durante esta etapa, que abarca aproximadamente los primeros 18 meses de vida, el niño fija principalmente su conducta en la boca, llamada también su zona erógena ya que siente placer: al comer, chupar y morder. Los niños mimados o frustrados en esta etapa, al llegar a adultos, pueden presentar rasgos de la personalidad oral: dependencia, pasividad y avidez.

**Etapa anal:**

A lo largo del segundo año empieza el entrenamiento de esfínteres o el aprendizaje de “ir al baño”: los niños deben aprender a controlar por primera vez, sus impulsos naturales. Este hecho marca el inicio de la etapa anal. Si este entrenamiento es bastante severo y conflictivo, o si la eliminación de las heces fecales y orina produce demasiado placer, el individuo puede quedar fijado en la etapa anal, y posteriormente presentará una personalidad “anal”: basado en la desconfianza, terquedad, desorden y sadismo, o excesiva docilidad, excesivo orden y limpieza, demasiados escrúpulos.

**Etapa fálica:**

En la etapa fálica (del tercero al quinto año de la vida) los niños descubren los genitales y se recrean en ellos. Sus fantasías se orientan en torno a los complejos de Edipo y de Electra (nombres de los personajes de la literatura griega que amaban en exceso al progenitor del sexo contrario y sentían gran rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo). Freud creía que la resolución de estos complejos era fundamental para el desarrollo de la moralidad y la conducta apropiada a su papel sexual. Si no se resuelven adecuadamente, la persona puede rechazar el papel sexual socialmente sancionado y tornarse homosexual o lesbiana, o bien presentar conducta antisocial, perversa o inmoral.

**Etapa genital:**

Al terminar la etapa fálica, Freud pensaba que ya estaba esencialmente formada la personalidad de los niños. Para él, los siguientes siete años de

vida no constituyen una etapa de grandes necesidades, ni cambios fundamentales en la personalidad. Al presentarse la pubertad, vuelven a presentarse los intereses sexuales como una renovación de la propia percepción corporal dado que el desarrollo hormonal ha favorecido la diferenciación de los rasgos de feminidad y masculinidad. Durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta, que en términos generales coinciden con el período genital o etapa genital, los individuos se orientan hacia las relaciones interpersonales y empiezan a participar en las actividades de su cultura. Hasta este período han estado absortos en sus propios cuerpos y en la satisfacción de sus necesidades. En esta etapa nueva, como adolescentes, aprenden a establecer relaciones satisfactorias con las demás personas. Según Freud, una relación heterosexual madura es el punto que marca el comienzo de la madurez.

#### **1.1.3.1.2. Teoría de las Relaciones Objetales de Klein**

A continuación se va hablar acerca de la Teoría de Melanie Klein, basada en el material realizado por: Segal H. en su libro *“Introducción a la Obra de Melanie Klein”* y Miller M., en su artículo *“Teoría de las Relaciones Objetales”*

Esta teoría se sostiene en la relación dual madre - hijo, que se basa en la existencia de un objeto real interno (pulsiones libidinales y agresivas), para lo que se necesita la existencia de un objeto real externo para expresarlo.

Klein, dice Miller, que habla de que el niño a través de sus fantasías inconscientes (que se puede ver a través de juego) está exteriorizando sus

pulsiones, es decir la fantasía es un representante psíquico de las pulsiones, a través de ellas se exterioriza.

También, menciona el autor que, plantea Klein, que desde el nacimiento el yo es capaz de establecer relaciones objétales primitivas en la fantasía y en la realidad. Desde el momento del nacimiento él bebe se tiene que enfrentar con el impacto de la realidad, que comienza con la experiencia del nacimiento mismo y prosigue con innumerables experiencias de gratificación y frustración de sus deseos. Estas experiencias con la realidad influyen inmediatamente en la fantasía inconsciente y viceversa. Es decir que las experiencias vividas o fantaseadas por él bebe están indiferenciadas y serán tomadas como propias y reales.

Melanie Klein aporta nuevamente a la teoría Psicoanalítica dos nuevas posiciones que Freud no menciona en su trabajo, y brinda un aprendizaje enriquecedor acerca del desarrollo psíquico del niño.

### **Posición Esquizoparanoide (0 a 6 meses)**

En el primer año de vida las relaciones objetales son parciales; las relaciones de objeto dicen de una representación del otro cargado con afecto (con valencias positivas y negativas, es decir, amor y agresión). La ansiedad presente en él bebe es la paranoide y persecutoria.

Segalmenciona que, Klein supone, que los primeros seis meses de vida existe una actividad incipiente del yo, pero coexiste con un mecanismo de defensa básico, para manejar ambas pulsiones (vida-muerte), que es la disociación. Es decir que él bebe tiene consigo ambos elementos y entonces

escinde o divide; este es un mecanismo de defensa primitivo que ayuda al yo a poner lo bueno y lo malo separado, es decir, la escisión introyecta y proyecta. La madre viene a reforzar la representación buena, de esta manera el yo se hace más consistente de lo bueno cuando la madre no viene a reforzar los aspectos agresivos y paranoides. En este tiempo él bebe tiene que aprender a frustrarse, como también se fortalece el yo cuando las necesidades están satisfechas. A mayor frustración mayor escisión. De igual forma la madre puede reforzar lo malo, que vienen a ser los aspectos agresivos al no estar cuando él bebe la llama o necesita comer, etc., viéndose así por ejemplo la voracidad en el infante al momento de lactar. El niño en esta posición divide a la madre con sus proyecciones en los llamados: objeto bueno (al que ama) y objeto malo (al que odia), sin poder ver que es la misma persona.

### **Etapas Depresiva (6 meses a los 2 años)**

El niño empieza a percibir que el objeto que ama y odia es el mismo y al mismo tiempo, se da cuenta que sus fantasías pueden haber destruido al objeto madre, se encuentra presente el instinto de muerte a nivel mental en el niño, así surge la capacidad de reparar el daño potencial que se establece en la fantasía. Aquí el sentimiento o ansiedad característica es la depresiva, también se instala la culpa. Reconoce a las personas como seres individuales y separados y con relaciones entre sí; en especial percibe el importante vínculo que existe entre el padre y la madre, preparando el terreno para el complejo de Edipo.

### **1.1.3.2. ENFOQUE HUMANISTA**

El enfoque humanista propone en ver al individuo como una totalidad, en donde se valora las emociones sentidas ya que permiten explotar las potencialidades del ser humano para su trascendencia. Entre las teorías basadas en este enfoque se tiene:

#### **1.1.3.2.1. Teoría del Apego**

Esta teoría plantea que la separación producida entre un niño pequeño y una figura de apego, que comúnmente es la madre, es de por sí perturbadora y permite las condiciones necesarias para que se experimente con facilidad un miedo muy intenso.

#### **Postulados**

- Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no albergue tal grado de confianza.
- La confianza se va adquiriendo gradualmente durante los años de inmadurez y tiende a subsistir por el resto de la vida.
- Las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

Con estos postulados se puede apreciar la importancia del papel que realiza en la vida de un infante la figura de apego, que comúnmente son sus padres

o cuidadores, quienes a través de su apoyo van sembrando en el la confianza necesaria para formar la seguridad en sí mismo, la cual es reflejada durante toda su vida.

### **1.1.3.3. ENFOQUE COGNITIVO**

Este enfoque se basa en que el individuo aprende y mantiene conductas en base a su pensamiento cognitivo relacionado con los eventos externos vividos. Tomando las bases del conductismo dicho enfoque se desarrolla a partir de los llamados esquemas mentales y como estos influyen en el actuar de la persona. A continuación se tiene varias teorías del enfoque cognitivo:

#### **1.1.3.3.1. Teoría del Desarrollo Cognitivo de Jean Piaget**

Maisto A. en el año de 2003, en su libro "Psicología" dice que el desarrollo cognitivo es una manera de adaptarse al ambiente, ya que Piaget, que es el creador de la teoría del desarrollo cognitivo, menciona que "*los niños están intrínsecamente motivados para explorar y aprender cosas*" (Maisto,2003),es decir que, viene de ellos mismos la motivación interna de conocer y experimentar el mundo externo que les rodea y de esa manera relacionarse con su entorno; mediante esto el autor explica a través de cuatro etapas el desarrollo cognitivo, explicadas a continuación:

#### **Etapa Sensoriomotora (0 a 2 años)**

Al inicio el niño empieza utilizando las habilidades con las que nacen: que son succión y presión principalmente. Más tarde el niño va distinguiendo las cosas a su alrededor y las categoriza como por ejemplo este objeto hace

ruido y este otro no lo hace, así organizando las experiencias. En esta etapa es donde el niño también puede ya desarrollar lo que Piaget llama pertenencia del objeto que quiere decir que sabe que algo existe aunque no esté ante su vista. De igual forma ya en esta etapa desarrollan representaciones mentales que es el imaginar movimientos de objetos que se encuentran estáticos. Al final de esta fase el niño llega a autorreconocerse.

### **Etapa Preoperacional (2 a 7 años)**

En esta etapa a través las representaciones mentales el niño forma la base para el desarrollo del lenguaje, esto se lo puede notar en su gran imaginación al jugar. Se presenta la dificultad de ver otros puntos de vista ya que su pensamiento aun es egocentrista.

### **Etapa de las Operaciones Concretas (7 a 11 años)**

En esta fase ya se puede ver en el niño un pensamiento más flexible, puede mirar desde diferentes perspectivas, puede captar ya los Principios de conservación (que dice que la cantidad es independiente de la forma y volumen que lo contenga). De igual forma puede comprender esquemas complejos de clasificación. Presentan gran dificultad en resolver problemas que no tienen un punto de referencia concreto.

### **Etapa de las Operaciones Formales (11 a 15 años)**

El niño puede pensar de manera abstracta, así formulando hipótesis, y pensando si es válida o no mentalmente. Pueden aplicar la reversibilidad y la conservación a las situaciones tanto reales como imaginadas. También

desarrollan una mayor comprensión del mundo y de la idea de causa y efecto.

Se toma como referencia para la descripción de las siguientes tres teorías el libro de Papalia D., titulado *“Psicología del desarrollo de la Infancia y Adolescencia”*, del año 2005.

#### **1.1.3.3.2. Teoría del Razonamiento Moral de Lawrence Kohlberg**

Papalia dice que, Kohlberg, argumenta en su teoría que el razonamiento moral parece evolucionar y complicarse progresivamente a lo largo de la adolescencia y hasta la edad adulta joven, ya que depende del desarrollo de ciertas capacidades cognitivas que evolucionan según una secuencia invariable de tres niveles, cada uno de ellos compuesto de dos etapas morales distintas. Es decir que mientras el pensamiento se va desarrollando la persona también va evolucionando en cuanto al razonamiento moral.

##### **Nivel preconvencional**

Aquí el niño interpreta la conducta en relación con las consecuencias directas concretas de las mismas. Los del primer grupo (menores) de este nivel miran a la conducta como buena o mala dependiendo si recibió premio o castigo. Los del segundo grupo que son un poco mayores guían sus juicios a través de lo que les produce satisfacción ante sus necesidades. Es decir que en un inicio el niño se basa en un condicionamiento operante sin ver lo

que le satisface o no, y mientras su pensamiento se va haciendo abstracto ya tiene en cuenta sus necesidades con el fin de satisfacerlas.

### **Nivel convencional**

Se lo ve desde la adolescencia en donde ya se encuentra el pensamiento en la etapa de las operaciones formales. Se basa en que la conducta adecuada es aquella que es aprobada por los demás y es del agrado suyo y de su entorno. Al transcurrir el tiempo, por mediados de la adolescencia pueden ya considerar algunas virtudes abstractas que benefician también a su comunidad, como el ser buen ciudadano. Al conocer sus necesidades el sujeto empieza a ver también el de las demás y se da cuenta de la importancia que tiene el otro en lo referente a vivir en comunidad y sociedad.

### **Nivel Posconvencional**

Ya en este nivel el pensamiento es aún más abstracto, como para poner énfasis en los principios como el de libertad, igualdad y justicia. A través de estos principios ya se tiene claro los criterios de lo que es correcto y lo que no, independientemente de las leyes establecidas por la sociedad. El sujeto puede poner como prioridad el bien común que el propio, para beneficio de la sociedad.

### 1.1.3.3.3. Teoría Sociocultural de Vigotsky

Se basa en la importante influencia que tiene el medio cultural en el desarrollo cognitivo del niño. Menciona el autor en 1988 en su libro "*El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores*", que el conocimiento no es un objeto que se pasa de uno a otro, sino que es algo que se construye por medio de operaciones y habilidades cognoscitivas que se inducen en la interacción social. Es decir que para Vigotsky, el desarrollo de las funciones psicológicas superiores se da primero en el plano social con su interacción y después en el nivel individual.

En el modelo de aprendizaje dado por el autor en el libro mencionado anteriormente, el ambiente o contexto en el que se desarrolla el niño ocupa un lugar central. La interacción social se convierte en el motor del desarrollo, debido a que el niño a pesar que no presenta interiorizado lo que se presenta en su contexto lo va conociendo y poco a poco lo hace parte de él. A partir de este modelo genera los siguientes conceptos:

#### **Zona De Desarrollo Próximo**

Vigotsky introduce el concepto de "**zona de desarrollo próximo**" (ZDP) en su libro "*Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores*", y viene a ser la distancia entre el nivel real de desarrollo y el nivel de desarrollo potencial. La zona de desarrollo potencial viniendo a ser las funciones que no han madurado completamente en el niño, pero que están en proceso de hacerlo, gracias a las interacciones con el entorno en donde dichas funciones están

presentes. El proceso implica una toma de conciencia de las operaciones intelectuales puestas en juego y un desarrollo de la voluntad.

### **El juego**

Según Vigotsky, en su libro anteriormente mencionado dice que el juego suele ser la principal actividad del niño y la caracteriza como una de las formas de participar al niño en la cultura, el juego viene a ser una actividad cultural. En el juego existe una estricta subordinación a ciertas reglas que no son posibles en la vida real, de esta forma, el juego crea una Zona de Desarrollo Próximo en el niño. Hay que tener claro que no toda actividad lúdica genera una Zona de Desarrollo Próximo pero sí cuando esta supone la creación de una situación imaginaria circunscrita a determinadas reglas de conducta.

### **El Andamiaje**

El andamiaje es una situación de interacción entre un sujeto de mayor experiencia y otro de menor experiencia, en la que el objetivo es la de transformar al novato en experto. La actividad habrá de resolverse colaborativamente. Depende en gran mayoría de la persona que enseña, el cómo transmite su conocimiento y que herramientas utiliza para hacerlo.

#### **1.1.3.3.4. Teoría del Procesamiento de la Información**

Para la realización de esta teoría se toma como referencia las clases dictadas en la materia Psicología del Desarrollo II del año 2008.

Tiene como concepto fundamental que: el hombre es un procesador de información, cuya actividad fundamental es recibir información, elaborarla y actuar de acuerdo a ella.

Esta teoría se basa en la forma en que las personas prestan atención a los estímulos del medio que le rodea, codifica la información que debe aprender, y la relaciona con los conocimientos que ya posee anteriormente, almacena lo nuevo aprendido, y la recupera cuando la necesite.

### **Elementos**

Los elementos estructurales que intervienen en este proceso son tres:

- Registro sensitivo: Recibe información interna y externa.
- Memoria a corto plazo: Breves almacenamientos de la información seleccionada.
- Memoria a largo plazo: Organiza y mantiene disponible la información por más tiempo.

### **Categorías:**

Las categorías del procesamiento que intervienen son cuatro:

- Atención: Recibe, selecciona y asimila los estímulos.
- Codificación: Simboliza los estímulos según estructuras mentales propias (físicas, semánticas, culturales).
- Almacenamiento: Retiene de forma organizada los símbolos codificados.

- Recuperación: Uso posterior de la información organizada y codificada.

#### **1.1.3.3.5. Neurociencias Y Psicología Evolutiva**

Se toma como referencia para la descripción de esta teoría el artículo de Brauer Alicia, titulado “Desarrollo evolutivo y Neurociencia”, publicado en Septiembre del 2010.

Habla de que un adecuado funcionamiento de nuestro cerebro, tanto en la corteza cerebral como en áreas frontales y sistema límbico, puede permitir que los niños desarrollen de la mejor manera las destrezas básicas que requerimos para el aprendizaje también llamado como funciones ejecutivas.

#### **Función Ejecutiva**

La función ejecutiva es un conjunto de habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio. A la función ejecutiva se la considera como “el constructo cognitivo”, usado para describir las conductas de pensamiento mediadas por los lóbulos prefrontales, y que tiene conexiones recíprocas con otras zonas del córtex cerebral y otras estructuras subcorticales tales como los núcleos de la base, el núcleo amigdalino, el diencefalo y el cerebelo.

### **Etapas de la Función Ejecutiva**

La descripción de estas etapas se realiza tomando como referencia el material Desarrollado por alumnos de Ángel Riviére.

- **Primera Etapa:** Va desde los cero a los tres años el niño, en esta etapa el niño desarrolla un proceso fundamental para la maduración de la actividad ejecutiva, denominado control consciente. Este control confiere al niño la capacidad de reconocer su propia conciencia; también le permite la capacidad de procesar la información del sí mismo como independiente del entorno. Se asume que el recién nacido tiene un procesamiento de conciencia mínima para controlar el comportamiento propio y de los demás sobre la base del placer o del dolor. Mientras que el niño de un año procesa la información asociando una experiencia perceptual con el significado codificado semánticamente y el significante (palabra) almacenado en la memoria operativa; esto le capacita para empezar a tener diversos niveles de representación cognitiva.
- **Segunda Etapa:**A partir de los tres o cuatro años el niño alcanza la conciencia reflexiva, permitiendo con ello la capacidad de seguir reglas y de establecer asociaciones algo más complejas, también da inicio al control inhibitorio, la autorregulación comportamental, el sostenimiento atencional y la comprensión de reglas. A los cinco años de edad el niño ya está en la capacidad de identificar, reflexionar, seguir normas, actuar y revisar su actuación.

- Tercera Etapa: Entre los seis a siete años el niño logra tener un adecuado control del enganche y cambio de foco atencional, puede también crear una representación flexible y contextualizada del problema, y trabajar con problemas múltiples. Al iniciar la etapa escolar el niño ya debe tener la capacidad de estructurar respuestas en función de la solución de un problema.

#### **1.1.3.3.6. Teoría De La Mente**

Daniel Uribe, Mónica Gómez y Oliver Aragón, en su artículo titulado *“Teoría de la Mente: Una revisión acerca del desarrollo del concepto”*, mencionan que esta teoría fue propuesta por Premack y Woodruff en el año de 1978, haciendo referencia a la habilidad del ser humano de explicar, predecir e interpretar la conducta en términos de estados mentales. Entonces esta teoría se refiere a la capacidad de atribuir estados mentales (creencias y objetivos) a uno mismo y a otros, y reconocer que las conductas están dirigidas por estos estados mentales. Por ende dicha capacidad es de suma importancia para la competencia social, debido a que según sea la interpretación de una persona de lo que el otro piense, va a ser también su comportamiento con él. Se toma también en cuenta a las emociones y los afectos ya que serían las vías primarias del acceso intersubjetivo, viéndose esto en el cómo se siente una persona con otra en su relación.

La teoría de la mente ha dado paso a postulados entre los cuales se tiene:

### **Etapas del desarrollo de la T.M., según Harris**

Menciona el Autor en el año 1991, su libro *“Teorías Naturales de la Mente”*, que a través de la introspección la persona puede percatarse de sus propias emociones y también del de los que lo rodean a través de un estado de simulación. Para la realización de las etapas de la Teoría de Harris de toma como referencia el artículo de Alicia Brauer titulado: *“Desarrollo Evolutivo y Neurociencia”*.

- Primera etapa: Los niños de poco menos de un año tienen la capacidad de reproducir, a través de su propio sistema perceptivo o emocional, las intenciones o deseos de otras personas en relación con objetivos o metas presentes. Es decir el niño puede darse cuenta lo que el otro quiere ya sea de él o de su entorno.
- Segunda etapa: Entre el primero y el segundo año de vida se produce el paso de la reproducción, simulándose el niño en lo que otra persona percibe o siente. Es decir ya hay la acción del niño estimulada por el sentir del otro.
- Tercera etapa: La simulación se convierte ya en imaginación, es decir, se desliga de los objetivos presentes e inmediatos, o sea, es una situación.
- Cuarta etapa: Hacia los cuatro años y medio, la imaginación permite manejarse con “la falsa creencia” (se basa en la teoría de que todos los seres humanos reciben a lo largo de su ontogenia una información parcializada e indemostrable.)

### **2.1.2.1.7. Etapas del Desarrollo Psicosocial de Erikson**

Para la descripción de esta teoría de toma como referencia el libro de Papalia D., titulado *“Psicología del Desarrollo de la Infancia y Adolescencia”*.

Esta teoría argumenta que la terminación exitosa de cada etapa que viene a continuación da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás. El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos. Estas etapas, sin embargo, se pueden resolver con éxito en el futuro.

#### **Confianza frente a Desconfianza**

Va desde que nacen hasta el primer año de edad, el bebé confía en que sus padres estarán satisfaciendo sus necesidades, cuando sus padres o cuidadores primarios lo hacen el bebe desarrolla lo que Erikson llama confianza básica, lo que le permite que más tarde confié en los demás. Cuando estas demandas no son regularmente satisfechas los niños crecen temerosos y ansiosos acerca de su seguridad.

#### **Autonomía frente a Desconfianza**

Va desde del primer año hasta los tres años. A través de la confianza básica desarrollada anteriormente empiezan a descubrir que hay otras cosas a su alrededor, se van alejando de sus cuidadores para explorar de esta manera desarrollando su autonomía. Si el bebe no siente que su cuidador estará ahí cuando necesite no tendrá la suficiente capacidad para descubrir y explorar su entorno. Pueden de igual forma empiezan en esta etapa a caminar y a

controlar su equilibrio para hacerlo, cuando sus intentos fracasan varias veces y no tiene en quien apoyarse el niño duda de sí mismo, siente vergüenza y minusvalía ante los otros.

### **Iniciativa frente culpa**

Va desde los tres hasta los seis años. El niño empieza a tomar iniciativas acerca de proyectos y planes, superando también desafíos. Esta iniciativa debe ser apoyada por los padres ya que si esto no ocurre lo que el niño sentirá es culpa, mucho más si son reprendidos ya que generara resentimientos y sensación de minusvalía en el niño.

### **Laboriosidad frente a inferioridad**

Va desde los seis hasta los doce años. A través de las habilidades que van aprendiendo en este periodo los niños realizan esfuerzos por volverse competentes y cumplir lo que se proponen, el momento que estos esfuerzos son reprendidos o reprimidos tenderán a pensar que no tienen la suficiente capacidad para realizarlo de esta manera sentirán que no son autosuficientes.

#### **1.1.3.4. ENFOQUE HOLÍSTICO**

Este enfoque se basa en ver al ser humano como una totalidad, que se encuentra unida al cosmos o al universo, la palabra griega Holos, significa totalidad o completo, menciona también dicho enfoque, que, el todo va más allá que la suma de sus partes. Es decir es necesario trabajar con la totalidad

que es el ser humano ya que no se encontrara respuesta solo al tratar con una de sus partes. Teniendo así las siguientes teorías:

#### **1.1.3.4.1. Teoría de los 12 sentidos de Rudolf Steiner**

Los sentidos, según Rudolf Steiner; en el año 1909, en su libro *“Los doce sentidos del ser humano”*; son funciones que le permiten al sujeto que percibe (“yo”), la percepción del mundo exterior y, por esta razón cada uno de los sentidos posee un órgano físico sea o no evidente. Tres tipos de fenómenos nos permiten diferenciar tres tipos de sentidos y son respectivamente:

#### **Percepción de la Propia Interioridad**

- Tacto: Es aquel que marca los límites de nuestro cuerpo, visto también como el sentido de la percepción de nuestro propio cuerpo
- Vida: Nos informa sobre el estado de nuestros órganos internos, ayuda a tomar conciencia de la corporalidad.
- Movimiento: Es aquel que informa la posición de cada parte de nuestro cuerpo
- Equilibrio: Nos informa acerca de la situación de nuestro cuerpo en las tres dimensiones del espacio.

#### **Percepción del mundo**

- Olfato: A través de este el hombre se interrelaciona con el mundo
- Gusto: Con este sentido el hombre se involucra más con el mundo externo ya que al saborear adentra la sustancia que era externa.
- Vista: Da mayor compenetración con el objeto

- Calor: Es diferente al tacto, permite percibir lo más íntimo del objeto o sujeto.

### **Percepción de la interioridad del Otro**

- Oído: A través de este sentido el hombre puede percibir el sonido no lingüístico.
- Palabra Ajena: A través de este sentido el hombre puede percibir el sonido lingüístico.
- Pensamiento Ajeno: Permite percibir los pensamientos de los demás a través de ademanes externos o el habla.
- Yo ajeno: Es muy diferente de la percepción, pero de igual manera forman parte de nuestro propio mundo exterior.

#### **1.1.3.4.2. Etapas del Desarrollo de Rudolf Steiner**

Para la realización de la descripción de estas etapas de toma como referencia lo recibido en la materia de Psicología Profunda en el año 2011.

Rudolf Steiner establece el desarrollo del ser humano por septenios, que es el estudio biográfico de las personas cada 7 años, y el estudio del temperamento. Steiner enuncia que el desarrollo puede verse tripartitamente, hablando de maduración física, maduración anímica y maduración espiritual. Esto quiere decir que en los primeros 3 septenios (de 0 a 7 años, de 7 a 14 y de 14 a 21) lo que prima es la consolidación del cuerpo físico de la persona, y la temática central es el conocer la vida en la cual encarnamos. La primera infancia abarca hasta los siete años y su

actividad central es el desarrollo del organismo físico. Aprovechando la voluntad activa del niño, en esta etapa se utiliza la imitación como método primordial de conocimiento. En la infancia media, desde los siete a los catorce años, el conocimiento del mundo se realiza a través de la imaginación que despierta y activa los sentimientos. La adolescencia es el período de maduración de la personalidad y cuando se termina de desarrollar la capacidad intelectual.

Luego, con nuestros órganos y cuerpo ya consolidados, comienza el desarrollo anímico, entre los 21 y 42 años. Lo que prima en esta etapa es la aceptación de la vida y trabajar en lo que uno vino a aportar a este mundo. Finalmente, entre los 42 y los 63 (y en adelante) encontramos el periodo del desarrollo espiritual, donde comienza la recapitulación de la vida, donde el alma se pone en servicio del espíritu para que él pueda expresarse, junto a las virtudes de la humildad, la aceptación y el amor.

### **1.1.3.5. ENFOQUE BIOECOLÓGICO**

Se basa en que el comportamiento del ser humano es el resultado de la interacción entre el individuo visto como un organismo y su entorno o ambiente que es en donde se desenvuelve. Teniendo así las siguientes teorías:

#### **1.1.3.5.1. Teoría de los sistemas bioecológicos de Bronfenbrenner:**

Se toma como referencia para la realización de este apartado el libro del mismo autor, en el año de 1997, titulado *“El crecimiento de la Mente”*. Se basa en la influencia que tiene los diferentes ambientes sobre el desarrollo de la persona. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Argumenta más tarde el autor de esta teoría que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del modelo ecológico propuesto dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos.

#### **Niveles**

Microsistema: Constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo como la familia

Mesosistema: Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente

Exosistema: Lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo

Macrosistema: lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad.

Cronosistema:Es el contexto en el cual se desenvuelve el individuo.

#### **1.1.4. DIFICULTADES EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO**

Uno de los sistemas que en la actualidad ha tomado gran relevancia en lo referente al área infantil es el área psíquica y sus dificultades que pueden presentarse a lo largo de su desarrollo. Tanto padres como docentes y toda persona que tenga contacto con esta población, desea y se interesa por conocer los cambios y las crisis que en varias ocasiones estos traen consigo. Por tal razón es de suma importancia que se describa las dificultades presentadas a lo largo del proceso de maduración psicológica que presenta el niño, sus probables razones y causas.

##### **1.1.4.1. Etiología de los trastornos psicológicos presentados en el infante. (0 a 3 años)**

En el desarrollo psíquico del niño se puede presentar otros trastornos que no se especifican en el apartado anterior por lo que se vio la necesidad de su describirlos a continuación. Para este apartado se ha tomado como

referencia el material de Kimelman M. de su artículo *“Psicopatología del Bebé”*.

#### **1.1.4.1.1. Trastornos del proceso de vinculación**

Son aquellos trastornos que se dan a causa de una inadecuada interacción al momento de construir el vínculo. El primero de estos, se forma con la madre o cuidadora a cargo del niño, del cual va a tomar como referencia para la formación de posteriores vínculos. Teniendo así:

##### **a) Por ausencia de la madre o sustituto maternal**

El niño con la primera persona que mantiene un contacto es con la madre o cuidadora, cuando existe la ausencia de esta la carga agresiva de sus pulsiones se vuelven contra sí mismo ya que no existe objeto en el que se proyecte. Causando evitación al contacto interpersonal en el niño.

##### **b) Por discontinuidad da la relación con el objeto de vinculación (madre o cuidadora)**

Viene a estar dado por la separación, ausencia o pérdida de la persona con quien el niño empezó el proceso de vinculación, los trastornos en esta etapa dependerán del tiempo en el que la madre o cuidadora se encuentra ausente, la clase de vínculo que se estaba estableciendo, y también si existe o no un sustituto de la madre o cuidadora, que cumpla sus funciones. Es decir que puede o no haber trastorno dependiendo si se encuentra para el niño un sustituto idóneo.

##### **c) Por Trastornos cuantitativos de la interacción**

Se refiere a si la interacción entre madre e hijo se basa en una hiperestimulación o en una hipoestimulación. La hiperestimulación se puede observar cuando la madre o cuidadora no lee las señales de saturación sensorial del niño privándolo de vivenciar el valor comunicativo de las señales emitidas, es decir no entiende lo que el niño le está comunicando a través de su cuerpo y su lenguaje que sería el llanto; este tipo de interacción puede desembocar en trastornos psicofisiológicos. La hipoestimulación es cambio se puede observar sea por falta de la disponibilidad materna por psicopatología, rechazo o acumulación de stress o por una baja demanda de solicitud de interacción del bebé; este tipo de interacción puede llevar al niño trastornos en donde su raíz sea la falta de atención y cuidado brindado por la madre.

**d) Por trastornos cualitativos de la interacción: interacción disarmónica.**

Se entiende por Interacción disarmónica al desentendimiento o distorsión de las señales emitidas por el niño, configurándose diacrónicamente un proceso de vinculación inadecuado con alta probabilidad de conducir a un vínculo de tipo ansioso ambivalente, ansioso resistente o desorganizado. Debido a que la madre o cuidadora no entiende lo que el niño desea y su interpretación y acción no satisface la demanda pedida.

**1.1.4.1.2. Trastornos de Vínculo**

Después de haber pasado por el proceso de formación del vínculo, y este proceso ha sido patológico, de acuerdo a la interpretación de la experiencia vivida entre madre-hijo, se puede llegar a tener los siguientes tipos:

**Vínculo ansioso ambivalente:**

En este tipo de vínculo el niño duda de la disponibilidad de la madre por lo que presenta angustia de separación y limita su exploración. Ante la negligencia sentida el niño construye interpretaciones erróneas como las de abandono, creciendo la ansiedad en él. Es decir que ante la demanda de sus necesidades, en algunas ocasiones la madre o cuidadora las satisface, y en otras no, creando confusión y dudas acerca de la seguridad de su presencia.

**b) Vínculo ansioso evitativo:**

Este vínculo se forma cuando el niño va creando expectativas negativas sobre la disponibilidad de la madre o cuidadora través de una experiencia similar a la experiencia de negligencia emocional. Por la negatividad vivenciada este vínculo se va tornando evitativo, entonces el niño al estar en presencia de la madre mostrará enojo o incomodidad.

**c) Vínculo desorganizado:**

Viene a ser confuso, en donde por ende el niño muestra conductas de desorientación, miedo, apego y desapego frente a la figura de vinculación (madre o cuidadora), Esta desorientación hace que el niño sienta inseguridad de los otros y más tarde de sí mismo.

#### **1.1.4.1.3. Trastornos Psicosomáticos**

Este tipo de trastornos vienen a ser resultados de la interacción patológica entre madre-hijo. Aún no está claro si la sintomatología psicosomática presentada continuará o se irá desarrollando hasta la edad adulta. Menciona Kimelman que, parece que la existencia de trastornos psicosomáticos graves en la pequeña infancia podrían ser parte de trastornos vistos en la adultez, como la psicosis o, más aún, la psicopatía.

Muchas manifestaciones psicosomáticas tienden a surgir en edades específicas y muestran hasta qué punto los trastornos deben relacionarse estrechamente con la maduración del funcionamiento de los distintos órganos y con las características del desarrollo psicológico. Entre ellos tenemos:

##### **Cólico idiopático entre 3 y 6 meses.**

Se observa en bebés hipertónicos que comen vorazmente (sus tensiones internas se pueden observar en los músculos de su cuerpo como su abdomen). Sus madres tienen rasgos ansiosos, de tensión e impaciencia por lo que no respetan los horarios y demandas del niño. La interacción entre un bebé hipertónico y una madre con las anteriores características dichas, sería el desencadenante del cólico.

##### **Vómitos en el primer semestre.**

A menudo se trata de bebés con problemas en la esfera orolimenticia en los que la interacción alimenticia entre madre e hijo es precozmente conflictiva. El primer contacto del bebé con el mundo exterior es su madre, a través de

la alimentación lo experimenta, además de descargar agresividad a través de la succión. Los vómitos pueden ser vistos como un “no querer recibir” de la madre y por ende de lo que está fuera de él.

### **Mericismo o Rumiación**

Este trastorno tiene lugar cuando el niño está solo. Se da a consecuencia de un síndrome de carencia maternal. Las madres son distantes, frías, poco cariñosas. Por ende el niño regresa el alimento involuntariamente para tragarlo de nuevo, es decir vuelve a sentir que se alimenta.

### **Rectocolitis Ulcerohemorrágica**

Es frecuente que se observe antecedentes de alteraciones alimentarias acompañados signos neuróticos como fobia y rituales obsesivos. Los episodios de diarrea sangrante sobrevienen a veces después de una separación real o imaginaria de la madre. La madre presenta rasgos depresivos, pero en realidad se muestra autoritaria, agresiva, dominante y sobreprotectora. Es decir la influencia de los rasgos maternos y la separación real o imaginaria madre-hijo, dan como resultado una afección física; recordando a Freud, que habla en la etapa Anal acerca de las heces vistas como un regalo para la madre. Ante la libertad, sentida tal vez como amenazante para el niño, da a la madre su regalo.

### **Eccema infantil entre los 8 y 24 meses.**

Según Kimelman, se ha visto esta enfermedad de la piel en instituciones para madres solteras, en donde se puede ver una oscilación entre el rechazo y la sobreprotección, manifestada mediante un cuidado terapéutico

agobiante. Es decir que el afecto no se refleja en el cuidado dado por la madre, y, teniendo en cuenta que es una enfermedad causada por la hipersensibilidad de la piel, se ve cómo reacciona el niño cuando su madre rara vez le toca.

### **Alopecias**

Se debe a un choque afectivo, que, representa con frecuencia una pérdida real o simbólica de un objeto depositante de carga emocional. Se suele hallar abandono.

### **Cefaleas**

Se puede dar a causa del beneficio secundario que estas traen como en quedarse en casa o la atención brindada por los padres. La cefalea es entonces el resultado directo de la tensión sostenida entre un miedo o angustia y un deseo de autonomía. En otros casos, las cefaleas responden a un mecanismo bastante directo de conversión histérica, especialmente cuando el niño se halla inmerso en un conflicto del que no puede escapar como divorcio de los padres.

### **Asma del niño de 5 años.**

Las crisis asmáticas aparecen a menudo después de un traumatismo afectivo, y posteriormente el niño sufre sus crisis en condiciones bien determinadas: en presencia o ausencia de una misma persona, en igual lugar o circunstancia, sin que nada de esto tenga que ver directamente con el alérgeno (sustancia que provoca reacción alérgica). A menudo se describe al niño asmático como un niño bueno, tranquilo, en exceso dependiente,

sumiso y fácilmente ansioso. La relación entre madre e hijo es frecuentemente rechazante, fría o conformista. La ambivalencia afectiva tanto de la madre (rechazo/culpabilidad) como del niño (sumisión/independencia), halla su válvula de escape en la relación de cuidado establecida alrededor de las crisis asmáticas.

### **Espasmos De Llanto**

Forma azul: los niños suelen ser enérgicos, activos, a veces negativistas, coléricos y dominadores. Es frecuente observar anorexia de oposición.

Forma pálida: los niños parecen miedosos, tímidos, dependientes, pasivos.

Tiene gran importancia la relación entre el niño la madre, debido a que es con quien realizó su primer vínculo, y de quien empezó a recibir la alimentación y con ella su realidad exterior. La angustia que ésta siente la conduce a actuar de forma preventiva, incluso sumisa, a fin de evitar el espasmo de su hijo. A través de esta enfermedad el niño puede obtener beneficios secundarios como es el de someter a su madre según sus deseos y demandas.

#### **1.1.4.2. Etiología de los trastornos presentados en el desarrollo psicológico del niño (0 A 12 años)**

(Extraído del libro de Psicopatología Infantil de Carlos Almonte y otros del año 2005)

##### **1.1.4.2.1. Trastornos de la Psicomotricidad**

La psicomotricidad abarca el dominio de las interrelaciones psíquicas y motrices y no puede separarse de los dominios del conocimiento y de la inteligencia. Las modalidades motrices son función de las posibilidades mentales. Es decir que aspectos como problemas neurológicos y también psicológicos vienen a intervenir cuando existe algún tipo de trastorno psicomotriz.

Dentro de las dimensiones del psicomotricidad en las que se puede ver alteraciones para que se produzca un trastorno tenemos: la motricidad viéndolo desde el punto anatomofisiológico y neurológico; la dimensión cognitiva que viene a ser la formación del esquema corporal, la estructuración espacial y temporal; la dimensión afectiva que se encuentra presente desde el nacimiento e influye en la actitud y estilo motor.

Se debe tener en cuenta que varios trastornos anatomofisiológicos pueden preceder a trastornos emocionales del niño, como por ejemplo una deficiencia orgánica (Parálisis Cerebral), no le permite desenvolverse de una manera adecuada en su entorno, pudiendo causar dificultades interaccionales.

#### **1.1.4.2.2. Trastornos del Habla y Lenguaje**

Se pueden dar por dificultad en las capacidades sensoriales que son la base de la interrelación en donde se incluye la comunicación. También afectan la capacidad del lenguaje, la escasa atención selectiva y conjunta, la falta de recepción auditiva del habla. De igual forma se pueden dar en retrasos mentales. Según cada alteración y trastorno tenemos:

Las alteraciones de la voz (expresión de sonidos a través de los órganos fonoarticulatorios) se dan por trastornos orgánicos localizados en la cuerda vocal o por incoordinaciones musculares-vocales-respiratorias.

En trastornos como la fluidez del habla existen perturbaciones psicoafectivas evidentes, ya que este síntoma incide esencialmente en la comunicación interindividual. Según estudios realizados de la histeria el tartamudeo por ejemplo podría deberse a un conflicto de aproximación y de evitación en el que la angustia da paso al bloqueo. Causas ambientales se habla de madres ansiosas y sobreprotectoras o distantes y poco afectuosas, madres inseguras e insatisfechas, contradictorias en sus actitudes, atrayentes y rechazantes. Se daría entonces una angustia en el niño al sentir la distancia en relación a su madre.

Dentro de los factores asociados está el hereditario (30%) y la dislateralidad. En el trastorno moderado del lenguaje corresponden a una deficiencia innata con predisposición genética. La disfasia muestra una etiología de predisposición genética y también una disfunción de las áreas presilvianas en las que se integra el lenguaje.

La Afasia puede ser provocada por daños cerebrales en áreas relacionadas con la cognición como también con las funciones de recepción, programación o expresión del lenguaje. En la afasia adquirida por epilepsia su origen es desconocido, aunque las características clínicas demuestran ser un proceso inflamatorio encefálico participando factores genéticos y/o adquiridos.

Dentro de los tipos de mutismo, el total selectivo viene a ser consecuencia de un impacto afectivo. En el mutismo selectivo, menciona Carlos Almonte que, autores como Black y Uhde, afirman que este enmascara a menudo profundos trastornos de la personalidad tipo psicótico o prepsicótico, aquí el niño considera al lenguaje como amenazante en la relación madre-hijo, con frecuencia se da en las familias que existe un “secreto familiar”.

En conclusión se puede ver como el ambiente, el tipo disfuncional de relación madre-hijo, una dinámica familiar inadecuada y ciertas pulsiones reprimidas del infante, influyen en los trastornos del habla y lenguaje; es por ello que para la realización de un diagnóstico acertado se debe tener en cuenta todos los factores que el trastorno pueda abarcar.

#### **1.1.4.2.3. Trastornos de aprendizaje**

Su etiología no es clara pero se presume que es de tipo biológico a nivel del sistema nervioso central. Se puede ver problemas de aprendizaje cuando existen alteraciones neuropsicológicas, como alteraciones en la organización visoespacial y memoria visual.

Dentro de los enfoques teóricos se afirma que puede tener su origen en: una alteración en el desarrollo psicomotor, una alteración de la integración combinada de las percepciones de diferentes estímulos sensoriales, dificultad de elaboración de esquemas lingüísticos en sus aspectos semánticos, sintácticos o fonológicos.

De igual forma la dinámica familiar existente permite que las dificultades de aprendizaje se desarrollen en trastorno o no, ya que el niño puede estar mostrando a través de un “no querer aprender o saber”, algún tipo de reacción ante conflictos de sus padres, cuidadores o personas cercanas al mismo.

#### **1.1.4.2.4. Trastornos por Déficit de Atencional e Hiperactividad**

Representa el resultado final de varios factores biológicos, psicológicos y sociales. Dentro de los biológicos se tiene a la influencia genética, se ha sugerido una disfunción (neuroquímica) de los sistemas adrenérgicos y serotoninérgicos, alteración del flujo sanguíneo al cerebro y en el uso de glucosa en los lóbulos frontales, también como altos niveles de plomo.

Dentro de los aspectos psicosociales tenemos variables culturales, sociales y familiares en el aprendizaje de focalizar la atención y controlar la impulsividad, el nivel socioeconómico, el estrés familiar y la relación negativa madre-hijo influyen ya que se puede estar usando al niño como “chivo emisario”. Es decir poniendo toda la carga en él, y el trastorno podría ser la manera que el niño exprese que no se siente cómodo con ello.

#### **1.1.4.2.5. Trastornos del desarrollo cognitivo**

Su origen puede ser genético o adquirido como resultado de una lesión que afecte al sistema nervioso central.

Entre los biológicos se tiene a los hereditarios, alteraciones tempranas del desarrollo infantil, problemas graves durante la etapa de gestación o perinatales y trastornos somáticos infantiles.

Entre los socioculturales tenemos: madres con desnutrición, embarazo a edad temprana, cuidado prenatal inexistente, desnutrición del niño a temprana edad y falta de estimulación sensorial. En lo referente a la falta de estimulación sensorial también se pudiera observar el poco o escaso interés de los cuidadores hacia el niño, que no le toman en cuenta, no le hablan, no dedican tiempo de juego con ellos, es decir el niño pasa solo sin ningún tipo de interacción con otro, lo que podría también causar dificultades en el desarrollo cognitivo.

#### **1.1.4.2.6. Trastornos generalizados del desarrollo**

Su origen viene de: factores genéticos (2 o más genes involucrados), factores inmunológicos, alteraciones en el sistema límbico frontal, cerebelo y oliva inferior. Para el cuidado y el entendimiento de estos trastornos por parte de la familia es necesario que exista un apoyo emocional, ya que pueden existir sentimientos de culpa en los padres, que pueden estar interfiriendo con la relación parental.

#### **1.1.4.2.7. Trastornos del desarrollo psicosexual**

Entre los factores biológicos se encuentran marcas polimorfas localizadas en el cromosoma X. Entre los factores psicosociales y culturales se tienen los estilos de socialización con los padres (identificación), tiempo compartido padres e hijo, funcionamiento emocional de cada padre y la calidad de las relaciones conyugales establecidas. El momento de la identificación del niño con uno de los padres o cuidadores es crucial para elegir el papel que desea y va a desempeñar en la sociedad ya sea un papel femenino o masculino.

#### **1.1.4.2.8. Trastornos del desarrollo de la personalidad**

Es el resultado de la interacción de factores biológicos y psicosociales. Dentro de los factores psicosociales se tiene a: La falta de un vínculo afectivo con la madre o su brusca interrupción antes de los 7 años provoca alteración en la capacidad para establecer contactos afectivos y en la habilidad para controlar impulsos y deseos, la no elaboración de eventos vitales normativos y no normativos, estilos de crianza y socialización influidos por la sociedad, cultura y el individuo: ambientes familiares sobreprotectores, no consistentes, desligados o violentos no permiten el buen desarrollo de la personalidad, en lo referente a la escuela el modelo de autoridad que reciba y el trato que este mismo de influye el reforzamiento de conductas aprendidas en casa. Como se puede apreciar en este apartado, la importancia de que los padres o cuidadores se instruyan en este tipo de temas para ayudar y ser un apoyo en el desarrollo emocional de su hijo, ya que es muchas veces la falta de conocimiento lo que provoca que los padres sean un obstáculo para dicho desarrollo.

#### **1.1.4.2.9. Trastornos de adaptación**

Como situaciones que provoquen trastornos adaptativos están: crisis normativas (ingreso a una escuela nueva), crisis no normativas (separación de los padres, muerte de algún padre, rechazo a nivel escolar, hospitalización). La familia se constituye como factor precipitante, mantenedor y agravante. Es decir que viene a ocupar un papel central su dinámica y la manera en cómo se aplique la resolución de conflictos entre los miembros.

#### **1.1.4.2.10. Trastornos ansiosos**

Sus causas están influidas por vulnerabilidad genética, causas biológicas, experiencias de vida, contextos sociales y familiares. Dentro de los factores biológicos se encuentra la alteración neurobiológica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la regulación de la secreción de hormonas tiroidea y del crecimiento. Todo ello causado por la interpretación psíquica alterada de una situación de peligro. Desde un enfoque psicodinámico se menciona que la ansiedad viene de conflictos reprimidos que fueron percibidos como amenazantes, mientras que en el enfoque conductual se habla de la ansiedad en función de los dos condicionamientos existentes; el enfoque cognitivo-conductual mira a la angustia como respuesta de las cogniciones desadaptativas del niño, finalizando con el enfoque sistémico que refiere que ante un alto grado de sobrexigencia de los padres o lo contrario, demasiada permisividad provocan la ansiedad en los niños.

Dentro de los trastornos ansiosos está el trastorno obsesivo compulsivo, su causa aun es desconocida pero según Carlos Almonte en su libro *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* menciona que parece estar relacionada con una disfunción que abarca lóbulos frontales, sistema límbico y ganglios basales, sin dejar a un lado la desregulación de neurotransmisores y susceptibilidad genética. Según los estudios de Swedo en su libro *Desorden Obsesivo compulsivo en niños y adolescentes* postula que “El TOC sería un conjunto de actos adaptativos específicos de la especie, tales como limpiarse o reaccionar frente al peligro, que resultaría liberado anormalmente por un estado alterado de impulsos”. Es decir que a través de los años el ser humano ha buscado adaptarse ya sea por medio de acciones como los rituales ante peligros sentidos como amenazantes para sí mismo, en algunos casos como en las personas que tiene un TOC no se encuentra una manera efectiva de exteriorizarlos.

#### **1.1.4.2.11. Trastorno del estado de ánimo**

Pueden ser causados por la llamada “perdida materna” descrita por R. Spitz en 1979, en su libro *“El primer año de vida del niño”*, que es la carencia de cuidados e intercambio emocional de sus cuidadores (en especial de la madre), también por una relación disfuncional entre los padres. Los trastornos más severos tendrían mayor influencia genética, mientras que los leves y moderados vienen a estar influenciados por factores estresores.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo se encuentra el trastorno bipolar, que según la teoría psicoanalítica es considerada como una formación reactiva a la depresión (proyección de su propia debilidad). Este

trastorno también compromete la parte genética dentro de sus causas, específicamente un brazo corto en el cromosoma 11.

A través de lo que habla Spitz se puede mencionar que el papel que cumple la madre es de importante valor en lo referente al estado de ánimo del niño, ya que al haber una separación ya sea física o psicológica entre la madre y el niño, este último cambiaba su comportamiento e interacción con el medio.

#### **1.1.4.2.12. Trastornos de expresión conductual (trastorno de déficit de la atención y conducta disruptiva).**

Como factores de riesgo para que se dé este trastorno tenemos: niños con temperamento difícil, descritos por Greenspan S en 1997, en su libro *“El crecimiento de la mente”*, presencia de un síndrome de déficit atencional, trastorno de lenguaje comprensivo, de aprendizaje, niños agresivos y explosivos con escasa respuesta a normas de disciplina; lo cual lleva a relaciones disfuncionales familiares.

Entre los factores ambientales tenemos: familiares; padres con trastorno de ánimo, de conducta, por déficit atencional y personalidad antisocial, depresión (madre), alcoholismo, privación afectiva, falta de estabilidad de vínculos, inconstancia de normas, hipercorrección, oscilación en la autoridad paternal con pérdida de la misma y estructura unipersonal disfuncional; socioculturales: maltrato físico, autoritarismo.

Como se puede ver en los párrafos anteriores la mayoría de causas vienen dadas por las inadecuadas relaciones entre padres e hijos. Debido a la

manera en cómo fue la crianza del niño y el ambiente en el que se desarrollaba.

#### **1.1.4.2.13. Trastornos psicofisiológicos**

Se puede dar por una vulnerabilidad fisiológica (participación del eje hipotálamo-hipofisario y el sistema nervioso autónomo), la represión de algún conflicto intrapsíquico, Según el tipo de personalidad se verían ciertas personas más expuestas a otras. A través del condicionamiento se aprende a presentar el síntoma, forma de expresión de comunicación. Según el enfoque sistémico S. Minuchin, en 1978, en su libro *“Familias Psicósomáticas: Anorexia Nerviosa”*, habla de 5 características interaccionales de la familia que favorece a la aparición de trastornos psicósomáticos en niños, estas son: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez, falta de solución de conflictos, involucración del niño en conflictos parentales. Es decir que, el no tener autonomía dentro de los miembros de la familia, el no tener una privacidad, el que los padres interfieran de sobremanera en los asuntos de sus hijos, el no tener roles definidos; pueden ser factores determinantes al estar realizando un diagnóstico de un trastorno psicósomático o psicofisiológico. Notándose claramente la relación estrecha existente entre mente y cuerpo.

#### **1.1.4.2.14. Trastornos de eliminación**

Dentro del factor hereditario se tiene a: Antecedente familiar del mismo trastorno, inmadurez de la musculatura. Como ambientales: el método de enseñanza inadecuado (precoz, retrasada), sistema de esfuerzo excesivo

acompañado de castigo y presión o falta de refuerzo, eventos estresantes (separación de padres, nacimiento de un hermano, ingreso a la escuela, abuso físico y sexual, hospitalización, etc.), disfuncionalidad familiar. En la enuresis secundaria prima el factor psicológico mientras que en la primaria el desarrollo neurobiológico junto con el sistema de entrenamiento inadecuado.

En la encopresis, dentro de su etiología psicológica están: dificultad en el reconocimiento y expresión de las emociones, tendencia a somatizar angustia, pasividad, rasgos ansiosos y obsesivos, oposicionismo, evitación fóbica a ir al baño y funcionamiento psicótico. Dentro de los familiares están: sobreprotección de la madre, pasividad y escasa relación padre-hijo, ambivalencia parental. Nuevamente sale a relucir la importancia de la familia y el cuidado del niño en lo referente a trastornos psicológicos.

#### **1.1.4.2.15. Trastorno de la conducta alimentaria en niños**

Se tiene a: factores genéticos, neuroquímicos (alteración en el eje hipotálamo-pituitario anterior-gonadal) y alteraciones del tracto gastrointestinal; rasgos de personalidad premórbida. Dentro de los factores ambientales están: padres sobreprotectores, ambiciosos y preocupados por el éxito y la apariencia, tendencia al aglutinamiento, rigidez y evitación del conflicto. Dentro de los factores socioculturales están: la sobrevaloración de la delgadez en la mujer, alta ingesta de comida rápida sin un horario establecido.

#### **1.1.4.2.16. Trastornos del sueño**

Pueden también ser síntoma de un trastorno patológico como los trastornos de estado de ánimo. Nivel bajo de organización del cerebro, alteraciones neurobiológicas. En menores de 2 años se deben a patrones interaccionales padres-hijo y a cambio de horario de las comidas. De 3 a 10 años se debe a la falta de disciplina de los padres.

El pseudodisturbio del sueño está dado por un inadecuado hábito de crianza (2 a 5 años): padres permisivos, hacinamiento, música estridente, programas de televisión inadecuados, etc.

#### **1.1.5. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL NIÑO**

Ante las psicopatologías descritas anteriormente, desde el campo de la Psicología se ha visto la necesidad de trabajar en ellas para permitir que el niño siga con su adecuado desarrollo emocional, teniendo así:

##### **1.1.5.1. ASPECTO FÍSICO**

El lugar físico para un proceso o terapia psicológica infantil debe ser amplio, paredes claras o coloridas que el niño se sienta en un lugar especial para él, debe contener una sala de juego que cuente con material estructurado (como rompecabezas, cuentos, revistas, muñecos para ludoterapia, muñecos sexuados) y con material no estructurado (como plastilina, pinturas, crayones, hojas de papel bond A4, hojas de papel periódico A3, arcilla). Debe de igual forma haber dos sillas y una mesa pequeña para el

psicoterapeuta y el niño, a un extremo puede también estar tres sillas grandes para las sesiones con los padres.

Es necesario que el niño se sienta cómodo, en lo referente al espacio y lugar, al trabajar con el psicoterapeuta, ya que para él será su sitio de seguridad y confianza.

#### **1.1.5.2. ASPECTO TÉCNICO**

Otro de los aspectos importantes en el momento de intervenir psicoterapéuticamente con el niño se encuentra: la modalidad con la que se va a trabajar, la realización de un Psicodiagnóstico y planificación adecuada que permita la elección del enfoque psicológico a utilizarse, que también dependerá de cada profesional y por ultimo técnicas pertinentes para trabajar la psicopatología, crisis o dificultad presentada por el niño o su familia.

##### **1.1.5.2.1. MODALIDADES**

La intervención Psicológica en un niño se la puede realizar utilizando uno o más de las siguientes modalidades:

###### **1.1.5.2.1.1. Psicoterapia Individual:**

Cuando se habla de Psicoterapia, se refiere a la diversidad de técnicas y métodos que se utilizan para ayudar a niños que experimentan dificultades con sus emociones y comportamiento. Para ellos, el jugar, dibujar, construir y

pretender, además del hablar, son formas importantes para compartir sentimientos y resolver problemas.

En esta actividad dinámica y participativa interviene: el profesional en Psicología Clínica, que con sus conocimientos adquiridos a lo largo de sus estudios y experiencia práctica, se encuentra en la capacidad de atender las diversas dificultades presentadas; el niño quien pone en evidencia su demanda tanto manifiesta como latente a través de lo mencionado en el párrafo anterior; los padres, cuidadores o familiares, quien muchas de las veces son los que llevan al niño, hay que tener en cuenta que es fundamental su participación, ya que muchos síntomas presentados en el niño son consecuencias de la dinámica familiar, a parte que de esta forma el niño se sentirá respaldado y apoyado por sus padres. De igual manera al trabajar con personas menores de 18 años de acuerdo con la ley de debe tener el consentimiento de sus padres o representantes.

En el trabajo psicoterapéutico individual con niños también se puede tener la participación opcional de profesores o de diferentes instituciones en las que se desenvuelva, cuando se trate de conflictos relacionados con estos entornos.

Dentro de la Psicoterapia Individual se tiene la Intervención en crisis que básicamente se centra en la atención focal de la demanda latente que el niño presenta, su duración es de 1 hasta máximo 10 sesiones.

En varios casos se requiere alargar el número de sesiones ya que la dificultad presentada demanda mayor atención y tiempo. Con respecto a la duración de cada sesión varía de 45 minutos a 1 hora y 30 minutos.

#### **1.1.5.2.1.2. Asesoría para padres:**

Es la prevención y orientación a través de otorgar información acerca de un tema específico que se desea tratar para que de esta manera los padres tengan una idea clara y precisa de lo que está aconteciendo con su hijo y de qué forma lo puedan manejar.

Se puede dar: Cuando el niño está en Psicoterapia Individual, en donde participan el psicoterapeuta, que manteniendo la confidencialidad del niño, hablará con los padres de lo que está ocurriendo, proporcionará la información necesaria acerca de la dificultad y de qué manera ellos pueden intervenir para lograr el bienestar de su hijo, el psicoterapeuta está en la obligación de sugerir a los padres de ser necesario que ingresen a un proceso psicoterapéutico ya sea individual o de pareja, ya que en la mayoría de ocasiones es el niño que a través de su síntoma o trastorno muestra la interpretación de los conflictos de pareja, que le afectan. También en ciertos casos son los padres que necesitan una asesoría en relación con sus hijos, que no necesariamente estén pasando por una crisis o presenten un trastorno; aquí se da ciertos consejos para orientarlos acerca del tema que ellos tengan interrogantes.

La asesoría puede durar en el primer caso, dependiendo del proceso psicoterapéutico del niño; y en el segundo puede ser entre 1 hasta 10

sesiones, dependiendo del enfoque psicológico utilizado y del tema planteado por los padres. De igual forma el tiempo durante cada sesión varía entre 30 a minutos.

#### **1.1.5.2.1.3. Psicoterapia Familiar:**

Se trata de que la familia del niño entre ya en un proceso psicoterapéutico, esto permite tener una perspectiva más clara y real de cada uno de los miembros de la familia y de esta manera trabajar en los conflictos que poseen.

En este proceso psicoterapéutico participan la familia nuclear del niño, y el psicoterapeuta, que tiene la responsabilidad de diagnosticar y analizar todas las interacciones presentes en la dinámica familiar, y no solo la del niño con los demás, para tener una perspectiva clara y precisa de como el entorno del niño lo está afectando. Dependerá de la postura de cada profesional el enfoque a utilizar. Tiene como objetivo el permitir a la familia mismo resolver la dificultad o crisis que este atravesando, por ende el psicoterapeuta viene a ser un mediador en este encuentro.

También se tiene a la psicoterapia familiar breve, en donde en menor tiempo se pretende llegar a los mismos resultados que la anterior mencionada. Aquí al igual que en la psicoterapia individual se busca el punto focal de la situación que ocurre y se trabaja en ello, sin profundizar en otras problemáticas existentes a nivel familiar.

La duración de la psicoterapia dependerá del enfoque trabajado y el problema o conflicto a trabajar, variando de 1 a 15 sesiones.

#### **1.1.5.2.1.4. Psicoterapia Vincular:**

Viene a ser el trabajo psicoterapéutico en donde intervienen los padres y el niño, a través de sus relaciones paterno-filiales, permitiendo restablecer un vínculo adecuado y desarrollar el amor incondicional con el cual el niño se sentirá aceptado para así desarrollar su seguridad básica, que es de gran importancia para su desarrollo integral, debido a que es el apoyo sentido por el niño en sus primeros años lo internaliza.

Se puede sugerir esta modalidad de intervención en medio de un proceso psicoterapéutico individual infantil, donde el mismo psicoterapeuta del niño la dirija, dependiendo del enfoque psicológico que maneje. Comúnmente es sugerido cuando la psicoterapia lleva un enfoque Humanista o Profundo, debido a la importancia dada al vínculo primal.

De igual forma el psicoterapeuta actúa como un moderador, dando las pautas e interpretaciones necesarias para que se elabore un trabajo entre los integrantes, que comúnmente como antes se lo menciono, son los padres o uno de ellos, con el niño.

El tiempo de duración de las sesiones dependerá del conflicto presentado.

#### **1.1.5.2.1.4. Psicoeducación:**

Se trata del trabajo a través de charlas y talleres en donde se proporciona información acerca de algún tema específico del campo de la Psicología Clínica, en el caso de los niños enfocándose en el área infantil. Aquí intervienen: el profesional capacitado y el individuo o grupo interesado en el tema a tratar.

En lo referente a charlas, el número de integrantes pueden variar, ya dependerá de la amplitud del auditorio en el que se realice la exposición de la misma. En este tipo de Psicoeducación, hay poca interacción entre el expositor y el público presente, sin embargo al final de la presentación se debe dar lugar a preguntas para que el tema quede claro y se cumpla la necesidad presentada por los participantes.

Por el contrario en talleres y seminarios vivenciales, hay una constante interacción entre los participantes y el o los psicoterapeutas que dirigen el grupo, se recomienda trabajar entre 10 a 20 personas por psicoterapeuta, esto también dependerá del tema a tratar en el taller.

La duración de charlas o talleres varían de acuerdo al tema a tratar, teniendo en cuenta que los talleres vivenciales, en su mayoría suelen a partir de 3 horas en adelante.

#### **1.1.5.2.2. DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO INFANTIL**

La palabra *diagnóstico*, según el diccionario de la Real academia de la Lengua Española, viene a ser el conjunto de signos que sirven para fijar el carácter peculiar de una enfermedad. En el caso del Diagnóstico Psicológico vendría a ser el conjunto de signos y síntomas que determinan o categorizan una enfermedad o dificultad relacionada con la psiquis del ser humano.

El Diagnóstico Psicológico Infantil o Psicodiagnóstico infantil se refiere al conjunto de herramientas como son los Test, Técnicas (historia clínica) y Pruebas psicológicas que tienen como objetivo el estudio profundo de la

personalidad desde un punto de vista clínico, psicopatológico y en función de la corriente psicológica será el tipo de exploración que el profesional necesite hacer sobre el niño. Para llegar al Psicodiagnóstico Infantil es necesario que se den ciertos pasos que a continuación se detallan.

#### **1.1.5.2.2.4. Proceso del Psicodiagnóstico Infantil**

Para la realización del presente apartado se ha tomado como referencia los apuntes de la materia de Psicodiagnóstico, 2008.

Para la realización de un Psicodiagnóstico Infantil adecuado, se requiere la colaboración tanto del niño como de sus padres, y dependiendo del caso, también de su profesor. Es necesario para la elaboración del mismo tener como guía por una serie de pasos que a continuación se nombran:

- 1.- Contacto Inicial
- 2.- Primera Entrevista
- 3.- Proceso/Evaluación
- 4.- Cierre del proceso de Evaluación
- 5.- Análisis y Resultados
- 6.- Informe Final

A través del contacto inicial se empieza ya a evaluar tanto al niño y a sus padres o cuidadores con los que viene, la primera entrevista tiene como objetivo en recaudar los datos y acontecimientos importantes de la vida del niño y su familia, es decir la información necesaria para la historia clínica, en

la primera entrevista se puede ya hacer una valorización para de esta manera observar de mejor manera el conflicto, mirar cual es el mejor enfoque terapéutico para el proceso y también permite seleccionar un test psicométrico idóneo para evaluar el conflicto en cuestión. El proceso de evaluación está compuesto tanto por la clínica del terapeuta, test psicométricos y proyectivos que permitan verificar y validar el diagnóstico propuesto por el terapeuta. El análisis y resultados vienen a ser ya las conclusiones que el terapeuta extrajo del trabajo anteriormente realizado, teniendo ya un diagnóstico específico acerca de la problemática por la que atraviesa el niño y su familia. Al finalizar el análisis y resultados viene el informe final que tiene como objetivo el dar a conocer los resultados del proceso de evaluación realizado al niño.

#### **1.1.5.2.2.5. Herramientas Del Psicodiagnóstico Infantil**

##### **Entrevista Clínica Individual y Familiar**

Viene a ser la toma de datos del paciente a través de la información proporcionada por el mismo y también por sus familiares. Se sugiere tomar el esquema de la historia clínica para realizar la entrevista ya que se tendrá una guía, de esta manera obtener la información deseada. El Doctor *Lucio Balarezo* habla en su libro *Guía para el diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico* que la entrevista con los familiares viene a proporcionar material complementario ya que se mencionara datos que no han sido proporcionados por el paciente; de igual forma se obtendrá una diferente perspectiva de lo que le sucede al niño.

### **Historia Clínica**

La historia Clínica es un documento que contiene datos informativos específicos del niño que sirven para el diagnóstico de su problemática. Se extrae la información para la misma a partir de las entrevistas realizadas con el niño, sus padres y de ameritar el caso también con el profesor del mismo. Existen varios esquemas de Historias Clínicas, las cuales comúnmente están compuestas de puntos como datos informativos, motivo de consulta, enfermedad actual y sus antecedentes, Psicoanamnesis individual y familiar, examen de las funciones básicas, exámenes psicológicos (test proyectivos y psicométricos) y adicionales (médicos), diagnóstico presuntivo y recomendaciones. A través de este recurso se puede tener una mejor perspectiva de lo que presenta el niño.

### **Baterías**

Las baterías son los test psicológicos utilizados para realizar una evaluación cuantitativa o cualitativa. Se dividen en test psicométricos y test proyectivos.

Los test psicométricos son aquellos que miden (es decir tienen parámetros definidos y estandarizados) alguna característica psicológica como la inteligencia, memoria, atención, lenguaje, etc. Entre estos tenemos: Test de inteligencia Wesler, test Kent E-G-Y, Test de Zung, etc.

Los test proyectivos son instrumentos subjetivos que nos permiten conocer, tratar y diagnosticar a través de los resultados obtenidos por el mismo. Entre ellos encontramos a: Test de personalidad HTP, persona bajo la lluvia, Test de Corman, Test de Rorschach, etc. En el trabajo con niños, este recurso

nos sirve de una manera extraordinaria, ya que comúnmente el niño a través de lo que dibuja habla su problemática actual.

### **Familiograma**

Es el instrumento que permite representar a través de gráficos específicos la dinámica, composición, tipo de estructura familiar, los roles de cada integrante de la familia. Permite dar a conocer a otros colegas la situación familiar de una manera sencilla y precisa.

#### **1.1.5.2.2.6. Recursos Técnicos del Psicodiagnóstico Infantil**

##### **Observación:**

Viene a ser la clínica misma, el poner los cinco sentidos en todo aquello que muestra el paciente tanto verbal como corporalmente.

##### **Escucha Empática:**

Tener una perspectiva de cómo ve el paciente el problema. Aceptar incondicionalmente al paciente y todo lo que viene con el (su discurso).

##### **Rapport:**

El generar un ambiente de confianza permite que el paciente se sienta seguro y muestre su conflicto abiertamente.

##### **Transferencia:**

Viene a ser el acto de depositar el material psíquico del paciente en el terapeuta. Mientras más tiempo transcurra el proceso la transferencia

umenta. Según Freud la transferencia es lo que permite que el análisis se dé.

#### **1.1.5.2.2.7. Planificación Del Proceso Psicoterapéutico General**

Viene a ser la organización estructurada de los pasos que se van a seguir en el proceso, este debe constar de: Datos de Identificación, Diagnóstico, Objetivo general, áreas de trabajo: en donde se debe especificar lo que se realizará en cada área en base a objetivos y actividades a realizar para casa objetivo propuesto de cada área.

#### **1.1.5.2.2.8. Guía Del Proceso Psicoterapéutico**

En base a lo anteriormente planteado en la planificación realizamos un cuadro en donde constará: el objetivo planteado y el resultado del mismo (es decir si se logró cumplir o no) con la fecha correspondiente al día o días en que lo cumplió.

#### **1.1.5.2.3. ENFOQUES DE INTERVENCIÓN**

Dentro de los enfoques de intervención psicológica permitidos por la APA se encuentran:

##### **1.1.5.2.3.4. Psicoanálisis y Terapia Psicodinámicas:**

Se basa en la exploración del inconsciente a través de la asociación libre. Se cuenta entre las técnicas de descubrimiento o develación que intentan que el paciente logre una comprensión profunda de las circunstancias (generalmente inconscientes) que han dado origen a sus afecciones, o son

la causa de sus sufrimientos o malestares psíquicos. Se trata a través de esta terapia lograr una reestructuración de más amplio alcance de la personalidad, muy especialmente de la vida afectiva y particularmente en aquellas áreas que contribuyen y mantienen la formación de síntomas, o de formas defensivas que causan daño o malestar.

#### **1.1.5.2.3.5. Conductismo:**

La terapia consiste en cambiar la conducta del niño, la cual es vista como inadecuada. Hace una interrelación de las conductas inadecuadas con el ambiente. Este enfoque busca cambiar el medio del niño para cambiar su conducta, sin dejar a un lado el aspecto biológico y genético. Responde al condicionamiento clásico y al condicionamiento operante.

#### **1.1.5.2.3.6. Cognitivismo:**

La psicoterapia basada en este enfoque se basa en la reestructuración del pensamiento del individuo, ya que argumenta que la interacción entre las emociones y la cognición son los encargados de interpretar la experiencia vivida, y a través de ello formar esquemas mentales, que en ocasiones son distorsiones de la realidad; por lo que en esta psicoterapia se encarga de ayudar a la persona modificar aquellos pensamientos irracionales o perjudiciales, dando una diferente interpretación de los hechos.

#### **1.1.5.2.3.7. Cognitivo Conductual:**

Considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como

perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones.

Es en la interacción familiar temprana y en el intercambio social y cultural posterior, donde se produce el proceso de adquisición de la manera habitual de pensar, sentir y actuar.

#### **1.1.5.2.3.8. Humanista:**

Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad). Hace énfasis en lo único y personal de la naturaleza humana, confianza en la naturaleza y búsqueda de lo natural, trascendencia del Ego y direccionamiento hacia la Totalidad, reequilibrio entre polaridades y revalorización de lo emocional, Valoración de una comunicación que implique el reconocimiento del otro en cuanto tal.

#### **1.1.5.2.3.9. Holística:**

En la terapia holística se trabaja en conjunto terapeuta y paciente. Son técnicas profundas, efectivas, relajantes, liberadoras, y el resultado se comprueba con el propio testimonio del paciente al terminar cada sesión.

#### **1.1.5.2.4. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN SEGÚN LAS DIFERENTES CORRIENTES**

A través de los enfoques mencionados anteriormente cada uno de ellos presenta diversas técnicas para el trabajo psicoterapéutico con niños teniendo así:

##### **1.1.5.2.4.4. ENFOQUE PSICODINÁMICO**

Teniendo en cuenta su base principal que es el trabajo con el inconsciente del niño, de maneja a través de las siguientes técnicas:

##### **Ludoterapia**

Tomado como referencia “*Obras completas IV*” de Melanie Klein, del año 1976, en su libro titulado “*La Técnica Psicoanalítica del Juego: su historia y significado*”.

M. Klein, en Berlín fue quien por primera vez usa al juego como una técnica en el tratamiento psicológico de niños, viéndolo como objeto de transferencia. Consistía en la utilización de juguetes pequeños y numerosos para que la expresión de fantasías y experiencias que se muestren sean amplias. Los juguetes de cada niño eran colocados en un cajón particular e individual mostrando la relación personal e íntima con la analista.

Esta técnica permite al niño expresar sus fantasías, sentimientos, angustias inconscientes a través del juego. Se recomienda que los juguetes sean pequeños por su variedad, simples para que el niño lo pueda ocupar en

varias ocasiones el mismo juguete con distinto personaje. Detrás de cada forma de actividad de juego, yace un proceso de descarga de fantasías inconscientes: sentimientos de culpa, miedos, enfados, celos, agresiones, etc.

A través del juego se interpreta las experiencias, fantasías, sentimientos y angustias, luego de la interpretación se logra ver en el mismo juego el alivio.

### **El dibujo**

Esta técnica se trata de que el niño realice dibujo libre, trabajado desde sus inicios por Melanie Klein, de igual forma el niño expresa a través del dibujo fantasías, sentimientos y ansiedades inconscientes. El psicoterapeuta tiene que analizar la posición en la que el niño lo realiza, el tiempo que tarda, las expresiones y emociones (ansiedad, tristeza, alegría) manifestadas en su cuerpo, de igual forma el análisis del dibujo con el niño mismo, para realizar la interpretación. Al dar la pauta al niño de que puede realizar el dibujo que él desea, se le está invitando a exponer su problemática actual sobre el papel, es menos directa conscientemente que el habla, ya que en ocasiones el articular las palabras al niño le causa angustia. Entonces esta técnica permite exteriorizar sentimientos reprimidos, que deben ser trabajados con ayuda del profesional.

### **Interpretación de la transferencia**

Consiste en ayudar al niño a activar su habilidad para encontrar sentido a su conducta y a la conducta de los que le rodean (otros) para que de esta manera logre realizar un “darse cuenta” del o que le está ocurriendo en sus relaciones con los demás y consigo mismo. Esta técnica busca el estimular la capacidad asociativa, como ejemplo pueden ser: “yo en tu lugar sentiría que...” o “debe ser duro de soportar cuando...”; “a veces se suele pensar...”. La designación explícita de ciertos sentimientos que el niño experimenta, ayudan a la integración de sentimientos y fantasías que ya perturbaban desde su interior y tienen efecto tranquilizador que elimina la culpa y permite el alivio de poder comunicar cosas que anteriormente obstaculizaban cualquier relación. Ante un sentimiento intenso y más difícil de representar, las negaciones son mucho más frecuentes y de igual forma intensas como el sentimiento.

### **Interpretación de Sueños**

Utilizada por Anna Freud, su padre manifestaba que los sueños de los niños son manifestaciones directas de sus deseos, entonces en ellos no estaría desfigurado y su interpretación se vería con menos resistencias que las del adulto. Es decir que dicho deseo aparece directo en el sueño del niño, por ende ante su interpretación se tendría menos mecanismos defensivos. Trata de que el niño cuenta su sueño y la analista lo interpreta de acuerdo con el contenido inconsciente extraído anteriormente en otras sesiones (utilizando la asociación). Se debe tener en cuenta los factores externos que también influyen en el sueño como son: estado corporal y orgánico (dolor, frío, calor),

impresiones del día anterior y perturbaciones o ruidos nocturnos; para que no interfiera con los contenidos internos del niño al momento de analizar.

#### **1.1.5.2.4.5. ENFOQUE COGNITIVO – CONDUCTUAL**

Fiel a sus principios y a sus axiomas sus técnicas principalmente utilizadas son:

##### **Economía de Fichas:**

Es una técnica que sirve para desarrollar conductas adecuadas y eliminar conductas inadecuadas en los niños. Trata de la intervención del refuerzo positivo para desarrollar cierta conducta y del refuerzo negativo para eliminarla. Se emplea un reforzador físico como fichas para dárselas por la conducta deseada y se le retira fichas por la conducta no deseada. Se establece los objetivos que son las conductas que se desea que el niño alcance y también las que se desea que el niño las elimine. El niño debe estar al tanto de todas las conductas por las cuales recibirá o perderá la ficha o el número de fichas establecido por cada conducta, es decir debe tener en claro las normas establecidas, de igual forma el intercambio de fichas por algún incentivo o premio debe ser aclarado desde el comienzo de la técnica. Las conductas a eliminar se deben hacerlo paulatinamente.

##### **Desensibilización Sistemática:**

Esta técnica sirve para bajar y hasta eliminar la ansiedad y conductas de evitación ya sea a lugares, objetos, animales o personas. Implica el

acercamiento paulatinamente guiado hacia el estímulo que causa miedo a través de la relajación que es una respuesta incompatible ante la ansiedad.

**Pasos:**

- Relajación: Ya sea recostado (tensión-distención) o balanceo (imitar estar en un columpio)
- Visualización: Ver el objeto
- Relajación
- Visualización: Acercarse al objeto
- Relajación
- Visualización: Tocar el objeto
- Relajación
- Tocar el objeto

**Modelado:**

Técnica conductual que trata de que el niño observa como otra persona actúa adaptativamente o de manera adecuada con la situación que le está aconteciendo al niño. Esta observación puede ser tanto simbólica como en vivo. De esta manera el niño cambia de conducta, dejando atrás la conducta inadecuada y realizando la conducta que observó. También se tiene el modelo participativo, en donde el niño después de observar la conducta interactúa con la persona observada. Bandura menciona que mediante esta técnica puede lograrse que aumenten las expectativas del niño con respecto a su eficacia personal. Es frecuentemente utilizado para trastornos de ansiedad con las fobias.

**Pacto de Contingencia:**

Es un acuerdo negociado entre las partes que intervienen en el contrato. Se basa en un reforzamiento recíproco en donde tanto niño como padres o cuidadores también cumplen lo escrito en el contrato. Sirve para eliminar conductas inadecuadas del niño a través del compromiso escrito que se hace tanto para los padres o cuidadores como para el niño.

### **Tabla de Decisión:**

Trata de explicar un problema específico que tiene el niño y desarrollarlo en lo que podría hacer ante esa situación, tanto lo positivo como lo negativo, entendiendo todo lo que necesita saber para poder decidir entre las alternativas que tiene, como por ejemplo las consecuencias de cada reacción ante la situación que presenta, al final el niño tiene que elegir una alternativa.

### **Terapia Lingüística de Evaluación:**

Permite que el paciente se dé cuenta de las consecuencias de sus teorías supuestas de su pasado que se convierte en su presente mediante mecanismos de identificación, por estos mismos mecanismos se puede decir que se convierten también en futuro. Se busca en el paciente hacer evaluaciones conscientes del uso del lenguaje en relación a la experiencia, llevándolo a no tener definiciones absolutas y que el conocimiento este ajustado a la realidad.

### **Pasos para la modificación de abstracciones:**

- Definir los argumentos que tiene para afirmar dicha abstracción y concretarse a lo que se refiere

- Valorar las actividades en las que tiene éxito
- Hablar desde cuando se siente de esa manera
- Hablar acerca de otros aspectos de su vida
- Llegar a la meta

La meta es una conclusión extensional. Este nuevo pensamiento debe ser acorde con el momento y la realidad del paciente. El niño al darse cuenta de que su abstracción es incompleta se le da la pauta para buscar alternativas a través de la creatividad y el invento, más tarde el niño debe criticar su invención para que pueda comprobar su nueva hipótesis.

### **La inoculación del Stress:**

Técnica que sirve para disminuir el estrés a través de la adquisición y ensayo de destrezas para afrontarlo.

#### **Pasos**

- Preparación para el afrontamiento.
- Afrontamiento en sí mismo.
- Esfuerzos secundarios de afrontamiento necesarios para tratar con las consecuencias de los dos primeros.

Se considera que las posibles estrategias de afrontamiento son múltiples y diversas, desde la reducción de la amenaza, hasta el intento de contener la tensión a través de un insight.

### **Tareas a casa**

Esta técnica se refiere a mandar en la psicoterapia tareas acorde a lo visto en la sesión ya sea para reforzar, analizar o entender lo trabajado en la sesión.

#### **1.1.5.2.4.6. ENFOQUE HUMANISTA**

Basándose en explotación del potencial creativo y productivo del ser humano, este enfoque cuenta con las siguientes técnicas:

#### **Cuentos**

Trata de que el niño se identifique a través de sus experiencias, temores y sentimientos con un personaje de un cuento ya sea estructurado o inventado por el mismo, lo cual le permitirá verlo desde otra perspectiva que le permita buscar soluciones a cualquier situación por la que esté pasando.

Esta técnica trata de promover el darse cuenta y la toma de contacto de emociones que posiblemente estén bloqueadas en la persona.

#### **ArteTerapia**

Esta terapia estimula al niño a expresar sus emociones, fantasías y deseos a través de una visión artística como la pintura, dibujo, música, escultura, etc. Este tipo de técnicas permiten estimular la creatividad e imaginación del niño, trabaja también problemas motores y de coordinación física, desarrolla su capacidad de comunicación, ayuda a la formación de su autoestima y confianza en sí mismo.

### **Terapia del juego**

Dentro del enfoque humanista la terapia del juego está centrada en el niño, es decir, se le permite mostrar al niño lo que éste desee dar durante la terapia. Permite reconocer los sentimientos que el niño expresa, y el terapeuta tiene la responsabilidad de devolverlos para que modifiquen la conducta del niño. Dentro de las competencias del terapeuta dispondrá de paciencia y respeto para el niño, pero también establecerá límites, que permitirán que el niño asuma su responsabilidad en la relación terapéutica, y se exprese sin herir a otros. En las primeras sesiones, el terapeuta no estructura el juego, sirven para analizar y comprender al niño, y le brindan seguridad. Luego, paso a paso, se estructuran las sesiones, de acuerdo a las necesidades y edad del chico.

### **Psicodrama**

El psicodrama es una forma de psicoterapia inspirada en el teatro de la improvisación, se encuentra relacionado con la vida y con la búsqueda personal. Jacob Levy Moreno creador de esta técnica, dirige su investigación a una sociedad que tiende a reprimir en lugar de estimular la creatividad, que limita a cada ser humano en lugar de desarrollarse. En niños permite reconocer, formar, modificar y coordinar todos los roles o todas sus funciones. Rescata y fundamenta la importancia de la alegría y la emergencia del humor como criterios de salud, analizando las interrelaciones entre aprendizaje, alegría y autoría. Les permite también hacer de su pena o problema una dramatización, la cual sea para él un juego capaz de volver agradables experiencias en sí mismas penosas.

### **Técnicas Gestálticas**

Teniendo en cuenta que el enfoque Gestáltico nace del Humanismo, tomando como referencia el trabajo realizado por Dulce V Sang en su “Manual de terapia Infantil Gestáltica” del año 2004, se tiene:

#### **Cuaderno de terapia:**

Esta técnica que consiste en un cuaderno hecho por el niño y el terapeuta, en donde irán dibujos de lo tratado en las sesiones seguido de una lista de los sentimientos que le provoca al niño el dibujo realizado.

#### **La Silla Vacía o el Oso Pearls**

Trata de sentar al niño frente a una silla o almohadón vacío y crear un diálogo, más adelante el terapeuta tomara el lugar de la silla. Si el niño no se siente cómodo al hablarle a una silla vacía es donde se coloca al oso que debe tener una altura de 1 metro, brazos y piernas largas, orejas grandes y nariz puntiaguda, el niño puede: abrazarle, pegarle, herirle, maltratarle, matarle, pero siempre debe estar en su sitio (la silla). Cuando se le hace daño al oso es el mismo niño quien tiene que repararlo.

#### **Animal doméstico:**

Consiste en llevar un animal doméstico a la sesión, de preferencia perros de raza labrador o doberman, la técnica sirve para niños que tengan afinidad con los animales de esta manera enseñarles el arte de amar.

#### **1.1.5.2.4.7. ENFOQUE HOLÍSTICO**

Viendo al ser humano como un ser integral y total este enfoque brinda las técnicas a continuación descritas:

##### **Psicografismo**

Esta técnica permite, a través del dibujo con las dos manos y ojos cerrados, la exploración y análisis de conflictos actuales que frecuentemente se encuentran asociados con emociones, fantasías, recuerdos dolorosos pasados que han sido reprimidos o evitados inconscientemente. Se requiere para realizar la técnica primero una corta relajación en donde el niño logre concentrarse en sí mismo, se le coloca en frente del niño una hoja de papel periódico tamaño A3 (pegada en los bordes para que no se mueva) y se le hace escoger dos crayones, uno para cada mano, se le pide cerrar los ojos y que empiece a expresar con sus manos lo que siente en ese momento o que exprese lo que ha traído el día de hoy ya que pueden ser situaciones del pasado que interfieran en el presente. Al acabar el dibujo se analiza con el paciente lo que mira en lo que realizó. Esta técnica permite la reparación de lo realizado a través del insight que en la práctica sería el modificar el dibujo con los ojos abiertos permitiendo también el alivio ante la situación.

##### **Mandalas**

Mandala significa círculo en sánscrito. Los mandalas son figuras que parten de un centro distribuyéndose de forma geométrica hacia la periferia, dando como resultado formas equilibradas y bellas.

En terapia los Mandalas actúan equilibrando los chakras por medio de los colores y haciendo meditar el lado lógico de nuestro cerebro a través de las formas geométricas sagradas. El Mandala enviará impulsos a la mente interna llegando a los receptores del cerebro donde se procesará y se obtendrá una reacción.

Como se ha dicho, el meditar con Mandalas sana tanto a nivel físico como psíquico y espiritual. Es muy probable que experimentes alteraciones en la conciencia, como la sensación de expansión de la misma. También suele traer "recuerdos" a la memoria consciente que los teníamos olvidados en el subconsciente, tales como traumas de la infancia. Permitiendo que afrontemos tales hechos y así sacar las "trabas" de nuestra mente, para poder superar todas nuestras limitaciones a nivel psicológico-espiritual y enfermedades a nivel físico.

Permiten de igual forma centrar a la persona después de una sesión con fuertes descargas ya que permiten equilibrar.

### **La autoasistencia Psicológica**

Es un modelo teórico y clínico que propone la exploración sistemática y detallada de la relación rechazador-rechazado interior. Además describe las razones por las cuales el rechazo es estéril y propone los pasos vivenciales que es necesario recorrer para transformarlo en rechazo asistencial.

#### **Pasos**

- Identificar a través del diálogo que aspecto le molesta a la persona de sí misma

- Realizar una pequeña meditación y en ella empezar a visualizar el aspecto a cambiar poniéndole como persona, dando sus características, lo que piensa de esa persona que mira, haciéndole decir todo lo que el niño siente hacia la persona que está observando. Esta persona visualizada sería el aspecto rechazado del niño, el cual tiene también un aspecto deseado que sería lo contrario del rechazado.
- Luego se le coloca al niño en la posición de rechazado, haciéndolo encarnar ese papel, el terapeuta le repite sus características y también todo lo que pensaba la persona que rechaza.
- El niño debe decir cómo se siente al oír lo que escucha de la persona que lo rechaza y siendo el niño la persona rechazada se le pregunta que cree que necesita para sentirse mejor.
- Ahora el rechazador al oír cómo se siente el rechazado que desea lo mejor para él y quiere que cambie poniéndose en el papel de cambiador, el cual va a darle lo que necesita la persona rechazada para sentirse mejor, provocándose un dialogo entre rechazado y cambiador.
- La tarea del terapeuta es guiar al cambiador para que ya no sea aquel que agrede al rechazado para tratar de cambiarlo sino que le permita ser aquel cambiador que repara y transforma dándole al rechazado lo que necesita.
- Pudiendo empezar una relación constructiva entre rechazado y cambiador que antes rechazaba.

Esta técnica permite conocerse interiormente al niño y aceptarse mirando que sus aspectos a cambiar le están informando situaciones que él no las veía anteriormente, pudiendo reconciliarse con el mismo y de esta manera con los que le rodean que ya en ocasiones se internalizan aspectos que los demás piensan del niño.

### **1.1.5.3. ASPECTO LEGAL**

Después de haber mencionado el aspecto físico y técnico de la intervención psicológica con niños, no se puede dejar a un lado el marco legal de la misma. Cada institución creada para el Trabajo Psicológico Infantil, debe tener ciertas pautas y normas para su adecuado establecimiento funcionamiento. A continuación se presenta algunos conceptos necesarios para la creación de una normativa que tiene que regir en una institución de servicio.

#### **1.1.5.3.1. LINEAMIENTOS LEGALES**

Dentro de los lineamientos legales se tiene a las normas y reglas que rigen una institución teniendo así:

##### **1.1.5.3.1.1. LOS ESTATUTOS**

Según el diccionario Kapelusz, ESTATUTO “es un conjunto de normas que rigen el funcionamiento de una entidad”.

Los Estatutos son las reglas fundamentales del funcionamiento de una Asociación y, pese a no poseer el carácter de norma jurídica, son

vinculantes para los socios, pues se sometieron a ellos de forma voluntaria al ingresar en la Asociación.

Así mismo, los Estatutos podrán ser desarrollados por un reglamento de régimen interno para regular todos aquellos aspectos del funcionamiento de la Asociación que no hayan quedado claros en aquellos.

### **Tipos de Estatutos**

#### Técnicos:

Se definen como cierta ordenación de la razón acerca de cómo por determinados medios llegan a su fin debido, los actos humanos. Echando luz, estas nos indican el camino que debemos seguir para alcanzar un fin; nos da el sentido de cómo se ejecuta un fin.

#### Morales:

Son normas que rigen para la persona como individuo y no en relación con otros. No llevan aparejada una sanción explícita al no ser cumplidas (como las jurídicas) aunque pueden generar reacciones negativas de los demás.

#### Jurídicas:

Regulan el desenvolvimiento de los actos de los hombres, es decir sus conductas, en sociedad para el desarrollo más óptimo de la convivencia.

### **Creación de Estatutos**

El reglamento o la ponencia a la hora de ser redactado debe ser hecho con un lenguaje claro, con oraciones cortas y precisas, y fundamentalmente sin palabras rebuscadas que luego nadie entiende.

Los estatutos se deben realizar teniendo en cuenta:

- Humanizar Las Leyes: Esto significa que si una ley va a regir a las personas, nunca lo olvidemos.
- Redactar los reglamentos teniendo en cuenta los factores tiempo y Espacio: Quiere decir que existen circunstancias de todo tipo a tener en cuenta y que se deben contemplar al momento de hacerlo.
- Deben ser claros y precisos para su interpretación

### **Utilidad de los Estatutos**

Los estatutos permiten mantener el orden del establecimiento, dan respuesta ante las necesidades de la institución, de igual forma da seguridad a quienes pertenecen ya que tienen las reglas claras.

## **CAPITULO II**

### **2. METODOLOGÍA**

#### **2.1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

El centro de Psicología Aplicada (C.P.A.) es un organismo de la Facultad de Psicología de la PUCE, que presta servicios a los usuarios de la comunidad universitaria y extra-universitaria en las áreas de: Psicología Clínica (Psicodiagnóstico individual; Procesos de Asesoramiento; Psicoterapia: Individual, grupal, vincular.), Psicología Organizacional (Asesoría para el correcto manejo del Recurso Humano, asesoramiento en procesos de capacitación, liderazgo, motivación, selección y entrevista personal) y Psicología Educativa (Orientación y Consejería Grupal, orientación vocacional y profesional, diagnóstico de problemas de aprendizaje, etc.)

El C.P.A. viene trabajando en la PUCE Quito desde 1996 ofertando servicios psicológicos a la comunidad en general (niños, adolescentes y adultos) y de formación a los estudiantes de la universidad; a través de asesoría en psicología clínica y organizacional, psicoterapia individual y familiar.

La PUCESA siendo una extensión de la PUCE también mira la necesidad de brindar ayuda a la comunidad a través de la atención psicológica por lo que se abre el Consultorio Psicológico, en donde estudiantes de 9no y 10mo semestre de la Escuela de Psicología realizaron sus prácticas pre-profesionales, de esta forma cumpliendo la Universidad con su gran labor de

contribuir al desarrollo integral de la sociedad Ambateña. En el Consultorio Psicológico se ha realizado los servicios de: asesoría individual, familiar y grupal; terapia individual, taller y charlas psicoeducativas, Psicodiagnostico y entrevistas psicológicas.

A través de la atención brindada por el Consultorio Psicológico de la PUCESA (Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato) en el Jardín de Infantes “Las Margaritas”, se ha podido observar a través de evaluaciones realizadas a los niños de dicha institución una serie de rasgos que indican un elevado índice conflictos emocionales los cuales generan problemas de aprendizaje y comportamiento.

De igual forma los niños que han sido atendidos en el Consultorio Psicológico, en su mayoría presentan problemas de aprendizaje y conducta en su mayoría, viéndose así la necesidad de atención a este importante sector de la comunidad que son los niños.

Se aspira al conformar el Proyecto del Departamento de Atención Psicológica Infantil que el C.P.A. empiece a funcionar y dar una atención de calidad a sus usuarios.

### **2.1.2. SIGNIFICADO DEL PROBLEMA**

El Centro de Psicología Aplicada (C.P.A.) de la PUCESA es creado ante la necesidad de la comunidad de atención psicológica en donde pre-profesionales de la PUCESA y profesionales en Psicología Clínica y Organizacional brinden a través de sus conocimientos los servicios de:

psicoterapia individual, de pareja y grupal, asesoría individual, de pareja y grupal, charlas y talleres, intervención en crisis y Psicodiagnóstico.

El departamento de Atención Psicológica Infantil es un espacio de escucha brindada a los niños, en donde se puedan trabajar en conjunto con los padres y/o maestros, problemas de conducta, de aprendizaje, de sueño, lenguaje, es decir conflictos emocionales que están de cierta manera perjudicando su desarrollo integral.

La creación del Departamento de Atención Psicológica Infantil permitirá la creación del Centro de Psicología Aplicada de la PUCESA, en donde se podrá brindar los servicios psicológicos antes mencionados a los niños de la comunidad ambateña.

De tal forma que la necesidad fundamental que absuelve la presente investigación es crear un Departamento de Atención Psicológica Infantil en el C.P.A.

### **2.1.3. DEFINICION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características y necesidades de los niños en su proceso desarrollo?

¿Cuáles son las formas de intervención terapéutica utilizadas por las diferentes corrientes para el trabajo terapéutico con niños?

¿Qué es un departamento de Atención Psicológica?

¿Qué se necesita para la creación de un Departamento de Atención Psicológica para niños?

¿Cuáles son los reglamentos internos de la institución que enmarcan la ejecución del trabajo realizado por el C.P.A.?

#### **2.1.4. PLANTEAMIENTO DEL TEMA**

“CREACIÓN DEL CENTRO DE PSICOLOGÍA APLICADA EN LA PUCESA, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL EN EL AÑO 2011”

#### **2.1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

##### **2.1.5.1. De Contenido**

**Campo:** Psicológico.

**Área:** Clínica.

**Aspecto:** Creación del Departamento de Atención Psicológica Para niños

**Espacial:** La investigación se realizara en:

**Provincia:** Tungurahua.

**Cantón:** Ambato.

**Temporal:**

Esta investigación se realizara en el periodo de Mayo a Diciembre del 2011.

**Unidad de Observación:**

Los niños de las Escuelas Fiscales de Ambato por medio de la información dada por sus profesores.

**2.1.6. FORMULACION DE LA HIPÓTESIS**

La elaboración del proyecto del Departamento de Atención Infantil, permitirá la creación del Centro de Psicología Aplicada en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato en el año 2011.

**2.1.7. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES****2.1.7.1. Variable Dependiente**

CENTRO DE PSICOLOGÍA APLICADA DE LA PUCESA

**2.1.7.2. Variable Independiente**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL

## **2.1.8. OBJETIVOS**

### **2.1.8.1. Objetivo General**

Contribuir a la creación del Centro de Psicología Aplicada en la PUCESA a través de la conformación del Departamento de Atención Psicológica Infantil, en el año 2011.

### **2.1.8.2. Objetivos Específicos**

- Conceptualizar el desarrollo del niño, sus dificultades y sus necesidades psicológicas, desde las diversas perspectivas psicológicas.
- Determinar las diferentes formas de intervención ante las necesidades psicológicas de niños, a partir de los enfoques de las escuelas psicológicas aprobadas por la APA
- Establecer los lineamientos legales que constituirán y enmarcarán la ejecución del trabajo realizado por el Departamento de Atención Psicológica para niños en el C.P.A.

### **2.1.9. ENFOQUE:**

El enfoque que se utilizara en la investigación del proyecto es: analítico descriptivo de carácter cualitativo y cuantitativo. Cualitativo ya que se utiliza para descubrir y refinar preguntas de investigación. La recolección de datos se basa en métodos sin medición numérica como descripciones y observaciones. Y cuantitativo ya que para la investigación de campo se requiere una recolección de datos con medición numérica y estadística.

Para lo cual se seguirán los siguientes aspectos:

- 1.- Revisión del reglamento de la PUCESA
- 2.- Revisión de los estatutos del Centro de Psicología Aplicada de la PUCE Quito
- 3.- Revisión del trabajo realizado por el consultorio psicológico.
- 4.- Realización y toma de la encuesta, para extraer la necesidad de atención psicológica en los niños de Ambato, en la muestra obtenida de los profesores de las escuelas fiscales de Ambato.
- 5.- Conceptualizar el desarrollo del niño y sus necesidades para un desarrollo integral.
- 6.- Contextualizar las modalidades de intervención psicológica en niños según los diferentes enfoques validados por la APA.
- 7.- Establecer los lineamientos del departamento psicológico de niños en el C.P.A. de la Pucesa.

**2.1.10. MODALIDAD:****2.1.10.1. Investigación bibliográfica o documental:**

La investigación es documental o bibliográfica por que se fundamenta en la información científica consultada como: folletos, libros, revistas, información electrónica, que han servido de base para la investigación del tema propuesto.

**2.1.10.2. Investigación de campo:**

La investigación es de campo ya que se tiene un contacto directo con los profesores las diferentes escuelas de la ciudad de Ambato. A través de una encuesta estructurada para la obtención de datos estadísticos acerca de la necesidad psicológica de los niños en la ciudad.

**2.1.10.3. Intervención Social:**

Consiste en una acción programada y justificada para el beneficio de la sociedad, en el caso de esta investigación para el bienestar integral de la población infantil de la ciudad de Ambato, a través de la creación de un departamento de atención psicológica para niños de calidad y a bajo costo.

**2.1.11. POBLACION Y MUESTRA:**

Población: 1780 profesores de las escuelas fiscales de Ambato.

Muestra: 238 profesores de las escuelas fiscales de Ambato.

La muestra fue extraída a través de la fórmula:  $n = \frac{(Z^2NPQ)}{(Z^2PQ + Ne^2)}$  que nos da un resultado de aproximadamente 238. Se trabajó en la selección de la muestra con una confiabilidad del 95% y un error aceptable de +/-6.

**2.1.12. TECNICAS E INSTRUMENTOS:****2.1.12.1. Técnica:**

Encuesta: Es un diálogo estructurado en el que una persona que es el encuestador (investigador) realiza una serie de preguntas a otra persona que viene a ser el encuestado, con el fin de obtener los datos necesarios para realizar la investigación propuesta.

**2.1.12.2. Instrumento:**

Cuestionario: Lista de preguntas estructuradas en base al tema a investigar que en este caso es la necesidad de atención psicológica infantil en los niños de la ciudad de Ambato. El cuestionario está basado en el libro *Psicopatología del niño y del Adolescente* de Almonte v. Carlos, Dorrea D. Alfonso, Montt S. María Elena y otros del año 2003.

## **CAPITULO III**

### **3. Resultados**

A través de la información obtenida por medio de las encuestas tomadas (Mayo2011 – Julio 2011) a la muestra extraída de los profesores tutores de las escuelas fiscales de Ambato,se llega a los resultados expuestos a continuación. Vale la pena aclarar que el contenido delos puntos 1, 2 y 3 se basa en un diagnóstico realizado bajo el criterio personal de los encuestados.

1.¿Cuántos niños son en su grado?

¿Cuántos niños cree Ud. que presentan problemas emocionales en su grado? (opinión del profesor)

TOTAL NIÑOS		
Total niños aparentemente sin problemas emocionales	7.434	84%
Total niños aparentemente con problemas emocionales	1.461	16%
TOTAL	8.895	100%

Tabla N.1

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

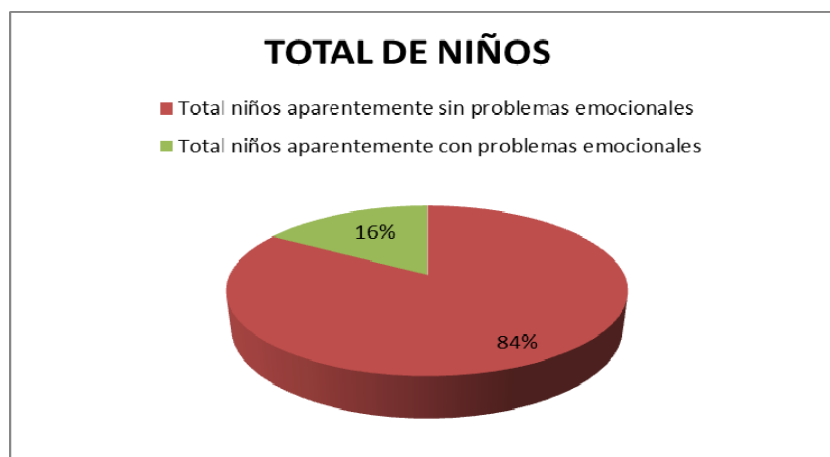


Gráfico N.1

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

**Interpretación:** Del total de niños de 8.995 dados por los 238 profesores, el 84% de los niños no presentan aparentemente problemas emocionales, mientras que el 16% si los presenta.

**Análisis:** Se puede observar que el porcentaje de niños con aparentes problemas emocionales es bajo con respecto a la totalidad de niños mencionados, esto puede ocurrir por la falta de conocimiento de los profesores en detectar problemas emocionales en los niños.

## 2.¿Cuántos niños han sido remitidos a apoyo psicológico?

NIÑOS CON APARENTES PROBLEMAS EMOCIONALES		
Niños remitidos a apoyo psicológico	826,00	58%
Niños no remitidos a apoyo psicológico	605,00	42%
TOTAL	1.432,00	100%

Tabla N.2

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

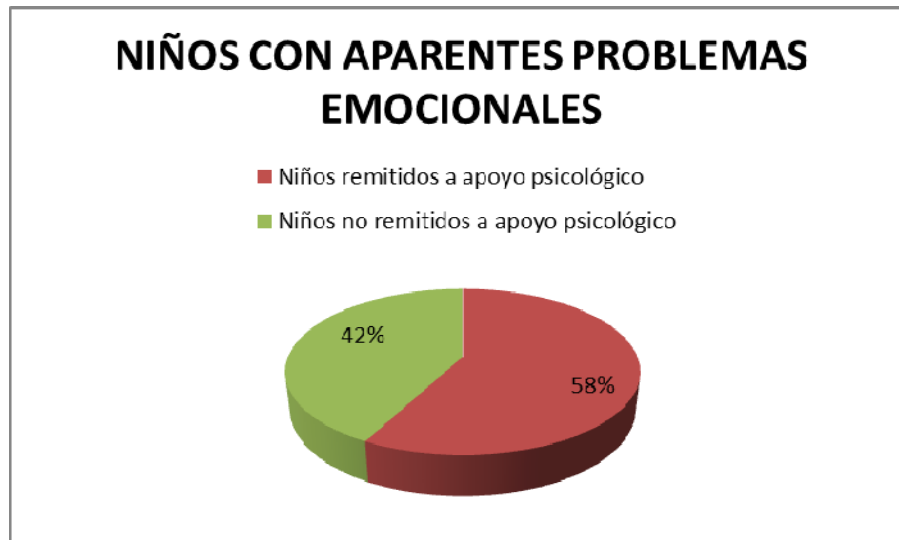


Gráfico N.2

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

**Interpretación:** Del total de niños con problemas emocionales aparentes el 58% de los casos fueron remitidos a un psicólogo, mientras que el 42% de los casos con problemas emocionales aparentes no se solicitó atención psicológica.

**Análisis:** Los profesores de las escuelas fiscales de la ciudad de Ambato han remitido un 58% de los casos a los psicólogos de la institución o también al consultorio psicológico del ministerio de educación, al ser tan alta la demanda de casos han recurrido a psicólogos particulares. Un 42% de casos no han sido remitidos ya que no lo consideraron necesario.

3.¿Qué dificultades presentaron los niños en el transcurso del año lectivo?  
(opinión del profesor)

Dificultades de aprendizaje

Dificultades nutricionales

Dificultades conductuales

Dificultades familiares

<b>DIFICULTADES PRESENTADAS EN EL AULA DE CLASE</b>		
De Aprendizaje	148	23%
Nutricionales	62	10%
Conductuales	211	33%
Familiares	216	34%
<b>TOTAL</b>	<b>637</b>	<b>100%</b>

Tabla N.3

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

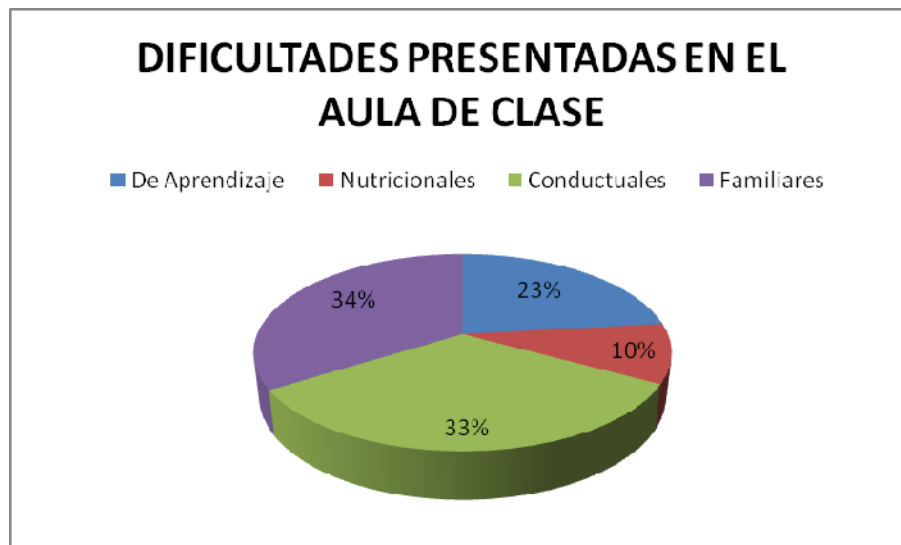


Gráfico N.3 Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

**Interpretación:** En conclusión las dificultades presentadas en el aula de clase están en un 34% las dificultades familiares, siguiendo a estas se encuentran en un 33% las dificultades conductuales, luego se tiene a las dificultades de aprendizaje en un 23% y por último están las dificultades nutricionales ocupando un 10%.

**Análisis:** Dentro del aula de clase el maestro puede observar varias dificultades que podrían venir a ser un síntoma de los problemas emocionales que tiene el niño. Así se tiene entonces empezando con las dificultades familiares en el tope de todos ellos, siguiéndole también las dificultades conductuales que son la manera de expresar del niño su mundo interno y a la vez su medio ambiente, luego se tiene a las dificultades de aprendizaje que pueden estar influenciadas por las circunstancias que el niño está pasando, y por último se encuentran las dificultades nutricionales que tienen relación con lo que desea ingerir del mundo exterior.

4.¿Cree usted indispensable la necesidad de trabajar el área emocional del niño en clases?

NECESIDAD DE TRABAJAR EL AREA EMOCIONAL DEL NIÑO EN CLASE		
Si	234	98%
No	4	2%
TOTAL	238	100%

Tabla N.4

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez



Gráfico N.4

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

**Interpretación:** El 98% de los profesores de las escuelas fiscales de la ciudad de Ambato afirman que es necesario trabajar el área emocional del niño en clase, mientras que el 2% de los profesores argumenta que no es necesario.

**Análisis:** La gran mayoría de los profesores encuestados han afirmado la necesidad de trabajar con el niño integralmente sin dejar a un lado ninguno de sus áreas, sobretodo en la emocional ya que le permite aprender de una mejor manera. Es bajo el porcentaje de profesores que aún no toma en cuenta esta esfera fundamental en lo que se refiera al desarrollo integral del niño.

5. ¿Cuántos niños de los remitidos recibieron un proceso psicológico?

NIÑOS REMITIDOS A APOYO PSICOLÓGICO		
Niños que recibieron un proceso	378	46%
Niños que no recibieron un proceso	448	54%
TOTAL	826	100%

Tabla N.5 Elaborado por María Auxiliadora Vásconez



Gráfico N.5 Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

**Interpretación:** Del total de niños que fueron remitidos a apoyo psicológico el 54% recibieron un proceso terapéutico, mientras que el 46% no lo recibieron.

**Análisis:** De los niños que han sido remitidos a un proceso psicoterapéutico, han acudido a él un 54% que viene a ser una cantidad considerable que desea trabajar en sus dificultades presentadas, el otro 46% de los casos remitidos no ha optado por recibir la ayuda solicitada por el profesor.

6.¿Cuáles fueron las respuestas que los niños dieron ante el proceso psicoterapéutico?

Cambios positivos

Cambios negativos

No hubo cambios

<b>NIÑOS QUE RECIBIERON PROCESO PSICOTERAPEÚTICO</b>		
cambios positivos	270	73%
no hubo cambios	88	24%
cambios negativos	12	3%
<b>TOTAL</b>	<b>370</b>	<b>100%</b>

Tabla N.6

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez



Gráfico N.6

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

**Interpretación:** De los niños de las escuelas de la ciudad de Ambato ante el proceso terapéutico el 73% mostro cambios positivos, el 24% no mostro ningún tipo de cambios, mientras que el 3% mostro cambios negativos.

**Análisis:** Los niños de la ciudad de Ambato han dado cambios positivos frente al trabajo realizado en el proceso terapéutico respectivo, profesores comentan que en la mayoría de los casos se deriva a profesionales privados por la gran demanda existente en el consultorio del ministerio de educación de la ciudad. En algunos de los casos no existe un debido seguimiento por lo que es muy frecuente que no existan los cambios deseados por la institución. La minoría de casos ha tenido un resultado desfavorable sin saber cuáles son las causas aparentes.

7. ¿Cuáles fueron las causas por las que los niños no recibieron un proceso psicoterapéutico?

Negligencia de los padres

Falta de recursos económicos

Ambas

<b>CAUSAS POR LA QUE LOS NIÑOS NO RECIBIERON UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO</b>		
Negligencia de los padres	232	51%
Falta de recursos económicos	75	17%
Negligencia de los padres y falta de recursos económicos	147	32%
<b>TOTAL</b>	<b>454</b>	<b>100%</b>

Tabla N.7

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

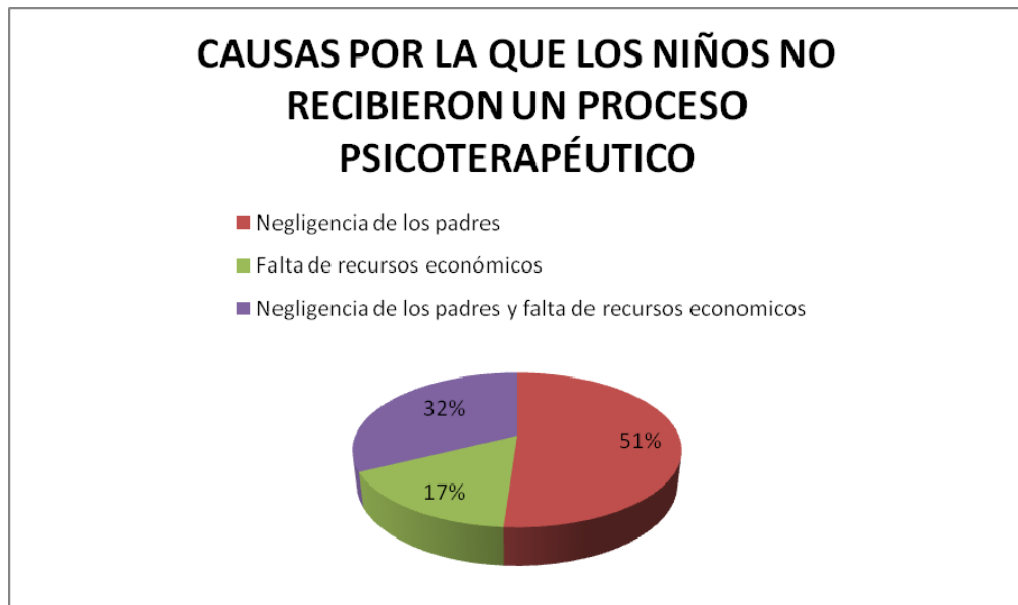


Gráfico N.7

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

**Interpretación:** Mencionan los profesores que entre las causas por las que los niños no asistieron a un proceso psicoterapéutico se tiene a: un 51% por negligencia de los padres, un 17% por falta de recursos económicos, mientras que un 32% es por causa tanto de negligencia de los padres y falta de recursos económicos.

**Análisis:** La causa con mayor porcentaje viene a ser la negligencia de los padres de familia, la despreocupación y desinterés mostrado al no ir a sesiones ni eventos de los niños de la escuela es un señal más de esa negligencia vivida en los hogares de los niños que asisten a las escuelas fiscales de Ambato. En un menor porcentaje se encuentra la falta de recursos económicos que de igual forma afecta a la probabilidad que el niño pueda asistir a un proceso psicoterapéutico ya que en el mercado el precio por una psicoterapia es en ocasiones elevado para este nivel socioeconómico.

8.¿Cree que es necesario la creación de un departamento de atención psicológica de calidad para niños a bajo costo?

NECESIDAD DE UN CENTRO PSICOTERAPÉUTICO INFANTIL DE CALIDAD A BAJO COSTO		
Si	235	99%
No	3	1%
Total	238	100%

Tabla N.8 Elaborado por María Auxiliadora Vásconez



Gráfico N.8

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

**Interpretación:** Ante la pregunta acerca de la creación de un centro psicoterapéutico infantil el 99% de los profesores afirmaron estar de acuerdo con ello, mientras que el 1% menciona no estarlo.

**Análisis:** Para la gran mayoría de los profesores de la ciudad de Ambato creen que es necesaria la creación de un centro de atención psicológica para niños que sea de calidad y a un precio inferior del que se ofrece en el mercado.

9.¿Considera importante el trabajo coordinado del docente, padres de familia y psicólogo para optimizar el desarrollo integral del niño?

IMPORTANCIA DEL TRABAJO TRANSDISCIPLINARIO (PROFESOR, PFFF Y PSICOLOGO)		
Si	237	99%
No	1	1%
Total	238	100%

Tabla N.9 Elaborado por María Auxiliadora Vásconez



Gráfico N.9 Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

**Interpretación:** Los profesores de las escuelas de Ambato que realizaron la encuesta en un 99% afirman la importancia del trabajo transdisciplinario para el mejor desarrollo integral del estudiante, mientras que el 1% niega esta importancia.

**Análisis:** El alto porcentaje extraído ante la afirmación de la importancia del trabajo transdisciplinario el momento de tratar con niños demuestra el interés de los docentes acerca del desarrollo integral del niño, aunque en un porcentaje bajo todavía se cuenta con docentes que no les interesa un trabajo en conjunto.

10. Podría indicar el número de talleres o charlas impartidas durante el año lectivo al personal docente sobre el desarrollo emocional de los niños y sugerencias sobre cómo enfrentar situaciones difíciles

CHARLAS O TALLERES ACERCA DEL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO PARA DOCENTES		
Ningún taller	150	63%
Un Taller	35	15%
Dos Talleres	45	19%
Tres Talleres	6	2%
Cinco Talleres	2	1%
TOTAL	238	100%

Tabla N.10 Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

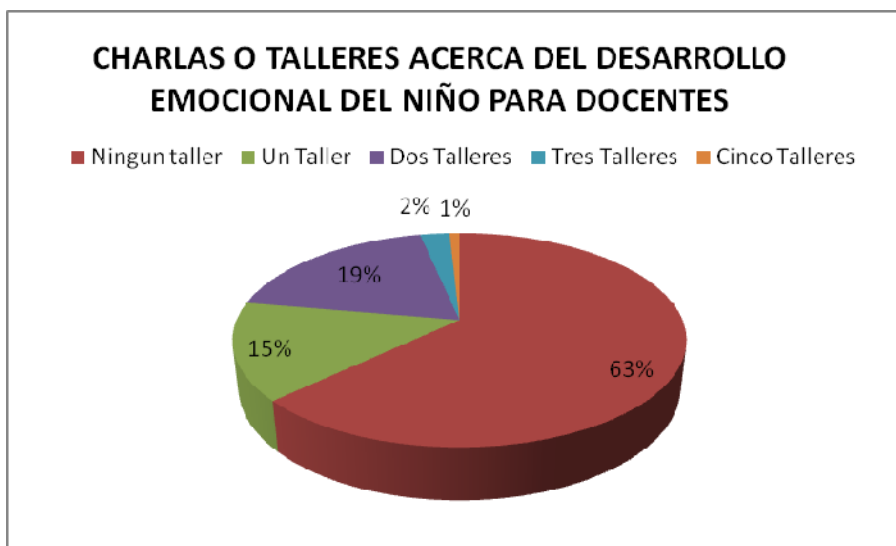


Gráfico N.10

Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

**Interpretación:** El 63% de los profesores de las escuelas fiscales de Ambato mencionan que no han recibido ninguna charla o taller al año acerca del desarrollo emocional del niño, seguido por 19% que afirman haber recibido 2 charlas o talleres en el año, luego viene el 15% que afirman haber recibido 1 charla o taller en el año, el 2% de los profesores afirman que han

recibido 3 talleres o charlas acerca del desarrollo emocional del niño en el año y por último el 1% de los profesores afirma haber recibido 5 talleres o charlas acerca del desarrollo emocional del niño en el año.

**Análisis:** Un considerable porcentaje de profesores de las escuelas fiscales de la ciudad de Ambato no han recibido ningún tipo de charla o taller acerca del desarrollo integral del niño por lo que la detección de conflictos o dificultades en su desarrollo integral son complicadas de detectar. Porcentajes menores afirman haber recibido de 1 a 5 charlas o talleres lo cual les ha permitido poder detectar conflictos y así remitirlos para su favorable pronóstico.

11. Podría indicar el número de talleres o charlas impartidas durante el año lectivo a los padres de familia sobre el desarrollo emocional de los niños y sugerencias sobre cómo enfrentar situaciones difíciles

<b>CHARLAS O TALLERES ACERCA DEL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO PARA PADRES DE FAMILIA</b>		
Ningún Taller	125	53%
De 1 a 2 talleres	52	22%
De 3 a 4 talleres	55	23%
De 5 a 7 talleres	6	2%
<b>TOTAL</b>	<b>238</b>	<b>100%</b>

Tabla N.11 Elaborado por María Auxiliadora Vásconez



Gráfico N.11 Elaborado por María Auxiliadora Vásconez

**Interpretación:** El 52% de los padres de familia de las escuelas fiscales de Ambato no han recibido ninguna charla o taller al año acerca del desarrollo emocional del niño, seguido por un 22% que han recibido de 1 a 2 charlas o talleres en el año, luego viene el 23% que han recibido de 3 a 4 charlas o

talleres en el año y por último el 3% de los padres de familia han recibido de 5 a 7 talleres o charlas acerca del desarrollo emocional del niño en el año.

**Análisis:** Un gran porcentaje de los padres de familia no han recibido ninguna información acerca del desarrollo emocional del niño, lo que se ve reflejado en la despreocupación y desinterés de los padres hacia el niño, ignorando el gran daño que están ocasionando. Porcentajes menores demuestran el interés de los profesores al impartir ya sea en las sesiones semestrales hablarles a los padres acerca del desarrollo emocional del niño para que así tengan un poco de conocimiento para ayudar a su evolución.

## CAPITULO IV

### 4. ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la encuesta muestran que: los 238 profesores entrevistados tienen a su cargo 8895 niños de los cuales el 16% muestran tener aparentemente problemas emocionales, de este resultado el 58% ha sido remitido a apoyo psicológico, de los cuales el 55% recibieron un proceso, de los niños que siguieron un proceso se vio en un 73% cambios positivos, en un 24% no hubo cambios y en un 3% cambios negativos. Las causas por las que el 54% de niños que no recibieron apoyo psicológico se tiene en un 51% por negligencia de los padres, en un 17% por falta de recursos económicos y por ambas causas en un 32%. Los docentes mencionan que en su clase las dificultades presentadas son: en un 34% dificultades familiares, en un 33% dificultades conductuales, en un 23% dificultades familiares y en un 10% dificultades familiares. En un 98% los docentes están de acuerdo que es necesario trabajar el área emocional del niño en clase, en un 99% los docentes están de acuerdo en la necesidad de creación de un departamento de atención psicológica infantil de calidad a bajo costo, el mismo porcentaje anterior de docentes están a favor de la importancia del trabajo transdisciplinario entre profesor, padre de familia, psicólogo y niño. Un considerable 63% de docentes no han recibido ninguna charla o taller relacionados al desarrollo emocional del niño y maneras de cómo afrontar las dificultades que se pueden presentar, un 15% afirman haber recibido 1 charla o taller en el año, un 19% que afirman haber recibido

2 charlas o talleres en el año, el 2% de los profesores afirman que han recibido 3 talleres o charlas acerca del desarrollo emocional del niño en el año y por último el 1% de los profesores afirma haber recibido 5 talleres o charlas acerca del desarrollo emocional del niño en el año. Los padres de familia en cambio el 52% no han recibido ninguna charla o taller al año acerca del desarrollo emocional del niño, seguido por un 22% que han recibido de 1 a 2 charlas o talleres en el año, luego viene el 23% que han recibido de 3 a 4 charlas o talleres en el año y por último el 3% de los padres de familia han recibido de 5 a 7 talleres o charlas acerca del desarrollo emocional del niño en el año.

Se puede observar que la falta de información y conocimiento de los docentes acerca del desarrollo emocional del niño no les permite detectar posibles dificultades emocionales que el niño puede estar sufriendo demostrado en la variedad de dificultades presentadas, sabiendo que estas dificultades pueden ser síntomas de posibles conflictos ya sea por crisis evolutivas (la entrada a la escuela y el destete) o por crisis circunstanciales (divorcio de padres, muerte de alguien cercano al niño). De igual forma la falta de información de los padres obliga a los mismos a utilizar mecanismos inadecuados para disciplinar a sus hijos siendo así unos guías perjudiciales para el desarrollo integral del niño. Se puede observar también que ante la escasa motivación sobre el desarrollo emocional del niño que existe en las escuelas fiscales de la ciudad de Ambato son bajos los casos remitidos a apoyo psicológico aun viendo ya los docentes que aparentemente el niño muestra problemas emocionales.

La apertura de los docentes a trabajar con el área emocional del niño a través de un trabajo transdisciplinario entre docente, padres de familia, psicólogo y niño así como las estadísticas anteriormente mencionadas permite dar paso a la conformación de un Departamento de Atención Psicológica Infantil en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, teniendo a continuación su normativa, estructuración y estatutos legales. Para la realización de la misma se contó con la participación y colaboración en conjunto de las practicantes del Consultorio de la PUCESA en el período Noviembre 2010 – Junio 2012 (Lorena Hurtado y María Augusta Cueva) y el Director del Departamento de Bienestar Estudiantil (Ps. Marco Mena), de igual forma, se tomó como base y referencia el reglamento interno del Centro de Psicología Aplicada de la PUCE Quito, teniendo en cuenta los cambios pertinentes para acercarlo a la realidad de la ciudad de Ambato.

## **NORMATIVA PARA LA CREACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL**

### **1. ANTECEDENTES**

La Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Quito), crea el Centro de Psicología Aplicada (C.P.A.), en el año de 1966, para formar a sus estudiantes y satisfacer la demanda tanto intra como extrauniversitaria, de atención psicológica en sus tres ramas impartidas: Psicología Clínica con Psicodiagnóstico individual; procesos de

Asesoramiento; psicoterapia: Individual, grupal, vincular. Psicología Organizacional en Asesoría para el correcto manejo del Recurso Humano, asesoramiento en procesos de capacitación, liderazgo, motivación, selección y entrevista personal y Psicología Educativa en Orientación y Consejería Grupal, orientación vocacional y profesional, diagnóstico y tratamiento de problemas de aprendizaje.

Ante el valioso ejemplo dado por la PUCE, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato (PUCESA), decide abrir el Consultorio Psicológico, en donde estudiantes de 9no y 10mo semestre de la Escuela de Psicología Clínica realizaron sus prácticas pre-profesionales (Noviembre 2010 – Junio 2011), para así cumplir la Universidad con su objetivo de aportar al desarrollo integral de la sociedad Ambateña. En el Consultorio Psicológico se ha prestado los servicios de: asesoría individual, familiar y grupal; terapia individual, talleres y charlas psicoeducativas, Psicodiagnóstico y entrevistas psicológicas.

Con la atención brindada por el Consultorio Psicológico de la PUCESA (Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato) en el Jardín de Infantes “Las Margaritas” (Febrero 2011 – Junio 2011), se ha podido observar a través de las evaluaciones realizadas a los niños una serie de rasgos que indican un elevado índice de conflictos emocionales los cuales llevan a problemas de aprendizaje y comportamiento. Los talleres brindados a madres de familia de la comunidad académica (personal administrativo) indicaron la necesidad de orientación con respecto a la crianza de sus hijos.

De igual forma los niños que han sido atendidos en el Consultorio Psicológico presentan problemas de aprendizaje y conducta en su mayoría, viéndose así el requerimiento de atención a esta parte importante de la comunidad que son los niños. La experiencia de diferentes universidades extranjeras que contaban con esta posibilidad y la valiosa experiencia de la Escuela con el Consultorio Psicológico, que significó un gran aporte para la formación de los estudiantes de Psicología Clínica con sus prácticas pre-profesionales, apoyaron los esfuerzos por crear este espacio de formación para los estudiantes, lo que finalmente se espera concretar en este año con la conformación del Departamento de Atención Psicológica Infantil que es parte del Centro de Psicología Aplicada.

## **2. JUSTIFICACION**

El Centro de Psicología Aplicada con su Departamento de Atención Psicológica Infantil tiene trazados como objetivos la formación de los futuros Psicólogos de la Carrera de Psicología Clínica de la PUCESA, como también el brindar un servicio de calidad a la comunidad.

Para cumplir su primer objetivo el Centro de Psicología Aplicada con su Departamento Infantil se conserva como un espacio en donde se realizan las prácticas preprofesionales de los estudiantes de 9no y 10mo de Psicología Clínica así como también prácticas de observación y evaluación a los niveles superiores de la carrera (5to-8vo) , en total concordancia con la misión de la PUCESA, que es el contribuir a la formación humana y profesional de sus

integrantes para satisfacer las necesidades de la colectividad. Por parte de la Escuela de Psicología es indispensable ofrecer a sus estudiantes un espacio de formación que les permita poner en práctica los conocimientos adquiridos, que les enfrente con su obligación profesional de una manera creciente y con el apoyo académico necesario de sus maestros, para lo cual el Centro de Psicología Aplicada con su Departamento de Atención Psicológica Infantil viene a ser un lugar propicio para cumplir estos objetivos.

De igual forma, la PUCESA a lo largo de su trayectoria ha considerado parte importante la vinculación con la comunidad, ofreciendo así también, a través del Centro de Psicología Aplicada con su Departamento de Atención Infantil, un servicio de calidad para la comunidad tanto intra como extrauniversitaria. Observándose nuevamente el aporte de la PUCESA para el desarrollo de la sociedad que cada día genera nuevas demandas.

La investigación realizada en los diferentes establecimientos educativos de la ciudad de Ambato acerca de la necesidad de atención psicológica en los niños, muestra alto grado de desconocimiento por parte de tutores y maestros de la ciudadanía infantil acerca del desarrollo emocional del niño y su manejo adecuado, también se obtuvo un alto índice de problemas tanto de aprendizaje como conductuales y familiares viéndose la necesidad de crear un lugar en el que se trabaje esta problemática. De igual forma ante las necesidades económicas de dicha población investigada se hace indispensable la ayuda a través de este servicio de atención psicológica por parte de la PUCESA a este sector poco favorecido de la ciudad.

Para ello, se ha comenzado en este trabajo la conformación del Departamento de Niños a través de un Plan Estratégico y Descriptivo, en el cual se ha puesto énfasis en los aspectos anteriormente mencionados. Es así que, en sus lineamientos, se han planteado las siguientes misión y visión:

### **2.1 Misión**

El departamento de Atención Psicológica Infantil brinda servicios de atención psicológica y de consultoría de alta calidad y excelencia profesional a niños, padres de familia, y educadores de la zona centro del país a costos inferiores a los del mercado, a fin de mejorar el bienestar de la comunidad. A través del Departamento de Psicología Infantil se podrán realizar las prácticas pre-profesionales de los estudiantes de Psicología de la PUCESA de esta forma contribuyendo con su formación integral.

### **2.2 Visión**

El Departamento de Atención Psicológica para niños, que forma parte del Centro de Psicología Aplicada, es una entidad líder y organizada de alta calidad, confianza y credibilidad; demostrado en los de servicios prestados, por su trabajo transparente; y su acertada contribución al mejoramiento del bienestar de la comunidad y a la formación de los estudiantes de Psicología de la PUCESA en el área infantil.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Generales:**

3.1.1 Brindar servicios de Atención Psicológica en el campo Infantil a la comunidad universitaria y extrauniversitaria de la zona centro del país.

3.1.2 Cooperar con la Escuela de Psicología en la formación de los estudiantes en el área infantiles, a través de las Prácticas Pre-profesionales.

3.1.3 Planificar y fortalecer la autogestión para el desarrollo del Centro.

#### **3.2 Específicos:**

3.2.1 Ofrecer atención, asesoría, Psicodiagnóstico y procesos psicoterapéuticos en el campo clínico infantil.

3.2.2 Desarrollar diversos proyectos de prevención primaria, secundaria y terciaria en el área de la Psicología Clínica Infantil.

3.2.3 Generar investigaciones de acuerdo a las problemáticas presentadas en la población infantil del Centro de Psicología Aplicada de la PUCESA.

3.2.4 Colaborar en las prácticas pre-profesionales en el área infantil, de acuerdo al pensum y a las políticas Académicas de la Escuela de Psicología.

3.2.5 Ejecutar, de acuerdo al pensum de la Escuela de Psicología y al Reglamento del Centro de Psicología Aplicada, el programa de prácticas

pre-profesionales en el Departamento de Psicología Infantil del Centro de Psicología Aplicada.

3.2.6 Establecer mecanismos de retroalimentación de las prácticas del Centro con los lineamientos teóricos de la Escuela.

3.2.7 Ampliar la promoción de los servicios que oferta el Departamento de Atención Psicológica infantil.

3.2.8 Desarrollar proyectos de consultoría y asesoramiento a la comunidad en el área infantil, autofinanciados a través de acuerdos con instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

3.2.9 Generar espacios de estudio para análisis de casos complejos del Departamento de Atención Psicológica infantil.

## **4. POBLACION BENEFICIARIA.**

### **4.1 Intrauniversitaria**

- Todos los estudiantes matriculados en la PUCESA.
- Personal Docente y su familia directa (cónyuge e hijos).
- Personal Administrativo y de Servicios y su familia directa (cónyuge e hijos).

### **4.2 Extrauniversitaria**

- Comunidad en general.
- Instituciones Gubernamentales y ONG's, a través de acuerdos de cooperación.
- Empresas públicas y privadas

## **5. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN**

El Departamento Psicológico Infantil está conformado por los siguientes estamentos: Director del Centro de Psicología Aplicada quien es el encargado del Departamento de Atención Psicología Infantil, Psicólogo de Planta, Profesionales Ocasionales, Secretaria (Centro de Psicología Aplicada), Practicantes Pre-profesionales y Voluntarios, que bajo la

coordinación de funciones constituyen el cuerpo institucional frente al que la comunidad universitaria y extrauniversitaria demanda sus servicios. Sus funciones se describen a continuación. La atención se brinda en el área de la Psicología Clínica Infantil.

### **5.1 Relación Con La Escuela de Psicología y Departamento de Bienestar Estudiantil**

El Departamento de Atención Psicológica infantil, que formará parte del Centro de Psicología Aplicada, facilita la formación de los estudiantes de la Escuela a través de las prácticas pre-profesionales, las cuales conjuntamente con la actividad de los profesionales, emiten la oferta de servicios de atención, asesoría y terapia como también la generación de proyectos que constituyen vías que posibilitan y contribuyen la sustentación del Departamento.

La relación con la Escuela tiene que dar cuenta de esta realidad en su gestión manteniendo una relación directa con el Centro de Psicología Aplicada, y por ende con el Departamento de Atención Psicológica para niños, en los temas que a continuación se exponen.

#### ***Dependencia con la Escuela de Psicología:***

- Nombramiento del Director del Centro de Psicología Aplicada, el cual será también el director del Departamento de atención psicológica infantil, para períodos de dos años, de los candidatos propuestos por Consejo de Escuela, al rector de la PUCESA.

- Consejo de Escuela aprobará la propuesta del Director del Centro para el nombramiento del profesional de planta y ocasionales, el Señor Director de Escuela solicitará su contratación a las instancias pertinentes de la PUCESA.
- Elaboración de Proyectos o trabajos específicos que la Escuela solicite al Centro de Psicología Aplicada.
- Las decisiones relativas al manejo de las prácticas y todo lo relacionado se toman en conjunto con el Director de Escuela, previo a un proceso de consultas a las partes pertinentes y pasan para su aprobación por Consejo de Escuela.

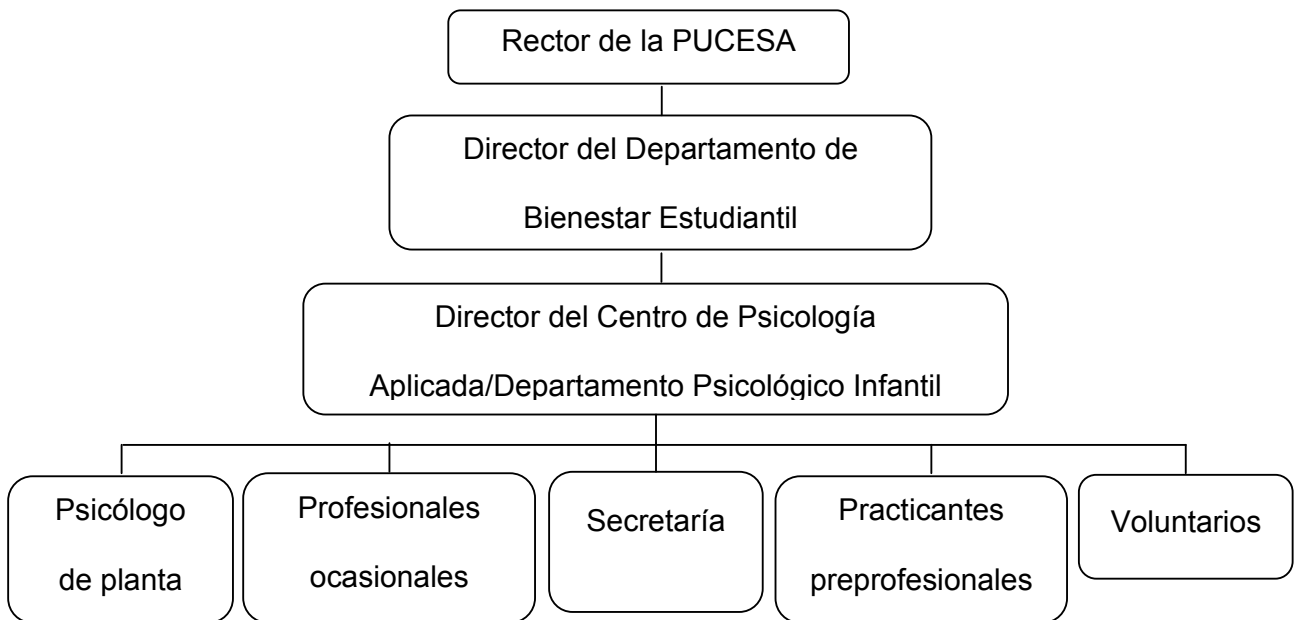
El Departamento de Atención Psicológica Infantil permite cumplir uno de los objetivos del Departamento de Bienestar Estudiantil de la PUCESA que es brindar un servicio integral al estudiante universitario, entre los cuales está el de dar atención psicológica a sus hijos, asesoramiento para padres entre otros. Es por ello que el Centro de Psicología Aplicada con su Departamento de Atención Infantil se encuentra dependiendo del Departamento de Bienestar Estudiantil.

### ***Autonomía***

- Planificación y organización de los servicios y uso del espacio físico.
- Elaboración y Ejecución del Presupuesto.

- Elaboración, mercadeo y ejecución de Proyectos de asesoría o investigación.
- Celebración de acuerdos de cooperación con Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales para la venta de servicios.

## 5.2 Estructura Organizacional



### **5.3 Servicios**

Psicodiagnóstico individual infantil

Asesoramiento a padres

Psicoterapia individual infantil

Talleres y Charlas

### **5.4 Recurso Humano**

#### ***5.4.1 Director***

Nombrado por el Rector de la PUCESA para períodos de dos años, de los candidatos propuestos por el Consejo de Escuela de Psicología. El Director del Centro de Psicología Aplicada es el encargado del Departamento de Atención Psicológica Infantil. En su perfil debe considerarse: ser psicólogo con capacidad para la gestión administrativa, tener respeto a diferentes enfoques teóricos, poseer conocimiento sobre proyectos, tener un buen manejo de las relaciones interpersonales.

#### **Funciones:**

- a) Fijar las políticas de atención a sus usuarios.
- b) Organizar el trabajo de las prácticas que se realicen en el Departamento.

- c) Informar a los supervisores sobre el desempeño de los practicantes dentro del Departamento durante el período de prácticas.
- d) Realizar una evaluación del desempeño de los estudiantes al finalizar cada semestre de prácticas.
- e) Velar por el respeto de la normativa interna del Departamento.
- f) Colaborar en la solución de problemas que eventualmente surjan en el trabajo de los practicantes dentro del Departamento.
- g) Fijar el costo de los servicios del Departamento de Atención Psicológica Infantil con el aval de las instancias pertinentes.
- h) Realizar convenios con instituciones públicas y privadas para la venta de los servicios del Departamento de Psicología Infantil.

#### ***5.4.2 Psicólogo De Planta***

Profesional en Psicología Clínica Infantil, contratado bajo la modalidad de profesor por la universidad.

#### **Funciones:**

- a) Brindar atención a los usuarios del Departamento de acuerdo a los servicios ofertados por el Departamento de Psicología Infantil.
- b) Colaborar con el Director en la planificación y diseño de modalidades de atención y otros proyectos del Departamento de Psicología Infantil como la realización de las prácticas preprofesionales en el departamento.

#### ***5.4.3 Profesionales Ocasionales***

Profesionales en Psicología Clínica Infantil, contratados bajo la modalidad de honorarios.

**Funciones:**

a) Atención a los usuarios del Centro de acuerdo a los servicios ofertados por el Departamento de Psicología Infantil

**5.4.4. Secretaria**

Personal específico contratado por la Universidad para el cargo. En su perfil debe constar: un manejo adecuado de programas informáticos, sensibilidad con las problemáticas sociales, formación extra en técnicas de manejo de crisis.

**Funciones:**

a) Mantener el contacto con los usuarios.

b) Dar información general del Departamento cuando es requerida.

c) Consignar datos iniciales sobre el usuario que demanda servicios.

d) Asignar las citas al usuario según la disponibilidad del mismo y del terapeuta o practicante.

e) Cobrar los honorarios a los usuarios.

f) Responsabilizarse de la conservación del material, del mantenimiento y cuidado del archivo, carpetas, tarjetas, registros, etc.

g) Transcribir documentos, memorándums, etc. que soliciten el Director y el profesional de planta; documentos solicitados por los supervisores en asuntos relacionados con el Departamento y certificados para los practicantes.

#### **5.4.5 Practicantes**

#### **TÍTULO I: DEFINICIÓN**

Se consideran practicantes a los estudiantes de Psicología que han cumplido con los requisitos exigidos por la Escuela para realizar las Prácticas Pre-profesionales, sus deberes y derechos están contemplados en el Reglamento de Prácticas.

#### **TÍTULO II: EVALUACION**

a) La evaluación de los practicantes por parte del Departamento de Atención Psicológica Infantil se hará según los parámetros de asistencia y cumplimiento de tareas como se señala en el título III de las sanciones.

c) Esta normativa se dará a conocer a los estudiantes al inicio del semestre.

#### **TÍTULO III: SANCIONES**

a) Las sanciones por inasistencias al Departamento de Psicología Infantil serán las siguientes:

En caso de no tener pacientes asignados:

- Cada inasistencia injustificada 1 punto menos.
- Se permitirá justificar solamente 3 inasistencias durante el semestre.
- Se tolerarán 5 atrasos de hasta 10 minutos. A partir del 6to atraso, pasado 10 minutos, 1 punto menos.

En caso de tener pacientes asignados:

- Se permitirá una sola justificación de faltas durante el semestre.
- Por cada falta un punto menos.
- Por cada 3 atrasos pasado 10 minutos 1 punto menos.
- Si en la primera cita tiene un atraso de 10 minutos se le asignará el caso a otro practicante o terapeuta y se sancionará con 1 punto menos.

En general:

Todo atraso que exceda los 30 minutos cuenta como falta injustificada y será sancionado según lo establecido anteriormente los estudiantes deberán llenar los registros de pacientes según las instrucciones que les dará su tutor asignado del Departamento; por cada 5 incumplimientos en los registros, se le sancionará con 1 punto menos a la nota.

Cada incumplimiento a las siguientes normas será sancionado con amonestación escrita:

- Normas de cortesía (saludo a pacientes y personal de atención a los usuarios del Departamento de Psicología Infantil).

- Normas internas y políticas de atención del Departamento de Psicología Infantil.
- Manejo correcto de la documentación del Departamento de atención a los usuarios del Departamento de Psicología Infantil (registros, carpetas)
- Empleo correcto de los materiales del Departamento de Psicología Infantil (papelería, material de juego, tests, libros, computadoras, teléfonos)
- Empleo correcto de las instalaciones del Departamento de Psicología Infantil (cubículos, salas de espera).

*Por cada tres amonestaciones, se sancionará con un punto menos.*

b) Las sanciones por incumplimiento de las normas del Departamento de Psicología Infantil o al código ético serán las que se establecen en el Reglamento General de Estudiantes.

#### **5.4.6 Voluntarios**

##### **TÍTULO I: DEFINICIÓN**

Se consideran VOLUNTARIOS a las personas que libre y desinteresadamente desean trabajar en el Departamento de Atención Psicológica Infantil debiendo cumplir actividades y funciones específicas establecidas por esta institución. Este trabajo se lo realizará con la asesoría y el control de un Supervisor y se llevará a cabo en el Departamento de Atención Psicológica Infantil.

## **TÍTULO II: DISPOSICIONES GENERALES:**

### **REQUISITOS PARA SER VOLUNTARIO**

1. Presentar una solicitud dirigida al Director del Departamento de Atención Psicológica Infantil.
2. Currículum Vitae.

### **DEBERES Y DERECHOS**

Los deberes específicos del voluntario serán establecidos según la tarea que le sea asignada.

De manera general sin embargo, deberá cumplir con lo siguiente:

#### **1. DEBERES**

- a. Asistir en forma puntual y obligatoria a las sesiones programadas para las actividades asignadas.
- b. Cumplir el horario, funciones y disposiciones del Departamento de Atención Psicológica Infantil.
- c. Reportar al supervisor respectivo sobre el desenvolvimiento de la tarea asignada.
- d. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor
- e. Respetar las normas del Departamento de Atención Psicológica Infantil.

f. Llevar un registro diario de campo del desenvolvimiento de sus actividades y reportarlo al Supervisor.

## **2. DERECHOS**

a. Ser asesorado y guiado por un supervisor, para asegurar la eficiencia de la tarea.

b. Conocer con anterioridad las tareas que le serán asignadas durante su tiempo de colaboración

c. Ser informado sobre los aspectos positivos y negativos de su desempeño.

d. Ser provisto del material necesario para realizar su tarea, así como también de un espacio apropiado y cómodo.

## **TÍTULO III: DE LAS SANCIONES**

Las sanciones podrán darse por las siguientes causales:

1. No respeto de los horarios.
2. Incumplimiento de las tareas asignadas.
3. Faltas a la ética.

Las sanciones serán las siguientes:

1. Notificación verbal sobre la falta cometida y el pedido de rectificación.
2. Notificación escrita sobre la falta cometida y el pedido de rectificación.
3. Retiro definitivo.

### **5.5 Políticas De Atención**

- El Departamento de Atención Psicológica Infantil brinda un espacio a los estudiantes de psicología clínica de 9no y 10mo semestre con el fin de que cumplan sus prácticas pre-profesionales, a razón de 20 horas semanales por estudiante.
  
- El Departamento de Atención Psicológica Infantil brinda un espacio a los estudiantes de psicología clínica de 5to a 8vo semestre con el fin de que realicen observaciones/evaluaciones/Psicodiagnósticos con el previo permiso pedido al Director del Centro/Departamento por parte del profesor/a que asigna la tarea.
  
- La cobertura de servicios se organiza de acuerdo a la procedencia de la demanda: la comunidad intrauniversitaria es atendida por el profesional de planta y la extrauniversitaria por los practicantes, salvo en casos específicos que por su complejidad son también tratados por el profesional de planta o por los profesionales ocasionales. También por motivos de horarios y cantidad de demanda podrán asignarse casos de la comunidad extrauniversitaria al psicólogo de planta o profesionales ocasionales.
  
- La asignación de los pacientes se hará por disponibilidad horaria de los terapeutas y practicantes; en caso de que un usuario pida ser atendido por una persona específica, deberá exponer las razones al Director quien decidirá de la validez de la demanda.

- No se da tratamiento a niños con trastornos psiquiátricos severos, drogadicción en fase aguda, personas con discapacidad visual o auditiva, desórdenes del desarrollo, ya que necesitan tratamiento altamente especializado. Para el tratamiento específico se derivará pertinentemente este tipo de casos. El Departamento de Psicología Infantil podrá brindar terapia de apoyo en estos casos.
- Los casos son manejados con estricta confidencialidad.
- Los costos practicados en el Departamento de Psicología Infantil son siempre inferiores a los practicados en las consultas particulares (entre un 50-70%). Los costos son revisados anualmente según la inflación.
- Todo paciente es informado del compromiso de pagar las sesiones a las que no asiste, ya que implican al terapeuta el mantenimiento de la espera. Los únicos casos en los cuales se hará excepción y la persona no pagará son: casos de fuerza mayor y citas anuladas con 3 días mínimos de anticipación. El paciente es esperado hasta cuando se producen dos inasistencias, momento a partir del cual el terapeuta o practicante informa al paciente de la pérdida de su cupo de atención, salvo en casos especiales en los cuales, previo análisis y reporte al director del Centro (que es también director del Departamento de Atención Psicológica), el terapeuta podrá decidir continuar con la atención aunque haya un número más elevado de inasistencias.
- El terapeuta o practicante al haber adquirido un compromiso de trabajo terapéutico, está obligado a reponer toda sesión a la que no asistió sin

avisar. En el caso de los practicantes, siempre que se presenten irregularidades en este aspecto (atrasos frecuentes, inasistencias, etc.) estas serán materia de supervisión y a nivel de lo administrativo son objeto de notificación.

- Los procesos terapéuticos en el área clínica corresponden a terapias breves, es decir de una duración promedio de 10 sesiones. En los casos que se requieran, el proceso puede prolongarse por decisión del terapeuta o, en caso del practicante, por decisión conjunta con su supervisor. Esta prolongación deberá ser comunicada al Centro (secretaría) para su registro y la debida justificación deberá ser agregada al informe final del caso.

- De ninguna manera los practicantes pueden suspender la atención de un paciente por conveniencia personal o derivar los casos cuando se está terminando el semestre. Cada proceso debe ser asumido con responsabilidad por los practicantes y deberá culminarse solamente por razones de índole terapéutico.

- Para la atención psicológica con niños primero se deberá tener una cita previa con los padres/tutores.

- Los padres/tutores del niño que requiere el servicio deberán firmar un compromiso que indique su responsabilidad en la cooperación con el proceso del niño en cuanto a cumplimiento de horario, asistencia a sesiones de devolución de información y asesoramiento.

- El terapeuta o practicante tiene la obligación de explicar el compromiso a los padres/tutores.

- En el caso de niños que aún no han desarrollado control de esfínteres los padres/tutores deberán esperar afuera del consultorio mientras dure la sesión.

### **5.6 Recursos Físicos**

UBICACIÓN.- El Departamento de Atención Psicológica Infantil, se encuentra ubicado en la Av. Manuelita Saenz Sector el tropezón, en el subsuelo del Edificio de las Carreras de Ingeniería en Sistemas, Psicología y Diseño, y cuenta con el siguiente espacio: Oficina de la Dirección, Secretaría y sala de espera, 1 consultorio para terapia individual infantil en donde se encuentra de igual forma la sala de juegos.

El mobiliario indispensable, 1 computador, 1 computador portátil, 1 impresora y 1 línea telefónica interna perteneciente al Centro de Psicología Aplicada.

### **5.7 Código Ético Y Aspectos Legales**

En todo lo relativo al trabajo dentro del Departamento de Psicología Infantil en los aspectos éticos y legales, el Departamento se remite a:

- La Ley de la Federación Ecuatoriana de Psicólogos Clínicos para el Ejercicio, Perfeccionamiento y Defensa Profesional, emitida por decreto # 3727 del Consejo Supremo de Gobierno y publicada en el Registro Oficial # 2 del 14 de agosto de 1979; reformada por la Función Legislativa; aprobada por el Ejecutivo y publicada en el Registro Oficial # 493 del 5 de agosto de 1986.
- El reglamento general a la Ley de la Federación Ecuatoriana de Psicólogos Clínicos para el Ejercicio, Perfeccionamiento y Defensa Profesional, emitida por decreto # 838 de la Presidencia de la República y publicada en el Registro Oficial 3 238 del 7 de mayo de 1982; reformado por la Función Ejecutiva mediante decreto # 453 y publicado en el Registro Oficial # 133 del 21 de febrero de 1989.
- Los Estatutos de la Federación Ecuatoriana de Psicólogos Clínicos, emitidos por acuerdo Ministerial #321 del Ministerio de Salud Pública y publicada en el Registro Oficial #188 del 24 de febrero de 1982; reformados por el Ministerio de Salud Pública mediante acuerdo # 10720 y publicados en el Registro Oficial #985 del 25 de julio de 1988.
- El Código de Ética Profesional de la Federación Ecuatoriana de Psicólogos Clínicos.
- El Código de la Niñez y Adolescencia aprobado por el Congreso Nacional en el 23 de diciembre de 2002 y publicado en el Registro Oficial # 737 del 3 de Enero de 2003

## **5.8 El Pago**

Los servicios que ofrece el Departamento de Psicología Infantil, son pagados de acuerdo a tarifas existentes, fijadas de acuerdo a los niveles económicos de las personas, manteniéndose siempre de un 50 a un 70% más bajas que en la atención particular.

Se ha establecido en coordinación con la Dirección de Estudiantes, una tarifa diferenciada de acuerdo a la procedencia de la demanda.

Cuando se trate de Proyectos de Asesoría y Apoyo a la comunidad, se establecerán los costos siempre a niveles más bajos que los que se cobra en la práctica privada.

En la modalidad de convenios, los costos y la forma de pago se establecerán en consenso con cada una de las instituciones con las que se realicen convenios.

Los costos de la comunidad extrauniversitaria son revisados anualmente en el mes de enero según la inflación acumulada del año anterior y publicado por el Banco Central del Ecuador. Los costos de la comunidad intrauniversitaria son revisados anualmente también en el mes de enero según el incremento de los aranceles en el semestre en curso, y lo correspondiente a estudiantes es enviado para visto bueno al Departamento de Bienestar Estudiantil.

## **5.9 Los Horarios**

El Departamento de Psicología Infantil, tiene un horario de atención de 9h00 a 13h00 y de 14h30 a 18h00, de lunes a viernes.

Todas las personas vinculadas al Departamento están obligadas a cumplir con el horario fijado dentro de los límites temporales mencionados.

### **5.10 Vacaciones**

El Departamento de Psicología Infantil se ajusta al calendario de actividades de la Universidad. Las fechas relativas a vacaciones, feriados y/o suspensiones que interfirieren en la actividad asistencial pueden ser comunicadas y trabajadas con los pacientes con anterioridad. Otras suspensiones que corresponden a decisiones de último momento serán manejadas con los pacientes con posterioridad al hecho. Después de vacaciones y ante la eventual ausencia de los pacientes a pesar de haber establecido la fecha para reiniciar, cada terapeuta o practicante los contactará para conocer el motivo de la ausencia y tomar una decisión en ese caso.

### **5.11 Uso Del Espacio**

El Departamento de Psicología Infantil reglamenta la relación del personal asistencial con quienes requieren atención a través de la distribución de

salas, consignando y determinando el uso que se debe dar a los espacios, consultas, sala de juego, salas de supervisión, áreas de recepción etc. tal como aparecen consignados a continuación:

1. La sala de recibo del Centro está reservada para los pacientes, familiares de los pacientes que esperan ser atendidos; así como también para los practicantes, voluntarios que tienen que esperar a pacientes, hacer uso de los servicios de secretaría o esperar la iniciación de las reuniones de Supervisión de cada Área. Por lo tanto no es un espacio para actividades sociales, ni estudiantiles, ni un lugar en el que se vierta información de ninguna naturaleza. Pacientes y terapeutas necesitan ser respetados y respetar ese espacio.

2. En el corredor interno, la circulación en el Centro y los accesos a los consultorios y salas de trabajo está reservado para el personal asistencial del Centro por ende del Departamento de Psicología Infantil y los pacientes o familiares.

Sólo bajo autorización específica el Director del Centro, las salas son usadas por estudiantes para la realización de otras tareas académicas.

3. Los cubículos están reservados para tareas asistenciales (diagnósticas y terapéuticas exclusivamente) al igual que la Sala de juego, cuya reglamentación consta a continuación.

4. El aula de está reservada para tareas de supervisión, docente, y trabajo relacionado con el Departamento de Psicología Infantil.

En consecuencia los espacios especificados arriba no podrán ser utilizados para otras actividades

#### ***5.11.1 Normas Para El Uso De La Sala De Juego***

La sala de Juego podrá ser utilizada para sesiones de diagnóstico, como la hora de juego individual, o sesiones de terapia en el trabajo con Niños. Eventualmente, se podría utilizar también con pre-adolescentes, por tratarse de un ambiente más permisivo y relajado. Para su correcta utilización se deberán tomar en cuenta los siguientes aspectos:

1. El practicante o terapeuta que vaya a utilizar las Salas de Juego deberán reservar con 24 horas de anticipación, con la Secretaria. Sin previa reservación, podrá ser usada siempre y cuando se encuentre libre. Tendrán prioridad las personas que han reservado.
2. Se debe dejar el lugar como se lo encontró, procurando que los niños y padres no destruyan el mobiliario con agua y otros materiales dañinos.
3. Una vez desocupada la Sala no deben quedar trabajos de dibujo, plastilina o restos que incomoden a las otras personas que vayan a usar el mismo lugar.
4. El Departamento de Psicología Infantil dispone de muñecos sexuados, en caso de necesitarlos deberán ser solicitados a la Secretaria. El correcto manejo y cuidado de los mismos es de absoluta responsabilidad del practicante.

5. En caso de degradación del espacio o de los materiales su reposición será responsabilidad del practicante o terapeuta, salvo cuando la degradación se deba al desgaste normal por el uso.

#### ***5.11.2 Normas Para El Uso De La Computadora Portátil***

La computadora podrá ser utilizada únicamente para trabajo relacionado con las prácticas como: elaboración y/o corrección de informes, proyectos, productos entre otros.

Para su correcta utilización se deberán tomar en cuenta los siguientes aspectos:

1) La computadora está disponible para ser usada máximo 45 minutos por cada estudiante, una vez por semana, fuera de las horas en las que tiene programado atención a pacientes (salvo en los casos que se confirme que no tiene paciente asignado). El estudiante que utilice la computadora un tiempo inferior no tiene derecho de hacer otra reserva semanal por el tiempo sobrante.

2) El practicante que vaya a utilizar la computadora deberá reservar con 24 horas de anticipación, con la Secretaria. Sin previa reservación, podrá ser usada siempre y cuando se encuentre libre. Tendrán prioridad las personas que han reservado.

3) Al momento de ser usada, la computadora será entregada en perfecto estado de funcionamiento y de limpieza al estudiante; esto será verificado por la Secretaria delante del estudiante.

- 4) Al momento de la devolución de la computadora por parte del estudiante, se verificará de nuevo el estado de limpieza y de funcionamiento.
- 5) El estudiante es totalmente responsable de lo que suceda con la computadora durante el tiempo que él la ha reservado. El correcto manejo y cuidado de la máquina es de absoluta responsabilidad del practicante.
- 6) El estudiante no podrá dejar en manos de terceras personas la computadora, y en caso de hacerlo, será responsable de lo que suceda con el material.
- 7) En caso de degradación constatada de la computadora su reparación será de responsabilidad del practicante.
- 8) Por ningún motivo la computadora portátil saldrá del Departamento de Psicología Infantil ni se moverá del espacio en donde se encuentra fijada.
- 9) Esta máquina será de estricto uso para trabajos relacionados con el Departamento de Psicología Infantil (informes).

## **5.12 Uso De Los Enseres Y Materiales**

**1. USO DEL TELEFONO.** Está reservado para el personal docente, administrativo y asistencial del Centro, y para realizar comunicaciones que tienen relación con las funciones antes mencionadas.

**2. MATERIAL DE PAPELERIA.** Los recursos de material de papelería son pedidos a la oficina de Suministros para uso del Departamento de Psicología Infantil exclusivamente.

**3. ARCHIVOS, CANCELES, ESTANTES.** Están destinados para el material de trabajo y material de pacientes (reservado y confidencial), y sólo el personal autorizado tiene acceso a ellos. Dentro de cada carpeta constara: el código del paciente, historia clínica, test psicológicos aplicados, planificación general y diaria del proceso, trabajos terapéuticos realizados en las sesiones.

**4. USO DE LA COMPUTADORA.** Está reservado para el personal docente, administrativo y asistencial del Centro.

### **5.13 Registros Del Departamento**

**1. CARPETAS DE CASOS.** Cada terapeuta/ practicante accede sólo a las carpetas de sus pacientes, y para ello tiene la obligación de conocer el código de registro asignado al caso. El contenido de la carpeta es de responsabilidad del terapeuta. Al terminar con un caso, y/o al finalizar el semestre, deberá completarse la carpeta con un informe que siga el formato empleado en el Departamento de Psicología Infantil. En ningún momento está permitido que las carpetas salgan del Centro.

**2. REGISTROS DE SECRETARÍA.** Los registros de secretaría (de horarios, terapeutas, asistencia, etc.) son de acceso exclusivo del personal de secretaría.

**3. REGISTROS DE ASISTENCIA DE PACIENTES/ PRACTICANTES.** Los mencionados registros deben de ser llenados obligatoriamente por los practicantes, según las directivas que se les da a inicios del semestre.

**4. ENCUESTAS DE SATISFACCION DEL CLIENTE.** Estas encuestas deben ser entregadas a todos los usuarios que finalizan un proceso en el Departamento de Psicología Infantil obligatoriamente.

## **CAPITULO V**

### **5. Conclusiones y Recomendaciones**

#### **5.1.1. CONCLUSIONES**

- En el desarrollo evolutivo de la infancia puede presentarse varios tipos de dificultades tanto en el mundo externo del niño (ambiente) como en su mundo interno (emociones), generando conflictos en su desarrollo integral que más tarde pueden seguir evolucionando en trastornos o patologías más complejas sino se las toma en cuenta a tiempo y se deja pasar los síntomas mostrados por el niño.
- Los trastornos psicológicos de la infancia tienen sus orígenes en factores genéticos, orgánicos/funcionales, ambientales, relaciones paternofiliales, sociales y culturales. Al momento de realizar un diagnóstico es necesario analizar cada uno de los factores anteriormente mencionados.
- Los acontecimientos traumáticos no resueltos o no elaborados que son vividos en la infancia suelen repercutir por el resto de la vida de la persona. El niño forma su estructura psíquica a través de las experiencias vividas y la interpretación de las mismas, esta interpretación es realizada a través de los esquemas mentales

implantados en el niño. En frecuentes ocasiones son estos errores de interpretación (que son inconscientes), los causantes de que el acontecimiento no sea resuelto y se muestre como un obstáculo en la vida de la persona.

- Es necesario trabajar psicológicamente con el niño ante cualquier tipo de crisis evolutivas o circunstanciales que le esté sucediendo en su desarrollo integral ya que frecuentemente en los niños su cuerpo (y con él su comportamiento y actitudes) es su lenguaje, lenguaje que está comunicando que uno de sus sistemas no se encuentra en armonía y presenta conflicto.
- Las crisis evolutivas tienden a ser una oportunidad para crecer y que el niño de desenvuelva de mejor manera en su desarrollo, es el niño con la ayuda de los padres que va superando la crisis y la aprovecha de la mejor manera.
- Varias dificultades o trastornos frecuentes en niños escolares como los trastornos de aprendizaje y conductuales están fuertemente ligados a conflictos emocionales como relaciones patológicas con los padres (trastornos vinculares), separación de los padres o muerte de algún familiar cercano al niño, apego inseguro, escasa atención al niño en el hogar y falta de seguridad.

- Con la conformación del Departamento de Atención Psicológica Infantil se da paso a la creación del Centro de Psicología Aplicada de la PUCESA, ya que forma parte del mismo.
- La conformación del Departamento de Atención Psicológica Infantil a través de sus servicios (de procesos psicoterapéuticos, asesoría para padres y maestros, Psicodiagnósticos, charlas y talleres); brindará atención psicológica de calidad a la demanda de la comunidad infantil intra y extrauniversitaria de la ciudad de Ambato.
- A través del servicio brindado en el Departamento de Atención Psicológica Infantil, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato cumple con su visión de contribuir en el desarrollo social.

### 5.1.2. RECOMENDACIONES

- Ante la gran demanda de Atención Psicológica Infantil de la ciudad de Ambato se crea el departamento de Atención Psicológica Infantil en el CPA de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato.
- Realizar convenios con instituciones educativas primarias para que a través de las charlas o talleres ofertados por el Departamento de Atención Psicológica Infantil de la PUCESA los maestros y padres de familia de dichas instituciones se informen y adquieran el conocimiento básico sobre el desarrollo emocional del niño y mecanismos para afrontar crisis evolutivas o circunstanciales del mismo.
- Tomar en cuenta los cambios de comportamiento y actitud del niño ya que estos síntomas pueden estar hablando de sus conflictos emocionales causados ya sea por crisis evolutivas o circunstanciales.
- Observar con detenimiento los factores causales del trastorno presentado para dar un diagnóstico adecuado y así un tratamiento que permita el desarrollo integral del niño, para ello el psicólogo clínico puede utilizar herramientas como la observación clínica,

entrevistas psicológicas, test sicométricos y proyectivos, historia clínica, etc.

- Persuadir a la persona a dar una nueva perspectiva al acontecimiento traumático de su infancia ya que esto le permite el entendimiento y aceptación del hecho, lo cual lleva a la persona a sentir alivio (el entender algo da alivio), y situarse en otra posición de la que se encontraba la cual le ocasionaba conflicto.
- Una intervención psicoterapéutica adecuada ante una crisis permite al niño elaborar la situación y con ello se crea seguridad y confianza en sí mismo sin interrumpir su crecimiento emocional e integral.
- La detección temprana de los trastornos psicológicos del desarrollo infantil permite que el trastorno no siga avanzando y con ello el sufrimiento del niño.
- Promocionar los servicios ofertados por el Departamento de Atención Psicológica Infantil de la PUCESA, para que de esta manera los demandantes conozcan que cuentan con un centro psicológico de calidad y a bajo costo orientado al servicio a la comunidad.

## 6. MATERIAL DE REFERENCIA

### 6.1.1. BIBLIOGRAFÍA

- Almonte Carlos, Dorrea Alfonso, Montt María Elena y otros., Psicopatología del niño y del Adolescente, Editorial Mediterráneo, Chile, 2003.
- Allen Israel., Wicks-Nelson Rita, Psicopatología del niño y del adolescente, Tercera Edición, Editorial Pearson Educación, España, 1999.
- Balarezo Lucio, Mancheno Santiago, Guía para el diagnóstico psicológico clínico y neuropsicológico, Primera Edición, UNIGRAF, Ecuador, 2003.
- Chaman Gary, Camphell Ross, Los 5 Lenguajes del Amor de los niños, Valdés A., Primera Edición, Colombia, EditorialUnilit, 1998.
- Documento Reglamento C.P.A. PUCE
- Drescher John., Siete necesidades básicas del niño, España, Editorial Mundo Hispano, 1983.
- Dulce V., Manual de terapia Infantil Gestáltica, Editorial Paidos, 1999.
- Editorial Jurídica del Ecuador, Código de la Niñez y Adolescencia, Edición 2010, Ecuador, 2010.
- Freud Signund, Obras completas Tomo II, Buenos Aires – Argentina, Editorial El Ateneo, 2008.
- Greenspan Stanley, El crecimiento de la Mente, Barcelona, Editorial Paidos, 1997.
- Harris Marvin, Teorías Naturales de la Mente, Inglaterra, Editorial Blackwell, 1991.

- Hart Archibald, Hijos con estrés, España, Grupo Editorial Ceac, 1994.
- López Juan José, DSM-IV-TR Brevario Criterios y Diagnósticos, Barcelona, Editorial Masson, 2005.
- Law Nolte D., Cómo Inculcar Valores a sus hijos, Segunda Edición, España, Editorial Plaza Janés, 1998.
- Maisto Albert A., Psicología, Ortiz E., Duodécima Edición, México, Editorial PEARSON Educación, 2005.
- Maslow Alfred, Motivación y Personalidad, España, Ediciones Díaz de Santos, 1991.
- Minuchin Salvador, Rosman B., "Familias Psicossomáticas: Anorexia Nerviosa", Cambridge, 1978.
- Papalia Diane, Psicología del desarrollo de la Infancia y Adolescencia, Novena Edición, Colombia, Editorial Mc Graw Hill, 2005.
- Rogers Carl R., Psicoterapia centrada en el cliente, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1977.
- Steiner Rudolf, Lindenberg Christoph, Los doce sentidos del ser humano, México, Editorial Pau de Damasco, 1909.
- Segal Hanna, Introducción a la obra de Melanie Klein, Friedenthal Hebe, Barcelona, Editorial Paidós, 1999.
- Spitz René, El primer año de vida del niño, Editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1979.
- Swedo Susan, Rapoport Judith, Desorden Obsesivo Compulsivo en niños y Adolescentes, Estados Unidos, Arch Gen Psych, 1989.
- Vigotsky Lev, El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores, Barcelona, Editorial Critica, 1979.
- Apuntes de la materia de Psicodiagnóstico, 2008.

- Apuntes de la materia Psicopatología del Desarrollo, 2008.

#### Linkografía:

- All Family Resources., Que Es La Psicoterapia De Niños Y Adolescentes, www. Familimanagement.com., Washington D.C., Mayo 2011 Extraído de: <http://www.familymanagement.com/facts/spanish/apuntes53.html>
- Baccino Soledad, ¿Que es la Psicoterapia Cognitivo Conductual?, www.clinicapsinco.com., Montevideo, Mayo 2011, Extraído de: [http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia\\_cognitivo\\_conductual.htm](http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm)
- Brauer Alicia, Desarrollo evolutivo y Neurociencia, www.educacionparatodos.com., Ecuador, Septiembre 2010, Extraído de: [//www.educacionparatodos.com/pdf/educacioninicial/AliciaBrauer-DesarrolloyNeurociencia.pdf](http://www.educacionparatodos.com/pdf/educacioninicial/AliciaBrauer-DesarrolloyNeurociencia.pdf)
- Grupo Consciencia Holistica, Terapia Holistica, www.holistica.com., Mexico, Mayo 2001, Extraído de: [http://www.holistica.com.mx/t\\_holis.html](http://www.holistica.com.mx/t_holis.html)
- Kimelman Mónica, Psicopatología del Bebé, www.apfem.com., Chile, Septiembre 2011, Extraído de [http://www.apfem.com/articulodelmes/09-11/psicopatologia\\_del\\_bebe.pdf](http://www.apfem.com/articulodelmes/09-11/psicopatologia_del_bebe.pdf).
- Miller Matilde, Teoría de las Relaciones Objetales, www.robertexto.com., Argentina, Mayo 2011, Extraído de [http://www.robertexto.com/archivo7/rel\\_objetales.htm](http://www.robertexto.com/archivo7/rel_objetales.htm)
- Decreto Supremo No. 3727., Ley De La Federación Ecuatoriana De Psicólogos Clínicos Para El Ejercicio, Perfeccionamiento Y Defensa Profesional, www.galeno21.com., Ecuador, Extraído de <http://www.galeno21.com/SECCIONES%20DE%20APOYO/NOVEDADES/a16.htm>
- Decreto No. 838., Reglamento General A La Ley De La Federación Ecuatoriana De Psicólogos Clínicos Para El Ejercicio, Perfeccionamiento Y Defensa Profesional, www.galeno21.com., Ecuador, Extraído de <http://www.galeno21.com/SECCIONES%20DE%20APOYO/NOVEDADES/a30.htm>

- Uribe Daniel, Gómez Mónica, Aragon Olber, Teoria de la Mente: Una revisión acerca del desarrollo del concepto, www.funlam.edu.co., Colombia, Septiembre 2011, Extraído de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/9/1>

### 6.1.2. GLOSARIO

**Dislateralidad:** Dificultad en la preferencia espontánea en el uso de los órganos situados al lado derecho o izquierdo del cuerpo, como los brazos, las piernas, etc.

**Disfasia:** Anomalía en el lenguaje causada por una lesión cerebral.

**Afasia:** Pérdida o trastorno de la capacidad del habla debida a una lesión en las áreas del lenguaje de la corteza cerebral.

**Mutismo:** Silencio voluntario o impuesto.

**Enmascarar:** Encubrir, disfrazar.

**Disartria:** Dificultad para la articulación de las palabras que se observa en algunas enfermedades nerviosas.

**Diglosia:** Disposición de la lengua en forma doble o bífida.

**Sintáctico:** Perteneciente o relativo a la sintaxis

**Sintaxis:** Parte de la gramática que enseña a coordinar y unir las palabras para formar las oraciones y expresar conceptos.

**Adrenérgico:** Perteneciente o relativo a la transmisión nerviosa que utiliza como neurotransmisor la adrenalina.

**Serotoninérgicos:** Fibras nerviosas que dependen de la actividad del neurotransmisor llamado serotonina.

**Cromosomopatía:** Patología de los cromosomas.

**Polimorfos:** Cualidad de lo que tiene o puede tener distintas formas.

**Autoritarismo:** Actitud de quien ejerce con exceso su autoridad.

**Hipofisiario:** Relativo a la glándula hipófisis.

**Aglutinamiento:** Unir, pegar una cosa con otra.

**Premórbida:** Anterior al apareamiento de la patología.

**Hacinamiento:** Acción y efecto de hacinar.

**Hacinar:** Amontonar, acumular, juntar sin orden.

**Estridente:** Dicho de un sonido: Agudo, desapacible y chirriante.

**Apnea:** Falta o suspensión de la respiración

**Sedimento** Materia que, habiendo estado suspensa en un líquido, se posa en el fondo por su mayor gravedad.

**Ulteriores:** Que se dice, sucede o se ejecuta después de otra cosa.

**Idiopático:** Sin causa aparente.

**Hipertónicos:** Dicho de una disolución: Que tiene mayor presión osmótica que otra con la que se compara.

**Concomitancia:** Acción y efecto de acompañar una cosa a otra, u obrar juntamente con ella.

**Alopecias:** Caída o pérdida patológica del pelo.

**Cefalálgico:** Persona que padece de dolor de cabeza.

**Alérgeno:** sustancia que provoca reacción alérgica

**Hito:** Unido, inmediato.

**Hemiplejia:**Parálisis de todo un lado del cuerpo.

**Interjecciones:** Clase de palabras que expresa alguna impresión súbita o un sentimiento profundo, como asombro, sorpresa, dolor, molestia, amor

**Circunloquios:** Sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas

**Manierismos:** Movimientos expresivos sin naturalidad.

**Renuente:** Indócil, remiso.

**Novillos:** Dejar de asistir a alguna parte contra lo debido o acostumbrado.

**Regurgitaciones:** Expeler por la boca, sin esfuerzo o sacudida de vómito, sustancias sólidas o líquidas contenidas en el esófago o en el estómago.

**Intermitentemente:** Que se interrumpe o cesa y prosigue o se repite.

**Tricotilomanía:** Patología en la que la persona se arranca los cabellos de la cabeza.

**Develación:** Acción de descorrer el velo que cubre una estatua, un retrato o una inscripción en una ceremonia inaugural.

**Aparejada:** o inseparable de aquello de que se trata

**6.1.3. ANEXOS****6.1.4. Cuestionario realizado para la encuesta****PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO****ESCUELA DE PSICOLOGÍA****La necesidad de Atención Psicológica en niños de las Escuelas****Fiscales de la Ciudad de Ambato**

**Objetivo:** Conocer la necesidad de Atención Psicológica en los niños de las Escuelas Fiscales de Ambato.

*A continuación tiene ud 11 preguntas cerradas las cuales deben ser basadas en lo que se ha presentado en el año lectivo que se acaba de cursar.*

- 1. Cuantos niños son en su grado?**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 2. Cuantos niños presentan aparentemente problemas emocionales en su grado?**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 3. Cuantos niños han sido remitidos a apoyo psicológico?**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 4. Que dificultades presentaron los niños en el transcurso del año lectivo:**

Dificultades de aprendizaje.....

Dificultades nutricionales.....

Dificultades conductuales.....

Dificultades familiares.....

**5. Cree usted indispensable la necesidad de trabajar el área emocional del niño en clases?**

SI.....

NO....

**6. Cuantos niños recibieron un proceso psicológico?**

**7. Cuáles fueron las respuestas que los niños dieron ante el proceso psicoterapéutico?**

**8. Cuáles fueron las causas por las que los niños no recibieron un proceso psicoterapéutico?**

Negligencia de los padres....

Falta de recursos económicos.....

Ambas.....

**9. Cree que es necesario la creación de un departamento de atención psicológica de calidad para niños a bajo costo?**


**10. Considera importante el trabajo coordinado del docente, padres de familia y psicólogo para optimizar el desarrollo integral del niño**

**11. Podría indicar el número de talleres o charlas impartidas durante el año lectivo a los PPF y docentes sobre el desarrollo emocional de los niños y sugerencias sobre cómo enfrentar situaciones difíciles.**

Docentes

Padres de Familia

### 6.1.5. Formato Plan Terapéutico

 <p><b>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO</b> <b>CENTRO DE PSICOLOGÍA APLICADA</b> <b>DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>PLAN TERAPEÚTICO</b></p>
<p><b>1. DATOS INFORMATIVOS</b></p> <p>Nombre:</p> <p>Edad:</p> <p>Sexo:</p> <p>Escolaridad:</p> <p>Institución:</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO</b></p>
<p><b>2. OBJETIVO GENERAL</b></p>
<p><b>3. ÁREAS DE TRABAJO</b></p> <p><b>3.1 ÁREA INTELECTUAL</b></p> <p><b>3.1.1 Objetivo:</b></p>

**3.1.2. Actividades****3.1.3 Recursos Materiales****3.2 ÁREA DE MADUREZ****3.2.1 Objetivo:****3.2.2Actividades:****3.2.3. Recursos Materiales****3.3 ÁREA EMOCIONAL****3.3.1 Objetivo:****3.3.2 Actividades:****3.3.3 Recursos Materiales**

### **3.4 ÁREA INTERPERSONAL**

#### **3.4.1 Objetivo:**

#### **3.4.2. Actividades**

#### **3.4.3 Recursos Materiales**

### **4. TÉCNICAS**

### 6.1.6. Formato Guía de Seguimiento Diario



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL  
ECUADOR SEDE AMBATO**

**CENTRO DE PSICOLOGÍA APLICADA**

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA  
INFANTIL**

#### **GUÍA DE SEGUIMIENTO DÍARIO**

##### **Datos Informativos:**

Nombre:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Institución:

##### **Diagnóstico**

Fecha:

Objetivo:

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Logró</b>	<b>No logró</b>	<b>Observaciones</b>



### 6.1.8. Formato para la Historia Clínica Infantil

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO



CENTRO DE PSICOLOGÍA APLICADA

HISTORIA PSICOLÓGICA CLÍNICA INFANTIL

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombres:</b> _____  <b>Apellidos:</b> _____  <b>Lugar y fecha de nacimiento:</b> _____  <b>Domicilio:</b> _____  <b>Nombre de los padres y/o representante:</b> _____  <b>Ocupación:</b> _____ <b>Nombre/ edad de los hermanos:</b> _____ _____  <b>Horario Acordado:</b> _____  <b>Remitido:</b> _____	<b>Historia Clínica:</b> <input type="text"/>	<b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="text"/>
	<b>Cédula de identidad:</b> <input type="text"/>	<b>ESCOLARIDAD:</b> <input type="text"/>
	<b>Fecha de ingreso:</b> <input type="text"/>	<b>OCUPACIÓN:</b> <input type="text"/>
	<b>Hora:</b> <input type="text"/>	<b>INSTITUCIÓN:</b> <input type="text"/>
	<b>Sexo:</b> <input type="text"/>	<b>TELEFONOS:</b> <input type="text"/>
<b>Edad:</b> <input type="text"/>		

**1. MOTIVO DE CONSULTA:**

-----  
 -----  
 -----

**2. ANTECEDENTES PERSONALES (ciclo vital, cognitivo, afectivo):**

**Embarazo**-----  
 -----  
 -----

**Parto**-----  
 -----  
 -----

**Perinatal (APGAR/Primeros Auxilios/Reflejos)**-----  
 -----  
 -----

Desarrollo Psicomotor(motricidad fina y gruesa)-----  
-----  
-----

Lenguaje-----  
-----  
-----

Actividades de la Vida Diaria (Control de Esfínteres, hábitos higiénicos, alimentación)-----  
-----  
-----

Sueño-----  
-----  
-----

Socialización (Juegos)-----  
-----  
-----

Desarrollo Emocional-----  
-----  
-----

**GENOGRAMA**

**3. ENTREVISTA PRELIMINAR, FACTORES DESENCADENANTES DE LA SITUACIÓN ACTUAL (síntomas y puntos de urgencia):**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**4. ANÁLISIS DE FUNCIONES BÁSICAS:**

Sensopercepción.....

Atención.....

Memoria.....

Lenguaje.....

Pensamiento.....

Inteligencia.....

Hábitos.....

Consciencia.....

Vida instintiva.....

**5. ANTECEDENTES DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS PREVIOS (medicación):**

---

---

---

**6. REACTIVOS APLICADOS:**

---

---

---

---

**7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

---

---

---

---

**8. PRONÓSTICO PRESUNTIVO**

---

---

---

**9. TRATAMIENTO (sesiones)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 6.1.9. Formato para el Informe Psicológico Infantil



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL  
ECUADOR SEDE AMBATO**

**CENTRO DE PSICOLOGÍA APLICADA**

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA  
INFANTIL**

#### **INFORME FINAL**

##### **1. Datos Informativos:**

Nombre:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Institución:

Fecha Primera Entrevista:

Psicólogo/Practicante responsable:

**Datos Familiares (Nombres y edades de Padres, Hermanos,  
Esposo/a, Hijos)**

##### **2. Motivo de la consulta**

##### **3. Historia vital (en caso de niños, niñas y adolescentes).**

##### **4. Historia Familiar**

**5. Síntesis del caso**

**6. Impresiones y comentarios**

**7. Motivo de cierre**

**8. Conclusiones/Logros alcanzados en base a los objetivos**

**9. Recomendaciones**

**NOTA:** En caso de abandono del proceso debe constar en el numeral 7. Hipótesis de Abandono en lugar de Impresiones y comentarios y no constarán los siguientes literales (literal 8 y 9).

**Firma del Practicante responsable del Caso**


**Firma del Supervisor**

**Fecha de Cierre del caso**





### 6.1.12. Formato para la Encuesta de Satisfacción del Servicio

	<b>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR</b> <b>SEDE AMBATO</b>		
	<b>CENTRO DE PSICOLOGÍA APLICADA</b> <b>DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b> <b>INFANTIL</b>		
<b>ENCUESTA DE SATISFACCION DEL SERVICIO</b>			
FECHA:			
<b>AREA DEL SERVICIO:</b>			
Clínica <input type="checkbox"/> Secretaría <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
<b>Atendido por:</b>			
DIRECTORA <input type="checkbox"/>			
SECRETARIA <input type="checkbox"/>			
PROFESIONAL <input type="checkbox"/> Nombre			
PRACTICANTE <input type="checkbox"/> Nombre			
1. ¿En qué grado el servicio brindado cumplió con lo que usted esperaba?			
Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>			
2. ¿En qué grado el servicio brindado ayudó a resolver su problema?			
Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>			
3. ¿En qué grado calificaría la agilidad para tratar su problema?			
Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>			
4. ¿La persona que le atendió fue amable / servicial con usted?			
Mucho <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/>			
5. ¿Tiene alguna sugerencia o comentario a hacer respecto al servicio que recibió?			

### **6.1.13. Guía Diagnóstica para trastornos presentados en el desarrollo psicológico del niño DSM IV TR**

Los problemas de desarrollo en la infancia incluyen, entre otros, un progreso insuficiente, problemas de comportamiento, de alimentación y de sueño, trastornos de eliminación, de lenguaje, trastornos de aprendizaje, de las habilidades motoras, de la comunicación TDG, TDA, trastornos de alimentación, tics, ansiedad por separación, mutismo inadecuado, mutismo selectivo, etc.

#### **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia**

##### **Retraso mental:**

- Trastornos del aprendizaje
- Trastornos de las habilidades motoras
- Trastornos de la comunicación
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador
- Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez
- Trastornos de tics
- Trastornos de la eliminación
- Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

##### **Criterios diagnósticos:**

A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado

individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

B. Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales-interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

C. El inicio es anterior a los 18 años.

- F70.9 Retraso mental leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70.
- F71.9 Retraso mental moderado :CI entre 35-40 y 50-55
- F72.9 Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40
- F73.9 Retraso mental profundo: CI inferior a 20-25
- F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada: Cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

### **Trastornos del aprendizaje:**

#### **F81.0 Trastorno de la lectura:**

##### Criterios para el diagnóstico:

A. El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa

sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

B. La alteración del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.

C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

### **F81.2 Trastorno del cálculo:**

#### Criterios para el diagnóstico

A. La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo del esperado dado la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.

C. Si hay un déficit sensorial las dificultades para el rendimiento en cálculo exceden de las habitualmente asociadas a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

**F81.8 Trastorno de la expresión escrita:****Criterios para el diagnóstico**

A. Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.

B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p. ej., escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).

C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las asociadas habitualmente a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

**Trastornos de las habilidades motoras****F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación:****Criterios para el Diagnóstico**

A. El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (p. ej., caminar, gatear,

sentarse), caérsele los objetos de la mano, "torpeza", mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente.

B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.

C. El trastorno no se debe a una enfermedad médica (p. ej., parálisis cerebral, hemiplejia o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

D. Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las asociadas habitualmente a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

## **Trastornos de la comunicación**

### **F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo:**

#### Criterios para el Diagnóstico

A. Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. El trastorno puede manifestarse clínicamente a través de unos síntomas que incluyen un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la

memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto.

B. Las dificultades del lenguaje expresivo interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.

C. No se cumplen criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo ni de trastorno generalizado del desarrollo.

D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

### **F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo:**

#### **Criterios para el diagnóstico**

A. Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.

B. Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

C. No se cumplen los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

### **F80.0 Trastorno fonológico:**

#### Criterios para el Diagnóstico

A. Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro (utilización del sonido /t/ en lugar de /k/ u omisiones de sonidos tales como consonantes finales).

B. Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

C. Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

### **F98.5 Tartamudeo:**

#### Criterios para el diagnóstico

A. Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (adecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de más de los siguientes fenómenos:

1. repeticiones de sonidos y sílabas
2. prolongaciones de sonidos
3. interjecciones
4. palabras fragmentadas (p. ej., pausas dentro de una palabra)
5. bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
6. circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
7. palabras producidas con un exceso de tensión física
8. repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., "Yo-yo-yo le veo")

B. La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

C. Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

## **Trastornos generalizados del desarrollo**

### **F84.0 Trastorno autista**

#### Criterios para el diagnóstico

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

(b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.

(c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (no mostrar, traer o señalar objetos de interés).

(d) falta de reciprocidad social o emocional.

2. alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).

(b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.

(d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

(d) preocupación persistente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:

1 interacción social.

2 lenguaje utilizado en la comunicación social.

3 juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

### **F84.2 Trastorno de Rett:**

#### Criterios para el Diagnóstico

Todas las características siguientes:

1. desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
2. desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
3. circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

1. desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
2. pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (escribir o lavarse las manos).
3. pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).

4. mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
5. desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

### **F84.3 Trastorno desintegrativo infantil:**

#### Criterios para el Diagnóstico

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. lenguaje expresivo o receptivo
2. habilidades sociales o comportamiento adaptativo
3. control intestinal o vesical
4. juego
5. habilidades motoras

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. alteración cualitativa de la interacción social (alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)

2. alteraciones cualitativas de la comunicación (retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)

3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

#### **F84.5 Trastorno de Asperger**

##### Criterios para el Diagnóstico

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

2. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.

3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)

4. ausencia de reciprocidad social o emocional.

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.

2. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

3. manierismos motores estereotipados y repetitivos (sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

4. preocupación persistente por partes de objetos.

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

## **Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador**

### **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:**

#### Criterios para el Diagnóstico

A. Existen 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 (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

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

#### Hiperactividad

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) a menudo habla en exceso Impulsividad.

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (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 (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 (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

**F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado:**

Criterios para el Diagnóstico

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

**F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención:**

Criterios para el Diagnóstico

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

**F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo:**

Criterios para el Diagnóstico

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

**F91.8 Trastorno disocial:**

Criterios para el Diagnóstico

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

Agresión a personas y animales:

1. a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
2. a menudo inicia peleas físicas.

3. ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
4. ha manifestado crueldad física con personas.
5. ha manifestado crueldad física con animales.
6. ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
7. ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad:

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

Fraudulencia o robo:

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

Violaciones graves de normas:

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

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

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

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

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

*Especificar el tipo en función de la edad de inicio:*

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

*Especificar la gravedad:*

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

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

Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

### **F91.3 Trastorno negativista desafiante:**

#### Crterios para el diagnóstico

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

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

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

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

### **Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez**

#### **F98.3 Pica:**

##### Criterios para el Diagnóstico

A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos 1 mes.

B. La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.

C. La conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.

D. Si la conducta ingestiva aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo,

esquizofrenia) es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

### **F98.2 Trastorno por rumiación:**

#### Criterios para el Diagnóstico

- A. Regurgitaciones repetidas, sin náuseas o enfermedad gastrointestinal asociada por lo menos durante un mes, tras un período de funcionamiento normal.
- B. Pérdida de peso o incapacidad para alcanzar el peso normal.

### **F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez:**

#### Criterios para el Diagnóstico

- A. Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos 1 mes.
- B. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (reflujo esofágico).
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno de rumiación) o por la no disponibilidad de alimentos.
- D. El inicio es anterior a los 6 años de edad.

## Trastornos de tics

### **F95.2 Trastorno de la Tourette:**

#### Criterios para el Diagnóstico

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo, (una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado.).
- B. Los tics aparecen varias veces al día (habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a más de 3 meses consecutivos.
- C. El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (estimulante) o de una enfermedad médica (enfermedad de Huntington o encefalitis pos vírica).

**F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos:****Criterios para el Diagnóstico**

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics vocales o motores simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos ni estereotipados), pero no ambos.
- B. Los tics aparecen varias veces al día casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a 3 meses consecutivos.
- C. La alteración causa un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (estimulantes) ni a una enfermedad médica (enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).
- F. Nunca se han satisfecho criterios del trastorno de la Tourette.

**F95.0 Trastorno de tics transitorios:****Criterios para el Diagnóstico**

- A. Tics motores y/o vocales simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados).
- B. Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos.

C. La alteración causa un notable malestar o un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.

E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (estimulantes) ni a una enfermedad médica (enfermedad de Huntington o encefalitis postviral).

F. Nunca se han cumplido criterios de trastorno de la Tourette ni de trastorno de tics crónicos motores o vocales.

### **Trastornos de la eliminación**

#### **F98.1 Encopresis:**

##### Criterios para el Diagnóstico

A. Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (vestidos o suelos), sea involuntaria o intencionada.

B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.

C. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).

D. El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

*Codificar del modo siguiente:*

- F98.1 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (787.6)  
(también código F59.0 Estreñimiento en Eje III)
- F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento (307.7)

### **F98.0 Enuresis:**

#### Criterios para el Diagnóstico

A. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada).

B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativa, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).

D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

#### *Especificar tipo:*

- Sólo nocturna
- Sólo diurna
- Nocturna y diurna

## Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

### **F93.0 Ansiedad por separación:**

#### Criterios para el Diagnóstico

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 (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.

*Especificar si:*

Inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad.

#### **F94.0 Mutismo selectivo:**

##### Criterios para el Diagnóstico

A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.

B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.

C. La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).

D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.

E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

#### **F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez:**

##### Criterios para el Diagnóstico

A. Relaciones sociales, en la mayor parte de los contextos, sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad, y puestas de manifiesto por 1 o 2:

1. incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría).

2. vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación).

B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:

1. desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto.

2. desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño.

3. cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (cambios frecuentes en los responsables de la crianza).

D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A (las alteraciones del criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el Criterio C).

F94.1 Tipo inhibido: si predomina el Criterio A1 en la presentación clínica

F94.2 Tipo desinhibido: si predomina el Criterio A2 en la presentación clínica

**F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados:****Criterios para el Diagnóstico**

A. Comportamiento motor repetitivo, que parece impulsivo, y no funcional (p. ej., sacudir o agitar las manos, balancear el cuerpo, dar cabezazos, mordisquear objetos, automorderse, pinchar la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).

B. El comportamiento interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas que requieren tratamiento médico (o que provocarían una lesión si no se tomaran medidas preventivas).

C. Si hay retraso mental, el comportamiento estereotipado o autolesivo es de

D. El comportamiento no se explica mejor por una compulsión (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), un tic (como en el trastorno por tics), una estereotipia que forma parte de un trastorno generalizado del desarrollo o una tracción del cabello (como en la tricotilomanía).

E. El comportamiento no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

F. El comportamiento persiste durante 4 semanas o más.