

Análisis de caso único para la intervención de ansiedad generalizada

Vivian María Cairoza Diaz, Andrea Carolina Cerra Guerrero

Especialización Psicología Clínica del Niño y del adolescente

Universidad del Sinú

Junio de 2018

Agradecimientos

Damos gracias a Dios por iluminar y guiar todo este proceso en especial en la elaboración de este proyecto. Le retribuimos a él y a la vida por la perseverancia, dedicación, responsabilidad y esfuerzo que cada día permitió para sacar adelante este ciclo de nuestra vida. De la misma manera les agradecemos a nuestras familias que brindaron apoyo y confianza durante todo este tiempo que consagraos a este estudio de caso.

Vivian María Cairoza Díaz

Andrea Carolina Cerra Guerrero

Tabla de Contenido

1. Descripción del caso	6
1.1 Identificación del paciente	6
1.1.1 Descripción física.....	6
1.2 Motivo de consulta.....	6
1.3 Historia del problema.....	7
1.4 Antecedentes significativos	7
2. Conceptualización del caso	9
3. Evaluación del caso	11
3.1 Entrevista con la madre.....	12
3.2 Entrevista con la abuela	13
3.3 Entrevista y observación con el niño	14
3.4 Registro de observación conductual	14
3.5 Línea base pretratamiento.	15
3.6 CMAS-R escala de ansiedad manifiesta en niños.....	16
4. Tratamiento Propuesto	19
5. Expectativas del tratamiento	20
6. Aplicación de técnicas y resultados obtenidos	20
7. Discusión	25
8. Referencia	26

Lista de tablas

TABLA N° 1. Validación para hipótesis preliminares.....	12
TABLA N° 2. Análisis funcional de la conducta.....	16
TABLA N° 3. Cronograma de tratamiento, numero de sesiones.....	19

Lista de gráficos

GRAFICO N° 1 Registro de observación conductual-madre.....	15
GRAFICO N° 2 Resultados de escala de ansiedad CMAS-R.....	18
GRAFICO N° 3 Evaluación luego de la intervención.....	24

Descripción del caso

Identificación del paciente

A.V es un niño de 6 años de edad, nació el 2 de abril de 2012, en la ciudad de Cartagena de Indias, actualmente cursa primero de básica primaria, residente en un barrio de estrato 2 de Cartagena de Indias, vive en compañía de la madre de 42 años de profesión tecnóloga en farmacia, en esa misma casa conviven con el niño el hermano mayor de 17 años y los abuelos maternos. La relación de los padres del niño se tornaba inestable, por dicha situación se separan, después de cierto tiempo retoman la relación sentimental, surge el embarazo y deciden finalizar definitivamente la relación. A.V tiene cuatro hermanos y una hermana por parte paterna producto de sus relaciones anteriores.

Descripción física. A.V es un niño de contextura pequeña, delgado, de piel trigueña, de apariencia simpática, tiene el cabello corto, ojos café oscuro, nariz pequeña, labio delgado. Usa retenedor en la dentadura a razón del tratamiento odontopediátrico, sus dientes presentan mal posición.

Motivo de consulta

A.V, acude a consulta en compañía de su madre la cual manifiesta que el niño “llora por todo” con frecuencia el llanto lo lleva a tener rabietas, se irrita, tira las cosas cuando está alterado y se auto agrede. Otro aspecto que le preocupa a la madre es que en la escuela le han reportado que el niño se distrae fácil, por lo cual está presentando inconvenientes académicos.

Historia del problema

La madre refiere que el niño desde que tiene cuatro años de edad muestra conductas de rabieta, llora por todo y se irrita con facilidad, hasta el punto que en la actualidad se auto agrede “se golpea la cabeza con sus manos”, dichas conductas comenta la madre han incrementado. La madre atribuye que el niño presenta estos comportamientos por la ausencia del padre y reconoce que como madre no ha estado al ciento por ciento pendiente a A.V, quienes han estado al cuidado y protección del niño la gran parte del tiempo son los abuelos, para el 2017 la madre se separa del niño, aproximadamente tres meses y se va a vivir en casa de una amiga, quienes siguen al cuidado del niño son los abuelos. La madre continúa refiriendo que las conductas de rabieta, llanto recurrente y agresión están ocurriendo en la casa y ha observado que se presentan con frecuencia en horas de la noche, con una duración aproximadamente de 20 minutos. La madre refiere que las conductas anteriormente mencionadas se encuentran interfiriendo en la dinámica familiar y en el contexto académico.

Refiere la abuela que este comportamiento les genera impotencia puesto que ya no saben cómo manejar y controlar las conductas del niño, la abuela manifiesta que la madre es poco afectuosa con el niño, no interactúa con él en juegos, salidas y otros espacios de esparcimiento. También comenta que el estado de ánimo del niño cambia cuando observa que la madre sale de casa, se percibe triste.

Antecedentes significativos

En relación a antecedentes familiares, la madre refiere que el embarazo no fue planeado, y la tomó por sorpresa, cuenta que se preocupó y se asustó dado que hace algunos años se había separado del padre del niño, el parto fue cesárea a término. Durante el periodo

de gestación la relación con su ex pareja fue distante, pese a esas dificultades decide sacar adelante su maternidad con el apoyo de sus padres. El niño a partir de los cuatro meses queda al cuidado de los abuelos maternos por motivos labores de la madre.

En cuanto al desarrollo del niño, A.V gatea a los 6 meses, a esta misma edad deja de alimentarse con leche materna, a nivel del lenguaje presentó balbuceo a los 3 meses y dijo sus primeras palabras a los ocho meses, caminó al año y dos meses. Inició su etapa escolar a los dos años ingresando a un hogar infantil, refiere la madre que debía ir por el niño antes de la hora de salida, dado que presentaba llantos recurrentes, en vista de lo anterior y teniendo en cuenta los antecedentes de bajo peso y talla lo llevan al médico y le realizan un tratamiento nutricional A los cuatro años ingresa a pre-jardín y al año siguiente es cambiado de escuela donde se encuentra actualmente, durante este etapa presentó un normal desarrollo en cuanto a la interacción con sus pares y los aprendizajes de este período escolar.

Con relación a antecedentes médicos, A.V desde los siete meses de edad ha mostrado un estado nutricional con bajo peso y talla, manifestando a los 2 años dificultades mayores con su peso, la madre refiere que el niño estuvo en tratamiento y seguimiento médico, hace un año aproximadamente no ha tenido el control pertinente por dificultades con las ordenes de servicio en su EPS. Con relación a la salud, la madre expresa que el niño el niño se encuentra recibiendo atención por odontopediatria debido a mal posición de sus dientes, problema que le ocasionó la succión digital, dificultad que fue superada con tratamiento psicológico.

En lo concerniente a aspectos personales el niño desde que nació siempre ha dormido acompañado la mayor parte del tiempo con la madre y en ocasiones con el hermano, en cuanto a la interacción social informa la madre que el niño se relaciona con sus pares con mayor frecuencia en la escuela, en casa la mayor parte del tiempo juega con el hermano

mayor y por las conductas que presenta el hermano no quiere compartir con el niño dichos espacios, así mismo comenta la madre que ocasionalmente van los primos de su edad y es que comparte con ellos. Al niño le encanta tocar instrumentos musicales, hacer mezclas con los ritmos de la champeta, es tanto el interés de A.V por esta música comenta la madre que lo entretiene y lo mantiene quieto. El niño no es completamente independiente al momento de realizar su higiene personal recibe apoyo total para bañarse y vestirse, en cuanto a ir al baño a sus necesidades fisiológicas lo hace por sí solo. En lo referente al área afectiva y a la relación con los padres, expresa la madre que cuando A.V tenía dos años el padre por asuntos laborales es trasladado a otra ciudad y fue una época muy crítica para el niño, mostraba tristeza y preguntaba con frecuencia por su papá, actualmente el padre de A.V por su ocupación como agente de policía es poco el tiempo que le dedica al niño, así mismo la madre comenta que ella no comparte con el niño espacios de ocio en ningún contexto , sí es fuera de la casa le atribuye a pocos recursos económicos y que el niño se marea en el transporte, en casa refiere que no tiene el hábito de jugar y de compartir experiencias de ocio con su hijo, espera mejorar en este aspecto.

Conceptualización del caso

Estudios muestran que cada vez es más frecuente la presencia de trastornos de conducta, trastornos del desarrollo, ansiedad, y depresión en menores de edad, Aláez, Martínez, Rodríguez (2000) lo que genera la necesidad e importancia de crear planes de intervención encaminados a la mejora de la salud mental en la población de niños, niñas y adolescentes; Sin embargo, el clínico no solo es el responsable de esta tarea, la base fundamental de dicha salud mental es el contexto familiar en donde el niño se desenvuelve, siendo este el eje

fundamental del crecimiento y desarrollo emocional del mismo por medio de habilidades y hábitos que generen autonomía y conductas para la vida.

Entendemos la ansiedad como “la aparición o sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, desde los 5 años se pueden presentar miedos o temores relacionados con la edad evolutiva con relación a acontecimientos misteriosos, rechazo parental, relación con iguales; sin embargo cuando estos temores se convierten en situaciones que dificultan el funcionamiento interpersonal, la adaptación social y deterioro en el concepto de sí mismo, se relacionaría con síntomas de ansiedad persistente”.(Ruiz & Lago 2005)

De acuerdo a los criterios establecidos por la 5 actualización del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2013), describe la ansiedad generalizada como: La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los siguientes síntomas siguientes; Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco e irritabilidad, siendo uno solo de estos síntomas en los niños determinantes para identificar que existe un trastorno de ansiedad generalizada.

Por otro lado, el autor Franco, Pérez, de Dios (2014) resalta la relación existente entre el contexto familiar y la presencia de ansiedad en niños, teniendo en cuenta que conductas como la sobreprotección, el autoritarismo y la escasez de afecto, son circunstancias que podrían generar ansiedad y a su vez problemas del aprendizaje en los niños.(p.150).

De este modo es relevante como la ausencia de afecto y cuidados por parte de las figuras familiares (negligencia) logran influir negativamente en el desarrollo evolutivo y problemas conductuales y sociales del niño, en estudio realizado por la universidad de Málaga en el cual

se utilizó 57 escolares de educación primaria pertenecientes a estratos sociales bajos, se logró evaluar su nivel negligencia familiar utilizando variables como el autoconcepto, ansiedad entre otros aspectos, obteniendo como resultado niños con inadecuadas condiciones de higiene, absentismo escolar, cansancio en el aula y altos niveles de ansiedad. (Ruiz y Gallardo 2002).

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito es importante la aplicación de tratamientos completos que incluyan la intervención en el niño, la familia y los diferentes individuos que hacen parte de su contexto, estrategias que estén enfocadas en el entrenamiento a padres, profesores y simultáneamente la intervención individual precisando en técnicas específicas y trabajando de forma articulada.

Evaluación del caso

La evaluación del caso se realizó en 5 sesiones. En la que se usaron como estrategia de evaluación: entrevistas semiestructuradas, registros de observación conductual, aplicación de test y tabla de criterios para diagnóstico diferencial.

Tabla 1. Validación para hipótesis preliminares

Hipótesis preliminares	Criterios DSM V	Cumplimiento de las hipótesis acorde al DSM V
<i>Ansiedad generalizada</i>	C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses) Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. Irritabilidad. Tensión muscular	Presente, se observa inquietud motora de mano y piernas Presente, se distrae fácil en clases Presente llanto frecuente Presente, al realizar las pataletas
<i>Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo</i>	D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (padres, maestros, compañeros). E. Los criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (casa, escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos	No cumple con los criterios diagnósticos, hasta el momento el niño muestra las conductas no deseadas en el contexto de la casa y tiene momentos en que se torna tranquilo.
A. Accesos de cólera grave y recurrente que se manifiestan verbalmente o con el comportamiento (rabieta verbal agresión física a personas o propiedades). B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo. C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.		

Entrevista con la madre

En las dos primeras sesiones se mantuvo entrevista con la madre. En relación al periodo de embarazo, parto y desarrollo de A.V, no existieron problemas ni complicaciones graves. En cuanto a enfermedades A.V desde los siete meses de edad ha mostrado un estado nutricional con bajo peso y talla, manifestando a los 2 años dificultades mayores con su peso, la madre refiere que el niño estuvo en tratamiento y seguimiento médico, se le han presentado algunas dificultades con la EPS para retomar el control nutricional del niño. La madre manifiesta que el niño actualmente tiene poco apetito y en ocasiones no quiere comer por lo tanto le preparan los alimentos que más le apetecen y evitar que siga bajando de peso.

No presenta problemas de sueño, suele dormir entre 8 y 9 horas diarias.

El niño no es completamente independiente al momento de realizar su higiene personal recibe apoyo total para bañarse y vestirse, en cuanto a ir al baño a sus necesidades fisiológicas lo hace por sí solo. En cuanto la historia familiar, expresa la madre que el niño no ha estado ciento por ciento con sus padres por diferentes circunstancias: la separación, la ocupación como agente de policía del padre no le permite estar con frecuencia con el niño, la madre en las primeras etapas de desarrollo del niño por situaciones laborales tuvo que dejar el cuidado del niño con sus abuelos y su interacción con él se tornaba escasa, posterior se va a vivir a otro lugar y el niño continua con sus abuelos, actualmente refiere la madre que vive con el niño en casa de los abuelos paternos y comenta que ella no comparte con su hijo espacios de ocio, sí es fuera de la casa le atribuye a pocos recursos económicos y que el niño se mareaba en el transporte, en casa refiere que no tiene el hábito de jugar y de compartir ese tipo de experiencias con su hijo, espera mejorar en este aspecto.

Entrevista con la abuela

Refiere la abuela que las conductas del niño les genera impotencia puesto que ya no saben cómo manejar y controlar dichos comportamientos, la abuela manifiesta que la madre es poco afectuosa con el niño, no interactúa con él en juegos, salidas y otros espacios de esparcimiento, que es un tío quien lo lleva al parque o centros comerciales, la abuela atribuye esa falta de interacción, de afecto de ambos padres con el niño a las dificultades que está presentando. También comenta que el estado de ánimo del niño cambia cuando observa que la madre sale de casa, se percibe triste. De otro lado continua refiriendo la abuela del niño que su hija tiene un novio y ha observado que el niño no se ve a gusto con esa relación.

La abuela también manifiesta que en ocasiones en casa de los abuelos paternos, una tía le ha expresado comentarios negativos de inutilidad al niño.

Entrevista y observación con el niño

Se realizó una entrevista inicial con A.V con el apoyo de algunas actividades lúdicas como dibujos, juegos de mesa, por medio de las cuales se observa que le es fácil interactuar con pares y con otras personas, es un niño de buena expresión con dificultades para entender lo que explicaba, dado que tenía un retenedor en la boca por el tratamiento odontológico que le están realizando, habló con facilidad de sus gustos personales y escolares, con actitud de agrado hizo lo que se le solicitó, con dificultades para mantenerse quieto en la silla, agitaba con intensidad piernas y brazos y la mirada se dispersaba con facilidad. Al terminar las actividades se movía de un lado hacia otro agitando piernas y brazos. En consulta A.V expresó que se sentía triste en los momentos que mamá sale de casa.

En una de las sesiones donde se le aplica un test el niño estuvo sentando mostrando inquietud en manos y piernas con gran intensidad, así mismo cuando se le hacían las preguntas referentes a las conductas no deseadas se reía fuertemente y la risa se mantuvo en gran parte de la realización de la escala.

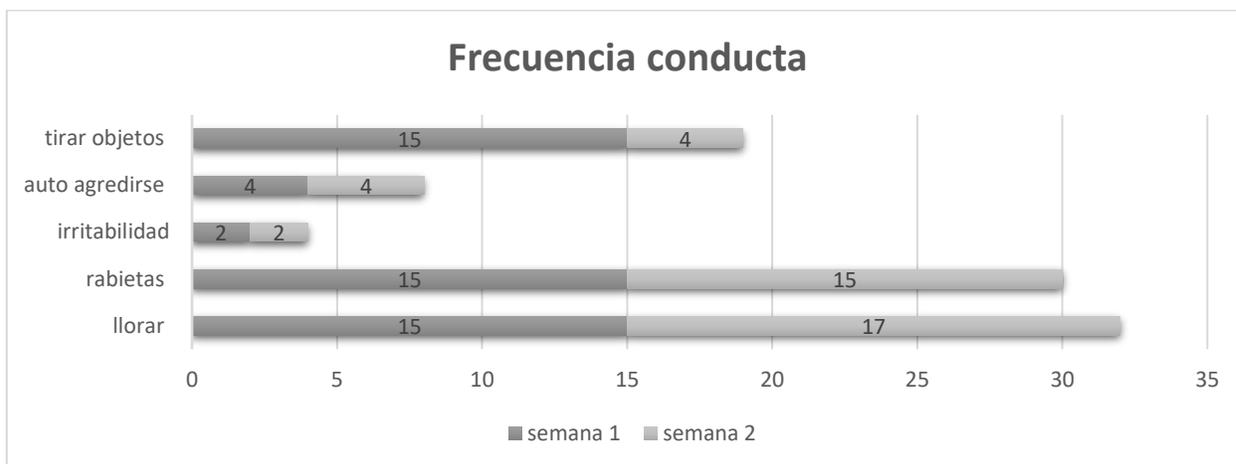
Registro de observación conductual

Para medir las conductas problema se realizan registros de observación conductual realizados por la madre, durante el periodo de observación en el contexto familiar la madre logra identificar que A.V presenta conductas como llanto seguido de rabietas tornándose en algunos momentos irritable cuando no obtiene o consigue lo que desea, la intensidad de las rabietas conlleva al niño a auto agredirse y a tirar los objetos. Otros aspectos que precipitan las

conductas son las exigencias realizadas, al dar una instrucción por parte de sus figuras cuidadoras, o cuando sus seres queridos salen de casa sin su compañía, estas conductas se presentan hasta ahora sólo en el contexto familiar, se presentan con frecuencia media de 3 veces al día, asignadas en la tarde y en horas de la noche, dichas conductas tienen una duración aproximadamente de 20 minutos.

Línea base pretratamiento.

Con los registros de observación conductual, entrevistas, test se realiza una línea base de pretratamiento que identifica el número de veces en que el niño emite las conductas no deseadas durante dos semanas.



Gráfica 1. Registro de Observación conductual- madre.

Analizando los instrumentos de evaluación se logra identificar aspectos del problema blanco, predisponentes, precipitantes relacionados con la conducta problema, en cuanto a antecedentes, respuestas y consecuentes de las mismas, se escribe en la siguiente tabla:

Tabla 2
Análisis funcional de la conducta

Antecedentes	Respuestas	Consecuentes
Separación de los padres	Llanto, rabieta	Regaños y agresiones verbales ante conductas no deseadas
Ausencia de las figuras paternas	Irritabilidad	Ausencia de la madre
Crianza por parte de los abuelos maternos	Tirar objetos	Acentuar situaciones negativas
Ausencia de motivación y reconocimiento de las conductas positivas	Agitación motora	Falta de reforzamiento social ante conductas deseables
Dificultades académicas	Autoagresión	

CMAS-R escala de ansiedad manifiesta en niños

En la cuarta sesión de evaluación se aplica una Escala de Ansiedad al niño teniendo en cuenta la información relatada en las entrevistas y durante la observación, la escala es aplicable en edades desde los 6 a los 19 años. El tiempo de aplicación oscila de 15 a 20 minutos, la escala contiene varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas, encerrando en un círculo la palabra “**Si**” si piensas que así es. Si piensa que la oración no tiene ninguna relación con el niño encierra con un círculo en “**No**”. La escala consta de cinco puntuaciones, la puntuación de ansiedad total se basa en 28 reactivos de ansiedad. Estos 28 reactivos están divididos en tres sub escalas como son: *ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupación social/concentración*. Los nueve reactivos restantes son parte de la sub escala de *Mentira* (Cecil R. Reynolds, 1997).

A.V Se obtuvo una calificación en la escala de mentira de 11 y una puntuación T de 59 en la Ansiedad total que corresponden a los percentiles de 70 y 82, respectivamente, lo anterior puede predecir el problema del niño observando la alta puntuación de Ansiedad total, es probable que los problemas emocionales, las relaciones y situaciones estresantes en el hogar en cuanto a la separación de los padres, ausencia de la madre, poca interacción de los padres con el niño, acentuarle situaciones negativas, poca motivación y expresiones afectivas, se relacionan con la alta calificación de mentira, dado que en el niño puede existir una necesidad excesiva de deseabilidad o aceptación social. En cuanto a las tres sub escalas de ansiedad el niño obtuvo las siguientes puntuaciones escalares:

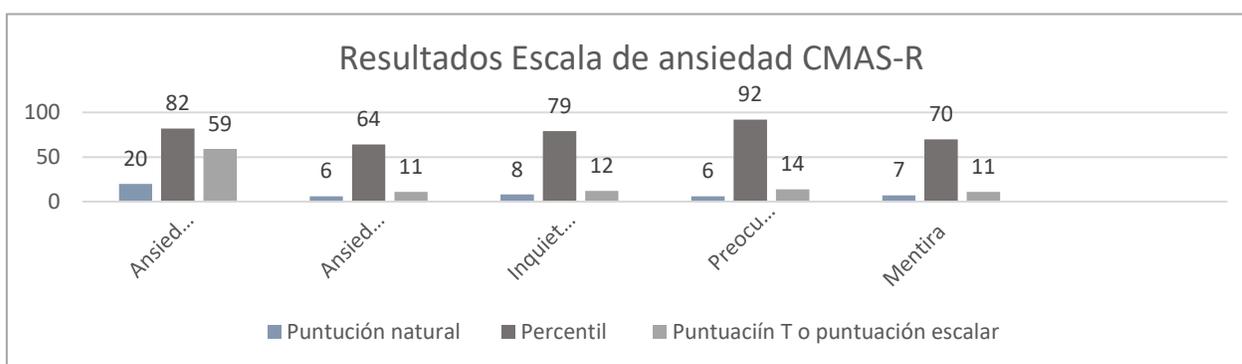
Ansiedad fisiológica: puntuación de 11, esta subescala se asocia a manifestaciones fisiológicas como dificultades en el sueño, náuseas y fatiga, esta última puede estar relacionada con el bajo peso y talla del niño.

Inquietud/hipersensibilidad: puntuación de 12 esta subescala se asocia con preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, la mayoría de estas son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedo de ser lastimado o asilado en forma emocional, lo anterior puede estar relacionado con el miedo que siente el niño cuando observa que la madre sale de casa, la inquietud motora, la ausencia de las figuras paternas, con la poca motivación, reconocimiento y expresiones afectivas positivas. La subescala de

Preocupaciones sociales/concentración: obtuvo una puntuación de 14. Como su nombre lo indica esta escala se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades con la concentración y la atención, una alta calificación como fue en el caso de A.V, pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaz de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en sus

vidas, su principal preocupación parece ser que ellos no son tan buenos, efectivos o capaces como otros lo cual puede estar relacionado con sentimientos relacionados con la ansiedad, que en este caso se asocian a factores precipitantes en la vida del niño como son los regaños y agresiones verbales ante conductas no deseadas (rabieta), ausencia de la madre, acentuar situaciones negativas. Otro aspecto importante que recalca esta sub escala es que cualquier tipo de ansiedad puede interferir con la capacidad del niño para concentrarse en tareas académicas o de otro tipo, dificultad que la maestra le reporta a la madre, dado que A.V se distrae con facilidad en clase y se retrasa en la realización de las actividades.

Subescala de Mentira: obtuvo una puntuación de 11, que corresponde al percentil 70, alta para la edad del niño, se puede decir que este resultado parece relacionarse con una necesidad excesiva de deseabilidad o aceptación social, con sentimientos de aislamiento o rechazo social por parte del niño, es probable que los problemas emocionales, las dificultades académicas y las situaciones estresantes en el hogar como: la separación de los padres, la ausencia de la madre, ausencia del padre, la poca motivación y reconocimiento de conductas positivas, estén relacionadas con las alta calificación de mentira y se reflejan en las conductas no deseadas (rabieta) que se observan en el niño como una manera de llamar la atención frente a estos problemas emocionales.



Gráfica 2. Resultados escala de Ansiedad CMAS-R

Tratamiento propuesto

Se utilizará por medio de intervención cognitivo conductual, un tratamiento que permita articular la intervención del niño en consulta con en el entrenamiento en cuidadores, en este caso específico en la madre resaltando su labor como coterapeuta. El tratamiento estará distribuido de la siguiente forma: Se realizaran 3 sesiones de psicoeducación a la madre, posteriormente se realizara un entrenamiento en la técnica economía de fichas y simultáneamente se realizará entrenamientos de respiración diafragmática y manejo del autocontrol por medio de la técnica “de la tortuga”.

Tabla 3.
Cronograma de Tratamiento, numero de sesiones

ACTIVIDAD CLÍNICA	1	2	3	4	5
Realizar pisco-educación a la madre y demás cuidadores del niño para el manejo de contingencias ambientales a través de refuerzo positivo, refuerzo negativo.			X		
Entrenar en el Programa Economía de fichas			X		
Entrenamiento en Técnica de respiración diafragmática			X		
Entrenamiento en el <i>manejo del autocontrol</i> al niño y a la madre. Técnica de la tortuga					X
Seguimiento a técnicas aplicadas			X		

Expectativas del tratamiento

Se espera que el plan de tratamiento con enfoque cognitivo conductual genere una disminución significativa de las conductas desadaptativas en el niño que se están presentando en el contexto familiar, a través del entrenamiento en autocontrol y la técnica de economía de fichas, instaurando por medio de estas estrategias, conductas prosociales.

Se espera generar en la madre habilidades para el manejo de las conductas desadaptativas del niño y el manejo del autocontrol en situaciones que provoquen frustración e impulsividad ante los comportamientos desadaptativos del niño y se logrará por medio del tratamiento la disminución por lo menos del 50% de estas conductas problemas, a fin de promover el bienestar y calidad de vida en el contexto familiar.

Aplicación de técnicas y resultados obtenidos

Para este estudio de caso y de acuerdo a los resultados de los instrumentos administrados para la evaluación inicial, y en consideración de la validación de los diagnósticos diferenciales, se realizaron las siguientes actividades.

1. Pisco-educación a la madre y demás cuidadores del niño para el manejo de contingencias ambientales a través de refuerzo positivo, refuerzo negativo. Para la aplicación de dichas técnicas fue importante explicar a los padres que, algunas conductas están condicionadas por aprendizajes y que en los ambientes donde se desenvuelven las personas pueden evitar o reforzar ciertas conductas no deseadas, para el caso en mención se les plantea que en psicología existen varias técnicas conductuales para modificación de conductas, con lo anterior se estableció un plan de reforzamiento adecuado, con el fin de disminuir conductas no deseadas (pataletas, irritabilidad etc.) e incrementar las esperadas (estar tranquilo y solicitar lo que desea sin llorar o patalear).

2. Entrenamiento en el Programa Economía de fichas, En lugar de utilizar los premios o reforzadores directamente, se emplearon fichas que después se intercambiarán por una variedad de actividades agradables y bienes de consumos elegidos en común acuerdo con el niño. Los privilegios utilizados como premio sólo podrán obtenerse a través de fichas y, si es necesario, las conductas indeseables se eliminaron empleando la técnica de la pérdida contingente de las mismas. Sus ventajas son claras: es un sistema independiente del estado momentáneo de privación, evita el problema de la saciación, no interrumpe la conducta y enseña autocontrol que es de gran importancia para disminuir la inquietud motora y las rabietas en el caso del niño A.V (demora del reforzamiento). Implica cuatro pasos:

La definición específica y clara de los objetivos. Las conductas objetivos planteadas fueron:

Estar tranquilo y solicitar las cosas que desea sin llanto y pataleta, mantener el retenedor en su lugar, realizar las tareas tranquilamente, vestirse solo, elección de diversos incentivos o premios a los que se podrá acceder mediante la realización de conductas específicas, y fijación de “precios en fichas” para cada uno de ellos. Para este caso se acordaron con el niño los siguientes premios por 10 caritas feliz semanalmente una salida a comer pollo, se le sugirió a la madre que cada vez que se ganara una carita feliz debía darle un refuerzo social, por otras 10 caritas un arco para jugar básquet, por 10 carita más que sería el premio final una patineta

Uso y cambio “monetario” de las fichas como incentivo. Se le recomendó a la madre entregar directamente la pegatina al niño para que él inmediatamente después de emitir la conducta deseada la colocara y observara como van sus logros conductuales.

3. Entrenamiento en Técnica de respiración diafragmática, se desarrollaron actividades de relajación, para enseñar a respirar al niño, utilizando un globo como estrategia de motivación

para el niño. Para iniciar el terapeuta infla un globo, hasta que este se explote, luego se le entrega un globo al niño para que lo llene de aire y se le explica que algunas veces nos ponemos tensos en nuestro interior y que al igual que el globo acumulamos aire, hasta que explotamos, por lo tanto si dejamos que la tensión llene nuestro cuerpo como el aire en el globo al final explotaremos igual que el globo, seguidamente el terapeuta infla otro globo sin dejarlo explotar para enseñarle como se puede ir liberando el aire lentamente. La idea de utilizar el globo es que le permita al niño aprender a inflarse de aire como si fuera un globo para luego desinflarse o votar el aire lentamente. De esta sesión se le recomienda al niño y a la madre realizar este ejercicio 3 veces al día.

4. Entrenamiento en el *manejo del autocontrol* al niño y a la madre con el fin de disminuir las pataletas y la inquietud, con la Técnica de la tortuga creada por Robín, Schneider (1990), quienes refieren que esta herramienta está dirigida a niños que carecen de habilidades para gestionar el fracaso, a los que la frustración les produce rabietas, que le pegan a los demás, insultan, fastidian, que sufren innecesariamente por su falta de habilidad para controlar sus impulsos. Esta técnica utiliza la analogía de la tortuga, la cual como bien se sabe, se repliega dentro de su concha cuando se siente amenazada. De la misma manera, se enseña al niño a replegarse dentro del caparazón imaginario cuando se sienta amenazado, al no poder controlar sus impulsos y emociones ante estímulos ambientales, etc. En la práctica:

Para iniciar se da lectura al cuento de la tortuga y en transformar el cuento en un juego se le explica al niño que debe estar muy atento, cada vez que la mamá o los abuelos digan la palabra tortuga el niño debe detenerse de todo lo que está haciendo y retraerse como si fuera una tortuga metiéndose en su caparazón, cuando este en el caparazón debe tener pensamientos agradables. Lo anterior se realizó en consulta dándoles la recomendación de realizar esta

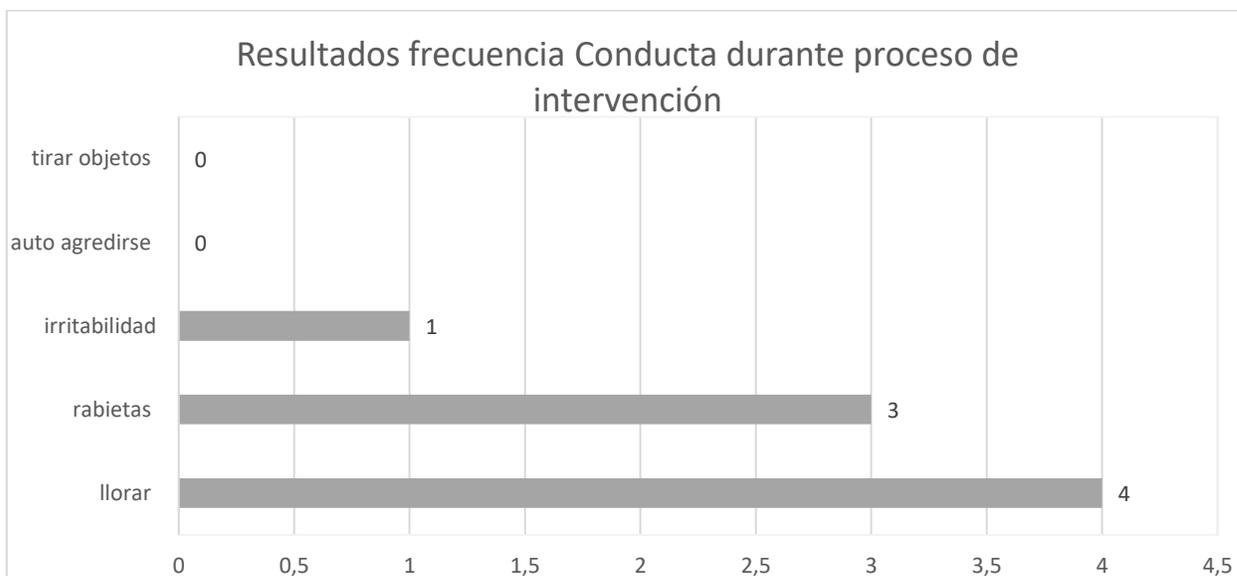
actividad en casa en cualquier momento del día, cuando lo haga de forma correcta al niño se le debe reconocer y reforzar. La segunda parte de esta técnica es retomar el método de relajación, cuando se diga tortuga además de hacer lo anterior tendrá que tensar y exprimir su cuerpo con los brazos y cabeza hacia abajo por unos segundos solo para después relajarse, soltando todo su cuerpo y quedándose así por unos segundos.

Después que el niño ha aprendido a realizar el ejercicio de relajación con naturalidad pasamos a la siguiente etapa, se le explica que cada vez que el niño tenga deseos de portarse mal que tenga enojo que este frustrado o que se sienta cualquier cosa negativa, tendrá que aplicar la posición de la tortuga. Después de haber practicado el paso tres por varios días y el niño se haya acostumbrado a él hay que enseñarle que mientras este en la posición de tortuga se haga algunas preguntas que le ayuden a reflexionar sobre lo que siente y como expresarlo de manera adecuada, lo anterior se haría cuando el niño salga de su postura de tortuga, se le pregunta. ¿Ya sabes que es lo que sientes? ¿Cómo podrías explicar tus sentimientos de forma correcta? ¿Cuál es la mejor forma de obtener lo que quiere sin enojarte?

Se logró aplicar durante tres semanas el programa de Economía de fichas, obteniendo algunos avances significativos en la disminución de las conductas problemas, así mismo se realizó una sesión con la Técnica de respiración diafragmática, y se verifica haciendo seguimiento a las recomendaciones de realizar este ejercicio en casa tres veces al día. De otro lado se trabaja una sesión en la primera etapa de la Técnica de la tortuga. Con lo anterior se logran algunos cambios en la frecuencia de los comportamientos del niño. Esta información se obtuvo por parte de la madre del niño y además se corrobora con el registro que se realizó durante una semana.

Para evaluar la efectividad del tratamiento se realizó un registro conductual durante una semana seguida, en la cual se logró observar la frecuencia de las conductas posterior a 3

sesiones en consulta y simultáneamente 3 semanas aplicando el programa de economía de fichas. Lo anterior descrito a continuación:



Grafica 3. Evaluación luego de la intervención

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el registro conductual luego de dos sesiones en entrenamiento en autocontrol y 3 semanas aplicando la técnica de economía de fichas, se logró identificar que durante el tiempo registrado no se presentó la conducta “tirar objetos” y la conducta “autoagresión”, Así mismo se logró observar que la irritabilidad se presentó solo una vez en la semana y las rabietas acompañadas de llanto 3 y 4 veces respectivamente.

Al comparar los registros conductuales realizados se observan diferencias considerables puesto que es evidente la disminución de las conductas desadaptativas que se presentaban con gran frecuencia en el contexto familiar.

Discusión

Luego de realizar el proceso de evaluación durante 5 sesiones y 3 sesiones de tratamiento y seguimiento de actividades en casa, se logró evidenciar en los resultados, el cumplimiento de algunos de los objetivos planteados en el plan de intervención, entre estos disminución en la frecuencia de conductas problema que al inicio del tratamiento se presentaban.

En cuanto a las limitaciones del tratamiento, podemos decir que aún no se logró culminar el proceso de intervención debido al corto tiempo empleado para realizarlo, por tal razón no se logra cumplir con todos los objetivos planteados y observar una total disminución de las conductas.

Referencias

- Aláez Fernández, M., & Martínez Arias, R., & Rodríguez Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12 (4), 525-532.
- Franco Nerín, N., & Pérez Nieto, M., & de Dios Pérez, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1 (2), 149-156.
- Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280.
- Ruiz Cerón, I., & Gallardo Cruz, J. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. *Anales de Psicología*, 18 (2), 261-272.
- Schneider, M., & Robín, A. (1990). "LA TÉCNICA DE LA "TORTUGA": UN METODO PARA EL AUTOCONTROL DE LA CONDUCTA IMPULSIVA". *Problemas Psicológicos En La Infancia*. Valencia: Cinteco-Promolibro.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. American Psychiatric Pub.
- Albert, M. A. R. T. A. (2007). *Técnicas de modificación de conducta*.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1997). *Escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R: lo que pienso y siento. Cuestionarios*. Manual Moderno.