



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE**

**“LA ACTITUD PARENTAL NEGLIGENTE, COMO CAUSA DE APARECIMIENTO DE ENURESIS SECUNDARIA, EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN AL CPD INFA AMBATO, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2011”.**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico.

**Autora:**Peñaherrera Vargas, Samanta Elizabeth

**Tutor:** Ps. Cl. Rojas, Washington

**Ambato – Ecuador**

**Junio, 2013**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“LA ACTITUD PARENTAL NEGLIGENTE, COMO CAUSA DE APARECIMIENTO DE ENURESIS SECUNDARIA, EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN AL CPD INFA AMBATO, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2011”** de Samanta Elizabeth Peñaherrera Vargas estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2013

EL TUTOR

.....

Ps. Cl. Washington Fabián Rojas

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación, **“LA ACTITUD PARENTAL NEGLIGENTE, COMO CAUSA DE APARECIMIENTO DE ENURESIS SECUNDARIA, EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN AL CPD INFA AMBATO, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2011”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2013

LA AUTORA

.....  
Samanta Elizabeth Peñaherrera Vargas

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Marzo del 2013

LA AUTORA

.....  
Samanta Elizabeth Peñaherrera Vargas

## APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación,  
Sobre el tema: **“LA ACTITUD PARENTAL NEGLIGENTE, COMO CAUSA DE APARECIMIENTO DE ENURESIS SECUNDARIA, EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN AL CPD INFA AMBATO, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2011”**, de Samanta Elizabeth Peñaherrera Vargas, estudiante de la carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Junio del 2013

Para constancia firman

.....

Presidente/a

.....

1<sup>er</sup> Vocal

.....

2<sup>do</sup> Vocal

## **DEDICATORIA**

**Dedico este trabajo investigativo y los resultados del mismo a los 30 niños y niñas, como a sus padres, que con paciencia fueron testigos del trabajo realizado para la mejora de sus hijos, y a toda la población infantil que requiere la protección y el cuidado de sus progenitores.**

**Samanta Peñaherrera**

## AGRADECIMIENTO

Mi primer agradecimiento va dirigido a mi Dios, por permitirme la vida, a mi Hijo, que con su paciencia y madurez me ayudado día a día, a mis padres, por sus consejos y apoyo, mis hermanos, por su cariño, a mi negro por su amor y a todos mis seres queridos quienes con su aliento y motivación supieron inspirar mi trabajo investigativo dándome diariamente su aliento y respaldo para el cumplimiento de esta tarea.

De igual manera agradezco enormemente al CPD INFA, y a quienes conforman el equipo de trabajo en especial a la Dra. Carmita Cadme, quien fue mi tutora de prácticas, durante el periodo de investigación, ya que con su apoyo, soporte y motivación hicieron posible este trabajo de investigación, otorgándome el permiso y la confianza necesaria para trabajar dentro de la institución.

Mi más sincero agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud carrera de Psicología Clínica y a todos sus docentes quienes fueron parte importante en el desarrollo de este proceso investigativo en especial a la Dra. Patricia Rojas y el Dr. Jorge Villa, quien con sus conocimientos supieron guiarme para el buen desarrollo del mismo y al Ps. Cl. Washington Rojas bajo su guía, y supervisión ejerciendo el papel de tutor en este trabajo investigativo supo direccionarme asertiva y eficazmente hacia la culminación del mismo.

Samanta Peñaherrera

## **ÍNDICE DE CONTENIDOS**

### **PÁGINAS PRELIMINARES**

PORTADA.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	III
DERECHOS DE AUTOR .....	IV
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	V
DEDICATORIA .....	VI
AGRADECIMIENTO .....	VII
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	VIII
RESUMEN EJECUTIVO .....	XIII
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA .....	2
1.1 Contextualización histórico social:.....	2
1.1.1 Contexto macro.....	2
1.1.2 Contexto meso: .....	4
1.1.3 Contexto micro: .....	8
1.2 Análisis crítico: .....	11
1.3 Prognosis:.....	13
1.4 Formulación Del Problema: .....	14
1.5 Preguntas Directrices: .....	14
1.6 Delimitación Del Problema: .....	14
1.7 Justificación:.....	15
1.8 Objetivos:.....	16
CAPÍTULO II .....	17
MARCO TEORICO.....	17
2.1 Investigaciones previas:.....	17

2.2 Fundamentación.....	24
2.2.1 Fundamentación Filosófica.....	24
2.2.2 Fundamentación Epistemológica.....	24
2.2.3 Fundamentación Sociológica.....	25
2.2.4 Fundamentación Psicológica.....	26
2.2.5 Fundamentación Axiológica.....	27
2.2.6 Fundamentación Legal.....	27
RED DE INCLUSIONES CONCEPTUALES.....	30
CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	31
CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	32
2.3 Categorías Fundamentales.....	33
2.4 Formulación de la hipótesis:.....	42
CAPÍTULO III.....	44
MARCO METODOLÓGICO.....	44
3.1 MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACIÓN:.....	44
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	45
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	46
3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN:.....	46
3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:.....	47
3.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:.....	48
CAPÍTULO IV.....	52
4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	52
4.2.Análisis e interpretación del aspecto cuantitativo y cualitativo del Test de inteligencia emocional para padres.....	53
4.3. Análisis e interpretación del aspecto cuantitativo y cualitativo de la historia clínica multimodal infantil para enuresis de A. A. de Lazarus.....	64
4.4.-Validación de hipótesis.....	68
4.4.1.- Hipótesis General:.....	68
4.4.2.- Hipótesis Específicas:.....	69

CAPITULO V .....	70
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	70
5.1 Conclusiones. ....	70
5.2 Recomendaciones. ....	71
CAPÍTULO VI.....	72
PROPUESTA.....	72
6.1. Datos Informativos .....	72
6.2. Antecedentes de la Propuesta: .....	72
6.3. Justificación.....	74
6.4. Objetivos:.....	75
6.5. Fundamentación Teórica .....	75
6.5.1. Principales conceptos teóricos.....	77
6.6. Modelo Operativo.....	88
6.7. Administración de la propuesta .....	92
MATERIAL DE REFERENCIA .....	94
BIBLIOGRAFÍA:.....	94
PÁGINAS ELECTRÓNICAS.....	95

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro # 1	
Cuadro # 1 .....	55
Cuadro # 2	
Cuadro # 2 .....	57
Cuadro # 3	
Cuadro # 3 .....	58
Cuadro # 4	
Cuadro # 4 .....	59
Cuadro # 5	
Cuadro # 5 .....	94

Cuadro # 6	
Cuadro # 6 .....	95
Cuadro # 7	
Cuadro # 7 .....	96
Cuadro # 8	
Cuadro # 8 .....	97
Cuadro # 9	
Cuadro # 9 .....	98
Cuadro # 10	
Cuadro # 10 .....	99

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico # 1	
Gráfico # 1 .....	22
Gráfico # 2	
Gráfico # 2 .....	40
Gráfico # 3	
Gráfico # 3 .....	41
Gráfico # 4	
Gráfico # 4 .....	42
Gráfico # 5	
Gráfico # 5 .....	60
Gráfico # 6	
Gráfico # 6 .....	61
Gráfico #07	
Gráfico #07 .....	62
Gráfico # 8	
Gráfico # 8 .....	63
Gráfico # 9	
Gráfico # 9 .....	64
Gráfico #10	
Gráfico #10 .....	66
Gráfico #11	
Gráfico #11 .....	67
Gráfico #12	
Gráfico #12 .....	68
Gráfico #13	
Gráfico #13 .....	69
Gráfico #14	
Gráfico #14 .....	70
Gráfico #15	
Gráfico #15 .....	71
Gráfico #16	
Gráfico #16 .....	72
Gráfico #17	

Gráfico #17.....	73
Gráfico #18	
Gráfico #18.....	74

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla # 1	
Tabla # 1.....	60
Tabla # 2	
Tabla # 2.....	61
Tabla # 3	
Tabla # 3.....	62
Tabla # 4	
Tabla # 4.....	63
Tabla # 5	
Tabla # 5.....	64
Tabla # 6	
Tabla # 6.....	65
Tabla # 7	
Tabla # 7.....	66
Tabla # 8	
Tabla # 8.....	67
Tabla # 9	
Tabla # 9.....	68
Tabla # 10	
Tabla # 10.....	69
Tabla # 11	
Tabla # 11.....	70
Tabla # 12	
Tabla # 12.....	71
Tabla # 13	
Tabla # 13.....	72
Tabla # 14	
Tabla # 14.....	73
Tabla # 15	
Tabla # 15.....	74

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“LA ACTITUD PARENTAL NEGLIGENTE, COMO CAUSA DE APARECIMIENTO DE ENURESIS SECUNDARIA, EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN AL CPD INFA AMBATO, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2011”**

**Autora:** Peñaherrera Vargas, Samanta Elizabeth

**Tutor:** Ps. Cl. Washington Rojas

**Fecha:** Mayo del 2013

**RESUMEN EJECUTIVO**

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo principal, el determinar si la actitud parental negligente es la causa del aparecimiento de enuresis secundaria, en los niños que acuden al CPD INFA, durante el primer semestre del año 2011, partiendo desde la apreciación de las alteraciones a nivel emocional y conductual que los niños en situación de vulnerabilidad, presentaron durante este periodo de investigación.

De esta forma el enfoque de este estudio fue cuanti-cualitativo, aplicando la investigación conjunta con un nivel de asociación de variables. Así, se evaluó a los 30 niños y niñas que presentaron este cuadro, mediante la Historia Clínica Multimodal de Enuresis Infantil de Arnold A. Lazaruz, identificando en los niños y niñas a padres y/o familiares que están a su cuidado, una actitud negligente, ya que fue notoria la privación física y emocional de los mismos debido a dificultades laborales, familiares, educativas o la idiosincrasia que rigió en este nivel cultural, pudiéndose observar claramente que, esta actitud incide directamente en la formación del cuadro de E.S.

Dentro del periodo descrito se evidenció, que la actitud parental negligente en este caso afectiva, es de un 66.66% de los niños y niñas, considerada la de mayor gravedad, por las consecuencias futuras de tendrá el niño y niña que lo padece, por lo cual se planteó como propuesta la elaboración y aplicación de un “PROGRAMA MULTIMODAL DE ALNOLD LAZARUZ, que busca tratamiento en cada caso y en cada área en particular.

**PALABRAS CLAVES:** NEGLIGENCIA\_PARENTAL, ENURESIS\_SECUNDARIA, NEGLIGENCIA\_AFECTIVA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY RACE

**"PARENTAL NEGLIGENT ATTITUDES AS A CAUSE OF HIGH ENURESIS APPEARANCE OF CHILDREN FROM 5 TO 7 YEARS OF AGE, WHO GOT TO CPDINFA AMBATO, IN THE FIRST HALF OF THE YEAR 2011".**

**Autor:** Peñaherrera Vargas, Samanta Elizabeth

**Tutor:** Ps. Cl. Washington Red

**Date:** May 2013

### **EXECUTIVE SUMMARY**

His research work has as a main goal, whether negligent parental attitude is the cause of the appearance of secondary enuresis in children attending the CPDINFA, during the first half of 2011, starting from the appreciation of the alterations to emotional and behavioral level that children in vulnerable situations, presented during this investigation.

Thus the focus of this qualitative study was quantitative, using joint research with a level of association of variables. So, was assessed 30 children with EGD, by Multimodal Medical History Arnold A. Children Enuresis Lazarus, identifying children to parents and /or relatives who are in their care, a careless attitude, and it

was noticeable physical and emotional deprivation thereof due to labor difficulties, family, educational or idiosyncrasy that rige in this cultural level, being able to see clearly that this attitude directly affects the formation of the is box.

Within the described period showed that parental attitude affective negligent in this case, is 66.66% of children, considered the most critical for the future consequences will the boy and girl who has it, so proposal which was planned as the development and implementation of a "PROGRAM ALNOLD MULTIMODAL LAZARUZ, seeking treatment in each case and in each particular area.

KEY

WORDS: PARENTAL NEGLECT,

ENURESIS SECONDARY AFFECTIVE NEGLIGENCE.

## INTRODUCCIÓN

La palabra enuresis se deriva de un vocablo griego que más o menos significa “hacer agua” este trastorno es tan antiguo como el hombre, en el papiro de Ebers, “descubierto por Georg Moritz Ebers de ahí su nombre, uno de los más largos escritos encatrados del antiguo Egipto, 1550 A.C. contiene 887 apartados que describen numerosas enfermedades en varios campos de la medicina como: oftalmología, ginecología, gastroenterología, y las correspondientes prescripciones, así como un primer esbozo de depresión clínica respecto al campo de la psicología”, en la actualidad ha sido estudiado desde varios enfoques psicológicos como conductual, psicodinámico y biológico.

El enfoque psicodinámico según el Dr. Freud, sugiere la existencia de una estrecha asociación entre afectividad y adquisición del control esfinterario. El enfoque conductual basado en las teorías del aprendizaje, considera a la enuresis como consecuencia de alguna irregularidad sobrevenida en el proceso de aprender/enseñar el control de esfínteres. Mientras que el enfoque biológico plantea tres etiologías, que son, inmadurez en el sistema nervioso central, inmadurez en la vejiga urinaria, y trastorno del sueño.

Ahora bien, mediante el enfoque multimodal de Arnol A. Lazaruz, se demuestra que las personas somos el resultado de una herencia, el ambiente, del aprendizaje, además plantea que la sociedad influye sobre la personalidad, aplicado pues a sociedad ecuatoriana, al núcleo de la misma, la familia, se dirá que muchas no cuentan con los dos padres, debido a divorcios, separaciones, ausentismo, las dificultades laborales, familiares o personales, un bajo nivel educativo, provocando que sus progenitores no tomen responsabilidad sobre sus hijos y desconozcan del bienestar y educación, ocasionando que no se desarrolle el afecto y comunicación entre padres e hijos, evidenciando de esta forma a padres negligentes.

# CAPITULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Contextualización histórico social:

#### 1.1.1 Contexto macro

Antes de abordar lo que constituye una actitud parental negligente, es necesario explicar que la negligencia parental, está inmersa en violencia familiar, es decir, que no cuenta con una clasificación individual. Por esta razón que en algunas ocasiones se hablara de negligencia dentro de violencia.

El maltrato a los niños es un problema universal que ha existido desde tiempos remotos, sin embargo es en el siglo XX con la declaración de los derechos del niño (O.N.U. 1959), es cuando se le considera como un delito y un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas.

La investigación norteamericana sitúa el comienzo de la sensibilización mundial cuando investigadores como Kempe, Silverman, Steele, y otros, en 1962 etiquetaron el llamado Síndrome del niño maltratado.

Mientras tanto la Organización Mundial de las Naciones Unidas (ONU) define el maltrato infantil como "Toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier persona que lo tenga a su cargo.

La UNICEF, Fondo Internacional de Socorro de la Infancia nos explica que esta organización, considera a los menores víctimas de maltrato y el abandono como aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta 18 años, que sufran ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales, el maltrato

puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.

En la revista, online ZONA PEDIATRA, en una publicación realizada el día jueves 26 de marzo de 2009, nos menciona que “La enuresis es la emisión involuntaria de orina en los niños de más de 5 a 6 años de edad. Es necesario destacar que aproximadamente entre el 15 y el 30 % de los niños mayores de 6 años pueden presentar un episodio al mes, porcentaje que se eleva en varones y en la raza negra. La prevalencia de incontinencia nocturna es tan elevada antes de la edad tomada como estándar que no se denomina enuresis, asumiéndose en principio como algo normal. Sin embargo un 20 % de niños entre 4 y 6 años presentan enuresis secundaria a nivel mundial.

## **ESPAÑA**

En la investigación realizada por los Dr. S. Lapeña López de Armentia, L.M. Rodríguez Fernández, J.M. Marugán de Miguelsanz, y publicado en su libro, Anales Españoles de Pediatría, nos indican en estudio epidemiológico transversal en una amplia muestra aleatoria de niños escolarizados en la provincia de León, de 6 y 10 años, mediante encuesta anónima dirigida a los padres a través de los centros escolares, según la localidad, consideramos medio urbano si el municipio tiene más de 10.000 habitantes, y medio rural si tiene menos de 10.000, se analizan factores familiares, socioeconómicos, personales, educativos y psicológicos, en las dos formas de enuresis, siendo los resultados una muestra representativa formada por 1.307 niños. De ellos, a los 6 años presentan enuresis nocturna: 171 (13,09 ± 0,93%), siendo primaria en 133 (10,18 ± 0,84%) y secundaria en 38 niños (2,91 ± 0,46%).

De acuerdo a la investigación realizada, nos queda muy en claro que para la aparición de un cuadro de enuresis secundaria, existe factores de aspecto psicológico que inciden de una manera directa o indirecta en el menor.

### **1.1.2 Contexto meso:**

## **CENTRO Y SUR AMÉRICA**

### **MÉXICO**

Toluca, Estado de México, 21 de abril de 2009.- La Dra. Elizabeth Dávila Chávez, Directora de Servicios de Salud del Instituto de Salud del Estado de México, nos indica que “Los niños que tienen problemas de adaptación, cambio de domicilio y escuela o enfrentan disfunción familiar, divorcio de los padres, maltrato y humillación pueden padecer enuresis, una enfermedad que se caracteriza por la falta de control de micción a una edad en la que ya debiera dominarlo, es decir, alrededor de los cinco años “. Indica además que “La enuresis nocturna es la emisión incontrolada e involuntaria de orina durante el sueño a partir del primer lustro de vida 5 años, edad en que se considera que los infantes deberían controlar sus esfínteres. Es un problema muy frecuente y tiene solución”, dijo también la mencionada Dra. Que “que los padres de familia deben evitar enojarse, regañar o castigar al menor porque en lugar de ayudarlo, le disminuyen el autoestima e incluso puede caer en depresión leve, debido a que de por sí enfrenta restricción social por la angustia de no poder dormir fuera de casa, con los amigos o ir de campamento”.

México no es la excepción en cuanto a la presencia del maltrato infantil, pero tampoco lo es respecto a los esfuerzos por estudiar, detectar los casos y resolver el problema. Los estudios médicos sobre el tema comienzan en nuestro país a principios de la década de los 70, sin embargo aumenta el interés en la investigación.

Es así que, NAUCALPAN, Méx Lunes 14 de febrero de 2011 Rebeca Jiménez Jacinto, Corresponsal del “El Universalor”, nos indica en su documental que “ Por primera vez, castigarán hasta con siete años de cárcel a los padres o tutores que incurran en el delito de omisión de cuidados, es decir que no envíen a sus hijos a

la escuela, no los alimenten, omitan llevarlos al médico cuando están enfermos, o los dejen solos en situación de riesgo, señaló el legislador Pablo Basáñez García en una entrevista realizada.” Diputados locales aprobaron en comisión, reformas al artículo 217 del Código Penal del Estado de México, en materia de sanciones para los padres de familia o tutores, que incumplan en la alimentación, asistencia médica, educación escolar y abandono de sus hijos menores de edad, informó la corresponsal.

En una investigación realizada por Miguel Hernández González, el 30 de marzo de 2007, mediante su publicación en el periódico de Puebla, México, nos indica que, a nivel mundial un 14% de los niños que tienen cinco años de edad son diagnosticados con Enuresis, síntoma que se refiere a la fuga involuntaria de orina en el día o en la noche cuando duermen; mientras que en niños con diez años de edad o más se manifiesta en un 2%.

## **CHILE**

La Dra. Claudia Díaz Peñaloza Psicóloga del Programa de Intervención Breve PIB Inti Cussi, de Chile, en una entrevista realizada para el PERIÓDICO PRESENCIA CHILE, lunes 25 de mayo de 2009, en su parte más relevante, nos comenta que “La negligencia parental, puede ser entendida como un tipo de maltrato reiterativo que es generado por los padres, cuidadores o persona responsable del bien estar del niño o niña, que se da por omisión, es decir, por la falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño, niña y/o adolescente. Dicha omisión, se acentúa primordialmente en la no satisfacción y/o vulneración de las necesidades básicas siguientes”. Además nos resalta que “La población chilena no está excepto de padecer de este problema, y lamentablemente poco o nada se ha hecho para realizar una investigación más profunda sobre la temática”.

Así también y para poder hacer una relación acorde con la problemática, la revista LA JORNADA EN LA CIENCIA, del mes de marzo de 2009, en un documental presentado por Javier Flores, coordinador de la misma, de una entrevista realizada a la

Dra. Silvia Ortiz León, integrante del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, en CHILE, nos explica que “la enuresis secundaria es un padecimiento que consiste en la emisión de orina en la cama o ropa, involuntaria o intencional, diurna o nocturna, en infantes mayores de cuatro años y medio, afecta a 7% de los niños, y 3% de las niñas, y puede presentarse hasta la adolescencia”, expuso la doctora. “También incide el ambiente, como carencia socioeconómica en sentido amplio, y pequeños que viven en internados; asimismo, la sobrevaloración de la función del esfínter por parte de los padres, es decir, por exigencia intempestiva y precoz del uso del baño, sobre todo en madres obsesivas o fóbicas con marco educativo estricto, sin respeto hacia el ritmo propio del niño, reiteró, además puede presentarse hasta la adolescencia, señaló Silvia Ortiz”.

## **BOLIVIA**

El maltrato infantil y del adolescente es un problema de suma importancia en la sociedad boliviana. Se realizó un estudio del número de denuncias registradas desde enero 2008 al 1-julio 2009 en la Defensoría de la Niñez y Adolescencia de la provincia Cercado-Cochabamba. El estudio fue descriptivo de corte transversal. Se estableció que de 2392 casos registrados, 1956 niños y adolescentes de 0-15 años, predominan menores de 5 años; 52% pertenecían al sexo masculino que sufrieron algún tipo de maltrato, como: maltrato físico, psicológico, sexual, ausencia de reconocimiento de afiliación, negligencia familiar y utilización de la menor en conflictos familiares. En los casos registrados vemos que en un 22,44% los denunciados son hombres (2008) de edades 26-39 años y un 25,74% (2009) entre madres y personas ajenas. El denunciante en la mayoría de los casos del 2008 corresponde parientes cercanos al agredido con 45.75% y 50.40 % de personas ajenas al agredido que realizaron la denuncia.

Cabe indicar que la violencia intrafamiliar en 2007, en La Paz (Bolivia), aumentó un 10% en relación con años anteriores. Son casos de violencia física, acompañados de casos de violencia psicológica y, en menor escala, de violencia

sexual, la Brigada de Protección de la Familia de La Paz atendió 13.829 casos de violencia intrafamiliar y negligencia. Los Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM) atendieron, entre marzo y octubre de 2007, más de 1.800 casos de violencia dentro de casa. Las principales denuncias recibidas por las autoridades son: agresiones psicológicas (5.908 casos), agresiones físicas (5.191 casos), otros problemas familiares (2.704) y agresiones sexuales (5.908).

Los casos que llegan a la Defensoría revelan, además de maltratos físicos y psicológicos, la negligencia de los padres en la atención de las necesidades de los hijos. En 2007, 23 niños y más de 40 niñas fueron víctimas de violencia física dentro de la casa. La violencia psicológica afectó a cinco niños y 46 niñas, y esos son sólo los casos denunciados.

En vez de avanzar en la protección de las personas dentro de casa, la realidad señala que Bolivia está retrocediendo. Un defensor público entregó al Comité de Género de la Comisión de Política Social de la Cámara de Diputados un proyecto que pide la reformulación de la Ley Contra la Violencia Familiar o Doméstica.

## **ECUADOR**

De acuerdo al último censo realizado por El Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) reveló que el país tiene 14'306.876 habitantes. De lo cual más de 7 millones de mujeres, que constituyen el 10% son jefas de hogar y de ellas el 69,8% son madres. Lo que nos indica claramente que son las madres las personas que pasan más tiempo con sus hijos, y por ende las encargadas de su educación y crianza.

En Ecuador, no existe un estudio sobre la actitud parental negligente y sus efectos en la aparición de enuresis secundaria. En el Código de la niñez y adolescencia en el artículo 67 “hace mención sobre la negligencia, o descuido grave o reiterativo en el cumplimiento de las obligaciones para con los niños, niñas y adolescentes,

relativas a la prestación de alimentos, alimentación, atención médica, educación o cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad”.

### **1.1.3 Contexto micro:**

## **TUNGURAHUA**

### **CPD. INFA.**

En la provincia de Tungurahua se evidencia un alto índice de padres de familia que proporcionan a sus hijos un trato negligente, como es el caso de las pensiones alimenticias, la inestabilidad económica, cambio constantes de pareja, trabajo infantil, la inasistencia a la escuela, desaseo, mal nutrición, desatención en su desarrollo físico y emocional, sin contar con el poco o nada interés que le dan a la salud mental de sus hijos. En la Fundación “DANIEL CHILDREN” ubicado en la ciudad de Ambato, indica su Director el Dr. Estuardo Paredes, que desde el año 2010 hasta la presente fecha, se ha atendido 236 casos en acogimiento institucional, es decir a niños, niñas y adolescentes que han sufrido algún tipo de maltrato intrafamiliar, pero nos menciona también, que se ha dado atención a 58 casos de negligencia parental, lo que constituye el 100%.

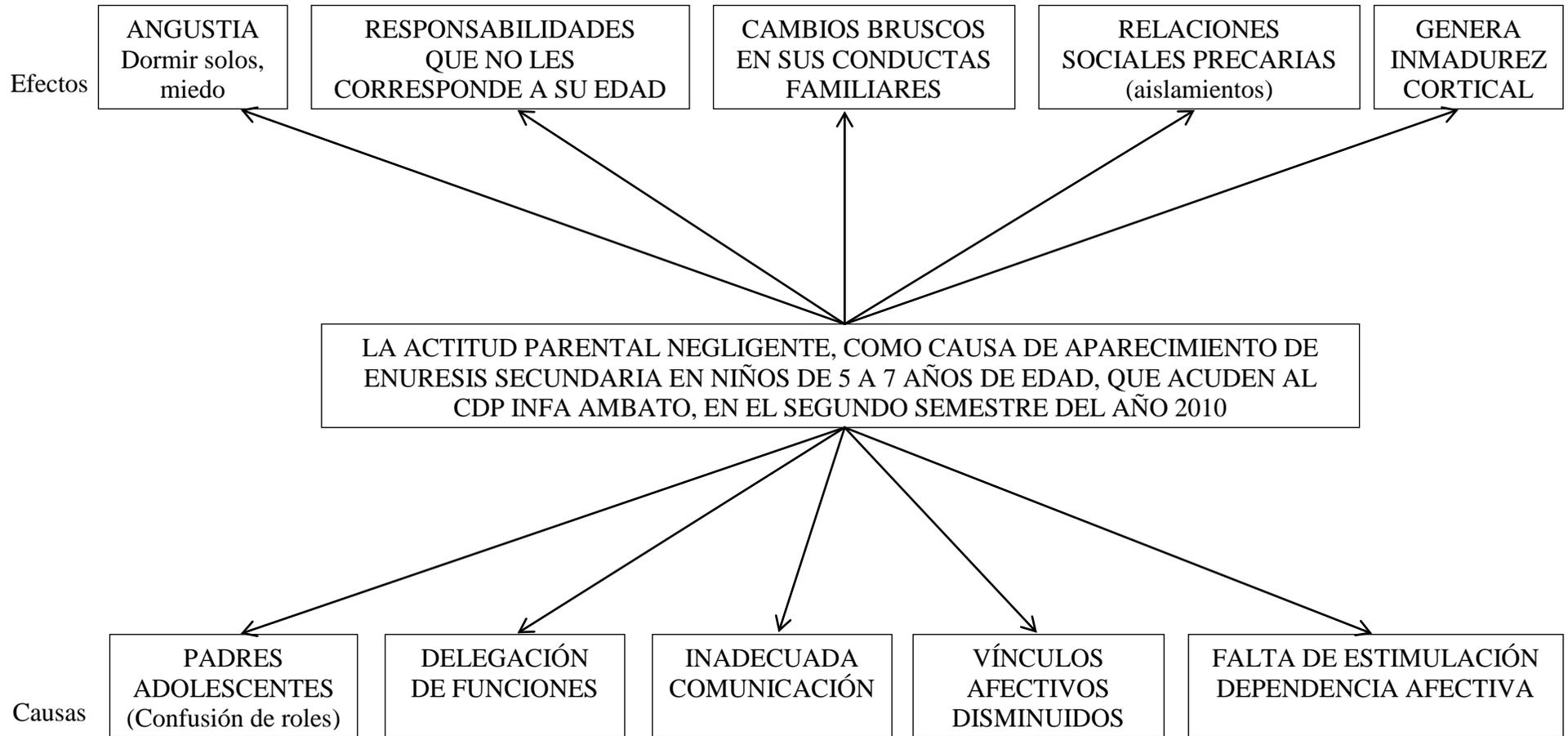
Considero entonces, que todas estas negligencias no son vistas como tal, sino más bien son aceptadas de acuerdo al nivel sociocultural y económico que viven las personas, sobretodo en el sector rural de la provincia, pues es en estos lugares en donde se evidencia el más alto nivel de desatención y negligencia de los padres, o familiares que están a cargo de la crianza y educación de los hijos, sea por su desconocimiento o por la forma de crianza ya adquirida con el tiempo. Es decir que para ellos no es negligencia, sino más bien un modo de formación de sus hijos.

En la provincia no se ha realizado ninguna investigación sobre negligencia parental, porque no es aceptada o reconocida como tal. Sin embargo toda esta información servirá para dar en nombre que debe tener a este tipo de agresión, que

es negligencia parental, y lo que es más importante, tratarla y combatirla hasta su erradicación.

## ARBOL DE PROBLEMAS.

Gráfico # 1



## 1.2 Análisis crítico:

Con la información existente para este tema de investigación, se puede comprobar que no es necesario golpear a un niño para que este hecho sea considerado como maltrato infantil, existen acciones, actitudes, u omisiones que los padres de manera recurrente, no identifican, o no proveen lo que un niño realmente necesita. En este sentido la negligencia es una forma de maltrato infantil, que comprende descuidos, falencias y supresión intencionales de un adulto para suplir las necesidades de un niño o para proveer el cuidado que necesita, teniendo los medios y las herramientas para hacerlo.

Se observa pues, que las relaciones de pareja, conflictivas y violentas crean ,por si solas , una gran angustia e infelicidad en el niño perjudicarlo notablemente en su desarrollo tanto físico como emocional, que tranquilamente se podrá ver evidenciado en un cuadro de enuresis secundario, llevando consigo las consecuencias lógicas como son, el aislamiento, baja autoestima creando así constantes frustraciones.

El incremento de negligencia parental de padres adolescentes, que no cuentan con la suficiente madurez tanto emocional como física, para hacerle frente a tan imperiosa responsabilidad, cayendo en situaciones nada favorables en la crianza de sus hijos, una de ellas será pues la delegación de roles, es decir, que por su condición de padres adolescentes, deben ausentarse del hogar, algunas veces por estudio, por trabajo, o las dos al unísono dejando al cuidado de sus hijos a sus padres, abuelos, tíos, vecinos, o algún familiar que tenga a su alcance, ocasionando una verdadera confusión de roles parentales en el niño, que llegan a tener en su esquema mental, dos madres o dos padres, causando angustia, desorden, inestabilidad, que se puede ver reflejado en un cuadro de enuresis.

Otro factor de actitud parental negligente es la delegación de funciones y roles, de padres a sus hijos, “mayorcitos”, ya que sus progenitores bajo la bandera de “ayúdame”, dan responsabilidades no apropiadas a sus hijos, que no les competen o corresponde a su edad, y lo que es peor, no saben cómo ejecutarla o aprenden de manera errónea, como es el cuidado de un hermano menor, que dicho sea de paso

no es marcada la diferencia de edades, la preparación de sus propios alimentos, el arreglo de la casa, y en algunos sectores el trabajo e inclusive la mendicidad, esto se evidencia mucho en el sector rural, en este sistema familiar es notoria la numerosa cantidad de hijos y sin mucha diferencia de edad, causando en ellos, una angustia, que se puede traducir en numerosos trastornos físicos, como emocionales tales como, terrores nocturnos, trastornos de sueño, enuresis, cansancio, problemas alimentarios, ansiedad, estrés, depresión, baja autoestima, déficit de atención , baja conducta, etcétera. Todo esto tendrá entonces graves secuelas a futuro.

La comunicación rompe las barreras que la vida y el destino nos ponen caprichosamente, (si creyéramos en eso) con el uso adecuado y oportuno, se obtienen grandes e importantes triunfos, sin embargo, cuando no se maneja comunicación lineal dentro del sistema, en este caso familiar, las alteraciones no se hacen esperar, los padres creen que a sus hijos no deben tener ningún tipo de información ni mucho menos ofrecer una explicación sobre las decisiones tomadas, por ejemplo: una separación, un divorcio, un cambio de trabajo, una mudanza, la venta o la compra de un bien mueble, un nuevo “papá o mamá”, obligándoles nada más a obedecer y hacer lo que ellos creen que es mejor, teniendo cambios bruscos en su rutina familiar, ocasionando un desequilibrio emocional y físico, que se evidenciara en su comportamiento, produciéndose como secuencia lógica, el estancamiento de estas áreas, y como posible consecuencia será el apareamiento de enuresis secundaria, tornándose así más vulnerables, aislándose, sufrirán segregaciones, sus relaciones serán precarias y poco ortodoxas sufrirán de estrés lo que les atraerá graves problemas como se ha dicho a futuro.

La mayoría de los casos de negligencia, se produce en etapas donde los niños maduran su desarrollo psicológico, los hijos de padres negligentes, crecen inmersos en el miedo, ellos y ellas son candidatos al diagnóstico de toda la variedad de problemas, evidenciándose con mayor énfasis la enuresis secundaria como medio de somatización para tal situación, a demás trastornos por estrés

traumáticos, depresiones por desesperanza o de posibles trastornos de personalidad. Todo ello sin un solo golpe, sin un maltrato "directo".

Considero pues, que la negligencia hace referencia a un patrón continuo de violencia infantil, pero más silenciosa, puesto que como no existe maltrato físico visible, no se puede detectar lo que está ocurriendo en la familia, pero si se puede evidenciar los efectos graves que esto produce, como es el apareamiento de enuresis secundaria, en los niños, que se ven solos frente a tal problema, mucho más al estar en fase de crecimiento y desarrollo madurativo, conforman su personalidad en función de negligencia, irresponsabilidad, inmadurez, etcétera. Y la toman como modelo, interiorizando los roles aprendidos en casa, del padre y de la madre, que lo proyectaran en comportamiento inadecuados y no discriminan lo que es adecuado o está bien, de lo que es perjudicial e injustificable.

### **1.3 Prognosis:**

Al ser la negligencia parental, una forma de violencia silenciosa e instauradora del cuadro de enuresis secundaria en el menor, se ve en la necesidad imperiosa de erradicar de manera inmediata tal situación, ya que se está forjando la personalidad, la forma y estilo del vida del menor, con posibles alteraciones y dificultades como baja autoestima, timidez, retraimiento, ambivalencia afectiva, y hasta el mutismo, que tendrá consecuencias graves para la familia y la sociedad a futuro, al tener entre sus hijos a posteriores padres negligentes.

Se lograra entonces una adecuada salud mental con la población que se va trabajar, tendrán conocimientos y fundamentos para evitar posibles negligencia para con sus hijos.

#### **1.4 Formulación Del Problema:**

¿Es la actitud parental negligente un factor de incidencia para la aparición de la enuresis secundaria en los niños de 5 a 7 años de edad, que acuden al CPD INFA Ambato, en el segundo semestre del año 2010?

#### **1.5 Preguntas Directrices:**

¿Es la actitud parental negligente un factor de incidencia para la aparición de Enuresis Secundaria?

¿Cuál es la característica de actitud parental negligente más frecuente?

¿Con que frecuencia se presenta Enuresis Secundaria, en los niños que acuden al CPD INFA Ambato?

¿Es posible realizar una propuesta de Intervención Psicológica, frente al tema planteado?

#### **1.6 Delimitación Del Problema:**

##### *1.6.1 Delimitación del contenido:*

Campo: Psicología clínica

Área: Familiar

Aspecto: Negligencia

##### *1.6.2 Delimitación espacial:*

Espacio:

Provincia de Tungurahua

Ciudad: Ambato

Centro de Protección y Desarrollo INFA. Ambato

Unidad de observación: niños y niñas de 5 a 7 años.

### 1.6.3 *Delimitación temporal:*

Tiempo:

Primer semestre del 2011

## **1.7 Justificación:**

Es de vital importancia la ejecución de este proyecto, ya que al realizar la investigación en el CPD INFA, de la ciudad de Ambato, en el presente año, se evidencia en los usuarios el total desconocimiento sobre el tema y las complicaciones que producen en los niños, los padres y por ende en la sociedad, por la falta de conocimiento sobre la Actitud Parental Negligente y sus posibles consecuencias como es la Enuresis Secundaria.

De esta manera constituye el trabajo investigativo en un aporte científico, que marcará la base para futuras investigaciones, además se propone un tratamiento psicoterapéutico para padres e hijos, siendo para el efecto los beneficiarios directos, primero el niño, ya que se erradicara el problema, así como los padres que tendrán un conocimiento más amplio para poder educar de mejor manera a sus hijos y como beneficiario indirecto la sociedad, que se complacerá en tener entre sus integrantes a entes sanos y productivos.

Posee factibilidad, ya que se cuenta con la aperturas necesarias para la elaboración del mismo, tanto en la Universidad Técnica de Ambato, la Facultad de Ciencias de la Salud, así como en el CPD INFA Ambato.

El financiamiento de mismo, estará a cargo de la investigadora.

## **1.8 Objetivos:**

### ***Objetivo General:***

Indagar si la actitud parental negligente, es un factor que influye sobre el apareamiento de Enuresis Secundaria.

### ***Objetivos Específicos:***

- ❖ Definir cuál es la característica de actitud parental negligente en los niños que tienen enuresis secundaria.
- ❖ Analizar la prevalencia con la que se presenta la Enuresis Secundaria en los niños de 5 a 7 años de edad, que acuden al CPD INFA Ambato, en el primer semestre del año 2011.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Investigaciones previas:

La jefa de Psicología del Instituto Especializado de Salud del Niño de Perú, la Dra. Carmen Alzamora Valencia, en el año (2010), nos indica que...”*La enuresis secundaria, orinarse en la cama mientras se duerme, está considerado uno de los tres principales trastornos que afecta a los niños peruanos y se presenta comúnmente entre los 5 y 10 años de edad, reveló, esta micción involuntaria se debe al factor emocional, influido por la inestabilidad familiar, ya sea por la separación de los padres, violencia familiar, negligencia e inadecuado control del comportamiento del niño, manifestándose con ansiedad, angustia, onicofagia, inapetencia, así como tricotilomanía. Este trastorno afecta mayoritariamente al sexo masculino, aunque no hay un sustento estadístico y es el tercero en prevalencia*”.

En el Máster en Psicobiología y Ciencias Cognitivas el Dr. Joaquín Díaz Atienza, Psiquiatra en su BLOG, publicado en su página web [www.paidopsiquiatria.com](http://www.paidopsiquiatria.com), sobre: LA NEGLIGENCIA Y EL MALTRATO INFANTIL INSTITUCIONAL nos indica que “*El maltrato psicológico, más refinado y difícil de objetivar, se da en toda situación en la que no se respeta su bienestar psíquico en los niños. Como lo es el maltrato por negligencia, cuando no respondemos de forma conveniente, teniendo las posibilidades de hacerlo, a sus necesidades físicas, psicológicas y emocionales. Como decía Winnicott, menciona el Dr. Díaz...lo importante para el desarrollo del niño no es el handling (cuidados físicos), sino el holding (soporte emocional) y, este último, puede satisfacerlo plenamente una familia por muy desfavorecida...*”

María Elena Navas editorialista de la revista BBC. Ciencia, BBC.MUNDO.COM, en su documental del día miércoles, 3 de diciembre de 2008, nos indica que *“Uno de cada diez niños en los países de altos ingresos sufren algún tipo de maltrato físico o emocional, revela un estudio llevado a cabo por investigadores británicos y estadounidenses, Una serie especial de la revista médica The Lancet sobre el maltrato infantil, descubrió que hasta 16% de los niños en estos países son maltratados físicamente y 10% son descuidados o abusados psicológicamente. Los expertos califican estas tendencias de "impactantes", y afirman que el problema es mucho más común y grave de lo que muestran las estadísticas oficiales.*

También informo para la revista que *“Si el problema del maltrato infantil es impactante en los países ricos, en los países de bajos y medianos ingresos, la situación es aún peor, Los estudios llevados a cabo en América Latina revelan que hasta 63% de los niños podrían vivir en una situación de maltrato físico, sexual, emocional o en negligencia”, "En América Latina es más probable que un niño sea maltratado a que no lo sea" dijo a BBC Ciencia la doctora Isabel Cuadros, miembro del Consejo Ejecutivo de la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia contra los Niños (ISPCAN) y asesora de la organización Save the Children UK”.*

La Dra. Yasmín Ulloa Soto de la *RED SOCIAL VIRTUAL LATINOAMERICANA DE TRABAJO SOCIAL PROMOVIDA POR EL COLEGIO DE ASISTENTES SOCIALES DE CHILE*, en su revista sobre *“Negligencia y abandono es su edición 29 de septiembre de 2009”* nos indica que *“ Negligencia familiar, es un sistema en donde los padres presenta una omisión o descuido en el cuidado de sus niños, debido a sus carencias múltiples en su propia biografía, por lo tanto presentan fallas en sus funciones parentales, siendo estas, biológicas, cultural y contextual”* menciona que *“negligenciabiológica, son trastornos de los padres, que les impiden relacionarse sanamente con sus hijos, por procesos del pasado o del presente, lo que se evidencia en un desapego sensorial del niño, siendo*

*estos depresión, enfermedades mentales, toxicomanía, padres ausentes o de paso, causando en el niño diferentes efectos como hiperactividad, problemas de sueño, trastornos de alimentación, enuresis en su mayoría secundaria. Mientras que, en la negligencia cultural los padres tiene modelos de crianza peligrosos, por falta de conocimientos, o que estos sean inadecuados para el cuidado sano del niño, tiene que ver con la cultura en donde estén insertos, y finalmente negligencia contextual, que nos es otra cosa que pobreza y aislamiento social, la pobreza, hay un componente social de desigualdad y discriminación que obliga a ciertos comportamientos y creencias que se transmiten de generación en generación, trae consigo carencias afectivas y sociales y el aislamiento social provocado por situaciones de carencias y por la percepción de ser incompetentes, incapaces de resolver conflictos y problemas que generan un proceso de marginación, teniendo como consecuencia a niños mal alimentados, con falta de cuidado médico, físico, insuficiencia afectiva y cognitiva, retraso en su desarrollo.”*

Para Claudia Díaz Peñaloza Psicóloga del Programa de Intervención Breve PIB Inti Cussi, en su “ARTÍCULO INTI CUSSI, NEGLIGENCIA PARENTAL” del día lunes, 25 de mayo de 2009, manifiesta que “*La negligencia parental, puede ser entendida como un tipo de maltrato reiterativo que es generado por los padres, cuidadores o persona responsable del bien estar del niño, que se da por omisión, es decir, por la falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y/o adolescente. Dicha omisión, se acentúa primordialmente en la no satisfacción y/o vulneración de las necesidades básicas siguientes:*

*1. Físico-Biológicas*

*· Alimentación, higiene, vestimenta, protección, seguridad, salud, cuidados médicos, supervisión.*

*2. Cognitivas*

*· Exploración del contexto físico, adquisición de normas y valores, comprensión del ambiente, aprendizaje.*

*3. Emocionales y Sociales*

*· Afecto, apoyo, cariño, aceptación, relaciones adecuadas con la comunidad y grupo de iguales.*

*La vulneración de estas necesidades en l@s niñ@s y/o adolescentes, provoca repercusiones en el desarrollo físico, cognitivo, motriz, lenguaje y socioafectivo.*

*Es por esto que se debe reforzar en la familia la entrega de afecto y desenvolvimiento en las diversas relaciones, las cuales propiciarán al niño o niña una estabilidad personal y emocional para que pueda desarrollarse satisfactoriamente en las distintas etapas de su vida.*

*La negligencia es un fenómeno invisible e insidioso, provocado por una indiferencia generalizada familiar; por esto los casos de negligencia suelen ser en su mayoría más crónicos y de peor pronóstico, cuando las personas, instituciones y comunidad en general, no son responsables en denunciar este tipo de vulneración social que afecta silenciosamente a cientos de niños y niñas”*

En la revista Cubana de Psicología, Rev. Cuba. Psicol. La Habana. es su artículo del año 2013 “*ETIOLOGÍA DE LAS NEUROSIS*” de Armando Alonso ÁlvarezI; Renán Rodríguez MoralesII de la Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, de un estudio realizado a una muestra de 25 pacientes (21 del sexo femenino) con diagnóstico de neurosis, su nivel de escolaridad de primero y tercer grado de escuela, concluyeron que “ *Las neurosis se instalan sobre la base de un desarrollo anómalo de la personalidad, el cual tiene su origen en la infancia como resultado de necesidades insatisfechas de afecto, seguridad, independencia y realización personal, principalmente; de entre las cuales, por las propias vivencias afectivas frustrantes del niño en un ambiente familiar inadecuado, la necesidad de afecto comienza a adquirir un sentido personal exacerbado pasando a ocupar un lugar central en la jerarquía de motivos del sujeto, convirtiéndose en motivo de su actividad; todo lo cual va a incidir en el desarrollo alterado de formaciones motivacionales como la autovaloración, cuya inadecuación se va a expresar, particularmente las relaciones interpersonales del sujeto. La formación alterada de las estructuras reguladoras de la personalidad, impiden, desde edades tempranas, una relación armoniosa con la realidad, viéndose el sujeto sometido a continuas frustraciones en todas las áreas de interacción; acrecientan en su autoconciencia sentimientos de inseguridad e infelicidad.*

*A la insatisfacción de la necesidad de afecto, en particular, contribuyó de un modo esencial, el ambiente familiar inadecuado, caracterizado principalmente por conflictos matrimoniales, padres restrictivos, ausencia de la figura paterna, falta de comunicación con los padres, relaciones conflictivas con la madre, rechazo o sobreprotección marcada de los padres; a lo cual se agregan dificultades económicas y de vivienda y un relativo aislamiento social de la familia.*

*Los factores sociales externos psicotraumáticos no son la causa de las neurosis. Lo externo adquiere una significación "patógena", psicotraumática, en función del sentido personal que este adquiere en la personalidad; por tanto, la personalidad anómala deviene importante factor mediatizador de los hechos vivenciados por los sujetos.*

*Los conceptos psiquiátricos "etiología" y "personalidad premórbida" en las neurosis, no deben ser considerados como aspectos independientes. Los resultados encontrados en el presente trabajo investigativo, plantean la necesidad de considerar la personalidad premórbida como un factor etiológico esencial de las neurosis.*

*La personalidad premórbida de los sujetos estudiados, en el transcurso de su desarrollo alterado, se va a caracterizar por inseguridad, timidez, imaginativos (soñadores), introvertidos, sensibles, irritables, pesimistas, individualistas, centrados en sí mismo, con una autovaloración inadecuada expresada en una tendencia a la subvaloración en las áreas de mayor compromiso afectivo.*

*Se corrobora la importancia del método de análisis psicológico de los datos contenidos en las historias clínicas, como método fundamental para el estudio dinámico-evolutivo de las neurosis”.*

Se ve la necesidad de mencionar para mejor entendimiento del tema, las etapas del desarrollo de acuerdo a varios autores como son:

ETAPAS DEL DESARROLLO DE ACUERDO A VARIOS

AUTORES

Cuadro # 0

DESARROLLO PSICOSEXUAL Freud	De acuerdo a la libido DESARROLLO PSICOSEXUAL Bowlby	De acuerdo al estilo de apego DESARROLLO PSICOSOCIAL Erikson	De acuerdo al conflicto de cada edad DESARROLLO INTELLECTUAL COGNITIVO J. Piaget
<p>Etapa Oral (0–2) años Etapa anal 1 a 1 1/2 a 3 años <b>Etapa fálica de 3 a 6 años</b> <i>los órganos genitales se vuelven una fuente destacada de placer durante este periodo, se hace más intensas las tensiones, y placer en esa zona, la curiosidad es difusa, se presenta aquí los complejos de Edipo y Electra</i></p> <p>Periodo de latencia de 6</p>	<p>0 a 0.5 años estadio impulsivo 0.6 1 año estadio emocional 1 a 3 años estadio sensorio motor y motor <b>3 a 6 estadio de personalismo</b> <i>la personalidad es el resultado de la negociación, entre las cualidades temperamentales del niño o innatas y experiencias en el seno familiar de ese modo los genes y la</i></p>	<p>12 primeros meses confianza básica vs desconfianza 1 a 3 años autonomía vs vergüenza y duda <b>4 a 5 años iniciativa vs culpa</b> <i>rápido desarrollo físico, intelectual y social motivan a probar sus habilidades y capacidades, es favorable estimular la actividad y la curiosidad, padres reaccionan negativamente a las preguntas generando culpabilidad (malo)</i> <b>6 a 11 años laboriosidad vs</b></p>	<p>0 a 2 años periodo motor <b>2 a 7 años periodo preoperacional</b> <i>La interacción, utiliza nuevos recursos simbólicos entre ellos el lenguaje, responde a los problemas de manera intuitiva centrado en sí mismo y en su punto de vista</i> 7 a 12 años operaciones concretas desde 12 años operaciones formales</p>

<p>años</p> <p>hasta la pubertad</p>	<p><i>experiencia</i></p> <p><i>colabora para ser quien somos, se habla</i></p> <p><i>De la teoría de apego aquí.</i></p> <p>6 a 11 años estadio categorial</p> <p>estadio de la adolescencia</p> <p>desde los 11 hasta joven</p>	<p><b><i>inferioridad</i></b></p> <p>trabajador, le gusta hacer cosas, frente a pereza</p> <p>falta de competencias, se siente inferior y mediocre</p> <p>Adolescencia y pubertad</p> <p>identidad vs confusión</p> <p>Juventud adulta</p> <p>Intimidad vs aislamiento</p> <p>Edad adulta</p> <p>Generatividad vs estancamiento</p> <p>Madurez</p> <p>Integridad vs desesperación</p>	
--------------------------------------	---	---	--

Elaborado por:  
SamantaPeñaherrera

## **2.2 Fundamentación**

### **2.2.1 Fundamentación Filosófica.**

El paradigma de la investigación es crítico-propositivo como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales.

Es crítico porque cuestiono los esquemas sociales tradicionales que se ha venido manejando a lo largo de los tiempos en nuestra sociedad, no solo en nuestro país, sino a nivel mundial, ya que no se ha dado la importancia que amerita la negligencia parental dentro del desarrollo del niño, y es propositivo puesto que se plantea las alternativas y soluciones adecuadas en un clima de actividad, esto ayudara a la interpretación y comprensión de este evento. Uno de los compromisos es buscar de los mismos, la interrelación e interacción de la dinámica de las contradicciones que generan cambios profundos, la investigación está comprometida con los seres humanos y su crecimiento familiar.

### **2.2.2 Fundamentación Epistemológica.**

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira a que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevará hacia una positiva asimilación proyectiva de la identidad nacional.

En este trabajo las ciencias se definen como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento familiar.

### **2.2.3 Fundamentación Sociológica.**

Las investigaciones fundamentan en la teoría dialéctica del materialismo histórico donde se encuentra el constante cambio y transformación de la sociedad hacia el desarrollo y progreso. Todo ser humano alcanza la transformación hacia trascendencia en el tiempo y en el espacio.

La sociedad es producto histórico de la interacción social de las personas que es el proceso recíproco que obra por medio de dos o más factores sociales dentro del marco de un solo proceso bajo ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el aspecto económico un factor determinante.

Las relaciones humanas se basan en metas, valores y normas, su carácter y sustancia son influidas por formas sociales dentro de las cuales tienen efecto las actividades del ser humano en la vida familiar y escolar.

Vivimos en una época de transformaciones muy radicales, de gran velocidad e incertidumbre, en el contexto de una progresiva globalización de los mercados, creciente disponibilidad de nuevos conocimientos, instantaneidad de las comunicaciones y una mayor toma de conciencia respecto a las consecuencias de la forma de desarrollo basado en la depreciación de los ecosistemas.

La existencia de estos procesos de alcance universal conlleva a la planetarización de las manifestaciones culturales, sociales y al debilitamiento de las identidades nacionales.

Este enfoque favorece la comprensión y explicación de los fenómenos sociales como esencia del vínculo familiar \_ aprendizaje con el afán de la interrelación transformadora.

Además por ser comprendida con valores esenciales del ser humano, la investigación actual será eminentemente participativa. Optamos por una pedagogía integral y comprometida con el desarrollo de una sociedad más justa y equitativa.

#### **2.2.4 Fundamentación Psicológica.**

El comportamiento y aprendizaje son causas de estudio para la psicología, por estar relacionada con procesos mentales, la inteligencia y el desarrollo del ser humano, que le permita comprender, actuar y sentir de manera diferente. Es así, que para el presente trabajo, se utilizará entonces, como base fundamental dos corrientes psicológicas: como es la cognitiva conductual, y la humanista.

Para la corriente, cognitivo conductual, se opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente, es decir, por citar un ejemplo, todo lo que sucede dentro del esquema familiar afectara de una manera directa y radical en los pensamientos, en su actuar, en la forma cómo ve el mundo el niño y que propone para su efecto una explicación biológica, psicológica y social de la conducta y emociones humanas, partiendo de la premisa de que casi todas las emociones y conductas humanas son resultado de lo que las personas piensan, asumen o creen. “No son las situaciones lo que determina como nos sentimos y actuamos, sino como pensamos acerca de ellas”

El Dr. Albert Bandura, indica que para formarse la personalidad se debe a la interacción entre tres factores: el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Es así que utiliza la teoría social de aprendizaje o también conocido como aprendizaje vicario, observacional, imitación, modelado o aprendizaje cognitivo social, este aprendizaje está basado en una situación social en la que al menos participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada y el sujeto que realiza la observación de dicha conducta; esta observación determina el aprendizaje, aquí el que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe el refuerzo,

Para la Teoría Humanista, de acuerdo a lo que propone Rogers, cree que el individuo percibe el mundo que le rodea de un modo singular y único, a través de la Psicología Humanista se trata de individualizar y no esterilizar a la persona, intentando llegar a tener una visión completa del sujeto a través de los aspectos positivos del ser humano, utilizando para su efecto como principal instrumento a

la empatía, con el niño, que ya de por sí se encuentra afectado por la situación que está atravesando, situándome de esta manera en el lugar de la otra persona, es decir del paciente compartiendo sentimientos.

En este sentido, la conducta manifiesta que el niño, persona no responde a la realidad, responde a su propia experiencia y a su interpretación subjetiva de la realidad externa, en tanto la única realidad que cuenta para la persona es la suya propia.

De esta manera se buscara atender en todos frentes, las dificultades que atraviesa el niño, la familia, para que se haya producido tal situación, se aplica estas dos posturas al tema planteado y se trabajara con el pensamiento de la familia y sobretodo del menor

#### **2.2.5 Fundamentación Axiológica.**

El desarrollo integral del ser humano, basado en la práctica de valores como la responsabilidad, la honestidad, la honradez, la solidaridad y el sentido de equidad, sin descuidar el desarrollo de la inteligencia emocional, con el fin de que se forme su carácter y personalidad y estén de capacidad de administrar su vida acertadamente. El secreto de la educación radica en lograr que el educando perciba los valores como respuesta a sus aspiraciones profundas, a sus ansias de vida, de verdad, de bien y de belleza, como camino para su inquietud de llegar a ser.

#### **2.2.6 Fundamentación Legal.**

### **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

El artículo 67 del Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador define al maltrato infantil como: la conducta de acción u omisión que provoque o pueda

provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualquiera sea el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluye el trato negligente o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones para con los menores, relativos a la prestación de alimentación, atención médica, educación o cuidado diario, y su utilización en la mendicidad

#### **Artículo 45.**

Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre, y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación, a la seguridad social; a tener una familia y DISFRUTAR DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y A RECIBIR INFORMACIÓN DE SUS FAMILIARES AUSENTES, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

#### **Artículo 69**

Para proteger los derechos de las personas integrantes de la familia:

1.- Se promoverá la maternidad y paternidad responsable; la madre y el padre estarán obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de los derechos de sus hijos e hijas, en particular cuando se encuentren separados de ellos por cualquier motivo.

5.- El estado promoverá la corresponsabilidad materna y paterna y vigilará el cumplimiento de los deberes y derechos recíprocos entre madres, padres, hijos e hijas.

**Art. 83. Numeral 16.-**

Son deberes de los ecuatorianos y ecuatorianas, el asistir, alimentar, educar, y cuidar de sus hijos e hijas. Este deber es corresponsabilidad de madres y padres en igual proporción.

En el Art. 1.- **Finalidad.-** Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

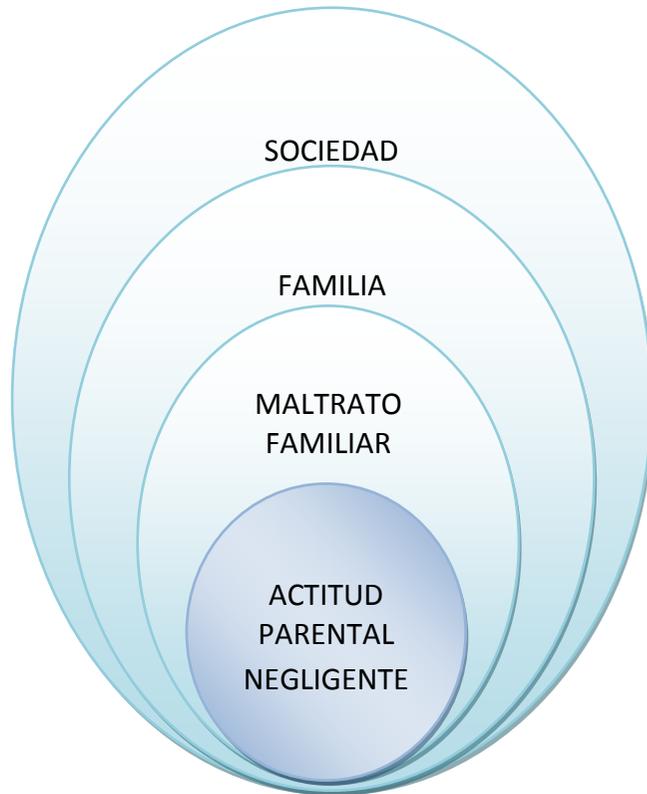
Para este efecto, regula el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral

En el Art. 2.- **Sujetos protegidos.-** Las normas del presente Código son aplicables a todo ser humano, desde su concepción hasta que cumpla dieciocho años de edad. Por excepción, protege a personas que han cumplido dicha edad, en los casos expresamente contemplados en este Código

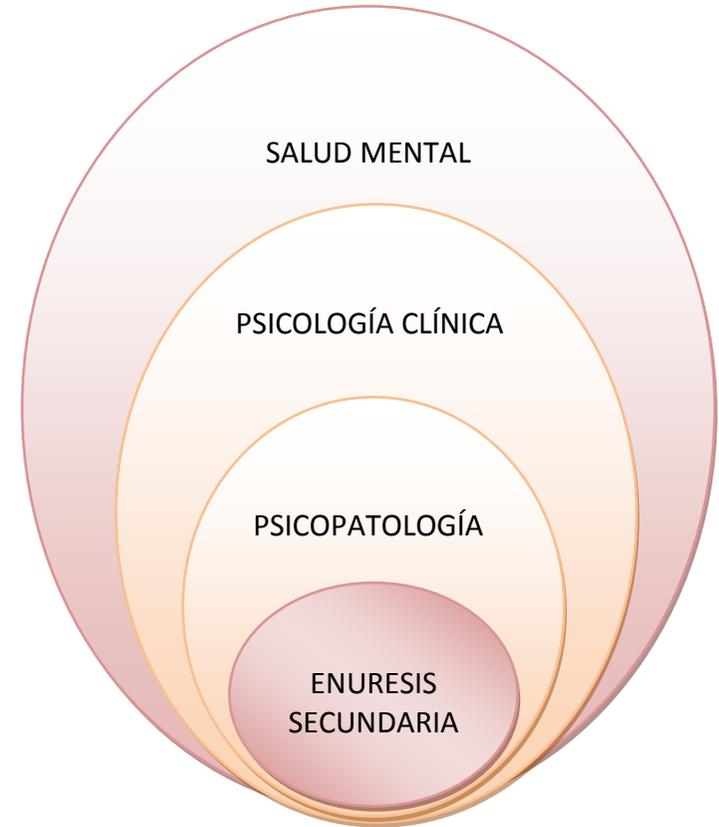
Art. 9.- **Función básica de la familia.-** La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente.

## RED DE INCLUSIONES CONCEPTUALES

Gráfico # 2



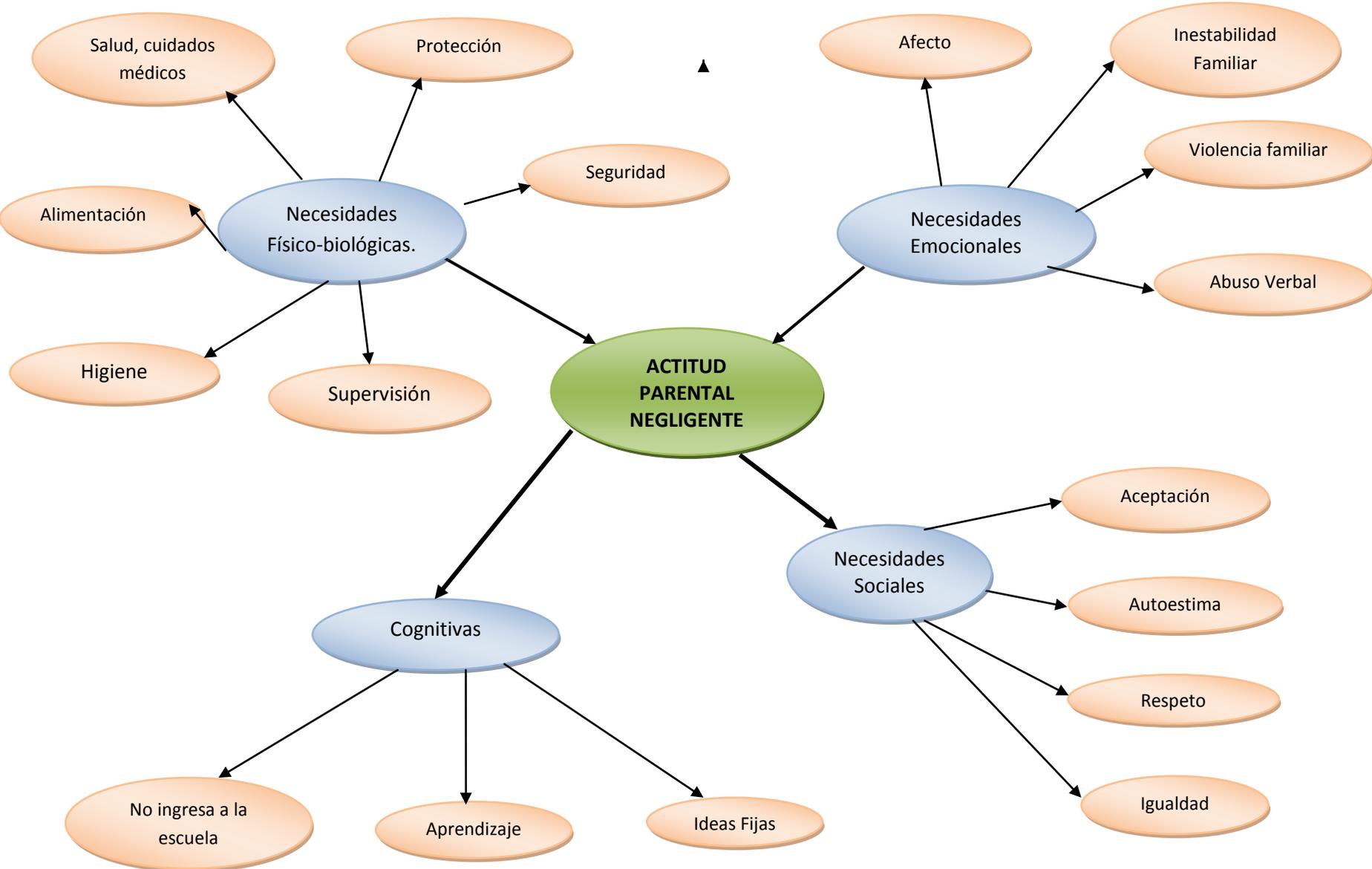
VARIABLE INDEPENDIENTE



VARIABLE DEPENDIENTE

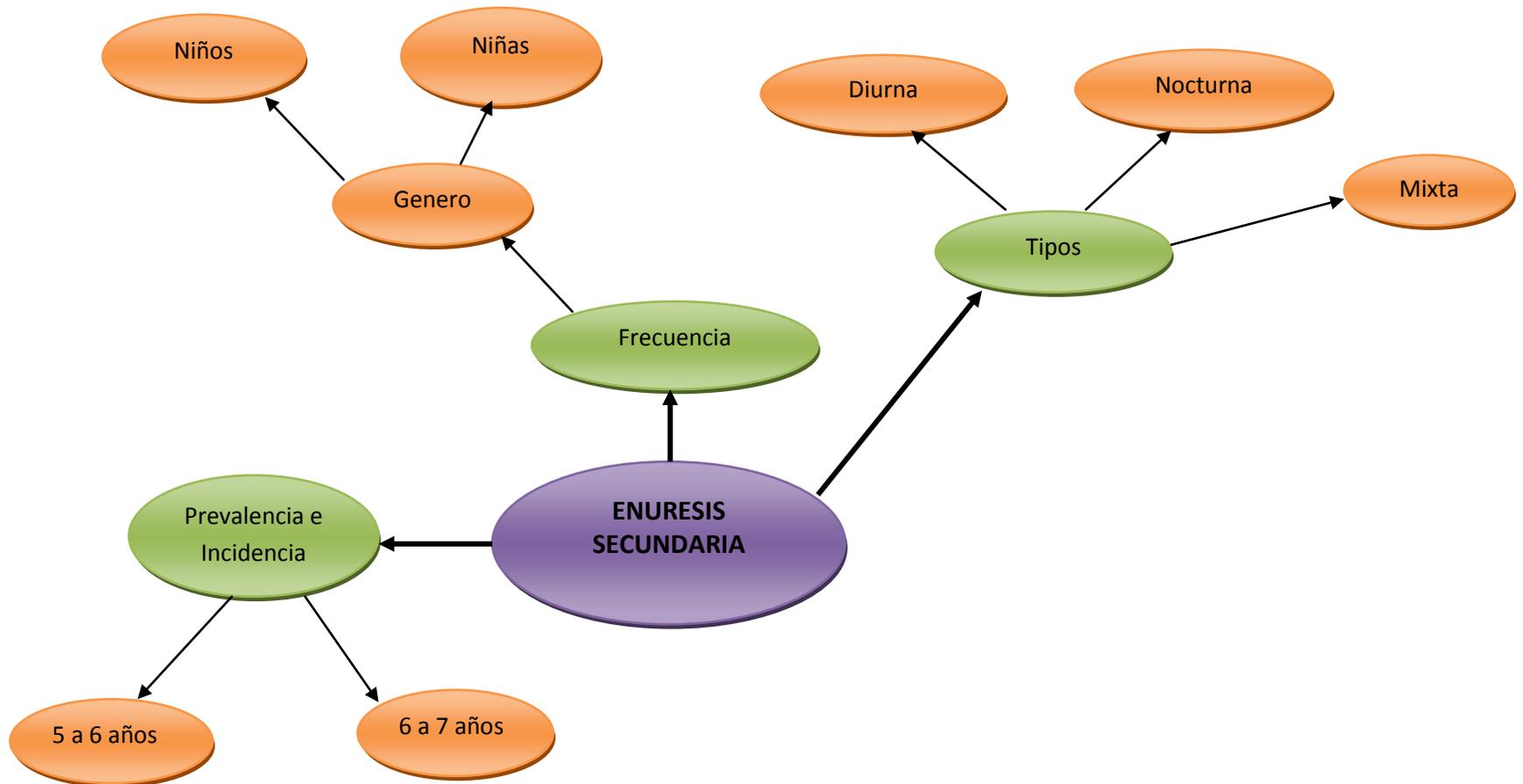
**CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE**

Gráfico # 3



## CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Gráfico # 4



### 2.3 Categorías Fundamentales

***ACTITUD PARENTAL NEGLIGENTE (negligencia parental)***, es una falta de responsabilidad parental, que ocasiona una serie de dificultades que pueden reflejarse en ese momento o mostrarse en cualquier otro estadio del niño que lo sufre, al tener una marcada omisión de las necesidades de supervivencia o no ser satisfechas a tiempo por los padres, cuidadores o tutores. Comprende estas una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento a la educación, etc.

Para la Doctora Isabel Carolina Arias Venegas editorialista de la revista chilena “CIENCIA SALUD”, en su artículo “NEGLIGENCIA PARENTAL: FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO BIOPSIICOSOCIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES” indica que, la convención de los derechos del niño/as y adolescentes ratificada en su país, implicó un cambio sustancial en la cosmovisión de infancia que tenían como sociedad hace unas décadas atrás e impulsó la relevancia de abordar el rol protector que tiene la familia, sociedad y estado frente al desarrollo biopsicosocial de niños/as y adolescentes, comenzando un trabajo arduo y continuo en el tiempo, creando conciencia de la necesidad de transformar en la práctica el concepto de buen trato infantil y priorizar el bien superior de los niños. Si bien, el maltrato infantil es un problema social de incalculables características y alcances, en su país no hace más de una década se han acrecentado las denuncias y causas en tribunales por esta temática, considerando que este problema sobrevive a las familias desde tiempos remotos. En la actualidad se han levantado variadas definiciones sobre maltrato infantil, para clarificar la conceptualización del tema tratado podemos delimitarlo “como todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño/a, cometidas por personas, instituciones o la propia sociedad. Ello supone la existencia de un maltrato físico, negligencia, maltrato psicológico o un abuso sexual”. (NCCAN; 1988). Definición que concuerda con el manual de psiquiatría DSMIV. (En Pauluzzi; 1999). En definitiva, “todos los niños/as deben recibir los cuidados necesarios a fin de asegurarles la vida, el

bienestar y un desarrollo armonioso al mismo tiempo que sus derechos sociales, económicos, cívicos y políticos son respetados, permitiéndoles el desarrollo de sus potencialidades para que todos tengan las mismas posibilidades de vivir, ser libres y felices. Según estos principios, toda acción u omisión cometidos por individuos, instituciones o por la sociedad en general, y toda situación provocada por estos que prive a los niños/as de cuidados, de sus derechos y libertades, impidiendo un pleno desarrollo, constituyen, por definición, un acto o una situación que entra en la categoría de lo que llamaremos malos tratos o negligencia” (Barudy; 1998).

Siguiendo con Barudy, que nos plantea que la negligencia parental es una tipología del maltrato infantil, que es visible a los ojos de las sociedades, pero ejercida de manera pasiva por los padres, cuidadores o personas encargadas de velar por los niños/as, vulnerando sus derechos esenciales y/o manteniendo una insatisfacción prolongada en el tiempo de necesidades básicas que limitan a los niños de un desarrollo saludable y prospero. El impacto que tiene la negligencia parental, aún sea pasiva durante la infancia evidencia una vulneración de derechos, respecto a que los niños carecen de cuidados necesarios que impiden un desarrollo físico, intelectual y psicológico acorde a su etapa vital, considerando que es un momento de cuidados especiales porque dependen necesariamente de sus figuras parentales o cuidadores, debido a que están en constante riesgo, formación y aprendizajes significativos para su desarrollo futuro. La negligencia parental puede ser vista desde tres grandes ámbitos en donde confluye el maltrato o descuido físico, el aspecto psicológico y por último lo relacionado con el sentido social que involucra las relaciones y comunicación.

Según Dra. María Lucy Gutiérrez, trabajadora social y miembro fundador de la Asociación Afecto, de Cali Colombia, nos hace referencia que un “..Padre o madre es negligente cuando:

- Priva al niño, niña de alimento por largas horas.
- No provee el dinero necesario y de forma oportuna para la manutención de los hijos.

- No le coloca ropa adecuada.
- El aseo del área donde vive el niño se encuentra cotidianamente sucio.
- Priva al pequeño de cariño, juego, abrigo y compañía cotidianamente.
- Lo grita, golpea, zarandea, cuando llora en exceso y es incapaz de preguntarse por la causa del llanto.
- Le transmite el lenguaje por medio de gritos, golpes y empujones.
- No juega con sus hijos, o bien, juega un poco y se ausenta por largas horas o días.
- Los deja solos y/o al cuidado de una persona que no ama a los niños y que, en consecuencia, los puede maltratar y/o abusar de ellos.
- Se embriaga, consume otro tipo de sustancias y pierde el control consigo mismo y con sus hijos.

La psicóloga María Carolina Sánchez Thorin explica los tipos y las situaciones en las que se presenta negligencia.

**1.-Física:** está dentro de los tipos de maltrato más frecuentes. Este tipo hace referencia al no proveer a los niños alimentación adecuada, vestido y vivienda salubre. Igualmente, alude a todos los riesgos físicos en que son puestos los niños, supervisión inadecuada, amenazas de dejarlos sin comida o vivienda, accidentes por descuido, etc. La negligencia física puede llevar a los niños a estados serios de desnutrición, enfermedad, accidentes y una herida a su autoestima que lo acompañará toda la vida. También hace referencia a no tener la ropa adecuada para un ambiente determinado o a la falta de higiene.

**2.-Educativa:** hace referencia a aquellos niños que no asisten a un plantel educativo y que, por ende, pierden la oportunidad de su derecho básico a la educación. Igualmente, la negligencia educativa hace referencia a la cantidad de tiempo que el niño está solo viendo TV, en el computador, etc.

**3.-Psicológica y emocional:** se refiere a la exposición de niños a situaciones de abuso emocional que omiten a los mismos como personas vulnerables. Este es el caso de ignorar a los niños, el rechazo, el abuso verbal que denigra al pequeño, la soledad, las amenazas de abandono, el trabajo, etc. Carolina Puerto dice que “la negligencia afectiva, además, bloquea el desarrollo de las capacidades mentales y cognitivas de un pequeño. Esta situación, por ejemplo, se presenta cuando los padres dejan a un bebé solo en la cuna y no generan ningún tipo de comunicación ni estimulación con él”. Las secuelas psicológicas de este tipo de maltrato se inician a partir de la gestación y tienen diferentes repercusiones, según la edad, siendo la primera infancia la etapa de mayor vulnerabilidad. De hecho, se han reportado casos en donde el abandono psicológico lleva a la muerte de bebés.

**4.-Médica:** tiene que ver con el cuidado médico inapropiado de los niños. Un ejemplo de ello es no acceder rutinariamente a controles pediátricos, no llevar a los niños a servicios de urgencias cuando están muy enfermos, no seguir procedimientos médicos recomendados, no poner vacunas requeridas, etc. A pesar de que la negligencia médica está relacionada en nuestro país con los altos índices de pobreza, los padres deben buscar la forma de ampararse por el Gobierno en sus programas de prevención y promoción de la salud en niños y niñas, como es el caso de las vacunas gratuitas. Algunos padres, a pesar de no seguir instrucciones médicas, buscan ayudas alternativas alrededor de la salud de sus hijos. Siempre y cuando estas opciones no pongan en riesgo la vida de los niños, son signos de cuidado y protección.

Mientras que la *ENURESIS SECUNDARIA*, de acuerdo al DCM IV, nos dice que, la característica esencial de la enuresis es la emisión repetida de orina durante el día o la noche en la cama o en los vestidos (Criterio A). En la mayor parte de los casos este hecho suele ser involuntario, pero en ocasiones es intencionado. Para establecer un diagnóstico de enuresis la emisión de orina debe ocurrir por lo menos dos veces por semana durante un mínimo de 3 meses, o bien debe provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B). El sujeto debe

haber alcanzado una edad en la que es esperable la continencia (esto es, la edad cronológica del niño debe ser por lo menos de 5 años o, en niños con retrasos del desarrollo, una edad mental de, como mínimo, 5 años (Criterio C). La incontinencia urinaria no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., diurético), ni a una enfermedad médica (por ejemplo., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo) (Criterio D).

### Subtipos

La situación en que ocurre la enuresis puede clasificarse según uno de los siguientes subtipos:

**Sólo nocturna.** Es éste el subtipo más frecuente y se define como la emisión de orina sólo durante el sueño nocturno. El episodio enurético ocurre típicamente durante el primer tercio de la noche. Ocasionalmente, la emisión tiene lugar durante el período de movimientos oculares rápidos (REM) del sueño y el niño puede recordar un sueño que implicaba el acto de orinar.

**Sólo diurna.** Este subtipo se define como la emisión de orina sólo durante las horas de vigilia.

La enuresis diurna es más frecuente en mujeres que en varones y es poco frecuente tras los 9 años de edad. El episodio enurético suele sobrevenir en la mayor parte de los casos a primeras horas de la tarde en los días escolares. La enuresis diurna se debe a veces a una resistencia a utilizar el wáter por ansiedad social o por una preocupación relacionada con la actividad escolar o lúdica.

**Nocturna y diurna.** Este subtipo se define como una combinación de los dos tipos anteriores.

**Síntomas y trastornos asociados,** el volumen de las alteraciones asociadas a la enuresis depende de la limitación ejercida sobre las actividades sociales del niño (p. ej., imposibilidad de dormir fuera de casa) o de su efecto sobre su autoestima, el grado de ostracismo social a que le sometían sus compañeros y la cólera, el castigo y el rechazo ejercido por sus cuidadores. Aunque la mayor parte de los

niños con enuresis no presentan un trastorno mental coexistente, la prevalencia de trastornos mentales y de otros trastornos del desarrollo coexistentes es mayor que en la población general. Pueden asociarse encopresis, sonambulismo y terrores nocturnos. Las infecciones del tracto urinario son más frecuentes en niños con enuresis, en especial del tipo diurno, que en los continentes. La enuresis suele persistir tras el tratamiento apropiado de una infección asociada. Se han sugerido varios factores predisponentes, entre los que se incluyen un adiestramiento del control de esfínteres retrasado o laxo, el estrés psicosocial, una disfunción de la capacidad para concentrar la orina y un umbral de volumen vesical para la emisión voluntaria más bajo de lo normal

Para el Dr. A. Díaz Centro de Salud de Villava, España, nos dice que “...Es importante unificar criterios definitorios sobre el concepto de enuresis y sus tipos, ya que sólo de esta forma podremos valorar y comparar diferentes estudios epidemiológicos, hipótesis etiológicas y analizar diferentes tipos de terapias frente al mismo tipo de enuresis.

En la actualidad el concepto más universalmente aceptado como enuresis se refiere a “una micción funcionalmente normal que ocurre involuntariamente durante el sueño, al menos cuatro veces al mes en niños que han cumplido los cinco años”.

**Enuresis primaria.** Es la que ha ocurrido siempre, sin período de continencia previo.

**Enuresis secundaria.** Es la que acontece tras un período de continencia previo de, al menos, seis meses de duración. Es en ésta donde deberemos poner especial atención en investigar una posible causa orgánica o patológica responsable del síntoma.

**Enuresis monosintomática.** Es un concepto cada día más utilizado, siendo de por sí suficientemente descriptivo. La enuresis nocturna monosintomática presenta una prevalencia de patología urológica similar a la población general. Este tipo debería ser perfectamente asumible desde las consultas de atención primaria.

**Enuresis polisintomática o síndrome enurético.** Es la que se acompaña de síntomas miccionales diurnos tales como polaquiuria, urgencia miccional, retencionismo. El síndrome enurético requerirá un estudio diagnóstico distinto y un tratamiento específico según su etiología.

## **CLASIFICACIÓN**

Habría que distinguir dos grandes grupos de causas como origen de la enuresis:

- No patológicas o funcionales.
- Patológicas.

### **No patológicas**

La enuresis primaria nocturna monosintomática (ENPM) representa más del 90% de los casos. En su génesis se valoran las siguientes posibles causas:

***Vejiga pequeña.*** Un gran número de niños enurético presentan una vejiga pequeña, con incapacidad de almacenar toda la orina producida por la noche. Suelen ser niños con micciones diurnas frecuentes y que en ocasiones mojan la cama más de una vez en la misma noche.

***Incapacidad para retrasar la micción urgente.*** Hay una incapacidad para inhibir la contracción del detrusor tras el impulso inicial de orinar. Si a una vejiga pequeña se suma la dificultad para retrasar la micción, no da tiempo suficiente para despertarse una vez se produzca el llenado vesical.

***Sueño profundo.*** Aunque se ha demostrado que los enuréticos tienen un patrón EEG igual al de los no enuréticos durante el sueño, muchos de ellos tienen un sueño muy profundo con un elevado umbral para el despertar ante un estímulo miccional nocturno.

***Deficiencia nocturna de hormona antidiurética (ADH).*** A diferencia de lo que ocurre en niños que no presentan el problema, los enuréticos no incrementan la

secreción de ADH durante el sueño lo que implicaría un aumento de la producción de orina por la noche y, consecuentemente, el episodio enurético.

**Herencia.** Ya se sospechaba que jugaba un papel transcendental si nos atenemos al importante porcentaje de antecedentes familiares existentes en este tipo de enuresis. Cuando los dos padres presentaron el problema, la posibilidad en los hijos es del 77%; si uno sólo de los padres fue el afectado, el porcentaje en los hijos disminuye al 45% y si no hay antecedentes familiares la incidencia es inferior al 15%.

Recientemente, Eiberg ha descubierto que el gen responsable de la ENPM está localizado en el cromosoma 13. El tipo de herencia es autosómica dominante. Este gen es el responsable de los receptores vesicales implicados en la micción y del bajo nivel de ADH nocturna.

Así pues, la hipótesis etiopatogenia más admitida es la que bajo una evidente influencia genética determina una baja secreción nocturna de ADH. Ésta da lugar a un aumento en la producción de orina durante la noche, lo cual produce un sobrellenado vesical que da lugar al episodio enurético.

### **Causas patológicas**

La enuresis puede producirse también como consecuencia de episodios que supongan un estrés emocional o angustia que se vea reflejada en la vida del niño: el nacimiento de un hermano, el comienzo de la actividad escolar o conflictos familiares, negligencia parental, abuso o acoso sexual, violaciones, maltrato familiar o escolar, fobias, miedos. Causando un cuadro regresivo en el proceso evolutivo del niño. Si se sospecha es un conflicto familiar de suficiente entidad como las indicadas, que causen enuresis requeriremos la ayuda del psicólogo y trabajador social.

Anamnesis, Es el elemento clave para llegar a una sospecha diagnóstica. Recogeremos los siguientes datos:

- Datos socio-familiares: estudios de los padres, nivel socioeconómico. Estabilidad de la pareja. Composición familiar; número de hermanos, lugar que ocupa. Cambios en la estructura familiar.
- Antecedentes familiares: padres, hermanos.
- Tipo de enuresis: primaria o secundaria; monosintomática o polisintomática.
- Regularidad de la enuresis y número de episodios durante la misma noche.
- Tendencia evolutiva, ¿ha mejorado con el paso del tiempo?
- Enuresis diurna asociada: puede alertar sobre una vejiga inestable.
- Características del chorro miccional: débil, intermitente. Puede indicar disinergia del esfínter del detrusor o, en varones, una válvula de uretra posterior.
- Frecuencia miccional diurna, urgencia miccional: una excesiva frecuencia sugiere escasa capacidad vesical. Una micción muy infrecuente, por el contrario, hará pensar en una disfunción miccional adquirida.
- Otros síntomas urinarios: polaquiuria, disuria, etc.

**En enuresis secundaria:**

- Edad de control y edad de aparición, circunstancias que rodearon a esa recaída.
- Hábito intestinal: estreñimiento, encopresis.
- Consultas previas por su problema. Tratamientos previos y resultados.
- Exámenes complementarios realizados: tipo y resultados.
- Actitudes inadecuadas hacia el niño: culpabilizadoras, reproches, castigos, etc.
- Grado de preocupación familiar.
- Grado de preocupación en el niño. ¿Está más contento los días secos?
- Patrón de sueño.
- Situación del niño con el entorno escolar y familiar.

- Patología asociada. Medicaciones que toma de forma regular.

### *Exploración física*

Aunque con la historia clínica ya tengamos una clara orientación etiopatogénica, es importante realizar una exploración rutinaria que incluya examen abdominal y genital, posible observación del chorro miccional y una sencilla evaluación neurológica: reflejos periféricos, sensibilidad perineal, tono del esfínter anal, etc. sobre todo en los casos que se asocien con enuresis diurna y encopresis.

### Pruebas complementarias

A todos los niños se les practicará un análisis básico de orina que incluya urocultivo.

Sólo en los casos de sospecha de patología orgánica se remitirá al niño para valoración por el urólogo, quien procederá a la realización de los exámenes oportunos: ecografía, cistografía, estudio urodinámico, etc.

## **2.4 Formulación de la hipótesis:**

### **General**

La actitud parental negligente es una causa para el apareamiento de enuresis secundaria en niños (a) de 5 a 7 años que acuden al CDP Infa Ambato, en el primer semestre del año 2011.

### **Específicas**

La negligencia afectiva es la de mayor influencia para la aparición de enuresis secundaria en los niños (a) de 5 a 7 años que acuden al CDP INFA de la ciudad de Ambato.

Es la enuresis secundaria nocturna, la de mayor predominio, en los niños (a) de 5 a 7 años que acuden al CDP INFA de Ambato.

## **2.5 Determinación de variables:**

Variable Independiente: Actitud parental negligente

Variable dependiente: Enuresis secundaria

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN:**

La presente investigación se efectuara desde el punto de vista paradigmático, es decir, de manera cualitativa, y con la importancia que nos brinda los datos cuantitativos para el proyecto.

En el nivel primero de la investigación, se orienta a la realidad de demostrar con claridad, que la Actitud Parental Negligente por parte de los progenitores hacia sus hijos, es un factor determinante para la formación de un Cuadro de Enuresis Secundaria, en los niños/niñas investigadas, las posibles consecuencias que acarreará en la formación de personalidad del infante, de igual manera las posibles soluciones que se dará, para aliviar este malestar tanto al niño/niña, a los padres, que se ven afectados por tal situación.

En el segundo nivel el planteamiento metodológico de la investigación, se pretende recolectar datos y analizarlos de manera que nos brinden resultados cuantitativos, los mismos que nos servirán para realizar un plan terapéutico con el único fin de erradicar de manera definitiva la negligencia y la enuresis secundaria en la población estudiada.

Una vez realizado el tratamiento, se logrará tener y mantener una verdadera salud mental para el niño, los padres y el resto de miembros de la familia.

#### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación sobre la actitud parental negligente, como causa de apareamiento de enuresis secundaria, en niños de 5 a 7 años de edad, que acuden al CPD INFA Ambato, en el primer semestre del año 2011”.

Se utilizará la investigación bibliográfica, de campo, y la conjunta. Con estas se obtendrán datos más valederos para en lo posterior, plantear un tratamiento y el seguimiento del cuadro, donde también se involucrara al resto de la familia.

La investigación Bibliográfica, son las técnicas de lectura científica acerca de las actitudes negligentes de los padres, causas, efectos, consecuencias y grado de afectación en el niño/niña, así como el apareamiento de un cuadro de enuresis secundaria, con sus consecuencias en la formación de la personalidad del menor, sus posibles tratamientos, siendo los principales instrumentos para él efecto, libros que se hayan escrito sobre el tema, artículos de revistas que se publicaron hasta el momento de la investigación, así como también tesis en las que se ha planteado un tema similar y el uso de hemerotecas disponibles con ayuda del Internet obteniendo así, toda la información posible para el desarrollo de este proyecto.

La investigación de Campo, en donde se aplicará para su efecto la observación clínica, las entrevistas y las encuestas, en esta modalidad el instrumento fundamental es la historia clínica, ya que constituye la fuente de información de primera mano, ante la situación que atraviesa el menor, para los progenitores se utilizara los cuestionarios y test psicológicos.

En esta modalidad se tomara contacto directo con la realidad que viven los niños/niñas que padecen de este cuadro, para obtener información de acuerdo con los objetivos planteados, que se requiere para dar cumplimiento al presente trabajo.

La investigación será explicativa ya que tiene una relación causal en la que no solo persigue describir o acercarse a un problema, sino que intenta encontrar las causas del mismo y proponer soluciones.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

El trabajo de investigación se lo realizará en el Centro de Protección y Desarrollo INFA Ambato, población que asiste a la institución enviada tanto por la Junta

Cantonal, como por los diferentes Juzgados de la niñez y adolescencia de la provincia, para que reciban apoyo, ayuda y tratamiento psicológico, por tal motivo presta las garantías para la realización del mismo. Se trabajara para su efecto con 30 niños, distribuidos así:

<b>HOMBRES</b>	<b>22</b>
<b>MUJERES</b>	<b>8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

La presente investigación consignará la muestra con 30 personas quienes presentan cuadro de Enuresis secundaria.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

Se utilizara la técnica de observación, siendo el mayor instrumento la Historia Clínica para los niños/niñas a investigarse, para los padres se aplicara Test de Inteligencia Emocional extraído para su efecto del libro “Inteligencia Emocional de los niños”, de Lawrence Shapiro, (Anexo 1), constituido por 24 preguntas con dos respuestas, afirmativa y negativa, sobre las relaciones que tiene con sus hijos.

### **3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN:**

Dentro del proceso se realizó:

- Aplicación del Instrumento.
- Limpieza de información defectuosa, contradictoria, incompleta
- Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación

- Tabulación de la información recogida.
- Elaboración de cuadros y gráficos de resultados.

### 3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Cuadro # 1

1.- ¿Para qué?	Para obtener los objetivos planteados
2.- ¿De qué personas?	Niños y niñas que acuden al CPD INFA Ambato en el primer semestre del año 2011
3.- ¿Sobre qué aspectos?	<p><b>Área cognitiva.</b> ¿A qué atribuye Ud. este problema?</p> <p>¿Qué tiempo pasa Ud. con sus padres?</p> <p><b>Área afectiva.</b> ¿Cómo se siente Ud. con este problema?</p> <p>¿Cómo expresas tu alegría o tristeza?</p> <p><b>Área somática.</b> ¿Se ha realizado exámenes de exploración genital?</p> <p><b>Área Interpersonal.</b> ¿Padece alguno de Uds.? Algún trastorno emocional?</p> <p>¿Qué te gustaría cambiar de tu casa o de tu familia?</p> <p><b>Área conductual.</b> ¿Desde cuándo presenta el niño este problema?</p>
4.- ¿Quién?	El investigador
5.- ¿A quiénes?	A los miembros del universo investigado
6.- ¿Cuándo?	Durante el primer semestre del año 2011
7.- ¿Dónde?	CPD INFA Ambato
8.- ¿Cuántas veces?	Cada test una vez por cada niño de la población estudiada

9.- ¿Cómo?	Evaluación
10.- ¿Con qué?	Padres: Test de inteligencia emocional para padres de Lawrence Shapiro  Niños: Historia Clínica Multimodal de Enuresis Infantil de Arnol A. Lazaruz

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

### 3.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

- Análisis de resultados estadísticos, descartando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis
- Interpretación de los resultados, con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.
- Comprobación de la hipótesis.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

### 3.8. Operacionalización de Variables

**Variable Dependiente:** Actitud parental negligente

Cuadro # 2

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMES BÁSICOS	TÉCNICAS- INSTRUMENTOS
Es una forma de maltrato, repetitivo generado por todas aquellas acciones u omisiones, que van en contra de un adecuado desarrollo Físico, Psicológico, Emocional, Social, Académicas y Cognitivo, dentro de un ambiente familiar disfuncional que los padres, cuidadores o responsables del niño brindan,	* Cognitivo	<p><b><u>Valores</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmoralidad</li> <li>- Desesperanza</li> <li>- Irrespeto</li> <li>-Irresponsabilidad</li> <li>- Injusticia</li> </ul>	¿Tiene usted formas claras y coherentes de disciplinar a su hijo y hacer respetar las normas?	<p><b>Técnica:</b> Entrevista Clínica  <b>Instrumento:</b> Historia Clínica Psicológica, Test de inteligencia emocional de Lawrence Shapiro. (1981)</p>
	* Físico	<p><b><u>Alimentación</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comida chatarra</li> <li>-Comidaa deshoras</li> <li>- No control de dulces</li> <li>- Comida guardada</li> </ul>	¿Insiste usted en que su hijo mantenga una dieta saludable y ejercicio diario?	<p><b>Técnica:</b> Entrevista Clínica  <b>Instrumento:</b> Historia Clínica Psicológica, Test de inteligencia emocional de Lawrence Shapiro. (1981)</p>
	* Emocional	<p><b><u>Afecto</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poco</li> </ul>	¿Pasa usted 15 minutos por día en juegos o actividades no	<p><b>Técnica:</b> Entrevista Clínica  <b>Instrumento:</b> Historia Clínica Psicológica, Test de</p>

	* Académico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuido</li> <li>- Nulo</li> </ul> <p><b><u>Estudio</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No ingresó a la escuela</li> <li>- Deserción</li> <li>- Bajas calificaciones</li> </ul>	<p>estructurados?</p> <p>¿Es flexible con los hábitos de estudio y la necesidad de organización de su hijo?</p>	<p>inteligencia emocional de Lawrence Shapiro. (1981)</p> <p><b>Técnica:</b> Entrevista Clínica</p> <p><b>Instrumento:</b> Historia Clínica Psicológica, Test de inteligencia emocional de Lawrence Shapiro. (1981)</p>
--	-------------	--	---	---

Fuente: libro "Inteligencia Emocional" de Lawrence Shapiro.

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**Variable Independiente:** Enuresis secundaria

Cuadro # 3

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMES BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
Emisión repetida de orina durante el día o la noche en la cama o sus vestidos. En la mayor parte de los casos este hecho suele ser involuntario, debe ocurrir por lo menos dos veces por semana durante un mínimo de 3 meses, o bien debe provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	* Diagnóstico	- Diurna - Nocturna - Mixta	¿En qué momento del día o en la noche ocurre esto con su hijo?	<b>Técnica:</b> Entrevista Clínica <b>Instrumento:</b> Historia Clínica Multimodal Infantil para enuresis de A. Lazaruz(1981)
	* Prevalencia	- 2 veces por semana - 3 veces por semana - 2 veces por semana	¿Cuántas veces moja la cama su Hijo a la semana?	<b>Técnica:</b> Entrevista Clínica <b>Instrumento:</b> Historia Clínica Multimodal Infantil para enuresis de A. Lazaruz(1981)
	* Síntomas Clínicos	- Deterioro Social - Deterioro -Académico - Deterioro Laboral - Actividad individual	¿Cómo es el comportamiento de su hijo en casa, con familiares y con amigos?	<b>Técnica:</b> Entrevista Clínica <b>Instrumento:</b> Historia Clínica Multimodal Infantil para enuresis de A. Lazaruz(1981)

Fuente: A. A. Lazaruz: Terapia multimodal. Editorial IPPEM. 1981  
Elaborado por: Samanta Peñaherrera

## CAPÍTULO IV

### 4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuadro # 4

ACTITUD PARENTAL NEGLIGENTE	ENURESIS SECUNDARIA					
	Diagnóstico	Porcentaje	Incidencia	Porcentaje	Síntomas Clínicos	Porcentaje
1) Valores	-----	-----	4	100%	-----	-----
2) Alimentación	11	100%	11	100%	11	100%
3) Afecto	10	100%	10	100%	10	100%
4) Estudio	5	100%	-----	-----	-----	-----

Elaborado por: Samanta Peñaherrera(1981)

**Análisis:** Se puede observar que el 13,33% de la población presenta dificultades en los valores que son relevantes en la incidencia, el 36,67% en la alimentación que es significativa en el diagnóstico, en la incidencia y en los síntomas clínicos, el 33,33% en el afecto que relevante en el diagnóstico, en incidencia y en los síntomas clínicos, y en el estudio 16,67% que incide en el diagnostico.

#### 4.2. Análisis e interpretación del aspecto cuantitativo y cualitativo del Test de inteligencia emocional para padres

##### 1.- ¿Le oculta usted los problemas graves a su hijo?

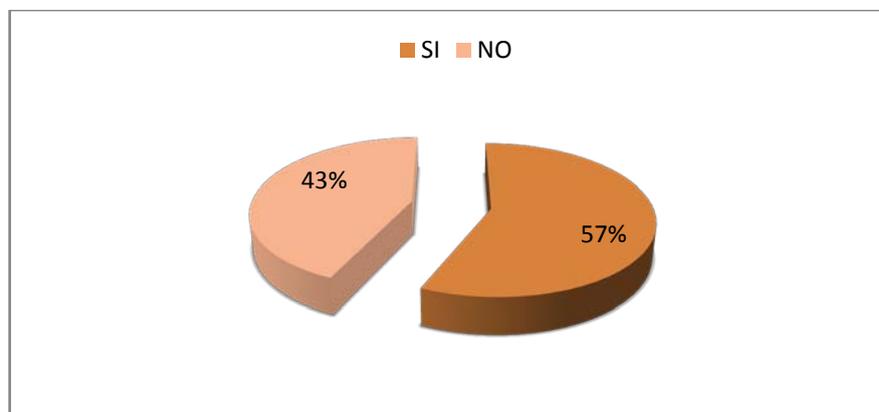
Tabla # 1

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	17	56.67%
NO	13	43.33%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** De acuerdo a las cifras obtenidas el 56.67% de los padres expresan que si le ocultan los problemas graves a su hijo y el 43.33% no ocultan los problemas graves a sus hijos.

Gráfico # 5



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** Demostrándose así que más de la mitad de los padres ocultan a sus hijos los problemas graves que ocurren en casa y fuera de ella, creando así un ambiente de pobre de comunicación y desconfianza, ya que no todos los miembros de la familia participan en el conocimiento y resolución de los problemas familiares, provocando que los hijos no desarrollen la confianza hacia

sus padres causando que confíen más en personas extrañas o amigos que no les darán un consejo honesto y sincero que solo vendría de sus padres.

## 2.- Ayuda usted a su hijo a cultivar amistades

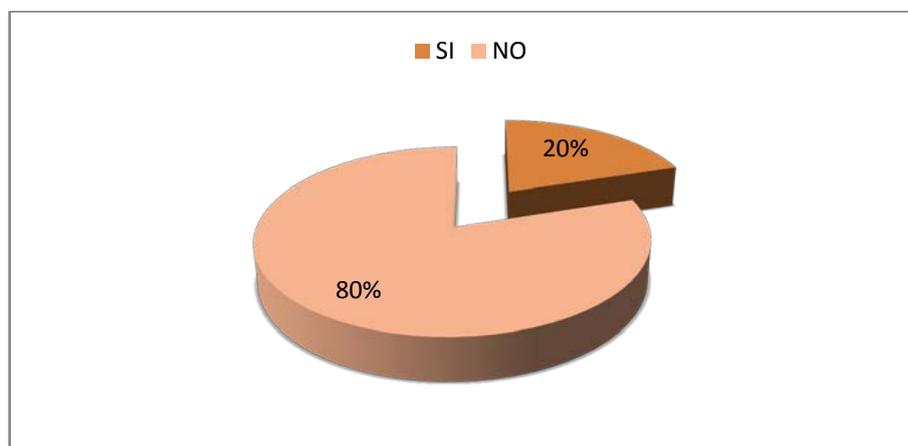
Tabla # 2

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	6	20%
NO	24	80%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Mediante las cifras obtenidas el 20% de los padres expresan que si ayudan a cultivar amistades a sus hijos y el 80% no lo hacen.

Gráfico # 6



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** Se evidencia que un alto porcentaje de padres no ayudan a sus hijos a desarrollar su entorno y habilidades sociales, mejorando así la relación con sus coetáneos promoviendo la independencia y potencialidades sociales.

**3.- ¿Controla usted el contenido violento de los programas de TV y los videojuegos de su hijo?**

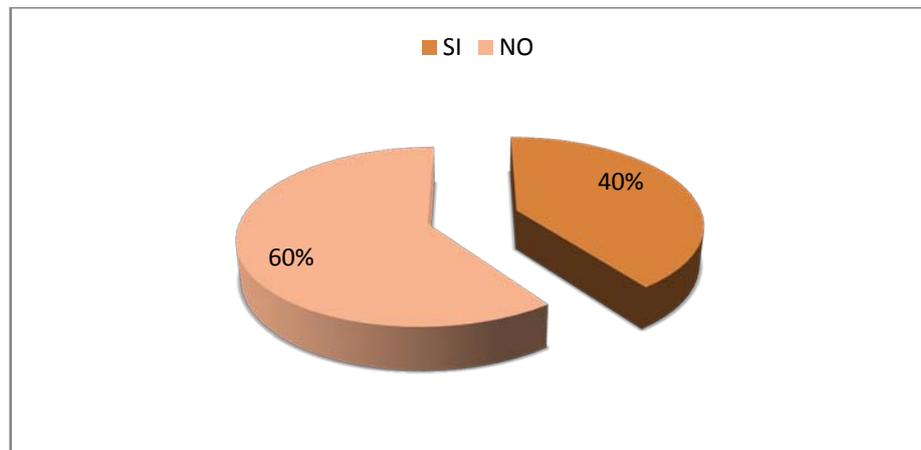
Tabla # 3

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	12	40%
NO	18	60%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Como se muestra en la tabla el 60% de los padres expresan que no intervienen el contenido violento de los programas de TV y los videojuegos de sus hijos y el 40% si lo hacen.

Gráfico #07



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** Lo que indica que más de la mitad de los padres no controlan el contenido de los programas, demostrando el poco interés y preocupación hacia lo que sus hijos miran y asimilan como educativo, de esta manera se demuestra una forma clara de negligencia por parte de los progenitores, negando así el fortalecimiento y explicaciones al criterio del menor.

**4.- ¿Tiene usted formas claras y coherentes de disciplinar a su hijo y de hacer respetar normas?**

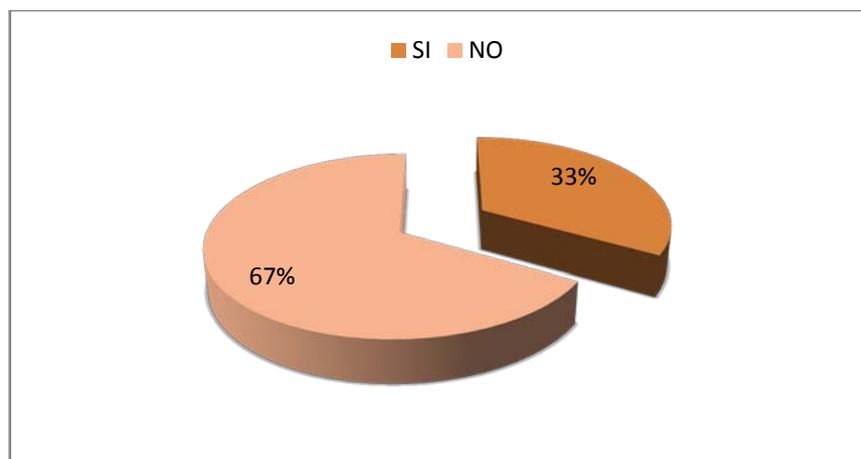
Tabla # 4

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	10	33.33%
NO	20	66.67%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Como se muestra con las cifras obtenidas el 33,33% de los padres expresan que si tienen formas claras y coherentes de disciplinar a sus hijos, de hacer respetar normas y el 67% no lo hacen.

Gráfico # 8



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN** Se evidencia así, que gran parte de los padres no implantan reglas en casa de forma precisa, efectiva y clara, por lo tanto no se moldeará la conducta de los niños y los adaptará al entorno social, pero estas normas a su vez son flexibles de acuerdo a la situación y con la discusión y el ponerse de acuerdo tanto padres e hijos fortalecerá su relación y comunicación.

**5.- ¿Le enseña usted a su hijo a relajarse como una forma de enfrentar el estrés, el dolor o la ansiedad?**

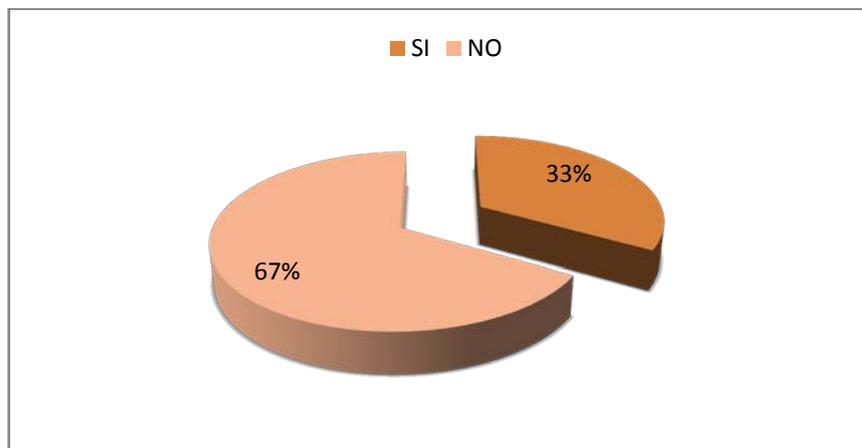
Tabla # 5

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	10	33.33%
NO	20	66.66%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Con las cifras obtenidas el 66,67% de los padres expresan que no le enseñan a sus hijos a relajarse como una forma de enfrentar el estrés, el dolor o la ansiedad y el 33,33% de los padres si lo hacen.

Gráfico # 9



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** La gran mayoría de los padres no ayudan a sus hijos a expresar y manejar las situaciones estresantes de forma sana y que no les afecte emocionalmente, de este modo el niño enfrentaría las dificultades con madurez y fortaleza.

## 6.- ¿Insiste usted que su hijo tenga una dieta saludable y un ejercicio diario?

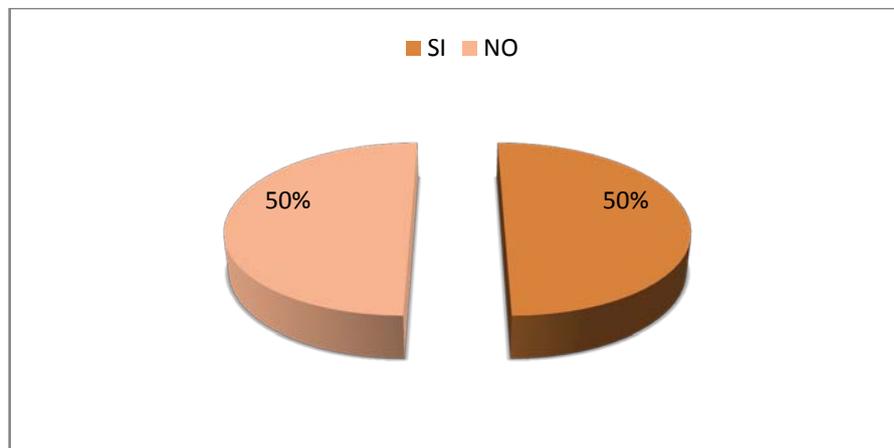
Tabla # 6

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	15	50%
NO	15	50%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Al mirar las cifras obtenidas nos encontramos con un porcentaje igual en esta pregunta, el 50% de los padres expresan que si insisten para que sus hijos tengan una dieta saludable y realicen ejercicio diario y el otro 50% no interfiere en nada sobre este aspecto.

Gráfico #9



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** Se puede evidenciar que no existe la cultura de salud y ejercicio, que la mitad de los padres lo hacen pretendiendo que sus hijos se encuentren sanos físicamente, ya que consideran que los primeros años de vida son de vital importancia para el desarrollo óptimo del niño, evitando así el sedentarismo que afectará emocional y físicamente a los niños. Pero la otra mitad

no, proyectando a que sus hijos desarrollen sedentarismo e inclusive a lo posterior problemas de salud y bienestar físico, dejando de lado la nutrición de sus hijos y su correcto desarrollo físico por falta el conocimiento sobre este tema.

**7.- ¿Pasa usted 15 minutos por día o más con su hijo en juegos o actividades no estructuradas?**

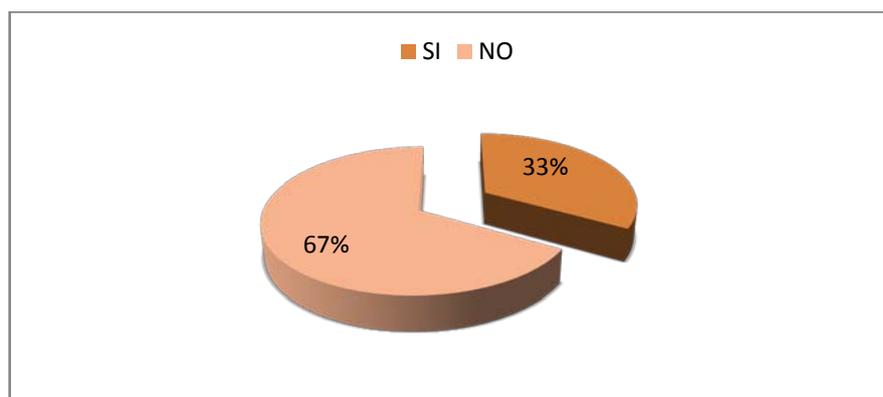
Tabla # 7

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	10	33.33%
NO	20	66.66%
<b>TOTAL</b>	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Mediante las cifras obtenidas el 40% de los padres expresan que si pasan 15 minutos por día o más con sus hijos en juegos o actividades no estructuradas y el 60% de los padres no lo hacen.

Gráfico #10



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** Se evidencia que un porcentaje significativo de padres no realizan actividades de recreación y socialización tal vez por su horario de trabajo

o poco tiempo, promoviendo así una defectuosa relación afectiva y poca confianza entre padres e hijos, en donde ambos puedan conocerse y relacionarse juntos.

**8.- ¿Participa usted en forma regular en actividades de servicio a la comunidad con su hijo?**

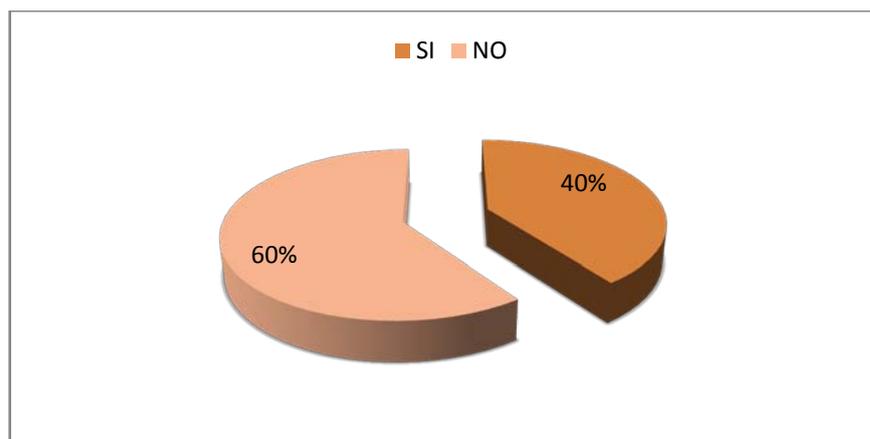
Tabla # 8

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	12	40%
NO	18	60%
<b>TOTAL</b>	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** De acuerdo a las cifras obtenidas el 40% de los padres expresan que si participan en forma regular en actividades de servicio a la comunidad con sus hijos y el 60% de los padres no lo hacen.

Gráfico #11



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** Más de la mitad de padres no participan en actividades con la sociedad, provocando que sus hijos no convivan con la comunidad y no

realicen actividades de recreación, ayuda y socialización lo que afectará en su vida interpersonal.

### 9.- ¿Discute usted abiertamente sus errores?

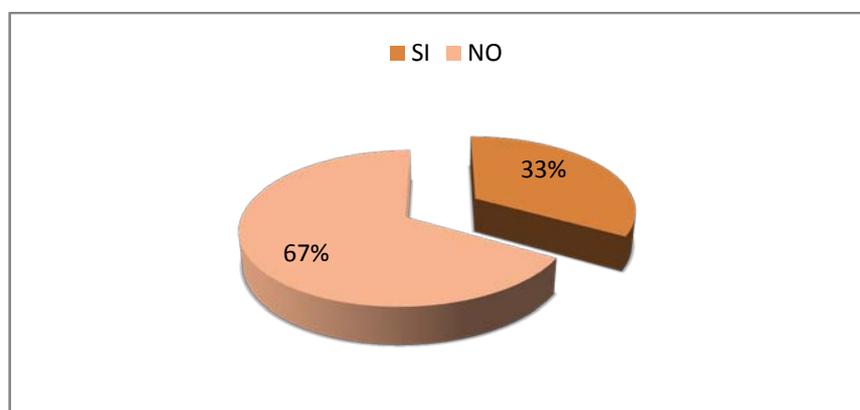
Tabla # 9

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	10	33.33%
NO	20	66.67%
<b>TOTAL</b>	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Mediante las cifras obtenidas el 33,33% de los padres expresan que si discuten abiertamente sus errores y el 66,67% de los padres no lo hacen.

Gráfico #12



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** Se muestra claramente que la mayoría de padres no discuten asertivamente los errores que han cometido con sus hijos, provocando así una comunicación poco efectiva, incitando que la relación entre padres e hijos se deteriore ya que, se está perdiendo la confianza y la flexibilidad.

**10.- ¿Es usted flexible con los hábitos de estudio y la necesidad de organización de su hijo?**

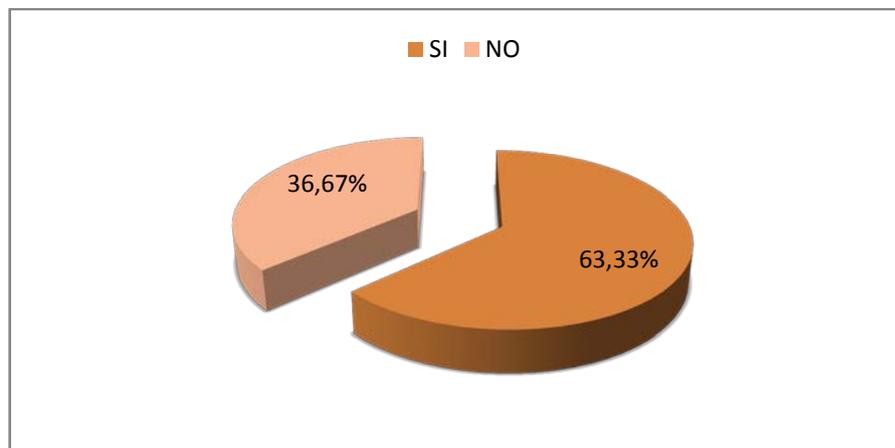
Tabla # 10

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	19	63.33%
NO	11	36.67%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Con las cifras obtenidas el 63,33% de los padres expresan que si son flexibles con los hábitos de estudio y la necesidad de organización de sus hijos y el 36,67% de los padres no lo hacen.

Gráfico #13



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** El gráfico nos muestra claramente que la gran mayoría de padres no exigen demasiado a sus hijos en su educación, o les da poco interés en la manera de organización de los mismos causando que sean ellos los que puedan establecer sus propios horarios y ambientes a la hora de estudiar, que puede ser buena, como de esta manera ayudan a que sus hijos no se presionen y estresen de forma innecesaria, pero siempre con la guía y apoyo de sus padres.

**11.- ¿Alienta usted a su hijo a seguir tratando aun cuando se queje de que algo es demasiado difícil o inclusive cuando fracasa?**

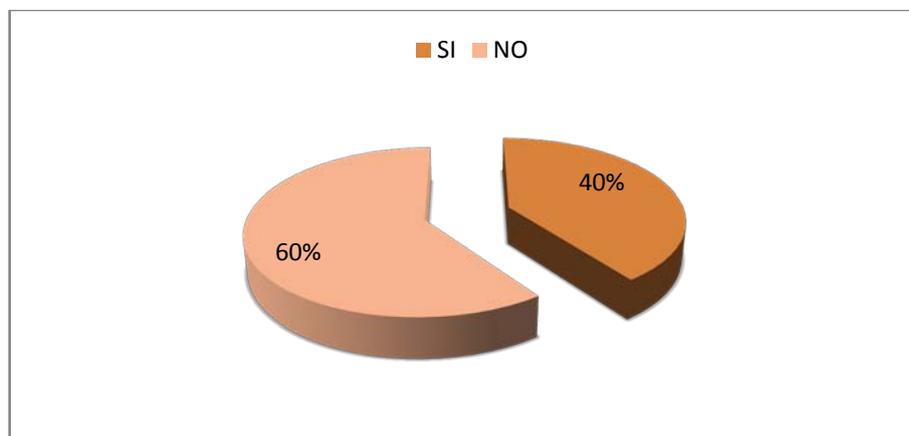
Tabla # 11

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	12	40%
NO	18	60%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** De acuerdo a las cifras obtenidas el 40% de los padres expresan que si alientan a sus hijos a seguir tratando aun cuando se queje de que algo es demasiado difícil o inclusive cuando fracasa afianzando la relación afectiva entre padres e hijos que conlleva a la confianza y comunicaci3n el 60% de los padres no lo hacen.

Gráfico #14



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACI3N:** Nos muestra el gráfico una negligencia marcada de los padres que deberían ser los primeros en apoyar, alentar y estar junto a sus hijos ante los obstáculos y situaciones de marcado dolor, o fracaso, ya que si no, ellos buscaran en personas no adecuadas para salir de la dificultad que llevan.

### 4.3. Análisis e interpretación del aspecto cuantitativo y cualitativo de la historia clínica multimodal infantil para enuresis de A. A. de Lazaruz.

#### 1. ¿En qué momento del día o en la noche ocurre esto con su hijo?

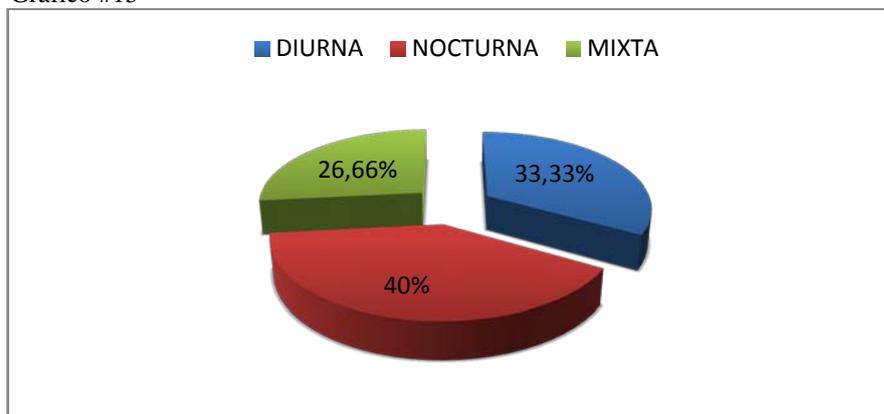
Tabla # 12

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
DIURNA	10	33.33%
NOCTURNA	12	40%
MIXTA	8	26.66%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Con las cifras obtenidas el 40% de los niños presenta enuresis diurna, el 33,33 nocturna y el 26,66% mixta.

Gráfico #15



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** La gráfica nos muestra con claridad que existe una predominancia de enuresis nocturna, evidenciándose problemas de control que puede derivar de dificultad o perturbación emocional miedo o problemas afectivos, el otro porcentaje lo haría por la mañana lo que nos indica que puede haber problemas de control vesical, o trastornos de sueño, y la mixta que incluye mas variantes para mojar la cama.

## 2.-¿Cuántas veces moja la cama su hijo a la semana?

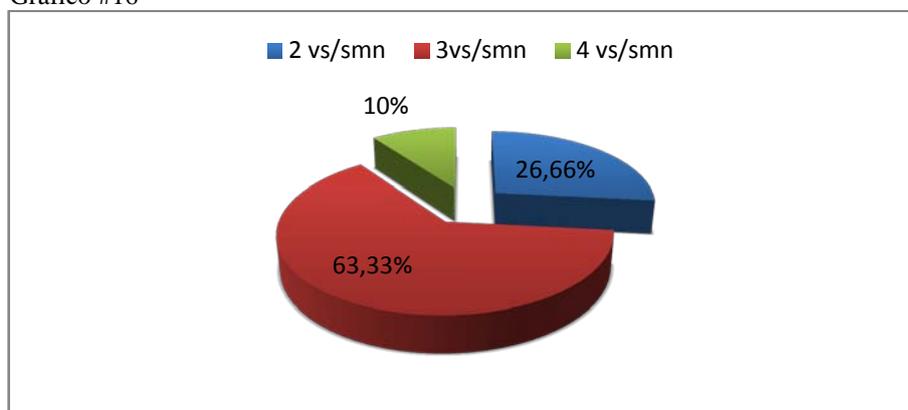
Tabla # 13

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
2 vs/smn	8	26.66%
3vs/smn	19	63.33%
4 vs/smn	3	10%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Las cifras obtenidas nos indican que el 63,33% de los niños moja la cama 2 veces a la semana, el 26,66% lo hacen 3 veces a la semana y el 10% 4 veces a la semana.

Gráfico #16



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** La gráfica nos indica que la gran mayoría de los niños moja la cama tres veces a la semana, notándose claramente la formación del cuadro de enuresis secundaria de tipo nocturno, los demás porcentajes pueden llegar a ser de este tipo si no se trata a tiempo.

## 2. ¿Cómo es el comportamiento de su hijo en la escuela?

Tabla # 14

ALTERNATIVA	NÚMERO	PORCENTAJE
Adaptado y extrovertido	0	0%
Tímido y poco participativo	18	60%
Negativista y desafiante	12	40%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Mediante las cifras recopiladas el 60% de los niños mantiene un comportamiento tímido y poco participativo, el 40% Negativista y desafiante y el 0% adaptado y extrovertido.

Gráfico #17



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** Se muestra con claridad en la gráfica como se ve alterado las áreas del niño (a) con el cuadro de E.S; como son las sociales, afectivas, emocionales, ya que con su timidez retrasa su efectivo desarrollo emocional, e incrementa su baja autoestima.

**3. ¿Cómo es el comportamiento de su hijo en casa, con familiares y con amigos?**

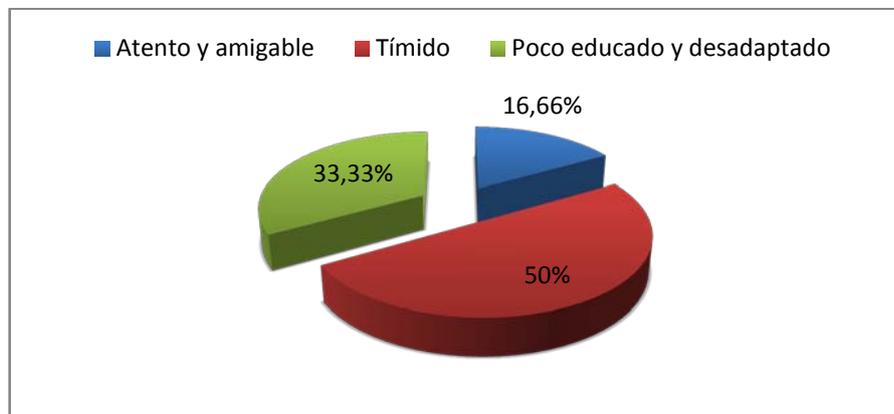
Tabla # 15

<b>ALTERNATIVA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Atento y amigable	5	16,66%
Tímido	15	50%
Poco educado y desadaptado	10	33,33%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**ANÁLISIS:** Con las cifras recopiladas el 50% de los niños con familiares y amigos presenta un comportamiento disminuido, el 33,33 nula y el 16,66% atento.

Gráfico #18



Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**INTERPRETACIÓN:** Lo que indica que la mitad de los niños son tímidos cuando socializan con amigos y familiares en casa, evidenciando que muestran una dificultad al momento de socializar lo que puede afectar a sus relaciones extra e interpersonales.

#### **4.4.-Validación de hipótesis**

##### **4.4.1.- Hipótesis General:**

- La actitud parental negligente es una causa para el apareamiento de enuresis secundaria en niños (a) de 5 a 7 años que acuden al CPD INFA de Ambato, en el segundo semestre del año 2010.

Se pudo constatar que con respecto a actitud parental negligente física, tiene una prevalencia de 62.49% es decir que de 30 niños (a) evaluados los 18 perciben que sus padres presentan características de negligencia física. De igual manera se evidencia que el 40% de la población estudiada presenta enuresis nocturna, es decir que 12 niños (a) mostraron este cuadro, el 33% presentan enuresis diurna que corresponde a 10 niños (a) y 26.66% presentaron enuresis mixta, con una población de 8 niños (a).

De la misma manera, la negligencia educativa, tiene una prevalencia de 63.33% del total de 30 niños (a) encuestados, es decir 19 de ellos piensan que sus padres muestran características de este tipo. Mientras que la prevalencia de la enuresis se manifiesta en 3 veces por semana con 19 de los niños (a) evaluados es decir un porcentaje de 63.33%.

Así mismo, la negligencia afectiva tiene una prevalencia de 66.66%, es decir que de 30 niños (a) evaluadas 21 perciben que sus padres presentan características de este estilo, se manifiesta así de este modo que 18 niños (a) presentan un comportamiento tímido y poco participativo en la escuela, que corresponde al 60% del total de 30 niños (a) observadas.

Y finalmente la negligencia médica tiene una prevalencia de 50% es decir que de la población estudiada 15 percibieron que sus padres poseen esta característica de negligencia, se nota también que de los 30 niños (a) evaluados 15 de ellos poseen un comportamiento tímido en su ambiente familiar de 50%.

#### 4.4.2.- Hipótesis Específicas:

- La negligencia afectiva es la de mayor influencia para la aparición de enuresis secundaria en los niños de 5 a 7 años que acuden al CPD INFA, de la ciudad de Ambato.

La hipótesis es aceptada, ya que de los resultados obtenidos en el test inteligencia emocional para padres de Lawrence Shapiro, hacen referencia de un 66.66% de padres con negligencia afectiva, donde se observa a progenitores fríos emocionalmente, poco o nada involucrados en la vida de sus hijos, son apartados, sin exigencias, sin responsabilidades, no establecen límites, ni reglas así también derechos, suelen omitir las emociones y opiniones de sus niños (a) existe entonces ausencia de manifestaciones de afecto y cariño no participan afectiva en los asuntos de los niños (a), la falta de comunicación o a su vez, palabras con menciones humillantes, insultos, gestos de desaprobación, también el aislamiento, la descalificación personal, las codependencias, el abandono por largas horas, deteriorando la imagen personal del niño (a)

Sin embargo al ser la negligencia afectiva la más alta, no es nada alentador encontrarse con valores significativos como en la negligencia física con un 62.9%, en la educativa con un 63.33% y la médica con un valor de 50%.

- La enuresis secundaria es más frecuente entre los niños (a) que son llamadas la atención tanto por sus padres como en la escuela, avergonzándoles socialmente.

La hipótesis se acepta, debido a que a través de la ficha de historia clínica multimodal infantil de A. Lazaruz, se pudo constatar que es la enuresis secundaria nocturna la de mayor prevalencia 40% es decir que de 30 niños (a) estudiados 12 presentaron este cuadro.

Mientras que el 33.33% son de carácter diurno correspondiendo a 10 niños (a), y un 26.66% a enuresis mixta, es decir 8 niños (a).

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones.

- Se concluye entonces, que existe una relación muy estrecha entre la negligencia afectiva y el apareamiento de cuadro de enuresis secundaria en los pacientes estudiados, ya que de forma directa o indirecta la actitud de sus progenitores influye para que sus hijos somaticen de esta forma lo que está ocurriendo es su esquema mental.
- La marcada negligencia afectiva de los padres en la crianza de sus hijos, es evidente, ya que no se encuentran afectivamente unidos o cercanos a ellos, si bien es cierto que la mayoría por asuntos laborales, personales, conyugales, familiares y económicos, no les permiten desarrollar este nexo so afectivo con sus hijos, pero también es cierto que no existe la intensión por parte de los progenitores para suplir de alguna manera estas carencias y buscar mecanismos que logren desarrollar mejor las relaciones afectivas y una comunicación lineal dentro del sistema familiar.
- Según marcan los resultados en el cuadro de enuresis secundaria en la población estudiada, se presenta con mayor frecuencia alteraciones a nivel emocional, sin embargo es fundamental considerar también las alteraciones a nivel conductual debido a que estas características ponen en riesgo la estabilidad y seguridad de los niños (a) dentro del proceso así como el ambiente familiar.
- Durante la investigación se pudo verificar que es de fundamental importancia el involucramiento familiar, creando un ambiente positivo y lleno de afectividad y comunicación asertiva y lineal, así también la participación activa de los maestros para lograr un efectivo proceso con el niño (a) para superar este cuadro.

## 5.2 Recomendaciones.

- ✓ Explicar y a su vez concientizar a los padres, que en la crianza diaria a sus hijos ha existido una marcada negligencia, que ha afectado de forma emocional y conductual hasta llegar a complicaciones como es la enuresis.
- ✓ Instaurar en los niños (a) como en sus familias, un buen desempeño en el área afectiva, enseñándoles a desarrollarla, tomando desde lo relevante que es la relación familiar y posterior en el área personal, cognitiva y social de los niños (a), a través de la psicoeducación en el que se explica tanto a los padres, madres y niños (a) la importancia de una adecuada relación afectiva familiar.
- ✓ Utilizar técnicas psicoterapéuticas eficaces para eliminar el cuadro de enuresis y a la vez la negligencia de los padres, para de esta forma lograr el cambio tanto de conducta como el cambio emocional de niños (a), logrando restaura la empatía, la asertividad y el desempeño social. Por medio del técnicas explicativas, Ludoterapia, y manejo de conflictos y preocupaciones inconscientes de los padres y entrenamiento de vejiga.
- ✓ Brindar una explicitación detallada tanto de negligencia parental como de enuresis a los docentes de las escuelas que acuden la población estudiada, para así manejar un panorama más global para la efectiva recuperación de los niños (a), mejorando así la trilogía de la educación efectiva que es, casa-familia, escuela-maestros, niño.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1. Datos Informativos**

**6.1.1. Tema de la propuesta:** Plan Psicoterapéutico empleando el modelo de Tratamiento Multimodal de Arnold Lazarus, para mejorar la actitud parental negligente como causa de apareamiento de enuresis secundaria y fomentar relaciones afectivas parentales.

**6.1.2. Institución Ejecutora:** MIES, CPD INFA, de Tungurahua

**6.1.3. Ubicación:** Huachi Chico

#### **6.1.4. Beneficiarios:**

- **Directos:** Niñas y niñas
- **Indirectos:** Familia

**6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución:** Enero 2011-Junio 2011

#### **6.1.6. Equipo técnico responsable:**

- **Tutor de la investigación:** Psicólogo Clínico
- **Investigadora:** Samanta Peñaherrera
- **Directora del INFA:** Licenciada Rocío Paredes
- **Psicóloga del INFA:** Carmita Cadme

#### **6.2. Antecedentes de la Propuesta:**

De acuerdo a los datos obtenidos, indican que la actitud parental negligente en este caso afectiva, es el más característico ya que posee una porcentaje de 66.66%, ya que se prioriza la ausencia de una relación afectiva con las niños (a), los padres

son fríos emocionalmente, son apartados, sin exigencias, sin responsabilidades, no establecen límites, omiten las emociones de sus hijos y sus opiniones, y existe ausencia de manifestaciones de afecto y cariño. Todas estas características provocan un ambiente familiar desorganizado en el cual las responsabilidades paternas son derivadas a sus madres, suegros, tíos u otros o a hijos mayores de edad. Así los niños (a) muestran conductas inadecuadas, timidez, aislamiento, agresividad desconsuelo desapego familiar, que le provocarán baja autoestima, graves carencias en autoconfianza y autorresponsabilidad, bajos logros escolares, escaso autodominio y sentido del esfuerzo personal, trastornos psicológicos y trastornos de la conducta.

Con respecto los resultados obtenidos sobre enuresis secundaria, revelan que el 40% presenta enuresis nocturna, 33.33% enuresis diurna y el 26.66% mixta, afectando su desarrollo físico, emocional, producto de un ambiente familiar tensionante y estresante donde no existen reglas y si las hay son rígidas y las restricciones estarán presentes todo el tiempo, generando, ansiedad, sentimientos de inferioridad, timidez, agresividad reprimida y rencor que provocarán que los niños (a) presenten déficits en las competencias sociales.

Demostrando de esta manera que el afecto en la familia juega un papel muy importante en el desarrollo emocional, conductual y social de cada uno de los miembros familiares.

Estos resultados revelan la necesidad del trabajo terapéutico en familia, en la cual se modifique la conducta tanto de los padres como de sus hijos, tratar el cuadro de enuresis y establecer relaciones afectivas entre padres, madres y sus hijos, por lo que la siguiente propuesta se ocuparía de la implementación de un nuevo estilo parental más democrático y explicativo entre las familias, para así fomentar un mejor desempeño del sistema familiar, ya que la familia juega un papel muy importante el desarrollo emocional, conductual y social de cada uno de los miembros mucho más en la de sus hijos. Si los padres no manejan una estructura clara y definida de la crianza de sus hijos, es decir de manera negligente, la familia se convierte en una familia multiproblemática, causando así un sin número de situaciones que repercutirán en su normal desarrollo.

### 6.3. Justificación

La aplicación de la propuesta es factible ya que las niñas (a) presentan enuresis de tipo secundaria que se manifiestan varios días pero que se presentan como una problemática e incomodidad para toda la familia, además que es una dificultad que aún no ha sido resuelta eficazmente. Evidenciando además que estos niños (a) tienen padres con características negligente, lo que por medio de los resultados, demuestran que la causa de la enuresis secundaria es la relación que llevan padres y madres con hijos, lo que está afectando el desempeño social, emocional y personal de las niñas, niños y padres de familia.

También, se contará con el espacio físico en la institución, ya que poseen un lugar grande el mismo que se utiliza para reuniones, que tiene un ambiente de tranquilidad, siendo características necesarias para una adecuada aplicación de la terapia. Además se cuenta con el respectivo permiso y apoyo de las autoridades de la institución y de los padres de familia, los mismos que autorizarán y evaluarán el proceso, ya que podrán evidenciar los datos obtenidos, comprobando que es necesario el desarrollo de la siguiente propuesta para resolver esta dificultad.

Con respecto al enfoque de la terapia multimodal, de Arnold A. Lazarus, se centra en buscar un tratamiento adecuado a cada caso en particular. Para ello analiza las características de cada caso en distintas modalidades o dimensiones distintas pero relacionadas. Se trata de obtener una información global y minuciosa de cada persona y su ambiente social. Distingue siete modalidades de funcionamiento personal que denomina "B.A.S.I.C.CO.S" que representan por orden las siglas de: Biológico (B), Afectivo (A), Sensorial (S), Imaginación (I), Cognición (C), Conducta (Co) Y Relaciones Sociales (S). La terapia multimodal evalúa en cada caso cada una de estas siete funciones y su interacción. Dependiendo del tipo de relación que se establece entre ellas y de su secuencia se busca una estrategia de tratamiento a la medida.

Debido a la eficacia que presenta este tipo de terapia para el trabajo de la cognición, emoción y conducta, sería beneficioso el trabajo con las familias para

que modifiquen la actitud parental negligente que tienen hacia sus hijos, priorizando que el cariño, afecto, buenas relaciones, a sabiendas que este juega un papel fundamental en la vida del niño, niña, y de la familia y que esta repercute en las relaciones sociales, además al atacar directamente el comportamiento de los padres se podría propender un cambio directo de los niños, niñas, ya que se mejoraría las relaciones familiares.

#### **6.4. Objetivos:**

**6.4.1. General:** Eliminar el cuadro de Enuresis Secundaria.

#### **6.4.2. Específicos:**

- ✓ Identificar y modificar la conducta negligente de los padres para mejorar la convivencia y relación familiar.
  
- ✓ Producir un cambio conductual en los padres como en los niños, niñas a través de técnicas que mejoren el cuadro de E.S. y las relaciones familiares, personales e interpersonales.

#### **6.5. Fundamentación Teórica**

La terapia multimodal desarrollada por Arnold A. Lazarus, en los años 80, supone la renovación y ampliación de la terapia de la conducta, fundada por este mismo autor y Wolpe a mediados de los años cincuenta. Se sitúa en el marco de los enfoques de la modificación de conducta, pero supone una seria alternativa a las orientaciones basadas en los modelos "unidimensionales" del conductismo radical, los enfoques cognitivos y la nosología al uso. De manera indirecta y solapada en la psiquiatría se va aceptando progresivamente el uso de enfoques multiniveles supuestamente más eficaces.

El sistema multimodal ofrece un marco de referencia consistente para diagnosticar problemas concretos e interactivos en cada vector de la personalidad total. Lazaruz distingue su modelo de otros intentos similares en función de que no se trataría de una nueva escuela, sino de un marco de referencia integral.

El mismo incluye una serie de parámetros que en principio parece no dejar nada por fuera. Entonces tenemos 7 modales:

- Biológico
- Afectivo
- Sensación
- Imaginería
- Cognición
- Conducta
- Social

La terapia multimodal apunta a todos los niveles referidos, pero con una teoría integrada de tipo cognitivo-social basada en el aprendizaje social. No defiende por lo tanto el eclecticismo teórico, sino el técnico: la primacía de las intervenciones de evaluación y técnicas de terapia, provengan del enfoque que provengan, que sean efectivas para el mayor número de clientes posibles y en el menor tiempo posible. Desde este punto de vista interesan muy poco los debates teóricos entre las distintas terapias (que ya son muy viejos y no aportan nada sustancial) sino la efectividad para unos fines clínicos relevantes.

Para Arnold Lazarus la historia clínica multimodal nos da suficiente información para tratar el caso. Nos presenta un ejemplo de un caso de enuresis.

El primer paso consiste en efectuar la aplicación de un protocolo denominado Cuestionario Multimodal de Historia de Vida. De él se desprenden datos que permitirían situar cuál de las modalidades descritas tienen prioridad como para organizar el plan de abordaje terapéutico.

Dice Arnold Lazarus: Una de mis suposiciones fundamentales es que antes de que la gente sea capaz de hacer ciertas cosas en la realidad, primero necesitan ensayarlas con la imaginación. Para ello, es menester aplicar al paciente a una serie de ejercicios de visualización guiada que conviertan a fuerza de repetición las experiencias de que se carece, en algo familiar.

### **6.5.1. Principales conceptos teóricos**

El mismo incluye una serie de parámetros que en principio parece no dejar nada por fuera. Entonces tenemos 7 modales:

- Biológico
- Afectivo
- Sensación
- Imaginería
- Cognición
- Conducta
- Social

**BIOLÓGICO:** Lista de medicamentos y drogas consumidas. Actividad física y ejercicio. Dieta y alimentación. Enfermedades padecidas pasadas y actuales relevantes.

**AFECTOS:** Emociones sentidas con más frecuencia. Emociones indeseadas. Que conductas presenta el sujeto cuando experimenta esas emociones (anotar en el modal conducta).

**SENSACIONES:** Listado de sensaciones negativas experimentadas. Efectos sobre los afectos de esas sensaciones (anotar en modal afectivo) y la conducta (anotar en modalidad conducta). Sensaciones más placenteras. Sensaciones y estimulación sexual placentera/displácetela.

**IMAGINERÍA:** Sueños, recuerdos o imágenes recurrentes de carácter molesto. Auto imagen física-corporal. Imágenes y fantasías preferidas. Efectos sobre las otras modalidades.

**CONDUCTA:** Actividades y conductas manifiestas. Hábitos o actividades que se desearía incrementar. Hábitos o actividades que se desearía disminuir. Habilidades o carencias conductuales.

**COGNITIVO:** Listado de auto diálogos negativos que generan emociones y conductas disfuncionales. Pensamientos automáticos y creencias irracionales. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Efectos de las cogniciones sobre las otras modalidades.

**SOCIAL:** Problemas con otras personas. Como afectan o reaccionan estas personas ante las conductas del paciente. Como afecta las conductas del paciente a estas personas. Gama, tipo, calidad y cantidad de relaciones sociales. Asertividad y habilidades sociales. Papel del síntoma en el sistema familiar o de pareja.

La terapia multimodal apunta a todos los niveles referidos, pero con una teoría integrada de tipo cognitivo-social basada en el aprendizaje social. No defiende por lo tanto el eclecticismo teórico, sino el técnico: la primacía de las intervenciones de evaluación y técnicas de terapia, provengan del enfoque que provengan, que sean efectivas para el mayor número de clientes posibles y en el menor tiempo posible. Desde este punto de vista interesan muy poco los debates teóricos entre las distintas terapias (que ya son muy viejos y no aportan nada sustancial) sino la efectividad para unos fines clínicos relevantes.

### **6.5.2. Principales Técnicas de Tratamiento**

- 1. Técnica Explicativa:** Se utilizan para exponer y explicar la problemática a la persona o a un grupo familiar el nivel de información encontrada y sobre un determinado aspecto o tema. Dentro de esta técnica se produce la interrogación en la que se aclaran preguntas e interrogantes y se mide el nivel de entendimiento de la persona a la que se le ha informado.

- 2. Técnicas de imaginación:** Se trata de modificar los pensamientos utilizando la imaginación. “Podemos utilizar la imaginación para visualizar el autocontrol y vernos resolviendo la situación evitando con ello caer en la pérdida del control. Es muy útil como método para cambiar las creencias y los pensamientos relacionados con una situación ansiógena y con una creencia de incapacidad, pues permite practicar con la imaginación lo que nos gustaría que ocurriera en la realidad. Se trata de seleccionar varios ejemplos para poder utilizarlos en momentos en los que nos invada el malestar psicológico. Todo ello asociado con relajación para establecer condicionamientos positivos.

Existen cuatro formas de utilizar la imaginación:

- a) Reenfoco de la situación (utilizando la imaginación):** Sirve como complemento de la técnica de detención de pensamiento. Cuando comencemos a tener pensamientos negativos relativos a la situación ansiógena. Después podemos optar por emplear una de las técnicas de distracción (como por ejemplo, centrar la atención en el ambiente) hasta que pase el momento ansiógeno o sustituirlo por alguna imagen de las seleccionadas. Generalmente el momento ansiógeno cuando actuamos para controlarlo suele durar muy poco. El efecto es el mismo que el de una gran ola, tiene su momento de inicio, su umbral máximo y a partir de ahí comienza el descenso hasta terminar desapareciendo, nunca supera un determinado umbral.
- b) Sustitución (por imagen negativa):** Se trata de utilizar una imagen negativa sobre las posibles consecuencias negativas que pueden acontecer por dejarnos enredar en la situación ansiógena (cuanto más negativa mejor) Cada vez que aparezcan los pensamientos que nos llevan o a realizar anticipaciones erróneas y negativas, incluiremos una imagen lo más negativa posible sobre las consecuencias que pueden derivarse de ello. Buscar una imagen que resulte lo más desagradable posible y que pueda dar lugar a una consecuencia desagradable por habernos dejado enredar en la situación ansiógena o anticipatoria de problemas. Esto hará que automáticamente reaccionemos y pongamos los mecanismos necesarios para impedir que la situación se nos

escape de las manos y acabemos, de continuar con ello, tal y cómo lo estamos imaginando.

- c) **Sustitución (por imágenes positivas):** Se trata de sustituir pensamientos negativos referentes a la situación ansiógena por imágenes positivas (cuanto más positivas mejor) Todo esto con el objetivo de disminuir las emociones negativas y consecuentemente preparándonos para resolver, mejorar nuestro estado emocional y en consecuencia actuar de un modo mucho más adaptativo y adecuado.
- d) **Repaso (utilizando imágenes):** En ésta, las imágenes se utilizan como un medio de “práctica” o repaso de ciertas habilidades adquiridas (por ejemplo, habilidades de control o resolución de problemas) o de Descensibilización ante situaciones o ambientes que pueden ser disparadores del elemento ansiógeno

**3. Manejo de preocupaciones y conflictos:** Esta técnica se la utiliza para manejar de forma adecuada las preocupación y conflictos, además que hay que definir que es un conflicto, cuáles son los conflictos y la magnitud de una preocupación. Siguiendo los siguientes pasos:

- 1) No evitar el conflicto y la preocupación y asumir la responsabilidad: Es decir hacernos cargo de la situación considerando que la energía que se solía emplear preocupándose en el conflicto, se podrá utilizar constructivamente para trabajar en su solución.
- 2) Realizar un diagnóstico preliminar: Buscando información o realizar entrevistas para conocer el estado de cosas entre las partes. Una adecuada comprensión del problema en todos sus aspectos a partir de la visión que entregan sus protagonistas, ayudará a formarse una más clara definición del conflicto.
- 3) Definir el verdadero problema en el diálogo: En esta etapa es importante estimular la expresión de sentimientos, pero de manera controlada y, para eso, es preciso establecer y dar a conocer un conjunto de reglas a tener en cuenta por las partes en la discusión.

- 4) Establecer metas y un plan de acción: Proponer soluciones que se pueden articular en un plan, con compromisos específicos, y con objetivos medibles y factibles. Es fundamental que, en conjunto con las partes en conflicto, se clarifiquen bien esos objetivos y compromisos y se tome el acuerdo de respetarlos.
- 5) Realizar seguimiento: Debido a que en el plan de acción pueden surgir algunos obstáculos, es fundamental hacer un seguimiento del cumplimiento de los objetivos y de los compromisos acordados.

**4. Descensibilización de miedos:** Se utiliza para inhibir niveles de ansiedad altos, Wolpe aplicó la relajación en situaciones de la vida real con niveles progresivos de estrés. Posteriormente descubrió que las escenas imaginadas eran más fáciles de estructurar, evocaban niveles de ansiedad casi idénticos y producían resultados transferibles a situaciones de la vida real. De este modo se aprende a relajarse en las escenas imaginadas y es posible prepararse para la posterior relajación ante situaciones reales como dar un concierto, examinarse, etc.

Los dos principios fundamentales de la Descensibilización sistemática son:

1. Una emoción puede contrarrestar otra emoción.
2. Es posible habituarse a las situaciones amenazadoras.

**5. Terapia Lúdica para expresión y manejo de conflictos:** El juego es el medio natural de autoexpresión, experimentación y aprendizaje para el niño. En el ambiente de juego, el niño fácilmente puede relacionarse con los juguetes y “jugar” sus preocupaciones con ellos. Representar a través del juego es la medida de auto-curación más natural. El juego es para el niño el canal de comunicación y expresión. Y es a través de este que le permite una liberación catártica de sus sentimientos, frustraciones, miedos y confusión. Las experiencias de juego son renovadoras, sanas y constructivas en la vida de un niño.

El juego reduce eventos atemorizantes y traumáticos, alivia la ansiedad y el estrés. Jugando, el niño aprende del mundo y sus relaciones, somete a prueba la realidad, explora emociones y roles. El juego le permite al niño expresar la agresión y los sentimientos más profundos. Al expresar abiertamente en el juego sus emociones y conflictos, se da cuenta del poder interno que tiene de pensar por sí mismo, tomar sus propias decisiones y generar sus propias historias.

El juego es la participación íntima y dinámica del niño en su mundo físico y humano. Cuando un niño juega, toca la esencia exquisita de la vida con la imaginación, la expresión, la expansión y la auto-realización.

Al utilizar el juego como un modo auténtico de expresión, podemos entender el juego del niño como una comunicación simbólica que refleja su historia personal, sus vivencias actuales, el sentido de sus relaciones humanas, su nivel de desarrollo y los elementos inconscientes que es incapaz de hablar.

La Terapia de Juego se ocupa de los sentimientos de los niños, no solo de su conducta; es una oportunidad que se le da al niño para “jugar” sus sentimientos, necesidades, conflictos y problemas. En una relación única con un adulto objetivo –terapeuta- que lo acepta y que no se encuentra involucrado en otros aspectos dentro de la vida del niño. Dentro de la Terapia de Juego el niño representa continuamente todas las vivencias y conflictos, estas representaciones son utilizadas para ayudarlo al entendimiento, a la maestría de sus emociones y a su desarrollo. Se enfatiza el punto de vista personal que el niño tiene acerca de sus experiencias convirtiéndolo en su propio agente de cambio y de acción efectiva.

La Terapia de Juego ayuda al niño ofreciéndole nuevos entendimientos, mayor conciencia de sus motivos y afectos, y normalizando sus patrones de desarrollo.

Este enfoque parte de la idea de que en el ser humano hay un impulso natural vital hacia la salud y la autorrealización como resultado de la adaptación.

Durante la terapia de juego los residuos de miedo, vergüenza y culpa que interfieren con un pensamiento claro y positivo necesitan ser enfrentados y externados. La descarga emocional es un mecanismo interno natural que tiene una función positiva para cualquier persona y en especial para el niño en la prevención de futuras patologías médicas o psicológicas y en la promoción de su salud mental ya que coadyuva a la recuperación de las heridas emocionales. Se utilizan muchos materiales y actividades para que el niño suelte los sentimientos reprimidos, estos materiales incluyen entre otros el juego con barro, la bolsa de boxear, los tubos de espuma, el tablero de dardos y los mazos de plástico suave.

**6. Cama seca de Arzin:** Se desarrolla en tres fases:

- ✓ **Primera fase:** Noche de entrenamiento intensivo (Esta noche debe ser la del viernes o sábado para que al día siguiente los padres puedan descansar). Se coloca el pipí-stop en la cama. Luego el niño realiza lo que se llama "Práctica positiva", que consiste en ir 20 veces seguidas desde su cama al baño, realizando la secuencia como si realmente se levantara de la cama para hacer pis. Luego debe beber dos vasos de agua o refresco y echarse a dormir. Cada hora se despierta al niño para que vaya al cuarto de baño. Una vez allí se le pregunta si sería capaz de aguantar una hora más sin hacer pis. Si dice que sí se vuelve a acostar. Si necesita orinar, se le hace esperar unos minutos, y después de hacer pis, vuelve a beber y se acuesta. Esta secuencia hay que repetirla cada hora. Si en el transcurso de la noche suena la alarma, se debe reñir al niño por mojar la cama, debe de terminar de orinar en el baño, y llevar el cabo el denominado "Entrenamiento en limpieza": cambiarse el pijama, cambiar las sábanas y poner de nuevo el pipi-stop. Después debe realizar los 20 ensayos de práctica positiva antes de volver a dormirse.
- ✓ **Segunda fase:** Esta fase dura desde la noche siguiente hasta que el niño haya conseguido no mojar la cama durante 7 días seguidos. Se coloca el pipi-stop.

Si la noche anterior se hizo pis, el niño debe realizar antes de dormirse los 20 ejercicios de práctica positiva.

Se despierta al niño escalonadamente: Primero se le despierta 3 horas después de que se haya acostado para que vaya al baño a orinar (pero ahora ya no se le hace retener). Si esa noche no se moja, al día siguiente se le despertará media hora antes, y si al día siguiente tampoco se hace pis, otra media hora antes, etc. La noche en que se haga pis, se actúa como en la primera noche.

Al día siguiente de una noche seca, se debe alabar por ello al niño varias veces al día y a la hora de acostarse.

- ✓ **Tercera fase:** Esta fase dura hasta que el niño consigue otras siete noches secas consecutivas. En esta fase ya no se utiliza pipi-stop y se deja dormir al niño toda la noche sin despertarle. Por la mañana se comprueba cómo está la cama. Si se ha orinado, el niño debe cambiar las sábanas y por la noche hacer los 20 ejercicios de práctica positiva. Si se ha controlado, se le debe elogiar y animarle a que continúe progresando. Si en esta fase hubiera dos noches seguidas en que el niño se ha hecho pis, se debería volver a la segunda fase de nuevo.

7. **Economía de fichas:** Sepuede llevar control o récord de lo que va realizando, cómo va mejorando o cuán cerca está de su *reconocimiento*. Son procedimientos dirigidos a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente, para de esa forma controlar las conductas de una persona o de un grupo de personas.

La utilización de un sistema de economía de fichas permite introducir una o varias conductas, alterar las frecuencias con que las conductas objetos de intervención se emiten o eliminar las conductas mal adaptativas.

La implantación de un programa de economía de fichas implica tres fases:

- ✓ **Fase de muestreo o establecimiento de la ficha como reforzador generalizado:**En esta fase se establece la ficha como refuerzo

generalizado y remarcarse el valor que tiene como objeto de intercambio. Es preciso enseñar a las personas incluidas en el programa a dar valor a las fichas. Las explicaciones verbales pueden ser suficientes en algunos casos, pero cuando se trabaja con niños pequeños o con limitaciones se hace necesario proceder al “muestreo” de las fichas. Para ello pueden entregarse en diversas ocasiones fichas a los sujetos de forma gratuita, independientemente de sus conductas, y cambiárselas inmediatamente por algunos de los reforzadores que han demostrado ser eficaces con algunos sujetos.

En los primeros momentos es necesario llevar a cabo estas entregas de fichas gratuitas varias veces a fin de que se establezca el valor de la ficha como objeto de intercambio. Hay que recordar lo importante que es el que se cambien las fichas por distintos reforzadores eficaces con el sujeto y no sólo por uno. A la hora de cambiar las fichas por los refuerzos es interesante remarcar explícitamente el valor de intercambio de las fichas. En estos primeros momentos el cambio de las fichas por los refuerzos ha de ser poco menos que inmediato. Estos periodos de muestreo de las fichas pueden hacerse constantes en el tiempo o bien desarrollarse sólo en determinados intervalos temporales.

- ✓ **Fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas:** Se entregan las fichas de manera contingente a las conductas que se desee establecer o incrementar. Aunque no es necesario aclarar al sujeto porqué se le entrega la ficha, obviamente especificarlo de antemano en la mayoría de los casos facilita su efecto, así como el aclarar el valor de las fichas y el tipo de reforzadores que se pueden adquirir con ellas. Conviene que los niños puedan acceder fácilmente a la lista de los reforzadores con su valor en fichas.

Las conductas particulares objetivo de intervención han de especificarse de manera precisa y concreta, de forma que requieran el mínimo de

interpretación tanto de la persona encargada de entregar la ficha como del que va a recibirla. Las fichas y el reforzador final deben estar siempre íntimamente ligados a la auto-evaluación y a refuerzos sociales. Esto, además de facilitar la siguiente fase, aumentará la posibilidad de permanencia de las conductas realizadas.

- ✓ **Fase de desvanecimiento o finalización del control de las conductas por fichas:** Dado que el objetivo de un programa de economía de fichas es facilitar la aparición y consolidación de determinadas conductas, una vez que éstas se han dado y están consolidadas, el paso siguiente debe consistir en poner esas conductas bajo el control de las condiciones habituales “normales” en que actúa el sujeto.

Las razones por las que debe retirarse el programa son: la economía de fichas es un sistema artificial, que supone un coste de tiempo, de recursos, etc., que no se asemeja a la vida cotidiana en la que hay pocos reforzadores no naturales y no directos. Además implica un control artificial de las conductas y a largo plazo, puede interferir con la adquisición de la auto-motivación.

Todas las economías de fichas incluyen un programa de desvanecimiento del sistema a medida que se van produciendo mejorías en la conducta. Esto puede llevarse a cabo aumentando el tiempo entre las entregas de fichas, incrementando el criterio para la obtención de fichas, reduciendo del número de fichas ganadas por medio de las conductas objetivos, aumentando el número de fichas necesarias para ganar los reforzadores de apoyo, o por alguna combinación de estos procedimientos

- 8. Refuerzo Positivo:** Este tipo de condicionamiento operante se incluye en el marco de los modelos de refuerzo y se da cuando el refuerzo es un estímulo que aumenta la probabilidad de la emisión de la conducta que provoca la aparición del refuerzo.

Se entiende por refuerzo positivo la consecuencia agradable que se obtiene tras realizar una conducta. Por ejemplo, si el chico recoge la mesa, se le

refuerza de manera que siga haciéndolo (o bien con alabanzas, o yendo de paseo, etc.

## 6.6. Modelo Operativo

Cuadro # 5

	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>	<b>Recursos</b>
<b>Primera</b>	Escuchar atentamente la demanda	Rapport	Presentación y establecimiento del ambiente de confianza	1 Sesión	Investigadora	- Terapeuta - Familia - Oficina
<b>Fase</b>	Entender la situación por la que está atravesando	Empatía	Escucha activa a todos los miembros por igual	Siempre	Investigadora	- Terapeuta - Familia - Oficina
	Respetar las disposiciones dictadas	Encuadre	Información	1 Sesión	Investigadora	- Terapeuta - Familia - Oficina
	Compromiso con los miembros de la familia					

Fuente: Fases Multimodal Infantil para enuresis de A.Lazaruz (1981)  
Elaborado por: Samanta Peñaherrera

Cuadro # 6

	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>	<b>Recursos</b>
<b>Segunda Fase</b>			Identificar: Biológico, Afecto, Imaginación, Conducta Pensamiento, Social			
<b>Análisis Multimodal</b>	Información por parte del demandante	Entrevista yRegistro Conductual, emocional y cognitivo	Ejemplo: Afectos: emociones sentidas con más frecuencia, emociones indeseadas, conductas ante estas emociones.  Sensaciones: Listado de sensaciones negativas experimentadas, efectos sobre los afectos de las sensaciones y conducta	3 Sesiones	Investigadora	- Investigadora - Familia - Historia Clínica - Esfera
<b>De primer orden</b>						

Fuente: Fases Multimodal Infantil para enuresis de A.Lazaruz (1981)  
Elaborado por: Samanta Peñaherrera

Cuadro # 7

**Tercera  
Fase  
Análisis  
Multimodal  
De segundo  
orden**

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>	<b>Recursos</b>
Recopilar información sobre lo que pasa en casa	Técnica explicativa	Informar a los niños y padres de la enuresis y el tratamiento	1 Sesión	Investigadora	- Investigadora
	Diálogo socrático	Por dibujos explicar al niño los mecanismos del control esfinterial	1 Sesión	Investigadora	- Familia
Trabajar el área afectiva de cada miembro	Autoaceptación	Manejo de conflictos y preocupaciones inconscientes en los padres	2 Sesiones	Investigadora	- Investigadora - Padres
Mejorar el auto aprendizaje y toma de conciencia	Ludoterapia	-Descensibilización de miedos -Expresión y manejo de conflictos -Tareas a casa	3 Sesiones	Investigadora	- Investigadora -Niños
	Inversión de roles	Padres e hijos imiten los roles contrarios	2 Sesiones	Investigadora	- Investigadora Niños y Padres
Entrenamiento de vejiga	Método de expansión vesical de Kimmel y	Reforzamiento positivo de los intervalos y cantidades de orina retenida	1 mes	Investigadora Niños Padres	-Investigadora -Niños -Padres
Entrenamiento de vejiga	Cama seca de Azrin	Ensayo de acostarse y levantarse para ir al baño	1 mes	Investigadora Niños y Padres	Investigadora Niños y Padres

Fuente: Fases Multimodal Infantil para enuresis de A. Lazaruz (1981)  
Elaborado por: Samanta Peñaherrera

Cuadro # 8

	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>	<b>Recursos</b>
<b>Cuarta</b>	Identificar la nueva conducta instaurada	Entrevista	Conocer si el niño ya no se orina	1 Sesión	Investigadora	Investigadora Padres Niño
<b>Fase</b>	Conocer si hay un cambio conductual	Registros conductuales	Evaluar el cambio conductual del niño y si ya no hay enuresis	1 Sesión	Investigadora	Investigadora Padres Niño
<b>Evaluación</b>	Saber la eficacia de la técnica	Economía de fichas	Conocer si hay el cambio conductual y se ha reforzado el mismo	1 Sesión	Investigadora	Investigadora Padres Niño

Fuente: Fases Multimodal Infantil para enuresis de A. Lazaruz (1981)  
 Elaborado por: Samanta Peñaherrera

## 6.7. Administración de la propuesta

### 6.7.1. Recursos Institucionales:

- Universidad Técnica de Ambato
- Facultad de Ciencias de la Salud
- Carrera de Psicología Clínica
- CPD INFA

### 6.7.2. Recursos Humanos:

- **Investigadora:** Samanta Peñaherrera
- **Tutor de la investigación:** Psicólogo Clínico Washington Rojas
- **Directora del Infa:** Licenciada Rocío Paredes
- **Psicólogo del Infa:** Carmita Cadme

### 6.7.3. Recursos Materiales:

Cuadro # 9

<b>MATERIALES</b>	<b>COSTOS</b>
Copias	\$75,00
Transporte	\$40,00
Anillados	\$65,00
Impresiones	\$120,00
Materiales de oficina	\$40,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$340,00</b>

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

**Cronograma:**

Cuadro # 10

N.-	Meses y Semanas	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAY	JUN
	Actividades	2011	2011	2011	2011	2011	2011
1	Primera Fase El puente O	■					
2	Segunda Fase Análisis Multimodal de primer orden		■	■			
3	Tercera Fase Análisis Multimodal de segundo orden				■	■	
4	Cuarta Fase Evaluación						■

Elaborado por: Samanta Peñaherrera

## MATERIAL DE REFERENCIA

### BIBLIOGRAFÍA:

Fernández, Carmen., Hernández, Jesús., Molina, Susana., (2007). *Construir lo cotidiano, un programa de educación parental*. Asturias España: Universidad de Oviedo.

Goleman, Daniel. (1995\_1996) *Inteligencia Emocional: Razones por las cuales importa más que el Cociente Intelectual*, Barcelona: Editorial Kairós, S.A.

Grosman, Cecilia., Mesterman, Silvia., (1998) *Maltrato al Menor*. Buenos Aires: Edición, Universidad, Buenos Aires.

Grosman, Cecilia., Mesterman, Silvia., (1998). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Buenos Aires: Editorial. Universidad, Buenos Aires.

Kempe, Ruth., Kempe, Henry., (1979). *Niños Maltratados*. Madrid: Editorial. Morata.

Lazaruz, Arnol (1981) *Terapia multimodal*. Buenos Aires: Editorial IPPEM.

Llarull, Graciela., (2005). *La Familia qué Familia?, II Congreso Marplatense de Psicología*. Mar del Plata: Editorial Facultad de Psicología. UNMDP.

Pérez, Oscar., García, Muga., (2007). *Psicología sin Fronteras*, Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria 2007; Vol. 2, N°1 y 2, Agosto, pág. 4-12.

Romero, A., Fernández. A, (1990). *Salud mental. Formación continuada en atención primaria*. Buenos Aires: Editorial. Brystol-Myers, SAE.

## **LINKONGRAFÍA:**

- UNICEF/ HQ05-1244/LeMoyne (2004). Convención sobre Derechos del niño. Recuperado el 10 de enero de 2011, disponible en [http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_30160.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30160.html)
- Buenas Tareas.com, (2008). Inteligencia Emocional. Recuperado 10 de enero de 2010, disponible en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Inteligencia-Emocional/11328.html>
- BuenasTareas.com. (2010). Ensayo Inteligencia Emocional Daniel Goleman. Recuperado 10 enero de 2011, disponible en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Ensayo-Inteligencia-Emocional-Daniel-Goleman/881644.html>
- BuenasTareas.com. (2007). Negligencia Parental. Recuperado 15 de enero 2011, disponible en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Negligencia-Parental/2492452.html>
- Robaina, Gloria, (2001). El maltrato infantil. Recuperado 25 de enero 2011, disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000100011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000100011&script=sci_arttext)

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS \_ BASE DE DATOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

- PROGUEST.- Parental neglect and overprotection as risk factors in delinquency  
  
Anita S. Mak  
Australian Journal of Psychology  
Vol. 46, Iss. 2, 1994

- PROGUEST.- Secondary Diurnal Enuresis Treated with Hypnosis: A Time-Series Design  
  
Alex Iglesias, Adam Iglesias  
International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis  
Vol. 56, Iss. 2, 2008
- PROGUEST.-CHILDHOOD ENURESIS  
  
Barbara L.E. Cristy  
Social Work in Health Care  
Vol. 6, Iss. 3, 1981
- PROGUEST.- Study of “Hot” Executive Functions in a Sample of Parents Who Have Been Accused of Physical Abuse or Neglect  
  
David Fontaine, Pierre Nolin  
Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma  
Vol. 21, Iss. 1, 2012
- PROGUEST.- Reducing Home Safety Hazards in the Homes of Parents Reported for Neglect  
  
Karyn L. Metchikian, Jacqueline M. Mink, Kathryn M. Bigelow, John R. Lutzker, Ronald M. Doctor  
Child & Family Behavior Therapy  
Vol. 21, Iss. 3, 1999

# ANEXOS

## **TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PADRES**

**Extraído del libro "La Inteligencia Emocional de los niños" de Lawrence  
Shapiro**

1. ¿Le oculta usted los problemas graves a su hijo?

Sí ----- No

No. La mayoría de los psicólogos piensan que los padres no deberían ocultar los problemas graves a sus hijos más pequeños. Los niños son mucho más flexibles de lo que se piensa y se benefician con explicaciones realistas de los problemas.

2. ¿Discute usted abiertamente sus errores?

Sí ----- No

Sí. Para volverse realistas en su pensamiento y sus expectativas, los niños deben aprender a aceptar tanto los atributos positivos como los defectos de sus padres.

3. ¿Mira a su hijo más de doce horas de TV semanales?

Sí ----- No

No. El niño promedio mira en realidad 24 horas de televisión semanales, y esto es demasiado. Esta actividad pasiva hace muy poco para promover las capacidades en I.E. Los programas violentos de TV son particularmente problemáticos para los niños que tienen dificultades para controlar su ira.

4. ¿Tiene usted una computadora en su hogar?

Sí ----- No

Si. Hace un tiempo se creía que las computadoras y los juegos para computadora ejercían una influencia perjudicial sobre el desarrollo social del niño, pero parece ser que lo opuesto es la verdad. Los niños (y los adultos) están encontrando

nuevas maneras de utilizar la computación y los servicios on line (Internet), que en realidad aumentan las capacidades del C.E.

5. ¿Se considera usted una persona optimista?

Sí ----- No

Si. Los estudios muestran que los niños que son optimistas son más felices, tienen más éxito en la escuela y son realmente más saludables desde el punto de vista físico. La forma fundamental en que sus hijos desarrollan una actitud optimista o pesimista es observándolo y escuchándolo a usted.

6. ¿Ayuda usted a su hijo a cultivar amistades?

Sí ----- No

Sí. Los investigadores en el campo del desarrollo infantil creen que tener un "mejor amigo", particularmente entre los 9 y los 12 años constituye un hito de desarrollo crítico en el aprendizaje para tener relaciones íntimas. La enseñanza de las capacidades para cultivar amistades debería comenzar apenas su hijo comienza a caminar.

7. ¿Controla usted el contenido violento de los programas de TV y los videojuegos de su hijo?

Sí ----- No

Sí. Aunque no existe una prueba clara de que mirar programas violentos de televisión o jugar con videojuegos violentos conduzca a los niños a la agresividad, sí puede decirse que los desensibiliza en cuanto a los sentimientos y las preocupaciones de los demás.

8. ¿Pasa usted 15 minutos por día o más con su hijo en juegos o actividades no estructurados?

Sí ----- No

Sí, lamentablemente, los padres de hoy pasan cada vez menos tiempo con sus hijos. Dedicar un tiempo determinado para jugar con los niños más pequeños y en actividades no estructuradas con los hijos mayores, mejora su imagen propia y su confianza en sí mismos.

9. ¿Tiene usted formas claras y coherentes de disciplinar a su hijo y de hacer respetar las normas?

Sí ----- No

Sí. Los padres autorizados podrían prevenir un número significativo de problemas experimentados actualmente por los niños. Ser padres en forma autorizada combina el estímulo con la disciplina coherente y apropiada. Muchos expertos creen que los padres totalmente permisivos son la causa de un número creciente de problemas de la niñez, incluyendo la conducta provocativa y antisocial.

10. ¿Participa usted en forma regular en actividades de servicio a la comunidad con su hijo?

Sí ----- No

Sí. Los niños aprenden a preocuparse por los demás haciendo, no simplemente hablando. Las actividades de servicio a la comunidad también les enseñan a los niños muchas capacidades sociales y los ayudan a mantenerse alejados de los inconvenientes.

11. ¿Es usted veraz y sincero con su hijo, incluso con respecto a temas dolorosos como una enfermedad o la pérdida de un empleo?

Sí ----- No

Sí. Muchos padres para proteger a sus hijos del estrés, de preservar la inocencia de su niñez, pero en realidad esto produce más daño que bien. Los niños que no han

aprendido a enfrentar efectivamente el estrés se tornan vulnerables a problemas más graves cuando crecen, en particular en sus relaciones.

12. ¿Le enseña usted a su hijo a relajarse como una forma de enfrentar el estrés, el dolor o la ansiedad?

Sí ----- No

Sí. Usted puede enseñarles formas de relajación incluso a los niños de 4 o 5 años. Esto no los ayudará a enfrentar los problemas inmediatos, pero puede ayudarlos a vivir más tiempo y de manera más saludable.

13. ¿Interviene usted cuando su hijo experimenta dificultades para resolver un problema?

Sí ----- No

No. Surge de las investigaciones, que los niños pueden resolver problemas mucho antes de los que solía pensarse. Cuando sus hijos aprenden a resolver sus propios problemas, adquieren confianza en sí mismos y aprenden capacidades sociales importantes.

14. ¿Celebran reuniones familiares regulares?

Sí ----- No

Sí. Los niños utilizan los modelos como la forma individual más importante para aprender capacidades emocionales y sociales. Las reuniones familiares son una forma ideal de enseñarles a resolver problemas y a funcionar en grupo.

15. ¿Insiste usted en que su hijo siempre exhiba buenos modales con los demás?

Sí ----- No

Sí. Los buenos modales son fáciles de enseñar y extremadamente importantes para la escuela y el éxito social.

16. ¿Se toma usted tiempo para enseñarles a su hijos a percibir el aspecto humorístico de la vida cotidiana, inclusive sus problemas?

Sí ----- No

Sí. Un número creciente de estudios muestran que el sentido del humor no sólo constituye una capacidad social importante, sino que representa también un factor significativo para la salud mental y física de un niño.

17. ¿Es usted flexible con los hábitos de estudio y la necesidad de organización de su hijo?

Sí ----- No

No. Es necesario ser flexible en muchos aspectos, pero no en cuanto en cuanto a los hábitos de estudio y las capacidades e trabajo. Para tener éxito en la escuela y más tarde en el trabajo, sus hijos necesitan aprender autodisciplina, manejo del tiempo y capacidades de organización.

18. ¿Alienta usted a su hijo a seguir tratando aun cuando se queje de que algo es demasiado difícil o inclusive cuando fracasa?

Sí ----- No

Sí. Uno de los ingredientes más importantes para convertirse en un gran realizador es la capacidad de superar la frustración y mantener un esfuerzo persistente frente al fracaso. En general, los padres no les exigen un esfuerzo suficiente a sus hijos.

19. ¿Insiste usted en que su hijo mantenga una dieta saludable y un ejercicio diario?

Sí ----- No

Sí. Además de los beneficios físicos obvios de una buena dieta y del ejercicio, un estilo de vida saludable desempeña un papel importante en la bioquímica del cerebro en desarrollo de su hijo.

20. ¿Confronta usted a su hijo cuando sabe que no dice la verdad aún en una cuestión menor?

Sí ----- No

Sí. La comprensión de la sinceridad se modifica en los niños a medida que crecen, pero en el marco familiar, se debería poner siempre el acento en el hecho de ser veraces.

21. ¿Respeta usted la intimidad de su hijo, aun cuando sospecha que está haciendo algo perjudicial para sí mismo y para los demás?

Sí ----- No

No. Cuando uno educa a los niños, la intimidad y la confianza van de la mano. A cualquier edad, los niños deberían comprender la diferencia entre lo que puede mantenerse privado y lo que usted debe saber.

22. ¿Deja usted que el profesor de su hijo maneje problemas de motivación en la escuela sin su participación?

Sí ----- No

No. La motivación empieza por casa. Cuanto más participen los padres en la educación de sus hijos, tantas más probabilidades tendrán los niños de tener éxito.

23. ¿Cree usted que debería ser más tolerante con los problemas de sus hijos porque usted tiene los mismos o similares?

Sí ----- No

No. No resulta sorprendente que los niños tengan a menudo los mismos problemas que sus padres. Si usted está luchando contra temas serios como la depresión o el mal carácter, debería buscar formas de cambiar tanto su propio comportamiento como el de su hijo.

24. ¿Deja usted tranquilo a su hijo si no quiere hablar algo que lo irrita o que lo perturba?

Sí ----- No

No. A muy pocos niños les gusta hablar de lo que los perturba, pero desde la perspectiva de la inteligencia emocional, usted debería alentar a sus hijos para que hablen de sus sentimientos. Hablar de los problemas y utilizar palabras para los sentimientos puede cambiar la forma en que el cerebro de un niño se desarrolla, formando vínculos entre la parte emocional y la parte pensante del cerebro.

25. ¿Cree usted que todo problema tiene una solución?

Sí ----- No

Sí. Se les puede enseñar a los niños, así como a los adolescentes y adultos, a buscar soluciones en lugar de dilatar los problemas. Esta forma positiva de ver el mundo puede mejorar la confianza en sí mismo y las relaciones de su hijo.

**HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL INFANTIL**

**(A. A. Lazaruz: Terapia multimodal. Editorial IPPEM. 1981)**

Fecha:.....

Nombre del

niño/a:.....

Edad:.....

Nombre de los

padres:.....

Domicilio:.....

.....

Teléfono:.....

.....

Curso escolar

actual:.....

Centro

escolar:.....

Tutor:.....

**1. MOTIVO DE CONSULTA**

.....

.....

.....

...

**2. IDENTIFICACIÓN DE DESENCADENANTES DEL MOTIVO DE CONSULTA**

.....

.....

.....

**3. ANTECEDENTES PERSONALES**

.....

.....

.....

**4. ANTECEDENTES FAMILIARES:**

.....  
.....  
.....

**5. PERFIL MULTIMODAL CON EL NIÑO Y FAMILIARES**

.....  
.....  
.....

**5.1. Área cognitiva:**

.....  
.....  
.....

**5.2. Área afectiva:**

.....  
.....  
.....

**5.3. Área somática:**

.....  
.....  
.....

**5.4. Área interpersonal:**

.....  
.....  
.....

**5.5. Área conductual:**

.....  
.....  
.....

Anexo # 3

## **HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL INFANTIL (GUÍA)**

**(A. A. Lazaruz: Terapia multimodal. Editorial IPPEM. 1981)**

Fecha: Nombre del niño/a:

Edad: Nombre de los padres:

Domicilio: Teléfono:

Curso escolar actual: Centro escolar:

Nombre del tutor/a:

### 1. MOTIVO DE CONSULTA

- Descripción del problema por los adultos consultantes
- Preguntarle al niño si sabe por qué le traen hasta aquí

### 2. IDENTIFICACIÓN DE DESENCADENANTES DEL MOTIVO DE CONSULTA

- ¿Cuándo comenzó este problema?
- ¿A qué lo atribuyen los familiares y el mismo niño?
- ¿Cómo ha ido evolucionando?
- ¿Como han intentado solucionarlo cada familiar?

### 3. ANTECEDENTES PERSONALES

- Estado somático del niño actual y enfermedades pasadas relevantes
- Otros problemas emocionales anteriores del niño
- Hábitos de salud: comida, sueño, esfínteres, ejercicio...Problemas
- Datos de embarazo y parto

- Desarrollo psicomotor (primeros pasos, primeras palabras...)
- Desarrollo intelectual (nivel de lenguaje y conocimientos)
- Desarrollo socioafectivo (relaciones con otros niños y adultos)

#### 4. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Composición familiar: componentes, parentesco, edades y profesión
- Antecedentes somáticos actuales y pasados
- Antecedentes psíquicos actuales y pasados
- Problemas socioeconómicos
- Problemas familiares y conyugales

#### 5. PERFIL MULTIMODAL CON EL NIÑO Y FAMILIARES

Nota: Permite ampliar la información anterior. Tiene subáreas para los familiares y el niño. A menudo, excepto en casos de grave retraso en el desarrollo, es deseable la entrevista conjunta niño-adultos, y si es posible con el niño a solas después. Es importante explicar al niño que tiene derecho a la confidencialidad de sus datos respecto a los adultos (p.e los padres); e informar a los padres previamente de ello.

##### 5.1. Área cognitiva:

- Padres:
- Como describen el carácter del niño, su manera de ser
- Con qué padre le identifican más (¿a quién se le parece más?)
- A qué causa atribuyen los problemas cada padre
- Que normas exigen cumplir al niño (p.e estudios, aseo...)
- Cuales considera cada padre, que son las mayores virtudes y defectos de su hijo/a

- Preguntar si tienen proyectos sobre su hijo en el futuro
- Preguntar sobre si le observan algún retraso del lenguaje, intelectual o psicomotor o dificultad escolar
- Preguntar si el niño refiere preocupaciones-temores y de qué tipo
- Niño/a:
- Preguntarle que nos diga qué tipo de niño/a es, que nos diga cómo es su manera de ser
- Proyectos del niño: ¿Que te gustaría ser de mayor? ¿Qué edad te gustaría tener?
- ¿Qué clase de cosas te gusta soñar o imaginar?
- Sexualidad: ¿Si volvieras a nacer te gustaría ser niño o niña...?.¿Puedes explicarme en que se diferencia un niño de una niña?
- Contar algún sueño o pesadilla
- Dibujar un niño y pedirle que nos cuente-invente una historia sobre él/ella

## 5.2. Área afectiva:

- Padres:
- Que cosas han observado que le dan más miedo, alegría, enfado y tristeza al niño/a
- Como expresan su alegría y disgusto al niño (alabanzas, regalos, actividades conjuntas, etc.)
- Niño/a:
- Pedirle que nos cuente que cosas le dan más miedo, alegría, enfado y tristeza
- Pedirle que mis haga un dibujo sobre los sentimientos ("dibuja un niño que está alegre, triste, asustado o enfadado ") y cuéntame que le pasa, como se siente

### 5.3. Área somática:

- Padres:
- Problemas de salud actuales del niño y tratamiento en curso
- Pedirles que mis describan si hay problemas de sueño, alimentación o control esfinterial
- Niño/a:
- Pedirle que nos diga si padece molestias o dolores corporales y a qué los achaca
- Preguntarle si tiene problemas de sueño, comida o esfínteres
- Pedirle un dibujo sobre la enfermedad y que se invente una historia al respecto

### 5.4. Área interpersonal:

- Padres:
- Problemas familiares, conyugales, laborales y económicos
- Como se relaciona el niño con cada padre, y hermanos, otros familiares cercanos, amigos y profesores.
- Con quién se lleva peor y mejor. ¿Qué sucede en eso?
- Niño/a:
- Pedirle que nos hable de su familia, padres, hermanos...
- ¿Que te gustaría que cambiara de (cada padre, hermano...)?
- ¿Tienes amigos/as? ¿Cómo se llaman? ¿Qué te gusta hacer con ellos?
- ¿Cuales son tus juegos preferidos? ¿Juegas con tus padres, hermanos...?
- ¿Celebran tus cumpleaños? ¿Cómo? ¿Quienes participan?

- Pedirle que dibuje a su familia y cuente una historia sobre ella. Después lo mismo con un amigo y el colegio.

#### 5.5. Área conductual:

- Padres:
- Qué conductas agradan más y menos a los padres de su hijo/a y cómo actúan ante las mismas (castigos y premios)
- Actividades, juegos y personas preferidas del niño, según cada padre
- Niño/a:
- Colegio: Pedirle que nos diga que le gusta/disgusta más del colegio y que asignaturas se le dan mejor/peor; así como se lleva o le parece su profesores
- Pedirle que nos cuente que actividades, juegos y personas se los pasa mejor
- Pedirle que nos diga cuales personajes de los dibujos, cuentos, y tele son sus preferidos y que les gusta de ellos
- Como y con quién celebra su santo y cumpleaños y si se lo pasa bien
- Posibilidad de si tenemos juguetes a mano pedirle al niño que seleccione los

Que desee y se invente una historia con ellos y nos la cuente (preguntarle por los personajes, que ocurre, que siente y piensa cada uno, y como terminará la historia).

#### 6. DIAGNOSTICO

- Eje I (Trastorno actual. Por ejemplo: Enuresis funcional)
- Eje III (Trastornos somáticos)

- Eje IV (Estrés actuales. Por ejemplo: Problemas de pareja entre sus padres)
- Eje V (Adaptación psicosocial. Por ejemplo: Sociable con muchos amigos)

Anexo # 4

## **HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL DE ENURESIS INFANTIL (GUÍA)**

**(A. A. Lazaruz: Terapia multimodal. Editorial IPPEM. 1981)**

### ENURESIS

Nombre:    Edad:    Fecha:    N°:

#### 1. ÁREA COGNITIVA

(1) Los objetivos en esta área son evaluar las creencias parentales sobre la etiología de la enuresis y la motivación del niño para el tratamiento

(2) Es útil preguntar:

2.1. A los padres: ¿A qué atribuyen ustedes este problema? ¿Qué les hace creer eso?

2.2 .Al niño: ¿Cómo te molesta este problema?

#### 2. ÁREA AFECTIVA

(1) Los objetivos en esta área son evaluar las ansiedades parentales por la enuresis y el nivel emocional del niño.

(2) Se pueden realizar las siguientes preguntas:

2.1. ¿Cómo se siente usted con este problema? ¿Qué importancia tiene para usted?

2.2. ¿Es impresionable su hijo? Si es así, ¿por qué?

2.3. ¿Siente el niño miedo con frecuencia? ¿De la oscuridad, de las tormentas, de ser atacado por animales, personas o monstruos?

2.4. ¿Siente el niño pánico ante la idea de ser separado de sus padres o de su familia?

2.5. ¿Se pone ansioso ante posibles fracasos escolares?

2.6. ¿Está su hijo últimamente menos activo, iracundo, lloroso o con menor interés por los juegos y otras actividades?

### 3. ÁREASOMÁTICA

(1) Los objetivos de esta área son descartar posibles causas orgánicas para la enuresis

(2) Las exploraciones físicas deben incluir:

2.1. Exploración de la columna

2.2. Exploración neurológica

2.3. Exploración genital

2.4. Análisis de orina (más un urocultivo en niñas)

(3) Es importante también contar con índices pediátricos/psicológicos para evaluar el nivel madurativo del niño, y su posible retraso

(4) Varios signos/síntomas pueden alertar al clínico de la posibilidad de organicidad:

4.1. Micción dolorosa (disuria)

4.2. Micción frecuente (poliuria)

4.3. Urgencia desmedida en orinar

4.4. Chorro de orina débil o irregular

4.5. Goteo urinario diurno

### 4. ÁREA INTERPERSONAL

(1) En este área se evalúa la presencia de trastornos emocionales en la familia y estresores /conflictos en la convivencia de la misma, donde el niño/enurético puede estar jugando un papel (p.e desviar un mayor conflicto conyugal, o estar estresado por la posibilidad de separación de los padres)

(2) Evaluación de trastornos emocionales en los padres /niño:

2.1. ¿Padece alguno de ustedes de algún trastorno emocional? ("nervios", "depresión")

2.2 ¿Le notan al niño algún problema emocional aparte del de la orina?

(3) Evaluar posibles conflictos relacionales en la familia (suele ser mejor a solas con los padres)

3.1 ¿Tienen problemas en su convivencia familiar/pareja?

3.2 ¿Cómo afecta el tema de la orina a esos problemas?

3.3 ¿Cómo notan ustedes que esto afecta al niño?

3.4 ¿Cómo se lleva el niño con cada padre y hermanos?

3.4 .Si el posible con el niño a solas: ¿Que te gustaría que cambiara en tu casa, de tu familia?

## 5. ÁREA CONDUCTUAL

(1) Los objetivos en este área se centran en evaluar la enuresis y los factores inmediatos que pueden estar manteniéndola (análisis funcional).

(2) Una entrevista de análisis funcional suele recoger las siguientes cuestiones

2.1. ¿Desde cuándo presenta el niño el problema? ¿Se ha mantenido alguna vez seco? ¿Durante cuánto tiempo?

2.2. ¿Ha tenido el niño emisiones tanto de día como de noche o solo por la noche?

2.3. ¿Ha habido en la familia alguien con este problema?

2.4. ¿Que han intentado para resolver este problema?

2.5. ¿Se va a dormir sobre la misma hora?

2.6. ¿Suele ir al servicio antes de acostarse?

2.7. ¿Bebe cantidades exageradas durante la noche?

- 2.8. ¿Es sensible a los halagos de los padres?
- 2.9. ¿Ha sido castigado o pegado por su trastorno?
- 2.10. ¿Se levantan los padres por la noche para hacerle orinar?
- 2.11. ¿Le ponen pañales?
- 2.12. ¿Cuántas veces se suele orinar por la noche en la cama?
- 2.13. ¿Se han intentado otros tratamientos que han fracasado? .Si es así, ¿Cuáles?
- 2.14. ¿Tiene un sueño ligero muy profundo? ¿Se despierta con despertador?