

## TRATAMIENTO DE LAS PERTURBACIONES DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ENFERMO CRÓNICO

Vicente Simarro Jiménez. SOEV. Albacete

El autoconcepto es un tema todavía bastante olvidado por los psicopedagogos y especialistas de la educación. Es, sin duda, uno de los factores de más importancia en la educación ya que suministra a los profesionales muchas aclaraciones que permiten comprender más y mejor la conducta de los sujetos.

El autoconcepto nace cuando el niño es capaz de diferenciar el yo del mundo exterior a él. En el primer año de vida el niño es capaz de discriminar el yo del no yo, y este no es un proceso instintivo sino que se va desarrollando a partir de la experiencia (Beltran Llera, 1985); siendo el lenguaje uno de los factores que más acelera este proceso.

Cada persona tiene varios conceptos de sí mismo, tantos como cometidos desempeña. Así pues, el conjunto de creencias que cada uno mantiene sobre sí, va cambiando según el rol y esto es lo que confiere el carácter dinámico al autoconcepto. Las creencias sobre sí mismo son aprendidas como consecuencia de la experiencia que proviene de la interacción del individuo con el mundo físico que le rodea, con los seres más significativos, y del aprendizaje accidental.

Desde esta perspectiva, resulta fácil comprender que cualquier déficit de la salud puede desencadenar un proceso que afecte a la personalidad del individuo, lo cual obliga a iniciar acciones terapéuticas tendentes a reducir la revalorización del autoconcepto negativo.

La edad y el medio ambiente son dos de los principales factores que influyen en el modo de reacción del individuo ante la aparición de una enfermedad (en este caso la diabetes). En la infancia se pueden observar dos etapas bien diferenciadas.

En la primera infancia el niño es menos consciente de la índole del proceso, adoptando una actitud de pasividad. No presenta dificultades. El niño diabético ocupa un lugar particular en el cuadro familiar y la familia debe acomodarse a esta situación. Esta pasividad aboca a una dependencia materna y una actitud de *sobreprotección* por parte de la madre; todo esto puede llevar al niño a adoptar una

conducta de chantaje a costa de la enfermedad.

En la segunda infancia, el niño tiene la sensación de sentirse diferente a causa de las limitaciones y prohibiciones a que ha de atenerse (alimentación y administración de insulina), lo cual, a estas edades, resulta bastante molesto.

La personalidad del niño es incompleta y fácilmente impresionable. Al carecer de las defensas del adulto, es más vulnerable y es probable la aparición de mecanismos de defensa pasivos, regresiones a estadios evolutivos inferiores que le permiten sentirse más seguro y dependiente.

La evolución escolar del infante puede ser interrumpida por hospitalizaciones debidas a frecuentes descompensaciones que pueden originar un déficit intelectual e inhibiciones en la conducta general, lo cual puede ser, si la familia y educadores no actúan adecuadamente, fuente de conflictos y complejos de inferioridad para el niño.

En el presente trabajo, exponemos un modelo de intervención en el tratamiento de la encopresis de una niña diabética e insulino dependiente de 4.º de EGB. Los trastornos de conducta se manifestaron (según recuerda la madre) al poco de iniciarse el tratamiento con insulina. Fue diagnosticada de psicosis disglándular y tratada en terapia de grupo sin conseguir resultados positivos. Su rendimiento escolar disminuye bastante (en el Ciclo Inicial la calificación global fue de Sobresaliente) aunque no llega a suspender. El C.I. de la niña es Alto y el nivel de autoestima—según la prueba de J. Battle—es bajo.

Con este cuadro se inicia la terapia a petición de la madre y, sobre todo, de la Profesora de E. Especial del Centro.<sup>(1)</sup> Elaboramos un diseño de series temporales de caso único.

El programa de actuación se orienta a nivel de Centro y a nivel de familia. El objetivo es involucrar a los agentes externos más significativos e influyentes en la alumna (Profesor y familia), con el fin de que, al tiempo que actúan como coterapeutas, nos ayuden a desarrollar su autoconcepto. Las técnicas empleadas fueron terapia y modificación de conducta a nivel de Profesor-Familia y terapia cognitiva en la acción directa con la niña.

A nivel de Centro trabajamos principalmente, con el Profesor. El objetivo marcado fue orientarle en las actuaciones a seguir en el trato de la alumna (poliuria, alimentación, hipoglucemias, posible uso del glucagón, etc.), con el claro objetivo de que, lo que nos interesaba era “modificar su autoconcepto devaluado a fin de incidir sobre sus creencias y posibilitar su implicación al elevar la confianza en sí misma” (Medrano Callejas, 1987), más que elevar su esfuerzo para mejorar su rendimiento académico; puesto que, conseguido lo pri-

---

(1) C.P. “Doctor Fleming”, de Albacete.

mero. lo segundo nos vendría dado.

Con el núcleo familiar la acción terapéutica se orientó por un lado, a todos sus miembros en la fase inicial y final del tratamiento y, por otro, sobre la alumna, dentro del subsistema materno-filial, durante el resto del tratamiento; aprovechando algunas de estas sesiones para realizar tratamiento individualizado con la niña.

Los objetivos marcados fueron:

- 1.º Conseguir un control total de esfínteres (heces) asociándolo a una mayor y mejor aseo personal (cuerpo, manos, bocas, etc.).
- 2.º Reducción del intervalo temporal entre administración de insulina y alimento (con objeto de evitar las frecuentes hipoglucemias).
- 3.º Adquisición de hábitos de orden y limpieza de objetos personales (habitación, ropa, libros, etc.).
- 4.º Conducta respetuosa dentro del núcleo familiar (este fue indicado a toda la familia dado que existía gran perturbación en las relaciones familiares).
- 5.º Reducir el tiempo de comida a 30 ó 40 minutos (antes era de hora y media a dos con el consiguiente riesgo de hipoglucemias).

Como métodos de refuerzo y supresión conductual se usaron la *técnica de contratos psicológicos*, mediante la cual poníamos de relieve las contingencias positivas que ayudan a conseguir los objetivos establecidos, y, en segundo lugar, el refuerzo de *conductas incompatibles* con la conducta no deseada, por este método cuando se extingue una conducta no atendiéndola, debe reforzarse de manera positiva la conducta deseada. En ambas circunstancias se orientó, al Profesor y familia, sobre el uso de la técnica de biofeedback, con el fin de que la alumna tuviera información y recompensa inmediata de sus conductas positivas.

Los diagramas muestran la situación de la niña al comienzo (final de la 1.ª semana) y final del tratamiento (última semana). En ellos, así como en la tabla de perfiles se puede apreciar la evolución y nivel alcanzado en cada uno de los objetivos. Hemos de tener presente que al comienzo del tratamiento la niña no manifestaba voluntariamente ninguna de estas conductas; sólo se lograban algunas veces a base de amenazas y castigos.

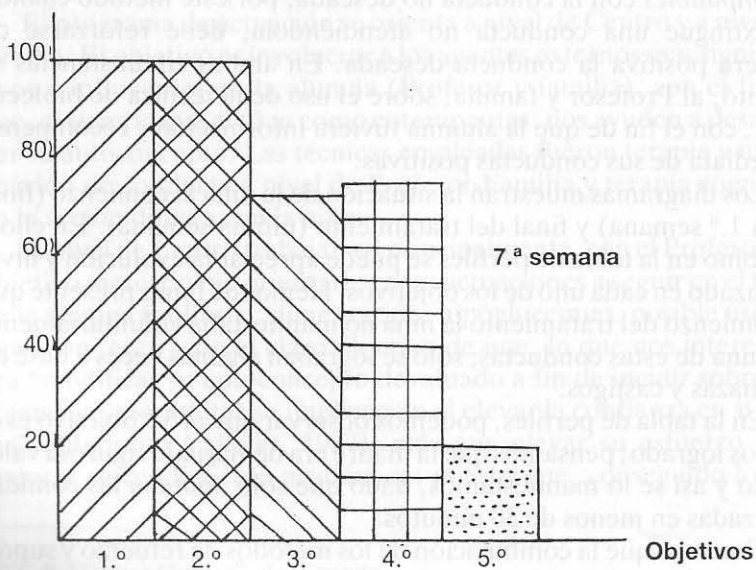
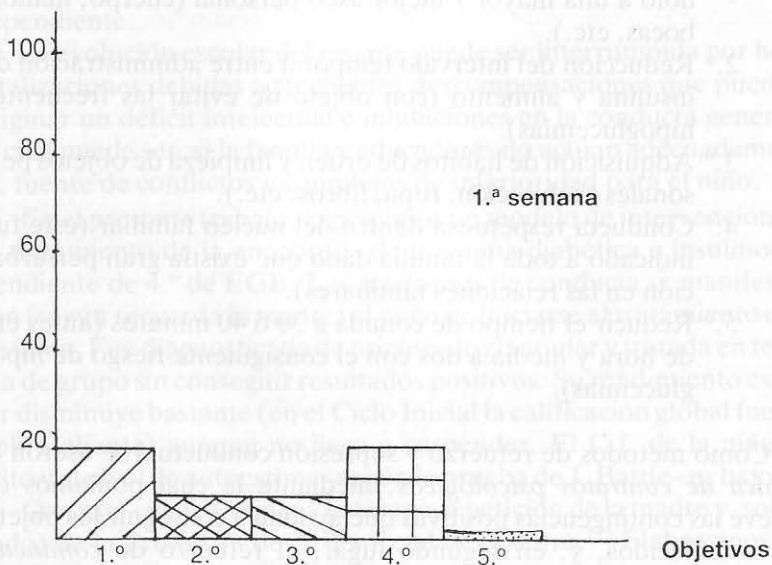
En la tabla de perfiles, podemos observar que el 5.º objetivo es el menos logrado; pensamos que la madre era demasiado rigurosa valorando y así se lo manifestamos, dado que sólo anotaba las comidas realizadas en menos de 30 minutos.

Creemos que la combinación de los métodos de refuerzo y supresión conductual (contratos psicológicos y refuerzo de conductas

incompatibles) como técnica, resulta efectiva en diseños de caso único.

Finalmente, queremos hacer notar que frente a los problemas de réplica y generalización que ofrecen los diseños de caso único, estimamos, en este caso, efectivo el tratamiento al comprobar que se ha producido generalización del paciente para funcionar sin orientación terapéutica.

Diagramas representando el nivel alcanzando en cada uno de los objetivos al final de la primera y última semana.

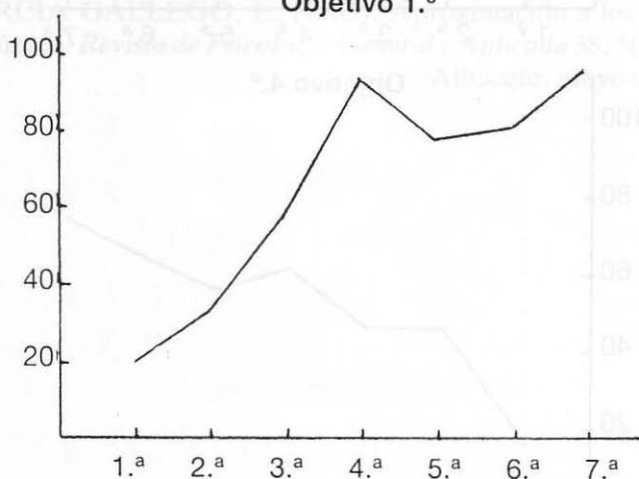


## OBJETIVOS

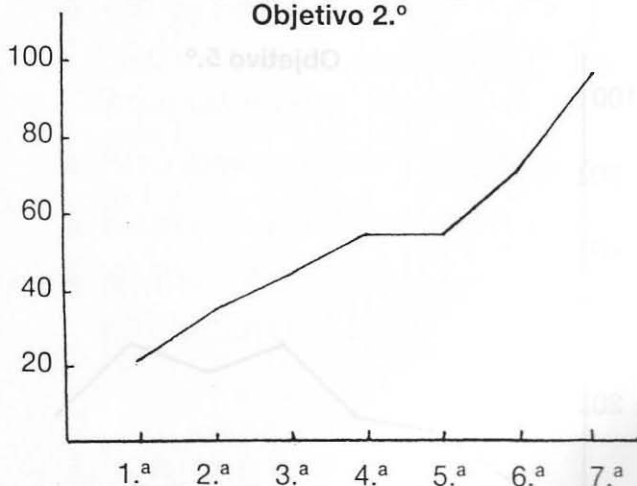
- 1.º Control de esfínteres y aseo personal (cuerpo, manos, boca, etc.).
- 2.º Reducción intervalo temporal entre insulina y alimento.
- 3.º Adquisición de hábitos de orden y limpieza de objetos personales.
- 4.º Conducta respetuosa en el núcleo familiar.
- 5.º Reducir el tiempo de comida a 30 ó 40 minutos.

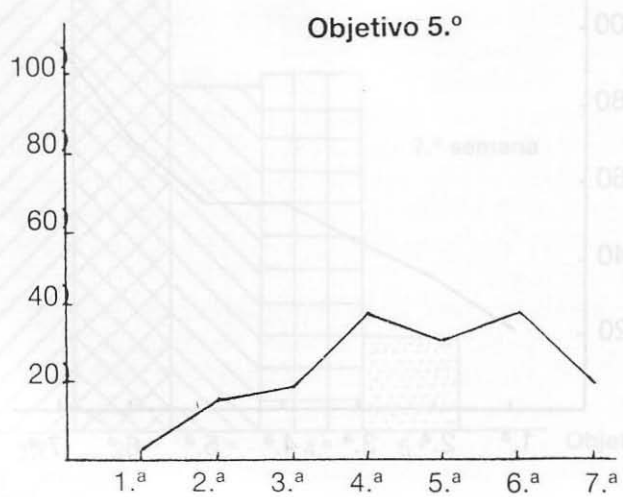
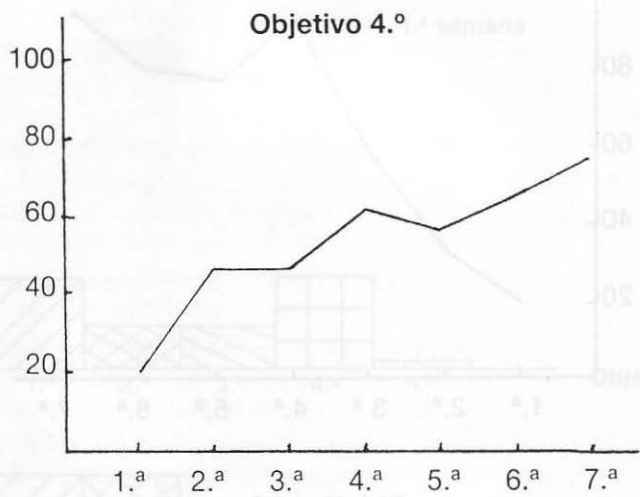
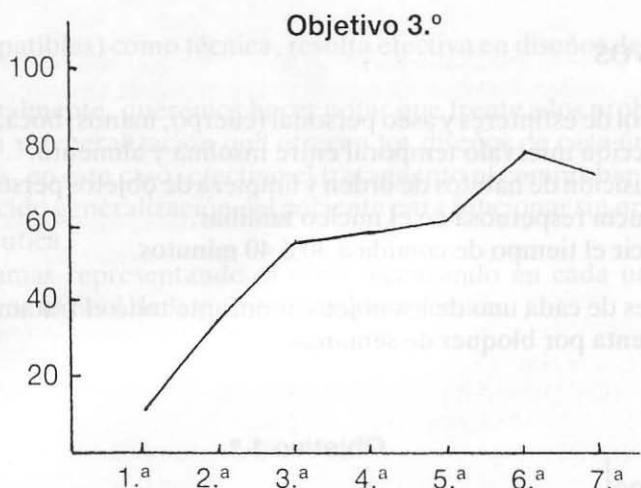
Perfiles de cada uno de los objetivos durante todo el tratamiento. Se representa por bloques de semanas.

Objetivo 1.º



Objetivo 2.º





## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

BELTRAN LLERA, J.: "*Psicología Educativa*". UNED. Madrid 1985.

MEDRANO CALLEJAS, G., MEDRANO CALLEJAS, R. y SIMARRO JIMENEZ, V.: "*El autoconcepto: Aproximación teórica a la importancia del marco de referencia personal*". Ed. Anales UNED, Albacete-1989-90.

MEDRANO CALLEJAS, R.: "*Autoconcepto y rendimiento académico*". Tesis doctoral. Murcia 1987. pág. 139.

SIMARRO JIMENEZ, V. y otros.: "*Curso de educadores en diabetes*". L. Lilly, Albacete 1986.

GARCIA GALLEGO, E. (1983). Aproximación a los diseños de caso único. *Revista de Psicología General y Aplicada* 38, 561-574. Albacete, mayo de 1989.

- J. Tudela Serrano
- M. L. Amo Saus
- A. del Cerro Barja
- J. A. Montañal Montoya
- A. Valdés Franzl
- R. Molina Cantos
- J. L. González Boserán
- Ana M.ª Vázquez Molini
- Jesús Villén Altamirano
- Enrique Arribas Garde
- Consuelo Gallardo Martínez
- Milagros Molina Alarcón
- Feo. Javier Oliver Villarroay
- Francisco Díaz Martínez
- M. Elisa Amo Saus
- Emilia García Pérez