

Hijos que tienen déficit de atención

Eleonora Giusti¹, Sabrina Helou, Andrea Abadi

Resumen

Se presentan datos preliminares obtenidos a través de una muestra en la que se aplicó un modelo de intervención psicosocial cognitivo-conductual-(TCC) de manejo parental grupal dentro del marco de las terapias breves, para padres de niños en edad escolar con conducta disruptiva (CD) y déficit atencional con y sin hiperactividad (TDAH). La experiencia se realiza en un Hospital General de la capital, con 8 familias que fueron referidas al programa. El marco teórico utilizado se basa en: 1- los problemas específicos que presentan los niños con déficit atencional con y sin hiperactividad y el stress considerable que impone a la familia hacer frente a las conductas disruptivas de estos niños; 2- los aportes del enfoque neuropsicológico en la comprensión del TDAH; 3- el rol del ambiente en su expresión considerando la implementación de métodos de crianza coercitivos - vs. Persuasivos. Hacia el final del mismo los padres lograron una disminución significativa en los métodos coercitivos - negativos, y un aumento de métodos persuasivos positivos. También se observa una disminución parcial de los comportamientos disruptivos del niño y la persistencia de estos resultados a través del tiempo (3 y meses).

Palabras claves: conducta disruptiva, TDA/H, manejo Parental

Abstract

Preliminary data is presented in this study of a Parent Training Program (PTP) carried out in a general hospital context within the brief therapy approach for parents of school age children who met criteria for externalizing behavior problems such as oppositional defiant, impulsive, hyperactive and disruptive behaviors.

Systemic- Cognitive- Behavioral techniques were used with 8 families included in a group format treatment. The theoretical framework is based on 1-the characteristics of the disorder that put a strain on the parents rearing skills; 2- the neuropsychological findings in the comprehension of ADHD; 3- and the role of the environment in its expression taking into account the coercive vs persuasive parenting styles. According to the PTP, eight 90 minutes sessions were held weekly with two follow up meetings (3-6 months). Data showed a significant diminished negative- coercive parenting style and there is a change in the children disruptive behavior as well.

1. Psicóloga clínica. Docente Universidad de Palermo. Hospital de Clínicas José de San Martín
E-mail: elegiusti@netizen.com.ar

Las neurociencias y la conducta disruptiva

Durante la última década las neurociencias junto con las teorías evolucionistas están produciendo nuevos paradigmas para estudiar la complejidad del cerebro y el trabajo que este realiza incluyendo aquel implicado en producir los síntomas principales del TDAH. En la actualidad el conocimiento científico es contundente al establecer que las conductas, impulsivas, agresivas, hiperactivas, desatentas y desafiantes tienen una fuerte predisposición neurobiológica y que alteran las capacidades del niño para poder ajustar su comportamiento a las demandas del ambiente. Los síntomas principales que definen a este síndrome (inatención, impulsividad, e hiperactividad) parecen ser responsables o explican al menos en parte las características conductuales que adquieren estos niños en el contexto escolar y familiar. Las cifras indican una fuerte relación entre el Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno Negativista Desafiante (TND). La comorbilidad del TDAH y el TND es de entre un 30 a 50%. Algunos autores han señalado que esta relación, de inicio temprano, es un fuerte predictor para el desarrollo de los trastornos de conducta más severos (30%) (Connor, 2002; Loeber et al, 2000). El TDAH es un desorden cuya prevalencia estimada en la infancia afecta al 3- 9 % de la población. La persistencia del trastorno en el adulto joven diagnosticados con TDAH en la infancia es de aproximadamente entre un 50-70%.

El rol del ambiente

Sin embargo, más allá de las bases neurobiológicas de trastorno, es menester destacar el rol fundamental del ambiente en cuanto a la forma de expresión que tendrán estas conductas, en el significado atribuido a las mismas y por consiguiente al nivel de tolerancia que de este se desprenda.

En este sentido, es conveniente señalar algunas conclusiones recientes acerca de la disfunción familiar por ser considerada como uno de los factores de riesgo en la génesis, evolución y desarrollo de los desordenes de conducta disruptiva. Las estadísticas revelan una relación cada vez más estrecha entre el debilitamiento de las relaciones familiares y el aumento de la marginalidad y la delincuencia. Recientes estudios muestran una fuerte relación entre la disfunción familiar, el auto concepto-autoestima y la conducta disruptiva en los adolescentes. (AACAP 2003) De esto se desprende, para la mayoría de los autores, considerar el rol del ambiente y la prevención como clave de intervención. En este sentido, diferentes desarrollos teóricos han dado origen a modelos de intervención psicosocial.

Los teóricos del apego, han encontrado similitudes entre las manifestaciones conductuales de estos niños con experiencias de vínculos tempranos inseguros (especialmente ansioso- evitador) y las conductas disruptivas. Lo que los ha llevado a concluir que las conductas oposicionistas y disruptivas son señal de una paternidad poco consistente y sensible con las demandas del niño.

Otros autores, como Patterson, desde la teorías del aprendizaje social sugieren considerar especialmente los circuitos negativos de interacción ya que estos son determinantes en el desarrollo del aprendizaje de patrones de respuesta agresivas y violentas, por parte del niño, ya que una vez que dicho circuito de interacción negativa-irritable-agresivo entre padres e hijos se activa, sea cual sea el factor de riesgo que lo puso en marcha (temperamento difícil, e hiperactivo del niño; psicopatología de los padres; conflictos de pareja; stress económico etc) ese patrón que se retroalimenta a sí mismo y se hace estable. Así la incompetencia en los padres y las respuestas agresivas en el niño se refuerzan aún cuando los factores de riesgo hayan disminuido o desaparecido.

En la actualidad, desde el punto de vista de los enfoques neuropsicológicos, existen algunas líneas de investigación que ponen el acento en las dificultades en el procesamiento de información. Lo que básicamente plantean -a pesar de algunas divergencias conceptuales y de nomenclatura que exceden el marco de estas presentaciones- es que el TDAH se trataría de un constructo diagnóstico para denominar el desarrollo inadecuado del funcionamiento de las funciones ejecutivas y la memoria de trabajo (working memory). (Denckla, 1991; Douglas 1988; Barkley, 1997). Según este enfoque, estos chicos (también adultos) tendrían una incapacidad para movilizar, activar y sostener aquellas funciones responsables de la autorregulación del comportamiento. Es decir, aquellas funciones necesarias para lograr un esfuerzo atencional (atención sostenida). Las características conductuales que de esto se desprende es que tienen dificultad para medir las consecuencias de sus actos, no consideran las claves sociales pertinentes (atribuyen intenciones hostiles a sus pares o figuras de autoridad), no logran mantenerse en actividades si no tienen una recompensa inmediata (se aburren con facilidad y pasan de una actividad a otra), presentan déficit de habilidades para resolver problemas, anticipar y autorregular comportamientos .

La importancia de un Enfoque Integrativo

A pesar de la extensa literatura que fundamenta y enfatiza la importancia del funcionamiento familiar y de que prácticamente la mayoría de los abordajes lo incluyen conceptualmente como parte integral del tratamiento de niños y adolescentes en el manejo de sus impulsos y conducta, son escasos, o inexistentes en nuestro medio los estudios que dan cuenta de su implementación.

Más aún, en algunos medios está instalado el debate acerca de si debemos considerar los síntomas TDAH como “fortalezas” rasgos de carácter o personalidad que simplemente no “encajan” y no se adaptan a responder a las demandas que les impone la sociedad actual, o si por el contrario representan déficits desadaptativos que tomados en conjunto completan la definición de un desorden.

Para muchos padres si bien las conductas disruptivas de sus hijos llegan a ser inaceptables, no cuentan con los recursos necesarios para hacerles frente eficazmente y en la medida que comienzan a tomar conciencia de ello suelen experimentar dificultades personales secundarias como tristeza, culpa, stress, frustración y conflictos de

pareja. Los clínicos necesitamos en nuestra práctica cotidiana, herramientas prácticas para manejar las dificultades que el TDAH impone a niños, adolescentes y adultos y a sus familias. De manera que son necesarios modelos de abordaje que consideren la interacción recíproca entre las conductas disruptivas y la disfunción familiar. En este sentido, un modelo cognitivo-conductual que tenga en cuenta la fisiopatología del “problema” y que enfatice la influencia recíproca de la interacción padres-hijo/ a parece ser un modelo efectivo en el abordaje de estas familias. El rol de psicólogo clínico será poder integrar estos niveles para poder llevar a las personas una mejor calidad de vida.

Objetivo del trabajo

El propósito de este trabajo es presentar las conclusiones preliminares de una experiencia piloto exploratoria en la que se aplicó un modelo de intervención cognitivo-conductual de manejo parental dentro del marco de las terapias breves, para niños con conducta disruptiva.

Esta muestra “piloto” intentará dar cuenta de: 1-La factibilidad (grado de aceptación, satisfacción, adherencia) de su aplicación en un medio social/hospitalario por ser fácilmente transmisible el modelo en cuanto a su metodología manualizada; 2- Los beneficios y limitaciones de la aplicación de dicho modelo como parte del abordaje multimodal; 3- Sugerir futuras adaptaciones en nuestro medio socio-cultural

Antecedentes y fundamentos teórico-clínicos

Aunque la mayoría de los investigadores han establecido que el TDAH es un desorden neurobiológico con carga genética y fenotipo conductual y que uno de los pilares fundamentales del tratamiento es farmacológico, esto no implica minimizar la importancia de los factores psicosociales.

Numerosos trabajos han identificado algunas variables familiares que intervienen en el refuerzo y mantenimiento de los problemas de conducta oposicionista, desafiante, agresiva en los niños. Altos niveles de conflicto, enojo, rebeldía, y patrones familiares de comunicación negativa son algunos de los factores que justifican algún tipo de intervención familiar complementaria al abordaje farmacológico, destinado a interrumpir o desactivar dicha interacción. Los programas de capacitación para el manejo parental (CMP) de modificación conductual (Kazdin, 1997) y de orientación familiar han surgido como resultado de este tipo de investigaciones, los cuales a su vez han sido desarrollados y extensamente evaluados a lo largo de los últimos años. (Forehand y McMahon, 1981; Patterson, 1982; Webster-Stratton, 1994). Sin embargo, son escasos los estudios que den cuenta de su aplicación al tratamiento de niños con TDAH. (Anastopoulos et al, 1993; Abikoff y Hechtman, 1996; Barkley, 1983, 1997)

Material y Método

La experiencia, exploratoria y complementaria a otras intervenciones (medicación y psicoterapia), se lleva a cabo en un hospital general y se realizó en 3 etapas coordinadas por profesionales de la especialidad, con experiencia en el modelo y entrenamiento en terapia sistémica cognitivo- conductual: 1- entrenamiento a terapeutas: para conocer el modelo y unificar criterios de admisión / exclusión al programa.; 2- Reuniones grupales con padres: Se realizaron 8 reuniones con padres de niños de escolaridad primaria -con una frecuencia semanal, de 90 minutos de duración cada encuentro; 3- Reuniones de Seguimiento: Se realizaron 2 reuniones de seguimiento, a los 3 y 6 meses de finalizar el PEP.

En cuanto a los criterios de inclusión, se tuvieron en cuenta padres de niños de 5-12 de edad que cumplían criterios de conducta disruptiva y déficit atencional con y sin hiperactividad (TND, TDAH). Se excluyeron niños con diagnóstico de enfermedad afectiva, trastorno de ansiedad, cuadros psicóticos, alteraciones parentales severas (cuadros depresivos, de ansiedad, trastornos de personalidad)

El programa de entrenamiento y orientación a padres (PEP)

El programa integra los principios de la terapia familiar sistémica con el enfoque cognitivo- conductual. Básicamente se refiere a los procedimientos terapéuticos en los cuales los padres son entrenados para modificar los comportamientos “problema” de su hijo. Mediante técnicas de refuerzo cognitivo conductuales, de motivación y empatía y de reestructuración de creencias los padres logran transformar un clima hostil cargado de impotencia en uno de cooperación y armonía familiar.

Los procedimientos se basan en los principios del aprendizaje social (Bandura) que son utilizados para desarrollar comportamientos positivos, pro sociales y disminuir aquellos más disruptivos y en técnicas cognitivo- conductuales de reestructuración cognitiva (RC) Beck, Ellis; adquisición de habilidades (AH) Lazarus, Michembaum, solución de problemas (SP) D´Zurrilla.

Características del tratamiento. Ventajas y limitaciones

Las características principales del TDAH (desatención, impulsividad, hiperactividad) imponen a las familias un considerable nivel de stress en cuanto a la crianza. En la vida cotidiana estos niños, requieren mayor regulación externa y supervisión, mayor motivación, constancia y regularidad en las pautas ya que esto los ayuda a autorregular sus conductas y emociones.

La dificultad en la inhibición de respuestas, en el control de impulsos o en la capacidad para posponer la gratificación (impulsividad); la dificultad en sostén la atención y de persistencia en un esfuerzo atencional cuando la actividad o tarea no es intrínsecamente atractiva (desatención); y el exceso de actividad irrelevante a la tarea o actividad que está pobremente regulada según las demandas del ambiente (hiperactividad) son las

tres áreas de dificultad que los investigadores han reconocido como las más comúnmente asociadas al TDAH. El programa de entrenamiento a padres está diseñado para cubrir esas necesidades, desde el punto de vista del niño.

El impacto familiar del TDAH se ve reflejado en interacciones donde se refuerzan, e incrementan los comportamientos agresivos; la desatención de los comportamientos pro sociales; los castigos coercitivos; la falta de monitoreo de actividades; y el fracaso en el establecimiento de límites muchas veces sostenidos por la confusión o falta de orientación de los padres acerca del problema.

El “entrenamiento cognitivo- conductual”, se diferencia de los grupos de autoayuda o terapéuticos, porque se espera y promueve la aplicación de los procedimientos y técnicas en el hogar. Parte de sus objetivos consisten en que los padres puedan adquirir herramientas para identificar, definir y observar los comportamientos problema comenzando por comportamientos simples – de a uno por vez, y en situaciones menos conflictivas- para luego pasar hacia los de mayor complejidad. En esta etapa el objetivo será desarrollar habilidades y nuevos recursos para mejorar la relación. Sólo cuando esto se halla alcanzado se avanzará hacia interacciones más complejas, y hacia otros ámbitos, con otras personas etc.

La identificación específica de las *conductas problema* será la clave para luego intervenir en el refuerzo de la conducta o en la consecuencia que dicho comportamiento tendrá, así como para evaluar resultados de objetivos propuestos y alcanzados (cuestionario situaciones en el hogar). Durante las sesiones se practicarán las técnicas, se revisarán las dificultades que presentan, y se revisarán las creencias que mantienen o limitan su aplicación. Progresivamente se irán reduciendo en la medida que el niño haya logrado incrementar sus comportamientos pro sociales y hayan disminuido los más disruptivos.

La presencia de ambos padres no es requisito indispensable para llevar el tratamiento adelante. Razones diversas pueden imponer esa restricción (trabajo, conflictos de pareja, salud, etc). Se alentará la participación conjunta en cuanto a la aplicación cooperativa de las técnicas en el hogar con el padre que no este atendiendo a las entrevistas.

Evaluación y recolección de información

Para la recolección de información de la muestra se utilizaron instrumentos de evaluación comportamental ampliamente utilizados en clínicas especializadas en diagnóstico y tratamiento de TDAH (Barkley; Murphy; Bauermeister):

1- Inventario de práctica de crianza (IPC. Bauermeister, salas y Matos, 1995): es un instrumento de 37 ítems que evalúa diferentes aspectos de la crianza y de los métodos de disciplinar a los niños. Cada ítem es evaluado por los padres conforme a una escala (ver anexo 1). Desde el punto de vista clínico, los ítems 4, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 17, 20, 23, 26, 29, 30, 35 componen una dimensión de prácticas de crianza donde abunda la inconsistencia, el retiro del amor, y el control de la conducta a base de coerción (Ej. castigos, gritos, insultos). El resto de los ítems componen, por el contrario una dimensión que incluye estrategias de aprobación, aceptación (elogiar, alentar), motivación (uso de

recompensas y remoción de privilegios etc.), refuerzos comportamentales (atención y desatención selectiva) y afecto (empatía, contacto físico y emocional)

2- Inventario de situaciones del hogar (ISH, Barkley 1987): Consiste en un inventario de situaciones problemáticas en el hogar (anexo 2). Cada situación “problema” será evaluada por los padres en una escala de 1 (leve) a 9 (severo) según grado de severidad. Luego se seleccionan las dos más severas sobre las que se comienza a trabajar en forma específica durante el programa. Con este instrumento, aunque debemos admitir que se pierde alguna información acerca del vínculo entre padres e hijo, sin embargo nos permite, en un tiempo acotado, tener una clara idea acerca de la “interacción problema”, cómo se mantiene y cómo se refuerza negativamente dicha conducta. Se obtienen dos puntajes, siendo uno el número de situaciones “SI” y el otro puntaje grado de severidad (producto del cociente entre la cantidad de situaciones problemáticas y el promedio del grado de severidad)

Las variables comportamientos “problema” en el hogar y métodos de crianza (persuasivos vs coercitivos) fueron evaluadas antes y después de programa mediante el Inventario de Situaciones en el Hogar (ISH) y el Inventario Prácticas de crianza (IPC) respectivamente en: a-Inicio; b- Seguimiento (3 y 6 meses).

Resultados

El promedio de las familias evaluadas lograron disminuirán forma significativa los métodos negativos- coercitivos de crianza, y se observa un aumento de métodos persuasivos- positivos (gráfico 1). También se observa una disminución parcial (20%) de comportamientos disruptivos del niño (gráfico 2).

Gráfico 1: Métodos de crianza

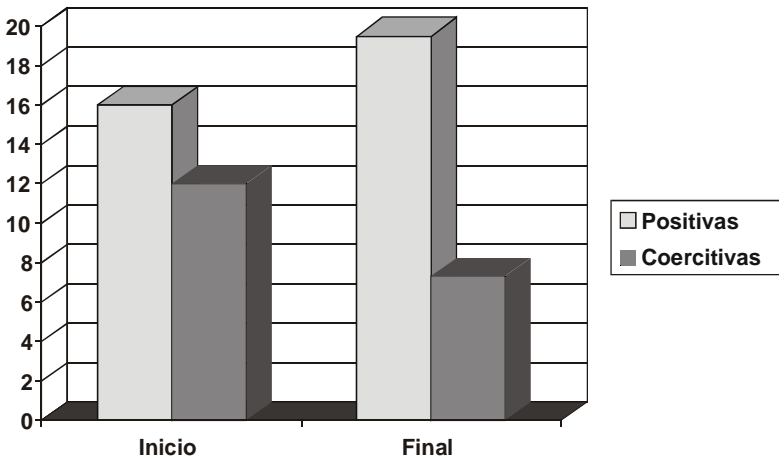
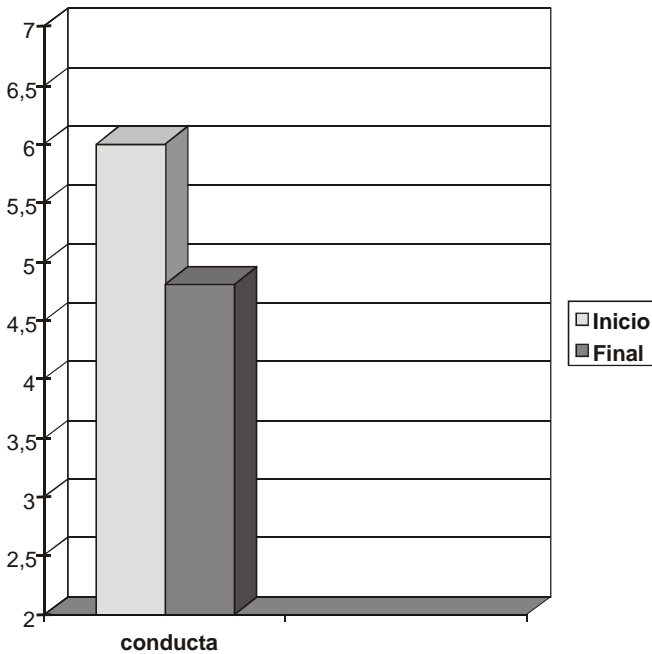


Grafico 2: Conductas disruptivas



Estos datos son consistentes con los datos extranjeros. Los padres han logrado disminuir los comportamientos disruptivos del niño, aumentar sus propios sentimientos de competencia y autoestima, y disminuir la tensión familiar. A través de actitudes más flexibles, cambios en las creencias negativas y limitantes hacia otras más positivas, así como, mayor contacto y cercanía emocional los métodos coercitivos dejaron lugar a otros más persuasivos y comprensivos, hacia el final del programa.

Conclusiones y Consideraciones futuras

Los resultados obtenidos, debido al tamaño de la muestra, son limitados, pero nos han permitido poner a prueba las condiciones de aplicabilidad del modelo en nuestro medio. Las familias que nos han sido referidas, presentaban dificultades a nivel interaccional, y en el manejo de las conductas de sus hijos.

Las variables que aparecieron como común denominador fueron la carencia de estrategias efectivas de control de la conducta disruptiva de sus hijos, estilos de comunicación ineficaz y un marcado sentimiento de “incompetencia adquirida”.

La “desobediencia” y el “estilo parental ineficaz” (y su correlato emocional) han sido las variables sobre las que se han focalizado nuestras intervenciones.

A modo de conclusión preliminar podemos afirmar que el PEP es un abordaje efectivo ya que mostró un amplio grado de satisfacción por parte de los padres, respecto de la adquisición de estrategias, recursos, y habilidades específicas de manejo parental para los llamados comportamientos “problema”; el aumento de sentimientos de auto eficacia (la reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales) y de mayor control emocional (identificación y cambio de procesos de interacciones negativas) .

Las investigaciones respecto de estos enfoques sistémico- cognitivo- conductual como parte del abordaje multimodal para trastornos específicos de la infancia y adolescencia están en sus comienzos. Si bien han arrojado luz sobre los resultados positivos de las mismas en cuanto han demostrado su *eficacia* en situaciones bien controladas, quedan interrogantes acerca de su *efectividad* en situaciones clínicas, en cuanto a la durabilidad, magnitud y alcance de sus efectos y por qué no considerar su utilidad como instrumento de prevención de la disfunción familiar, la marginalidad y la violencia.

Agradecimientos: a la Dra. Lucila Agnese, y al Dr. Roberto Palia por el espacio cedido para la realización del “Programa de Estrategias para Padres de chicos con Conducta Disruptiva” en el Servicio de Psicología Infantil del “Hospital de Clínicas José de San Martín”, 2002/2003.

Al Dr. Claudio Michanie y al Dr. Gabriel Kunst por sus valiosos aportes que ayudaron a enriquecer el presente trabajo.

Bibliografía

American Academy Child & Adolescent Psychiatry, (2003). *Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Oppositional Defiant Behavior*. Miami: AACAP.

Barkley R., (1997). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley R., (1997) *Defiant Children: A Clinicians Manual for Assessment and Parent Training*. New York: Guilford Press

Barkley R., Murphy K. y Bauermeister J., (1998). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Un Manual de Trabajo Clínico*. New York: Guilford Press

Barkley R., (1997) *ADHD and the Nature of Self Control.*, New York: Guilford

Bandura, A.: (1982) *Teoría del Aprendizaje Social*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca.

Beck, A., (1976) *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.

Joselevich, E. (2000). *Déficit de Atención con y sin Hiperactividad en Niños, Adolescentes y Adultos*. Buenos Aires: Editorial Paidós

Cousins L. y Weiss G., (1993) Parent Training and Social Skills for Children with Attention - Deficit Hyperactivity Disorder: How can they be Combined for Greater Effectiveness, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38.

Cummings E. y Davis P. (1994) *Children and Marital Conflict*, New York: Guilford

Cunningham C.E., (1990) A Family systems approach to P.T. En R.A. Barkley (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press

Diamond G., Serrano A., Mitchell D. y Sonis B. (1996), The Current Status of Family - Based Outcome and Process Research. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (1).

Dishion T, Patterson G, y Kavanagh K (1992). An experimental test of the coercion model: Linking theory, measurement and intervention. En J. Mc Cord & R. Tremblay (Eds). *The Interaction of Theory and Practice: Experimental Studies of Interventions*. (pp 253 – 282). New York: Guilford

Forehand, R. y Mac Mahon, R. (1981) *A Clinician's Guide to Parent Training*. New York: Guilford Press.

Haley, J. (1976). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Hinshaw S., Klein R., y Abikoff H., (1997) "Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Nonpharmacologic and combination approaches." en Nathan & Gorman (Eds). *Treatments that Work*. New York: Oxford University Press.

Kazdin, A. E. (1997). Parent Management Training: Evidence, Outcomes, and Issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36.

Kendall, Ph. y Braswell, L. (1985) *Cognitive – Behavioral Therapy for Impulsive Children*. New York: Guilford

Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1984), *Técnicas en Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós

Padesky, C. y Greenberger, D. (1995). *A Clinician's Guide to Mind over Mood*. New York: Guilford.

Patterson, G.R. (1982). A social learning approach to family intervention: *Coercive Family Process*. Eugene OR: Castalia.

Robin A. y Foster S. (1989). *Negotiating Parent-Adolescent Conflict. A Behavioral-Family Systems Approach*. New York: Guilford

Rostain, L., Power, T. y Atkins, M. (1993). Assessing Parent's Willingness to Pursue Treatment for Children with ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32.

Weiss, G. y Hetchman, L. (1986). *Hyperactive Children Grown Up*. New York: Guilford Press.

Wells, K.C. (in press), Family Interventions for Individuals with ADHD. En K.C. Wells (Ed). *Helping the Non-compliant Child: A Clinician's Manual for Parent Training*. New York: Guilford Press.

ANEXO

(ISH Inventario Situaciones en el Hogar- Barkley, 1987)

Inventario situaciones en el hogar

Nombre _____ Edad _____

Completado por _____ Fecha _____

Instrucción: Indique si su hijo presenta alguna dificultad de conducta en relación a estas situaciones y cuál es el grado de severidad

SITUACIONES	SI - NO	LEVE MODERADO GRAVE
1- JUGANDO SÓLO		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
2- DURANTE LAS COMIDAS		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
3- AL VESTIRSE- DESVESTIRSE		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
4- LAVARSE/ BAÑARSE		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
5- CUANDO UD. HABLA POR TE		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
6- MIENTRAS MIRA TV		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
7- CUANDO RECIBE VISITA		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
8- CUANDO VA DE VISITA		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
9- EN LUGARES PÚBLICOS		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
10- CUANDO EL PADRE ESTA EN CASA		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
11- CUANDO LE PIDE QUE HAGA ALGO		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
12- HACER LA TAREA ESCOLAR		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
13- AL ACOSTARSE		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
14- CUANDO VIAJA EN AUTO		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
15- CUANDO LO CUIDA OTRA PERSONA		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
OTRAS		1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
TOTAL SITUACIONES		
GRADO SEVERIDAD		

(IPC Inventario Prácticas de Crianza, Bauermeister, Salas, Matos, 1995)

Inventario de prácticas de crianza

Nombre del niño _____ Fecha _____

Nombre de la persona que contesta este formulario _____

Instrucciones: Los padres y las madres tienen distintas maneras de manejar la conducta de sus hijos. El propósito de esta escala es identificar cuáles de ellas usted utiliza o no utiliza. Lea las siguientes oraciones y escoja la alternativa que mejor describa la frecuencia con que usted maneja la conducta de su hijo de esa manera. Por ejemplo, si la oración es “Le pido a mi hijo que recoja sus cosas”, debe indicarme si usted le pide a él que recoja sus cosas **nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente o muy frecuentemente**. No hay contestaciones correctas o incorrectas.

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. Cuando le pido a mi hijo que haga algo, voy al punto y soy claro en mi petición	1	2	3	4
2. Durante el día trato de darme cuenta de los momentos en que mi hijo se está comportando bien y le demuestro que me gusta cómo se está comportando	0	1	2	3
3. Mi hijo y yo vemos la televisión juntos	0	1	2	3
4. Cuando mi hijo no hace lo que le pido termino haciéndolo yo	0	1	2	3
5. Mi hijo logra lo que quiere por medio de llantos, gritos o lloriqueo	0	1	2	3
6. Amenazo a mi hijo si no hace lo que le pido	0	1	2	3
7. Cumpro con las recompensas o castigos que le ofrezco a mi hijo	0	1	2	3
8. Cuando mi hijo y yo planificamos hacer algo divertido juntos, lo que hacemos resulta ser verdaderamente divertido	0	1	2	3
9. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, lo envío a una habitación y hago que se quede allí solo	0	1	2	3
10. Tengo que cantalearle o insistirle a mi hijo para lograr que haga lo que le pido	0	1	2	3

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
11. Le hago cuentos a mi hijo	0	1	2	3
12. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, lo insulto	0	1	2	3
13. Utilizo frases como: "¡Muy bien!", "Que bueno lo que hiciste!", "Gracias", "¡Sigue adelante!", para elogiar a mi hijo	0	1	2	3
14. Los que compartimos el cuidado de este niño le decimos que es malo o que no es tan bueno como los demás	0	1	2	3
15. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, le pego con la mano o le doy una bofetada	0	1	2	3
16. Hago cosas divertidas con mi hijo	0	1	2	3
17. Le grito a mi hijo cuando se ha comportado mal	0	1	2	3
18. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, le explico lo que ha hecho mal	0	1	2	3
19. Mi hijo y yo realizamos juntos tareas del hogar, de una manera que resulta placentera para ambos (p.ej., ir de compras, lavar el automóvil, recoger la casa, cocinar, etc.)	0	1	2	3
20. Cuando mi hijo no hace lo que le pido, terminamos discutiendo	0	1	2	3
21. Comparto con mi hijo, hablando o jugando, sin decirle u ordenarle lo que tiene que hacer.	0	1	2	3
22. Cuando le pido a mi hijo que haga algo, me quedo pendiente para asegurarme de que obedece	0	1	2	3
23. Las discusiones entre mi hijo y yo son interminables	0	1	2	3
24. Los que compartimos el cuidado de este niño estamos de acuerdo en la manera de manejar su comportamiento	0	1	2	3

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
25. Le comento a mi hijo sobre mis propias experiencias, diciendo cosas como, " hoy tuve un día bueno" o " estoy feliz porque..."	0	1	2	3
26. Cuando mi hijo no hace lo que le pido, le ofrezco algo agradable para que lo haga	0	1	2	3
27. Bailo o canto con mi hijo	0	1	2	3
28. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, lo privo de privilegios, como ver televisión o salir afuera	0	1	2	3
29. Amenazo a mi hijo con irme o dejarlo solo si no se comporta mejor	0	1	2	3
30. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, siento ira por más tiempo del que desearía	0	1	2	3
31. Juego con mi hijo (p.ej., juegos de mesa, al esconder, deportes, jugar a la casita, etc.)	0	1	2	3
32. Cuando castigo a mi hijo , lo hago en el momento y no dejo que las cosas se me vayan de la mano (no pierdo el control)	0	1	2	3
33. Cuando mi hijo hace algo malo o algo que no me gusta, le pego con una correa (cinto) o con otros objetos	0	1	2	3
34. Mi hijo y yo conversamos para discutir problemas o tomar decisiones	0	1	2	3
35. Dejo que mi hijo haga lo que quiera hacer	0	1	2	3
36. Cuando mi hijo me hace preguntas, le contesto demostrando interés y entusiasmo y no me siento irritado	0	1	2	3
37. Soy firme y consistente al disciplinar a mi hijo	0	1	2	3

