

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS DE 5
AÑOS CON CONDUCTAS AGRESIVAS**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. DENNYSE PAUCAR LEMOS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN
SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

ASESOR:

Mg. SOFIA DEL CARPIO FLOREZ

Lima - Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme seguir adelante perfeccionando mi carrera profesional.

A mis hijas, por ser ellas quienes me motivan cada día a seguir superándome.

AGRADECIMIENTO

Al centro de Salud Morona Cocha por permitir el acceso a la información.

A la universidad Inca Garcilaso De La Vega por impulsarnos a realizar actividades correspondientes a la salud pública, y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a la ejecución del presente trabajo académico.

ÍNDICE

	Pag.
DEDICATORIA.....	02
AGRADECIMIENTO.....	03
RESUMEN.....	05
ABSTRACT.....	06
INTRODUCCIÓN.....	07
MARCO TEÓRICO.....	09
DESARROLLO CAPITULAR.....	21
VALORACIÓN DE ENFERMERIA.....	22
VALORACIÓN SEGÚN DOMINIO.....	29
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	32
PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES...33	
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	34
EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	40
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	40
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	46

RESUMEN

Se presenta el caso de una niña de 05 años de edad en etapa de educación inicial.

Presentó en la consulta conductas destructivas y agresivas principalmente en el área familiar, desencadenadas por frustraciones mínimas y desobediencia a normas (muerde, escupe, tira del pelo, da patadas, micción voluntaria, agresividad verbal y física); presentando a su vez comportamientos auto lesivos, hipersensibilidad a los olores, manía hacia determinadas personas. El cuadro se ha generalizado y actualmente afecta de manera extrema al entorno familiar, social y escolar.

Actualmente no mantiene una amistad estrecha con ningún niño o niña. Son frecuentes a su vez las agresiones por mordedura a los compañeros de clase. El nivel de aprendizaje siempre ha sido medio-alto, aunque ha descendido paulatinamente a medida que el trastorno de conducta se ha agravado.

Palabras clave: Conducta agresiva, Frustraciones, Comportamientos auto lesivos.

ABSTRACT

We present the case of a 5-year-old girl in the kindergarten education stage. This girl.

Presented to the consultation disruptive and aggressive behavior mainly in the family area triggered by minimal frustration and disobedience to norms (bites, spits, pulls hair, kicks, voluntary voiding, verbal and physical aggression); presenting in turn self-injurious behaviors, hypersensitivity to smells, mania towards certain people. The problem has become generalized and actually it affected the family, social and school environment.

Now a days this girl does not have a close friendship with any boy or girl. Cases by bite to their classmates are frequent. The level of acquisition of learning has always been medium-high, although it has gradually declined as the behavior disorder has worsened.

Key words: Aggressive behavior, Frustration, Self-Injurious behavior.

INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico se refiere a una paciente de 5 años de edad con conducta agresiva. Que afecta no solo su entorno familiar si no también el entorno social en el que se desenvuelve.

Hablamos de agresividad cuando provocamos daño a una persona u objeto. La conducta agresiva es intencionada y el daño puede ser físico o psíquico. En el caso de los niños la agresividad se presenta generalmente en forma directa ya sea en forma de acto violento físico (patadas, empujones,...) como verbal (insultos, palabrotas,...). Pero también podemos encontrar agresividad indirecta o desplazada, según la cual el niño agrede contra los objetos de la persona que ha sido el origen del conflicto, o agresividad contenida según la cual el niño gesticula, grita o produce expresiones faciales de frustración.

Independientemente del tipo de conducta agresiva que manifieste un niño el denominador común es un estímulo que resulta nocivo o aversivo frente al cual la víctima se quejará, escapará, evitará o bien se defenderá. Los arrebatos de agresividad son un rasgo normal en la infancia pero algunos niños persisten en su conducta agresiva y en su incapacidad para dominar su mal genio. Este tipo de niños hace que sus padres y maestros sufran siendo frecuentemente niños frustrados que viven el rechazo de sus compañeros no pudiendo evitar su conducta.

El objetivo del siguiente trabajo es exponer y analizar el caso de un paciente con esta enfermedad abarcando todas sus esferas y la repercusión que produce en la familia, para priorizar los cuidados de Enfermería y evaluar los resultados de las intervenciones.

A través del análisis de la teorías Activas y Reactivas, se recolectó información a través del examen físico, observación de su conducta frente a otras personas y la entrevista a los padres y maestra de la niña, se agrupó las necesidades de la paciente por dominios, que conllevaron a la priorización de 4 diagnósticos de Enfermería, se realizó las intervenciones y se evaluó los resultados.

El trabajo está constituido por el marco teórico, el presentación del caso clínico incluyendo la valoración por dominios, diagnósticos de Enfermería, planeamiento de objetivos y prioridades, ejecución de las intervenciones y evaluación de los resultados, culminando con las conclusiones y recomendaciones.

I. MARCO TEÓRICO

1. CONDUCTA AGRESIVA

Hablamos de agresividad cuando provocamos daño a una persona u objeto. La conducta agresiva es intencionada y el daño puede ser físico o psíquico. En el caso de los niños la agresividad se presenta generalmente en forma directa ya sea en forma de acto violento físico (patadas, empujones,...) como verbal (insultos, palabrotas,...). (1).

1.1. CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR

- Su rendimiento escolar es bajo y lo más frecuente es que no sigan el ritmo de aprendizaje del grupo. Asimismo, revelan cierta actitud negativa hacia la escuela.
- Perciben su clima socio-familiar con un elevado grado de autonomía, una importante organización familiar y a la vez escaso control sobre sus miembros. Las relaciones que mantienen con su familia, son casi siempre conflictivas.

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS VICTIMAS

- En cuanto a su apariencia física suelen presentar algún tipo de debilidad, obesidad, inseguridad, timidez, etc.
- El rendimiento académico es regular a bajo.
- En cuanto al clima socio-familiar, sus relaciones familiares son algo mejores que las que mantienen sus agresores, pero no llegan a ser

“buenas”. Se sienten sobreprotegidos y con escasa independencia, alta organización familiar y control.

1.3. TIPOS DE AGRESIVIDAD INFANTIL

- ✓ **Física:** Empujones, patadas, rasguños, puñetazos, agresiones con objetos, etc. Este tipo de maltrato se da con más frecuencia en primaria que en secundaria.
- ✓ **Verbal:** Insultos, menosprecios en público, resaltar defectos físicos, etc. Es el modo de acoso más habitual en las escuelas.
- ✓ **Psicológica:** Acciones orientadas a consumir la autoestima de la víctima y atizar su sensación de inseguridad y aprensión. El factor psicológico está en todas los tipos de maltrato.
- ✓ **Social:** pretende aislar al individuo del resto de compañeros del grupo.

2. TEORIAS DEL COMPORTAMIENTO AGRESIVO

Las teorías del comportamiento agresivo se engloban en: Activas y Reactivas.

- **Las Activas:** son aquellas que ponen el origen de la agresión en los impulsos internos, lo cual vendría a significar que la agresividad es innata, que se nace o no con ella. Defensores de esta teoría:

Psicoanalíticos y Etológicos.

- **Las Reactivas:** ponen el origen de la agresión en el medio ambiente que rodea al individuo. Dentro de éstas podemos hablar de las teorías del impulso que dicen que la frustración facilita la agresión, pero no es una condición necesaria para ella, y la teoría del aprendizaje social que afirma que las conductas agresivas pueden aprenderse por imitación u observación de la conducta de modelos agresivos. (3)

TIPOS COMPORTAMIENTOS REACTIVOS:

- ✓ **Reactivas Familiar:** Tipo de disciplina, incongruencia, descalificación entre los padres delante de sus hijos...)
- ✓ **Reactivas de Aprendizaje:** Observación de la violencia en TV, modelamiento...
- ✓ **Reactivas Social:** Relaciones con otros niños, características del entorno...)
- ✓ **Reactivas Traumático:** Se da por algún acto violento al que a estado expuesto el niño

3. TEORIAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL

- **Ellis (1996):** Refiere que la agresión es adquirida por condicionamiento clásico por el uso de premios y castigos como modeladores de la conducta.
- **Bandura (1986):** La agresión es adquirida por aprendizaje social a través de la observación.
- **skiner (1952):** Evidencia que la agresión es adquirida por condicionamiento operante.
- **Maslow (1964):** da a la agresión un origen cultural y dice que surge como “una reacción ante la frustración de las necesidades biológicas o ante la incapacidad de satisfacerlas”.
- **Mesasen y otros (1990):** Sostienen que la agresión es el resultado de práctica de socialización en el seno familiar y que los niños emiten conductas agresivas...

4. EVOLUCION DE LA CONDUCTA AGRESIVA

La conducta agresiva suele ser más evidente en los primeros años. El nivel máximo de agresividad infantil se da a los 2 años aprox. hasta la edad escolar. Debemos diferenciar dos tipos de agresiones:

- **Agresión instrumental:** Se intenta obtener objetos externos (entre los 2-5 años).
- **Agresión hostil:** El objetivo es dañar a algo o alguien (entre los 6-8 años) (2)

5. DIFERENCIAS SEXUALES:

Tras muchas investigaciones, se ha podido concluir que los niños son más agresivos que las niñas y que su modo de hacerlo suele ser físicamente, en cambio, las niñas suelen agredir verbalmente. Pero, hoy día no hay tanta diferencia de agresividad entre ambos sexos, como hace años, será a causa de la influencia de la cultura. (2)

6. FACTORES QUE FAVORECEN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA AGRESIVA EN LA INFANCIA.

- **Factores Biológicos:** Algunos estudios, sugieren la existencia de predisposiciones biológicas hacia las conductas desadaptadas, como si la agresividad tuviera lugar con una mínima influencia del ambiente, tomando diversas formas, desde el robo a la violencia. (4)
- **Factores Ambientales:** El ambiente familiar al que esté sometido el niño es uno de los factores más influyentes en la conducta agresiva del mismo. (2). Dentro de la familia, además de los modelos y refuerzos, son responsables de la conducta agresiva el tipo de disciplina a que se les someta. Se ha demostrado que tanto un padre poco exigente como uno con actitudes hostiles que desapruaba constantemente al niño, fomentan el comportamiento agresivo en los niños (3). Es muy importante el tipo de disciplina que se le dé al niño, las relaciones entre los propios miembros de la familia y las expresiones que éstos utilicen. (2)
- **Factores orgánicos:** Son los que incluyen factores tipo hormonales, mecanismos cerebrales, estados de mala nutrición, problemas de salud específicos. (3)

7. EVALUACION DE LA CONDUCTA AGRESIVA

7.1. ESTRATEGIAS DE EVALUACION

Para evaluar el comportamiento agresivo de un niño, podemos utilizar técnicas directas (observación natural y observación análoga) y técnicas indirectas (entrevistas, cuestionarios y auto registros). (2)(3)

TÉCNICAS DIRECTAS

- ✓ **Observación natural:** puede hacerse tanto en el hogar como en el jardín, la escuela con la colaboración de padres y maestros.

Es la forma más habitual.

- ✓ **Observación análoga:** En éste método se somete al niño a un “juego de roles”; que consiste en la presentación mediante la narración o vídeo de situaciones interpersonales específicas y se le pide al niño, que actúe como si se encontrase en dicha situación.

TÉCNICAS INDIRECTAS:

- ✓ **Entrevistas:** sirve para obtener información que permita formular alguna hipótesis tentativa sobre las variables que controlan la conducta.
- ✓ **Cuestionarios:** no sólo se le aplica al niño agresor, sino también, a padres y maestros.
- ✓ **Autoregistro:** mediante éste método, se obtienen datos acerca de la duración, frecuencia, intensidad y latencia de la conducta.
(2)(3)

8. TRATAMIENTO PARA LA CONDUCTA AGRESIVA

Cuando tratamos la conducta agresiva de un niño en psicoterapia es muy importante que haya una fuerte relación con todos los adultos que forman el ambiente del niño porque debemos incidir en ese ambiente para cambiar la conducta. Evidentemente el objetivo final es siempre reducir o eliminar la conducta agresiva en todas las situaciones que se produzca pero para lograrlo es necesario que el niño aprenda otro tipo de conductas alternativas a la agresión. Con ello quiero explicar que el tratamiento tendrá siempre dos objetivos a alcanzar, por un lado la eliminación de la conducta agresiva y por otro la potenciación junto con el aprendizaje de la conducta asertiva o socialmente hábil. Son varios los procedimientos con que contamos para ambos objetivos.Cuál o cuáles elegir para un niño concreto dependerá del resultado de la evaluación. (3)

8.1. PROCEDIMIENTOS PARA CONTROLAR LOS ANTECEDENTES.

Para controlar los antecedentes, antes hay que manipular los estímulos que están alrededor de la conducta agresiva. Hay distintas formas de manipular los antecedentes:

- ✓ **Reducción de estímulos discriminativos:** Para controlar los antecedentes, basta con eliminar la presencia de estímulos discriminativos.
- ✓ **Modelamiento de comportamiento no agresivo:** Enseñar al niño(a) comportamientos adecuados, no agresivos e incentivar a la práctica y mostrarle como su comportamiento ha sido recompensado.
- ✓ **Reducir la exposición a modelos agresivos:** Debemos evitar que el niño, esté expuesto a ver comportamientos agresivos; porque así, la agresividad de dicho niño se reforzará.
- ✓ **Reducción de estimulación aversiva:** Esto es un procedimiento utilizado para controlar los antecedentes, sería reducir la presencia de expresiones humillantes, etc. (3)(6)

8.2. PROCEDIMIENTOS PARA CONTROLAR LAS CONSECUENCIAS

Los procedimientos a seguir para controlar las consecuencias de comportamiento agresivo, tiene como objetivo reducir dicho comportamiento; o bien, incrementar comportamientos alternativos a la agresión. Estos procedimientos pueden ser tanto positivos como negativos. (3)(6)(7)

8.3. EXTINCIÓN

El procedimiento de extinción, consiste simplemente en suprimir los reforzadores que mantienen la conducta agresiva; así conseguiremos que la conducta decaiga. Para ello, hay que tener en cuenta algunos aspectos:

- ✓ Al principio la conducta tenderá a incrementarse, sin embargo, si las personas encargadas de retirar las recompensas son consistentes, acabará extinguiéndose dicha conducta.
- ✓ La consistencia en el comportamiento. Éste método se debe aplicar constantemente; es decir, sin interrupciones.
- ✓ Y por último, atendiendo más a las conductas aceptables que a las propias agresivas.

Éste proceso de extinción, puede ser de gran ayuda al niño agresor, siempre y cuando se utilice correctamente.(7)(8)

8.4. PROCEDIMIENTO DE CASTIGO

Hay dos tipos de procedimientos de castigo negativo:

- ✓ **Tiempo fuera:** Es un procedimiento mediante el cual, durante un periodo de tiempo, el niño agresivo está apartado de las posibles fuentes de reforzamiento; éste método puede ser de 3 formas: de aislamiento, de exclusión y de no exclusión.

Debemos tener en cuenta varios factores: se debe aplicar a niños entre 2 y 12 años, tiene que ser en un lugar aburrido y, a la vez, debe de estar controlado, etc.

- ✓ **Castigo físico:** Es el método menos efectivo y no es aconsejable por varias razones: el niño tiende a imitar al agresor, aumenta su ansiedad e incrementan las conductas de evitación.
- ✓ **Reprimendas:** Éste es otro de los métodos para evitar la conducta agresiva; el cual consiste, en elevar la voz (dar gritos, etc) sin la necesaria intervención del castigo físico.
- ✓ **Sobre corrección:** Éste método tiene como finalidad corregir las consecuencias de la conducta agresiva y facilitar que el agresor asuma la responsabilidad de la conducta.
Éste se suele aplicar cuando ninguno de los métodos anteriores ha sido efectivo.

La Sobre corrección puede aplicarse de 2 formas:

- **La restituida:** requiere que el niño restituya el daño que ha originado y sobrecorrida o mejore el estado original de las cosas.
- **La práctica positiva:** consiste en la repetición de una conducta deseable. (10)

8.5. CONSIDERACIONES SOBRE EL CASTIGO

- ✓ Debe utilizarse de manera racional y sistemática para hacer mejorar la conducta del niño. No debe depender de nuestro estado de ánimo, sino de la conducta emitida.
- ✓ Al aplicar el castigo no lo hagamos regañando o gritando, porque esto indica que nuestra actitud es vengativa y con frecuencia refuerza las conductas inaceptables.
- ✓ No debemos aceptar excusas o promesas por parte del niño.
- ✓ Hay que dar al niño una advertencia o señal antes de que se le aplique el castigo.

- ✓ El tipo de castigo y el modo de presentarlo debe evitar el fomento de respuestas emocionales fuertes en el niño castigado.
- ✓ Cuando el castigo consista en una negación debe hacerse desde el principio de forma firme y definitiva.
- ✓ Hay que combinar el castigo con reforzamiento de conductas alternativas que ayudarán al niño a distinguir las conductas aceptables ante una situación determinada.
- ✓ No hay que esperar a que el niño emita toda la cadena de conductas agresivas para aplicar el castigo, debe hacerse al principio.
- ✓ Cuando el niño es mayor, conviene utilizar el castigo en el contexto de un contrato conductual, puesto que ello ayuda a que desarrolle habilidades de autocontrol.
- ✓ Es conveniente que la aplicación del castigo requiera poco tiempo, energía y molestias por parte del adulto que lo aplique. (11)

9 PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO AGRESIVO EN NIÑOS

Tenemos que distinguir 3 tipos de prevención:

- ✓ **Primaria:** tiene como objetivo evitar la aparición del trastorno.
- ✓ **Secundaria:** tiene como finalidad acortar la duración y disminuir el efecto de un trastorno dado mediante las intervenciones terapéuticas.
- ✓ **Terciaria:** el objetivo es ayudar al individuo a llevar una vida tan útil como sea posible.

Nosotros nos concentraremos en la primaria; la cual para prevenir dicho comportamiento, lo mejor es disponer el ambiente de modo que el niño no aprenda a comportarse agresivamente. (11)(12)

10 . TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

- ✓ **Modelos de Interrelación:** En este grupo se incluyen los modelos de Hildegard Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Myra Levine. Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de Enfermería, el concepto de relación, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera - paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.
- ✓ **Modelos de Interacción-comunicación:** Los modelos de interacción se basan en la teoría de la comunicación-interacción de las personas .Se basan en las relaciones entre las personas. El foco primario está en la persona como participante activo en el proceso de la salud. El énfasis en las percepciones de la persona debe ser el auto concepto, y la habilidad para comunicar y desarrollar diferentes roles. El principal objetivo del modelo a conseguir es obtener logros determinados mediante la interacción recíproca. Se destacan las siguientes teóricas: Orlando (1961), Riehl (1980), Kim(1981)
- ✓ **Modelo de Evolucionista:** Se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de Enfermería. Son útiles en cualquier campo de la Enfermería relacionado con la edad. Tratan de enfatizar el crecimiento, el desarrollo y la maduración de la persona. El foco de atención primario es el cambio de la conducta de la persona en una dirección particular y fijada. Dicho cambio puede predecirse y ocurre en unas determinadas fases o etapas. El principal objetivo del modelo es potenciar el crecimiento personal del individuo. Se destacan las siguientes teóricas: Thibodeau (1983), Peplau (1952)
- ✓ **Modelos de necesidades humanas:** Tienen su base común en las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo de la acción enfermera, basadas en la teoría de la motivación y personalidad de Abraham Maslow.

- ✓ En el desarrollo de su teoría, Maslow define cinco categorías de necesidades que se ordenan por prioridades en cuanto a su satisfacción, y establece que primero se han de satisfacer las necesidades de orden más básico (al menos la mayoría de ellas) para pasar posteriormente a satisfacer las necesidades de orden superior. Las categorías de Abraham Maslow son las siguientes: * Necesidades fisiológicas. * Necesidad de seguridad. * Necesidad de amor y pertenencia. * Necesidad de estima. * Necesidad de autorrealización.

(17) (18).

HISTORIA

- ✓ Modelo de Sistemas conductuales: En 1969 Doroty Johnson publica su La mayor parte de su experiencia profesional fue como docente de la especialidad enfermería pediátrica en I Universidad de California. Desde 1965 a 1967 presidió el comité de las Nurses California Association.
- ✓ Johnson publicó su Modelo se Sistemas Conductuales en 1980. Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería esta designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión. (13)(14)

ANÁLISIS DE LA TEORÍA DE DOROTHY JHONSON

Durante la consulta, se considera a la niña un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados. El sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de forma eficaz y eficiente. Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales y funcionales. (15)

En el caso de la conducta agresiva de la niña, nos enfocamos en proteger y conservar la integridad física y psicológica de la niña, haciéndola entender que no puede atentar contra otras personas, ayudarla a evitar episodios de frustración y de ira descontrolada. Es por ello que debemos evitar las influencias nocivas, actitudes y conductas negativas que puedan servir de modelo para la niña. (15) (16)

Esta teoría nos muestra la importante relación que existe entre la persona y su entorno (sociológica), por lo que la persona es un sistema interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno. Así mismo el entorno hace referencia a un entorno externo e interno de la persona. Y por último el cuidado, es una fuerza de regulación externa (en este caso el/la enfermera/o), con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema. Conductual. (17)

La teoría Johnson es un modelo de atención que se centra en las necesidades humanas, y el uso de la enfermería para promover el equilibrio y disminuir el estrés. (18)

Las medidas de prevención primaria se han convertido en el foco de atención de la salud en un intento por reducir los costos sanitarios, así como de mejorar los resultados de salud del paciente. En este sentido, el modelo de Johnson es capaz de proporcionar un enfoque sistemático para las evaluaciones de enfermería y un método para guiar la atención del paciente. (19)

II. DESARROLLO CAPITULAR

DATOS GENERALES

- Apellidos y Nombres : L.S.P
- Edad : 5 años.
- Sexo : Femenino
- Fecha de nacimiento : 29 de Enero del 2012
- Estado civil : soltera
- Grado de instrucción : Inicial
- Lugar de procedencia : Iquitos.
- Centro de Atención : Centro de Salud Morona Cocha
- Motivo de consulta : Conducta agresiva con padres y con niños de su entorno.
- Fecha de recolección de información: : 17 - 05 -17

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- No presenta.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS ▪

Ninguno.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

Paciente menor de 5 años de edad, que acude a consulta CRED remitida por la psicóloga, por presentar bajo peso, inapetencia conductas disruptivas y agresivas en el área familiar principalmente. El cuadro se inicia desde que la niña tuvo 2 años aproximadamente, el cual fue agravándose paulatinamente. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: la niña tiene problemas para relacionarse con otros niños de su entorno. La mamá comenta que desde pequeña tenía ciertas actitudes negativas, cuando la puso en el jardín constantemente tenía reclamos de los padres de sus compañeros porque siempre los agredía más aun cuando le quitaban algún juguete que a ella le gustaba; así mismo solía lanzar los objetos que se encontraban a su alcance cuando no le permitían hacer algo, la mama acude a la consulta por recomendación de la maestra de la niña, para empezar a tratarla.

La niña presenta sintomatología propia de un trastorno de conducta de base ansiógena y con conductas disruptivas, que suelen estar desencadenadas por frustraciones mínimas y desobediencia a normas (muerde, escupe, tira del pelo, da patadas, micción voluntaria, agresividad verbal y física). Presenta a su vez comportamientos autolesivos. Hipersensibilidad a los olores, manía hacia determinadas personas. El cuadro se ha generalizado y actualmente afecta de manera extrema al entorno familiar y social.

Muestra actitudes regresivas y de tiranización con los padres y allegados, con la finalidad de obtener beneficios secundarios. Se aprecia discrepancia educativa entre los progenitores. A nivel social muestra dificultades de contacto e imposición de sus deseos a sus iguales.

Actualmente no mantiene una amistad estrecha con ningún niño o niña. Son frecuentes a su vez las agresiones por mordedura a los compañeros de jardín.

El nivel de adquisiciones de aprendizaje siempre ha sido medio-bajo. Como indicadores emocionales se aprecia intolerancia a la frustración, ansiedad e impulsividad. Se prescribe tratamiento médico farmacológico con ansiolíticos evidenciándose micción involuntaria nocturna

A la evaluación por control de crecimiento y desarrollo presento peso de 16 kgr. Y su estatura de 109 cm, padres refieren que su apetito disminuyó con el tratamiento indicado y que por ese motivo decidieron suspender su tratamiento pero la niña no desea comer evidenciándose en la disminución de su peso con su último control que fue de 18.600kgr.

1. TRATAMIENTO

1.1 FARMACOLOGICO

- ✓ **Fluoxetina (Prozac)** 5 mg/día o 0.25 mg/Kg/día por v.o
- Diazepam** 0,12-0,8 mg/kg/día cada 6-8 h v.o

1.2 PSICOTERAPIAS

Cuando tratamos la conducta agresiva de un niño en psicoterapia es muy importante que haya una fuerte relación con todos los adultos que forman el ambiente del niño porque debemos incidir en ese ambiente para cambiar la conducta. Evidentemente el objetivo final es siempre reducir o eliminar la conducta agresiva en todas las situaciones que se produzca. A continuación se mencionan las técnicas utilizadas para cambiar la conducta de la niña de 5 años.

1.2.1 Técnica de “tiempo fuera” para modificar conductas

La esencia de esta técnica consistió en apartar a la niña a un sitio sin estímulos positivos para ella, un lugar donde no tuvo juegos o compañía con la que pueda entretenerse. No se trató de buscarle un sitio hostil, sino un lugar que le resulte aburrido.

Situación aplicada en la niña: La niña pequeña llevaba mucho tiempo viendo la tele, su padre decide apagar el televisor, y es entonces cuando la pequeña cogió una gran rabieta

se aplicó correctamente la técnica de “tiempo fuera” retirando a la pequeña a la sala ya que para ella el lugar era poco gratificante se hizo inmediatamente después de que apareció su conducta indeseable y por un periodo de 5 minutos. Sin discutir con ella, y de forma pausada y tranquila, explicándole detalladamente que cuando corrija su conducta, nosotros estaremos ahí para jugar con ella, o realizaríamos una actividad gratificante y divertida.

Esta técnica de modificación de conductas es muy sencilla, pero tiene un factor muy importante que se debe considerar, y es el tiempo que el niño debe de estar en la situación de “tiempo fuera”. **El tiempo debe ser proporcional a la edad del niño**, por lo tanto, a cada año que tenga el niño se le sumará un minuto, lo que viene a ser, en niños de 5 años, 5 minutos en “tiempo fuera”.

1.2.2 Técnica de “extinción” para modificar la conducta

Esta técnica de modificación de conductas, consiste en suprimir las recompensas que la pequeña espera conseguir con su conducta. La mayor parte de nosotros presta atención a las transgresiones, es algo que nos resulta difícil de ignorar, y los pequeños lo saben y lo utilizan en su beneficio. Si nuestro hijo nos contesta mal consigue nuestra atención: emprendemos una discusión, intentamos dar explicaciones, hacerle entrar en razón y convencerle.... La técnica de extinción consiste en eliminar todo aquello que refuerza la conducta indeseada de la pequeña.

Situación aplicada en la niña: Cuando la niña estaba siendo alistada por la madre le hizo un chantaje emocional para no ir al jardín con comentarios del tipo “me llevas al jardín porque no me quieres en tu lado”, “¿te aburres de mí porque soy pequeña?” y entre otras frases. En esta ocasión, aplicamos la técnica de extinción de conductas, sustituyendo esos comentarios por algo gratificante. Se preguntó a la pequeña sobre sus dibujos animados favoritos, ignorando el comentario que la niña había hecho anteriormente. Haciendo como si no le hubiéramos escuchado y quisiéramos iniciar una conversación con ella.

En la “extinción” es **muy importante que siempre aparezca un sustituto gratificante** ya que si esta técnica se lleva a cabo sin ser acompañada por un estímulo positivo, puede que el pequeño se sienta ignorado, repercutiendo negativamente en sus emociones.

1.2.3 Técnica de “modelamiento” para modificar la conducta Esta técnica para modificar la conducta, consiste en imitar a la otra persona haciendo exactamente lo mismo que ha hecho ella.

Situación aplicada en la niña: La pequeña estaba acostumbrada jalar los cabellos o pellizcar a sus compañeras.

La maestra sabía que a la niña le gustaba los dibujos de las princesas, e hizo imaginar a la niña que ella era una princesa hermosa y muy buena, la profesora actuaba como una princesa en clase recalcando siempre los valores y el respeto a las demás niñas, luego hizo que la niña actúe como la princesa en clases al principio fue difícil y después se fue adaptando al buen trato.

1.2.4 Técnica de “economía de fichas” para modificar la conducta

Se trata de establecer un sistema de recompensas en el cuál, para obtener un premio (comida favorita, juguete, excursión, juegos mentales, etc...) deberá desarrollar determinadas conductas deseadas (los deberes, ordenar su habitación, lavarse los dientes, ayudar a poner la mesa, etc...) y dejar de hacer otras que deben concretarse.

Cada vez que el pequeño realiza la conducta deseada se le entregará inmediatamente un reforzador (fichas, puntos, etc...) el niño irá recogiendo estas recompensas hasta llegar al número que hemos determinado, momento en el que le entregaremos el premio final. Lo importante de esta estrategia para modificar la conducta, es que el niño se dé cuenta de que obtiene muchos más beneficios y privilegios cuando se comporta de forma adecuada.

Es importante que contemos con una pizarra o cartulina que esté visible para todos los miembros de la familia, donde se pueda ver el estado de los puntos obtenidos semanalmente. Debemos fijar y pactar de antemano los premios que entregaremos. Deben ser recompensas claras y que resulten realmente atractivas para el niño, y deben aparecer reflejadas en la pizarra.

Cada vez que entreguemos una ficha o punto, debemos acompañarlo de comentarios positivos “Estoy muy contento porque te has esforzado”.

Además en esta técnica **se puede incorporar la pérdida de puntos cuando el niño no cumple con el objetivo** que tenía establecido. De esta forma se controla muy bien que el niño cumpla con sus obligaciones y no sea castigado con nada aversivo cuando no lo haga. Este sistema es muy útil en los colegios y en la mayoría de ellos se aplica pero tiene mucha eficacia también aplicado en casa.

Situación aplicada en la niña: La pequeña acostumbraba a miccionar con sus rabinetas y por las noches en su cama y deseaba que sus padres le compren un gatito así que los padres decidieron trabajar con esta situación y consistía en que cada día que pase sin que la niña miccione en su ropa o cama, se contara en una pizarra con una carita feliz y su premio lo llevaría a los 30 días de cumplirlo y si fallara empezaría de 0.

1.2.5 Técnica de “intención paradójica” para modificar la conducta.

La última técnica de modificación de conducta de la que vamos a hablar es de la “intención paradójica”. Es una técnica con muy buenos resultados pero resulta compleja, ya que se trata de pedirle al niño que haga aquello que justamente nosotros queremos evitar.

Situación aplicada en la niña: Cuando la niña desobedecía continuamente la orden de recoger sus juguetes, y siempre se negaba sistemáticamente a ordenar. La madre le dijo “*Hoy no* quiero que recojas, quiero que no hagas absolutamente nada”.

La niña se alegró en una primera instancia porque no tiene que esforzarse en hacer lo que no le gusta hacer. Sin embargo, en ese momento la madre empezó a jugar con el resto de los hijos, o entre sí. Como por ejemplo, cocinar una receta divertida, contando cuentos, reírse mucho.

La niña observando esto quiso participar, sin embargo los padres le dijeron que no, que siga sin hacer nada, porque era lo que ella quería.

Si después de aplicar estas técnicas de modificación de conductas, la niña sigue sin responder correctamente, siempre se puede acudir a especialistas para que realicen una exploración neuropsicológica completa y puedan descartar cualquier tipo de desorden neurológico.

El bienestar y desarrollo conductual en la infancia, depende de los padres y educadores. Los niños no responden como los adultos, por lo que siempre debe adaptarse todas las modificaciones de conducta a lo que ellos necesiten.

2. TAXONOMIA II DOMINIOS Y CLASES

- ✓ **Dominio 2: NUTRICION**

Clase 1: Ingestión

- ✓ **Dominio 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO**

Clase 1: Función Urinaria.

- ✓ **Domino 7: ROL / RELACIONES**

Clase 2: Relación familiar.

Clase 3: Interpretación del rol.

- ✓ **Dominio 9: AFRONTAMIENTO /TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Clase 2: Afrontamiento

- ✓ **Dominio 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN**

Clase 3: Violencia

- ✓ **Dominio 12: CONFORT**

Clase 3: Confort social.

3. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

➤ **Dominio 2: NUTRICION**

Padres retiran medicación tras observar exacerbación de sintomatología que hizo que perdiera el apetito

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
✓ Pérdida del apetito	Clase 1 Ingestión

➤ **Domino 7: ROL / RELACIONES**

Paciente de 5 años de edad presenta conductas disruptivas y agresivas principalmente en el área familiar, además tiene problemas para relacionarse con otros niños de su entorno, madre refiere que desde que inicio el jardín recibía constantemente reclamos de los padres de sus compañeros por las agresiones durante los juegos sobre todo si le quitaban algún juguete que a ella le gustaba, se aprecia discrepancia educativa entre sus progenitores.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
✓ Conductas disruptivas y agresivas en el área familiar. ✓ Discrepancia educativa entre sus progenitores.	Clase 2 Relación familiar.
✓ Problemas para relacionarse con niños de su entorno. ✓ Reclamos de los padres de sus compañeros por las agresiones durante los juegos.	Clase 3 Interpretación del rol.

➤ **Dominio 9: AFRONTAMIENTO /TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Paciente de niña de 5 años solía lanzar objetos que se encontraban a su alcance, niña presentaba sintomatología propia de conducta de base ansiogena y disruptivas desencadenadas por frustraciones mínimas y desobediencia a normas (muerde, escupe, tira del pelo, da patadas y siendo frecuentes con niños del jardín apreciando ansiedad, impulsividad e intolerancia a la frustración.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lanza objetos. ✓ Muerde, escupe, tira del pelo, da patadas. ✓ Se observa ansiedad, impulsividad e intolerancia a la frustración. 	<p>Clase 2 Afrontamiento</p>

➤ **Dominio 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN**

Paciente de 5 años presenta comportamientos auto lesivo y manía hacia determinadas personas siendo frecuentes sus agresiones con mordeduras hacia sus compañeros.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comportamientos auto lesivo. ✓ Frecuentes agresiones hacia sus compañeros. 	<p>Clase 3 Violencia</p>

➤ **Dominio 12: CONFORT**

A nivel social muestra dificultades de contacto e imposición de sus deseos a sus iguales. Actualmente no mantiene una amistad estrecha con ningún niño o niña.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
✓ No mantiene una amistad estrecha con ningún niño o niña.	Clase 3 Confort Social

4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- a. Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades r/c pérdida del apetito.
- b. Procesos familiares disfuncionales r/c Discrepancia educativa entre sus progenitores, conductas disruptivas y agresivas en el área familiar.
- c. Deterioro de la interacción social r/c problemas para relacionarse con niños de su entorno y reclamos de los padres de sus compañeros por las agresiones durante los juegos.
- d. Ansiedad r/c impulsividad e intolerancia a la frustración.
- e. Afrontamiento defensivo r/c comportamiento agresivo lanza objetos, muerde, escupe, tira del pelo, da patadas.
- f. Riesgo de lesión r/c Comportamientos auto lesivo y frecuentes agresiones hacia sus compañeros.
- g. Aislamiento social r/c no mantiene una amistad estrecha con ningún niño o niña.

5. PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES

PRIORIZACIÓN

REALES

- a. Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades r/c pérdida del apetito.
- b. Procesos familiares disfuncionales r/c Discrepancia educativa entre sus progenitores, conductas disruptivas y agresivas en el área familiar.
- c. Deterioro de la interacción social r/c problemas para relacionarse con niños de su entorno y reclamos de los padres de sus compañeros por las agresiones durante los juegos.
- d. Ansiedad r/c impulsividad e intolerancia a la frustración.
- e. Afrontamiento defensivo r/c comportamiento agresivo lanza objetos, muerde, escupe, tira del pelo, da patadas, micción voluntaria.
- f. Aislamiento social r/c no mantiene una amistad estrecha con ningún niño o niña.

POTENCIALES

- a. Riesgo de lesión r/c Comportamientos auto lesivo y frecuentes agresiones hacia sus compañeros.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p style="text-align: center;">Datos Subjetivos</p> <p>Padres retiran medicación al observar disminución de peso y apetito disminuido.</p> <p style="text-align: center;">Datos Objetivos</p> <p>Peso: 16 Kgr. Talla: 109 cm.</p>	<p>Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c pérdida del apetito</p>	<p>Objetivos Generales:</p> <p><input type="checkbox"/> Disminuir el desequilibrio nutricional inferior a las necesidades.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Recuperar el peso de la niña. ○ Mejorar el apetito. 	<p>Intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se orienta a los padres de la importancia de continuar con el tratamiento de su niña • Se monitoriza el plan nutricional de la paciente. • Se ayuda con el autocuidado y la alimentación. • Se brinda consejería nutricional a los familiares <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. • Se determina las preferencias de 	<p>✓ Padres continuaron dando el tratamiento a su niña evidenciándose mejoría de la paciente.</p> <p>✓ Paciente recupero su peso a 17,200kgr. mejoro el apetito y ahora mantiene un peso adecuado acorde</p>

			<p>comidas de la niña.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se coordina con nutrición para la presentación de la comida de una manera atractiva, agradable, con consideración al color, textura y variedad.• Se monitoriza el peso corporal del paciente.• Analizar con el paciente y la familia la percepción de los factores que interfieren en la capacidad o el deseo de comer.• Se le brinda un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.	<p>a su talla y edad.</p>
--	--	--	--	---------------------------

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Madre refiere que la niña tiene problemas para relacionarse con otros niños de su entorno, y desde que inicio el jardín recibía constantemente reclamos de los padres de sus compañeros por las agresiones durante los juegos menciona también tener constantes 	<p>Reales</p> <p>Procesos familiares disfuncionales r/c discrepancia educativa entre sus progenitores, conductas disruptivas y agresivas en el área familiar</p>	<p>Objetivos Generales:</p> <p>Evitar el riesgo de deterioro de las relaciones familiares</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar las debilidades de la familia. ○ Fortalecer los vínculos familiares. ○ Fomentar el dialogo. 	<p>INTERVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los lazos afectivos de los padres con su hija. • Aumentar el nivel de afrontamiento de los padres frente a la situación en la que se encuentran. • Apoyo emocional a los padres y a la niña principalmente. • Mantenimiento en procesos familiares, positivos, de apoyo mutuo y comprensión. <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia. 	<p>La familia y la paciente lograron mantener una relación más estrecha y unida, con el apoyo del personal de salud quienes los orientaron en todo momento, es así que comprendieron la importancia de mantener un núcleo familiar.</p>

<p>problemas con su esposa en cuanto a la educación de la niña.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Servir como modelo de rol para aprender nuevas conductas, si procede. • Animar al paciente a evaluar su propia conducta. • Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. • Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. • Explorar las razones de la autocrítica o culpa. • Enseñar a la familia técnicas de gestión del tiempo y de organización al realizar los cuidados del paciente en casa. • Estimular las visitas de miembros de la familia, si resulta. • Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas. 	
---	--	--	---	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos</p> <p>Trastorno de conducta de base ansiógena y con conductas disruptivas, que suelen estar desencadenadas por frustraciones mínimas y desobediencia a normas (muerde, escupe, tira del pelo, da patadas, micción voluntaria, agresividad verbal y física). Presenta a su vez comportamientos</p>	<p>Potenciales</p> <p>Riesgo de violencia dirigida a otros r/c patrón de violencia dirigida a otros.</p>	<p>Objetivos Generales:</p> <p>Evitar autolesiones y la conducta violenta frente a otras personas.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de la ira. • Fomentar actitudes y conductas positivas. 	<p>Intervenciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el afrontamiento. • Aumentar los sistemas de apoyo. • Ayuda para el control de la ira. • Diminución de la ansiedad. • Entrenamiento para controlar los impulsos. • Manejo ambiental: prevención de la violencia. • Manejo de la conducta. • Modificación de la conducta. <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se utiliza un acercamiento sereno y de seguridad. • Se sugiere limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que el paciente sea capaz 	<p>Paciente logra canalizar su ira a través de actividades recreativas, además del apoyo del personal de salud y de la familia y el entorno en el que se desarrolla.</p>

<p>autolesivos.</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Autolesiones en miembros superiores.</p>			<p>de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se controla el potencial de agresión inadecuada en el paciente e intervenir antes de que se manifieste. • Proporcionar salidas físicas a la expresión de enfado o tensión (bolsas para golpear, deportes, arcilla, etc.) • Se ayudar al paciente a identificar la causa del enfado. • Identificar las consecuencias de la expresión inadecuada del enfado. • Ayudar a desarrollar métodos adecuados de expresión del enfado hacia los demás. 	
---	--	--	--	--

EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Las intervenciones de enfermería se dio de la mano con el apoyo familiar en todas las etapas del tratamiento dirigido, además la familia jugo un papel muy importante en la recuperación la niña así como la profesora de inicial quien colaboró en horas de clases y el apoyo psicológico con las respectivas terapias familiares.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

En la valoración: Se tomó datos de relevancia y se agrupó por dominios, abarcando globalmente las esferas del ser humano. En la planificación: se priorizó los problemas que se encontraron, se planteó objetivos y se detalló los cuidados a seguir.

Evaluación: se volvió a evaluar al paciente encontrándose cambios a corto y mediano plazo tales como:

- Paciente recupero su peso, mejoro el apetito y mantiene un peso adecuado acorde a su talla y edad.
- Paciente logro controlar y restablecer la función urinaria durante las noches.
- Paciente y familia, lograron mantener una relación más estrecha y unida, con el apoyo del personal de salud quienes los orientaron en todo momento, es así que comprendieron la importancia de mantener un núcleo familiar.
- Paciente logra canalizar su ira a través de actividades recreativas, además del apoyo del personal de salud y de la familia y el entorno en el que se desarrolla.

CONCLUSIONES

- La paciente continuó con el tratamiento indicado, logro recuperar su peso, mejoro el apetito y ahora mantiene un peso adecuado acorde a su talla y edad.
- La paciente logro controlar y restablecer la función urinaria durante las noches, con ayuda del equipo de salud en un periodo de 1 semana posterior a la identificación del problema desencadenante.
- La paciente y familia, lograron mantener una relación más estrecha y unida, con el apoyo del personal de salud quienes los orientaron en todo momento, es así que comprendieron la importancia de mantener un núcleo familiar muy bien constituido, evitando cosas negativas en el círculo familiar.
- La paciente logra canalizar su ira a través de actividades recreativas, además del apoyo del personal de salud y de la familia y el entorno en el que se desarrolla, lográndose en un 80% durante el proceso.

RECOMENDACIONES

- A los profesionales de la salud recalcar que los problemas psicológicos afectan de una u otra manera la salud física de la persona ocasionando desordenes en la alimentación, sueño, etc. por que afectara la salud del niño, recomendando siempre la evaluación integral en todas las áreas.
- Para prevenir el comportamiento agresivo la mejor estrategia consiste en disponer el ambiente de modo que el niño no aprenda a comportarse agresivamente, y por el contrario, si lo dispongamos de modo que le resulte asequible el aprendizaje de conductas alternativas a la agresión.
- Es importante enseñar a los padres la importancia que tiene el establecer normas y reglas dentro del hogar, teniendo en cuenta que los niños actúan a través de estímulos y modelos que observan a su alrededor.
- Los niños deben desde pequeños aprender a manejar y controlar la ira de manera que no sea dañino para las personas de su alrededor o incluso para ellos mismos.
- Es importante felicitar y reconocer a los niños cuando actúan de manera positiva frente a determinadas situaciones.
- Debemos trabajar en la promoción y la prevención de estas conductas negativas que muchas veces no sabemos controlar, hay que empezar a trabajar desde el hogar, la familia, las instituciones educativas y la comunidad promoviendo actividades y actitudes positivas para todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Flores P. Agresividad Infantil. Universidad Autónoma de Madrid. España. 2013. Disponible en: google
http://serbal.pntic.mec.es/pcan0012/documentos/conducta_3agresividad.pdf
2. Muños R. La agresividad infantil. Argentina. 2013. Disponible en:
<http://www.eduinova.es/nov08/LA%20AGRESIVIDAD%20INFANTIL.pdf>
3. Farrar J, Yen L, Cook T, Fairweather N. Conducta agresiva en los niños. Instituto superior de enfermería. España. 2014. Disponible en:
https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/resteban/Archivo/TrabajosDeClase/AgresividadInfantil1.pdf
4. Flores P, Jimenez J, Ruiz C, Salcedo A. Psicologías sociales. Cuba. 2013. Disponible en:
<https://www.etapainfantil.com/agresividadinfantil>
5. Macias R., Pintado S. Conductas agresivas, como afecta las relaciones interpersonales. Revista Enfoques educacionales. Malaga. 2014. Disponible en:
<http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDARTICULO=17503>
6. Ascora R, Arias H. Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo, en pre escolares. Salud mental. Medellín. 2014. Disponible en URL:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200004
7. Daniel J. Conducta agresiva. Trastornos de la conducta. Gobierno de Aragón. Madrid. 2015. Disponible en:
http://www.uptodate.com/PDFconducta_3-agresividad

8. Gallego M. el comportamiento agresivo y algunas características a modificar en los niños. Investigaciones Andinas. 2014. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=17503>
9. Gayan I. pautas que ayudan a controlar la conducta agresiva del niño. Argentina. 2012. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/servicios/es/>
10. Medina V. Una conducta agresiva no es lo mismo que tener un caracter fuerte. Guia infantil. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/educacion/comportamiento/Causaagresividad.htm>
11. Lago C. Conducta agresiva en pre escolares. Costa Rica. 2014. Disponible en: http://serbal.pntic.mec.es/pcan0012/documentos/conducta_3agresividad.pdf
12. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería (6.a ed.). Barcelona: Mosly. 2007
13. NANDA. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. Elseiver. 2015 – 2107
14. Eroski C. niños con problemas de conducta: pautas para corregirlos. Euskaraz. 2013. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/ninos/mas-de-4anos/2012/07/02/210700.php>
15. Johnson D. Modelo de sistema conductual. Instituto superior de enfermería. Chiapas. 2013.
16. Cisneros F. Teorias y modelos de enfermería. Universidad del Cauca. Programa de enfermería. 2014. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/dorothyjhonson.html>

17. Alligod M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7º edición. Elsevier 2013. Dorothy Johnson modelo de Sistema conductual. 2014.
18. Johnson D. Modelo de Sistema conductual. Teoría y método de enfermería. 2014. Disponible en: www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm
19. Johnson D. Johnson's Behaviour system model. Nursing theories UPDATE 2014. Disponible en: www.currentnursing.com/nursing_THEORY/BEHAVIOURAL_SYSTEM_MODEL.HTML

ANEXOS

CUADRO N° 1

Peso por edad NIÑAS desde el nacimiento a los 6 años																				
Año: Mes	Meses	-2 DE	-1DE	Mediana	1 DE	2 DE	Año: Mes	Meses	-2 DE	-1DE	Mediana	1 DE	2 DE	Año: Mes	Meses	-2 DE	-1DE	Mediana	1 DE	2 DE
0:0	0	2,4	2,8	3,2	3,7	4,2	2:2	26	9,4	10,5	11,9	13,5	15,4	4:4	52	12,8	14,6	16,8	19,4	22,6
0:1	1	3,2	3,6	4,2	4,8	5,5	2:3	27	9,5	10,7	12,1	13,7	15,7	4:5	53	12,9	14,8	17	19,7	22,9
0:2	2	3,9	4,5	5,1	5,8	6,6	2:4	28	9,7	10,9	12,3	14	16	4:6	54	13	14,9	17,2	19,9	23,2
0:3	3	4,5	5,2	5,8	6,6	7,5	2:5	29	9,8	11,1	12,5	14,2	16,2	4:7	55	13,2	15,1	17,3	20,1	23,5
0:4	4	5,0	5,7	6,4	7,3	8,2	2:6	30	10	11,2	12,7	14,4	16,5	4:8	56	13,3	15,2	17,5	20,3	23,8
0:5	5	5,4	6,1	6,9	7,8	8,8	2:7	31	10,1	11,4	12,9	14,7	16,8	4:9	57	13,4	15,3	17,7	20,6	24,1
0:6	6	5,7	6,5	7,3	8,2	9,3	2:8	32	10,3	11,6	13,1	14,9	17,1	4:10	58	13,5	15,5	17,9	20,8	24,4
0:7	7	6,0	6,8	7,6	8,6	9,8	2:9	33	10,4	11,7	13,3	15,1	17,3	4:11	59	13,6	15,6	18	21	24,6
0:8	8	6,3	7,0	7,9	9,0	10,2	2:10	34	10,5	11,9	13,5	15,4	17,6	5:0	60	13,7	15,8	18,2	21,2	24,9
0:9	9	6,5	7,3	8,2	9,3	10,5	2:11	35	10,7	12	13,7	15,6	17,9	WHO Child Growth Standards						
0:10	10	6,7	7,5	8,5	9,6	10,9	3:0	36	10,8	12,2	13,9	15,8	18,1							
0:11	11	6,9	7,7	8,7	9,9	11,2	3:1	37	10,9	12,4	14	16	18,4	5:0	60	13,8	15,7	17,7	20,4	23,2
1:0	12	7,0	7,9	8,9	10,1	11,5	3:2	38	11,1	12,5	14,2	16,3	18,7	5:1	61	13,9	15,9	17,8	20,6	23,5
1:1	13	7,2	8,1	9,2	10,4	11,8	3:3	39	11,2	12,7	14,4	16,5	19	5:2	62	14	16	18	20,8	23,7
1:2	14	7,4	8,3	9,4	10,6	12,1	3:4	40	11,3	12,8	14,6	16,7	19,2	5:3	63	14,1	16,1	18,1	21	23,9
1:3	15	7,6	8,5	9,6	10,9	12,4	3:5	41	11,5	13	14,8	16,9	19,5	5:4	64	14,2	16,2	18,3	21,2	24,1
1:4	16	7,7	8,7	9,8	11,1	12,6	3:6	42	11,6	13,1	15	17,2	19,8	5:5	65	14,3	16,4	18,4	21,4	24,4
1:5	17	7,9	8,9	10,0	11,4	12,9	3:7	43	11,7	13,3	15,2	17,4	20,1	5:6	66	14,4	16,5	18,6	21,6	24,6
1:6	18	8,1	9,1	10,2	11,6	13,2	3:8	44	11,8	13,4	15,3	17,6	20,4	5:7	67	14,5	16,6	18,7	21,8	24,9
1:7	19	8,2	9,2	10,4	11,8	13,5	3:9	45	12	13,6	15,5	17,8	20,7	5:8	68	14,6	16,7	18,9	22	25,1
1:8	20	8,4	9,4	10,6	12,1	13,7	3:10	46	12,1	13,7	15,7	18,1	20,9	5:9	69	14,7	16,9	19	22,2	25,4
1:9	21	8,6	9,6	10,9	12,3	14,0	3:11	47	12,2	13,9	15,9	18,3	21,2	5:10	70	14,8	17	19,2	22,4	25,7
1:10	22	8,7	9,8	11,1	12,5	14,3	4:0	48	12,3	14	16,1	18,5	21,5	5:11	71	14,9	17,1	19,4	22,6	25,9
1:11	23	8,9	10,0	11,3	12,8	14,6	4:1	49	12,4	14,2	16,3	18,8	21,8	6:0	72	15	17,3	19,5	22,9	26,2
2:0	24	9,0	10,2	11,5	13,0	14,8	4:2	50	12,6	14,3	16,4	19	22,1	NCHS 1077 de 5 a 6 años						
2:1	25	9,2	10,3	11,7	13,3	15,1	4:3	51	12,7	14,5	16,6	19,2	22,4							

16 Referencia OMS para la evaluación antropométrica

CUADRO N° 2

Longitud por edad NIÑAS desde el nacimiento a los 2 años							Estatura por edad NIÑAS de 2 a 6 años.													
Año: Mes	Meses	-2 DE	-1DE	Mediana	1 DE	2 DE	Año: Mes	Meses	-2 DE	-1DE	Mediana	1 DE	2 DE	Año: Mes	Meses	-2 DE	-1DE	Mediana	1 DE	2 DE
0:0	0	45,4	47,3	49,1	51,0	52,9	2:0	24	79,3	82,5	85,7	88,9	92,2	4:2	50	95,1	99,5	103,9	108,3	112,7
0:1	1	49,8	51,7	53,7	55,6	57,0	2:1	25	80,0	83,3	86,6	89,9	93,1	4:3	51	95,6	100,1	104,5	108,9	113,3
0:2	2	53,0	55,0	57,1	59,1	61,1	2:2	26	80,8	84,1	87,4	90,8	94,1	4:4	52	96,1	100,6	105,0	109,5	114,0
0:3	3	55,6	57,7	59,8	61,9	64,0	2:3	27	81,5	84,9	88,3	91,7	95,0	4:5	53	96,6	101,1	105,6	110,1	114,6
0:4	4	57,8	59,9	62,1	64,3	66,4	2:4	28	82,2	85,7	89,1	92,5	96,0	4:6	54	97,1	101,6	106,2	110,7	115,2
0:5	5	59,6	61,8	64,0	66,2	68,5	2:5	29	82,9	86,4	89,9	93,4	96,9	4:7	55	97,6	102,2	106,7	111,3	115,9
0:6	6	61,2	63,5	65,7	68,0	70,3	2:6	30	83,6	87,1	90,7	94,2	97,7	4:8	56	98,1	102,7	107,3	111,9	116,5
0:7	7	62,7	65,0	67,3	69,6	71,9	2:7	31	84,3	87,9	91,4	95,0	98,6	4:9	57	98,5	103,2	107,8	112,5	117,1
0:8	8	64,0	66,4	68,7	71,1	73,5	2:8	32	84,9	88,6	92,2	95,8	99,4	4:10	58	99,0	103,7	108,4	113,0	117,7
0:9	9	65,3	67,7	70,1	72,7	75,0	2:9	33	85,6	89,3	92,9	96,6	100,3	4:11	59	99,5	104,2	108,9	113,6	118,3
0:10	10	66,5	69,0	71,5	73,9	76,4	2:10	34	86,2	89,9	93,6	97,4	101,1	5:0	60	99,9	104,7	109,4	114,2	118,9
0:11	11	67,7	70,3	72,8	75,3	77,8	2:11	35	86,8	90,6	94,4	98,1	101,9	WHO Child Growth Standards						
1:0	12	68,9	71,4	74,0	76,6	79,2	3:0	36	87,4	91,2	95,1	98,9	102,7	5:0	60	99,5	104,0	108,4	112,8	117,2
1:1	13	70,0	72,6	75,2	77,8	80,5	3:1	37	88,0	91,9	95,7	99,6	103,4	5:1	61	100,0	104,5	108,9	113,4	117,8
1:2	14	71,0	73,7	76,4	79,1	81,7	3:2	38	88,6	92,5	96,4	100,3	104,2	5:2	62	100,5	105,0	109,4	113,9	118,4
1:3	15	72,0	74,8	77,5	80,2	83,0	3:3	39	89,2	93,1	97,1	101,0	105,0	5:3	63	100,9	105,4	110,0	114,5	119,0
1:4	16	73,0	75,8	78,6	81,4	84,2	3:4	40	89,8	93,8	97,7	101,7	105,7	5:4	64	101,4	105,9	110,5	115,1	119,7
1:5	17	74,0	76,8	79,7	82,5	85,4	3:5	41	90,4	94,4	98,4	102,4	106,4	5:5	65	101,8	106,4	111,1	115,6	120,3
1:6	18	74,9	77,8	80,7	83,6	86,5	3:6	42	90,9	95,0	99,0	103,1	107,2	5:6	66	102,2	106,9	111,6	116,2	120,9
1:7	19	75,8	78,8	81,7	84,7	87,6	3:7	43	91,5	95,6	99,7	103,8	107,9	5:7	67	102,7	107,4	112,1	116,8	121,5
1:8	20	76,7	79,7	82,7	85,7	88,7	3:8	44	92,0	96,2	100,3	104,5	108,6	5:8	68	103,1	107,9	112,6	117,3	122,1
1:9	21	77,5	80,6	83,7	86,7	89,8	3:9	45	92,5	96,7	100,9	105,1	109,3	5:9	69	103,5	108,3	113,1	117,9	122,7
1:10	22	78,4	81,4	84,6	87,7	90,8	3:10	46	93,1	97,3	101,5	105,8	110,0	5:10	70	104,0	108,8	113,6	118,5	123,3
1:11	23	79,2	82,3	85,5	88,7	91,9	3:11	47	93,6	97,9	102,1	106,4	110,7	5:11	71	104,4	109,3	114,1	119,0	123,9
2:0	24	80,0	83,2	86,4	89,6	92,9	4:0	48	94,1	98,4	102,7	107,0	111,3	6:0	72	104,8	109,7	114,6	119,6	124,5
WHO Child Growth Standards							4:1	49	94,6	99,0	103,3	107,7	112,0	NCHS 1077 de 5 a 6 años						