



UTPL

La Universidad Católica de Loja

Modalidad Abierta y a Distancia

Psicopatología Infantil

Guía didáctica

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas



Departamento de Ciencias de la Educación

Sección departamental Psicopedagogía

Psicopatología Infantil

Guía didáctica

Autora:

Iñiguez Auquilla Blanca Lucía



E D U C _ 3 1 4 6

Asesoría virtual
www.utpl.edu.ec

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario


Referencias
bibliográficas

Psicopatología Infantil

Guía didáctica

Iñiguez Auquilla Blanca Lucía

Universidad Técnica Particular de Loja

 4.0, CC BY-NY-SA

Diagramación y diseño digital:

Ediloja Cía. Ltda.

Telefax: 593-7-2611418.

San Cayetano Alto s/n.

www.ediloja.com.ec

edilojainfo@ediloja.com.ec

Loja-Ecuador

ISBN digital - 978-9942-39-154-4



La versión digital ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite: copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

29 de marzo, 2021

Índice

1. Datos de información.....	8
1.1. Presentación de la asignatura	8
1.2. Competencias genéricas de la UTPL.....	8
1.3. Competencias específicas de la carrera	9
1.4. Problemática que aborda la asignatura	9
2. Metodología de aprendizaje.....	11
3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje	12
Primer bimestre.....	12
Resultado de aprendizaje 1	12
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje.....	12
Semana 1	14
Unidad 1. Psicopatología en la etapa infantil	14
1.1. Evolución histórica de la psicología clínica infantil: concepto	15
1.2. Prevalencia de la psicopatología infantil.....	17
Actividades de aprendizaje recomendadas	17
Semana 2	18
1.3. Características de la psicopatología infantil.....	18
Actividades de aprendizaje recomendadas	19
Semana 3	20
1.4. Grupos diagnósticos de la psicopatología infantil	20
Semana 4	23
1.5. Evaluación en psicopatología	23

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

1.6. Objetivos y fases de la evaluación.....	24
Autoevaluación 1	32
Unidad 2. Trastornos psicopatológicos en la etapa infantil.....	34
Resultado de aprendizaje 2	34
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje.....	34
Semana 5	35
2.1. Discapacidad intelectual en la etapa infantil	35
Actividades de aprendizaje recomendadas	41
Semana 6	41
2.2. Trastornos del espectro autista	42
Actividades de aprendizaje recomendadas	46
Autoevaluación 2	47
Semana 7	48
2.3. La esquizofrenia infantil	48
2.4. Trastornos de la comunicación social y de movimientos estereotipados	53
Actividades de aprendizaje recomendadas	56
Actividades finales del bimestre	57
Semana 8	57
Actividades de aprendizaje recomendadas	57
Autoevaluación 3	58
Segundo bimestre	60
Resultado de aprendizaje 2	60
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje.....	60

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Semana 9	61
Unidad 3. Trastornos psicopatológicos en la etapa infantil (II parte)	61
3.1. Trastornos del déficit atencional e hiperactividad TDAH	61
Actividades de aprendizaje recomendadas	72
Semana 10	73
3.2. Consecuencias del TDAH en la escuela y la familia	73
Actividades de aprendizaje recomendadas	81
Semana 11	81
3.3. Trastornos del estado de ánimo en la primera infancia .	82
Actividades de aprendizaje recomendadas	89
Semana 12	90
3.4. Trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas. Factores de estrés en la infancia	90
Actividades de aprendizaje recomendadas	99
Autoevaluación 4	100
Semana 13	102
3.5. Trastornos graves de conducta en la etapa infantil	102
Actividades de aprendizaje recomendadas	111
Resultado de aprendizaje 3	112
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje.....	112
Semana 14	112

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Unidad 4. Ambientes saludables para el niño: familia y el círculo social cercano.....	112
4.1. Intervención educativa: un enfoque de prevención	112
4.2. Modelos de intervención educativa	113
Actividades de aprendizaje recomendadas	116
Semana 15	117
4.3. Experiencias de intervención en la educación inicial	117
4.4. Programas de educación emocional	120
4.5. Intervención educativa basada en el modelo de consulta	120
Actividades de aprendizaje recomendadas	122
Autoevaluación 5	123
Actividades finales del bimestre	125
Semana 16	125
4.6. Ambientes de trabajo saludables para el niño, la familia y el círculo social cercano	125
4. Solucionario	131
5. Glosario	136
6. Referencias bibliográficas	143

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

1. Datos de información

1.1. Presentación de la asignatura



1.2. Competencias genéricas de la UTPL

- Vivencias de los valores universales del humanismo de Cristo.
- Pensamiento crítico y reflexivo.
- Trabajo en equipo.
- Comportamiento ético.

1.3. Competencias específicas de la carrera

Las competencias que alcanzará usted como estudiante con el apoyo de esta asignatura son:

- Crear espacios adecuados para la interrelación de los niños, entre ellos, con las personas, objetos del medio que los rodean y las actividades que realizan.
- Reconocer y trabajar las potencialidades, intereses, habilidades y destrezas infantiles que propicien el desarrollo afectivo, intelectual, motriz, lingüístico y de autorregulación en los niños, así como diseñar, aplicar y evaluar acciones didácticas destinadas al desarrollo de estas capacidades.
- Utilizar estrategias para integrar a las familias y a la comunidad en el proceso educativo de los niños y niñas para lograr su formación como agentes educadores responsables.

1.4. Problemática que aborda la asignatura

Hablar de psicopatología infantil en el contexto escolar es una tarea ardua y difícil si tenemos en cuenta que los profesionales de la educación no tienen que diagnosticar ningún trastorno y su función es la de educar a su alumnado. Sin embargo, cada vez son más los niños que se integran en el contexto escolar con problemas de salud mental (se calcula que alrededor de un 15-20 % de los escolares tendrá algún problema psicopatológico que necesitará ayuda), haciéndose necesario un conocimiento de los principios que rigen las conductas patológicas en esas edades tan tempranas.

De todos es conocido que la escuela es una institución favorecedora de conductas positivas, pero no debemos olvidar que también se puede convertir en un factor de riesgo en la aparición de problemas

de salud mental, debidos a la propia institución, a los métodos pedagógicos tradicionales utilizados para enseñar o incluso a procesos previos que los menores tienen en el contexto familiar y que en la escuela pueden aparecer mucho más intensos. Así como un débil y adeudado proceso de inclusión educativa en cualquiera de los casos, parece claro que es necesario conocer los principios que rigen el proceso de enfermar de un niño, pues es la única manera que tendremos de prevenir e intervenir ante dichos problemas.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)



2. Metodología de aprendizaje

Se utilizarán tres tipos de metodología para lograr el resultado esperado, como son:

Aprendizaje basado en investigación: es un enfoque didáctico que le permitirá hacer uso de estrategias de aprendizaje activo para que desarrolle las competencias que le permitirán realizar una investigación creativa en el mundo del conocimiento. [Aprendizaje basado en investigación](#)

Autoaprendizaje: se trata de un sistema de aprendizaje en el que usted tiene los medios necesarios para adquirir los conocimientos requeridos sin necesidad de un profesor, es muy útil en educación a distancia. [Autoaprendizaje](#)

Aprendizaje por indagación: es una metodología de enseñanza - aprendizaje a través de la cual usted encontrará soluciones a distintos problemas a partir de un proceso de investigación.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas



3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje



Primer bimestre

Resultado de aprendizaje 1

Reconoce las diferentes alteraciones conductuales en niños de educación infantil.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje

Estimado estudiante, con un saludo fraterno me permito indicarle que en este primer bimestre estudiaremos dos unidades en las que realizaremos un estudio a conciencia sobre los aspectos generales y específicos de los principales trastornos psicopatológicos que se presentan con mayor incidencia en la etapa infantil.

En la primera unidad se revisará los conceptos, la evolución histórica, fundamentos, características y la etiopatogenia de la psicopatología infantil.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

En la segunda unidad identificaremos las características clínicas de cada uno de los trastornos psicopatológicos en la primera infancia, las posibles causas que los originan, y el tratamiento, todo esto con relación al papel que desempeña un educador inicial, en vista de que algunos de estos trastornos pueden tener su origen en la primera infancia y se puede hacer una intervención más oportuna e integral desde edades muy tempranas.

Es importante que antes de iniciar el estudio de esta asignatura, muy comedidamente le solicito que me permita conocerlo, por tal razón en la primera actividad será su participación en el foro de presentación, esto le servirá para conocerme como su docente, dialogar con sus compañeros que ya los conoce e iniciar un espacio académico de aprendizaje colaborativo y dinámico.

Lo invito a que durante todas las semanas usted pueda conectarse en el espacio de tutoría a través del entorno virtual por zoom, para manifestar inquietudes de la asignatura, tareas, actividades practico-experimentales y de trabajo autónomo.

Además, no olvide trabajar paralelamente con el texto básico, que es un recurso fundamental para el estudio.

Bienvenido al primer bimestre. El mejor de los éxitos.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Semana 1



Unidad 1. Psicopatología en la etapa infantil

«Educar a un niño no es hacerle aprender algo que no sabía, sino hacer de él alguien que no existía.»

JOHN RUSKIN (1819-1900)

Para iniciar la materia es fundamental que revisemos los aspectos generales de la psicopatología.

Iniciemos con sus conocimientos previos o prerrequisitos que usted ha traído de la preparación de ciclos anteriores, para ello daremos respuesta a las siguientes interrogantes sin la utilización de ningún recurso.

1. ¿Qué es la psicopatología?
2. ¿Para qué estudiar la psicopatología infantil?
3. ¿Tiene relación la psicopatología infantil con las alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas de los niños?
4. ¿Para qué le sirve a usted como educadora parvularia, la psicopatología infantil?

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Escriba sus respuestas en el cuaderno de notas para que en el transcurso de la lectura de los contenidos pueda ir comparando las respuestas con las del autor del texto base.

1.1. Evolución histórica de la psicología clínica infantil: concepto

Ahora vamos a dar lectura al capítulo 1 **Psicopatología en la edad escolar: concepto, características y clasificación.**



Fuente: ESB Professional/shutterstock.com

Revisando Psicología Online (2018), menciona que los indicios se encuentran a finales del siglo XVII cuando se produce un cambio en la concepción de la infancia y la adolescencia, con mayor aumento de la preocupación por su desarrollo. En 1801 fue entregado a Itard el “niño salvaje de Aveyron” para que lo tratase, con el objetivo de entrenar en habilidades sociales y el dominio de aprendizajes instrumentales.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Las primeras intervenciones en niños y adolescentes se inscriben en el contexto de la psicología del aprendizaje en su primer periodo de desarrollo, marcado por los reflexólogos rusos y los psicólogos de tradición norteamericana. Se estudiaron aspectos tan importantes como el reflejo de la rodilla (Twitmer), Krasnogorski (condicionamiento de una respuesta de deglución), Mateer y su investigación de la adquisición del olvido, el entrenamiento en discriminación y la inhibición del reflejo condicionado.

Burnham, (2018), calificó al condicionamiento clásico como la aportación fundamental para la pedagogía y la higiene mental. Los trabajos de Jones, Watson y Rayner constituyen un precedente básico de las intervenciones terapéuticas en niños y adolescentes. Mower inició el tratamiento en un grupo de niños con enuresis nocturna.

Tras la segunda guerra mundial y hasta la mitad del siglo XX, la intervención terapéutica infantojuvenil está fundamentalmente mediada por la “Holy Trinity”: un asistente social que entrevistaba a los padres, un psicólogo que administraba y aplicaba pruebas de evaluación y un psiquiatra que aplicaba el tratamiento.

Enfoques psicológicos tras la segunda guerra mundial:

- Escuela sudafricana (Wolpe): aplicaciones de la desensibilización sistemática y técnica de las imágenes emotivas.
- Escuela inglesa (Eysenck).
- Escuela norteamericana (Skinner).

Es de destacar el aumento de las investigaciones en las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI que han producido un aumento de los centros específicos para tratar los problemas

de salud mental exclusivamente en niños en etapa inicial de su infancia, a la par que un aumento en las técnicas de evaluación e intervención dentro de la psicopatología infantil.

1.2. Prevalencia de la psicopatología infantil

Afectan en mayor medida a niños que a niñas (esto no se cumple para trastornos emocionales como la depresión o los trastornos de ansiedad). Importancia vital de los factores psicosociales en cuanto a la edad de inicio, existe peor pronóstico cuanto menor sea la edad de inicio del trastorno.

Los trastornos del desarrollo, retrasos evolutivos y trastornos de la ingesta pueden detectarse a edades tempranas. Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad suelen hallarse poco antes o después de la escolarización. Los trastornos de ansiedad aparecen a cualquier edad.

La depresión, esquizofrenia y trastornos de la conducta alimentaria se inician en torno a la adolescencia. En cuanto al diagnóstico, existe un grupo de categorías diagnósticas que suelen iniciarse durante la infancia, la niñez o la adolescencia.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado estudiante, ahora que hemos iniciado este gran espacio de conocimientos sobre la psicopatología infantil, lo invito a que usted investigue y elija una definición de psicopatología infantil del autor con la que más se identifique y le haya llamado la atención.

- Autor.
- Definición de psicopatología infantil.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento word.

Ahora, es necesario que usted indague sobre las estadísticas de los trastornos psicopatológicos en la infancia en América Latina y Ecuador

¡Excelente trabajo en este inicio del saber siga adelante!



Semana 2



Fuente: Moremar/shutterstock.com

1.3. Características de la psicopatología infantil

Como hemos visto hasta ahora, el enfermar del niño es notablemente distinto al del adulto. Si seguimos a Rodríguez-Sacristán et al. (2005), una forma de distinguirlo es en función de sus características diferenciadoras. En este sentido, la capacidad de autorregulación (reversibilidad), la dependencia de la edad, el momento del ciclo vital y del contexto, la variabilidad sintomática

de una misma enfermedad en diferentes niños (individualidad) y la facilidad de asociación de las estructuras psicopatológicas (comorbilidad) serán las características más relevantes que el maestro deberá tener en cuenta a la hora de detectar problemas infantiles en el contexto escolar.

Es importante para un maestro saber que no todos los problemas que presentan los niños en el contexto escolar tienen la misma importancia, por lo que se hace necesario conocer las diferencias que existen en psicopatología en cuanto a los tipos de problemas que los niños pueden presentar a lo largo de su desarrollo evolutivo. Hemos visto que un problema psicopatológico es aquel que produce sufrimiento en quien lo padece y en su entorno más inmediato; sin embargo, existen problemas menores, llamados comunes, que tienen una alta prevalencia y que preocupan mucho al entorno, pues son muy molestos (por ejemplo: tartamudez, negativismo, timidez, dificultades de atención u onicofagia).

Sea cual sea la forma que utilicemos para determinar las diferencias entre los problemas infantiles y los adultos u otros niños normales, parece claro que el desarrollo evolutivo es la variable más importante para tener en cuenta y comprender los problemas infantiles, ya sea por sus características, por su forma de aparición y manifestación o por la profundidad de afectación.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado estudiante, con el propósito de asegurar una comprensión sobre las características de la psicopatología infantil que hemos visto en esta semana, lo invito a realizar la siguiente actividad con el fin de medir su aprendizaje.

1. ¿Qué características son las más sobresalientes que se deben tener en cuenta para hablar de que un niño tiene trastornos psicopatológicos en la primera infancia?
2. ¿En la primera infancia que aspectos nos pueden indicar que el niño posiblemente pueda desarrollar trastornos psicopatológicos?

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento word.

¡Felicitaciones, lo ha hecho muy bien!!



Semana 3

1.4. Grupos diagnósticos de la psicopatología infantil

Para la clasificación de los trastornos psicológicos en la infancia, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

La elaboración de los manuales diagnósticos se lleva a cabo mediante el consenso entre expertos en el área de salud mental. La CIE-10 (World Health Organization, 2001) es la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (en inglés ICD, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Es una clasificación diagnóstica estándar internacional y tiene un carácter eminentemente descriptivo que permite clasificar y codificar de forma alfanumérica las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. La última edición vigente es la décima.

El DSM o manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2014), elaborado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, es una clasificación de los trastornos mentales basada en descripciones claras de las categorías diagnósticas, de tal forma que se facilita el diagnóstico, investigación y tratamiento de los trastornos mentales. La edición vigente en la actualidad es la quinta (DSM-5).

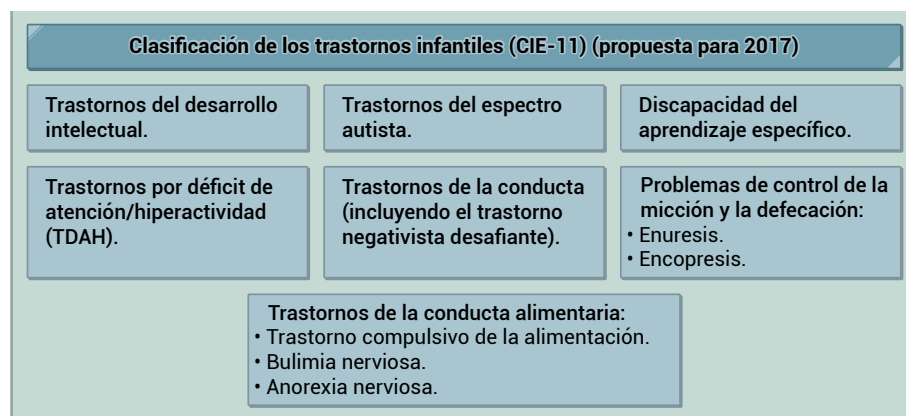
Los grupos diagnósticos comprenden las siguientes alteraciones:

Tabla 1.

Clasificación de los trastornos infantiles según el CIE-10

Clasificación de los trastornos infantiles según el CIE-10
Retraso mental:
<ul style="list-style-type: none"> • Retraso mental leve. • Retraso mental moderado. • Retraso mental grave. • Retraso mental profundo. • Otros retrasos mentales. • Retraso mental sin especificación.
Trastornos del desarrollo psicológico:
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos específicos del habla y del lenguaje. • Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar. • Trastornos específicos del desarrollo psicomotor. • Trastornos específicos del desarrollo mixto. • Trastornos generalizados del desarrollo. • Otros trastornos del desarrollo psicológico.
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia:
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos hiperkinéticos. • Trastornos disociales. • Trastornos de las emociones. • Trastornos del comportamiento social. • Trastornos por tics. • Otros trastornos del comportamiento y de las emociones.

Fuente: OMS, 1992

Tabla 2.*Clasificación de los trastornos infantiles (CIE-11) (propuesta para 2017)**Fuente:* CIE-11, 2017

Apreciado estudiante: en esta semana y con el propósito de alcanzar una comprensión e identificación de los grupos diagnósticos de la psicopatología infantil, lo invito a revisar la siguiente actividad:

- Busque en un diccionario psicológico, utilice el DSM V o el CIE 10 (también ya está el CIE 11) los conceptos de los trastornos que han enunciado en esta semana.
- Mencione dos características que se presentan en los niños cuándo hay presencia de
 - Enuresis.
 - Autismo.

Magnifico esfuerzo, ha alcanzado nuevos conocimientos, vamos a la siguiente semana.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento word.



Semana 4

EVA MARÍA RUBIO ZARZUELA

«Antes de actuar hay que observar con lucidez una realidad no siempre grata, hay que tomar consciencia de las dificultades para transformar esta realidad.»

ALBERT JACQUARD



Fuente: [Photographee.eu/shutterstock.com](https://www.photographee.eu/shutterstock.com)

1.5. Evaluación en psicopatología

El término evaluar en psicología suele asociarse al empleo y aplicación de instrumentos como escalas, tests, cuestionarios o similares. Pero la evaluación implica un proceso mucho más complejo que exige del profesional el estudio, integración e interpretación de la información recogida para efectuar el diagnóstico psicológico.

Según la definición de Fernández Ballesteros (2014), la evaluación psicológica:

«es aquella disciplina de la psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto o de un grupo de sujetos determinado, en su interacción recíproca con el ambiente físico y social, con el fin de describir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar su comportamiento» (p. 21).

Tenbrink (1981) lo define como:

«el proceso de obtención de información y de su uso para formular juicios que a su vez se utilizarán para tomar decisiones» (p. 19).

También se habla de evaluación como:

«el proceso de obtención de información que permite tomar decisiones sobre la producción de un cambio de conducta y la evaluación de ese cambio, en el marco de la terapia de conducta» (Mash, 1979, p. 24).

En definitiva, la evaluación o psicodiagnóstico es el paso previo para construir la intervención o tratamiento psicológico ante un trastorno clínico.

1.6. Objetivos y fases de la evaluación

El objetivo global del diagnóstico psicopatológico infantil es valorar para intervenir, o lo que es lo mismo evaluar para tratar. Este objetivo general puede desglosarse en diferentes objetivos que se concretan en las diversas fases de la evaluación (Fernández-Ballesteros, 2014; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Godoy, 1996).

Tabla 3.
Fases de la evolución

Fases de la evaluación	
<p>Fase 1. Determinar el motivo de consulta. Supone una primera recogida de información en la que se concreta el motivo de la demanda. La primera toma de contacto se inicia con la entrevista psicológica, con el objetivo de averiguar el motivo de la consulta, las conductas problemáticas principales y los objetivos o expectativas del sujeto.</p>	<p>Fase 4. Preparar y aplicar el plan de intervención. Todo proceso de evaluación debe incluir una propuesta de tratamiento. Así, todos los datos referentes al estado psicológico a psicopatológico tienen como último objetivo ayudar al niño.</p>
<p>Fase 2. Obtener los datos sobre las condiciones pasadas y actuales relevantes en el problema. Una vez conocido el motivo de la consulta, es necesario obtener información acerca de las condiciones actuales y pasadas del niño. Para ello, es necesaria la recogida de datos mediante diversos instrumentos en los diferentes contextos en los que se mueve el niño. Del mismo modo, se solicita los informes psicológicos o médicos relevantes realizados hasta ese momento.</p>	<p>Fase 5. Comunicar los resultados. Un aspecto de especial importancia es comunicar de forma adecuada los resultados de la evaluación y la línea de intervención.</p>
<p>Fase 3. Establecer a partir de los resultados obtenidos en fases anteriores, la hipótesis explicativa sobre el caso. Para la formulación de esta hipótesis hay que integrar toda la información que ha ido recopilando a través de los diferentes instrumentos de evaluación.</p>	



Fuente: dollyheidi/vecteezy.com

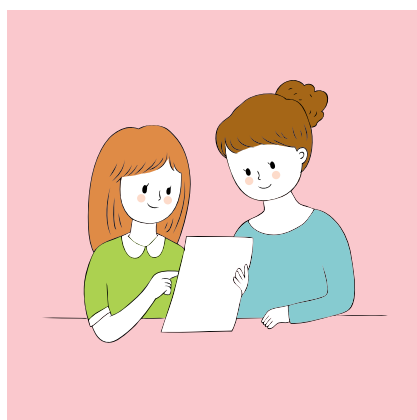
EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO: DSM-5 Y CIE-10

La elaboración de los manuales diagnósticos se lleva a cabo mediante el consenso entre expertos en el área de salud mental.

La CIE-10 (World Health Organization, 2001) es la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (en inglés ICD, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Es una clasificación diagnóstica estándar internacional, y tiene un carácter eminentemente descriptivo que permite clasificar y codificar de forma alfanumérica las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. La última edición vigente es la décima.

El DSM o *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (APA, 2014), elaborado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, es una clasificación de los trastornos mentales basada en descripciones claras de las categorías diagnósticas, de tal forma que se facilita el diagnóstico, investigación y tratamiento de los trastornos mentales. La edición vigente en la actualidad es la quinta (DSM-5).

PECULIARIDADES DE LA EVALUACIÓN INFANTIL



Fuente: sawitree promphithukkul/vecteezy.com

Algunas de las características de la evaluación en niños que le confieren una identidad propia respecto a la de los adultos son (Del Barrio, 2009; Mash y Terdal, 1988; McMahon, 1987; Rodríguez-Sacristán, 1995; Ross, 1987):

- El niño no acude a consulta por propia iniciativa ni se percibe a sí mismo como sujeto susceptible de evaluación y/o tratamiento psicológico. Son los adultos los que lo llevan por lo tanto, el planteamiento del problema motivo de consulta vendrá condicionado por los valores de los adultos y las expectativas que éstos tengan sobre el niño.
- La evaluación del problema debe realizarse teniendo en consideración que los adultos del contexto del niño forman, en menor o mayor grado, parte del origen, evolución y mantenimiento del problema. Por lo tanto, la forma en la que los adultos afrontan el problema va a condicionar el proceso de evaluación y de intervención psicológica. A menor edad, mayor necesidad de recurrir a personas allegadas al niño para un buen quehacer del proceso terapéutico. En consecuencia, la evaluación deberá estar dirigida al niño y a todos los elementos que forman parte de su vida: maestros, padres, compañeros, ambiente, etc.
- En ocasiones, algunos trastornos infantiles tienen imprevisibles remisiones, esto provoca con frecuencia cierto desconcierto en el sentido de que se puede esperar a que se produzca un cambio natural, que «se mejore con la edad», a medida que el niño se haga mayor y consecuentemente no se intervenga tempranamente, se puede haber perdido un tiempo muy valioso, especialmente en los casos más severos.

- La información transmitida por el niño puede ser mucho más limitada, debido a que puede haber dificultades de expresión verbal, vergüenza o timidez, deficiencias cognitivas, etc. También pueden aparecer miedos o distorsiones a la hora de interactuar con un adulto que es desconocido para él.
- El pronóstico evolutivo del trastorno puede verse condicionado por la edad en la que aparezca el mismo, lo cual determinará, a su vez, la gravedad, afectación y posible cronicidad de los síntomas.
- Hay que considerar la importancia de las variables ambientales y contextuales, ya que el niño está sometido a un mayor control y exposición al entorno físico y social que el adulto, siendo más permeable ante estos factores. Aunque el trastorno tenga un componente orgánico identificado, las variables ambientales deben ser tenidas en cuenta en nuestra evaluación. En este sentido, hay que tener en cuenta que organismo y ambiente interactúan constantemente, por lo que a menor edad se supone mayor influencia de las variables ambientales y contextuales.
- La evaluación en niños debe también hacerse con «perspectiva de futuro», yendo más allá de su medio y circunstancias actuales, con proyección hacia los retos o cambios vitales a los que se enfrentará.
- La evaluación infantil tiene un carácter procesual y continuo, lo que permite ser conscientes de los pequeños logros a lo largo de su modificación y de las circunstancias que le rodean. Se evalúa antes de comenzar la intervención, al principio del tratamiento, durante el proceso, al final y en el seguimiento.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

- Antes de analizar, ordenar, integrar e interpretar los datos observados y recogidos a través los diversos instrumentos es imprescindible que el evaluador disponga de los conocimientos técnicos y científicos adecuados acerca del desarrollo infantil, de los procesos psicopatológicos infantiles, de los procedimientos e instrumentos de evaluación, etc. No se puede realizar un diagnóstico veraz si no tenemos formación clínica, si no sabemos distinguir entre los distintos síndromes, si no conocemos ni estamos familiarizados con los criterios para afirmar o negar la existencia de trastornos y si no sabemos emplear los medios e instrumentos que sean de utilidad en el diagnóstico.
- Debemos tener siempre presente que la evaluación es un proceso continuo que interacciona con la intervención, de tal forma que al evaluar podamos introducir algún cambio en los elementos que mantienen la conducta. Así, la evaluación introduce cambios en la intervención, y ésta a su vez puede modificar la forma o el tipo de evaluación.



Fuente: Dooder/vecteezy.com

Cuando llevamos a cabo la evaluación con niños mediante diferentes instrumentos, no es suficiente tener una adecuada formación profesional y un conocimiento técnico de las diferentes herramientas aplicadas, sino que también, debido a las peculiaridades de esta población, tenemos que desarrollar la

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

habilidad necesaria para adaptarnos a las características de cada niño y hacer la prueba o instrumento lo más atractiva posible para el niño.

Asesoramiento



Fuente: [Photographee.eu/shutterstock.com](https://www.photographee.eu/shutterstock.com)

A la hora de evaluar e intervenir en niños siempre hay que tener en consideración que una parte fundamental de este trabajo, tanto en tareas de evaluación como de intervención, es el asesoramiento de los adultos existentes en el contexto del niño: padres, maestros, familiares u otros. Por ello, el profesional debe ser capaz de sintetizar los resultados de las diferentes pruebas, trasladarlas a los familiares y dotarles de las herramientas necesarias para un funcionamiento autónomo.

Prudencia

El principio de prudencia debe regir en el proceso de la evaluación e intervención infantil. Este principio hace referencia a que el niño es un ser en desarrollo y que puede haber cambios fisiológicos o en su entorno que puedan incidir tanto en el diagnóstico como en el pronóstico efectuados. Por lo tanto, incluso en casos muy obvios sería aconsejable la cautela a la hora de establecer afirmaciones rotundas sobre la evolución y pronóstico de cualquier trastorno, ya sea positivo o negativo.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

LA INTERACCIÓN CON EL NIÑO DURANTE EL PROCESO DE LA EVALUACIÓN

A lo largo de todo el proceso terapéutico es donde adquiere sentido aquello de que cada niño es un mundo. Algunos niños se muestran espontáneos a la hora de proporcionar información, mientras que otros pueden mostrar numerosas resistencias o dificultades de expresión, como el mutismo, la sordomudez, las afasias, la debilidad mental, etc., que impedirán que se pueda realizar una evaluación adecuada y fiable. Estas dificultades complican la obtención de información y conducen a otras vías para solventar tales problemas.

Así, es aconsejable tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Generalmente, los niños pequeños aportan poca información en una entrevista, y por ello muchos psicólogos prefieren intervenir basados en la información obtenida de los padres y en la observación directa del niño.
- En los primeros contactos hay que establecer con él la mejor comunicación posible.
- Se recomienda no forzar las situaciones. Si un niño no desea dibujar o realizar cualquier actividad no es recomendable obligarle.
- Es frecuente que los niños tímidos acudan a consulta preocupados y temerosos acerca de lo que el terapeuta les preguntará o hará. Esto es especialmente relevante en el caso de los niños que han sufrido abusos o maltratos físicos y/o psíquicos.

En esta semana vamos a realizar nuestra primera autoevaluación, con la finalidad de medir los aprendizajes que hemos hecho con estos interesantes temas.



Autoevaluación 1

Responda a las siguientes preguntas con verdadero y falso, según corresponda:

1. () Los factores evolutivos son esenciales para comprender el proceso de enfermar en los niños.
2. () Los determinantes de la psicopatología infantil son: el organismo, el contexto y las experiencias particulares.
3. () La cronodependencia hace referencia a la facilidad que tienen los niños de estructurar-desestructurar las conductas con la edad.
4. () La asociación de dos o más estructuras patológicas en un mismo niño se denomina psicopatoplastia del contexto.
5. () El término «normalidad estadística» hace referencia al criterio.
6. () cualitativo de normalidad.
7. () La familia y la escuela siempre son factores de protección ante la aparición de problemas de salud mental en los niños.
8. () El síntoma es la expresión individual de un problema.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

9. () La DSM-5 ha sustituido el sistema multiaxial de clasificación por un enfoque más dimensional de las categorías diagnósticas.

Hemos completado la primera unidad, y usted ha hecho un excelente trabajo, sigamos con este mismo entusiasmo.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer
bimestre](#)

[Segundo
bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Glosario](#)

[Referencias
bibliográficas](#)



Unidad 2. Trastornos psicopatológicos en la etapa infantil

Resultado de aprendizaje 2

Identifica patologías o trastornos infantiles.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje

Excelente trabajo el que ha hecho en la primera unidad, ahora bien, con ese mismo compromiso lo invito a revisar los elementos que están en relación con la segunda unidad y sobre todo a nuestro resultado de aprendizaje.

Identificar patologías o trastornos infantiles es una tarea interdisciplinaria, sin embargo, el educador inicial, al estar en contacto con el niño, no solo puede dar a conocer las primeras pautas para que con base a estas características que observa comunique a la familia, a los tutores para confirmar con una evaluación de la patología que se observa, sino también que al conocer estas características, pueda desarrollar un plan de trabajo que le beneficie al niño en el proceso de estimulación temprana.

En esta unidad vamos a conocer los principales trastornos infantiles que son más recurrentes y con los que la educación inicial puede emprender un proceso de estimulación temprana si se conoce el diagnóstico lo más pronto, se va a identificar las características que tiene cada trastorno, la parte clínica, la evaluación, y el tratamiento.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Semana 5

Para iniciar le solicito que realice la lectura de la página 63 hasta la 83 del texto base Psicopatología en el contexto escolar.

2.1. Discapacidad intelectual en la etapa infantil

Los alumnos con discapacidad intelectual (en adelante DI) constituyen un grupo muy diverso debido a las implicaciones que tienen sus diferentes niveles de gravedad y a las necesidades de apoyo educativas derivadas de los mismos.

Las primeras experiencias que permitieron escolarizar a los alumnos con DI estuvieron marcadas por la utilización de la clasificación basada en el cociente intelectual (en adelante CI), lo que permitió asignar etiquetas que hacían referencia a su pertenencia a uno u otro rango de CI.

Concepto: un enfoque multidimensional

El concepto de discapacidad intelectual (DI) ha evolucionado a lo largo de los años en función de las opiniones de la sociedad y del estado de los conocimientos en el ámbito de la salud y la educación y en el de los servicios sociales. Pero todavía hoy continúa en proceso de delimitación.

El consenso en la terminología ha venido seguido de la muy esperada convergencia de los criterios diagnósticos y de clasificación, de forma que hoy la discapacidad intelectual queda definida por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, que se originan durante

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

el período de desarrollo. Para la AAIDD, el límite de este período de desarrollo queda establecido a la edad de 18 años.

En síntesis, el actual concepto entiende la discapacidad intelectual (DI) como el ajuste entre las capacidades de la persona y el contexto en el que ésta funciona. Concepto que es necesario entenderlo dentro de una perspectiva ecológica y multidimensional del funcionamiento humano, donde se destaca el papel esencial que los apoyos individualizados desempeñan en la mejora de dicho funcionamiento.

Etiología de la discapacidad intelectual

Como ya ha quedado recogido en el apartado de aspectos conceptuales, la etiología constituye un elemento clave en la dimensión de salud, y para la DI se considera multifactorial, con cuatro categorías de factores de riesgo: biomédico, social, conductual y educativo.

No obstante, a pesar de los avances biomédicos y del esfuerzo por contemplar la multifactorialidad como clave para entender la aparición de la DI, todavía existe un número significativo de casos en los que se desconoce la causa de esta patología.

Por su relación con el ámbito educativo, uno de los factores que ha recibido más atención es la deficiencia en la crianza y en concreto la utilización de un código lingüístico familiar restringido, ya que dicho factor, por sí solo, puede determinar la aparición de baja competencia curricular y dificultades en los aprendizajes.

Criterios diagnósticos de la discapacidad intelectual

Incluidas dentro del capítulo sobre trastornos del desarrollo neurológico del DSM-5 (APA, 2014), las discapacidades intelectuales se clasifican a su vez en tres apartados: discapacidad intelectual, retraso general del desarrollo y discapacidad intelectual no especificada.

Criterios diagnósticos de la discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual y también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

- a. Deficiencias de las funciones intelectuales como, el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia.
- b. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social.
- c. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo, para ello se distinguen cuatro escalas de gravedad: leve, moderada, grave y profunda.

Criterios diagnósticos del retraso general del desarrollo neurológico

Este diagnóstico se reserva para individuos menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia.

Esta categoría se diagnostica cuando un sujeto no cumple con los hitos de desarrollo esperados en varios campos del funcionamiento intelectual.

Criterios diagnósticos de la discapacidad intelectual no especificada

Se reserva para individuos mayores de 5 años cuando la valoración del grado de discapacidad es difícil o imposible debido a deterioros sensoriales o físicos asociados, como ceguera o sordera prelingual, discapacidad locomotora o presencia de problemas de comportamiento graves o la existencia concurrente de trastorno mental. Esta categoría solo se utilizará en circunstancias excepcionales y se debe volver a valorar después de un período de tiempo.

Formas clínicas que cursan con discapacidad intelectual

Seguidamente se describen algunas de las formas clínicas que están asociadas a la discapacidad intelectual y que, dada su aceptable expectativa de vida en la mayoría de los casos estas formas clínicas se identifican con síndromes o enfermedades bien definidas: síndrome de Down, síndrome de Turner, síndrome X – frágil, síndrome de Prader – Willi, síndrome de Williams, síndrome de Angelman, síndrome de Maullido de Gato, síndrome de Rubinfeld – Taybi, Fenilcetonuria (PKU) y síndrome Alcohólico fetal.

Comorbilidad y diagnóstico diferencial en discapacidad intelectual

Para paliar estas dificultades han surgido varias guías clínicas para el diagnóstico de enfermedades mentales en personas con DI. La más conocida y aplicada en nuestro contexto es el Manual de diagnóstico-discapacidad intelectual (DM-ID, siglas en inglés), que supone una adaptación de los criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de trastornos mentales en personas con DI (edición española en 2010).

Evaluación en discapacidad intelectual

El proceso de evaluación deberá ir dirigido a la búsqueda de información sobre las necesidades en cada una de las cinco dimensiones para relacionarlo con los diferentes niveles de apoyo con respecto a la evaluación diagnóstica, se relacionan los principales instrumentos que se emplean para evaluar el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, elementos básicos en las definiciones actuales de la discapacidad intelectual. Necesidades de evaluación en las cinco dimensiones del modelo multidimensional del funcionamiento humano: habilidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacción y roles, salud y contexto.

Seguidamente, recomendamos algunas de las sugerencias de Sattler (2003) para aplicar pruebas a niños con necesidades educativas especiales. Entre otras: conocer los procedimientos de la prueba, establecer reglas sencillas, utilizar algo atractivo como incentivo, reconocer los esfuerzos del niño y hacer comentarios agradables, utilizar afirmaciones directivas que enfatizen las conductas deseables, corregir o ignorar las conductas de lloro, grito o queja, realizar descansos, eliminar cualquier distracción y reconocer la frustración del niño.

Por último, es preciso tener en cuenta que los contenidos relativos al informe diagnóstico estarán relacionados con la identificación de las necesidades educativas especiales, para lo que será necesario tener en cuenta no solo la competencia curricular del alumno, sino también las características de los contextos de enseñanza-aprendizaje, familiar y social.

Intervención educativa en discapacidad intelectual

La Declaración de Salamanca (UNESCO, 1994) hizo surgir un importante consenso, casi universal, en relación con la educación

de los alumnos con DI: «que cada niño tenga el derecho básico a la educación, intentando que sean educados en aulas inclusivas junto con sus iguales sin discapacidad» (citado en AAIDD, 2010). En concreto, se insta a:

- Adoptar el principio de educación inclusiva en las leyes y en las políticas, matriculando a todos los niños en colegios ordinarios.
- Respaldar el enfoque de educación inclusiva y avalar el desarrollo de la educación de alumnos con necesidades especiales como parte integral de todos los programas educativos.

No obstante, para conseguir estas metas, tanto en el contexto educativo como en el familiar, es necesario trabajar de forma coordinada para consensuar normas y procedimientos que eviten la sobreprotección y que favorezcan el desarrollo de la persona. Antequera et al. (2008, pp. 35-38) recogen cuatro modelos metodológicos que pueden favorecer aprendizajes significativos y funcionales en diferentes contextos.

- Modelo ecológico y funcional con una programación por entornos. La forma de trabajar está basada en un aprendizaje interactivo, a través del modelado y el encadenamiento.
- Modelo de estimulación multisensorial (atención temprana). El objetivo básico es despertar los sentidos.
- La enseñanza de habilidades comunicativas y sociales.
- El tratamiento de las conductas problemáticas como conductas desafiantes. Modelo basado en la teoría de la hipótesis funcional o comunicativa de las conductas de Carr.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Querido estudiante: con la temática estudiada en esta semana, revise las siguientes inquietudes para conocer más sobre la discapacidad intelectual en la primera infancia.

- Qué puede originar discapacidad intelectual en un niño.
- Si en su aula de inicial 1, a usted le asignan un niño con discapacidad intelectual, plantee al menos tres objetivos para trabajar en el aula.
- Selecciona tres conductas-meta para trabajar en el aula con este niño que está en su salón de clases.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento word.

Excelente trabajo, vamos por muy buen camino.



Semana 6

«La primera tarea de la educación es agitar la vida, pero dejarla libre para que se desarrolle».

MARÍA MONTESSORI (1870-1952)

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

2.2. Trastornos del espectro autista

Los trastornos del espectro autista, por definición es un conjunto de síntomas que requieren adoptar medidas psicoeducativas especiales, debido a la gravedad de los síntomas. La prevalencia de estos trastornos va a depender de la fuente que consultemos.

Fortea, Escandell y Castro (2013) sostienen que las tasas de prevalencia de los TEA han ido en aumento a lo largo de los últimos años, situándose alrededor del 1 por 100 de la población infantil e incluso mayores para todo el espectro autista. Este aumento se debe en parte a los nuevos criterios diagnósticos que propone la DSM-5 (APA, 2014), que ha sustituido el criterio categorial multiaxial de la DSM-IV-TR (APA, 2003) por uno más dimensional que prioriza la gravedad de los síntomas más que la etiqueta diagnóstica.

En cualquier caso, e independientemente de la prevalencia, los TEA que se presentan en el contexto escolar van a necesitar la ayuda de las aulas de apoyo y de centros específicos y, en muchos casos, la adaptación curricular general, así como, en los casos más graves, un aula especial para cubrir sus necesidades educativas especiales.

Conceptualización de los TEA

Para comprender el concepto de autismo desde un punto de vista científico, debemos retroceder hasta principios del siglo XX, cuando Bleuler, en su obra *Dementia praecox of the group of schizophrenias* (1950, del original de 1913), definió por primera vez los términos esquizofrenia y autismo. Para este autor el autismo era un grupo de alteraciones que se encuadraban dentro de los trastornos esquizofrénicos. Kanner, a partir de los trabajos de Bleuler, realizó en 1943 un estudio con 11 niños y niñas y describió y conceptualizó el «síndrome autista». Un año después, en 1944, Asperger define el término «psicopatía autista» para referirse a niños que presentan

síndromes autistas, pero con un desarrollo cognitivo menos alterado que los descritos por Kanner (Cuxart y Jané, 1998; Garrabé, 2012).

Etiología de los TEA


Las causas de los TEA no están todavía claras, y parece que la causa biológica (esencial en este tipo de patologías) no es la única, debiendo pensar en factores multicausales. Lo que sí está claro es que los TEA están asociados a múltiples anomalías orgánicas, que hacen tan variada su presentación clínica que sugiere la influencia de factores ambientales que determinan en muchos casos la gravedad de los síntomas.

Manifestaciones clínicas de los TEA

Los TEA son alteraciones neurológicas con base genética influenciadas por factores ambientales que determinan la amplitud y gravedad de los síntomas que aparecen en la infancia y se caracterizan por la presencia de tres grandes síndromes (es a lo que se denomina la tríada de Wing): problemas en la interacción social, de comunicación y patrones de conducta inflexibles y restrictivos (Wing, 1993).

[Índice](#)[Primer
bimestre](#)[Segundo
bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias
bibliográficas](#)

Tabla 1.*Factores biológicos y ambientales de los TEA*

Factores biológicos de los TEA	
	1. Factores biológicos Gran heterogeneidad genética (herencia autosómica recesiva). <ul style="list-style-type: none"> • Herencia unida al cromosoma X-frágil. • Relación entre alteraciones genéticas y neurológicas. • Crecimiento cerebral en período prenatal. • Alteraciones en la corteza cerebral y el sistema límbico. • Problemas en el cerebelo. • Niveles bajos de inmunoglobulina A.
	2. Factores ambientales <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones prenatales y perinatales. • Infecciones víricas. • Exposición a tóxicos (mercurio y ácido valproico, talidomina o alcohol).

Fuente: adaptado de Balmaña y Calvo, 2014; Vargas y Navas, 2012.

Criterios diagnósticos de los TEA

Seguendo la DSM-5 (APA, 2014), los TEA incluyen los trastornos previamente llamados autismo de la primera infancia, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno de Asperger.

Evaluación de los TEA

Evaluar los TEA es muy importante, pues el diagnóstico precoz de los mismos va a servirnos para aplicar de una manera rápida y efectiva determinados programas de prevención e intervención, con el objetivo de que los síntomas no aparezcan de una manera súbita y el pronóstico sea mejor. Para realizar bien el diagnóstico de esta

categoría nosológica debemos realizar una buena historia clínica y psicopatológica del niño y sus familiares, donde debemos explorar la conducta verbal y no verbal (trastornos del lenguaje, desinterés, aislamiento, falta de empatía o problemas en la comunicación social), la posible aparición de problemas en el desarrollo cognitivo y una exhaustiva exploración neuropsicológica.

Tratamiento de los TEA

Los tratamientos de los TEA deben ser multimodales y multidisciplinarios, con intervención en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del niño afectado.

- **Farmacológico:** no existe ningún fármaco específico para tratar los TEA; sin embargo, se ha comprobado la eficacia de la vitamina 6 (para mejorar el comportamiento autista), la fenfluramina (mejora la hiperactividad, al disminuir los niveles de serotonina en sangre), naltrexona (mejora el comportamiento y la hiperactividad, al bloquear los receptores opioides), clonidina (disminuye la irritabilidad), clomipramina (un antidepresivo que disminuye las estereotipias, agresividad e hiperactividad) y los neurolepticos (son los más utilizados — haloperidol y risperidona —, pues disminuyen la hiperactividad, impulsividad, las obsesiones y la agresividad) (Alcamí et al., 2008).
- **Psicoterapia:** las técnicas de modificación de conducta han mostrado su eficacia en la extinción de conductas disruptivas y en el desarrollo de nuevos aprendizajes. Asimismo, el modelado ha permitido desarrollar estrategias de autocuidado. En cualquier caso, parece que la intervención en el contexto familiar y escolar es básica en el tratamiento de los niños con TEA.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado estudiante, ahora bien, vamos a aplicar los conocimientos adquiridos sobre los T.E.A., por lo tanto, lo invito a que responda V o F, según corresponda, revise como apoyo el libro base.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Autoevaluación 2

1. () Los TEA se caracterizan por una alteración neurológica de base genética influenciada por factores ambientales.
2. () Los síndromes de los TEA se pueden agrupar en problemas en la comunicación social y en un repertorio de conductas restringido y estereotipado.
3. () LA DSM-5 mantiene un criterio multiaxial para el diagnóstico de los TEA.
4. () En el contexto escolar es necesario realizar manipulaciones ecológicas para adaptar el ambiente a los niños con TEA.

¡Felicitaciones, tiene un gran avance de conocimientos, siga adelante!

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer bimestre](#)

[Segundo bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Glosario](#)

[Referencias bibliográficas](#)



Semana 7



Fuente: snob/shutterstock.com

2.3. La esquizofrenia infantil

La historia de la psiquiatría es la historia del término esquizofrenia (Colodrón, 1990). Aunque hay referencias de la enfermedad desde el año 1400 a.C., no es hasta finales del siglo XVIII cuando se realiza la primera clasificación de las psicosis, agrupándolas bajo el término de «locura» con dos categorías distintas: la melancolía (para describir a los enfermos deprimidos) y la manía (para diagnosticar al resto de enfermos).

En la actualidad, y con la introducción de la clorpromacina (1952), se revoluciona el concepto de esquizofrenia y se produce un retorno a las posiciones clínico-biológicas. De hecho, podemos afirmar que las clasificaciones actuales son más deudoras de Kraepelin y Schneider que de Bleuler (Pichot, 1995).

La OMS (1992) sostiene que los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por: «distorsiones fundamentales y típicas de la percepción y de las emociones, estas últimas en forma de

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

embotamiento o falta de adecuación de estas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos» (p. 115).

La DSM-5 (APA, 2014) sostiene que los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se definen como «anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonia) y síntomas negativos» (p. 87).

Etiología de la esquizofrenia

Los procesos etiológicos implicados en la esquizofrenia, aun a riesgo de equivocarnos, no están claros, aunque la base biológica de estos es clara, como muestran los estudios científicos. Sin embargo, parece que hay procesos de vulnerabilidad ambiental que facilitan el desarrollo de este tipo de alteraciones. Así pues, podemos decir que los dos factores etiológicos más importantes son los biológicos y ambientales, aunque sugiriendo un modelo de interacción entre ambos (Baeza y De la Serna, 2014).

Manifestaciones clínicas de la esquizofrenia

- **Delirios:** son creencias fijas que no pueden cambiarse, aunque haya pruebas en su contra. Estas creencias pueden ser extravagantes (inverosímiles, incomprensibles y no proceden de la vida normal del individuo) y no extravagantes, como: delirio de persecución, delirio de referencia, delirio de grandeza, delirio erotomaníaco, delirio nihilista, delirio somático, delirio de culpa o pecado, delirio de control e influencia, delirio religioso.

- **Alucinaciones:** percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo real, pero que para el sujeto son verdaderas, pues tienen todas las características de una percepción normal y no están sujetas al control voluntario, como: alucinaciones auditivas, visuales, cenestésicas y olfatorias.
- **Pensamiento (discurso) desorganizado:** los trastornos formales del pensamiento son los siguientes: descarrilamiento (asociaciones laxas), tangencialidad e incoherencia.
- **Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía):** la psicomotricidad puede verse alterada de muchas maneras, desde conductas infantiles a procesos de agitación graves. Entre los trastornos más importantes destacamos los siguientes: estereotipias motoras, ecopraxia, negativismo, apariencia y modales deteriorados, estupor, adopción de posturas rígidas e inapropiadas o extravagantes.
- **Síntomas negativos:** son los causantes de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo síntomas mas asociados con la afectividad y una disminución en el repertorio conductual del paciente.

Criterios diagnósticos de la esquizofrenia

Los síntomas psicóticos de la esquizofrenia aparecen en la adolescencia tardía y la mitad de la edad adulta (en torno a los 30 años), siendo muy raro, como ya hemos comentado, antes de los 18 años. En general, el curso de la enfermedad es cíclico, pasando por una serie de etapas que están muy bien descritas por McClellan y Werry (2001). Estos autores señalan cinco fases:

- **Fase premórbida:** se detectan, sobre todo en los primeros años de la escolaridad obligatoria, problemas conductuales del lenguaje y de la motricidad, así como graves dificultades en la interacción social.

- **Fase prodrómica:** aparición de signos que avisan de la llegada de los síntomas psicóticos característicos. Esta fase se caracteriza por un deterioro funcional que puede durar días o incluso meses.
- **Fase aguda:** predominio de síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento desorganizado y síntomas negativos). Esta fase puede durar, generalmente, entre 1-6 meses.
- **Fase de recuperación:** predominio de síntomas negativos, relacionados sobre todo con la afectividad, que muestran el marcado deterioro que la fase aguda ha producido en el enfermo.
- **Fase residual:** deterioro persistente por el mantenimiento de síntomas negativos.
- **Deterioro crónico:** sintomatología psicótica crónica a pesar de los tratamientos. El deterioro se produce al completar ciclos de la enfermedad.

Evaluación de la esquizofrenia

La evaluación de la esquizofrenia, al igual que la de los TEA, se basa en una exploración exhaustiva mediante la historia clínica y psicopatológica del niño y familiares, donde debemos explorar la conducta verbal y no verbal, el deterioro cognitivo que presenta, así como una exploración neuropsicológica.

Además, se disponen de algunos instrumentos de evaluación:

- Schedule for affective disorders and Schizophrenia for school-age children-present and lifetime versión (K-SADS-PL) (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao et al., 1997).

- Interview for Childhood Disorders and Schizophrenia (ICDS) (Russell et al., 1989; citado por Remschmidt, 2003).
- Diagnostic interview for children and adolescents (Herjanic y Reich, 1982; citado por Remschmidt, 2003).
- Positive and negative syndrome scale for children and adolescents (KIDDIE-PANSS) (Fields, Grochowski, Lindenmayer, Kay, Grosz, Hyman y Alexander, 1994).
- ESQUIZO-Q. Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia (Fonseca, Muñiz, Lemos, Paino y Villazón, 2009).

Tratamiento de la esquizofrenia

El tratamiento adecuado de la esquizofrenia en los niños y adolescentes debe beneficiarse de la combinación de terapias individuales, familiares y/o de grupo, como apoyo de la terapia farmacológica, esencial en este tipo de patologías. Este tratamiento debería ser personalizado, según el nivel de desarrollo del niño y los factores sintomatológicos, etiológicos, de pronóstico y de tratamiento para las esquizofrenias infantiles.

- **Farmacológico:** el tratamiento antipsicótico es el más utilizado en los enfermos de esquizofrenia. Aunque su efectividad está bien comprobada en los adultos, en los niños se producen muchas resistencias, sobre todo de las esquizofrenias muy tempranas. Los antipsicóticos se utilizan para disminuir los síntomas positivos de las fases agudas y disminuyen algo los síntomas negativos.
- **Psicosocial:** incluyen estrategias para mejorar el funcionamiento familiar, la resolución de problemas y los factores de comunicación, la prevención de recaídas y el entrenamiento en habilidades sociales para el afrontamiento y resolución de conflictos familiares y sociales.

2.4. Trastornos de la comunicación social y de movimientos estereotipados

En este capítulo se han incluido estos dos trastornos, por la relación directa que tienen con los trastornos del espectro autista. La única diferencia entre ellos es que en los trastornos de la comunicación social (pragmático) no se presentan patrones de conducta restringidos/repetitivos, intereses o actividades, y que en el trastorno de movimientos estereotipados hay una ausencia de problemas en la comunicación social. El trastorno de la comunicación social (pragmático) lo define la DSM-5 (APA, 2014) como:

«dificultad primaria con la pragmática, o el uso social del lenguaje y la comunicación, que se manifiesta en forma de deficiencias de la comprensión y para seguir las reglas sociales de comunicación verbal y no verbal en contextos naturales, para cambiar el lenguaje según las necesidades del que escucha o la situación y para seguir las normas de conversación y narración» (p. 48).

Los criterios diagnósticos de este trastorno aparecen en la siguiente tabla, página 105-107 del libro base.

Tabla 2.

Criterios diagnósticos del trastorno de la comunicación social (pragmático) (DSM-5)

Criterios diagnósticos del trastorno de la comunicación social (pragmático) (DSM-5)	
A.	Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todos los siguientes factores: <ol style="list-style-type: none"> 1. Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social. 2. Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal. 3. Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción. 4. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (por ejemplo, hacer interferencias) y significados no literales o ambiguos del lenguaje (por ejemplo, expresiones idiomáticas, humor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).
B.	Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.
C.	Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo (pero las deficiencias pueden no manifestarse totalmente hasta que la necesidad de comunicación social supera las capacidades limitadas).
D.	Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro del autismo, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.

Fuente: DSM-V, 2013

El trastorno de movimientos estereotipados se define, según la DSM-5 (APA, 2014), como «el comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo» (p. 78). Sus criterios diagnósticos aparecen en la tabla 4.11 del libro base página 106

Tabla 3.

Criterios diagnósticos del trastorno de movimientos estereotipados (DSM-5)

TIPOS	CARACTERÍSTICAS
A.	Comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo (p. ej., sacudir o agitar las manos, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse o golpearse el propio cuerpo).
B.	El comportamiento motor repetitivo interfiere en las actividades sociales, académicas u otras, y puede dar lugar a la autolesión.

TIPOS	CARACTERÍSTICAS
C.	Comienza en las primeras fases del período de desarrollo.
D.	El comportamiento motor repetitivo no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección neurológica, y no se explica mejor por otro trastorno del desarrollo neurológico o mental (por ejemplo, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello] o trastorno obsesivo-compulsivo).

Especificar si:

- **Con comportamiento autolesivo** (o comportamiento que derivaría en lesión si no se

emplearan medidas preventivas).

- **Sin comportamiento autolesivo.**

Especificar si:

- **Asociado a una afección médica o genética, un trastorno del desarrollo neurológico o un factor ambiental conocidos** (por ejemplo, síndrome de Lesch-Nyhan, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], exposición intrauterina al alcohol, etc.).

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** los síntomas desaparecen fácilmente mediante estímulo sensorial o distracción.
- **Moderado:** los síntomas requieren medidas de protección explícitas y modificación del comportamiento.
- **Grave:** se necesita vigilancia continua y medidas de protección para prevenir lesiones graves.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado estudiante, con la finalidad de incrementar nuestro aprendizaje, se ha preparado el análisis de un caso práctico, consiste en el visionado de dos vídeos sobre la vida de January, documentales producidos por Discovery Channel de una duración aproximada de 45 minutos cada uno. A continuación, presentamos los enlaces para poder visionar dichos documentales:

[DIAGNÓSTICO: NIÑA ESQUIZOFRENICA](#)

[LA ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS TRES AÑOS DESPUÉS](#)

Actividades prácticas

Con base a la observación de los dos videos, lo invito a que reflexione y conteste las siguientes preguntas:

1. Especifique con ejemplos de los vídeos los síntomas más característicos que aparecen en la enfermedad de January.
2. Diferencie la esquizofrenia infantil de January de otras enfermedades (autismo, TDAH, bipolaridad).
3. ¿Qué reflexiones desde su formación de Ecuador inicial le han quedado luego de revisar estos videos?

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento word.

¡El camino hacia al éxito está en nuestras hábitos, vamos por mejores días, lo está haciendo muy bien!.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas



Actividades finales del bimestre



Semana 8

Estimados estudiantes durante esta semana se realiza un resumen de los principales conceptos estudiados hasta el momento, para esto les invito a revisar el recurso que también les apoyará como preparación del examen bimestral

[La esquizofrenia infantil](#)



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado estudiante, le sugiero que lea con mucho detenimiento la semana 7 y el recurso preparado del texto base desde la página 85 a la 111. Una vez comprendida la lectura, es importante que usted resuelva las siguientes preguntas que miden su conocimiento y dedicación a la materia.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Autoevaluación 3

1. () Kanner fue el primero que describió el concepto de esquizofrenia infantil.
2. () Los TEA se caracterizan por una alteración neurológica de base genética influenciada por factores ambientales.
3. () Los síndromes de los TEA se pueden agrupar en problemas en la comunicación social y en un repertorio de conductas restringido y estereotipado.
4. () LA DSM-5 mantiene un criterio multiaxial para el diagnóstico de los TEA.
5. () Los síntomas positivos de la esquizofrenia, según la DSM-5, son: delirios, alucinaciones, pensamientos (discurso) desorganizados y comportamientos motores anómalos.
6. () En la fase de recuperación de la esquizofrenia predominan los síntomas positivos sobre los negativos.
7. () En el trastorno de la comunicación social (pragmática) no aparecen patrones de conducta restringida y estereotipada.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

8. () En el contexto escolar es necesario realizar manipulaciones ecológicas para adaptar el ambiente a los niños con TEA y/o esquizofrenia.

Excelente trabajo el que ha hecho en esta semana y finalización del primer bimestre, lo felicito por cada esfuerzo y dedicación.

Buen trabajo.

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer bimestre](#)

[Segundo bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Glosario](#)

[Referencias bibliográficas](#)



Segundo bimestre

Resultado de aprendizaje 2

Identifica patologías o trastornos infantiles.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje



Fuente: focus_bell/shutterstock.com

Estimado estudiante, en esta unidad al igual que la segunda del primer bimestre, vamos a revisar otros grupos de diagnóstico de la psicopatología infantil en el caso de trastorno de déficit atencional e hiperactividad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas, factores de estrés, trastornos graves de conducta en la etapa infantil. El objetivo es conocer con un lenguaje más técnico, la sintomatología para describir las causas implicadas en los trastornos, el diagnóstico diferencial y algunas pautas de evaluación y tratamiento, proporcionando un conocimiento que le ayude como educador de inicial. Lo invito a que revise los ejercicios prácticos en los que se describen actividades a llevar a cabo, en ocasiones complementadas con casos clínicos reales y algunas preguntas de autoevaluación para que usted como estudiante conozcan su progreso en el dominio de la materia.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias bibliográficas



Semana 9



Unidad 3. Trastornos psicopatológicos en la etapa infantil (II parte)

Revise la bibliografía base y complementaria para su mejor aprendizaje

3.1. Trastornos del déficit atencional e hiperactividad TDAH

Introducción

El término hiperactivo es uno de los más oídos y utilizados con el objeto de referirnos a aquellos niños con una actividad motriz por encima de lo normal. De esta forma, el uso popular del término favorece que en ocasiones simplemente se emplee para hacer referencia a un niño malcriado, travieso o con graves problemas de conducta.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su Manual de diagnóstico estadístico (DSM), lo ha denominado con un nombre más largo y más específico: trastorno por déficit de atención e hiperactividad (APA, 2014).

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

El TDAH se manifiesta como un aumento de la actividad física, impulsividad y dificultad para mantener la atención en una actividad durante un período de tiempo continuado. Frecuentemente se les caracteriza como niños difíciles de educar, por su dificultad para mantener la atención y la consiguiente afectación del rendimiento escolar.

Características del TDAH



Fuente: Huza Studio/shutterstock.com

Características del TDAH

Síntomas nucleares del TDAH

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se define como una alteración neurobiológica con base genética, de carácter crónico y de inicio en la infancia, caracterizado por la estancia de tres tipologías de síntomas: el déficit de atención, la conducta hiperactiva y la impulsividad.

Déficit de atención

La mayoría de los autores coinciden en afirmar que los niños con TDAH no tienen una menor capacidad atencional que los niños sin TDAH, sino que tienen una mayor dificultad a la hora de focalizar y dirigir su atención. No se trata de un simple déficit de atención en sí mismo, sino que sus problemas están relacionados con la regulación y distribución de la atención (Orjales, 2011).

Impulsividad

La impulsividad del niño con TDAH tiene dos dimensiones, una comportamental y otra cognitiva. La impulsividad cognitiva hace referencia a la rapidez, inexactitud y pobreza en los procesos de percepción y análisis de la información de los niños con TDAH a la hora de enfrentarse a tareas complejas.

La impulsividad comportamental está relacionada con una ausencia de control motriz y emocional, que lleva al niño con TDAH a actuar sin evaluar las consecuencias (Barkley, 1997, 1998; Bauermeister, 2002; Orjales, 2011).

Hiperactividad

La característica más llamativa del niño con TDAH es la excesiva actividad motora. Este exceso de actividad motriz se manifiesta normalmente por una necesidad de moverse constantemente y por la falta de autocontrol corporal y emocional que se puede observar en (Orjales, 2011).

Manifestaciones clínicas secundarias o asociadas al TDAH

La sintomatología nuclear lleva consigo diferentes problemas asociados, tales como baja autoestima, mal comportamiento, problemas de adaptación en la escuela, mayor facilidad para sufrir accidentes, problemas en las relaciones con los familiares y amigos, problemas de sueño, problemas emocionales, dificultades a la hora de aprender y alto nivel de ansiedad.

Los problemas o manifestaciones secundarias de este desorden son los siguientes:

Problemas de salud

- Dificultades en el control de los esfínteres.
- Dificultades para regular el sueño. Suelen aparecer problemas relacionados con el sueño, en unos casos a la hora de iniciarlo y en otros con despertar precoz.
- Problemas con los hábitos de alimentación.
- Problemas respiratorios: asma y alergias.
- Alto riesgo de sufrir accidentes y de sufrir hospitalizaciones. El niño con TDAH actúa sin pensar en las consecuencias y por ello se expone con mayor frecuencia a situaciones de alto riesgo, ya sea en la escuela, en casa o en la calle.

Dificultades en el área psicomotriz

- Incoordinación muscular e inmadurez motora.
- Dificultades en el área de la psicomotricidad gruesa (caídas, problemas en los deportes).

Alteraciones en los procesos cognitivos

Los estilos cognitivos hacen referencia al estilo con que las personas perciben y procesan la información. El estilo cognitivo de los niños con TDAH no es deficiente, sino que dificulta su aprendizaje y habilidades adaptativas (Barkley, 1997, 2011; McInnes, Humphries, Hogg-Johnson y Tannock, 2003; Orjales, 2000):

- Alteraciones de ciertas habilidades cognitivas: memoria de trabajo, procesos ejecutivos, etc.

- Problemas relacionados con la memoria a la hora de aprender y recuperar la información.
- Problemas para realizar estrategias ejecutivas en tareas próxima en el tiempo (impulsividad, pobre organización, escasa eficacia...).
- Problemas de inhibición de respuesta y esfuerzo sostenido.
- Falta de estrategias de solución de problemas, poniendo en práctica un menor número y variedad de estrategias de solución de problemas.

Dificultades de aprendizaje

- Trastornos del lenguaje y la comunicación.
- Dificultades en el cálculo y en la resolución de problemas matemáticos.
- Dificultades en la escritura.
- Dificultades perceptivo-espaciales.
- Dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación.
- Dificultades para organizar la información.

Problemas en el área socioemocional

Los niños con TDAH suelen manifestar un mayor número de problemas relacionados con un desarrollo emocional más inmaduro

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

que sus compañeros de edad, presentando los siguientes problemas (Biederman et al., 1997; Orjales, 2011):

- **Ansiedad generalizada.** La ansiedad está asociada con el permanente fracaso del niño en sus tareas, en sus trabajos, en los juegos y en sus relaciones interpersonales. En esta línea también pueden aparecer problemas de conductas compulsivas o quejas somáticas.
- **Depresión.** La sensación persistente de tristeza y la incapacidad de disfrutar casi de cualquier actividad se manifiesta en muchos niños con TDAH.
- **La baja tolerancia a la frustración.** Indudablemente, los niños con TDAH se ven sometidos a mayor número de situaciones frustrantes a lo largo de su desarrollo.
- **La baja autoestima o autoestima aparentemente inflada.** El autoconcepto es el concepto o la imagen que cada uno tiene de sí mismo.
- **Los frecuentes cambios de humor.** La falta de control de los impulsos y la baja tolerancia a la frustración se señalan como los responsables de la vulnerabilidad del niño con TDAH ante las dificultades en su relación con el entorno que le rodea. Aquí nos podemos encontrar que o las cosas «no parecen afectarle», o bien «parecen descolocarle constantemente».
- **La necesidad de llamar la atención.** La desobediencia es uno de los comportamientos más llamativos de los niños con TDAH, y en numerosas ocasiones refleja el deseo de llamar la atención de los adultos.
- **La dependencia de la aprobación de los adultos.** Los niños con TDAH, por sus características, dependen en gran medida de la atención y aprobación de los adultos.

Problemas conductuales

Los problemas conductuales que se detectan con mayor frecuencia en esta población son los siguientes (Nicolau, 2004):

- Tienen dificultades para poner límites a su comportamiento.
- Presentan más pataletas y rabietas que otros niños.
- Manifiestan comportamientos molestos, intratables, difíciles o perturbadores.
- Presentan agresividad física y verbal, de carácter explosivo más que premeditado, lo cual lleva consigo problemas sociales y de relación.

Epidemiología de los TDAH

El TDAH es una de las patologías infantiles más frecuentes y diagnosticadas. Suele diagnosticarse cuando el niño tiene entre 4 y 10 años. Diferentes estudios coinciden en estimar su prevalencia, indicando que afecta a aproximadamente de 3% a 7% de los niños en edad escolar (Cardo et al., 2007; DuPaul McGoey, Eckert y VanBrakle, 2001).

Se diagnostica más frecuentemente en niños que en niñas (9/1 en muestras clínicas, 4/1 en muestras comunitarias). La topografía de la conducta TDAH difiere en función del género. Así, las niñas suelen acusar más problemas de inatención y cognitivos que impulsividad y agresividad, demandando frecuentemente atención profesional por presentar dificultades de aprendizaje y bajo rendimiento escolar.

Etiología y factores de riesgo

En lo que respecta a la etiología del trastorno, la mayoría de los especialistas considera que es desconocida. Sin embargo, cada

vez hay una mayor evidencia de que estamos ante un trastorno heterogéneo de carácter multifactorial.

Factores genéticos. La mayoría de los especialistas aceptan la existencia de un componente hereditario en el déficit de atención con hiperactividad. De hecho, se estima que entre el 60% y 70% de estos niños tiene algún antecedente familiar en primer o segundo grado de TDAH.

Este componente está caracterizado por la base genética del trastorno (Burbach, 2010; Williams, Zahaviera y Martin, 2010).

Factores cerebrales (detectados a través de las técnicas de autoimagen y RMN). Las pruebas de neuroimagen (TAC, RMN) han permitido detectar una actividad menor de la esperada en algunas zonas concretas del cerebro del niño. De igual forma, se detecta un funcionamiento anómalo en determinadas áreas del lóbulo frontal del cerebro, responsable de la coordinación de las funciones cerebrales (Foster y Fernández, 2003; Rodríguez-Sacristán, 2005).

Factores ambientales. Entre los factores ambientales que pueden influir en la evolución y en el pronóstico de este trastorno se encuentran (Biederman, Faraone y Monuteaux, 2002):

Factores perinatales. Partos distócicos, consumo de alcohol o tabaco durante el embarazo.

Factores psicosociales. Estrés, desavenencias familiares, interacción padres-hijos... Los problemas familiares existentes en niños con esta patología desempeñan un papel fundamental, no en la génesis, pero sí en el desarrollo y evolución del trastorno, así como en la aparición de otros problemas frecuentemente asociados al TDAH.

Evaluación de los TDAH

No existe una prueba única para diagnosticar el TDAH. El proceso para determinar si un niño tiene trastorno por déficit de atención e hiperactividad debe abarcar los siguientes ámbitos:

- Evaluación médica completa (incluyendo neurológica).
- Evaluación psicopedagógica y escolar.
- Evaluación psicosocial y del desarrollo, incluyendo pruebas psicológicas diagnósticas.

La evaluación médica completa (incluyendo la neurológica) debe incluir:

- Historia médica completa.
- Examen físico.
- Exploración de problemas de vista y oído.
- Uso por parte del paciente de fármacos prescritos o drogas y su abuso.
- Estudio de un síndrome genético raro, la resistencia generalizada a la hormona tiroidea.
- Exploración de otros posibles factores médicos predisponentes, como son el síndrome del cromosoma X-frágil, el síndrome alcohólico fetal, el déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y la fenilcetonuria.

En lo que respecta a la evaluación psicopedagógica y escolar, es esencial obtener información de conductas y aprendizaje escolares, evaluaciones e intervenciones que se hayan puesto en marcha y sus resultados, así como de los cursos superados y calificaciones.

Esto puede llevarse a cabo mediante la aplicación de un instrumento estandarizado.

Criterios diagnósticos del TDAH

Según el DSM-5 (APA, 2014), no todas las personas que padecen TDAH tienen el mismo cuadro clínico. De esta forma, el TDAH se puede desglosar en varios subtipos, dependiendo de qué grupo de síntomas predominen.

Especificar si:

- En remisión parcial: cuando previamente se cumplían todos los criterios, pero no todos los criterios se han cumplido durante los últimos seis meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** pocos o ningún síntoma están presentes, más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- **Moderado:** síntomas o deterioros funcionales presentes entre «leve» y «grave».
- **Grave:** presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Trastornos asociados con el TDAH

El TDAH viene asociado con mucha frecuencia a otros cuadros o trastornos. Es lo que se llama comorbilidad del TDAH (Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish, 1990; Brown, 2010; Spencer, 2007).

Casi las dos terceras partes de los niños remitidos a consulta por TDAH presentan otro trastorno.

Diagnóstico diferencial del TDAH

Las conductas de un niño con TDAH se caracterizan por lo siguiente:

- Son inapropiadas para su edad. El comportamiento del niño con TDAH es infantil para su edad. La excesiva dependencia y actividad motora sobrepasa los límites normales para su edad y su nivel madurativo.
- El comportamiento del niño con TDAH es generalizado en el tiempo.
- Las diferentes conductas perturbadoras que presenta un niño con TDAH aparecen en diversos contextos o situaciones.
- Afectan de forma significativa al funcionamiento escolar, familiar, social, personal y emocional del niño.

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad debe diferenciarse de los siguientes cuadros:

- Niños «normales» muy activos.
- Dificultades de aprendizaje.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos oposicionistas.
- Déficit sensoriales.
- Daños neurológicos.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado estudiante, con el mismo ánimo y entusiasmo con el que ha dedicado todo este tiempo a la asignatura, lo invito a leer y aplicar la actividad del texto base, debe ubicarse en la página 147, donde se encuentra el siguiente caso:

Cristina es una niña de 4 años que cursa el segundo de nivel de educación inicial y está pre diagnosticada de TDAH. Como parte del abordaje del trastorno en la escuela, la maestra del aula tiene que formar e informar al resto de los alumnos y a Cristina acerca del TDAH, con el objeto de que todo el grupo conozca mejor a Cristina y su trastorno, ayudándola a sentirse mejor entre sus compañeros.

Con esta finalidad trate de elaborar y/o adaptar juegos, ejercicios y/o dinámicas para trabajarlas en el aula donde estaría integrada Cristina. Estos ejercicios deben abarcar los distintos ámbitos del TDAH, especialmente los referentes a sintomatología nuclear, manifestaciones secundarias y tratamiento y abordaje en la escuela.

- a. Piense que debe participar todo el grupo, no solo el niño con dificultades (aunque se le puede dar mayor protagonismo en algún apartado).
- b. Deben realizarse ejercicios que no ocupen mucho tiempo para no romper el horario establecido (entre 15 y 20 minutos aproximadamente).

Felicitaciones, excelente trabajo

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Semana 10

3.2. Consecuencias del TDAH en la escuela y la familia

3.2.1. Consecuencias en el ámbito familiar

Este alto y constante nivel de atención exigido puede conllevar numerosas repercusiones (Johnston y Mash, 2001):

- Las familias de los niños con TDAH presentan un mayor nivel de conflictos.
- Los padres viven la tarea educativa como una experiencia difícil, desgastante y frustrante.
- Estos padres presentan elevados niveles de estrés.
- Los padres de un pequeño con TDAH pueden tener sintomatología ansiosa o depresiva.
- En numerosas ocasiones estos padres son criticados y rechazados por familiares y amigos debido al comportamiento de su hijo, puesto que lo atribuyen a una inadecuada educación.
- Muchos padres «tiran la toalla» y dejan de hacer caso a su hijo, o sólo hablan con él para criticarlo.
- Vida social muy reducida (limitada al círculo familiar más próximo).
- Estos padres experimentan una importante sensación de soledad y abandono.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

- La relación de pareja también puede verse dañada por la conducta del niño. Hay datos que señalan que los padres que tienen hijos con TDAH experimentan mayores niveles de conflictos matrimoniales y divorcios.

Los hermanos también sufren las consecuencias de vivir con un niño con TDAH:

- Pueden experimentar falta de atención por parte de los padres, debido a que el hermano monopoliza todo el tiempo de sus padres.
- Suelen tener conflictos escolares o sociales ocasionados por la conducta de su hermano con TDAH.
- Pueden discutir y volverse desobedientes como forma de rebelión ante la situación.
- Las vacaciones, los puentes y otros acontecimientos especiales pueden alterar la rutina necesaria para el niño con TDAH y dar lugar a situaciones conflictivas y estresantes.

3.2.2. Consecuencias en el ámbito de educación inicial

Más de la mitad de los niños con el diagnóstico primario de TDAH tienen conflictos relacionados con la escuela (Miranda, Presentación y López, 1995; Spencer, 2007):

- Entre el 40% y el 60% de ellos tiene graves problemas de aprendizaje.
- Presentan bajas puntuaciones en los tests de inteligencia o de habilidades, a causa de las dificultades en el aprendizaje derivadas del trastorno y de la falta de concentración a la hora de realizar las pruebas.

- Presentan dificultades para aprobar los exámenes, por no prestar atención a las preguntas (inatención) o por la precipitación de sus respuestas (impulsividad).
- También sus logros académicos están afectados por sus problemas para completar o entregar las tareas para casa.
- Hay que facilitarles un tutor académico o clases especiales.
- Requieren, la mayoría de ellos, adaptaciones curriculares.
- Tienen más posibilidades de repetir curso, de abandonar los estudios y de obtener resultados académicos por debajo de sus posibilidades.

Pautas de intervención para los niños con TDAH

Intervención ambiental: la familia y la escuela

Un niño con TDAH supone un reto para sus educadores. Si tales educadores no tienen la suficiente calma, sensatez y claridad de criterios educativos, será muy fácil que la situación les desborde y que, sin quererlo, contribuyan a mantener y fomentar la mala conducta de sus hijos o de sus alumnos.

- **La familia.** Centrándonos en el ámbito familiar, es recomendable entrenar a las figuras parentales para el manejo de la disciplina en casa y de las situaciones conflictivas, así como adiestrar a los padres en el manejo de las conductas derivadas de la sintomatología nuclear (hiperactividad, impulsividad y déficit de atención) mediante las técnicas y programas diseñados a tal efecto.
- **La escuela.** En lo que respecta al papel de la escuela, partiendo de las pautas reseñadas y de las aportaciones de numerosos autores (Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero, 2006; Mena y Tort, 2001; Miranda, Soriano y García, 2002; Miranda et al., 1999; Nicolau, 2004; Orjales, 2007)

En la modalidad de escolarización

La escolarización de este alumnado debe seguir los principios de normalización e inclusión. En la mayoría de los casos es conveniente la modalidad de escolarización a tiempo completo en el aula ordinaria, incluyendo en su adaptación curricular:

- Medidas curriculares adecuadas: modificar la temporalización de la programación didáctica ampliando el tiempo, secuenciar los objetivos en pequeñas metas o seleccionar los objetivos y contenidos mínimos que ha de conseguir el alumno, eliminando, si fuera necesario, aquellos menos significativos y complejos, cambiar la ubicación espacial del alumno, la estructuración de tiempos y tareas, etc.
- Empleo de técnicas de intervención cognitivo-conductuales (extinción, tiempo fuera, contratos de conducta, economía de fichas...).

En la práctica educativa

Trabajando estrategias didácticas de organización y gestión del aula que faciliten e incidan sobre la sintomatología nuclear y las manifestaciones secundarias del TDAH:

▪ Impulsividad

Pedirle que revise sus trabajos antes de entregarlos, para que corrija los posibles errores y para estimularle positivamente si no los hubiera.

▪ Hiperactividad

- Permitir el movimiento, mientras no resulte disruptivo para los demás niños.
- Enviar a recados con frecuencia tras una actitud correcta.

▪ **Atención**

- Reestructurar el escenario ambiental, alejando al menor de estímulos distractores tales como puertas, ventanas, últimas filas, áreas de ruido y otros escolares ruidosos.
- Diseñar una zona tranquila del aula para trabajar: sentarlo próximo al profesor y rodeado de compañeros «tranquilos».
- Procurar un ambiente tranquilo, ordenado y sin demasiados cambios.
- Escribir todos los mensajes en la pizarra.

▪ **Problemas de conducta**

- Adelantarse a las llamadas de atención, prestando pequeños momentos de atención a los niños con peor comportamiento: recibirlos con agrado, llamarlos a menudo a la mesa del profesor, pasear por la clase y pararse a observar su trabajo o guiñarles un ojo cuando levanten la vista del trabajo realizado.

▪ **Autonomía**

- Priorizar objetivos que aumenten el grado de autonomía personal, habilidades sociales y comunicativas y el nivel de su lenguaje.
- Darle «pequeñas responsabilidades», que pueden ir siendo más complejas con el tiempo.

▪ **Estructuración y programación de actividades**

- Desarrollar una planificación realista del trabajo.

- Graduar las tareas escolares en función de la dificultad.
 - Fragmentar cada actividad en una secuencia de tareas más cortas y supervisarlas por partes.
 - Diseñar actividades de carácter novedoso, motivador y atractivo.
 - Facilitar la posibilidad de elección y desarrollo de las tareas establecidas.
- **Organización y estructuración de la jornada escolar.**
 - Organizar el espacio: horarios visibles, reservar espacio para información, etc.
 - Programar descansos funcionales y cambios de actividad a lo largo de la jornada.
- **Dificultades de aprendizaje**
 - Diseñar y aplicar estrategias de intervención para las dificultades de aprendizaje detectadas (lectura, escritura, cálculo, comunicación lingüística oral y escrita, resolución de problemas matemáticos...).
 - Enseñarle pequeños trucos de memoria (anotar, dividir las tareas, agrupar palabras por categorías, repetirse mentalmente, etc.).
- **Metodología educativa**
 - Enseñar técnicas de estudio y de aprendizaje.
 - Utilizar la tecnología, ya que los niños con TDAH suelen ser hábiles con los ordenadores y programas activos.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

En el manejo de la conducta

- Disminuir la frecuencia o intensidad del comportamiento y de las conductas desajustadas, mediante pautas de control conductual y a través de la enseñanza en técnicas de autocontrol y resolución de conflictos.
- Potenciar los comportamientos ajustados (incompatibles y/o alternativos) del alumno mediante el reforzamiento y el diseño de actividades preparadas para ello (el uso de la agenda y de los autorregistros ofrecen un marco idóneo para conseguirlo).

En el plano social

En este plano, la actuación del maestro debe ir encaminada en el siguiente sentido:

- Por un lado, debe trabajar la información-formación al alumno con TDAH, con el objeto de que aprenda a conocerse y aceptarse. Para ello es importante explicarle cuáles son sus características, sus potenciales y sus necesidades.

En el trabajo indisciplinar: algunas de las indicaciones en este campo son:

- Informar al entorno del alumno acerca de las medidas y pautas que se deben llevar a cabo.
- Entrevistar a los padres personalmente para valorar la situación en casa, comprobar el seguimiento del programa, así como informarles de la situación, dificultades y progresos en el ámbito escolar.

Prevención y pronóstico del TDAH

El TDAH es una afección crónica y prolongada, y si no se trata de forma precoz y adecuada puede llevar consigo una serie de problemas en el niño, como los siguientes (Orjales, 2011; NICE, 2009).

- Conductas adictivas, aumento del riesgo de consumo de drogas, alcoholismo o consumo de tabaco.
- Bajo rendimiento escolar.
- Problemas para conservar un trabajo.
- Problemas legales. En diferentes estudios se constata que un 25% de los niños con TDAH adoptan conductas predelinquentes, cometen actos delictivos o se integran en grupos extremistas o marginales.
- Problemas emocionales. Los adolescentes con TDAH suelen acabar teniendo otros problemas, como depresión o ansiedad asociadas a los problemas derivados de su comportamiento, a las dificultades de integración social o a su baja autoestima, entre otros factores.
- La disminución de la sintomatología hiperactiva en los primeros años de escolaridad, aunque permanezcan los problemas de atención.
- El empleo del refuerzo social y la ausencia de castigo físico para controlar el comportamiento.
- Un entorno escolar no excesivamente hostil que permita ignorar las conductas negativas y reforzar las positivas.

- La enseñanza activa y la flexibilidad en los métodos de enseñanza utilizados.
- La capacidad intelectual del niño, que en un principio puede compensar muchas de sus dificultades.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado estudiante, una vez estudiado el TDAH, lo invito a leer de manera detallada para que pueda aplicar la actividad el texto que se encuentra en las páginas 135 hasta la 147. En el que va a realizar un cuadro sinóptico para afianzar los conocimientos y estudiar de mejor manera los elementos más importantes que sobresalen en esta semana.

¡Felicitaciones, ha hecho un buen trabajo!.



Semana 11

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

3.3. Trastornos del estado de ánimo en la primera infancia



Fuente: Africa Studio/shutterstock.com

Introducción

Bajo el epígrafe «estado de ánimo» incluimos todos los trastornos psicopatológicos en los que predominan o la tristeza patológica (síntomatología depresiva) o la euforia patológica (síntomatología maníaca).

Aunque pueda parecer paradójico, la población infantil también padece este tipo de patologías. Como argumenta Del Barrio (2014), es «antinatural» observar a un niño indeciso, débil, tímido, inactivo, solitario, triste o melancólico, cuando el término infancia lleva implícito un estado de ánimo totalmente contrario al descrito. Sin embargo, los estudios epidemiológicos muestran que entre el 0,4-2,5% de niños y entre un 0,4-8,3% de adolescentes tienen una patología asociada al estado de ánimo incluida en algún manual de clasificación internacional (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2011).

La DSM-5 (APA, 2014) define los trastornos depresivos como «la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo» (p. 155). Por el contrario, los trastornos bipolares son caracterizados como «un período de estado

de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal o persistente de la actividad o la energía que está presente la mayor parte del día» (p. 127).

Características de los trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo que vamos a comentar en este texto son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), los trastornos bipolares y la ciclotimia.

En general, estas patologías infantiles presentan los siguientes síntomas: tristeza patológica, irritabilidad, problemas de psicomotricidad (inhibición motora), distorsiones cognitivas (baja autoestima), trastornos del sueño, relacionales y retraimiento (Rodríguez-Sacristán, 2005).

Etiopatología de los trastornos del estado de ánimo en la infancia

Como comentamos en el capítulo 1, la patología en la infancia se caracteriza por ser cocausal, multifactorial y con escasa estabilidad (Rodríguez-Sacristán, Lozano y Caballero, 2005). Esta premisa se mantiene en los trastornos del estado de ánimo donde existen básicamente dos grandes factores etiológicos: biológicos y psicosociales (Rodríguez-Sacristán, 2005)

- **Biológicos:** se ha demostrado que padres con depresión presentan una mayor probabilidad de desarrollar este tipo de trastornos durante la infancia; en concreto, la depresión materna se ha considerado un factor predictor de depresión infantil, como ponen de manifiesto Bragado, Bersabé y Carrasco (1999).

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

- **Psicosociales:** las experiencias estresantes parecen estar detrás de las depresiones infantiles. En este sentido, además de la teoría freudiana o la del vínculo de Bowlby, es el modelo cognitivo de la indefensión aprendida de Seligman el que mayor abundancia empírica posee.

Los episodios del estado de ánimo en la infancia

La base esencial sobre la que se construyen los trastornos del estado de ánimo en la infancia son los episodios afectivos: episodio de depresión mayor, maníaco e hipomaníaco. Esta descripción sindrómica facilita eficazmente el diagnóstico de los trastornos.

Episodio de depresión mayor

El episodio depresivo mayor se caracteriza por un estado de ánimo deprimido (en los niños y adolescentes puede ser un estado de ánimo irritable) o disfórico, que se experimenta como tristeza, irritabilidad y anhedonia (pérdida de placer por las cosas con las que el niño solía disfrutar), durante un período prácticamente continuado de dos semanas.

Episodio maníaco

El episodio maníaco se caracteriza por la posibilidad de tres estados de ánimo básicos: eufórico, expansivo y/o irritable, que tienen la suficiente intensidad como para hacer que se deterioren las actividades sociales, laborales o relacionales de la persona o pueda precisar hospitalización para evitar consecuencias más perjudiciales tanto para él como para las personas que le rodean.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

Vázquez y Sanz (1995) sistematizan la sintomatología del episodio maníaco de la siguiente forma:

- Síntomas anímicos: los pacientes frecuentemente se encuentran irascibles, suspicaces e hiperactivos, con alteraciones en sus relaciones interpersonales.
- Síntomas motivacionales y conductuales: presentan un estado de energía aparentemente inagotable y desbordante, que le puede llevar a pasar días enteros sin dormir, cometer imprudencias temerarias y descuidar su aspecto personal.
- Síntomas cognitivos: tienen el habla rápida, entrecortada (pudiendo llegar a ser incoherente) y pasan de un tema a otro.
- Síntomas físicos: fundamentalmente aparece un aumento del apetito, problemas del sueño e incremento de su resistencia física.
- Síntomas interpersonales: sus relaciones interpersonales y familiares están muy alteradas, ya que son muy entrometidos, polémicos y controladores.

Episodio hipomaníaco

En el episodio hipomaníaco predomina un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, con síntomas del episodio maníaco. La diferencia estriba en que la alteración hipomaníaca no es lo suficientemente intensa como para precisar un internamiento hospitalario; además, el deterioro de las actividades familiares, escolares y sociales es más leve.

Trastornos del estado de ánimo en la infancia

Los trastornos que vamos a desarrollar a continuación se pueden dividir en dos bloques; aquellos que presentan como elemento

común la presencia de estado de ánimo depresivo, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia) y aquellos que presentan episodios maníacos o hipomaníacos: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico.

Trastornos depresivos

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Este nuevo trastorno, propuesto por la DSM-5, sirve para dar respuesta a los niños que presentan irritabilidad no episódica crónica y temperamento severo que en la DSM-IV-TR (APA, 2002).

El diagnóstico diferencial de este trastorno se realiza tras una evaluación de los síntomas y síndromes implicados, para descartar la presencia de un trastorno bipolar, un trastorno negativista desafiante o un trastorno explosivo intermitente.

- **Trastorno bipolar:** podemos resumir las diferencias en dos: la primera hace referencia al curso longitudinal del trastorno y la segunda se refiere a la sintomatología característica.
- **Trastorno negativista desafiante:** la diferencia esencial se encuentra en los síntomas afectivos que presenta el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (ataques de cólera e irritabilidad entre los ataques), que no son frecuentes en los niños que tienen un trastorno negativista desafiante.
- **Trastorno explosivo intermitente:** en este caso, la diferencia estriba en que en el trastorno explosivo intermitente no es necesario para su diagnóstico el estado de ánimo irritable entre los ataques de cólera, y que la aparición de síntomas debe ser de tres meses y no de doce meses, como en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Trastorno de depresión mayor

El diagnóstico de trastorno de depresión mayor se formaliza una vez que se ha constatado la existencia de un episodio de depresión mayor (síndrome), para el que se piden al menos cinco síntomas, con presencia durante un mínimo de dos semanas, de los que uno debe ser el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de capacidad para experimentar placer.

Trastorno depresivo persistente (distimia)

El trastorno depresivo persistente o distimia es una categoría que ha generado bastante desacuerdo entre los profesionales. Conceptos como el de personalidad depresiva se han asimilado a dicha categoría, con el fin de otorgarle una mejor descripción y utilidad diagnóstica. Sin embargo, para algunos autores esta polémica no queda resuelta, pues posiblemente la personalidad depresiva sea una entidad diferente de la distinta, aunque se reconozca un área de solapamiento (Akiskal et al., 1995).

Trastornos bipolares y trastornos relacionados

Los trastornos bipolares se fundamentan en la aparición de episodios maníacos (trastorno bipolar I) o hipomaníacos (trastorno bipolar II), que se caracterizan por un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento de la actividad (este síntoma es difícil de distinguir en los niños, aunque hay que observar si este tipo de conducta es un cambio significativo del comportamiento habitual). La diferencia entre un tipo y otro está en la intensidad y gravedad de los síntomas, siendo los del hipomaníaco más leve que los del maníaco. El trastorno ciclotímico, por el contrario, sería una alteración del estado de ánimo de carácter crónico, con fluctuaciones entre los episodios hipomaníacos y de depresión mayor.

Evaluación de los trastornos del estado de ánimo en la infancia

Realizar una buena evaluación de los trastornos del estado de ánimo en la población infantil es esencial para determinar la intensidad y gravedad de los síntomas. Para ello contamos con un conjunto de instrumentos psicométricos y entrevistas estructuradas que poseen una gran calidad psicométrica en cuanto a la validez y fiabilidad del constructo que están midiendo.

Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en la infancia

El tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en la infancia debe ser multimodal, empleando todas las vías terapéuticas posibles (incluyendo la farmacológica).

- **Farmacológica:** aunque en desuso, por sus efectos secundarios, los antidepresivos tricíclicos se siguen utilizando por algunos profesionales de la psiquiatría. Entre ellos destacan la imipramina, la amitriptilina y la cormipramina.
- **Psicológica:** en primer lugar, hay que destacar que, independientemente del tipo de intervención que seleccionemos, la terapia familiar siempre es necesaria para la resolución de conflictos que pueden ser un factor de riesgo asociado a esta patología y como instrumento para el manejo del estrés que supone el abordar los problemas emocionales de los niños.

Trastornos del estado de ánimo y escuela

Con respecto a los niños que presentan alguna necesidad educativa especial en el contexto escolar, lo primero que hay que saber es que la discapacidad no lleva implícito el desarrollo de trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, estas personas tienen unas capacidades de afrontamiento al estrés y a los retos de la vida diaria

mucho más mermadas que la población normal, por lo que el riesgo de sufrir algún tipo de patología emocional es más alto en estos niños.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado estudiante, felicito su esfuerzo y dedicación. Ahora vamos a una lectura comprensiva, le sugiero que anote las palabras nuevas o las que no entienda y las consulte en el diccionario psicológico o las tenga presentes para expresarlas en la tutoría. Luego de esta lectura de los temas expuestos, revise el caso práctico que se encuentra en el texto base en las páginas 174, 175 y 176. Y conteste lo siguiente:

- Describe los síntomas y episodios y comprueba si cumplen los criterios diagnósticos de algún trastorno del estado de ánimo.
- Según se muestra en el texto, ¿qué factores etiológicos contribuyeron a la aparición del motivo de consulta?
- Que elementos de la educación inicial se pueden incluir en este caso si la niña fuera su alumna.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento word.

¡El único modo de hacer un gran trabajo, es que amemos lo que hacemos, muy buen avance!!

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas



Semana 12

3.4. Trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas. Factores de estrés en la infancia



Fuente: Sharomka/shutterstock.com

Introducción

«La ansiedad es un sentimiento universal que se da en todas las edades y en todas las razas y lugares» (Rodríguez-Sacristán, 2012, p. 183). Con esta frase comienza el doctor Rodríguez-Sacristán uno de los tantos capítulos que tiene escritos sobre psicopatología infantil. Con ella nos hace tomar conciencia de que la ansiedad y sus trastornos no son una vivencia cualquiera o puntual y que todas las personas, sin distinción de culturas, modas o edades, la van a experimentar en mayor o menor medida, aunque, eso sí, sólo para algunas tendrá connotaciones psicopatológicas.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

La ansiedad y sus trastornos pueden presentarse de formas muy variadas y en contextos muy diversos, lo que probablemente añade cierta complejidad a este tipo de manifestaciones e implica que, en el caso de los niños, estos problemas puedan influir muy negativamente en el aprendizaje, como muestran numerosos estudios al afirmar que los niños que padecen ansiedad presentan un menor rendimiento académico.

Concepto de ansiedad y términos afines

Es necesario conocer los comportamientos y respuestas infantiles en los que interviene, directa o indirectamente la ansiedad y que forman parte del día a día de los niños, pero que no tiene por qué desembocar en ningún tipo de patología ansiógena. Estos comportamientos son (Rodríguez- Sacristán, 2012):

- **Miedos infantiles:** son respuestas a situaciones reales o imaginarias que el niño vive como peligrosas o que le pueden hacer daño (Rodríguez-Sacristán, 2012, p.186).
- **Sentimientos de soledad, vergüenza y culpabilidad:** los tres generan ansiedad y se desarrollan desde edades muy tempranas.
- **Timidez infantil:** conducta frecuente en la infancia que «se manifiesta por una conducta de inhibición social y de retraimiento transitorio ante diversas situaciones» (Rodríguez-Sacristán, 2012, p. 187).
- **Tartamudez y mutismo:** pueden ser trastornos del lenguaje, cuyo origen y mantenimiento es la ansiedad.
- **Inquietud:** puede ser un comportamiento normal en la infancia pero a veces es un síntoma de diferentes trastornos.

- **Agresividad:** es un comportamiento habitual en la infancia y un signo inespecífico de posible patología. La agresividad, en ciertas ocasiones es la respuesta que sigue a situaciones o experiencias que el niño percibe como frustrantes o conflictivas. Por último, debemos también diferenciar el concepto de ansiedad de otros términos cercanos, para evitar la confusión conceptual. Diferenciamos entre angustia y estrés:
- **Angustia:** término muy utilizado en la psicopatología clásica para referirnos a la vivencia de opresión, de agobio, de angostamiento que experimenta una persona, caracterizado por un sentimiento inmotivado que no necesita acompañarse de objeto amenazante concreto y a veces posee sentido anticipatorio (Rodríguez-Sacristán, 2012).
- **Estrés:** concepto que procede del griego estringere y significa «provocar tensión». Es muy utilizado en nuestros días y puede entenderse de tres maneras diferentes.

Epidemiología

Los datos epidemiológicos de los distintos trastornos varían en función de la fuente de información que se utiliza (niños y/o padres), método de obtención de la información (entrevistas, cuestionarios), la población estudiada, etc. No obstante, los trastornos de ansiedad son las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en los niños con una prevalencia general estimada que oscila entre el 15-25%, significando un problema de salud importante en la población infanto-juvenil (Sánchez, 2011).

Etiología de los trastornos de ansiedad en la infancia

- **Factores genéticos y constitucionales:** actualmente no se ha establecido de forma clara si existe un peso considerable atribuible a la transmisión genética, o si por el contrario el peso recaería en el aprendizaje.

- **Temperamento:** la inestabilidad emocional es considerada la base temperamental más relacionada con los problemas de ansiedad. Los niños que se muestran más inhibidos comportamentalmente y más tímidos en los primeros años de vida pueden tener más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad en el futuro (Ezpeleta, 2005).
- **Estilos parentales:** el estilo afectivo y educativo parental centrado en la sobreprotección, en muchas ocasiones contribuye al desarrollo de niños inseguros, desprovistos de recursos personales para protegerse, defenderse y sobreponerse a las situaciones difíciles, fomentando niños dependientes.
- **Aprendizaje:** algunos miedos específicos de los padres pueden servir de modelo y ser asimilados por los niños.
- **Acontecimientos vitales estresantes tempranos:** de vez en cuando, algunos miedos pueden iniciarse por algún acontecimiento inusualmente aterrador, como la **experiencia de una tormenta**.
- **Ambientes sociales desfavorables:** los problemas económicos, de salud, de vivienda, sociales, etc., generan un clima de inseguridad crónica entre la familia que puede contribuir, en un momento dado, al desarrollo de un trastorno de ansiedad.

Sintomatología de los trastornos de ansiedad en la infancia

Los trastornos de ansiedad pueden expresarse de múltiples formas, afectando, a su vez, a las distintas áreas del organismo, de forma desigual y con diferente grado o intensidad. Estas diferencias también se muestran a nivel interindividual, ya que cada síntoma se matizará de forma diferente en cada niño, en función de variables como la personalidad del niño, el estilo afectivo y educativo de la familia, el medio sociocultural en el que vive, etc.

Además, no debemos olvidar la estrecha línea que diferencia la ansiedad normal de la patológica, que nuevamente arroja cierta confusión a la hora de clasificar dichos síntomas como normales o patológicos. De lo que no hay duda es que la ansiedad siempre es una experiencia compleja y mixta en la que participan tanto la vertiente psíquica como la somática.

No está de más advertir que la experiencia ansiosa es única e indivisible y que la división que se ha mostrado entre síntomas somáticos y psíquicos en la ansiedad, es por tanto simulada, pero con este planteamiento se permite una mejor comprensión del tema que estamos abordando.

Formas clínicas de los trastornos de ansiedad y de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la infancia.

Criterios diagnósticos

La clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia aún no tiene una categoría propia, al margen de los trastornos de ansiedad que se manifiestan en la adolescencia y los adultos. Para la APA (2014), los trastornos de ansiedad incluyen: el trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, trastorno de ansiedad especificado y trastorno de ansiedad no especificado.

Trastorno de la ansiedad

Trastorno de ansiedad por separación (TAS)

El trastorno de ansiedad por separación (en adelante TAS) consiste en una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado (APA, 2014, p. 191).

Mutismo selectivo

Los niños con mutismo selectivo, cuando se encuentran con otras personas en las interacciones sociales, no inician las conversaciones o no responden recíprocamente cuando les hablan los demás (APA, 2014).

Este trastorno suele conllevar una marcada ansiedad social y normalmente aparece antes de los cinco años, pero a veces hasta que no se incorpora a la escuela no se detecta adecuadamente. No se han apreciado diferencias según el género y dentro de su reducida prevalencia es más frecuente en niños pequeños que en adolescentes o adultos (APA, 2014).

Fobia específica

Las fobias suelen tener su inicio en la edad infantil (entre los 6-8 años), se mantienen y/o agravan durante la pubertad y adolescencia y se crucifican en la etapa adulta. A este tipo de fobias también se las denomina «fobias simples», y se caracterizan por mostrar miedo intenso a un estímulo concreto (objeto, animal, actividad o situación) (Lera y Medrano, 2014).

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

La APA (2014) identifica que algunas de las situaciones generadoras de esta ansiedad pueden ser hablar en público, sentirse observado mientras se come o escribe, ir a fiestas públicas o hablar con figuras de autoridad. En el caso de los niños el miedo/ansiedad debe producirse no sólo en presencia de adultos, sino también en reuniones con otros niños.

La fobia social puede llegar a tener consecuencias funcionales de gran trascendencia a corto, medio y largo plazo: abandono de estudios, inhibición en el funcionamiento social, desarrollarse abuso y dependencia de drogas (Ruiz y Lago, 2005).

Trastorno de pánico (TP)

La característica principal del TP es la presencia recurrente de ataques de pánico imprevisto. Por ataque de pánico se entiende la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso de inicio brusco. Dichos ataques pueden durar minutos, en pocas ocasiones horas, pero será en los diez primeros minutos cuando los síntomas alcancen su máxima intensidad, para posteriormente ir disminuyendo poco a poco. Además, los ataques irán acompañados de cuatro síntomas o más (somáticos o cognitivos) de los que pueden verse en el cuadro de los criterios diagnósticos del DSM-5.

Trastorno de ansiedad generalizada

El TAG se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva, poco realista y descontrolada, que se presenta la mayor parte de los días y durante al menos seis meses. «Muchos autores defienden que se trata de un trastorno infantil común pero poco comprendido» (Ballespí, 2014, p. 353).

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

La característica central de los TOC es la presencia de dos síntomas específicos: las obsesiones y las compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos y persistentes, que no son voluntarias ni suelen ser placenteras, sino intrusivas y no deseadas, y generan gran malestar y ansiedad a quien las tiene.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Trastorno de estrés postraumático

Es un trastorno de ansiedad que puede sufrir cualquier persona, tiene una prevalencia del 1% en la población general, con predominio en las mujeres. Puede aparecer a cualquier edad, pero es más

común en adultos jóvenes. Los síntomas pueden iniciarse meses o años después de haber experimentado el trauma (Sánchez, 2011).

Trastorno de estrés agudo

El trastorno de estrés agudo es un cuadro ansioso-reactivo a un acontecimiento estresante, cuya sintomatología se da entre tres días y hasta un mes después de haber pasado el suceso. Si sobrepasa el mes ya entrarían a valorarse los criterios de un TEP.

Evaluación de los trastornos de ansiedad en la infancia

La evaluación psicológica de la ansiedad es bastante compleja y, al igual que cualquier otro proceso evaluativo, debe recoger información sobre el inicio, curso y contexto donde se desarrolla el cuadro ansioso, información relativa a las respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas del niño, antecedentes y consecuentes de dichas respuestas, así como aspectos evolutivos, médicos, escolares, emocionales, socio familiares, historia psiquiátrica familiar, etc.

En la actualidad, el uso de los instrumentos psicométricos se ha extendido notablemente, sobre todo como herramienta de screening, y ha tenido una buena acogida entre los profesionales.

Tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia

Los trastornos de ansiedad en la población infanto-juvenil no desaparecen por sí solos, sino que, por el contrario, se intensifican y además con una alta probabilidad de sufrir otros trastornos emocionales (Sánchez, 2011). Debido a ello es muy importante atender estos problemas tempranamente para prevenir futuros problemas de salud mental.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Existen numerosos tipos de intervenciones psicológicas y farmacológicas, pero en la mayoría de las ocasiones se prioriza sobre el tratamiento psicológico.

Los tipos de tratamiento y técnicas más útiles para el abordaje de la ansiedad y sus trastornos en la infancia (Sánchez, 2011):

- **Psicoeducación:** tiene por objetivo que el niño y su familia entiendan y sean capaces de manejar la enfermedad que les afecta.
- **Psicoterapia:** es muy útil, aunque debe desarrollarla siempre un experto dentro de un contexto estructurado que permita la expresión de los sentimientos y creencias del niño, estableciendo los objetivos y metas terapéuticas con él como medio motivacional.
- **Terapia cognitivo-conductual:** este tipo de intervención es muy utilizada y se ha demostrado su eficacia y eficiencia en el tratamiento de este tipo de trastornos en los escolares, como las fobias simples, fobias escolares, TAG, TAS, etc.
- **Relajación corporal:** muy útil y de manejo relativamente fácil, puede emplearse sola o junto con otras técnicas cognitivo-conductuales.
- **Terapia familiar:** este tipo de intervención implica a toda la familia y podría constituir un preludio a cualquier intervención o decisión terapéutica en el campo de la ansiedad infantil, mayormente cuando existen problemas familiares.
- **Tratamiento farmacológico:** su eficacia es menor, para los trastornos de ansiedad, que los de las intervenciones psicológicas, aunque pueden ser una ayuda complementaria al tratamiento psicológico



Actividades de aprendizaje recomendadas

Apreciado estudiante, una vez analizado los contenidos de esta semana, lo invito para que pueda desarrollar la siguiente autoevaluación:

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Autoevaluación 4

1. () La ansiedad no es una emoción normal que todas las personas experimentan.
2. () Los miedos infantiles son transitorios y solamente deben considerarse patológicos cuando se hacen persistentes, exagerados, excesivos y dificultan la evolución normal del niño.
3. () El concepto de estrés como un proceso hace referencia a «una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar».
4. () Los trastornos de ansiedad, en general, son más frecuentes en los niños que en las niñas.
5. () El trastorno de ansiedad generalizado consiste en una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado.
6. () El niño con fobia específica suele responder con importante grado de malestar, lo que provoca intentos de escape o huida del agente fóbico.
7. () Las compulsiones son pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos y persistentes, que no son voluntarias ni suelen ser placenteras, sino intrusivas y no deseadas, y generan gran malestar y ansiedad a quien las tiene.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

8. () En el TEP la presencia de pesadillas no es habitual.

*¡Es una excelente semana de aprendizaje y usted lo ha hecho muy bien,
lo felicito!.*

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer
bimestre](#)

[Segundo
bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Glosario](#)

[Referencias
bibliográficas](#)



Semana 13

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

3.5. Trastornos graves de conducta en la etapa infantil



Fuente: Lesley Rigg/shutterstock.com

Introducción

Con referencia a estos trastornos graves de conducta (llamados en adelante TGC) se definen:

Patrón de comportamiento persistente a lo largo del tiempo que afecta a los derechos de los otros y violenta las normas apropiadas de la edad. Implica la presencia de conductas inadecuadas para la edad, dificultades en el funcionamiento diario del alumno en el ámbito familiar, escolar y/o social. Con frecuencia reciben el calificativo de inmanejables (Kazdin, 1995; citado por Angulo et al., 2008, p. 8).

Características de los trastornos graves de conducta

Los trastornos de conducta describen un patrón de conducta persistente, inadecuado a la edad, caracterizado por el quebranto de

las normas sociales de convivencia y los atentados a los derechos de los demás. Siguiendo a Moreno (2002), el perfil del alumno con TGC se caracteriza por:

- Existencia de un patrón de conducta anómalo, persistente y reiterado.
- Presencia de alteraciones conductuales en distintos ambientes: hogar, escuela, calle.
- Mayor prevalencia en el género masculino.
- En el alumnado con este patrón se da un deterioro significativo del nivel académico, además de alta conflictividad familiar y social.
- Suele seguir con trastornos asociados: ansiedad de aprendizaje, del estado de ánimo, etc.

Epidemiología de los TGC

Los trastornos del comportamiento perturbador suponen hoy en día uno de los diagnósticos más frecuentes en las unidades de salud mental infantojuvenil. La prevalencia varía ampliamente, pero se baraja el intervalo 2-18% y con una mayor proporción en varones 3,5-4/1 (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Díaz-Sibaja, 2005; Fernández y Olmedo, 1999; Koch y Gross, 2002; Pedreira, 2004).

Etiología y factores de riesgo en los TGC

El comportamiento humano es el resultado de la combinación de factores genéticos, de factores del desarrollo individual, de factores familiares, de factores de aprendizaje y de factores sociales (Angulo et al., 2008), y también de la interacción entre los factores de vulnerabilidad y riesgo con la presencia y acción de los factores protectores (Díaz-Sibaja, 2005; Fernández y Olmedo, 1999). Este

esquema es de suma importancia en los trastornos graves de conducta.

A la hora de hablar de las variables pertenecientes al propio sujeto se detectan dos factores de vulnerabilidad:

- El componente genético, considerándolo solo como un prerequisite que interactúa con otros factores (desarrollo, interacciones emocionales y sociales, relación con los iguales, etc.).
- El llamado temperamento constituye un gran modulador y mediador de las interacciones sociales tempranas.

Entre las variables de carácter personal se destacan las siguientes:

- Sexo. Los marcadores de sexo para la agresividad se ligan a la presencia XY.
- Rasgos de personalidad. Es imprescindible evaluar el temperamento agresivo como rasgo de personalidad del niño.
- Patrón cognitivo. Aquí se incluyen las siguientes dimensiones: locus de control externo, atribuciones agresivas a críticas banales o a comportamientos.
- Factores neurofisiológicos. Las diversas investigaciones realizadas en las reactividades al estrés han encontrado ciertas características, como baja conductividad dermal.

Formas clínicas de los TGC

Trastorno de conducta

Según la DSM-5 (APA, 2014) los trastornos de conducta se caracterizan por un «patrón de comportamiento persistente y

repetitivo en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad» (p. 472)

Trastorno negativista desafiante

El trastorno negativista desafiante se caracteriza por un patrón de enfado/irritabilidad y discusiones/actitudes desafiantes o vengativas muy frecuentes y persistentes; puede aparecer limitado en un contexto (las formas más leves) o extenderse a varios contextos sociales (en los casos más graves) (APA, 2014).

Trastorno explosivo intermitente

El trastorno explosivo intermitente se define, según la DSM-5 (APA, 2014), como:

La falta de control del comportamiento agresivo impulsivo en respuesta a una provocación experimentada subjetivamente (factor estresante psicosocial) que no produciría normalmente un arrebato agresivo. Los arrebatos agresivos son generalmente impulsivos o basados en la ira, más que premeditados o instrumentales, y se asocian con un significativo malestar o deterioro en el funcionamiento psicosocial (p. 467).

Otros trastornos de conducta de inicio más tardío

- Trastornos de personalidad antisocial, narcisista y límite.
- Píromanía.
- Cleptomanía.
- Trastornos del control de los impulsos.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

- Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones disociales: situación clínica en que los síntomas son desajustes del comportamiento, pero insuficientes (por la magnitud o duración) para constituir un trastorno de conducta y que se presentan frente a una situación estresante identificada. Los síntomas son desadaptativos y no constituyen una respuesta normal.
- Alteraciones conductuales con origen en trastornos emocionales derivados de circunstancias ambientales (familia, escuela...).

El acoso escolar o bullying

El fenómeno *bullying* se define como una conducta agresiva, intencionada, perjudicial y violenta, mantenida, física o mental, guiada por un individuo o por un grupo y dirigida contra otro individuo que no es capaz de defenderse así mismo en esta situación que se desarrolla en el ámbito escolar. Se configura como una situación persistente, que puede durar semanas, meses e incluso años.

El *bullying* contiene una serie de elementos distintivos:

- La persona que acosa tiene más poder que la persona victimizada.
- La intimidación suele ser organizada, sistemática y oculta.
- La intimidación puede ser oportunista, pero una vez que empieza suele normalmente continuar.
- Normalmente se produce a lo largo de un período, aunque los que intimidan de manera regular también pueden protagonizar incidentes aislados.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

- Una víctima del acoso escolar puede sufrir daños físicos, emocionales o psicológicos.
- Todos los actos de intimidación tienen una dimensión, ya sea emocional o psicológica.

Comorbilidad de los TGC

De suma importancia es comentar que los trastornos de conducta presentan un alto índice de comorbilidad, tanto con otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo, los tics, abuso de sustancias, trastornos afectivos, etc.) como entre sí.

- Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Trastorno de aprendizaje no verbal.
- Trastornos del lenguaje.
- Trastornos de espectro autista.
- Síndrome de Tourette.
- Trastornos de ansiedad.

Evaluación de los TGC

Las escalas, inventarios y observación directa son algunas de las técnicas de evaluación más utilizadas para detectar, definir y planificar la intervención de niños con TGC.

Prevención de los TGC

Los problemas de conducta de inicio temprano como la agresión y el incumplimiento son importantes predictores de un comportamiento antisocial en la adolescencia y en la edad adulta (Hutchings et al., 2007).

La identificación precoz de los trastornos leves del comportamiento, así como la elaboración de un plan de acción en el cual se implique a los padres, resulta crucial para prevenir y evitar futuros desajustes sociales (Díaz-Sibaja, 2005).

Evolución y pronóstico de los TGC

Las características clínicas asociadas con un mal pronóstico de los TGC son (Ballesteros y Pedreira, 2004):

- Edad de inicio: peor pronóstico cuanto más precoz se presente.
- Agresión: tipo de agresión destructiva o aquella que se inicia por propia iniciativa sin que exista desencadenante externo.
- Sociabilización: los adolescentes infra sociabilizados tienen un pronóstico más sombrío.
- Presencia de comorbilidad: la presencia de TDAH y/o disfunciones cognitivas contribuyen a un peor pronóstico para los TGC de los adolescentes.

Los TGC en la escuela: medidas de atención a la diversidad

El papel del profesor ante los TGC se circunscribe en primer lugar a la detección temprana. Esto implica las siguientes actuaciones:

- Observar si se producen comportamientos inadecuados, indicados en los signos de alerta, se producen con mayor frecuencia, duración e intensidad que en el resto de la población de su misma edad.

- Verificar que se producen al menos en dos ambientes o contextos (en casa, en el colegio, con los compañeros...), que se mantienen más de seis meses y que pueden generar un deterioro de las relaciones personales, del proceso educativo y del entorno social.

La modalidad de escolarización

La escolarización de este alumnado debe seguir los principios de normalización e inclusión. En algunos casos es conveniente la modalidad de escolarización a tiempo completo en el aula ordinaria, integrando en su adaptación curricular correspondiente las orientaciones metodológicas adecuadas (ubicación, estructuración de tiempos y tareas...), y el empleo de técnicas de intervención cognitivo-conductuales (extinción, tiempo fuera, contratos de conducta, economía de fichas...).

El manejo de la conducta (abordaje cognitivo-conductual)

La intervención cognitivo-conductual se hace imprescindible en el trabajo con alumnos con TGC. Para ello se hace necesario combinar la terapia conductual con indicaciones e intervenciones de carácter cognitivo. Y dentro de estas intervenciones sería aconsejable el entrenamiento en habilidades psicosociales, empleando la terapia grupal con iguales para desarrollar las habilidades sociales e interpersonales. De forma concreta, es preciso:

- Disminuir la frecuencia y/o intensidad de los comportamientos desajustados.
- Potenciar los conductas y emociones adaptativas (seguridad y autoestima).
- Desarrollar comportamientos básicos y necesarios que no pertenecen al repertorio emocional y comportamental del alumno.

La convivencia en la escuela

Las pautas para trabajar la convivencia en la escuela tienen como objetivo mejorar las relaciones con iguales y con maestros. Algunas de estas pautas son las siguientes:

- Aplicar el plan o manual de convivencia.
- Permitir que el alumno tome conciencia de que estas conductas provocan daño y el enfado de los demás.
- Realizar reuniones de clase para tratar diversos temas que les interesen.
- Utilizar recursos, como la figura del alumno mediador-ayudante.
- Favorecer que los demás niños aprendan a darle oportunidades.
- Potenciar actividades que fomenten la integración social.
- Evitar el etiquetaje moral.
- Adiestrar a los alumnos en el empleo de la resolución de problemas sociales.
- Aplicar programas de entrenamiento en habilidades sociales.
- Poner en práctica programas de asertividad.
- Informar-formar a los compañeros de aula.

El trabajo indisciplinar

Algunas de las indicaciones en este campo son:

- Informar al entorno del alumno acerca de las medidas y pautas que se deben llevar a cabo.
- Poner en práctica una adecuada coordinación sobre las pautas utilizadas, para aplicarlas en todos los contextos del alumno, de manera que padres y maestros estén en contacto y colaboren en la misma línea, haciendo que el niño perciba que trabajan en la misma dirección (Rodríguez, Santamaría y Figueroa, 2010).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Apreciado estudiante, luego de haber analizado este importante trastorno es momento de realizar algunas orientaciones que tienen que ver con su práctica educativa, consulte, revise, lea, amplíe y desarrolle cuáles serían las principales estrategias didácticas de organización y gestión del aula que facilitan el autocontrol con niños de educación inicial con trastornos graves de conducta. Video de *bullying*

Piense en su práctica diaria, qué actividades realizaría para prevenir el *bullying* desde muy pequeños.

Muchas gracias por sus respuestas, es muy provechoso lo aprendido, felicitaciones.

Resultado de aprendizaje 3

Diseña ambientes de trabajo con la familia y el círculo social cercano que envuelve al niño

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje



Semana 14



Unidad 4. Ambientes saludables para el niño: familia y el círculo social cercano

4.1. Intervención educativa: un enfoque de prevención



Fuente: Dawn Hudson/shutterstock.com

«No me juzgues por mis éxitos, júzgame por las veces que me caí y volví a levantarme.»

NELSON MANDELA
(premio Nobel de la Paz, 1993)

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Introducción

Tradicionalmente, las comunidades educativas y en general la sociedad, han priorizado la dimensión de los aprendizajes centrados en las competencias cognitivas, dejando en segundo plano otras competencias básicas sociales o relacionales, primordiales para el desarrollo integral de nuestro alumnado. La escuela y la familia son las grandes responsables de la educación en valores, la educación moral, la educación de los sentimientos y el desarrollo de habilidades sociales y manejo de las emociones de nuestros alumnos, sus hijos. El entrenamiento de estas habilidades los ha de preparar para una vida plena, activa, autónoma y feliz.

Extremera y Fernández-Berrocal (2003) ya advertían que la inteligencia académica no es suficiente para alcanzar el éxito profesional, ni garantiza unas buenas competencias para la vida cotidiana; más bien son las habilidades emocionales y sociales, las máximas responsables de nuestro buen ajuste a nivel social y relacional, por lo tanto, el éxito en los diferentes contextos donde nos desarrollemos.

Seguidamente nos centramos en propuestas, programas y experiencias de intervención concretas, debidamente evaluadas que se pueden llevar a cabo en la escuela.

4.2. Modelos de intervención educativa

Para este apartado seguimos la clasificación de Jiménez y Porras (1997) y Bisquerra (1998) sobre modelos de intervención educativa. Asimismo, para identificar correctamente cada uno de los distintos modelos de intervención optaremos por asignarlos en función de la naturaleza de las acciones que se realizan en las distintas intervenciones. Dichos criterios han sido utilizados por numerosos autores (Bisquerra, 1997; Repetto y Vélaz, 1998; Rodríguez- Espinar,

1993; citado en De la Oliva, Martín y Vélaz, 2014, p. 119) e identifica los tipos de intervención según las siguientes dimensiones.

Modelo clínico o de *counseling*

Este planteamiento, desarrollado por Rogers en 1942, se sustenta en los siguientes elementos básicos: empatía, actitud genuina y aceptación positiva.

- a. La primera hace referencia a la capacidad para ponernos en el lugar del otro, de manera que se pueda entender lo que piensa o siente la otra persona, en este caso el alumno, pero sin confundirse con éste; por lo tanto, la actitud empática o empatía consiste en comprender y transmitir comprensión a la persona que se acompaña.
- b. En cuanto a la actitud genuina, supone expresar en todo momento una actitud personal, sincera y de solidaridad, en la que se pueda ver a la persona que hay dentro del profesional y no meramente el rol que desempeña.
- c. Por último, la aceptación positiva o incondicional consiste en demostrar respeto, interés y valoración de la persona que se está atendiendo, de su biografía, su estilo de vida y sus comportamientos, sin juicios de valor ni reservas (Okun, 2001).

Modelo de programas

En el segundo modelo, denominado de programas, la escuela será el punto de partida para desarrollar la intervención educativa y el agente con mayor participación de los que estén presentes. Este tipo de intervenciones serán habitualmente proactivas, directas, grupales e internas. Entre las características que se le atribuyen a este tipo de programas educativos, aquellas que más se ajustan a

los objetivos pretendidos en este capítulo son las propuestas por Rodríguez-Espinar (1993); éstas son:

- Los programas habitualmente van encaminados a la consecución de objetivos globales de desarrollo de los alumnos.
- La intervención se puede integrar en las experiencias cotidianas de aprendizaje.
- Todos los agentes educativos participan, incluidos los orientadores, con funciones bien delimitadas.
- Se pueden desarrollar a lo largo de toda la escolaridad.
- Es necesario evaluar los efectos y/o los resultados de la intervención realizada.
- Se deben atender las necesidades de formación de los propios formadores.

Las características señaladas llevan implícitas una serie de ventajas recogidas por Repetto, Rus y Puig (1995), entre las que destacamos: el énfasis en el desarrollo, el uso efectivo de los recursos disponibles, la sensibilidad para el cambio, el enfoque hacia el futuro y la atención a toda la comunidad educativa (alumnos, familias y educadores).

Modelo de consulta

El modelo de consulta se podría considerar un modelo indirecto en el que, aunque la intervención parte de la escuela, no son los maestros, sino el orientador, el que dirige a maestros y a padres para llegar al alumno y facilitar la adquisición de habilidades para la vida y mejorar su rendimiento.

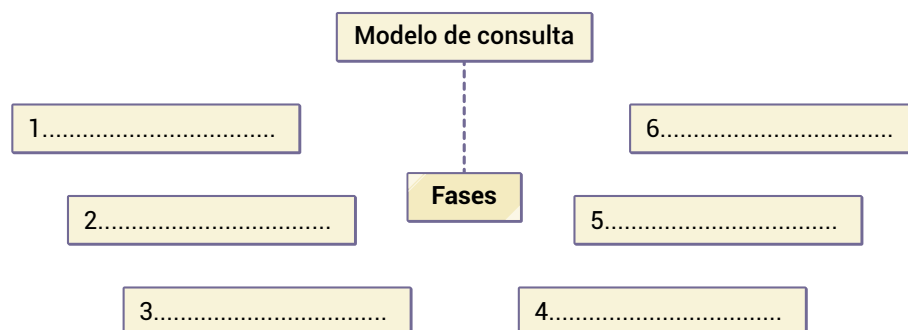
Efectivamente, en el modelo de consulta participan tres elementos: el consultor (en este caso el orientador), el consultante (padres, maestros o tutores que tienen una demanda respecto a la relación que mantienen con un alumno) y el cliente (alumno beneficiario de la intervención). Dentro de la numerosa bibliografía existente en torno a las fases de implementación del modelo de consulta, Jiménez, Bisquerra, Álvarez y Cruz (1998, pp. 108-109) ofrecen una síntesis de todas las aportaciones realizadas, que ofrecemos a continuación:

- **Primera fase.** Establecer una relación entre un consultor (orientador) y un consultante (por ejemplo, el tutor, un maestro, la familia o la institución).
- **Segunda fase.** Analizar el conjunto de la situación y clarificar el problema.
- **Tercera fase.** Explorar alternativas.
- **Cuarta fase.** Establecer planes de acción conjuntamente entre consultor y consultante.
- **Quinta fase.** El consultante pone en práctica los planes con los destinatarios últimos de la intervención.
- **Sexta fase.** Evaluación de la puesta en práctica del plan de acción.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Querido estudiante, una vez que ha estudiado los temas de esta semana, lo invito a realizar la siguiente actividad, en ella usted debe revisar los modelos de consulta y sus fases, para que luego, las memorice y con ello escriba de qué se trata cada una de las 6 fases.



Excelente trabajo, felicitaciones.



Semana 15

Estimado estudiante ya estamos llegando a la finalización de nuestra asignatura y de los contenidos tan importantes y básicos para su formación profesional, ahora nos vamos a concentrar en la parte de las experiencias de intervención en la escuela, con los padres y los maestros.

4.3. Experiencias de intervención en la educación inicial

Según el tipo de intervención referida, la escuela tendrá un papel más o menos activo, pero, independientemente de ello, el objetivo general de todas las propuestas será ayudar a prevenir o cuando no sea posible prevenir, reducir y minimizar las consecuencias de los trastornos psicopatológicos en la escuela para mejorar el rendimiento académico y el desarrollo personal del niño con psicopatología y/o riesgo elevado de padecerla.

La intervención educativa basada en el counseling

Como hemos comentado anteriormente, la intervención basada en el counseling está centrada en la atención individualizada y directa al alumno. En este sentido, en ocasiones se puede confundir con otros tipos de intervenciones, en concreto la psicoterapia.

La intervención educativa basada en el modelo de programas: entrenamiento para el crecimiento personal

Los programas de intervención educativa basados en el modelo de programas suponen una intervención directa grupal, que se integra en los elementos del currículo y donde todos los agentes educativos participan. Este tipo de programas responde a la necesidad de atender al alumnado en su totalidad, desarrollándose así una atención integral que tendrá en cuenta la diversidad del alumnado. Consecuencia de ello es la variedad de áreas en las que se pueden desarrollar estos programas, que hacen que sea interminable la lista que podría enumerarse en este apartado (por ejemplo, programas dirigidos a trabajar habilidades sociales, autoconocimiento, fomento de la autoestima, actitud cívica, toma de decisiones por consenso, alternativas a la agresión, conciencia emocional, etc.).

Por ello, hemos optado por centrarnos en aquellos programas de carácter preventivo, en los que se entrenen competencias para el adecuado desarrollo del alumno de cara a su etapa adulta y que mejoren su calidad de vida. Programas de entrenamiento en habilidades sociales y habilidades para la vida Según refiere la OMS (citado en Mantilla, 2002):

«Las habilidades para la vida se relacionan estrechamente con el concepto de competencia psicosocial; es decir, la habilidad de una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria. La competencia psicosocial cumple una función importante en la promoción de la salud en su sentido más amplio, en especial en el caso de los problemas de salud relacionados con el comportamiento, y cuando éste depende de la incapacidad del individuo para enfrentarse de forma efectiva con el estrés y las presiones de la vida» (p. 7).

Estos programas habitualmente contemplan los siguientes elementos:

- **Habilidades para la comunicación interpersonal:** comunicación verbal y no verbal, escucha activa, expresión de sentimientos, etc.
- **Habilidades para la negociación o el rechazo:** negociación y manejo de conflictos, asertividad, etc.
- **Empatía:** habilidad para escuchar y comprender las necesidades y circunstancias de otra persona y expresar esa comprensión.
- **Habilidades para la colaboración y el trabajo en equipo:** expresión de respeto por las contribuciones de otros y los estilos diferentes.
- **Habilidades para la abogacía:** habilidades para influir y persuadir; habilidades para trabajar en red y motivar a otras personas.

4.4. Programas de educación emocional

Los programas de educación emocional que se promueven desde la escuela deben potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo humano, con objeto de capacitar al alumno para la vida y con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social (Bisquerra, 2000).

Es muy importante que los alumnos comprendan sus emociones para que las experimenten, así como que conozcan las de los demás, ya que esto les permite conocer mejor su propia conducta emocional y favorece cualquier tipo de relación socioafectiva.

4.5. Intervención educativa basada en el modelo de consulta

4.5.1. Formación de padres competentes

La participación de los padres es un factor fundamental para poder educar con éxito a los niños y a los jóvenes en las escuelas públicas. Cuando los maestros y los padres trabajan en equipo y estos últimos proporcionan un apoyo continuo a lo largo de la trayectoria escolar, los estudiantes suelen alcanzar mejores resultados. En la actualidad son muy numerosos los retos que deben afrontar las familias: violencia escolar y familiar, pérdida de valores, fracaso escolar, consumo de drogas, etc. Por ello, resulta imprescindible la participación y colaboración de estos en programas formativos ofrecidos desde los centros educativos.

Los padres tienen la necesidad (y el derecho) de recibir orientación y formación para prevenir futuros problemas académicos y emocionales en sus hijos.

4.5.2. Formación de maestros competentes. El aprendizaje cooperativo

A través de los métodos y técnicas de aprendizaje cooperativo se trata de lograr, según Johnson y Johnson (1985, 1989; citado en González y García, 2007), cinco elementos esenciales:

- **Interdependencia positiva:** hace referencia a que cada miembro del grupo depende de los demás compañeros de grupo y es responsable de sus acciones para con los demás. Cada acción individual se entiende como resultado de una acción de todo el grupo.
- **Responsabilidad individual:** cada integrante es responsable de aprender el material de estudio.
- **Interacción cara a cara:** los integrantes del grupo se apoyan mutuamente mediante la aclaración, el debate y la explicación del objeto de estudio.
- **Habilidades sociales:** se debe estimular, potenciar y mejorar el desarrollo de este tipo de habilidades para el manejo de la interacción y los problemas que puedan surgir en el grupo.
- **Procesamiento grupal autónomo:** consiste en evaluar la eficacia y la eficiencia del trabajo grupal, identificando puntos fuertes y débiles de funcionamiento, elaborando una propuesta de mejora del trabajo.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimados estudiantes ahora bien vamos a realizar una autoevaluación para medir los conocimientos adquiridos en las semanas 14 y 15, por favor lea los contenidos de ambas semanas y conteste:

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)



Autoevaluación 5

1. () Lo que caracteriza a las intervenciones desde el modelo de counseling es precisamente el estilo de relación que se establece entre el orientador y el alumno, siendo cada intervención diferente en contenido pero similar en su estructura, las herramientas que utilizan y el objetivo general que se persigue.
2. () Las intervenciones realizadas desde el modelo de programas son habitualmente proactivas, directas, individuales e internas.
3. () En el aprendizaje cooperativo se trabaja con pequeños grupos, donde cada uno de los estudiantes de diferentes niveles y habilidades utiliza una gran variedad de actividades de aprendizaje y mejora la comprensión de un determinado tema.
4. () Una de las limitaciones del programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar es que sólo se puede aplicar en el contexto escolar.
5. () Cualquiera de las temáticas abordadas en los programas de prevención propuestos podría comenzarse a trabajar desde la educación infantil.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

6. () Realizar una evaluación de los programas aplicados en el contexto educativo formal es una recomendación, pero nunca una exigencia para que puedan aplicarse y certificar o no su eficacia.
7. () El fomento de la parentalidad positiva o la capacitación parental no es competencia de la escuela.
8. () Los programas de educación emocional que se desarrollen en la escuela deben tener como objetivo principal capacitar al alumno para desenvolverse mejor en la vida y por lo tanto aumentar su bienestar personal y social.

¡Muy bien su dedicación se muestra en cada aprendizaje obtenido, felicitaciones!

[Ir al solucionario](#)

[Índice](#)

[Primer bimestre](#)

[Segundo bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Glosario](#)

[Referencias bibliográficas](#)



Actividades finales del bimestre



Semana 16

Nuestros chicos, los padres, la gente solo envejecen mentalmente, emocionalmente, cuando pierde su curiosidad y su capacidad de amar. Para evitarlo, necesitamos entornos que potencien las emociones positivas creamos esos entornos entre todos en casa, en la calle en el trabajo, no es magia es inteligencia emocional” Elsa Punset-redes

4.6. Ambientes de trabajo saludables para el niño, la familia y el círculo social cercano

Educar a los niños y niñas para la salud, es educar para la vida. Hoy en día sabemos de la importancia que tiene una buena alimentación para la salud, pero no por ello nos alimentamos correctamente. La salud ya no se considera simplemente como la ausencia de enfermedad, sino que se entiende que una persona está sana cuando goza de un estado de bienestar general y es consciente de ello. La Organización Mundial de la Salud define la Educación para la Salud como “el proceso educativo dirigido a dotar a las personas y a la comunidad de la capacidad de aumentar su control sobre los factores que tienen influencia sobre su salud”. La familia es el motor más importante para que nuestros niños y niñas sepan, pero también que quieran y que puedan comportarse de forma saludable, mediante el desarrollo de todas sus capacidades y a

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

través de la reflexión, la creatividad, la motivación, el espíritu crítico, la autoestima y la autonomía. Muchos de los hábitos y costumbres que se adquieren desde la familia acompañan a las personas a lo largo de toda la vida. Como padres y madres tenemos la obligación de inculcar a nuestros hijos e hijas unos valores necesarios para que desarrollen estilos de vida saludables y favorecer así su desarrollo integral.

“La familia es el primer grupo social al que pertenecemos. Cada familia está hecha por un tejido de afectos, valores y sentimientos. En todas las formas de cultura, la familia fue y es el pilar de formación de la sociedad para la vida emocional y afectiva de todo niño. Hemos hecho estudios y coincidimos que los jóvenes y adolescentes tienen menos problemas cuando sus padres exhiben dos cualidades básicas. Disciplina consciente y apoyo emocional, pero esto tiene una base, y es que los padres deben construir una dinámica familiar basada en el diálogo y desarrollo de habilidades para generar condiciones adecuadas para este diálogo, tener claros los conceptos de amor y límites, que a su vez sustentan fuertemente para que sus hijos no caigan en el abuso de ninguna sustancia, de una adicción o problemas de conducta; cuando los principios son claros y han sido hablados, ejemplificados y corregidos, todo niño o adolescente comprende y crece sano.

Para muchos padres esto puede parecer difícil y más aún cómo establecer los límites y reglas claras, si a veces se mantienen en extremos, por el trabajo, el estrés, la falta de estrategias, o porque fueron creados en ambientes con duras e invariables reglas, sin pensar en qué es mejor para los hijos y para la familia en general.

- Usando amor y límites, un hijo tiene muy buen desempeño cuando sabe y siente que lo quieren, que lo aman, pero al mismo tiempo sabe que tiene reglas claras que debe hacer y respetar. Un adolescente necesita saber lo que uno espera de ellos, que se preocupan por él (¡qué bien que lo has hecho!).

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

- La imagen que hemos construido nosotros mismos depende en gran medida de factores externos, por lo tanto, es nuestra función como padre y/o educadores cuidar de esa información, ayudar a gestionar su salud.
- Estableciendo las reglas del hogar.
- Fomentando la buena conducta, apoye, explique el porqué de una norma.
- El uso de las consecuencias.
- Construyendo puentes.
- Ayudar en las necesidades especiales de la familia.
- Elimine de raíz las frases que los compara con otras personas, (¿por qué no puedes ser como tu hermano?), debe hacerle sentir que él es suficiente.

4.6.1. Gestión en salud emocional

Cómo las emociones nos atraviesan desde niños y nos definen como personas.

La ciencia ha corroborado que la gestión de las emociones básicas y universales deberían preceder a la enseñanza de valores y contenidos académicos, los niños, los adolescentes y los jóvenes se juegan con ello su vida de adultos.

¿Qué esperamos de la gestión emocional aplicada a la prevención de drogas o de cualquier tipo de consumo?

El tipo de destrezas que les debemos enseñar a nuestros hijos y/o alumnos son habilidades para aprender a dominar las emociones y controlar las emociones negativas para cuando ocurra una

adversidad estas no persistan más de lo necesario, los niños y los adolescentes pueden aprender a disipar estas emociones negativas para volver a su estado inicial. Porque cuando las emociones perturbadoras se producen en la mente interfieren con la capacidad de decisión y pueden llegar al consumo.

Para aumentar la capacidad de cooperación, responsabilidad, por ejemplo, con dos semanas en las que se practica 30 minutos al día, el altruismo y la compasión, se observan cambios específicos en el cerebro, que se pueden medir y nos da idea de que cuando antes se realice la intervención es mejor porque hay más probabilidades que persistan en un periodo de tiempo más largo. Todo lo que sabemos del cerebro que cuando antes se intervenga mejor porque habrá más probabilidades que perduren en un periodo de tiempo más largo.

Podemos gestionar nuestras propias emociones; enseñar habilidades emocionales desde que tienen 5 años hasta la universidad, se vuelven más cívicos más responsables, es un error pensar que la cognición y las emociones son dos áreas separadas. Ayudar a los niños a gestionar sus emociones significa que pueden responder mejor frente al temas como el consumo. Las emociones las enseñamos con métodos por ejemplo como los contemplativos, en donde el desarrollo y el poder de la mente, la espiritualidad, la meditación nos hace más fuertes frente a las adversidades. Hoy en día los padres son más dispersos, necesitamos más ayuda con esas habilidades, y la escuela muy poco tiene currículo que hable sobre la introspección, la contemplación y habilidades para concentrarse.

Qué esperamos cuando educamos a los niños, convertirlos en seres humanos buenos, personas que sean felices en la vida, personas que no estén deprimidas y se suiciden. ¿Acaso basta con desarrollar su inteligencia y llenarle la cabeza de información sin desarrollar ninguna cualidad humana?, queremos personas buenas y equilibradas, pero la educación parece estar más involucrada en todo, salvo esto. Por lo tanto, hay algo que falta.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

Si uno cultiva el altruismo con la mente distraída, es imposible que nuestra mente puede estar como un mono inquieto, necesitamos una mente más calmada y más estabilizada, utilizar un objeto de concentración para calmar la mente, puede ser una luz roja centellante, pero la mente sigue deambulando, si te concentras en la respiración, fácilmente puedes ver si te distraes o no, cuando respirar por la nariz, sentado tranquilamente unos 10 minutos permite calmar la mente. Sino perseveramos nunca aprenderemos nada.

Está claro que la escuela debe hacer un cambio fundamental, sin embargo, la gestión debe comenzar en casa, incluso en el útero materno, una crianza sin cariño puede desembocar en adultos con vida más problemática.

Jay Belsky: Cuando los padres están ausentes, por ejemplo, en el caso de las chicas tienden a empezar la pubertad, su menstruación más temprano, afectando el desarrollo físico y sexual. Las mujeres tienen un sentido con el que se preguntan ¿va a ser precario el futuro?, ¿van a estar los demás y voy a poder confiar?, ¿van a estar ahí cuando me haga adulta?, ¿se puede confiar en los hombres?, estas preguntas proceden de la niñez y de la ausencia o presencia del padre y de la calidad de la figura paterna. Por lo tanto, consciente o inconscientemente no se puede confiar en un hombre, maduran antes, de cierto modo, la situación familiar las obliga a salir más pronto e ir más allá antes que las demás.

Vivette Glover, neuropsicóloga demostró que la educación emocional comienza en el útero materno: los niveles de ansiedad de la madre le afectan a ella y a su bebe durante toda la vida, en cuanto a su alimentación y a sus emociones, ya sabemos que si toma o fuma le hace daño, pero también que le afecta las emociones negativas de la madre, la ansiedad de la madre puede incrementar el nivel de hiperactividad del niño. Problemas de atención, THD se duplica el riesgo de conducta.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

Fijarnos en la salud psicológica de las mujeres en el embarazo, su estado emocional, conocer las relaciones, saber si esta le apoya, debería encontrar personas que los puedan apoyar, necesitamos más recursos y profesionales mejor preparados.

Debemos aprender a gestionar las emociones sin reprimirlas, pero lo más importante sin dejar que tomen de rehenes a nuestros chicos, ¿podemos hacer eso?

Nacemos inocentes, sin emociones mezcladas, sin mentiras, llenos de curiosidad, para descubrir el mundo, nos guía esta pasión por vivir, cuando sé es adolescente, se conforman los grandes patrones emocionales, el amor y la curiosidad, por lo tanto, necesitan amarse y ser amados. Si el mundo vale la pena vivir o mejor es esconderse y cerrarse a los demás, por lo tanto, los primeros 5 años son una vida entera, por eso si en esos años nuestro entorno es agresivo, o inseguro entramos en modo de supervivencia y en el futuro tenderemos a desconfiar, encerrarnos en nosotros mismo, perder la ilusión y esto nos afectara física y mentalmente. ¿El contacto físico malcría a los niños?, mentira, mas allá de la supervivencia solo florecemos si estamos en contacto y nuestras emociones están protegidas. Crear entornos positivos que se conviertan en la versión sobresaliente que, si eres, estaremos motivados, y de seguro les brillan los ojos a sus hijos.

[Ambientes de trabajo saludables](#)

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas



4. Solucionario

Autoevaluación 1

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	Los factores evolutivos son esenciales para comprender el proceso de enfermar en los niños.
2	V	Los determinantes de la psicopatología infantil son: el organismo, el contexto y las experiencias particulares.
3	F	La cronodependencia hace referencia a la facilidad que tienen los niños de estructurar-desestructurar las conductas con la edad.
4	F	La asociación de dos o más estructuras patológicas en un mismo niño se denomina psicopatoplastia del contexto.
5	F	El término «normalidad estadística» hace referencia al criterio.
6	F	Cualitativo de normalidad.
7	V	La familia y la escuela siempre son factores de protección ante la aparición de problemas de salud mental en los niños.
8	V	El síntoma es la expresión individual de un problema.

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 2		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	La práctica psicomotora puede ser beneficiada por dos orientaciones; la terapéutica y la educativa
2	V	La edad de oro de la “psicomotricidad” se sitúa desde el nacimiento hasta los 8 o 9 años.
3	V	A través del cuerpo, el juego y el movimiento, el niño aprende a controlar su espacio, tiempo y movimientos dentro de un proceso altruista.
4	V	“Psico” se relaciona a las actividades psíquicas en sus dos niveles: cognitivas y socioafectivas.

[Ir a la autoevaluación](#)

[Índice](#)

[Primer bimestre](#)

[Segundo bimestre](#)

[Solucionario](#)

[Glosario](#)

[Referencias bibliográficas](#)

Autoevaluación 3		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	La práctica psicomotora puede ser beneficiada por dos orientaciones; la terapéutica y la educativa
2	V	La edad de oro de la “psicomotricidad” se sitúa desde el nacimiento hasta los 8 o 9 años.
3	V	A través del cuerpo, el juego y el movimiento, el niño aprende a controlar su espacio, tiempo y movimientos dentro de un proceso altruista.
4	F	“Psico” se relaciona a las actividades psíquicas en sus dos niveles: cognitivas y socioafectivas.
5	F	“Motricidad” que corresponde a cuerpo y movimiento.
6	V	La psicomotricidad es la concepción general de la utilización del movimiento como medio de la educación global de la personalidad.
7	V	Equilibrio psicofísico, es una técnica que desarrolla un equilibrio integral de las personas, partiendo del conocimiento físico y control muscular.
8	V	La sensomotricidad, educación de la capacidad sensitiva, partiendo de las sensaciones espontáneas del propio cuerpo, se trata de abrir vías nerviosas que transmitan al cerebro el mayor número posible de informaciones.

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 4		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	La ansiedad no es una emoción normal que todas las personas experimentan.
2	V	Los miedos infantiles son transitorios y solamente deben considerarse patológicos cuando se hacen persistentes, exagerados, excesivos y dificultan la evolución normal del niño.
3	F	El concepto de estrés como un proceso hace referencia a «una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar».
4	F	Los trastornos de ansiedad, en general, son más frecuentes en los niños que en las niñas.
5	F	El trastorno de ansiedad generalizado consiste en una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado.
6	F	El niño con fobia específica suele responder con importante grado de malestar, lo que provoca intentos de escape o huida del agente fóbico.
7	V	Las compulsiones son pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos y persistentes, que no son voluntarias ni suelen ser placenteras, sino intrusivas y no deseadas, y generan gran malestar y ansiedad a quien las tiene.
8	V	En el TEP la presencia de pesadillas no es habitual.

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 5		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	Lo que caracteriza a las intervenciones desde el modelo de <i>counseling</i> es precisamente el estilo de relación que se establece entre el orientador y el alumno, siendo cada intervención diferente en contenido pero similar en su estructura, las herramientas que utilizan y el objetivo general que se persigue.
2	F	Las intervenciones realizadas desde el modelo de programas son habitualmente proactivas, directas, individuales e internas.
3	V	En el aprendizaje cooperativo se trabaja en pequeños grupos, donde cada uno de los estudiantes, de diferentes niveles y habilidades, utiliza una gran variedad de actividades de aprendizaje y mejora la comprensión de un determinado tema.
4	F	Una de las limitaciones del programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar es que solo se puede aplicar en el contexto escolar.
5	V	Cualquiera de las temáticas abordadas en los programas de prevención propuestos podría comenzarse a trabajar desde la educación infantil.
6	F	Realizar una evaluación de los programas aplicados en el contexto educativo formal es una recomendación pero nunca una exigencia para que puedan aplicarse y certificar o no su eficacia.
7	F	El fomento de la parentalidad positiva o la capacitación parental no es competencia de la escuela.
8	V	Los programas de educación emocional que se desarrollen en la escuela deben tener como objetivo principal capacitar al alumno para desenvolverse mejor en la vida y por lo tanto, aumentar su bienestar personal y social.

Ir a la
autoevaluación

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

5. Glosario

Afasia: pérdida de las funciones formales del lenguaje.

Apego: vínculo socioemocional fuerte que se establece entre individuos. Estudiado en términos de la relación entre individuos. Estudiado en términos de la relación entre padres e hijo, o entre la persona que se ocupa del cuidado del niño y el propio niño, suele considerarse por lo general que el apego tiene una gran influencia sobre el desarrollo del niño.

Autismo: trastorno permanente del desarrollo que aparece durante los tres primeros años de vida. Los síntomas incluyen perturbaciones en las habilidades físicas, sociales y del lenguaje.

Bruxismo: alteración consistente en una presión de la mandíbula con rechinar de dientes.

Cociente de Inteligencia (CI): puntuación estándar obtenida a través de procedimientos estadísticos que refleja la dirección y el grado en el que el rendimiento de un sujeto en un test de inteligencia se desvía de la puntuación media del grupo de edad de dicho individuo. Comorbilidad: término que se utiliza cuando los individuos satisfacen simultáneamente los criterios de más de un trastorno (p.ej. depresión y ansiedad).

Conducta agresiva: conducta exteriorizada con el objetivo de causar malestar o daño.

Desarrollo: modificaciones en la forma y conducta de las personas con el objetivo de alcanzar una madurez funcional.

Desensibilización sistemática: técnica de modificación de conducta utilizada fundamentalmente para el tratamiento de fobias, consiste en la creación de una jerarquía de las situaciones que provocan el miedo a las que el niño debe ir enfrentándose en orden ascendente, debiendo emitir una respuesta incompatible con el miedo (habitualmente relajación, que se le habrá enseñado previamente).

Diabetes: alteración endocrinológica en la que debido a la destrucción de las células beta pancreáticas y la consecuente falta de la hormona insulina, aparecen altas concentraciones de glucosa en sangre. Entre sus síntomas están la pérdida de peso, sed y poliuria.

Disfasia: incapacidad para la codificación y/o decodificación del lenguaje verbal.

Dislalia: trastorno en la articulación del lenguaje hablado con perturbaciones en la pronunciación de determinados fonemas, normalmente con una asincronía entre la edad cronológica del niño y su nivel de lenguaje.

Dislexia: perturbación en la lectura por la que solo se interpreta parte del texto o símbolos distintos a los escritos con omisiones, sustituciones o distorsiones.

Dopamina: transmisor neurosináptico localizado en el cerebro, asociado de forma específica con trastornos por tics, autismo y otras psicosis.

Enfermedad de Crohn: proceso inflamatorio de evolución crónica que puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo (especialmente el intestino). Clínicamente se caracteriza por la presencia de diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre, manifestaciones gástricas y anales. Su causa es desconocida.

Enuresis: micción involuntaria por incapacidad para retener la orina, bien durante el día o la noche.

Espina bífida: enfermedad crónica congénita debida a la falta de cierre del tubo neural que se origina a partir de la primitiva placa neural, por lo que la médula espinal se sale del canal vertebral. Por debajo de este nivel, el sujeto pierde la movilidad, sensibilidad de las zonas inervadas por los nervios espinales. Además de estos problemas, el 80% tiene una vejiga neurógena y casi la totalidad de los niños no tiene control esfinteriano.

Estereotipia: repetición persistente y mecánica de una actividad motora o del lenguaje. Aparece en autismos, retraso mental y otras psicosis infantiles.

Etiología: causa u origen de una enfermedad o de un trastorno de la conducta.

Farbulleo: habla excesivamente rápido y entrecortada.

Fenotipo: atributos observables de un individuo, manifestaciones físicas del genotipo.

Fracaso escolar: falta de adecuación del niño al entorno escolar que se traduce en un bajo rendimiento académico.

Gaba (Ácido gamma aminobutírico): principal neurotransmisor cerebral implicado en varias condiciones neurológicas y psiquiátricas.

Genotipo: conjunto de todos los genes presentes en el momento de la concepción, causantes de la constitución genética.

Hiperactividad: estilo de conducta, combinación de inquietud (desorganizado y caótica) e inatención.

Hipercinesia: síndrome caracterizado por hiperactividad junto a otras variables clínicas del área escolar, conductual y afectiva.

Hipotiroidismo: trastorno endocrino que aparece cuando no se produce una cantidad adecuada de hormona de la glándula tiroidea. Generalmente debido a una alteración autoinmune. Tienden a estar abatidos, letárgicos y a manifestar síntomas depresivos. Pueden también desarrollar estreñimiento, pérdida de apetito y ganar peso modestamente.

Insomnio: estado consistente en una alteración de la cantidad o calidad del sueño en la que destaca la dificultad para conciliar el mismo.

Maduración: cambios que se producen en los individuos de una especie con relativa independencia del entorno, siempre y cuando se satisfagan determinadas condiciones básicas. Por ejemplo, la mayoría de los seres humanos aprenderán a caminar siempre que la capacidad física, la crianza y las posibilidades de moverse sean normales.

Mutismo: rechazo a hablar por razones conscientes o inconscientes.

Narcolepsia: anormal acceso de sueño de breve duración con pérdida de tono.

Negativismo: actitud que exterioriza indiferencia.

Pesadilla: experiencia angustiosa durante el sueño en la que aparecen síntomas vegetativos y en la que se recuerda vívidamente el contenido del mismo.

Psicogénesis: perspectiva según la cual el desarrollo de un trastorno concreto se debe a influencias psicológicas.

Psicomotor: coordinación de movimientos complejos.

Psicopatoplastia de contexto: influencia determinante de los factores ambientales y contextuales en la formación y génesis de determinado trastorno.

Psicosis: término general empleado para denominar un trastorno mental grave que afecta al pensamiento, las emociones y otros sistemas psicológicos. Lo más característico de la psicosis es la alteración del contacto con la realidad.

Psicosis desintegrativa: es un trastorno generalizado del desarrollo parecido al autismo, pero en el que no hay retraso en el desarrollo del lenguaje (aunque se utiliza de modo estereotipado) y la capacidad intelectual suele ser normal.

Retraso en la eficacia motora: disminución en la capacidad para realizar movimientos coordinados complejos.

Riesgo: grado en el que las variables (factores de riesgo) influyen aumentando la probabilidad de que se produzcan problemas de conducta.

Serotonina: neurotransmisor con estructura de indol, también relacionado con diversos trastornos psiquiátricos.

Síndrome: grupo de conductas o síntomas que se sabe o se cree que se producirán de forma conjunta en un término específico.

Síndrome de Kleine-Levin: ocurre de manera característica en varones adolescentes, en el que los episodios de consumo de alimento o hipersexualidad incontrolados, se asocian a una hipersomnolencia periódica, presumiblemente como consecuencia de una lesión hipotalámica.

Síndrome de la muerte súbita del lactante: consiste en la muerte repentina o inesperada de un lactante sin la presencia de antecedentes que la anuncien. La causa suele asociarse a un paro respiratorio y el mayor número de muertes suele tener lugar entre los 2 y 4 meses de vida.

Síndrome de Prade-Willi: trastorno genético en el que la conducta de ingestión con atracones y la obesidad se deben al parecer a una delección del brazo largo del cromosoma 15.

Síntoma: signo, característica, manifestación a base del cual se infiere una conclusión.

Sobreactividad: comportamiento caracterizado por excesiva cantidad de movimiento.

Sonambulismo: episodios repetidos de levantarse y deambular durante el sueño, sin un recuerdo claro de dicha experiencia.

Tartamudez: alteración en el ritmo respiración-articulación con bloqueo o repetición de grupos de fonemas.

Temperamento: variedad de conductas socioemocionales que se consideran características relativamente estables de los individuos, tales como el nivel de actividad y la capacidad de respuesta social.

Terapia cognitiva: método de tratamiento particularmente útil para los trastornos depresivos, pone énfasis en la modificación de los procesos no adaptativos del pensamiento, las percepciones, las actitudes y conductas del niño.

Terapia de conducta: forma de tratamiento dirigida a la modificación de conducta observable y, por lo menos en principio cuantificable mediante una manipulación sistemática del ambiente y de las variables conductuales que se suponen relacionadas funcionalmente con la conducta. Terrores nocturnos: episodios nocturnos de pánico intenso con escaso recuerdo de este al despertar y escasa respuesta a los estímulos mientras se producen.

Tics: movimiento intermitente, involuntario y espasmódico de un músculo o grupo de músculos, sin que exista estímulo externo.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias bibliográficas](#)

Trastorno del desarrollo psicológico: deterioro o retraso de distintas funciones que afectan el normal funcionamiento biopsicosocial del niño o adolescente.

Trastorno por estrés postraumático: trastorno de ansiedad que se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, con síntomas debidos al aumento de activación y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con el trauma sufrido.

[Índice](#)[Primer
bimestre](#)[Segundo
bimestre](#)[Solucionario](#)[Glosario](#)[Referencias
bibliográficas](#)



6. Referencias bibliográficas

Aires, M. y Remuzgo, S. (2015) Psicopatología en el contexto escolar. Sevilla: ediciones pirámide, primera edición

Rodríguez, J. (2000) Psicopatología Infantil Básica Teoría y Casos Clínicos. Sevilla, ediciones Pirámide, primera edición.

Gómez L., Maqueo, Heredia C. (2014). Psicopatología: riesgo y tratamiento de los problemas infantiles – 1ª edición. – México: UNAM: Editorial El Manual Moderno, 2014.xii, 246 páginas: ilustraciones; 23 cm.

Oros, Laura B., & Vogel, Gisela K. (2005). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. Enfoques, XVII(1),85-101.[fecha de Consulta 29 de Diciembre de 2020]. ISSN: 1514-6006.

Rabadán Rubio, José Antonio, Giménez Gualdo, Ana María
DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL AULA DE LOS
TRASTORNOS DE CONDUCTA. Educación XX1 [en línea]. 2012,
15(2), 185-212[fecha de Consulta 29 de diciembre de 2020].
ISSN: 1139-613X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70624504006>

<https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas

Calvo, M^a Isabel, Verdugo, Miguel Ángel, & Amor, Antonio Manuel. (2016). La Participación Familiar es un Requisito Imprescindible para una Escuela Inclusiva. Revista latinoamericana de educación inclusiva, 10(1), 99-113. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782016000100006>

Guía para las familias Cómo promover hábitos saludables y el desarrollo socioeducativo en niños y niñas a través del ocio y el tiempo libre, recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guia-HabitosSaludablesOcio-CEAPA.pdf>

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=cat07433a&AN=cpu.C00080404c8&site=eds-live>. Acceso em: 28 jan. 2021

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=cat07433a&AN=cpu.AB0057976&site=eds-live>. Acceso em: 28 jan. 2021.

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Glosario

Referencias
bibliográficas