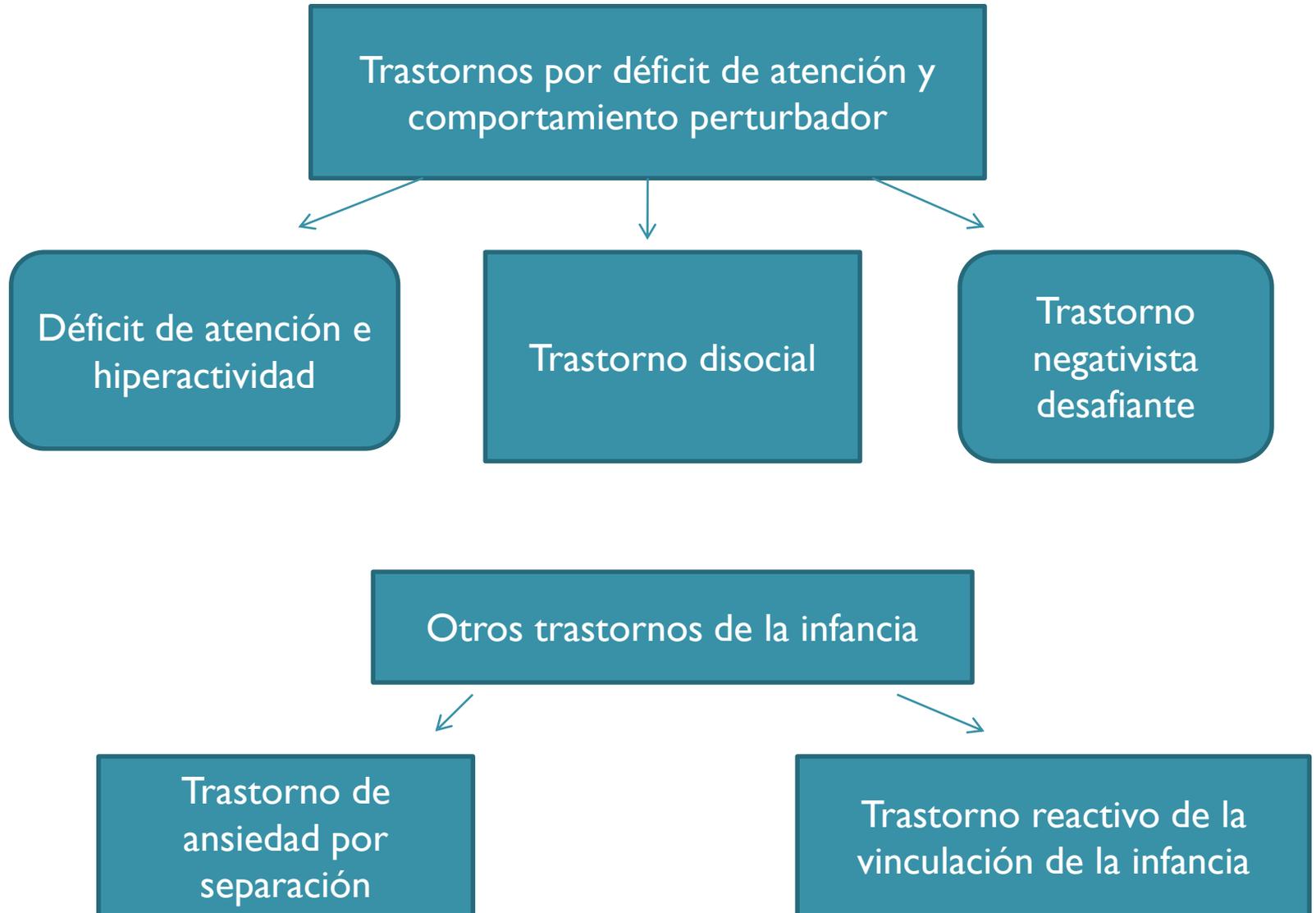




Claudia Grau Rubio

# **INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN REGULACIÓN Y PROBLEMAS DE CONDUCTA**

# Clasificación



# Déficit de atención e hiperactividad: definición

- Un nivel de inatención, hiperactividad e impulsividad inadecuado para la edad del niño,.
- Cuyos síntomas empiezan antes de los 7 años,.
- Que produce un deterioro importante o afecta negativamente al niño en al menos dos ambientes de su vida (en casa, en el colegio, con los amigos...).
- Que dure al menos seis meses.
- Que no sea debido a un problema psiquiátrico (por ejemplo: ansiedad, depresión) y que no sea debido a un problema médico o a una sustancia (alcohol, drogas) o a alguna medicación.

# Déficit de atención con hiperactividad: definición

## EITDAH:

- Es un síndrome neurobiológico caracterizado por elevados niveles de inatención, impulsividad e hiperactividad.
- Debido a causas de tipo biológico, hereditarias y psicosociales.

## EITDAH afecta la capacidad del niño de:

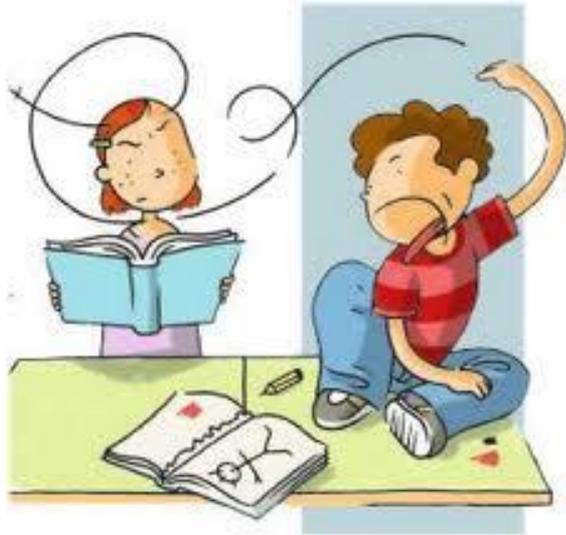
- Regular su nivel de actividad, por lo que tienen **hiperactividad**.
- Inhibir o frenar sus pensamientos o comportamientos, por lo que tienen **impulsividad**.
- Prestar atención a las acciones que realizan, por lo que sufren **inatención**.

# Déficit de atención con hiperactividad: Tipos

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio del déficit de atención

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio hiperactivo-impulsivo



# Características

<b>Inatención</b>	<b>Hiperactividad</b>	<b>Impulsividad</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No presta suficiente atención a los detalles.</li><li>• Tiene dificultades en la atención sostenida.</li><li>• Parece no escuchar cuando se le habla directamente.</li><li>• Dificultad para finalizar las tareas.</li><li>• Dificultad para organizar sus actividades o tareas.</li><li>• Rechaza cualquier esfuerzo mental sostenido.</li><li>• Pierde cosas necesarias.</li><li>• Se distrae por estímulos irrelevantes.</li><li>• Es olvidadizo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mueve en exceso manos y pies.</li><li>• Abandona su asiento en la clase.</li><li>• Corre da saltos en situaciones inapropiadas.</li><li>• Tiene dificultad para realizar actividades tranquilas.</li><li>• Habla en exceso.</li><li>• Actúa como si estuviese impulsado “por un motor”.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Responde de forma precipitada a las preguntas.</li><li>• Tiene dificultades para guardar el turno en una fila.</li><li>• Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros.</li></ul>

# Características

- Incapacidad para la inhibición de la conducta, tanto motora como lingüística, para autorregular su pensamiento y para limitar la influencia de estímulos externos.
- Actividad motriz incesante, inadecuada e inoportuna.
- Dificultades para concentrarse, durante un largo periodo de tiempo, en las tareas (atención sostenida), deficiencias en la capacidad para focalizarse en un estímulo (atención selectiva) y dificultades para atender a más de un estímulo o tareas relevantes al mismo tiempo (atención dividida).
- Primero actúan y luego piensan, se observa impulsividad y déficit en procesos de análisis y síntesis. Estilo cognitivo impulsivo e irreflexivo y un comportamiento fuera de su control.
- Si falla la atención, núcleo fundamental para la actividad de la memoria de trabajo, será difícil que ésta opere y active la memoria a largo plazo.
- Intereses variados y dispersos, pero de corta duración, así veremos que cambian de actividad rápidamente.
- En cuanto al lenguaje interno, que facilita la guía y control de la conducta, veremos retrasos en la internalización del lenguaje y su integración
- Consecuencia de todo lo anterior, dificultades en el aprendizaje y en la adaptación a la escuela, también en el hogar y en otras situaciones sociales.

# Evaluación

- Indagar la historia evolutiva y clínica del niño a través de los padres y profesores.
- Observación directa de la conducta del niño en el aula y en casa “in situ” y a través de registros observacionales (distintos momentos del día y distintos días).
- Escalas de problemas de conductas (información recogida de los padres).
- Escala de problemas en la escuela (información recogida de la escuela)
- Pase de pruebas:

# Pruebas de evaluación

- Para el control inhibitorio (impulsividad-reflexividad): Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFF20) de Cairns y Cammock (1978).
- Cuestionario B: Cuestionario de valoración del temperamento del niño (CVT) del Cuestionario Multifactorial de Diagnóstico Diferencial de los Trastornos de la Atención y/o Hiperactividad y los Trastornos de Distrés Infantil, que incluye varios cuestionarios de Ferré (2004).
- Valoración de la flexibilidad cognitiva y la distractibilidad. Test Stroop de colores y palabras.
- Evalúa actividad perceptiva y memoria visual. Test de la Figura Compleja de Rey (1994).
- Subpruebas de la Escala de Inteligencia de Weschler (2005). La subprueba de Aritmética evalúa atención dividida y concentración, la subprueba de Claves evalúa atención sostenida y la subprueba de Dígitos la memoria secuencial auditiva (vigilancia).
- Subtest de Integración visual del IPTA (Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas) de Kirk, Mc Carthy y Kirk (1986). Mide atención sostenida, capacidad de reflexión y perseverancia.

# Intervención: cambios sobre la conducta del niño y sobre los contextos:

## Actuaciones sobre el niño:

- Tratamiento farmacológico (metilfenidato, destroanfetamina y remolina).
- Tratamiento cognitivo (enseñar a los niños técnicas de autocontrol y de resolución de problemas).

## Actuaciones sobre el contexto:

- Tratamiento conductual (entrenar a los padres y profesores en técnicas de modificación de conducta).
- Orientación a padres y profesores.
- Adaptaciones curriculares.

**Tratamiento cognitivo-conductual: combina el tratamiento cognitivo y el conductual**

Comportamiento perturbador

```
graph TD; A[Comportamiento perturbador] --> B[Trastorno disocial]; A --> C[Trastorno negativista desafiante];
```

Trastorno disocial

Trastorno negativista  
desafiante



# Trastorno disocial: definición

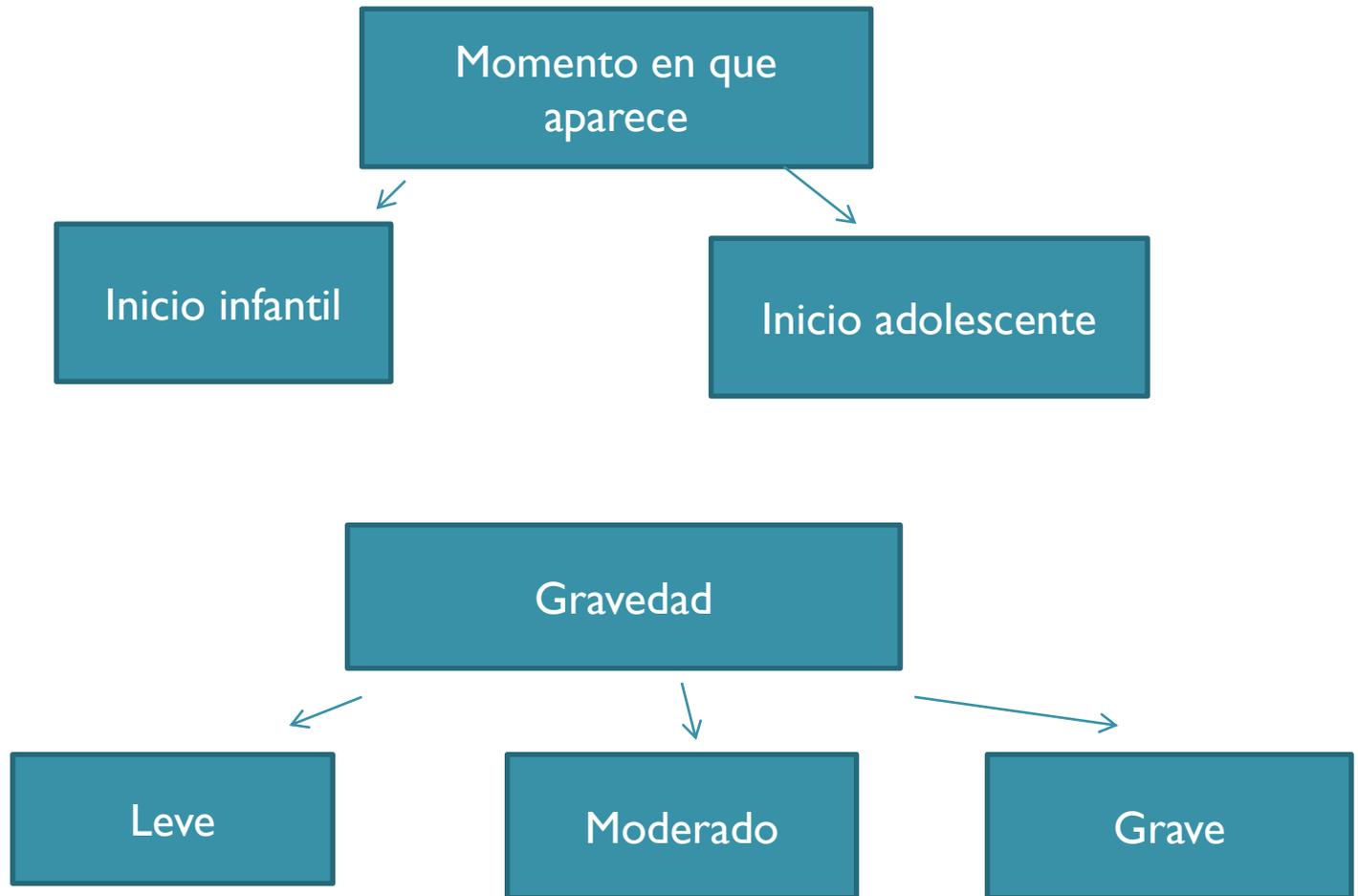
- Es un patrón, persistente y repetitivo de conducta del niño , en el que se violan los derechos básicos de los otros, o importantes normas sociales.
- Este trastorno provoca deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

# Trastorno disocial:

## Puede presentarse como:

- **Agresivo:** causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales.
- **No agresivo:** causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos.
- ***Violaciones graves de las normas.***

# Trastorno disocial tipos



# Trastorno negativista desafiante:

- Es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad.
- Que persiste por lo menos durante 6 meses.

Se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos:

- **Accesos de cólera (Criterio A1).**
- **Discusiones con adultos (Criterio A2).**
- **Desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos (Criterio A3).**
- **Llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas (Criterio A4).**
- **Acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento (Criterio A5)**
- **Ser quisquilloso o sentirse fácilmente molesto por otros (Criterio A6).**
- **Mostrarse iracundo y resentido (Criterio A7) .**
- **Ser rencoroso o vengativo (Criterio A8).**

# Evaluación

- Escalas de observación desarrollo y necesidades del menor, Child Well-being Scales (escalas de observación del bienestar infantil) de Magura y Moses (1986).
- Adaptación infantil a diferentes contextos: Tamai (test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil) de Hernández (1988).
- Evaluación de la conducta infantil: Basc (sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes de Reynolds y Kamphaus (2007).
- Evaluación del perfil de estilos educativos: PEF (escala de identificación de prácticas educativas familiares de Alonso y Román (2003) o PEE (perfil de estilos educativos) de Magaz y García (1998).

# Evaluación- Intervención

## Observar :

- La conducta del alumno inicial.
- Las emociones de los adultos.
- La respuesta correctora del adulto.
- La conducta final del alumno o hijo.

# Intervención

## Niños cuya meta es la atención (niños buscadores de atención)

No reforzar el comportamiento inadecuado.  
Ignorar el comportamiento inadecuado.  
Mostrarles atención a través de contribuciones útiles y no a través de actitudes negativas.  
Prestarles atención cuando no lo esperan.

## Niños cuyo objetivo es el poder (ser el jefe)

Manifestar control por el adulto.  
Retirarse de la lucha de poder, pidiendo su ayuda y cooperación.

# Intervención

## Niños que persiguen la revancha

El adulto no debe sentirse herido.  
Evitar el castigo, la revancha o el desquite.  
Mejorar las relaciones con el niño y convencerle de que es valioso.

## Niños que tienen como objetivo mostrar insuficiencia

Eliminar toda censura del discurso, enfocando lo positivo, es decir, potencialidades y progresos.  
Mostrar confianza en el niño, y así, el niño desarrollará confianza en sí mismo y desde luego no mostrar lástima y no ceder.  
El niño que demuestra insuficiencia no es incapaz, más bien no cree en sus propias habilidades.

# Intervención

- Trabajar la autoestima y la competencia social.
- Generar la empatía y desarrollar estrategias de comunicación adecuadas, por ejemplo manejar “mensajes yo, en vez mensajes tú”.
- Los educadores deberán:
  - Hacer saber al niño que su contribución es valiosa y que es apreciada.
  - Estimular la capacidad del niño para tomar decisiones.
  - Dejar que el niño que experimente las consecuencias de sus decisiones.
  - Demostrar confianza en el niño.
  - Hacer que el niño entienda que se aprecia su interés por cooperar.
  - Reconocer y apreciar los esfuerzos que el niño hace por actuar con madurez y responsabilidad.

**Alteraciones de  
tipo emocional**

```
graph TD; A[Alteraciones de tipo emocional] --> B[Ansiedad de separación]; A --> C[Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia];
```

**Ansiedad de  
separación**

**Trastorno  
reactivo de la  
vinculación en la  
infancia**



# Trastorno de ansiedad por separación

- Ansiedad excesiva concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado (Criterio A).
- Ansiedad superior a la esperada en sujetos del mismo nivel de desarrollo.
- La alteración debe mantenerse durante un período de por lo menos 4 semanas (Criterio B) y empezar antes de los 18 años (Criterio C).
- Provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D).
- No se establece el diagnóstico si la ansiedad aparece en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o si se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia (criterio E).

# Trastorno de ansiedad por separación

- Pueden experimentar malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las personas con quienes están más vinculados. Una vez separados de éstas, suelen necesitar saber su paradero y estar en contacto con ellas (p.ej. mediante llamadas telefónicas).
- Suelen expresar miedo a perderse y a no reunirse nunca más con sus padres.
- Suelen mostrarse desasosegados cuando se trasladan independientemente fuera de su domicilio o de otras áreas familiares, y pueden evitar el ir solos a distintos sitios.
- Pueden ser renuentes o rehusar ir a la escuela o a un campamento, o visitar la casa de un amigo o dormir en ella, o hacer recados.
- Son incapaces de permanecer en una habitación solos y pueden manifestar un comportamiento de «aferramiento», situándose muy cerca del padre o la madre y convirtiéndose en su «sombra» .
- Tienen problemas la hora de acostarse y pueden insistir en que alguien permanezca con ellos hasta conciliar el sueño .
- Durante la noche pueden trasladarse a la cama de sus padres (o a la de otra persona significativa como un hermano). Pueden tener pesadillas cuyo contenido expresa los temores del sujeto (p. ej., destrucción de la familia por incendio, asesinato u otra catástrofe).
- Cuando ocurre o se anticipa una separación, son frecuentes las quejas físicas tales como: dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos .



# Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia

- Relación social marcadamente alterada e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto.
- **Inhibido:** está persistentemente incapacitado para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales y responder a ellas de un modo adecuado a su nivel de desarrollo.
- **Desinhibido:** se observa un patrón de vinculaciones difusas. El niño exhibe una sociabilidad indiscriminada o una falta de selectividad en la elección de las figuras de vinculación.
- Se inicia antes de los 5 años de edad.
- Se asocia a una crianza sumamente patológica:
  - Desatención persistente de las necesidades emocionales básicas del niño relativas a bienestar, estimulación y afecto y de las necesidades físicas básicas del niño.
  - Cambios repetidos del cuidador primario, lo que evita la formación de vínculos estables.
  - Se presume que la crianza patológica es responsable de la relación social alterada.

# Evaluación

- El procedimiento de la Situación Extraña (Ainsworth y Wittig, 1969) utilizado básicamente en menores durante los dos primeros años de vida.
- El Attachment Q-set (AQS; Walters, 1986): evalúa seguridad del apego en el hogar y se utiliza en menores entre los 12 meses y los 5 años.
- El PAAS (Preschool Attachment Assessment System) adaptación realizada por Cassidy y Marvin en 1992 de la Situación Extraña para niños de preescolar.
- El PAA (Preschool Assessment of Attachment) también para menores de preescolar, basada en la clasificación de Ainsworth.
- Completamiento de Historias (Attachment Story Completion Test) de Main, Kaplan y Cassidy de 1985.

# Gracias por su atención

Claudia Grau Rubio

