

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Trastornos mentales en infantes

Trabajo académico presentado para optar el Título Profesional de
Segunda Especialidad de Educación Inicial

Autora.

Tania Isabel Ochantes Flores

TUMBES –PERU

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Trastornos mentales en infantes

Los suscritos declaramos que la monografía es original en su contenido y forma.

Tania Isabel Ochantes Flores. (Autora)

Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo. (Asesor)

TUMBES –PERU

2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO.

En Tumbes, a los once días del mes de agosto del dos mil dieciocho, se reunieron en un ambiente de la I.E. José Antonio Encinas, los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la educación peruana, al Dr. Segundo Albuquerque Silva, coordinador del programa; representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidente), Dr. Andy Figueroa Cárdenas, representante del Consejo Intersectorial para la Educación Peruana (Secretario) y Mg. Wendy Cedillo Lozada (Vocal), con el objeto de evaluar el trabajo académico de tipo monográfico denominado: *"Trastornos mentales en infantes"*, para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en Investigación y Gestión Educativa al señor **TANIA ISABEL OCHANTES FLORES**.

A las TRÉCE horas VEINTÉ minutos y de acuerdo a lo estipulado por el Reglamento respectivo, el Presidente del Jurado dio por iniciado el acto.

Luego de la exposición del trabajo, la formulación de preguntas y la deliberación de jurado lo declararon APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo BASTANTE.

Por tanto, **TANIA ISABEL OCHANTES FLORES**, queda APTA, para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el Título Profesional de Segunda Especialidad en Investigación y Gestión Educativa

Siendo las TRÉCE horas con CUARENTA minutos, el Presidente del Jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad todos los integrantes del jurado.


Dr. Segundo Albuquerque Silva
Presidente del Jurado


Dr. Andy Rold Figueroa Cárdenas
Secretario del Jurado


Mg. Wendy Cedillo Lozada
Vocal del jurado

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo TANIA ISABEL OCHANTES FLORES estudiante del Programa Académico de Segunda Especialidad de Educación Inicial la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Tumbes.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor del trabajo académico titulado TRASTORNOS MENTALES EN INFANTES, la misma que presento para optar el título profesional de segunda especialidad.
2. El trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. El trabajo Académico presentado no atenta contra derechos de terceros.
4. El trabajo Académico no ha sido publicado ni presentado anteriormente para obtener grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la UNTUMBES cualquier responsabilidad académica, administrativa o legal que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de El Trabajo Académico, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada.

Tumbes, _____ de 2018

Firma

TANIA ISABEL OCHANTES FLORES

RESUMEN

El presente trabajo académico desarrollado en el campo de la educación estudia un tema fundamental la salud mental y los trastornos psicológicos. Los estudiantes necesitan tener condiciones básica mínimas para poder participar de forma exitosa en el sistema educativo, estas condiciones son físicas, biológicas, psicológicas espirituales. En este sentido es necesidad que los profesionales de la educación tener la capacidad de identificar los problemas y trastornos psicológicos para poder buscar ayuda e intervenir de forma efectiva.

Palabras Clave: Trastornos, infantes, educación

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años, se ha demostrado que en la etapa del desarrollo donde se forma la personalidad de una persona, es en la infancia. Debido a eso, en esta etapa hay riesgos de experimentar trastornos que van más allá de la edad adulta, pero también se pueden asociar por los diferentes aspectos como emocional, familiar y por círculo social.

El resultado de un buen diagnóstico es mediante diversas entrevistas que muestren los posibles síntomas y juntar información acerca de los distintos aspectos de la vida del paciente. Es correcto entrevistar a los padres del niño, ya que de ellos se recogerá información más objetiva que ayude a la evaluación.

Las funciones de afrontamiento en las capacidades adaptativas no se relacionan de manera simple con la edad cronológica, sino que algunas pautas de conducta pueden ser normales en determinados estadios del desarrollo, pero pueden ser diagnosticadas como patológicas cuando aparecen más tarde. Por otro lado, es cierto también, que la mayoría de estos trastornos no pueden considerarse normales a ninguna edad (Canal UNED, 2012)

El presente trabajo académico persigue objetivos que lo guían en su desarrollo y entre ellos tenemos al **OBJETIVO GENERAL**: Comprender las implicancias de los trastornos mentales en los infantes; asimismo, tenemos **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**:
1. Entender el papel de los trastornos mentales en el desempeño educativo, también 2. Conocer el marco conceptual de los trastornos mentales y sus tipos

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1 TRASTORNO DE CONDUCTA.....	9
1.1. Crecimiento habitual	12
1.2. Clases de trastornos de conducta	12
Trastorno disocial.....	12
Anorexia nerviosa.	13
Trastorno depresivo.....	13
Trastorno de la ansiedad.....	13
1.3. Características en trastorno de conducta	13
1.4. Prevención	14
1.5. Tratamiento.....	15
CAPÍTULO 2 TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE.....	16
2.1. Definición	16
2.2. Factores de riesgo.....	17
Genética.....	17
Interacción genética – ambiente.....	17
Edad de inicio	17
Temperamento	17
Factores familiares	18
2.3. Contexto – entorno	18
2.4. Tratamiento.....	19
2.5. Características	19
2.6. Diagnóstico distintivo de TND	20
2.7. Prevención	20
Ámbito familiar.....	20
Ámbito escolar	20

CAPÍTULO 3 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	21
3.1. Concepto.....	21
Hiperactividad:.....	22
Inatención:	22
Impulsividad:	23
3.2.Origen de TDAH.....	24
3.3.Tratamiento.....	25
3.4.Fármacos.....	26
CAPÍTULO 4 TRASTORNO ALIMENTICIOS	29
4.1.Concepto.....	29
4.2.Tipos de trastorno.....	29
Anorexia nerviosa	29
Bulimia nerviosa	31
Trastorno por atracón	32
CAPÍTULO 5 TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA EDAD INFANTIL Y JUVENIL	34
5.1.Concepto.....	34
5.2.Tipos de trastorno.....	35
Trastorno de eliminación.....	35
Trastornos por conductas perturbadoras.....	36
Trastornos académicos	37
Trastornos del habla y lenguaje	40
Trastornos de personalidad.....	41
CONCLUSIONES	
REFERENCIAS CITADAS.....	43

CAPÍTULO 1

TRASTORNO DE CONDUCTA

1.1. Origen de trastorno de conducta

Pacheco (2005), indica en su artículo “El concepto de salud mental”:

“Están satisfechas consigo mismas. No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones). Pueden aceptar las decepciones de la vida sin alterarse dramáticamente. Tienen una actitud tolerante y relajada respecto a la propia persona y a los demás. Son capaces de reírse de sí mismas,” (Mebarak, Castro, & Quintero, 2009, pàrr. 28)

“Se sienten bien con los demás. Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás. Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas. Son capaces de confiar en los demás y están abiertos a que los otros confían en ellos. Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente” (Mebarak, Castro, & Quintero, 2009, pàrr. 29)

“Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta. Aceptan sus responsabilidades ante los problemas que se van presentando. Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario. Planifican el presente de cara al futuro, al que enfrentan, en vez de evadirlo, a pesar del posible temor que puedan sentir”. (Mebarak, Castro, & Quintero, 2009, p. 30)

Los antecedentes referentes a la familia, influye bastante, puesto que en ella está el factor genético y el contexto de crecimiento de los padres. Los padres que tengan historial en este tipo de trastorno poseen grandes inconvenientes para desarrollar su labor como padres.

“El proceso de interacción coercitiva descrito por Patterson (1982), consiste en que la conducta anómala del niño es reforzada por los progenitores cuando éstos se someten o transigen. Aunque aparentemente la conducta del niño finaliza, se incrementa la probabilidad de que se repita en el futuro. En familias con niños agresivos las interacciones coercitivas tienen mayor probabilidad de instaurarse por el impacto que produce en los padres la reacción agresiva del hijo.” (Namicela, 2017, p. 14)

“De todos modos, en el estudio de Dunedin el trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial y consumo de sustancias en padres y abuelos se halla como antecedente en los trastornos de conducta de inicio en la infancia y que persisten en la edad adulta como conducta antisocial, pero no se halla en los trastornos de conducta de inicio en la adolescencia o limitados a la edad infantil” (Alda, Arango, & Castro, s.f. p. 13)

Concepto

“La infancia es una etapa de la vida que destaca por la rápida evolución y desarrollo de las personas, lo que supone tener muy en cuenta las evoluciones que puedan considerarse normalizadas o tópicas a la hora de establecer cualquier tipo de desviación. La diferenciación entre desarrollo normal y desadaptativo supone, en muchos casos, un reto para los profesionales dedicados a la intervención en este campo”. (Gobierno de aragon, s.f. p. 4)

Un trastorno psicológico hace mención de una inestabilidad del estado mental de las personas. Los pacientes que sufren esta enfermedad recurren a un profesional especializado, para obtener un tratamiento a través de psicoterapia y otras técnicas.

“Los trastornos del comportamiento perturbador, trastornos de la conducta, en la infancia y en la adolescencia engloban un conjunto de conductas que implican oposición a las normas sociales y a los avisos de las figuras de autoridad, cuya consecuencia más destacada es el fastidio o la perturbación, más o menos crónica, de la convivencia con

otras personas: compañeros, padres, profesores y personas desconocidas. (Gobierno de aragon, s.f. p. 16)

Esta clase de trastorno es también conocido por “trastorno disocial”, ya que es típico que las conductas de los pacientes vayan en contra de las leyes y de los derechos humanos. Otra de las características es la agresión hacia animales, sumando también todo tipo de destrucción y hurtos hacia propiedades y objetos ajenos. Ya que este trastorno cuenta con una gran cantidad de manifestaciones, los pacientes pueden presentar algunos en diferentes grados, también variará por la edad.

“La evaluación se puede catalogar en tres dependiendo de la edad en la que inicia: infancia, adolescencia y está el que no se conoce el inicio.” (Loaeza, 2016, pàrr. 2)

“La edad y el nivel de desarrollo cognitivo influyen en la forma en la que un determinado comportamiento es percibido e interpretado por los adultos” (Loaeza, 2016, pàrr. 2). “Por ejemplo, es poco probable que las conductas agresivas de niños de dos o tres años sean percibidas por sus padres de manera problemática” (Loaeza, 2016, pàrr. 2).

“Los padres de niños de dos o tres años suelen quejarse de las rabietas, pataletas o agresiones de sus hijos, pero las consideran algo transitorio, contrariamente a lo que suele suceder cuando los niños son mayores” (Loaeza, 2016, pàrr. 2).

“Otro de los factores que influye en la valoración de la existencia de un trastorno de conducta en los hijos es la familia. Una buena parte de los niños que acuden a una consulta especializada lo hacen porque sus padres, un profesor o un médico han mostrado algún tipo de preocupación por ellos”. (Gobierno de aragon, s.f. p. 17)

Casi en la totalidad de los casos, los infantes no son conscientes de la enfermedad que tienen. Los padres tampoco suelen ser conscientes del tipo de conducta, por lo que suelen justificar las acciones agresivas o destructivas, llamándolo algo inadecuado y propio de la edad y en algunos casos, recurren a pedir ayuda profesional. Es necesario saber que los inconvenientes con conductas en las que se produce el aislamiento y las transitorias, es mejor que no sean confundidas con un trastorno de conducta.

La diferencia en el trastorno disocial de niños no sociables y sociables implica que los niños no sociables cuenten con problemas serios en relaciones interpersonales, lo que conlleva a aislarse y ser rechazado por los que lo rodean; y los niños sociables mantienen una integración con sus compañeros, formando amistades duraderas.

Crecimiento habitual

Los hábitos inquietantes varían según la edad y la evaluación según los adultos.

Las malas conductas también pueden deberse a la etapa de crecimiento que el infante esté atravesando en ese momento, las cuales culminarán con la etapa.

Un correcto diagnóstico, para los niños es cuando las conductas agresivas y antisociales se muestren de una manera muy frecuente en los diferentes contextos de su vida.

“Además, hay que considerar que ciertas conductas perturbadoras cumplen una función en las distintas etapas del desarrollo” (Gobierno de aragon, s.f. p. 18).

Algunas de las conductas que muestran los niños, pueden ser:

- Autoestimulación.
- Falta de atención.
- Falta de motivación.
- Comportamientos impulsivos.

Las consecuencias que aparecen normalmente tras este tipo de enfermedad perjudican gravemente tanto al entorno familiar, como escolar y social del paciente, debido a esto se ha dado la participación de numerosos especialistas.

1.2. Clases de trastornos de conducta

Trastorno disocial. Se caracteriza por un comportamiento que viola los derechos humanos y las normas sociales. A través, de una actitud agresiva, destructiva, acompañado con engaños, robos y estafas.

Según Martí (1997):

“Sin este proceso atribucional, la conducta que observamos se reduce a una serie de acciones sin significado. Atribuir estados mentales a cualquier individuo que realiza una actividad en cualquier contexto es necesario para dar sentido a lo que observamos y se encuentra enraizado en nuestra mente. Sin

embargo, existen múltiples entidades patológicas que presentan dificultades para el desarrollo de dichos estados mentales. Son numerosas las investigaciones que documentan dificultades de la teoría de la mente en autismo, síndrome de Down, esquizofrenia, pero muy pocas las que se han preocupado en investigar la teoría de la mente en el trastorno disocial de la conducta.” (Botero, Tobon, & Gonzales, 2010, p. 105)

Anorexia nerviosa. Esta enfermedad se caracteriza por la pérdida de apetito basándose en emociones. Falta de apetito y comer muy poco, se da más en mujeres que hombres. La persona con este trastorno comienza por dejar los alimentos con más calorías, hasta que llega solo a unos pocos.

Trastorno depresivo. Estos trastornos se caracterizan por el sentimiento de tristeza, que es la principal característica, es acompañada por fatiga, falta de concentración, e ideas suicidas.

“La baja tolerancia a la frustración, la impulsividad, la falta de recursos para resolver problemas y la ansiedad son aspectos que inducen al uso de sustancias que están fácilmente al alcance de los adolescentes, como son el tabaco, el alcohol y la marihuana. En un estudio con 564 niños y adolescentes que presentaban graves trastornos de conducta el 27% de los chicos y el 37% de las chicas tenía problemas en el uso de sustancias junto a otros problemas emocionales”. (Alda, Arango, & Castro, s.f. p. 15)

Trastorno de la ansiedad. La ansiedad produce ciertas sensaciones como intranquilidad y temor. Es de ayuda cuando se encuentra en una nivelación adecuada, ya que nos pone en alerta, el trastorno se da cuando sus niveles suben tanto como su duración. Los resultados son fatales ya que desgasta e imposibilita a la persona.

1.3. Características en trastorno de conducta

Da inicio mayormente en la infancia y va aumentando con el tiempo. Frick (2006), señala que:

“Este grupo no es homogéneo y observa que hay diferencias importantes en función de la presencia de rasgos de insensibilidad emocional (“callous-

unemotional”), que interfieren el desarrollo de la empatía y de los sentimientos de culpa. Sus problemas de conducta son más frecuentes y las agresiones más graves. Los niños que no tienen estos rasgos tienen mayores factores de riesgo a nivel emocional, cognitivo y contextual. Muestran dificultad en la regulación de sus emociones y su conducta responde a reacciones impulsivas”. (Alda, Arango, & Castro, s.f. p. 12)

Usualmente los pacientes adolescentes que son diagnosticados con este trastorno sin haber tenido un historial pueden mostrar menos agresividad y menos impulsividad, también suelen venir de familias con un bajo índice de problemas, de los que se da en pacientes que inician en la infancia.

Suele haber diferencias en adolescentes mujeres y hombres, ya que las mujeres muestran diferentes características que los hombres, y el pronóstico puede ser más grave.

“Frick (1998), propone que “se distinga este patrón del trastorno en las chicas denominándolo de inicio retrasado (delayed-onset)” (Alda, Arango, & Castro, s.f. p. 12). También, indica que en casos no clínicos el porcentaje es menor, pero también significativo.”

“Mealey (1995) enfatiza que en el TDC se presenta una cognición fría, en la cual se aprecia una teoría de la mente planteada en términos sólo instrumentales, sin acceso al entendimiento empático que depende de otras personas. En este tipo de problemática, se presenta alta conciencia de la presencia de sentimientos en el otro, pero hay una inhabilidad para compartir estos sentimientos (disposición empática), que junto con la emoción juegan un papel fundamental en el desarrollo moral y de la conducta. Por ello, resulta claro que la empatía en sí misma termina actuando como un inhibidor del comportamiento violento.” (Botero, Tobon, & Gonzales, 2010, p. 114)

1.4. Prevención

En este trastorno existen muchas causas, pero se le da tanto ayuda al niño junto a la familia, mediante sistemas y programas de prevención.

“Los mejores resultados en la prevención del trastorno de conducta se obtienen cuando la población diana del programa de prevención son preescolares procedentes de familias muy desfavorecidas, el programa contiene diversos aspectos y se aplica de forma intensiva” (Alda, Arango, & Castro, s.f. p. 19).

1.5. Tratamiento

Existen programas tanto para el infante, como para los padres, para que exista en el hogar un aumento en la comunicación y relación entre ellos. El tratamiento principalmente se centrará en los niños, con diferentes tipos de recursos, para alcanzar una mejoría en la conducta de estos.

Los resultados se deben ver en la mejora de:

- Las emociones.
- Incremento del apoyo y confianza de los padres.
- Integración en actividades extraescolares.
- Resolver problemas e identificar diferentes tipos de soluciones.
- Identificar las consecuencias que traen los actos impulsivos.

CAPÍTULO II

TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE

2.1. Definición

Educar niños, significa enseñar valores tanto sociales como lo aprendido de los padres. Al educar, también se debe transmitir límites, ya que es todo un proceso, la enseñanza debe ir junto con perseverancia y paciencia.

Es de mucha importancia en la vida del niño, que los padres estén informados de todos sus pasos en el colegio, tanto académicamente como en conducta.

Los problemas del comportamiento disruptivo también están asociados a un mayor coste para la sociedad: se estima que los costes generados por los individuos con conductas antisociales en la infancia son al menos 10 veces más altos que los individuos que no presentan conductas antisociales, cuando alcanzan los 28 años (Scott, 2001) citado por (iacapap, s.f)

“EL TND es un trastorno relativamente frecuente en la infancia, con una prevalencia del 2% al 10%”. (Maughan et al, 2004; Costello et al, 2003)

Los dos principales sistemas de clasificación, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5; APA, 2014) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10; OMS, 1993) citado por (iacapap, s.f), definen:

“El trastorno negativista desafiante (TND) como un patrón persistente de enfado, irritabilidad y actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano. Este trastorno se caracteriza por la ausencia de conductas agresivas o antisociales más graves, que se asocian con un trastorno de conducta” (Quy & Stingraris, 2015, p. 1)

2.2. Factores de riesgo

Genética.

“Los factores genéticos contribuyen significativamente al desarrollo de los síntomas del TND, con estimaciones de heredabilidad superiores al 50%, donde los factores genéticos representan más del 70% de la variabilidad en medidas individuales, basadas en informes de los padres” (Quy & Stringaris, 2015, p. 5).

“En un estudio realizado en gemelos adolescentes, los síntomas auto reportados de irritabilidad en el TND compartían factores genéticos con los síntomas depresivos, mientras que los síntomas de “obstinación/conductas ofensivas” del TND compartían factores genéticos con los síntomas delictivos” (Quy & Stringaris, 2015, p. 5)

Interacción genética – ambiente.

“La noción de que los efectos de la exposición a un factor ambiental (p.ej. maltrato infantil) en la conducta de un niño dependen de la conformación genética presenta aparente validez y plausibilidad biológica” (Quy & Stringaris, 2015, p. 5).

“Los niños que han sido víctimas de maltrato y que tienen un genotipo que conduce a bajos niveles de actividad de la MAO-A tienden a presentar con frecuencia trastornos de conducta y comportamientos antisociales, en comparación con los niños que tienen un genotipo de MAO-A de alta actividad.” (Quy & Stringaris, 2015, p. 5)

Edad de inicio

Según Moffitt (1993), afirma que:

“La edad de inicio de los síntomas antisociales parece ser un buen predictor de los resultados posteriores. Hace una diferencia entre los niños cuyos síntomas aparecen por primera vez en la infancia y persisten en la adolescencia (inicio en la infancia persistente), y aquellos cuyos síntomas aparecen por primera vez en la adolescencia. Los individuos del grupo de inicio en la infancia y persistencia en la adolescencia presentan peores resultados en la vida adulta, si se los compara con sus pares que desarrollaron los síntomas por primera vez en la adolescencia o con aquellos que no presentan trastornos” (Quy & Stringaris, 2015, p. 5)

Temperamento

“Stringaris (2010), demostraron que la comorbilidad entre el TND y los trastornos internalizantes estaba fuertemente asociada a la emocionalidad temprana del temperamento, mientras que un nivel de actividad alto predecía mejor la comorbilidad entre el TND y el TDAH.” (Quy & Stringaris, 2015, p. 6)

Factores familiares

“En la etiología de los problemas de conducta disruptiva es cada vez más evidente la importancia de la interacción entre los genes y los factores ambientales a nivel familiar”. (Quy & Stringaris, 2015, p. 6).

Patterson (1982), propuso:

“Un modelo sobre cómo el comportamiento de los padres puede exacerbar la conducta negativa de los niños y resultar en lo que él llamó procesos familiares coercitivos”. Su trabajo ha demostrado que los padres de niños con problemas de conducta tienen más probabilidad de ser inconsistentes en la aplicación de las reglas, y de dar órdenes que no son claras o son el resultado del estado emocional de los padres más que supeditadas al comportamiento del niño. Un proceso coercitivo recíproco típico surgiría si, por ejemplo, un padre respondiese de forma excesivamente severa a un comportamiento levemente disruptivo del niño, con el resultado de que el niño intensificaría aún más su comportamiento de oposición. Esto, a su vez llevaría a respuestas aún más duras por parte del padre. El resultado es a menudo que el padre termina rindiéndose, reforzando el comportamiento negativo del niño. Esta recompensa paradójica del comportamiento negativo del niño puede aumentar y mantener las conductas opositoras, y, por tanto, es el objetivo específico de las intervenciones terapéuticas.” (Quy & Stringaris, 2015, p. 7)

2.3. Contexto – entorno

“El amplio entorno que rodea al niño también puede ser un factor de riesgo. La conducta disruptiva se ha relacionado sistemáticamente con la desventaja social y económica y la violencia en el vecindario” (Quy & Stringaris, 2015, p. 6).

2.4. Tratamiento

“Hay una serie de tratamientos, dependiendo de las necesidades del niño y la familia. Por ejemplo, el comportamiento que se manifiesta predominantemente en el hogar o en la escuela puede ser manejado de forma más eficiente utilizando un tratamiento diseñado para abordar cuestiones específicas del hogar o de la escuela. Los problemas más graves pueden requerir un trabajo individual más intensivo” (Quy & Stringaris, 2015, p. 9)

Como parte del tratamiento, pueden abordarse los siguientes temas:

- Control de conducta por parte de los padres.
- Intervenciones escolares.
- Terapias constantes, para el manejo de la ira del infante.
- Medicamentos.

Scott y Dadds (2009) sugieren que:

“Una serie de formas alternativas de plantear la intervención, que pueden proporcionar un marco para abordar los factores que limitan la eficacia de los programas de entrenamiento para padres. Ellos recomiendan tener en cuenta la seguridad del apego y la relación padre-hijo al plantear las estrategias de intervención, a fin de considerar las repercusiones que puede tener un apego inseguro o desorganizado en el sentido que se da a los castigos o recompensas. Además, ellos enfatizan la importancia del contexto social más amplio, que puede tener un impacto significativo en el niño, como por ejemplo la relación entre los padres, los hermanos, la familia extensa y la comunidad. Finalmente, ellos alientan a los profesionales a considerar las creencias e ideas que tienen los padres respecto al niño (o aspectos de la crianza) que pueden estar interfiriendo con el tratamiento” (Quy & Stringaris, 2015, p. 11)

2.5. Características

- Actitud desafiante.

- Comportamiento explosivo.
- Actitud hostil.
- Ira a causa de llamados de atención.
- Mentiras.
- Violaciones a normas sociales.

2.6. Diagnóstico distintivo de TND

Es necesario que se realice con:

- Negativismo evolutivo o normal para la edad del desarrollo.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Trastorno adaptativo.
- Abuso sexual, físico y psicológico.

2.7. Prevención

Ámbito familiar.

- Disminuir la dificultad del vínculo afectivo entre padres e hijos.
- Evitar ambientes familiares en los que se den el abuso tanto físico como psicológico.
- Evitar en las familias el consumo de alcohol y drogas.
- Inculcar valores, para evitar conductas erróneas.

Ámbito escolar

- Frustración o fallo escolar.
- Demasiada timidez o agresividad.
- Consumo de alcohol u otras sustancias perjudiciales.
- Círculo social de amistad, identificar los problemas de conducta.

CAPÍTULO III

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

3.1. Concepto

“El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico cuyos síntomas comienzan en la infancia y que comprende un patrón persistente de conductas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Se considera 24 que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral y en sus actividades cotidianas, obteniendo resultados por debajo de sus capacidades”. (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 34)

G. Still (1902) describió, “43 niños que presentaban graves problemas en la atención sostenida y en la autorregulación, a los que atribuía un problema en el control moral de la conducta.” (Como se citò en Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 33)

A. Tredgold (1914) argumentó:

“El TDAH podría ser causado por una especie de disfunción cerebral, una encefalitis letárgica en la cual quedaba afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria, explosividad en la actividad voluntaria e impulsividad. En 1937, Bradley descubre de forma casual los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos”. (Como se citò en Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 33)

“Laufer y Denhoff (1957) realizaron la primera denominación de síndrome hipercinético.” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 33).

“Las impresiones clínicas sobre la validez del diagnóstico del TDAH y la eficacia del tratamiento están sólidamente confirmadas por la investigación realizada. La American Medical Association (AMA) encargó un estudio que concluye el TDAH es uno de los trastornos mejor estudiados en medicina y los datos generales sobre su validez son más convincentes que en la mayoría de los trastornos mentales e incluso que en muchas enfermedades médicas.” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 37)

Según el DSM-IV-TR (APA, 2001), las manifestaciones clínicas de los síntomas nucleares hacen referencia a(Canal UNED, 2012):

Hiperactividad:

“Se manifiesta por un exceso de movimiento en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo y en diferentes ámbitos (casa y escuela). Tienen grandes dificultades para permanecer quietos cuando las situaciones lo requieren (se levanta del asiento, lo toca todo, no para quieto, parecen movidos por un motor). Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas. El momento evolutivo influye significativamente en la manifestación de la hiperactividad. Así, los niños preescolares tienen una hipercinesia generalizada menos dependiente del entorno. En la edad escolar, puede suceder que la conducta hiperactiva del niño se limite a algunas situaciones, especialmente cuando éstas están poco estructuradas. Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 48)

Inatención:

“Hace referencia a las dificultades para mantener la atención durante un período de tiempo, tanto en tareas académicas, familiares y sociales. A los niños les resulta difícil priorizar las tareas, persistir hasta finalizarlas y evitan actividades que suponen un esfuerzo mental sostenido. Tienden a ir cambiando de tarea sin llegar a terminar ninguna. A menudo parecen no escuchar. No siguen órdenes ni instrucciones y tienen dificultades para organizar tareas y actividades

con tendencia a los olvidos y pérdidas frecuentes. Suelen distraerse con facilidad ante estímulos irrelevantes.” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 48)

Impulsividad:

“Se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas o esperar el turno. A menudo interrumpen y dan respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas. En general, se caracterizan por actuar sin pensar, no evaluando las consecuencias de la conducta. Durante los primeros años, la impulsividad hace que el niño parezca “estar controlado por los estímulos” de forma que tiene tendencia a tocarlo todo. En la edad escolar, interrumpen constantemente a los demás y tienen dificultades para esperar su turno. La impulsividad en la adolescencia conlleva un mayor conflicto con los adultos con tendencia a tener más conductas de riesgo (abuso de tóxicos, actividad sexual precoz y accidentes de tráfico) (Ortiz, s.f. p. 1)

“Las manifestaciones conductuales descritas anteriormente, suelen producirse en múltiples contextos (hogar, escuela, trabajo y situaciones sociales)” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 49). “Los escolares con TDAH presentan más dificultades de aprendizaje que el resto de la población infantil, siendo este hecho, uno de los principales motivos de consulta y de fracaso escolar” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 49).

“La hiperactividad en adolescentes suele ser menos evidente, predominando una sensación interna de inquietud, tratando de hacer varias cosas a la vez y pasando de una actividad a otra sin finalizar ninguna” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 48).

“El bajo rendimiento académico es debido en parte a las propias dificultades organizativas, de planificación, priorización, atención y precipitación de la respuesta que obedecen a las alteraciones de las funciones ejecutivas (memoria de trabajo e inhibición de la respuesta) propias del TDAH, como a las dificultades específicas que comportan los trastornos específicos del aprendizaje frecuentemente asociados como es la dislexia”. (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 49)

Este trastorno muestra un grupo de conductas que empiezan desde la infancia y tiene principalmente 3 síntomas:

- Dificultad para mantener la atención.
- Hiperactividad o excesivo movimiento.
- Impulsividad.

3.2. Origen de TDAH

“El TDAH representa una de las razones más frecuentes por las que los niños son remitidos al pediatra o al equipo de salud mental por presentar problemas de conducta. Se admite que el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente más prevalentes” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 34)

“Las tasas de prevalencia son marcadamente dispares según los criterios diagnósticos empleados, según el origen de las muestras (clínicas o poblacionales), la metodología y las edades y sexos estudiados”. (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 35).

“En ambos sexos, el subtipo combinado es el más frecuente, pero en el subtipo inatento parece que hay mayor porcentaje de chicas, en las que los síntomas de impulsividad e hiperactividad pueden aparecer con menor intensidad” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 35).

“Las diferencias en cuanto al sexo tienen que ver más con las escalas de valoración psicopatológica y/o conductual, que no incluyen ítems específicos para chicas, que una especificidad en función del sexo” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 35).

“Es poco frecuente la presentación aislada del trastorno, más del 85% de los pacientes presentan al menos una comorbilidad, y cerca del 60% tiene al menos 2 comorbilidades, siendo los más frecuentes el trastorno negativista desafiante, el trastorno de ansiedad y el trastorno disocial”. (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 36)

“No se conocen con exactitud todos los factores que intervienen en la aparición del TDAH sin embargo está claro que existe una interrelación de múltiples factores

genéticos y ambientales” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 197), “siendo el componente genético el de mayor peso. Se postula que el origen del TDAH está en una disfunción del córtex prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 50)

“Diversos datos apoyan este modelo etiopatogénico, entre ellos el efecto beneficioso de los estimulantes y los modelos animales que implican las vías dopaminérgicas de gran relevancia en el funcionamiento del lóbulo prefrontal” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 50).

“Factores dietéticos como el tipo de alimentación, la utilización de aditivos alimentarios, azúcar y edulcorantes han sido también motivo de polémica sin que por el momento existan estudios concluyentes que los relacionen con él” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 52)

3.3.Tratamiento

“El tratamiento del TDAH de niños y adolescentes debe ser individualizado en función de cada paciente y su familia. Tiene por objetivo mejorar los síntomas y reducir la aparición de otros trastornos asociados, ya que por el momento no existe una cura para el TDAH”. (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 200)

“En niños y adolescentes con TDAH con repercusión moderada o grave en su vida diaria, se recomienda el tratamiento combinado que incluye el tratamiento psicológico conductual, el farmacológico y la intervención psicopedagógica” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 200). En los casos de TDAH con repercusión leve se recomienda la asociación de tratamiento psicológico conductual e intervención escolar (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

“La combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos tiene la potencialidad de tener efectos inmediatos en los síntomas del TDAH mediante la utilización de la medicación, así como, efectos de larga duración gracias al desarrollo de estrategias y habilidades cognitivas y de comportamiento proporcionadas por el tratamiento psicológico”. (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 141)

3.4.Fármacos

“El efecto beneficioso de los fármacos sobre las conductas hiperactivas se conoce desde hace más de 70 años. Los primeros fármacos para el tratamiento del TDAH se comercializaron en España hace más de 25 años. Estos fármacos están entre los más estudiados y El tratamiento farmacológico del TDAH se caracteriza por su eficacia y seguridad. Actualmente no existe una cura para el TDAH. El tratamiento incluye una intervención psicopedagógica, un tratamiento psicológico conductual y, solamente en casos de repercusión moderada o grave, los fármacos. 33 seguros de todos los que se utilizan en niños y adolescentes, siendo todos ellos muy eficaces para el tratamiento de los síntomas del TDAH. Entre el 70 y 80% de los pacientes responden de forma favorable al primer tratamiento utilizado. Con los fármacos mejoran los síntomas del TDAH, el rendimiento escolar y el comportamiento del niño tanto en casa como en la escuela a nivel relacional. Al mismo tiempo potencia el efecto de las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas” (Ministerio de sanidad de España, 2010, pp. 202-203)

“El tratamiento debe ser individualizado, es decir adaptado a las necesidades de cada paciente y cada familia. La elección de un fármaco u otro depender” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 203):

- “De la existencia de problemas asociados, como tics, epilepsia, etc” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 204).

- “Los efectos adversos de la medicación” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 204).

- “La existencia de consumo de drogas en el adolescente” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p., 204).

- “Las experiencias previas de falta de eficacia con un determinado fármaco” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 204).

- “Las preferencias del niño/adolescente y su familia” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 204).

- “La facilidad de administración” (Ministerio de sanidad de España, 2010 p. 204)

“No es necesaria la realización de ninguna prueba complementaria (la elección del fármaco se adapta a las necesidades de cada paciente y su familia. 34 lisis de sangre, electrocardiograma, etc.) salvo que la historia y/o la exploración del paciente lo aconsejen. Por ejemplo, en pacientes con antecedentes de problemas cardíacos será necesario realizar un estudio cardiológico antes de iniciar el tratamiento” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 204)

“Para los pacientes que estén tomando estimulantes una práctica aceptada es la realización de periodos cortos, de una o dos semanas anuales, sin tratamiento farmacológico, con el objetivo de poder valorar el funcionamiento del niño o el adolescente tanto en casa como en la escuela. Uno de los mejores momentos para realizar esta evaluación sin tratamiento suele ser al comenzar el curso escolar” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 205)

“Aunque los fármacos estimulantes mejoran los síntomas del TDAH y el rendimiento escolar sus efectos no sólo se manifiestan en la escuela, sino también en casa y en otros ambientes. Por este motivo en el tratamiento del TDAH de niños y adolescentes no están recomendados de forma rutinaria los periodos de descanso del tratamiento farmacológico (vacaciones terapéuticas), ya que puede conllevar un empeoramiento de la sintomatología del paciente. En cualquier caso, la realización o no de las vacaciones terapéuticas será una decisión consensuada entre el médico, la familia y el paciente, con el objetivo de evaluar la necesidad de mantener el tratamiento o no, y reducir los efectos adversos” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 205)

“No existe ninguna evidencia científica que haya demostrado que el tratamiento con estimulantes produce adicción. Sí existen claras evidencias que demuestran que los pacientes con TDAH en tratamiento farmacológico presentan significativamente menos problemas de

consumo de drogas en la adolescencia que los pacientes con TDAH que no reciben tratamiento farmacológico” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p, 205)

No está claro que el tratamiento farmacológico para el TDAH produzca un retraso del crecimiento,

“los estudios disponibles hasta el momento son poco concluyentes, los últimos datos informan que la talla final de los niños en tratamiento con estimulantes sería entre 1 a 3 centímetros menos de lo esperado. El retraso en el crecimiento es mayor en el primer año de tratamiento, pero tiende a normalizarse posteriormente” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 205)

“El uso correcto de los fármacos indicados para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes administrados de la forma y dosis prescrita no produce tolerancia, no deja de ser eficaz ni es preciso aumentar la dosis, salvo por motivos del crecimiento (incremento de la talla y el peso). Existe evidencia de que el tratamiento es efectivo a largo plazo si éste es continuidad” (Ministerio de sanidad de España, 2010, p. 206)

CAPÍTULO IV

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIO

4.1. Concepto

Los síndromes más graves de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se presentan en bajas proporciones, pero en estudios realizados en la comunidad, las expresiones parciales o subclínicas de los mismos se encuentran mucho más extendidas. La preocupación por la delgadez, la práctica de dietas y otras conductas alimentarias de riesgo (CAR), como el uso de laxantes y la práctica de ejercicio excesivo son conductas ampliamente difundidas en la población femenina, por lo que es muy posible que estas presenten un espectro de los TCA, lo cual tiene importantes implicaciones en la prevención y detección temprana de los mismos (Shisslak, Crago y Estes, 1995).

Garner, Rockert, Olmsted, Johnson y Coscina (1985), propusieron “uno de los primeros modelos combinatorios en todos los factores contribuyen de manera interconectada en el desarrollo de la patología, quedando claro que estos trastornos parten de una etiología multicasual.” (Como se citò en Santocini & Romo, 2010, p. 13)

“Se asocian con gran número de complicaciones fisiológicas, y se presentan con un porcentaje elevado de comorbilidad psiquiátrica, como son: trastornos afectivos (50-75%), trastornos por ansiedad (60%), abuso de sustancias (35%) y trastornos de la personalidad (42-75%)” (Santocini & Romo, 2010, p. 13).

4.2. Tipos de trastorno

Anorexia nerviosa

“En general suele haber una disconformidad previa con el tamaño o la forma corporal y un miedo al incremento de peso. En mujeres postpuberales, hay amenorrea sin otra causa que la justifique que la disminución de peso y la alteración hormonal. Todo ello se acompaña, como se ha comentado anteriormente, de alteraciones del humor, incremento de la obsesividad y del perfeccionismo, irritabilidad y labilidad emocional, disminución del interés social y sexual. Estas alteraciones psicológicas se consideran en gran parte originadas por la malnutrición” (Alda, Arango, & Castro, s.f.)

Características

- Temor por subir de peso.
- Constante búsqueda de adelgazamiento.
- Dieta estricta.
- Una vista de imagen física retorcida.
- Uso de laxantes.
- Ejercicio excesivo.
- Dirigirse al baño inmediatamente luego de las comidas.
- Menstruaciones irregulares o ausentes.
- Evitar comer en público.

La exploración biológica es imprescindible para tomar las medidas urgentes en caso de ser necesarias (Pomeroy y Mitchell 2002) citado por (Canal UNED, 2012)

Esta exploración debe incluir necesariamente: peso y altura para cálculo del índice de masa corporal, frecuencia cardíaca y presión arterial, electrocardiograma y analítica general (sodio, potasio, glucosa, creatinina, urea, bilirrubina, GOT, GPT, hemograma completo). Si es posible, es aconsejable tener una exploración biológica más completa con: proteínas totales, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, albúmina, amilasa, calcio, CK, hierro, fosfatasa alcalina, gamma-GT, LDH, lipasa, magnesio, fósforo; pruebas de coagulación, VSG, perfil nutricional y determinaciones hormonales. La densitometría ósea de columna y cadera está indicada si existe amenorrea de más de seis meses de evolución en pacientes de sexo femenino con amenorrea secundaria o si el trastorno tiene una duración de más de un año (Castro et al. 2000) citado por (Canal UNED, 2012)

Síntomas y consecuencias

- Cabello y uñas dañados.
- Agotamiento físico, anemia.
- Pulso y respiración lenta.
- Daño en el corazón.
- Daño cerebral.
- Temperatura corporal disminuida.
- Cansancio prolongado.
- En muchos casos, infertilidad.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Conducta perfeccionista u obsesiva.
- Baja autoestima.
- Dependencia emocional.
- Daño a los huesos y órganos internos.

Tratamiento

Puede tener un tratamiento eficiente, si se detecta a tiempo; aunque puede tener recaídas en el proceso. Existe también una anorexia nerviosa crónica, en la que es más difícil recuperarse, ya que la salud empeora a medida que avanza la enfermedad.

Junto con el tratamiento y como parte de él, el paciente necesita llevar una terapia psicológica, que lo ayude a eliminar la actitud de autodestrucción y los pensamientos que lo llevan a una mala alimentación

Existen psicoterapias:

- Individuales.
- Grupales.
- Familiares.

Bulimia nerviosa

La bulimia se singulariza por la ingesta de cantidades muy grandes de comida y una total falta de control. Como consiguiente, llegan pensamientos de culpa y acciones forzadas para tratar de compensar la pérdida de control.

Se diferencia de la anorexia nerviosa, porque la bulimia se caracteriza por mantener el peso adecuado, hasta contar con sobrepeso, mientras que la anorexia solo es pérdida.

El ciclo de comer y eliminar mediante estas acciones puede darse de manera repetida durante la semana o incluso en múltiples momentos del día.

Factores

- Rasgos de personalidad.
- Factores ambientales.
- Predisposición genética.

Este trastorno alimenticio puede deberse a múltiples factores. Entre ellos, está la preocupación, la tristeza prolongada, estrés, entre otros.

Las mujeres tienen más riesgo de sufrir esta clase de trastorno. Personas sensibles y ansiosas, así como también seres con dependencia emocional por otros.

Síntomas

- Garganta inflamada.
- Una deshidratación preocupante, debido a los vómitos y la defecación a causa de los laxantes.
- Esmalte de dientes gastados.
- Reflujo gastroesofágico.
- Cambios de peso inusuales.

Tratamiento

Es importante buscar ayuda en profesionales, ya que se debe tomar la suficiente importancia de las consecuencias que puede producir este trastorno alimenticio.

Aspectos por tratar:

- Biológicos.
- Psicológicos.

Trastorno por atracón

El trastorno por atracón se caracteriza por la pérdida de control en la alimentación. La diferencia con los otros trastornos es que los incidentes de atracones no conllevan a tomar acciones para tratar de compensar esa acción. Debido a esto, los pacientes siempre tendrán sobrepeso, por lo que tienen un gran riesgo de sufrir de enfermedades cardiovasculares o presión arterial elevada.

Suelen sentir culpa y angustia, por sus acciones, hasta vergüenza, lo que lo lleva a un círculo repetitivo.

Tratamiento

- Psicoterapia individual, grupal o familiar.
- Atención médica.
- Atención de un nutricionista.

CAPÍTULO V

TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA EDAD INFANTIL Y JUVENIL

5.1. Concepto

Thomas (Thomas, Chess et al. 1963) en los años 60 definió:

“Nueve tipos de rasgos tras observar y seguir longitudinalmente a 400 niños entre los 9 meses y los 2 años. Los rasgos descritos fueron: nivel de actividad, regularidad en las funciones biológicas, capacidad de acercamiento o rechazo a nuevos estímulos, adaptabilidad a situaciones nuevas, el dintel de respuesta a estímulos, la intensidad de las reacciones en respuesta a estímulos, la calidad del afecto, la distractibilidad y la persistencia o capacidad de mantener la atención. Estos niños fueron seguidos prospectivamente a los 5 y los 8 años para la determinar la asociación de estos subtipos con la psicopatología.” (Hospital sant joan de Deu, 2009, p. 1)

Buss y Plomin (1975) definieron:

“Cuatro factores independientes del temperamento como el sistema EASI: Emoción (en referencia al estrés), Actividad (con dos subtipos: tempo y vigoroso), Sociabilidad e Impulsividad. Estos autores sugieren que estos rasgos son intrínsecos al individuo, por lo que se podrían detectar en los primeros años de vida, se mantendrían estables durante toda la vida y constituirían el fundamento de la futura personalidad” (Hospital sant joan de Deu, 2009, p. 1)

“El niño inhibido como aquél que presenta timidez en respuesta a situaciones poco habituales, parámetros biológicos alterados de forma basal (alta frecuencia cardíaca, elevado nivel de cortisol en saliva, pupilas dilatadas) y menor dintel

de activación del estado de alerta ante cambios inesperados en el entorno”
(Hospital sant joan de Deu, 2009, p. 1)

5.2. Tipos de trastorno

Trastorno de eliminación

“Desde el punto de vista de Ajuriaguerra y Marcellini (1984), tres son los factores que intervienen en la adquisición de la limpieza y del control urinario o anal: un factor neurofisiológico, un factor cultural y un factor de relación. (Cdigital, s.f. p. 1)”

Ross (1989), define:

“Los trastornos de eliminación como una deficiencia de control, por lo tanto, afirma que los controles que estos niños tienen que aprender suponen dos respuestas relacionadas: una de ellas es retardar la eliminación a través del control de los esfínteres y la otra es eliminar en el lugar que la sociedad ha designado como adecuado”. (Hoyos, 1985, p. 15)

Ajuriaguerra y Marcellini, (1984), se refieren:

“Específicamente a la relación madre-hijo. Estos autores consideran que las materias fecales y en menor grado la orina, son vehículos de carga afectiva, que puede ser positiva o negativa, lo cual dependerá del estilo de relación entre madre-hijo, en ocasión del control de esfínteres. La madre puede ser exigente e imperiosa, recibiendo la orina y heces con expresión desagradable, o, por el contrario, mostrar su satisfacción al ver como su niño crece y adquiere autonomía en las conductas cotidianas, recibiendo su orina y heces con placer.”
(Hoyos, 1985, p. 16)

Euresis

Según Bakwin y Bakwin, (1980):

“La enuresis fue reconocida como un trastorno de los niños que requiere tratamiento desde hace más de 1500 años antes de Cristo y ha sido considerado por algunos urólogos como síntoma de defectos orgánicos en el conducto urogenital; sin embargo, recientemente, los

psiquiatras han incorporado la enuresis como una expresión de un trastorno emocional y esta opinión ha sido ampliamente aceptada”. (Hoyos, 1985, p. 16)

Encopresis

“En comparación con la extensa bibliografía de investigación sobre la enuresis, se han realizado muy pocos estudios sobre el problema menos frecuente, pero en muchos aspectos más desalentador, de los niños encopréticos, es decir, aquellos que no logran mantener el control de los intestinos” (Hoyos, 1985, p. 17)

Según afirma Ross (1989):

“En la mayoría de los casos reportados, la encopresis ocurre durante el día y no tanto en la noche. Por lo tanto, el problema del niño que se orina en la cama durante la noche puede ser conocido sólo por la familia inmediata, mientras que la incontinencia fecal no tarda en llamar la atención de personas extrañas”. (Hoyos, 1985, p. 17)

“Carmen Bragado, (1990), define la encopresis como un acto de defecación involuntario en lugares inapropiados cuando el niño ha superado los 3 años y no existen indicios de patología orgánica.” (Hoyos, 1985, p. 17).

“Como en el caso de la enuresis, ha habido teorías bastante conflictivas en lo referente a la etiología de la encopresis, ya que ha sido atribuida a diversos factores, por ejemplo, los autores psicoanalíticos han hecho considerable énfasis en la etapa de desarrollo anal, especialmente en su supuesta relación con rasgos posteriores de personalidad, (por ejemplo, comportamiento obsesivo-compulsivo), o también lo han considerado como una forma de agresión contra un ambiente hostil y amenazante”. (Hoyos, 1985, pp. 17-18)

Trastornos por conductas perturbadoras

“Dentro de los factores causales o comúnmente asociados con este tipo de trastorno, se ha encontrado que la relación que sostenga un niño con sus padres parece crítica, lo mismo que una disciplina familiar demasiado laxa, errática o demasiado estricta, los hogares destruidos, la falta de cohesión en la unidad familiar y pocos lazos estrechos con el padre” (Hoyos, 1985, pp. 19-20).

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

“La hiperactividad va acompañada generalmente de distracción, atención de corta duración, baja tolerancia a la frustración y accesos emocionales. Se ha encontrado que éste es un problema más frecuente en niños que en niñas” (Hoyos, 1985, p. 20).

“Ordinariamente el electroencefalograma no es útil para el diagnóstico ya que no se encuentran cambios específicos y los cambios no específicos son frecuentes en niños con toda clase de trastornos de la conducta” (Hoyos, 1985, p. 20).

- Negativismo desafiante

“La sintomatología esencial de este trastorno consiste en un patrón de conducta compuesto por los siguientes rasgos: negativismo, hostilidad, desafío, sin violación importante de los derechos fundamentales de los demás” (Hoyos, 1985, p. 21).

“Se considera que este trastorno, antes de la pubertad es más frecuente en niños que en niñas, y después la proporción entre ambos sexos probablemente sea la misma” (Hoyos, 1985, p. 21).

“Pocas personas objetarán que un niño con problemas en adquisición de lenguaje, o en funciones relativas al control de esfínteres deba ayudársele a superarlas, sin embargo, cuando los padres se quejan de la mala conducta, desobediencia o actitud desafiante del niño y solicita ayuda para disciplinarlo, hay que proceder con sumo cuidado, ya que podemos estar apoyando valores distorsionados o expectativas poco realistas de unos padres, que bien pueden estar contribuyendo en el problema” (Hoyos, 1985, p. 21)

- Trastorno de conducta

“Kazdin (1988) y Valdes Miyar y cois (1988), son el rechazo de los padres, educación inconsistente con disciplina rigurosa, cambios frecuentes de la figura parental (padres adoptivos, parientes o padres ocasionales), la ausencia del padre o su dependencia alcohólica, la familia numerosa y la asociación a grupos de delincuentes. Se estima que este trastorno es más frecuente en hombres”. (Hoyos, 1985, p. 22)

Trastornos académicos

Silver, L., (1988), menciona que:

“En la década de los 40's se suponía que las dificultades en el aprendizaje tenían una base neurológica, sin embargo, como estos niños parecían tan normales los investigadores decidieron llamar a este daño: daño cerebral mínimo, pero como no encontraban evidencia de daño cerebral, empezaron a señalar la idea de que la causa del problema era la manera en que el cerebro funcionaba, (es decir, problema fisiológico), y crearon entonces el término: disfunción cerebral mínima.” (Hoyos, 1985, p. 22)

“Posteriormente se han utilizado diferentes rubros para clasificar los problemas de aprendizaje, por ejemplo, el problema de la lectura algunos autores como Margarita Nieto, (1987), lo llaman dislexia, y al niño que lo padece lo etiquetan como disléxico, otros autores a los problemas de lectura y escritura los llaman también dislexia, pero separan los problemas de escritura de los de trazo en la escritura y los llaman "disgrafía" y al problema en aritmética discalculia" (Hoyos, 1985, p. 22)

“Algunos educadores consideraron estos términos demasiado generales y se decidieron por una terminología que identificara los problemas de aprendizaje por el área específica de dificultad. Así entre las incapacidades de aprendizaje específicas se encuentran las que incluyen la percepción, la ordenación en serie, memoria, problemas motores, problemas de lenguaje, incapacidades visuales, auditivas, emocionales, sociales, cognoscitivas, hiperactividad, combinaciones de esas incapacidades, etc.” (Hoyos, 1985, p. 22)

Larry B. Silver (1988), considera que:

“En el tratamiento de los problemas de aprendizaje es importante el asesoramiento a la familia, para explicarles qué son las "incapacidades para el aprendizaje" y cómo es que esto se trata, se les ordena a los padres ciertas medidas que pueden aplicar en el hogar para manejar y controlar el comportamiento inaceptable de su hijo, se les capacita también para que se den cuenta como muchas veces la conducta del niño domina a la familia y como los padres evitan la confrontación y "miran a otro lado" hasta que son empujados tan lejos que tienen que reaccionar y gritar, golpear o anunciar un castigo al niño, para luego ceder. Los padres terminan enfadados y esto prueba

al niño que puede controlar una parte del mundo: la familia.” (Hoyos, 1985, p. 23)

Flores, G.V. (1984) y Barry y Bricklin (1981), quienes afirman que:

“Los problemas escolares no necesariamente se presentan en casos de niños con bajo coeficiente intelectual, sino que pueden existir otras causas y opinan que el origen de tal problema podría ser de orden psicológico, cuyas causas podrían originarse en el propio hogar del educando, (desintegración familiar, padres inadecuadamente preparados, etc.) y/ o en las relaciones defectuosas del niño con su medio ambiente social en general y con el de la escuela en particular.” (Hoyos, 1985, p. 24)

Algunas de las causas del bajo rendimiento académico de un niño que Flores, G.V. (1984), considera pueden provenir de la familia son las siguientes:

“Que el niño tenga que trabajar para ayudar con los gastos de la casa, el poco interés de la familia por la formación intelectual del niño, o al contrario cuando al niño se le exige un nivel superior y se le carga de clases especiales y no le dan tiempo para lo primordial que es su enseñanza elemental, el poco control respecto al tiempo que pasa con amistades, etc.” (Hoyos, 1985, p. 24)

Otro aspecto importante para Flores (1984), es:

“La falta de coordinación entre padres y maestros, sobre todo cuando la maestra crítica a los padres porque no acuden, o los padres a la maestra por lo que hace o deja de hacer, ya que el niño sentirá la tirantez entre estas dos autoridades que están en desacuerdo. Un punto más es la falta de entendimiento entre el padre y la madre, la carencia de autoridad del padre y la excesiva directividad de la madre y viceversa; es decir, la falta de coordinación entre ambos (padre y madre), provocará inseguridad en el niño, así como la preferencia por otro hijo, o la separación de los padres, etc.” (Hoyos, 1985, p. 24)

“Flores (1984), ubica la calidad insuficiente de los métodos pedagógicos, la organización de la institución, el tamaño de los grupos, la insuficiencia del maestro, cambios frecuentes de maestro o de colegio, enfermedad, traslados, etc.” (Hoyos, 1985, p. 24).

“En cuanto a los informes sobre la incidencia de los trastornos de aprendizaje, deben ser interpretados a la luz de diversos problemas que se encuentran en

cualquier intento hecho para cuantificar esas dificultades. Es posible que el problema más frecuente sea el de la falta de consenso entre las diversas profesiones respecto a lo que a un problema de aprendizaje, ya que los informes sobre la frecuencia de estos, dependerá de cómo se le defina. Sin embargo, aun cuando las estimaciones sobre la incidencia de los problemas de aprendizaje varían considerablemente, hay un acuerdo general entre todos los investigadores, en el sentido de que la condición se observa más comúnmente en los varones que en las mujeres” (Hoyos, 1985, p. 25)

“Sobre la causa de lo mencionado anteriormente, algunos autores hablan sobre la posibilidad de que hay algún factor genético enlazado con el sexo, otros opinan que esto podría estar asociado con los efectos de las exigencias de socialización sobre los niños, es decir, lo que la sociedad espera de los individuos de cada sexo. Por ejemplo, generalmente los adultos parecen creer, que el tener dificultades para leer es un problema más serio para un niño que para una niña, por lo tanto, las fallas para el aprendizaje en los niños tienen más probabilidad de ser notadas y aún agravadas de manera innecesaria”. (Hoyos, 1985, p. 25)

Trastornos del habla y lenguaje

“La función del lenguaje normal depende de un componente sensorial y motor, y de un complejo sistema de coordinación de áreas del cerebro. El proceso sensorial consiste en comprender la palabra hablada y escrita; el proceso motor se refiere a la capacidad para expresar palabras en el lenguaje hablado y escrito” (Hoyos, 1985, p. 27)

“El siguiente estadio se llama laleo, y se refiere a las repeticiones que el niño hace al oír los sonidos que el mismo emite. Durante este estadio empieza a asociar la audición y la producción de sonidos, por lo tanto, para poder desarrollar el lenguaje, el niño debe ser capaz de oír. Hacia los 9 meses comienza a imitar sonidos, esta repetición se conoce como ecolalia. Sin embargo, el niño es capaz de responder a las actitudes emocionales y comprender el tono emocional de lo que se dice mucho antes de que conozca el significado de las palabras. Así como también son capaces de obedecer órdenes sencillas antes de haber empezado a hablar.”. (Hoyos, 1985, p. 27)

“La pérdida prelocutiva causa un daño mayor en el desarrollo verbal del niño, que las pérdidas postlocutivas y para él reeducador va a ser más difícil instalar el lenguaje en un niño que nunca ha hablado, que tratar de conservar la capacidad verbal del niño que ya sabe hablar”. (Hoyos, 1985, p. 28)

Trastornos de personalidad

Trastorno límite de la personalidad (TLP)

“Se diferencia de otras patologías psiquiátricas en el adolescente por presentar historia de rechazo y negligencia maternos, relaciones familiares distorsionadas por alto contenido de irritabilidad” (Ludolph, Westen et al. 1990) y abuso sexual (James, Berelowitz et al. 1996). Además, presenta un componente genético ya que los pacientes TLP presentan un elevado número de familiares de primer grado afectados de la misma patología” (Hospital sant joan de Deu, 2009, p. 1)

“Los síndromes más frecuentemente asociados al TLP son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos de ansiedad y la depresión mayor” (Rose 2002) citado por (Canal UNED, 2012)

“Estos niños presentaban de forma característica menores niveles de ansiedad, así como respuestas psicofisiológicas reducidas ante estímulos estresantes” (Blair 1999) citado por (Canal UNED, 2012)

En efecto, al igual que para la dependencia o abuso de sustancias primero tienen que existir un consumo ocasional, después un consumo regular y finalmente un consumo regular con deterioro a nivel físico y/o funcional, parece existir una transición entre aquellos niños que presentan comportamiento hiperquinético en la niñez temprana, trastorno oposicionista desafiante en la niñez media, trastorno de conducta en la niñez tardía o adolescencia y trastorno antisocial. Los sistemas tradicionales de clasificación diferencian estos diagnósticos como trastornos independientes, y en efectos muchos pacientes pueden presentar alguno de estos trastornos en algún momento de su vida y no presentar el resto en su evolución. Sin embargo, algunos pacientes sí siguen esta trayectoria. De hecho, existe una carga genética compartida entre el trastorno oposicionista, el trastorno de conducta y el trastorno antisocial (Eaves, Rutter et al. 2000; Nadder, Rutter et al. 2002). Lo mismo sucede en cierta

medida con el TDAH y el trastorno antisocial (Silberg, Meyer et al. 1996) citado por (Canal UNED, 2012).

No obstante, no todos los niños que presentan déficit de atención e hiperactividad presentan posteriormente un trastorno antisocial. Existen varias explicaciones a esta situación: o bien existe algún fenotipo del TDAH que predisponga al trastorno antisocial, o bien, la vulnerabilidad genética es sólo un factor que necesita interactuar con un ambiente adverso (Rutter 2006).

Complicaciones

A pesar de que el uso-abuso de sustancias puede estar asociado a diversas formas de psicopatología, la comorbilidad más frecuente son las conductas antisociales. En efecto, la agresividad y el elevado estrés intrapsíquicos han sido descritos como los factores de riesgo príncipes para el uso-abuso de sustancias en estudios longitudinales (Brook, Whiteman et al. 1995), (Brook, Whiteman et al. 1995; Brook, Cohen et al. 1998) citado por (Canal UNED, 2012).

A la hora de plantear el tratamiento es de especial relevancia estar alerta ante posible sintomatología afectiva, ya que el tratamiento adecuado de estos síntomas facilita en gran medida el manejo del uso inadecuado de sustancias (Moore and Farmer 2006) citado por (Canal UNED, 2012).

“Un estudio prospectivo (Reinherz, Tanner et al. 2006) en el que se incluyeron 346 adolescentes de la comunidad, concluyó que aquellos sujetos que presentaron ideación autolítica a los 15 años habían cometido 12 veces mayor número de intentos de suicidio a los 30 años que aquellos que no presentaron ideación autolítica durante la adolescencia. Aquellos que en la adolescencia habían presentado ideación autolítica presentaban con mayor frecuencia síntomas característicos del TP como son problemas de conducta, peor funcionamiento global, baja autoestima, y baja capacidad para establecer relaciones interpersonales” (Hospital sant joan de Deu, 2009, p. 1)

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los trastornos psicológicos en infantes están presentes en los educandos afectan significativamente en el rendimiento académico y en el normal desarrollo de las actividades educativas.

SEGUNDA: En los infantes los principales trastornos presentes son los siguientes: Trastorno de conducta , Trastorno oposicionista desafiante, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastorno alimenticios, Trastorno de personalidad en la edad infantil y juvenil 30

REFERENCIAS CITADAS

- Alda, J., Arango, C., & Castro, J. (s.f.). *Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿que esta sucediendo?* Bogota: Hospital Sant joan de deu.
- Botero, M., Tobon, E., & Gonzales, D. (2010). *Caracteristicas de la teoria en el trastorno disocial de la conducta* . Medellin: Fundacion universitaria luis amigo.
- Cdigital. (s.f.). *Planteo de la problematica a investigar*. Obtenido de C digital: http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020091237/1020091237_02.pdf
- Gobierno de aragon. (s.f.). *Trastornos de la conducta* . Aragon: Gobierno de aragon.
- Hospital sant joan de Deu. (2009). *Trastornos del comportamiento* . Obtenido de Issuu: https://issuu.com/hospitalsantjoandedeu/docs/informe_faros_3_cast/73
- Hoyos, C. (1985). *Trastornos psicologicos infantiles y su relacion con las disfunciones familiares* . Nuevo leon: Universidad autonoma de nuevo leon.
- Loeza, F. (2016). *Trastornos del comportamiento perturbador* . Obtenido de Integra bienestar : http://integrabieneestar.blogspot.com/2016_08_01_archive.html?view=classic
- Mebarak, M., Castro, A., & Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicologia de la salud. *Psicologia desde el caribe* (23).
- Ministerio de sanidad de España. (2010). *Guia Practica clinica sobre el trastorno por deficit de atencion con hiperactividad en niños y adolescentes*. Madrid: Ministerio de ciencias e innovacion .
- Namicela, L. (2017). *Trastornos de conducta y su relacion conb trastornos depresivos y de ansiedad en adolescentes privados de la libertad en el centro de atencion integral de adolescentes infractores de la loja* . Loja: Universidad nacional de la loja .
- Ortiz, F. (s.f.). *Tdha aiaqs paciente*. Obtenido de Academia: https://www.academia.edu/34874933/TDAH_AIAQS_paciente

- Quy, K., & Stingraris, A. (2015). *Trastorno negativista desafiante* . Obtenido de Medbox: <https://www.medbox.org/mental-health-toolbox/listing?q=&sort=&page=63>
- Quy, K., & Stringaris, A. (2015). *Trastorno negativista desafiante*. Londres: Matias irarrazaval & andres martin.
- Santocini, C., & Romo, A. (2010). *Guia clinica para trastornos de la conducta alimentaria*. Mexico d.f.: Berenzon shoshana & Alfaro Jesus .

Trastornos mentales en infantes

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	16%	0%	8%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.sld.cu Fuente de Internet	7%
2	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	3%
3	iacapap.org Fuente de Internet	3%
4	es.slideshare.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.upp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Corporación Universitaria Remington Trabajo del estudiante	<1%
8	www.scribd.com Fuente de Internet	<1%

9 Submitted to Universidad Nacional de Tumbes <1%
Trabajo del estudiante

10 issuu.com <1%
Fuente de Internet

Excluir citas Activo Excluir coincidencias < 15 words
Excluir bibliografía Activo