

TRASTORNOS DE CONDUCTA Y PERSONALIDAD:

• TEMA 1: INTRODUCCION HISTORICA, CONCEPTOS Y MODELOS TEORICOS EN EL CAMPO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA:

• CONCEPTOS:

- **Trastorno:** Alteración leve de la salud. No existe un acuerdo concreto de la definición. Engloba alteración del comportamiento de toda la psicopatología infantil aunque suelen excluirse trastornos graves.
- **Problema:** Cuestión que se trata de aclarar. Disgusto o planteamiento que cuya respuesta desconocida debe obtenerse a través de métodos científicos. Muchas veces varía a su intensidad según el momento en que se produce. Todo puede evolucionar de problema a trastorno.
- **Enfermedad:** Alteración más o menos grave de la salud. La OMS la define como ausencia de salud.
- **Minusvalía:** Discapacidad física o mental de alguien por lesión congénita o adquirida. Para ser un minusválido legal tienes que ir a que te evalúen.
- **Deficiencia:** Anomalía en una función fisiológica, anatómica o psíquica. Es un término que cada vez gusta menos.
- **Discapacidad:** Cuando a causa de una deficiencia la persona tiene dificultades o pierde la habilidad de realizar alguna acción y así problemas para realizar su vida cotidiana.
- **Incapacidad:** Falta de inteligencia. Para que sea legal tiene que pasar por un proceso de incapacitación donde se evalúan aspectos incapacitados para realizar su vida normal. Es una situación de enfermedad física o psíquica que impide a la persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional e impide el derecho a tener una prestación económica.
- **Síntomas:** hacen referencia a informes verbales que puede hacer una persona. Señal, indicio de algo que está sucediendo o que va a suceder, fenómeno revelador de una enfermedad. Estoy triste, oigo voces
- **Signo:** Es cuando se es capaz de averiguar un síntoma sin que la persona te diga los síntomas que tiene. Los signos son observables.
- **Síndrome:** conjunto de síntomas. Todo esto relacionado a enfermedades genéticas y crónicas que tienen un conjunto de síntomas (S. de down)

• PERSONALIDAD:

Hay gente que dice que la personalidad es la suma de las características de esa persona pero no todas son de igual importancia. Puede haber algunos rasgos relacionados con otros, por eso puede haber familias de rasgos. Algunos han intentado estudiar la personalidad observando o midiendo los aspectos que tenemos iguales o diferentes entre las personas.

- **Aditivas:** Suma de rasgos con igual importancia.
- **Jerárquicas:** Unos rasgos con más importancia que otros.
- **Configuracionales:** Grupo de características que están relacionadas, familias de rasgos.
- **En términos de ajuste:** Explica la personalidad según como se haya adaptado la persona a su medio ambiente.
- **Diferenciales:** Diferenciar a una persona de otra.

Definición de personalidad: La persona abarca toda la conducta del individuo, hace referencia a características consistentes y duraderas. Resalta el carácter único de cada individuo, ya que cuando tienes a una persona sabes como va a reaccionar ante varias situaciones. La personalidad se hace consistente en la adolescencia o adultez pero por alguna razón puede cambiar.

Trastorno de personalidad: es un patrón permanente e inflexible de comportamiento y experiencia interna que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Tiene su inicio en la adolescencia o al principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto.

Diferencia entre trastorno de la personalidad y de conducta: la personalidad abarca toda la conducta de un individuo y las conductas son singularidades del comportamiento y las podemos dividir, por eso un trastorno de conducta es de una o varias pero no afecta a la personalidad; sin embargo, un trastorno de personalidad abarca toda la persona y tiene trastornos en todos los componentes de esa personalidad.

De todas formas hay trastornos que se pueden confundir, por ejemplo una persona histriónica sería trastorno de la personalidad cuando lo llevara al extremo.

- Criterios de conducta y personalidad anormal:

- ♦ Criterio estadístico: hace referencia a lo que la población de referencia hace; si un niño no anda a los 3 años ya sería algo que debería de ver el médico. Este criterio es importante pero no se debe emplear siempre porque no se puede establecer un punto estadístico de cuando una conducta es normal o deja de serlo.
- ♦ Malestar clínicamente significativo: si la persona tiene conductas que afectan a su vida o sin embargo esas conductas no le afectan.
- ♦ Poner en peligro la vida de uno mismo o de los demás: por ejemplo personas que no son conscientes del daño que se están causando o que pueden causar a las personas; niña con anorexia que pesa 30 kilos o persona deficiente mental grave y salga a la calle y mate a alguien.
- ♦ Afecta a uno o varios ámbitos de la vida de un individuo: en algunas ocasiones si las conductas no varían ámbitos de su vida, el psicólogo no diagnostica un trastorno porque no se hace daño ni a él ni a nadie.

- ◊ Modelos teóricos de personalidad:

- El psicoanálisis: Sigmund Freud considera que la personalidad está compuesta por el ello, el yo y el superyo. El ello es la primera estructura que se crea cuando nacemos para cubrir nuestras necesidades básicas (conducta animal); a medida que crecemos se desarrolla el yo, ahora para conseguir las cosas hay que tener un sentido realista pidiendo las cosas sin dar rienda suelta a nuestros instintos; y al final está el superyo que está formado por todas las estructuras de valores, ética y moral de cada persona.

La crítica a este modelo se centra en que este modelo se basaba mucho en la sexualidad. Se dice que Freud diagnosticaba a los pacientes diciéndoles que es su ello tenía algo de homosexualidad y hubo una liberación sexual criticada. Actualmente este modelo es más bien literario y está considerado históricamente como el pionero y popular.

- Conductivismo: Watson y Skinner. Estos explican gran parte de nuestro comportamiento y la personalidad utilizando variables contextuales o ambientalistas. Si tu me das al hijo del premio Nobel te lo hago un delincuente y si me das al hijo del delincuente te lo hago un premio Nobel. Tu personalidad depende de la familia donde nazcas y todo lo que te ocurre desde que naces con interacción con el mundo externo. Este modelo sí fue capaz de demostrar sus hechos.

Las críticas a este modelo se centraron en que era demasiado rígido y mecánico pero el modelo que se conoce hoy en día no es tan radical.

- Modelo cognitivo: basado en las teorías mentalistas e importancia a las variables personales como si fueran un programa. Dicen que cada persona tiene un procesamiento mental diferente. Este modelo cree que todas nuestras respuestas causa-efecto son producto de nuestro pensamiento.

Se les critica que por más que querían no fueron capaces de descifrar todos los procesos mentales.

- Modelo humanista: basado en la fenomenología, Hay tantos puntos de vista para analizar la realidad como personas quieran opinar sobre ella. Su objetivo principal era ayudar a la autorregulación y crecimiento personal, se centra en la conducta humana y no tanto en procesos psicopatológicos y es un modelo poco científico. Este modelo nace con el objetivo de hacer mejor a las personas, que se encuentren a sí mismas y que vivan en armonía con la sociedad.
- Modelo cognitivo-conductual: aquí algunas veces se dice que es más importante el ambiente y en otras la persona. Es un modelo científico y actualmente cuenta con más seguidores porque asume planteamientos biopsicosociales. Este modelo hoy en día es imperante porque tiene en cuenta a la persona, su contexto, y sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Es el menos criticado pero no ha sido capaz de destapar algunos trastornos.

- TIPOS DE INTERVENCIONES:

TIPO 1: Intervenciones o tratamientos bien establecidos; cumple todas las opciones y se ha replicado la terapia.

TIPO 2: Intervenciones que son probablemente eficaces; se ha investigado pero no está completo.

TIPO 3: Intervenciones en fase experimental; por lo que sea solo se puede con 4 o 5 pacientes y si funciona se hace con más.

- RAMAS DE LA PSICOLOGÍA A INFANTIL:

- ♦ Psicopatología infantil: estudio científico del comportamiento anormal, desviado o alterado.
- ♦ Psicopatología del desarrollo: estudio de los trastornos conductuales dentro del contexto del desarrollo:
- ♦ Psicología clínica infantil: estudio de los trastornos del comportamiento durante las primeras etapas del desarrollo.

♦ TEMA 2: CLASIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO E INVESTIGACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

Tener un listado con los trastornos y síntomas ayuda y orienta a los clínicos para saber sobre los trastornos, pero algunas veces se le pone la etiqueta a personas que tienen muchas connotaciones negativas y en muchas ocasiones es inexacto (retrasado mental, obsesivo,)

Es recomendable que las personas sepan sobre evaluación pero que los diagnósticos deben de utilizarse con prudencia.

Por ejemplo; el 70% de los casos de problemas de los niños son detectados en la escuela. Los profesores no deben diagnosticar pero si evaluar, deben avisar a los grupos de orientación o a la familia:

- Criterios diagnósticos: CIE-10(OMS) y DSM-IV-TR(APA). Existen muchas enfermedades que

sabiendo los síntomas que tenga el niño, lo miras en uno de estos dos y encuentras el diagnóstico. CIE es la clasificación internacional de enfermedades-10 porque es la última versión y DSM es diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (en inglés), cuarta versión y TR es texto revisado. APA es la asociación psiquiátrica americana.

Los dos son muy parecidos solo se diferencian en matices pero hacer el diagnóstico de una persona solo basándonos en estos criterios es bastante difícil porque muchos síntomas son comunes en muchos trastornos.

- Análisis funcional de la conducta (AFC): aquí- no se utilizan diagnósticos sino evaluaciones de la conducta de una persona en términos funcionales. Aquí- se pretende evaluar la conducta, diagnosticas el problema de esas conductas y dar solución.
- Se utilizan las dos posturas anteriores: aquí- se intenta evaluar todo, cuantas veces hace esa conducta, cuando, por qué, sin dejar atrás el diagnóstico. Muchas veces en algunos trastornos te das cuenta que una es más importante que otra.

INVESTIGACIONES:

Casi todos los planteamientos que investigan, suelen trabajar con diagnósticos formales o indicadores que miden conductas para poder comparar.

La investigación nos obliga a trabajar con criterios diagnósticos (ansiedad, trastornos).

Indicadores que miden conductas: esto es medir las veces que el niño pega, se levanta utilizan para poder diagnosticar.

ESTRUCTURA DE LA EVALUACION:

El 60% de los casos de niños que son diagnosticados, se hacen sin ver al niño, solo con reuniones con los padres y con los maestros.

- Datos de identificación de la persona; nombre, edad, sexo
- Motivo de consulta; mi hijo sufre de nervios
- Antecedentes personales; de madre hiperactiva hijos hiperactivos
- Antecedentes familiares; algún familiar con problemas.
- Análisis del motivo de consulta; concretar los ámbitos problemáticos o síntomas o análisis funcional de la conducta.
- Juicio o diagnóstico.

♦ TEMA 3: PROCESO DE EVALUACION E INTERVENCIÓN:

No suele haber diferencia entre evaluar e intervenir pero podemos encontrar algunas:

- Cuando se realiza un informe pericial solo se está evaluando y no se interviene porque solo se toman decisiones sobre la educación de ese niño.
- En los centros de evaluación de minusválidos se evaluarán las necesidades educativas especiales, la discapacidad y algunos diagnósticos que tengan implicaciones en la vida estudiantil del niño. Por eso aquí- solo se evalúa pero tampoco se interviene.

Informe de evaluación:

Fuera de estos dos supuestos, lo normal es que el niño sea diagnosticado y tratado. Se debe dar un proceso de evaluación e intervención porque en nuestro ámbito estamos constantemente evaluando y diariamente interviniendo.

Fase de evaluación inicial: se realizan varias secciones para recoger toda la información posible (de 1 a 3 secciones).

Planteamiento de intervención: aquí se sigue evaluando conjuntamente que se va interviniendo.

PRUEBAS DE EVALUACIÓN-AUTOINFORMES:

- Entrevista.
- Observación.
- Autorregistros.
- Cuestionarios.
- Tests.

Suelen utilizarse varios de ellos y enfocados al problema. Se suele entrevistar a los padres o maestros sin el niño, se puede observar el problema a través de videos, se pueden mandar a los padres o maestros que realicen autorregistros y los cuestionarios y los tests son específicos para algunos síntomas en concreto.

MODELO DE ENTREVISTA CLINICA: Semiestructurada.

- Datos organizativos.
- Datos personales.
- Motivo de consulta.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares y otros.
- Observación y conciencia de enfermedad.
- Análisis y descripción del motivo de consulta.
- Historia clínica.
- Otros datos y observaciones de interés.
- Exploración.
- Juicio clínico y diagnóstico.
- Curso y pronóstico.
- Programa de intervención o tratamiento psicológico. Orientaciones.

ANTECEDENTES A LA CONDUCTA ANALIZADA: AFC.

- Topografía.
- Duración.
- Frecuencia.
- Tiempo.
- Situación.
- Consecuencias.
- Pensamientos.
- Grado de molestar asociado.
- Estrés.
- Conflictos interpersonales.

♦ TEMA 4: TRASTORNOS DE ELIMINACIÓN:

◇ ENURESIS I:

- Emisión involuntaria y persistente de orina en lugares socialmente inapropiados, después de una edad en la que el niño ya debería haber adquirido la contingencia urinaria (5 años).
- TIPOS:
 - Enuresis diurna-nocturna o mixta.
 - Enuresis primaria-secundaria: la primaria se corresponde a que el niño nunca ha tenido control de los esfínteres (80%) y la secundaria es que el niño en algún momento ha controlado los esfínteres y ahora no (20%). Suele producirse más en varones que en niñas.
 - Voluntaria-intencional o involuntaria: se hacen pipi porque les da la gana y sin embargo otros porque no lo controlan. El 90% es porque no lo controlan y el 10% de los niños son mayores de 5 años.

◆ ENURESIS II:

- ◇ Edad: normalmente los niños que tienen problemas de esfínteres no tienen problemas funcionales, el cuerpo hasta los 5 años no está preparada fisiológicamente para controlarlos. Esta edad es límite porque la mayoría los controla antes.
- ◇ Frecuencia: es un criterio estadístico porque es según el niño pero suele ocurrir dos veces por semana.
- ◇ Diagnostico diferencial: no está causada por una sustancia o enfermedad.
- ◇ Una micción (hacer pipi) adecuada exige una acción coordinada entre la contracción del detrusor y la relajación completa del esfínter externo y la musculatura perineal.

· ENURESIS III:

- Enuresis simple-monosintomática: enuresis nocturna que no se acompaña de síntomas miccionales diurnos (urgencia, frecuencia). El niño se duerme y no se da cuenta de esos síntomas para ir al baño y de día los controla más.
- Enuresis complicada-polisintomática: suelen tener capacidad vesical reducida, muchos presentan retraso en la adquisición del control de orina diurno y los casos más graves presentan enuresis diurna.
- Nocturna-primaria monosintomática: este es el perfil

• ENCOPRESIS I:

- ♦ Emisión repetida de heces en lugares inadecuados cuando no existe una causa médica que lo justifique, excepto por algún mecanismo que implique estreñimiento.
- ♦ La mayoría de las veces es involuntaria aunque en ocasiones es voluntaria. Es menos causal que la enuresis porque es rígida y los niños aprenden a controlar.
- ♦ Cuando es involuntaria suele ir acompañada de estreñimiento, ventosidades y retención fecal con el rebosamiento subsiguiente. El niño alomejor por miedo aguanta y llega el rebosamiento y se hace caca encima.
- ♦ Cuando es voluntaria suele estar relacionada con el trastorno negativista desafiante o trastorno disocial.

♦ ENCOPRESIS II: TIPOS.

- Encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.(retentiva).
- Encopresis sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.(no retentiva).
- No es lo mismo un niño que no controle y se provoque el rebosamiento o que un niño voluntariamente no quiere retener y se caga.
- La diferencia entre ambos viene condicionada por la presencia o no de estreñimiento (cagar menos de 3 veces a la semana).

♦ TRATAMIENTOS:

• ENURESIS:

- Alarma ante la orina: el objetivo es que el niño aprenda a responder al estímulo de plenitud vesical, despertándose e inhibiendo la orina (mediante la contracción del esfínter externo) antes de que se dispare el reflejo de micción. Los elementos esenciales de este método son el aparato de alarma y la ingestión extra de líquidos o sobreaprendizaje. Lo ideal es que no beban agua antes de acostarse, pero hay técnicas que orientan a dar mucha agua para aprender al niño a controlar.

Es una compresa que se pone al niño en sus partes con un despertador, si se moja lo más mínimo suena la alarma. El niño va a asociar que cuando se hace pipi aparece un estigma negativo.

Sobreaprendizaje: el niño de hinchacha de agua y sabes de sobra que se va hacer pipi y debe controlar (pipistop).

- entrenamiento en retención voluntaria: enseñar a retener la orina ejercitando la contracción de los músculos estriados (pélvicos y esfínter) en los momentos de máxima distensión vesical y durante periodos temporales progresivamente más largos, con el fin de que el detrusor se acomode a un mayor volumen y mejore la capacidad funcional de la vejiga.

El niño tiene que aprender a retener más tiempo más líquido. En muchas ocasiones se lo presentas como un juego, que él intente aguantar cada vez más.

Técnicas: ingestión de líquidos, ejercicios efintericos y el reforzamiento positivo de la respuesta de la retención. Aquí los padres cuando ven que él retiene cada vez más se le refuerza positivamente.

- Entrenamiento en cama seca: programa multicomponente. El objetivo es despertar, retener la orina, levantarse de la cama, dirigirse al baño para orinar en el water aplicando contingencia positiva y negativa.

El niño debe ser capaz de despertarse porque se está haciendo pipi, si lo hace se le deben hacer connotaciones positivas y sino se levanta y se hace pipi hay que hacerle connotaciones negativas.

Componentes: aparato de alarma, despertar programado y sistemático, ingestión de líquidos, entrenamiento en retención, reforzamiento positivo y por otro lado, reprimenda verbal, entrenamiento en limpieza y practica positiva.

- **Farmacoterapia:** se utiliza la imipramina como efecto estimulante para facilitar el despertar del niño y permite almacenar en la vejiga un volumen mayor de orina, que potencian la contingencia.

La desmopresina hace que el niño tenga una mayor reabsorción de agua por los riñones, lo que da lugar a una orina más concentrada y a una reducción del volumen.

Se recomienda el autorregistro (numero de veces que se hace pipi, la hora, si ha bebido).

Todas estas son posibilidades terapéuticas y se escogen los que creas que van a tener mejores resultados según las características del niño.

Si los padres no colaboran es muy difícil llevar a cabo el tratamiento.

• ENCOPIRESIS:

- ♦ **Dieta:** si el niño hace caca dura y le hace daño, es recomendable cambiarle a una dieta blanda.
- ♦ **Entrenamiento en el uso del baño o en hábitos de defecación:** aguanta más que si se hace pipi.
- ♦ **Higiene personal y ropa sucia:** tenemos que facilitar que sea el niño el que se limpie, teniendo en cuenta su edad y que no sea un castigo.
- ♦ **Laxantes, enemas, supositorios de glicerina:** si la dieta nos falla entonces se debe utilizar esto.
- ♦ **Reforzamiento positivo y negativo:** si hace caca en el baño le hago contingencias verbales positivas, si no lo hace pues contingencias negativas.
- ♦ **Resolución de problemas y otros ajustes:** muchos problemas de la encopresis están relacionados con problemas familiares, por lo tanto hay que solucionar antes esos problemas.

Todos estos se pueden aplicar juntos pero en ocasiones muy resistentes, lo normal es ir introduciendo componentes o modificando.

• TEMA 5: TRASTORNOS DE LA INGESTA Y CONDUCTA ALIMENTARIA:

- ♦ Se caracterizan por alteraciones persistentes de la alimentación y la ingestión.
- ♦ TIPOS:
 - ◊ Pica. Típicos de
 - ◊ Trastorno por rumiación. La edad
 - ◊ Trastorno de la ingesta alimentaria en la infancia. Infantil
 - ◊ Anorexia. Típicos de la edad adolescente
 - ◊ Bulimia. Y adulta.
 - ◊ Trastorno por atracón.
 - ◊ Otros.

• PICA I:

- Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo de al menos un mes. suelen echarse a la boca todo lo que pillan pero

no es un trastorno porque el niño no sabe lo que se come y lo que no.

- La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo. Hay que valorar si el niño sabe o no si eso se come para saber si es trastorno o no.
- La conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente. Aquí- comerse un insecto sería conducta de pica pero en otros países no.
- Si la conducta aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental es de suficiente gravedad como para merecer atención independiente. Si el niño es retrasado mental y se come una colilla, esto no es trastorno de pica sino un síntoma de su deficiencia.

♦ PICA II:

- ◊ Los más pequeños: pintura, yeso, cuerdas, cabellos o ropas.
- ◊ Los mayores: excrementos de animales, arena, insectos, hojas
- ◊ Asociado a retraso mental y a otros trastornos generalizados del desarrollo.

· TRASTORNO DE RUMIACION:

- Regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas de alimento durante un periodo de por lo menos un mes después de un periodo de funcionamiento normal; introducir alimento en la boca, masticar y dejar el alimento en la boca y luego volver a masticar, esto implica que los niños cogen como norma que cada vez que comen hacen esto.
- La conducta no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada.
- La conducta no aparece en el curso de una anorexia o bulimia.

• TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA DE LA INFANCIA:

- ♦ Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso por lo menos un mes.
- ♦ La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad.
- ♦ El inicio es anterior a los seis años de edad.

◊ ANOREXIA I:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. (Índice de masa corporal).
- Miedo intenso a ganar peso a convertirse en obeso, incluso estando por

debajo del peso normal. Creen estar obesos incluso estando por debajo del peso normal.

· Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. Percepción dismórfica; una persona que está bien de peso y ella se ve gorda.

• ANOREXIA II:

♦ En las mujeres posbuberales presencia de amenorrea; por lo menos ausencia de tres ciclos mensuales consecutivos.

♦ TIPOS:

♦ Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (persona que establece una medida compensatoria para intentar mantener el peso).

♦ Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. Por ejemplo; si se come una hamburguesa de 2500 calorías pues luego corre hasta quemarlas. Cuando esto se repite todos los días y se vuelve una obsesión, es un problema.

Generalmente las personas que tienen anorexia suelen estar muy delgadas, se les cae el pelo o le sale vello muy oscuro. También se suelen producir desmayos porque no tiene fuerzas.

♦ BULIMIA I:

· Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingieren en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

- ♦ Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación de vómitos, uso de enemas, ayuno, ejercicio,

♦ BULIMIA II:

- Los atracones y las conductas compensatorias

inapropiadas
 tienen lugar
 al menos
 dos veces a
 la semana
 durante 3
 meses.

- La autorregulación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal: una chica ancha de caderas por mucho que deje de comer no va a disminuir su silueta y empieza a tener conductas bulímicas, sabiendo que nunca va a tener la silueta que busca.

Generalmente:

ANOREXIA: BULIMIA:

Chica guapa con buen Chica gordita que

Tipo que empieza a exigirse empieza a tener malas

Estar más delgada. Conductas alimenticias

- ◊ La alteración no aparece solo en la anorexia sino que de tipo purgativo en la bulimia provoca el vómito, usos de laxantes
- ◊ El tipo no purgativo es cuando emplea otras conductas compensatorias inapropiadas (ayuno o ejercicio) pero no recurre a provocarse el vómito regularmente ni usa laxantes.

· **NUTRICION:**

- Anorexia: restrictiva, compulsiva o purgativa.

- Bulimia: purgativa o no purgativa.
- Trastorno por atracón: es un trastorno del atracón de la bulimia pero no implica las conductas compensatorias inapropiadas. Todos los días debe pegarse un atracón para que se aleje de lo normal. Si ocurre que se provoca el vomito después del atracón, entonces sería bulimia.
- No especificados y otros:
Bigorexia; es más en hombres ya que trata de realizar mucho ejercicio indicado para el aumento de la masa corporal, no para estar más sano, brazos, piernas y que llega un momento que todo el día está preocupado en eso.

Ortorexia: hay dos variantes muy parecidas. Que manipulen su dieta con el objetivo de tener mejor salud pero al final te preocupa tanto que se vuelve inadecuada que incluso se puede tener un nivel de ansiedad cuando no comen lo que ellos quieren, y el otro implica que la persona solo se alimenta de productos artificiales o fármacos o los vegetarianos excesivos que solo comen lo que no viene de un animal.

◊ Síntomas y signos: los trastornos de la nutrición son muy poco informados, es decir, las personas que los tienen no lo suelen contar y cuando se detecta suele ser tarde. También puedes encontrar personas que no reconocen el trastorno. Por eso hay que mostrar gran interés por los otros informantes como pueden ser los amigos.

· **TRATAMIENTOS:**

PICA:

◊ Tipos:

- ◆ Demanda de padres de niños que tienen pica pero que no diferencian en lo que es un alimento y lo que no; aquí hay que enseñar al niño a discernir entre alimentos u otras cosas, pero muchos padres fracasan.
 - ◆ Niños normales que tienen pica pero con alguna cosa en concreto. Plastilina, arena
 - ◆ Niños con deficiencia mental que se echan todo a la boca por su retraso.
- Restricción física: impide al niño la ingesta de sustancias no alimentarias. Puede ser que cuando vaya a coger algo del suelo le sujetas la mano para que no lo coja, o utilizar algunos guantes para que no lo puedan coger o incluso a atar. Esto depende

del niño, de su edad y de sus características.

- Sobrecorrección: implica que al niño se le corrige su conducta moldeando una respuesta de dejar el objeto que ha cogido más reprimenda verbal. Esto implica que el niño vuelva a coger la cosa, pero a las dos o tres veces ya él mismo lo aprende. Pero claro hay que hacerlo bien porque sino puede entenderlo como un juego si tu le riñes riéndote. Por eso muchas veces las respuestas de los padres hacen que la sobrecorrección se efectúe bien o no.
- Guía-fáctica: procedimiento de evitación que implica que los padres moderen la conducta del hijo para que haga una conducta adecuada. Cuando el niño se dirija a algún objeto cambiarle el rumbo.
- Reforzamiento de otras conductas (RDO): utilizar conductas incompatibles con la conducta de pica, por ejemplo cuando el niño quiera coger una piedra pues le das un paquete de gusanitos, pero puede ser peligroso si relaciona coger algo con paquete de gusanitos.
- Control del ambiente físico: implica la manipulación externa del contexto donde se desarrolla el menor. Entre 8 meses y 3 años deben discernir lo que es alimento o no. En algunas ocasiones hay niños que se atascan en comer algunas cosas no alimenticias y más si tiene retraso mental. Esto implica controlar en estas etapas que no haya esas sustancias delante de él.
- Reprimenda verbal-HH comunicativa: implica decirle al niño que esa conducta no se realice, en tono serio, sin voces ni agresividad y se relaciona con habilidades de comunicativa porque cuanto antes el niño sepa lo que es un alimento o expresar lo que quiere, aquí los padres deben facilitar un esquema de comunicativa para que el aprenda pronto a expresar lo que quiere. Muchas veces tienen hambre.
- RF-castigo: si cuando riñes el niño hace caso es mejor premiar que castigar. Hay algunas ocasiones que no le dan la oportunidad de reforzar positivamente. Existen castigos donde meten al niño en una habitación sin nada o incluso los atan.

ANOREXIA:

Para la anoxia el tratamiento va a depender del estadio de la enfermedad en que se encuentra la persona y la edad.

- ◇ Rehabilitación nutricional.
- ◇ Intervención psicosocial: trabajar con familiares y aspectos sociales. Todas las personas que llegan a la anorexia por su entorno social (madre, amigas, novio), se les plantea un abordaje psicosocial a esas personas del entorno para que no influyan sobre ella.
- ◇ Terapia cognitivo-conductual: aquí se trata de abordar temas con la persona con anorexia, ya que suelen ser personas que les da igual lo que piensen los demás, sino que lo hacen porque ellas mismas se sienten mal si están gordas.
- ◇ Farmacoterapia: esto se produce en casos cuando la persona ha puesto en riesgo su vida, se ingresa y se medica.

BULIMIA:

- ◇ Terapia cognitivo-conductual.
- ◇ Terapia interpersonal.
- ◇ Farmacoterapia.
- ◇ Exposición más prevención de respuesta/ libros de autoayuda/ programas grupales breves: indica el hecho de que la persona evite el atracón. Debe tener acceso a sus alimentos comiendo de manera normal.

Si se trata a tiempo la anorexia y la bulimia y no corre peligro la vida de la persona, se tratan a través de:

- ◇ Imagen corporal: distorsiones e influencias sociales. Todas las personas no estamos al 100% contentos con nuestro cuerpo. Detrás de esas autopercepciones que nosotras tenemos de nuestro cuerpo, influyen las percepciones sociales, es decir, lo que otros piensan de nuestro cuerpo.
- ◇ Información sobre el trastorno: estas personas son capaces de informarse unas a otras de cómo perder peso, de cómo hacer para que no las pillen, dietas pero si realmente supieran la realidad nutricional del día a día que producen estas prácticas, la mayoría de ellas no lo harían.
- ◇ Intervención familiar: debemos saber hasta qué punto la familia forma parte de la aparición o del mantenimiento del problema. Se interviene a la familia porque pueden ser los causantes del problema. Se pretende educar a los padres en el arreglo de las contingencias para que el problema desaparezca, es decir, cuando la niña no se provoque el vómito hay que reforzar esa conducta.
- ◇ Control interno: mecanismos de autorregulación por el cual nosotros ajustamos determinados comportamientos con la ingesta alimenticia. Este

control en la anorexia es demasiado exhaustivo y en la bulimia no se tiene.

- ◇ Terapia cognitiva: es la más usada porque se trabaja con pensamientos. Se busca sustituir los pensamientos negativos que tienen sobre su cuerpo, por pensamientos positivos.
- ◇ Tratamiento farmacológico: se suelen utilizar antidepresivos en los casos más graves. Protectores gastrointestinales, vitaminas y benzodiazepinas y otros ansiolíticos.
- ◇ Otros: relajación, taller de autoestima

Para todos los trastornos de la nutrición:

COMPONENTES TERAPEUTICOS MÁS UTILIZADOS:

- ◇ Restaurar el peso a nivel saludable.
- ◇ Tratar complicaciones físicas.
- ◇ Incrementar la motivación del paciente para su cooperación; esto implica que para que el paciente se cure va a tener que realizar algunos esfuerzos.
- ◇ Proporcionar educación relacionada con patrones alimentarios y nutricionales, ya que, suele haber deficiencias de todos los trastornos alimenticios mala información nutricional.
- ◇ Modificación de pensamientos: suelen haber pensamientos negativos automáticos.
- ◇ Tratar otros trastornos.
- ◇ Conseguir apoyo familiar y asesoramiento familiar: hay muchos casos en que las madres agobian a sus hijas con que están gordas.
- ◇ prevención de recaídas: estos trastornos son los que más recaen.

REHABILITACION NUTRICIONAL:

- ◇ Restablecer el peso: cálculo básico con el índice de su masa corporal.
- ◇ Normalizar patrones alimentarios: según el índice de masa corporal que tenga la chica, pues intentar que llegue a estar normal.
- ◇ Adquirir señales adecuadas de saciedad y de hambre y corregir secuelas biológicas y psicológicas de la mala alimentación.
- ◇ Equipo multidisciplinar-psicológico-nutricionista-médico de familia.
- ◇ Psicoterapia: trabajo individual con la persona afectada.
- ◇ Relaciones sociales-familiares: si detectamos que el problema surge de las familias o los amigos hay que trabajar con ellos.

**· TEMA 6: PROBLEMAS Y
TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DE LA
CONDUCTA SEXUAL:**

• TRASTORNOS DEL SUEÑO:

♦ DISOMIAS:

◇ Insomnio primario:
persona con
dificultades
mantenidas durante
un periodo para
mantener un
sueño reparador.
Primario significa
que ha existido
desde siempre.
Puede ser que tenga
problemas para
dormirse o que a
media madrugada se
despierte y ya no
puede dormirse.

◇ Hipersomnia
primaria:
somnolencia
excesiva y periodos
del sueño amplios,
es decir, o no puede
dormir o duerme
mucho. Estas
personas no están
descansadas si no
duermen entre 9 y
14 horas.

◇ Narcolepsia:
trastorno del
sueño que se
caracteriza por la
hipersomnia
evolutiva y por
ataques de
cataplexia, es decir,
duermen mucho y
cada vez que van
creciendo duermen
más y suelen morir
a edades prematuras
porque requieren
estar durmiendo en
edades adultas entre
15 horas.

Los ataques catapléjicos implican una pérdida del tono muscular asociada a la hipersomnia, se cae, se pega el golpe

y se queda dormido.

- ◇ Trastorno del sueño relacionado con la respiración: desestructuración del sueño que puede provocar somnolencia excesiva o insomnio y problemas de respiración. Los problemas de respiración son apneas, es dejar de respirar espontáneamente. Esto se produce cuando estás durmiendo y no controlan su ritmo respiratorio, deja de respirar porque se ahoga y se despiertan.
- ◇ Trastorno del ritmo circadiano: aparece una presencia recurrente de un patrón del sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno del sueño y las exigencias exógenas del ambiente;

Sueño retrasado; un día te acuestas tarde y retrasas tu hora de dormir.

JAT-Lag; viaja a otro sitio con otra franja horaria.

Cambio del turno de trabajo; mañana, tardes, noches.

- ◇ **PARASOMNIAS**: implican un trastorno cualitativo del sueño.
 - Pesadillas: despertares repetidos durante el periodo del sueño provocado por sueños extremadamente terroríficos prolongados y dejan recuerdos vívidos. En estos sueños se suele poner en peligro la vida, de supervivencia o autoestima. Ocurren durante la segunda mitad del sueño principal. Al despertar, la persona recupera la orientación con normalidad y suelen crear un malestar clínicamente significativo.
 - Terrores nocturnos: episodios recurrentes de despertares bruscos. Se producen en la primera parte del sueño y vienen acompañado el despertar con grito y lloros, taquicardia, sudoración y temblores. No suelen recordar su contenido y responden mal ante cualquier estímulo que se le presente, aquí muchas veces no se despiertan
 - Sonambulismo: episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño. Ocurren en la primera parte del sueño nocturno, tiene la mirada fija y perdida, algunos los ojos cerrados y no reaccionan a los estímulos de los demás. No suelen recordar nada y cuando despierta esta

normal.

Las pesadillas nos suelen ocurrir a todos y los terrores nocturnos a los niños. Aquí los padres preguntan sobre ellos porque les preocupa, el niño suele tardar en calmarse pero se vuelve a dormir y no se acordara por la mañana, por eso hay que aconsejar a los padres de que no pueden hacer nada más, solo cogerlos y calmarlos. De todas formas a medida que va avanzando la edad irán desapareciendo.

Solo requieren tratamiento los casos más graves.

♦ **TRATAMIENTOS:**

- Rehabilitación del sueño: contempla la regulación de hábitos, farmacología y en gran parte solo con la regulación de hábitos se suelen arreglar. Cuando no hay manera de estructurar el sueño, se suele recurrir a la farmacoterapia.
- Regulación de hábitos: que no beban bebidas energéticas o estimulantes, que se vayan a dormir a la misma hora,
- Farmacología: se suelen dar medicamentos que producen sueño, o relajantes.

• **TRASTORNOS SEXUALES:**

Se tratan en edades comprensibles entre los 0 y 18 años.

♦ **Trastorno del deseo sexual:**

♦ Deseo sexual hipoactivo: es una disminución o ausencia de fantasía o deseo de actividad sexual de forma persistente. La valoración se tienen que hacer teniendo en cuenta la edad, sexo y el contexto de la persona. Provoca malestar acusado en la persona y en sus relaciones.

Si no genera problema y no afecta a la pareja, no sería un trastorno.

♦ Trastorno por aversión al sexo: implica una aversión extrema y persistente de la evitación de todos los contactos sexuales que normalmente implican a una pareja sexual. Suelen ser personas

que han sido violadas o porque pertenecen a una religión o sexta que tienen muy cerrado el tema del sexo.

· **Trastorno de la excitación sexual:**

- Trastorno de la excitación sexual en la mujer: incapacidad recurrente para mantener u obtener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la finalización de la actividad sexual.
- Trastorno de la erección en el varón: incapacidad recurrente para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la erección sexual. Pueden pasarle muchas cosas para que ocurra esto.

♦ **Trastorno del orgasmo:**

- ◇ Trastorno orgásmico femenino: es bastante complejo en la mujer y más simple en el hombre. Primario cuando la mujer nunca ha obtenido un orgasmo y secundario cuando los ha tenido y ahora no. Es la ausencia o retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal.
- ◇ Trastorno orgásmico masculino: ausencia o retraso persistente del orgasmo tras una fase de excitación normal.
- ◇ Eyacuación precoz: implica la eyacuación persistente en respuesta a una estimulación sexual mínima. Antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes

de que la persona lo desee. Hay que tener en cuenta la edad, sexo y contexto. La duración de la relación sexual depende de muchas cosas, pero si no dejas satisfecha a tu pareja es un problema.

· **Trastornos sexuales por dolor:**

- Dispareunia:
dolor genital recurrente asociado a la relación sexual tanto en hombres como en mujeres. Ocurre más en mujeres porque les suele doler más en la penetración.
- Vaginismo:
aparición recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio

externo
de
la
vagina.
Estos
espasmos
interfieren
en
la
realizaci3n
del
coito.
Suele
estar
asociado
a
personas
que
han
tenido
experiencias
desagradable
(violadas).
Este
genera
que
la
vagina
se
cierre
y
no
se
pueda
producir
la
penetraci3n

♦ **Para**
todo
aque
que
supo
una
desv
de
la
conc
norm

◊ **Trastornos de la identidad sexual:** identificación acusada con el otro sexo. Tienen deseo repetido de ser del otro sexo, preferencias marcadas por el papel del otro sexo, deseo intenso de participar en juegos propios del otro sexo, se puede dar en edades infantiles y sobre todo en adolescentes. De aquí surge el trastorno denominado trastorno de la orientación sexual.

◆ **TRATAMIENTOS:**

◊ **Disfunciones sexuales I:**

- Disfunción eréctil: se le suele dar terapia sexual para que la pareja se sincronice, intentar detectar que problemas pueden haber asociados. La desensibilización sistemática implica que la persona realice unos ejercicios para estimular y abordar ese problema sin necesidad de realizar el coito, y la farmacoterapia.
- Eyacuación precoz: parada y arranque, se suelen realizar ejercicios para que antes de eyacular se pare esa estimulación, tantas veces como sea necesario en plan ejercicios para acostumbrarse. La comprensión basilar para que no eyacule puede ser presionar en una zona indicada del pene para que no eyacule. Es muy efectivo.
- Inhibición eyaculatoria: la mujer no llega a la eyacuación, se suele tratar con terapia sexual.
- Trastorno orgásmico: consta de realizar ejercicios de entrenamiento masturbatorio de contracciones de cortar el tema de la orina y se ejercita el músculo que genera el orgasmo. Por eso el entrenamiento masturbatorio es totalmente educativo para enseñar como estimularse bien. También se le añade un componente psicológico de intención paradójica para que no se presionen por tener el orgasmo. Ejercicios sin objetivo para no presionar a la persona y se constata que sin obligar a la persona muchas mujeres al realizar estos ejercicios llegaron al orgasmo.
- Vaginismo: se hace un tratamiento por exposición, es decir, tienen actos sexuales

controlados, y se pueden utilizar utensilios y juguetes.

• Deseo sexual hipoactivo femenino:
entrenamiento orgásmico, igual que el tratamiento masturbatorio pero se realiza con la pareja.

• **TEMA 7: TRASTORNOS DE TICS Y DE LA CONDUCTA ESTEREOTIPADA:**

♦ **TRASTORNOS DE TICS:**

◇ Trastornos de la Tourette: tics motores múltiples y algunos de ellos vocales. Aquí los tics aparecen varias veces al día en brotes, todos los días en un periodo de al menos un año. En ocasiones está asociado al trastorno obsesivo-compulsivo. Está considerado como un problema crónico que ocurre en la infancia y se mantiene hasta la edad adulta. No suele desaparecer y cuando pasa del año y se hace crónico no sería ya este trastorno.

◇ Trastornos de tics motores y vocales crónicos: se producen estos tics simples o múltiples pero no ambos. Se tiene que mantener más de un año para que sea este trastorno. En el caso de que aparezcan ambos no a la vez ni simultáneos como la Tourette, en algunas ocasiones está asociado a otros trastornos como la deficiencia mental.

◇ Trastorno de tics transitorio: son tics motores y vocales simples como múltiples que aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos 4 semanas pero menos de un año.

◇ **TRATAMIENTO:**

- Conductas incompatibles: realización de conductas incompatibles con el tics, si el tics es en la mano pues guardar la mano en el bolsillo. Esto se utiliza en un periodo de tiempo breve para deshacer un hábito.
- Práctica positiva: realización voluntaria y forzada en contra del tics ya que es involuntario. Trata de que la persona se ponga ante el espejo e intente hacer el tics ella misma, lo que ocurrirá es que no podrá pero nos vale para que las personas se hagan conscientes del tics para cuando le ocurra intentar controlarlo.
- Manejo de contingencias: cuando el niño empieza a tener tics y hace gestos con la cara y se le riñe para que deje de hacerlo, probablemente el niño se pondrá más nervioso y no se le quitará el tics. Se debe reforzar la no ocurrencia del tics y no castigar al niño. Muchas veces se les aconseja a los padres que no echen cuentas

del tics.

- Relajación: implica entrenamiento muscular. Relajación progresiva de Jacobson; ejercicios faciales que tratan de apretar la cara unos segundos y luego soltar.
- Autorregistros: en algunas ocasiones pueden tener efectos positivos o negativos, según lo que se autorregistre. Cuando se autorregistra los tics es positivo porque la persona se da cuenta realmente de cuantas veces le ocurre el tics.
- Sobrecorrección con prevención de respuesta: actualmente no se utiliza demasiado porque consta de atar las manos para que no realice el tics.
- **TEMA 8: TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH):**

Este trastorno es complicado de diagnosticar porque en niños normales de 0 a 10 años se pueden cumplir muchos síntomas sin tener el trastorno.

- **Síntomas:** seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.
 - ♦ Desatención: a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

- ♦ Hiperactividad: a menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.

A menudo abandona su asiento en la clase.

A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.

- ♦ Impulsividad: a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

A menudo tiene problemas para guardar el turno.

Algunos síntomas están presentes antes de los 7 años. Por eso hay autores que dicen que por debajo de los 7 años

totalmente el niño no controla sus acciones.

♦ **TIPOS:**

- TDAH de tipo combinado: síntomas mixtos de la inatención y de la hiperactividad.
- TDAH con predominio del déficit de atención.
- TDAH de tipo hiperactivo-impulsivo.

♦ **CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS:**

- ♦ Fracaso escolar: suelen tenerlo porque no atienden, no terminan los trabajos,
- ♦ Baja autoestima: niños que sus padres siempre están riéndoles. Suelen sufrir desvaloración con aspectos negativos sobre su comportamiento.
- ♦ Alta accidentabilidad: tienen mayor porcentaje de sufrir accidentes.
- ♦ Rechazo de sus compañeros.
- ♦ No hacen autocrítica y tienen dificultad para controlar sus emociones.
- ♦ Padres desbordados y profesores estresados.

· **PROBLEMAS ASOCIADOS:**

- Trastornos de conducta: al contrario de todo.
- Dificultades de aprendizaje: acumulan lagunas y pueden quedar retrasados en muchos aprendizajes.
- Trastornos emocionales (ansiedad-depresión): suelen tener problemas de nervios.

♦ **EPIDEMIOLOGIA DE LA TDAH:**

- ♦ Prevalencia (datos clínicos): el 5% de la población infantil está diagnosticado.
- ♦ Prevalencia (padres-profesores): 20%.
- ♦ Ratios de niños-niñas (población en general): de 4 hay 1.
- ♦ Ratios de niños-niñas (población clínica): de 20 hay 1.
- ♦ Prevalencia en adultos: el 2% se

sigue tratando.

· **TRATAMIENTO:**

La hiperactividad tienen un componente genético-hereditario bastante claro porque es muy frecuente que de padres hiperactivos hayan hijos hiperactivos.

Sin embargo también existen niños hiperactivos por un componente funcional, la educación.

Los hereditarios son más difíciles de tratar y de curar porque se desajusta lo hereditario con lo educativo.

Por eso el tratamiento es:

- ◊ Tratamiento centrado en el niño-padres-escuela: hay que trabajar estos tres aspectos por separado.
- ◊ Tratamiento farmacológico: estimulantes como Rubifen y Metilfenidato. Todo se plantea según el tipo y la frecuencia de sus síntomas más frecuentes.
- ◊ Terapia cognitivo-conductual individualizada.
- ◊ Pautas educativas para los padres.
- ◊ Técnicas cognitivas-conductuales para aplicar en clase.
- ◊ La duración del tratamiento es variable según la edad, la gravedad del problema y de la calidad de la red de apoyo.

· **TERAPIA PARA EL NIÑO:**

- Mejorar la capacidad de atención.
- Incorporar estrategias cognitivas para facilitar el aprendizaje: hay cuadernillos donde hay ejercicios muy breves para esto. A este tipo de niños no puedes darle ejercicios largos en el tiempo, por eso hay que incorporar consejo al niño para que afronte los ejercicios en el colegio o para estudiar en casa.
- Minimizar el retraso con los compañeros: hay niños en la hiperactividad que son esenciales porque puede repetir curso y retrasarse en su educación, que después cuando mejoran ese retraso les implica que no asimilen los nuevos contenidos. Por eso se recomienda que los niños en esa etapa más mala, tengan clases particulares para minimizar el retraso que pueden llegar a tener con respecto a sus compañeros.

- Aumentar el control de la impulsividad.
- Niños con hiperactividad= niños malos: siempre se etiqueta a estos niños como niños malos y ellos interiorizan que son malos y eso no es bueno.
- Autorregulación, control de la irritabilidad, mejora de la comunicación y autoinstrucciones: esto implica hacer consciente al niño de sus comportamientos para que intente no hacerlos. La mayoría de las acciones de estos niños son sin pensar, por eso hay que aconsejarle que antes de hacer algo, que lo piense.

♦ **PROGRAMAS DE ORIENTACION PARA PADRES:**

◇ Modulo

psicoeducativo: se le debe dar información sobre la TDAH. Se debe intentar quitar el periodo de ansiedad por el que pasan los padres y analizar que están haciendo bien o mal y moldear algunas orientaciones psicoeducativas para estos niños.

◇ Reforzamiento

positivo-extinción: implica intentar hacer ver a los padres que su comportamiento va a afectar al niño. No deben estar constantemente castigando al niño sino que deben reforzar las conductas que no son de hiperactividad y después que intenten eliminar

aquellas conductas que consideren inadecuadas.

- ◇ Reforzamiento diferencial por tasas bajas: los padres se empeñan en que los niños realicen ejercicios de mantener la atención mucho tiempo. Por eso debemos conseguir que los padres les den a sus hijos actividades cortas y si las hacen bien, pues reforzarlos.
- ◇ Economía de fichas: cuando un niño puede conseguir objetivos, se pueden reemplazar por refuerzos positivos. Si realiza algún ejercicio del colegio pues cuando lo termine le das una ficha de ajedrez y le dices que cuando consiga 5 le dejas jugar al juego, por ejemplo.
- ◇ Coste de respuesta: hay que hacerle ver al niño cual es el coste de respuestas inadecuadas, es decir, hay veces que los niños no saben si sus conductas están mal hechas, no saben cuales son sus consecuencias. Por eso hay que explicarles lo que esta bien y mal de sus conductas, pero tienen que ponerse de acuerdo los dos; padre y madre.

◇ Sobrecorreccion:
reparar o restituir
los efectos de la
conducta
destruictivas con la
practica positiva de
una conducta
adaptada. El niÃ±o
debe darse cuenta
de la conducta que
ha hecho mal y
debemos darle las
pautas para que las
haga bien.

· **PROGRAMAS
DE
ORIENTACION
A
PROFESORES:**

- Instruir
a
los
profesores
en
el
conocimiento
del
TDAH:
si
algÃºn
niÃ±o
que
le
cae
mal
al
profesor,
al
final
suele
ser
el
de
TDAH,
porque
se
convierte
en
el
niÃ±o
malo,
un

niÃ±os
problemÃ¡ti-
Tienden
a
tener
connotaciones
negativas
hacia
estos
niÃ±os
y
esto
se
debe
controlar.
• EnseÃ±ar
a
los
profesores
tÃ©cnicas
de
anÃ¡lisis
de
modificaciÃ³n
de
la
conducta
(AMC):
tÃ©cnicas
racionales
del
comportamiento
operante,
es
decir,
buena
aplicaciÃ³n
de
reforzamiento
y de
castigos.
• Formar
a
los
profesores
en
el
uso
de
estrategias
para
la

organizaci3n
 y
autodirecci3n
del
comportamiento
 deben
 saber
 enfrentarse
 ante
 estos
 ni3os,
 se
 debe
 organizar
 el
 a3o,
 porque
 seg3n
 tus
 normas
 o
 acciones,
 as3-
 responder3;
 el
 ni3o.
 • Facilitar
las
acomodaciones
educativas:
 parece
 que
 el
 ni3o
 es
 malo
 y
 no
 que
 necesite
 n.e.e.
 porque
 tienen
 retraso
 acad3mico
 por
 sus
 s3ntomas.
 • Utilizar
la
autoevaluaci3n
reforzada:

implica
que
deben
tener
en
cuenta
las
características
de
los
TDAH
para
mandar
unos
ejercicios
u
otros.
• Prestar
asesoramiento
y
hacer
seguimiento
hacer
un
ajuste
para
realizar
una
serie
de
procedimientos
y
hacer
un
seguimiento
de
ellos
porque
todos
los
niños
con
TDAH
son
diferentes,
por
eso
se
deben
realizar
tutorías
con

Las dos conductas son las más cercanas a conductas delictivas.

El trastorno disocial está caracterizado por un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los demás o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.

Se manifiesta por la presencia de 3 o más de los siguientes criterios, durante 6 o 12 meses.

- ◊ Agresión a personas y animales.
- ◊ Destrucción de la propiedad.
- ◊ Fraudulencia o robo.
- ◊ Violaciones graves de las normas.

· **TIPOS:**

- Inicio infantil: antes de los 10 años.
- Tipo adolescente: a partir de los 10 años.
- Leve, moderado o grave.

Este trastorno se da más en varones y a partir de los 18 años de edad ya sería trastorno de la personalidad antisocial.

Hay gente que tiene estos síntomas de manera aprendida, es decir, personas que por su entorno o amigos son disociales. Por eso en muchos casos con cambiar de barrio o amigos se resuelve.

Sin embargo los más graves, no tienen solución, se suele notar desde que son pequeños.

◊ **TRASTORNO NEGATIVISTA GRAVE:**

- Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes 4 o más de los siguientes comportamientos.
- A menudo encoleriza o tiene pataletas.
- Discute con adultos.
- Desafía a adultos.
- Molesta deliberadamente a personas.
- Acusa a otros de sus errores o mal

comportamiento.

- Fácilmente molesto o susceptible.
- A menudo es colérico y resentido.
- Es rencoroso o vengativo.

• **CONSUMO DE SUSTANCIAS:**

- ♦ Dependencia: necesitas consumir constantemente en dosis de aumento.
- ♦ Abuso: consumo repetido aunque sea esporádico.
- ♦ Tolerancia: requerir el aumento del tomo de sustancias, porque ya no le hacen efecto.
- ♦ Abstinencia: echan de menos tener los efectos que les dan esas sustancias.
- ♦ Intoxicación: los síntomas se apoderan de tu cuerpo. (coma etílico).

◊ **DEPENDENCIA:**

Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por al menos 3 o más de los siguientes síntomas:

♦ **TOLERANCIA:**

- ◊ Necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para llegar a la intoxicación o al efecto deseado.
- ◊ El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con consumo continuado.

◊ **ABSTINENCIA:**

- Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral o social.
- ◊ Las sustancias son tomadas con frecuencia en cantidades mayores durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- ◊ Existe un deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar e interrumpir el consumo de la sustancia.
- ◊ Emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.
- ◊ Reducción de importantes actividades sociales.
- ◊ Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos.

· **ABUSO DE SUSTANCIAS:**

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias

que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos.

- Consumo recurrente de sustancias que dan lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o empeorados por el consumo.

♦ **INTOXICACION DE SUSTANCIAS:**

- ◇ Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente.
- ◇ Cambios psicológicos o de comportamiento adaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el SNC.
- ◇ Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno.

· **OTRAS CONSIDERACIONES**

- Cambio en el patrón de consumo: barrios marginados,

minoritarios
y
muy
concretos.
Actualmente
el
patrÃ³n
de
consumo
ha
cambiado.
Se
consume
todo
tipo
de
drogas
y
todas
las
clases.

- Multiconsumo
todos
tenemos
un
perfil
de
adiciÃ³n.
El
multiconsumo
es
habitual
e el
consumo
de
sustancias;
beber
los
fines
de
semana,
meterse
una
raya
de
coca
los
sÃ³bados

- Sustancias
legales
VS
ilegales:

componente
social
y
cultural.

- Vías administrativas
la
cocaína
puede
ser
ingerida
de
diferente
forma;
fumada,
esnifada,
chupadaHay
diferentes
drogas
que
las
mujeres
metabolizan
antes
que
los
hombres
y el
metabolismo
esta
muy
ligado
a la
ingesta
de
sustancias
de
diferentes
maneras.
- Relación
con
los
otros
trastornos:
ansiedad,
abstinencia
- Conciencia
de
la
enfermedad:
el
consumo

de
drogas
esta
relacionado
a
una
baja
conciencia
de
enfermedad.
La
educaci3n
en
el
consumo
de
drogas
llega
un
momento
que
pierdes
el
control,
la
conciencia
de
la
enfermedad
es
muy
importantes
para
tratar
a
estas
personas.

♦ TRA
DE
LAS
DRO

Vivencia que generalmente ocurre como respuesta a situaciones de amenaza, reales o de imaginación, expresadas a través de síntomas físicos o psicológicos que tienen una función defensiva ante la experiencia de amenaza.

Estrés: ansiedad positiva, adaptativa.

Distres: ansiedad negativa, desadaptativa con grado de malestar.

Factores precipitantes:

- Enfermedades o intervenciones quirúrgicas.
- Muerte de amigos o parientes.
- Dificultades escolares.
- Ataques o experiencias sexuales.
- Problemas intrafamiliares.
- Situaciones de miedo (accidentes).
- Preocupaciones y situaciones de peligro imaginario.

Síntomas:

- Cardiovascular: taquicardia, arritmias
- Respiratorio: hiperventilación, apnea
- Digestivo: vómitos, pellizco en el estómago, dolores de barriga
- SNC: mareos, desmayos, vértigos, cefaleas

Comportamientos infantiles en los que interviene la ansiedad:

- Miedos.
- Timidez.
- Inquietud.
- Tartamudez.
- Agresividad.
- Situaciones de vergüenza, culpabilidad o soledad.

Clasificaciones:

- Estrés–distres.

- Aguda-crónica.
- Ansiedad.

Todos tenemos o hemos tenido síntomas de ansiedad y eso no es algo patológico ni anormal, a no ser que haya un malestar clínico significativo. Existe una clasificación de problemas de ansiedad agudos o crónicos donde empezamos a tener síntomas de ansiedad a lo largo de un periodo largo recurrente, aguda cuando encima pase algo más grave como un accidente.

· **ANSIEDAD:**

- **Fobia específica:** temor acusado y persistente que es considerado excesivo o radical y que está desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica.

La exposición al estímulo fóbico provoca una respuesta inmediata de ansiedad que puede incluso a llegar a un ataque de angustia.

La persona ve que el miedo es excesivo o irracional. Las situaciones fóbicas se suelen evitar o soportar a costa de un intenso malestar.

· Tipos:

- **Fobia animal:** que es más frecuente en la infancia.
- **Ambiental:** tormenta, tornados,
- **Fobia a la sangre-inyección-daño:** suele haber incluso desmayos.
- **Fobia situacional:** aviones, ascensores, tóneles
 - ♦ ¿Cómo empieza la fobia?
 - ◇ Experiencia directa o negativa.
 - ◇ Observación; ver a otros que son los que tienen la experiencia directa. Componente hereditario.
 - ◇ Imaginación; la capacidad de imaginación que tenemos puede llegar a ser muy importante.

· **FOBIA SOCIAL:**

Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de modo humillante o embarazoso o mostrar síntomas de ansiedad.

La exposición a situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente respuestas de ansiedad inmediata, el individuo reconoce que su temor es irracional y evita estas situaciones.

El hecho de ser tímido no implica tener una fobia social.

· **TOC: TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO:**

Pensamientos obsesivos, impulsivos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento como intrusos o inapropiados y causan ansiedad y molestar clínicamente significativo. Estos pensamientos o imágenes no son simples.

Tienen preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes porque la persona reconoce que son producto de su mente.

- **Compulsiones:** comportamiento o actos mentales; lavarse las manos muchas veces, poner en orden los objetos, tragar saliva tres veces, contar las letras de las palabras. El sujeto se ve obligado a realizarlas en respuesta a una obsesión.
- El objetivo de estos comportamientos mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situaciones negativas.
- Estas generan un malestar clínicamente significativo.

• **TEC: TRASTORNO POR
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:**

Situación de peligro manifiesto o percibido que puede tener consecuencias directamente en su vida o desarrollo físico.

Son síntomas que puedes percibir de manera traumática aunque no sea una situación de riesgo.

Los síntomas posteriores pueden ser recuerdos que provocan malestar, soñar con el acontecimiento

traumático o FLASHBACK, sensación de sueño o recuerdo intenso donde se le presentan imágenes muy nítidas.

Todo esto genera un malestar fisiológico muy intenso y puede haber respuestas de ansiedad, que se olvide de partes que hayan ocurrido en el trauma, que tenga una cierta restricción de su vida afectiva.

Respuestas de sobresalto, problemas para concentrarse o hipervigilancia.

TEA: TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO:

- Implica una reacción en el momento en que está ocurriendo el trauma.
- Bloqueo de la persona.
- Desrealización y despersonalización: puedes llegar a no ser tú y reaccionar de muchas maneras ante la situación de riesgo, pierdes el sentido de la realidad.
- Síntomas acusados de ansiedad.
- Conductas alteradas o inapropiadas.
- Estos síntomas pueden llegar a durar 3 o 4 días después del hecho traumático.

♦ TAG: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:

- ◇ Trastorno de ansiedad y preocupación excesiva; personas que son bastante aprensivas y susceptibles para interiorizar algunas sensaciones, es decir, piensan que en cualquier momento les pueden suceder cosas desagradables.
- ◇ Tienen inquietud e impaciencia.
- ◇ Irritabilidad.
- ◇ Tensión muscular.
- ◇ Alteraciones del sueño.

· TRATAMIENTO:

· Trastorno de ansiedad generalizado:

- Terapia cognitivo-conductual: estas terapias están enfocadas a que la persona se enfrente a los síntomas de la ansiedad, con relajación, entrenamiento de situaciones de riesgo y controlando su ansiedad.
- Farmacoterapia: hay una tendencia muy grave de poner en medicación a toda persona que tiene ansiedad.
- Hipnosis adjunta a terapia cognitivo-conductual.

♦ Fobias específicas:

◇ Tratamiento por exposición en vivo:

parten de la idea que el miedo irracional hace que la persona evite el contacto con el objeto o animal que le da miedo. Este planteamiento hace que la persona pueda enfrentarse a lo que le da miedo. Es un trabajo progresivo y jerarquizado, donde si la respuesta de la persona es buena, se suele solucionar la fobia. Lo que ocurre es que la mayoría de las personas que tienen fobias no se exponen a estos tratamientos.

◇ Terapia cognitivo-conductual.

◇ Tratamiento por exposición a través de la realidad virtual.

· Agorafobia:

- Tratamiento por exposición en vivo: preparar

a la
 persona
 para
 enfrentarse
 a
 sus
 miedos,
 primeramente
 desde
 la
 imaginaciÃ³n
 hasta
 en
 vivo.
 Hacer
 consciente
 a la
 persona
 de
 que
 sus
 miedo
 son
 irracionales.

- Terapia cognitivo-conductual
- Farmacoterapia
 - ♦ Fobia social

- Terapia de exposición: suele ser importante porque por ejemplo, una persona que ha tenido un accidente y no quiere volver a pasar por el lugar donde ocurrió, pues aquí se intenta progresivamente que vuelva a pasar y que se de cuenta de que no ocurre nada.
- Terapia cognitiva: suele tratar los pensamientos, creencias y consecuencias de la situación que a esta persona le crea estrés.
- Manejo de ansiedad: estas personas tienden a tener ansiedad.
- Hipnoterapia.
- Farmacoterapia.
 - **Trastorno obsesivo compulsivo:**
 - ♦ Tratamiento por exposición con prevención de respuesta (EPR): si una persona no quiere tocar el pomo de una puerta porque cree que se va a contaminar y va a lavarse las manos cada vez que lo toca, pues su problema ira haciendo más grave, este tratamiento implica prevenir que la persona vaya a lavarse las manos y que se de cuenta de que no ocurre nada, esto es lo que hace que su obsesión desaparezca.
 - ♦ Farmacoterapia.
 - ♦ EPR + terapia cognitiva +

◇ **TEMA 11:**
TRASTORNO
DEL ESTADO DE
ÁNIMO:

Para tener esta trastorno te tiene que pasar algo en tu estado de ánimo para que no sea el mismo y que cambie.

Los síntomas son reversibles, subjetivos y heterogéneos pero también podemos encontrarnos con combinaciones de síntomas.

Los hipomaniacos son personas que duermen poco, hacen muchas actividades durante el día pero puede pasar por un estado depresivo y dormir diez horas y no querer hacer nada.

Los niños pueden llegar a problemas del estado de ánimo por cosas muy simples y más fácilmente que los adultos.

· **Síntomas:**

- Estado de ánimo disfórico o melancólico: tristeza, malhumor, irritabilidad
- Ideación autodespreciativa: deseos de muerte, se escaparse de casa
- Conducta agresiva: poco respeto, peleas excesivas
- Alteraciones del sueño: insomnio, sueño inquieto, dificultad despertar
- Cambios en el rendimiento escolar: quejas de los maestros
- Socialización disminuida: menor participación en grupo, menos agradable
- Otros.

◆ **DEPRESION Y**
EPISODIOS
AFECTIVOS:

◇ Episodios afectivos:
puede haber un episodio depresivo de seis meses y volver a la normalidad pero también puede haber depresión que llega más allá de los dos años, que ya sería

crÃ³nica.

- ◇ Episodio depresivo mayor: cinco o mÃ¡s sÃ­ntomas en dos semanas al menos; pÃ©rdida del interÃ©s, estado de Ã¡nimo depresivo durante todo el dÃ­a, llorar, pÃ©rdida importante de peso o aumento de peso, fatiga
- ◇ Maniaco: periodo diferenciado de un estado de Ã¡nimo anormal, elevado, expansivo o irritable. Que dura al menos una semana y tiene tres o mÃ¡s de los siguientes sÃ­ntomas; disminuciÃ³n de la necesidad de dormir, mÃ¡s hablador de lo normal, distraÃ­do, implicaciÃ³n excesiva en actividades
- ◇ Mixta: gente que cumple criterios tanto para uno como para otro. Esta un dÃ­a bien y un dÃ­a mal, no sabes como se va a levantar.
- ◇ Trastorno depresivo mayor: depresiones graves, superior a los seis meses, con caracterÃ­sticas resistentes a reversibles por si olas, dura hasta dos aÃ±os y necesita tratamiento.
- ◇ Trastorno bipolar: personas que estÃ¡n

normales y pasan seis meses de bajón y luego un año bien y después tres meses de bajón y así- toda la vida. Encontramos episodios maníacos + depresivos.

◇ Trastorno distímico:
depresión crónica que dura más de dos años.

◇ Trastorno ciclotímico:
aquellos trastornos que siguen ciclos asociados a la configuración de síntomas. En invierno depresión y en verano euforia. Los síntomas del estado de ánimo están asociados a ciclos.

· TRATAMIENTOS

- Terapia de conducta (varias modalidades): se deprimen porque no tienen reforzadores en su vida y así- muchos castigos.
- Terapia cognitiva.
- Terapia interpersonal.
- Psicoterapia psicodinámica.
- Terapia sistémica: depresión por problemas de trabajo, amigos o pareja.
- Farmacoterapia: se intenta no dar fármacos a los niños, antidepresivos y ansiolíticos.

Cada una de estas terapias parten de extraer técnicas de varios modelos formando programas con varias técnicas de terapias. Ahora los psicólogos para tratar la depresión no se adhieren a ninguna de estas terapias sino que realizan programas adaptados a las características del paciente y sus síntomas en concreto, cogiendo partes de cada terapia; Programas Multicomponentes.

Estos programas son muy individualizados y actualmente es lo que se utiliza.

· TEMA 12: TRASTORNO DE LA

PERSONALIDAD:

Están considerados como un caso de desastre porque hay dificultades para acotar que es un trastorno de personalidad en sí.

Esto implica que se está produciendo que sean los más pesados de los trastornos clínicos.

Estas personas son tan extravagantes y con rasgos de la personalidad tan raros que quedan en el caso de desastre.

Características generales de los trastornos de la personalidad:

- Son un trastorno permanente de comportamiento y experiencia interna que se aparta acusadamente de las expectativas culturales del sujeto. Se manifiestan con dos o más de los siguientes síntomas;
- A nivel cognitivo: forma de interpretarse a uno mismo, a los demás o a los acontecimientos.
- Área de la afectividad: adecuación de la respuesta emocional, intensidad de los afectos.
- Área de actividad interpersonal: síntomas que facilitan o perjudican las relaciones interpersonales y esto se aleja claramente de lo normal en nuestra cultura. No tienen relaciones interpersonales normales, tanto por exceso como por escasez.
- Área del control de los impulsos: fallo en el control de los impulsos y no tienen arrepentimiento.

Estas personas se comportan de manera extraña. Esos comportamientos se suceden por su forma de pensar alejada de la realidad. Si esto empieza en edades infantiles y continua hasta la edad adulta, es un trastorno de la personalidad.

Pero existen actualmente diez clases de estos trastornos y sus diferencias son a causa de sus pensamientos.

· **GRUPO A:**

- **TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD:** caracterizado por desconfianza y suspicacia desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas

como maliciosas.

- **TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD:**

caracterizado por un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de la restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. Hay muchos que terminan siendo esquizofrénicos.

- **TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD:**

patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales. Suelen tener distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

- ♦ **GRUPO B:**

- ♦ **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL:**

patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás.

- ♦ **TRASTORNO LIMITADO DE LA PERSONALIDAD:**

patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, en la auto-imagen con notable impulsividad.

- ♦ **TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD:**

patrón general de excesiva emotividad y de búsqueda de atención.

- ♦ **TRASTORNO NARCISISTA:**

patrón general de grandiosidad en la imaginación y comportamiento con

necesidad de
admiraci3n y una
falta de empatia.

· **GRUPO C:**

- **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACION**
patr3n general de inhibici3n social con sentimiento de incapacidad e hipersensibilidad a la evaluaci3n negativa.
- **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA**
necesidad general y excesiva de que se ocupen de ella, que ocasiona un comportamiento de sumisi3n, adhesi3n y temores de separaci3n.
- **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR**

OBSESIVO
DE
LA
PERSONALIDAD
patrÃ³n
general
de
preocupaciÃ³n
por
el
orden,
percepciÃ³n
y el
control
mental
e
interpersonal
a
expensas
de
la
flexibilidad,
la
espontaneidad
y la
eficiencia.

♦ **TRA**

Muchos de ellos no se trata y la mayorÃ­a son medicados cuando hay conductas depresivas o agresivas.

Todos deberÃ­an de ser tratados desde un punto de vista psicoterapÃ©utico.

Pero tratar con estas personas es muy complicado, nunca se consigue una cura, solo se ajustan los desajustes personales con la familia o algunas conductas pero es muy difÃ­cil cambiar sus pensamientos.

Se intenta que esta persona se ajuste a su entorno social, laboral y familiar, controlando sus impulsos.

Con los jÃ³venes de trabaja mucho con la familia para que los controlen porque pueden ser que tenga un trastorno de la personalidad y rasgos de otro.