

GUÍA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA INFANTIL

GUÍA DESARROLLADA POR EL

Centro de Psicología Aplicada (CPA)

Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Autores: Carla Morales Pillado, Manuel García Tabuyo, Carolina Álvarez Ortiz,
Marta Gervás Sanz, Rebeca Pardo Cebrián, Óscar Pérez Cabrero, Marta de la Torre
Martí y Marta Santacreu Ivars

Asesores: Ana Calero Elvira y José Santacreu Mas

Fecha de realización: 2015

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	Pág. 3
2. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL	Pág. 4
3. ESTRUCTURA GENERAL DE LA EVALUACIÓN DEL CASO	
3.1. Protocolo de entrevista clínica infantil.	Pág. 17
3.2. Registros conductuales, tests y cuestionarios.	Pág. 20
4. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE PROBLEMAS CLÍNICOS	
4.1. Ansiedad, miedos y fobias.	Pág. 23
4.2. Manías y obsesiones.	Pág. 30
4.3. Bajo estado de ánimo.	Pág. 36
4.4. Conducta agresiva/disruptiva.	Pág. 44
4.5. Problemas de atención e hiperactividad.	Pág. 53
4.6. Enuresis y encopresis.	Pág. 62
4.7. Habilidades sociales.	Pág. 81
4.8. Problemas de alimentación.	Pág. 91
4.9. Problemas de sueño.	Pág. 96
4.10. Hábitos de estudio y rendimiento escolar.	Pág. 102
4.11. Tics y hábitos nerviosos.	Pág. 107

REFERENCIAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La presente guía presenta, de manera clara y concisa, una serie de consideraciones y esquemas básicos dirigidos a la evaluación e intervención psicológica en población infantil desde una perspectiva cognitivo-conductual, de manera que facilite la actuación terapéutica en casos clínicos de estas características.

Cuando el equipo clínico del CPA empezó a trabajar en esta guía de intervención, se debatió sobre la pertinencia de utilizar criterios diagnósticos. Cada vez es más imperante la postura de que no tienen utilidad práctica en el tratamiento de los problemas psicológicos. Cuando se trata de intervenir, es el análisis funcional y no la etiqueta diagnóstica lo que guía dicha intervención; y, puesto que el presente documento es una guía de intervención psicológica, se consideró dejar al margen los criterios diagnósticos.

No obstante, en la guía se utilizan etiquetas como forma de agrupar diversas problemáticas con aspectos comunes con el objetivo de facilitar al lector la búsqueda de información. De esta manera, alguien interesado en problemas que identifica como obsesivos encontrará fácilmente el apartado dedicado a obsesiones, pero no será esta etiqueta la que planifique y vertebré el tratamiento, sino el análisis funcional del problema. Por esta razón, el lector no encontrará aquí referencias al DSM o CIE, sino un catálogo de problemas psicológicos agrupados bajo epígrafes para facilitar el uso de la guía.

En ningún caso pretende ser una guía exhaustiva donde recoger todos los matices y concreciones de la intervención clínica en población infantil. Existen actualmente manuales de tratamiento especializados que, en caso de interés, se pueden revisar en la bibliografía recomendada. De la misma manera, no se recogen cuestiones del desarrollo infantil de forma pormenorizada, con lo que si el lector lo deseara, tendría que utilizar material específico de dicha temática.

La guía se estructura de la siguiente manera. En primer lugar, se establecen una serie de consideraciones previas al trabajo que lleva a cabo el psicólogo cuando se enfrenta a un caso de clínica infantil. En segundo lugar, se plantea la estructura general de evaluación de cualquier problemática infantil, para, en el siguiente apartado, detallar aspectos específicos con respecto a la evaluación e intervención en una serie de problemáticas habituales en la intervención con esta población.

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL

1. PECULIARIDADES DE LA TERAPIA INFANTIL

La terapia psicológica infantil, por las propias características de los niños, posee una serie de particularidades que, además, conllevan un tipo de habilidades específicas por parte del terapeuta.

a. Características del terapeuta infanto-juvenil (Rosa y Olivares, 2010)

- **Conocimiento extenso y preciso** de su disciplina, así como del curso evolutivo humano y, concretamente, del desarrollo del niño. Ha de prestar atención a las normas culturales, ya que pueden ayudar a discriminar la gravedad de los problemas.
- **Habilidad para desempeñar su trabajo** no sólo **con niños**, sino también **con adultos**, puesto que a menudo forman parte integral de la intervención. Además, conocer el estado psicológico de los adultos con los que convive el niño ofrece mucha información sobre el origen y mantenimiento del problema.
- Capacidad para **implicar al niño** en la terapia mediante las estrategias adecuadas (juegos apropiados según la edad, contratos, ambiente agradable...).
- **Habilidades de comunicación** adecuadas y adaptadas al nivel de comprensión del niño, alternando la comunicación verbal y no verbal, utilizando apoyo visual (dibujos, tareas de lápiz y papel, imágenes...).

b. Falta de autonomía de los niños: el papel de los adultos

Los niños no suelen ser los demandantes de la terapia, puesto que a menudo no son conscientes del problema, de su dimensión o, en muchos casos, para ellos no hay ningún problema. De manera general, son los adultos quienes consideran la necesidad de que sus hijos, alumnos, pacientes... acudan al psicólogo, ya sea porque son comportamientos molestos para ellos mismos o para la vida familiar, porque aprecian que algo causa sufrimiento en el niño o porque creen que pueda suponer un problema en el futuro.

Por esta razón, un primer paso será **discernir si esa demanda** que presentan los adultos **es adecuada** y beneficiosa para el niño, dado que podría ocurrir que se base en el desconocimiento acerca de algún aspecto del desarrollo normal infantil.

El proceso terapéutico se llevará a cabo con padres/tutores y niños por varias razones:

- Como psicólogos, cuando la terapia se lleva a cabo con un menor de edad, el Código Deontológico que rige nuestra profesión nos obliga a obtener el **consentimiento informado por parte de los responsables del niño**, así como a informarles del proceso terapéutico.
- Los **padres/tutores** tienen un papel fundamental como **agentes del cambio**. Muy probablemente hayan contribuido al inicio y/o mantenimiento del problema y además puede que el problema esté muy relacionado con situaciones específicas de su interacción. Implicar a los adultos responsables será fundamental para garantizar el éxito de la terapia, bien sea cambiando aspectos fundamentales de su comportamiento o como **coterapeutas** de los cambios que se promueven en terapia.

c. Características de la intervención con los padres o tutores

Por todo lo expuesto en el apartado anterior, en el proceso terapéutico existe un **objetivo transversal** a los objetivos concretos del caso: que los **adultos** posean el conocimiento suficiente sobre el funcionamiento del comportamiento infantil para que **puedan ser cada vez más autónomos en la modificación del comportamiento de los niños**. Así, actividades como la explicación del análisis funcional del problema o la explicación de los principales procesos de aprendizaje serán elementos fundamentales en la intervención psicológica si queremos garantizar no sólo el éxito de la terapia sino el mantenimiento de los cambios a largo plazo.

Puesto que está demostrado que la actuación inmediata sobre el problema resulta más eficaz, **estar presente en el contexto** donde aparece resulta de especial relevancia. Es por ello que se tiene muy en cuenta la presencia de otros profesionales (profesores, educadores...) a la hora de elaborar la intervención.

En cualquier caso, aunque el papel de los padres suele ser primordial en el proceso terapéutico, **la decisión sobre si intervenir sólo con el niño, sólo con los adultos o con ambos va a depender de variables específicas del caso**, no tanto de la edad sino más bien del tipo de problema y del desarrollo madurativo del niño. Independientemente de la decisión, el psicólogo deberá informar y solicitar permiso como paso previo a la intervención. Además, hay que ser **cautos**

a la hora de tomar por objetiva la información que proporciona la familia (y también los profesionales educativos), puesto que pueden sesgar la realidad (minimizar, ocultar o justificar conductas desadaptativas) o no dar datos objetivos, sino interpretativos. De la misma manera, puede que ambos progenitores mantengan ideas diferentes acerca de la conducta de su hijo, por lo que la entrevista deberá recoger ambas versiones. Diferentes estudios ponen de manifiesto que existen **discrepancias en la información** que proporcionan los diferentes agentes del contexto del niño, lo cual, sin duda, puede tener una influencia significativa en la evaluación e intervención posterior (de los Reyes y Kazdin, 2005).

La relación con los adultos requiere, como en cualquier otra relación terapéutica, una actitud cercana y tolerante, flexible para adaptarse a las diferentes condiciones personales, y la necesidad de que asuman la responsabilidad en la toma de decisiones.

La intervención con los padres requiere ciertas indicaciones y directrices que el psicólogo tiene que tener en cuenta (Luciano y Gómez, 1998, citado en Servera, 2002):

- Los padres tienen que obtener contingencias positivas en la interacción y trabajo con su hijo.
- Las pautas terapéuticas que los padres deben llevar a cabo para una correcta intervención no deben representar una alteración en su rutina diaria.
- Hay que elegir objetivos y conductas que a los padres les resulten significativas, reforzar la actuación de los padres durante la intervención.
- Asegurar que otras personas del entorno verbalicen los cambios sobre los que se están interviniendo.
- Adaptar el contenido de las tareas a los padres, siendo ellos quienes establezcan las pautas a seguir.

2. DESARROLLO EVOLUTIVO

El proceso de desarrollo de los niños requiere que éstos adquieran el control de lo que se considera un “desarrollo normal” en cuanto a diversos aspectos: cognitivo, social, emocional, autocontrol, lenguaje, miedos, sexualidad, impulsividad, aceptación de negativas y normas... En algunos casos, tanto los niños como los adultos que conviven junto a ellos tienen que hacer frente a ciertos eventos estresantes o a circunstancias negativas presentes en sus vidas: muerte, separación, inicio escolaridad, situación económica... que pueden provocar desajustes en el funcionamiento familiar.

Se debe prestar atención a las siguientes particularidades cuando tratamos con esta población tan específica (Ezpeleta, 2001):

- **El recuerdo.** La amnesia infantil está demostrada para lo ocurrido antes de los 3 años. Según aumenta la edad, mejora la calidad del recuerdo y la cantidad de información recordada; no obstante, es más importante la edad a la que ocurrió un suceso que la edad a la que se recuerda si lo que se busca es cantidad de detalles. A la hora de obtener el recuerdo, es imprescindible que el sujeto esté motivado y eso es en buena parte labor del terapeuta. A los 10 años la capacidad de recordar es comparable a la de un adulto.

A propósito de la entrevista, es extremadamente importante **no sesgar las respuestas del niño** mediante las preguntas. Está sobradamente demostrado que es posible modificar recuerdos siendo los niños la población más sugestionable, y la manera en que se presenta una pregunta puede sesgar completamente la respuesta. Esto es especialmente sensible en el terreno del abuso sexual, que queda fuera del alcance de este protocolo (para más información, consultar textos de Diges, 1997, 2010).

- **Concepto de sí mismo.** A partir de los 8 años un niño tiene una clara idea de sí mismo y, por lo tanto, se le puede preguntar sobre la percepción que tiene de ello. Antes de esa edad ha de atenderse sobre todo al aspecto físico y conductas observables a la hora de hacer preguntas.
- **Cognición social.** Es a partir de los 3 años cuando el niño se inicia en la capacidad de conversar. Por debajo de los 8 años, la descripción de los demás se hace a través de aspectos globales y en términos autorreferenciales. A partir de los 8 años, aparece la habilidad para pensar sobre lo que piensan los demás, pero no es hasta la adolescencia cuando esta habilidad es comparable a la de un adulto.
- **Atención.** Como ya se ha mencionado en otras ocasiones, es imprescindible

centrar la atención del niño y conocer sus limitaciones. Es muy importante informarle del motivo de la entrevista y de qué va a tener que hacer.

- **Sinceridad.** La diferencia entre verdad y mentira se establece en torno a los 4 años, y a los 5 años la mayoría de niños admiten que mentir no está bien. Se puede explicitar al inicio de la entrevista que el niño puede decir que prefiere no hablar de un tema antes que mentir sobre él.

- **Lenguaje.** El desarrollo total del lenguaje aparece en torno a los 4 años y medio, aunque sigue aumentando su vocabulario. Pautas de orientación:
 - o Atender a la capacidad de comprensión del niño. Generalmente depende del nivel expresivo. Si se expresa con 3 palabras, entenderá oraciones de esa longitud, pero quizá no oraciones más largas. Si su vocabulario es reducido, hay que tener cuidado con su comprensión de oraciones largas y gramaticalmente complejas.
 - o Niveles de desarrollo (Fernández-Zúñiga, 2014):
 - 12-18 meses: palabras sueltas. Frases simples.
 - 18-24 meses: frases de 2-3 palabras.
 - 2-3 años: frases largas de 3 elementos. Vocabulario amplio.
 - 3-4 años: inicia reglas de conversación social (guarda turno en la conversación).
 - 4-5 años: narra historias con sentido. Conversa. Aumenta su vocabulario. Oraciones complejas.

- **Comprensión de emociones.** A los 3 años los niños pueden identificar emociones sencillas, pero hasta los 7 años siguen sin comprender que dos emociones pueden ocurrir juntas. A los 10 años pueden identificar emociones opuestas dirigidas hacia el mismo objetivo, y a los 11 entienden que se pueden experimentar sentimientos opuestos hacia una persona al mismo tiempo. También pueden hacer inducciones en base a lo observado en otros. La emoción que primero identifican (3 años) y expresan (5 años) es la felicidad. Otras emociones que se identifican son tristeza, enfado y dolor, aunque pueden ser confundidas. A los 8 años expresan con certeza enfado y miedo.

Para más información sobre el desarrollo evolutivo “normativo” infantil se puede consultar la Guía del Anexo I.

3. PAUTAS GENERALES PARA LA FAMILIA Y EL CENTRO ESCOLAR

Al margen de las técnicas específicas que se utilizarán en la terapia, existen unas directrices generales que pueden aplicar sin apenas entrenamiento tanto padres como profesores, y que favorecerán el bienestar del niño:

a. Algunas pautas para la familia

- **Actuar como modelo** de aquellas conductas que se quieran implementar. Por ejemplo, sonreír si queremos que él también sonría más, expresar emociones positivas y negativas de forma adecuada si queremos que él también aprenda a expresar sus emociones, pensar en voz alta de forma racional, etc..
- **Ser congruente y consecuente con lo que se pide y propone.** Si queremos que nuestra palabra, nuestras instrucciones funcionen como tal, hemos de cumplir lo que planteamos. Por ejemplo, si se quiere enseñar a hablar con un tono de voz calmada, no puedo elevar mi tono de voz al ver que él ha vuelto a gritar; si me he comprometido a hacer una actividad por un buen comportamiento, no voy a cambiarla o cancelarla por otras razones... Además, el uso de instrucciones precisas y concretas favorece que se manejen con éxito situaciones que pudieran ser complicadas.
- **Reforzar** consistentemente aquel comportamiento que queremos que se dé con más frecuencia. Es importante atender, alabar, premiar aquellos actos que queremos que se sigan repitiendo y desechar aquello de *“No te voy a premiar por algo que deberías hacer, es tu obligación”*.
- **Ayudarle a sentirse bien:** cuidando su salud, programando actividades agradables y divertidas, favoreciendo situaciones sociales, destacando sus logros, fortaleciendo su autonomía y toma de decisiones, teniendo en cuenta sus preferencias, preparándole a acontecimientos más difíciles como la vuelta al colegio o la muerte de un ser querido, reforzándole y manifestándole cariño...
- **Educar con afecto y coherencia:** fijando normas y límites razonables que cumpla, manejar las rabietas o demandas exageradas, demorando gratificaciones, haciéndolo responsable sin culpabilizar por objetivos realistas...

Además, los adultos pueden ayudar de múltiples maneras a **prevenir** problemas psicológicos en los niños. Es importante que los que estén en contacto

constante con niños sepan **reconocer las señales de riesgo** de cualquier problemática y buscar ayuda profesional. Además, los padres, el personal de la escuela y otros adultos pueden jugar roles claves para monitorizar la efectividad y ayudar a asegurar el cumplimiento de los planes de tratamiento, ya que pasan mucho tiempo con ellos.

b. Algunas pautas para los docentes

- Desarrollar en la escuela un **ambiente de apoyo** para niños, padres y profesores.
- **Prevenir toda forma de intimidación y violencia** entre niños. Establecer reglas claras, hacerlas públicas y ponerlas en práctica en forma justa y consistente.
- Poner énfasis en la frecuente **comunicación y colaboración entre el hogar y la escuela.**
- Capacitar a los profesores y padres en **reconocer factores de riesgo** y señales de bajo estado de ánimo infantil.

4. PAUTAS GENERALES DE INTERVENCIÓN CLÍNICA INFANTIL

a. Principios de actuación

En general, los profesionales de la salud debemos tener en cuenta algunos principios básicos para las intervenciones con los niños:

- La intervención terapéutica buscará siempre **favorecer el desarrollo personal del niño y su adaptación** al medio que le rodea.
- El **plan terapéutico será idiosincrático**, único, es decir, estará perfectamente adaptado a cada situación y persona, atendiendo al propio **análisis funcional** de conducta, edad y recursos disponibles a su alcance. Las características de la problemática de cada niño como el nivel de malestar, las limitaciones que tenga el niño en vida diaria, así como la motivación para el cambio o los elementos reforzantes que podamos usar en la intervención son diferentes. Por ello, tendremos que evaluar bien en cada caso para tener una intervención lo más ajustada posible.
- Los niños/as deberán **recibir información adecuada a su edad**, nivel de desarrollo, madurez emocional, capacidad cognitiva particular, para que puedan entender lo que les ocurre y participen de las decisiones sobre su proceso de mejora.
- El profesional deberá **priorizar las actuaciones que beneficien al niño** sobre otras demandas familiares que puedan ir en contra de este objetivo.
- Se recomienda **monitorizar el estado de ánimo del niño** a lo largo del tratamiento de forma que se pueda evaluar la efectividad del mismo y realizar ajustes que maximicen el beneficio.

b. Diseño general del plan de intervención

1. Sesión 1: Primera toma de contacto. Evaluación general.

- Se priorizará el establecimiento de una relación terapéutica adecuada con el niño y los adultos.
- Primera entrevista con los padres y con el niño. Se explorará el motivo de consulta, se descartarán posibles causas orgánicas, se evaluará el inicio del problema y las principales relaciones funcionales: estímulos discriminativos, respuestas problemáticas y consecuentes (teniendo en cuenta el contexto familiar, social y escolar).
- Se dispensarán como tareas para casa un autorregistro y la historia biográfica para niños.

2. Sesiones 2-3: Evaluación integral.

- Continúa la evaluación, algo más estructurada, tanto con los adultos como con el niño hasta conseguir la información que explique los problemas por los que consultan.
- Se utilizarán las pruebas estandarizadas y registros que el psicólogo considere pertinentes.
- En caso necesario se pedirán informes y/o se contactará con las personas o instituciones relevantes en el problema del contexto del individuo (colegio, hermanos, abuelos, médicos...).

3. Sesión 4: Devolución del análisis funcional del caso y resultados de las pruebas a los padres y al niño (adaptando explicación en cada caso).

- Objetivos de intervención consensuados y explicación del plan concreto y estrategias para alcanzarlos.
- Entrega de un informe de evaluación escrito.

4. Sesión 5 en adelante: Tratamiento.

Intervención con los adultos y el niño jerarquizada en función de los objetivos establecidos. La duración de la misma puede ser variable. Se recomienda volver a evaluar de forma exhaustiva y cuantificable las variables medidas en la evaluación a fin de contrastar el avance y consecución de los objetivos.

5. Últimas 2-3 sesiones: Seguimiento y prevención de recaídas.

Una vez alcanzados los objetivos, comienzan a espaciarse las sesiones en el tiempo con el objetivo de comprobar el mantenimiento de los logros y el manejo autónomo de situaciones más complejas, tanto por parte de los adultos como del niño. Será fundamental anticipar futuras situaciones difíciles, evaluando que tanto los adultos como el niño serían capaces de resolverlas con las estrategias entrenadas hasta el momento.

Es frecuente encontrarnos en terapia con consultantes que plantean **varias demandas u objetivos**. Al igual que en la terapia con población adulta, el orden de intervención en unos u otros aspectos problemáticos vendrá determinado por el análisis funcional del caso, no obstante, en terapia psicológica infantil, Mash y Terda (1988, citado en Maciá, 2007) establecen una jerarquía de las conductas problema guiando el plan de actuación más eficaz:

1. Conductas peligrosas para el niño y/o allegados.
2. Conductas que, por presentarse asociadas a otras conductas problema, puedan ejercer cierto efecto positivo sobre ellas.
3. Conductas fuera de las normas sociales.
4. Conductas que se consideren previas para el desarrollo de otras conductas, necesarias para la adaptación del niño.
5. Conductas cuya consecución influya positivamente en la adaptación del niño.
6. Conductas que alteren el sistema de contingencias, posibilitando el aumento de refuerzos para el niño.
7. Conductas que pueden ser claves para el desarrollo del niño, ya que su ausencia provocará déficits.

A la hora de intervenir hay que tener en cuenta la necesaria **participación y colaboración de todos los agentes implicados** para que la intervención sea lo más eficaz posible. Cabe la posibilidad de que la conducta problema ocurra sólo en determinados ambientes o contextos y no en otros. En tal caso, en los ambientes en los que sí ocurre la conducta, todos los implicados deberían modificar aspectos de su comportamiento.

Para iniciar la intervención hay que tener muy claro cuáles son los objetivos, qué conductas concretas se desean eliminar, reducir o implementar y haber realizado una correcta evaluación.

c. Pautas de conversación según edades (Fernández-Zúñiga, 2014)

De 3 a 4 años
<ul style="list-style-type: none"> - Hablar en presente (<i>"aquí y ahora"</i>). - Intercalar juegos durante la conversación. - Uso del juego simbólico para representar situaciones. - Conversación guiada por el adulto. - Para conversar es necesario el uso de juguetes, objetos o cuentos.
De 4 a 5 años
<ul style="list-style-type: none"> - Introducir el objetivo de la conversación. - Aclarar que se le pregunta porque no se conocen las respuestas (<i>"las cosas que tú sabes y yo no"</i>). - Ya hay capacidad para distanciarse del aquí y ahora. - Reforzar regularmente las iniciativas del niño. - Uso de objetos, juguetes o cuentos para representar situaciones de la vida cotidiana.
De 6 a 8 años
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar al inicio el motivo de la conversación. - Capacidad para hablar de pasado y futuro cercanos (casa, colegio...). - Reforzar iniciativa en la conversación. - Usar lenguaje sencillo y concreto. - Es posible introducir temas de aprendizaje escolar y ocio. - Preguntar en sentido espacial en lugar de temporal (<i>"qué"</i>, <i>"dónde"</i>). - Evitar entonación excesiva que parezca infantil. Usar comunicación gestual.
De 8 a 9 años
<ul style="list-style-type: none"> - Introducir de forma breve y general el sentido de la conversación. - Aún es necesario alternar juego con conversación. - Uso de lenguaje más complejo y expresividad corporal. - Atención a las respuestas por complacencia. - Reforzar participación y colaboración.
De 10 a 12 años
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el objetivo de la conversación de forma breve. - Mostrar respeto e interés por su participación y contribución. - Atención a las respuestas por deseabilidad social. - Se puede sintetizar lo hablado para asegurarse una buena comprensión. - El tiempo de conversación puede prolongarse si los temas le motivan.
De 12 a 18 años
<ul style="list-style-type: none"> - Comprenden el sentido de la entrevista y saben ponerse en el lugar de la otra persona. - Posibilidad de abordar diferentes temas. - Tienen razonamiento abstracto e hipotético. - Valoran las cosas moralmente basándose en sus principios individuales. - Conciencia social y de sí mismo.

5. MANEJO DE SITUACIONES DIFÍCILES EN SESIÓN (Fernández-Zúñiga, 2014)

En la propia intervención con los niños pueden surgir diversas situaciones de difícil manejo. Para ejercer control sobre ellas, es importante que el terapeuta tenga en cuenta las siguientes **pautas generales**:

- Las conductas disruptivas que aparezcan hay que manejarlas **desde el primer momento** en que se dan. Asimismo, la aparición de una conducta no tiene por qué ser significativa para considerarla problemática.
- Es fundamental sentar las bases de funcionamiento de la terapia desde el primer momento.
- Muy probablemente las conductas disruptivas **formen parte del problema** por el que se acude a consulta. Es el contexto idóneo para manejar e intervenir directamente sobre dichos comportamientos.

En general, para la reducción de las conductas disruptivas habrá que **extinguir dichos comportamientos y reforzar conductas alternativas** a éstas.

En la tabla que se muestra a continuación se describen de forma específica una serie de situaciones difíciles que podrían darse durante las sesiones de la terapia y se plantean, a su vez, algunas pautas para solucionarlas:

Dificultades	Estrategias
<p>Problemas en la comunicación (por exceso, defecto o inadecuación): no habla, no colabora, se queja, interrumpe...</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Provocar y reforzar conductas de acercamiento mínimas (mirada, sonrisa...) y hablar de temas agradables para el niño en problemas de inhibición. - Extinción de conductas de queja e interrupción.
<p>Rabieta, llanto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Extinguir si es una rabieta, esperar a que disminuya y aprovechar para reforzar que no llora. - Si el llanto es una respuesta emocional de tristeza o frustración, el terapeuta le ayudará a serenarse y llevará la conversación a otros temas menos aversivos para éste.
<p>Cansancio, aburrimiento y/o falta de atención: hace comentarios sobre otros temas, inquieto a nivel motor, retira la mirada...</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anticiparse a estas posibilidades y diseñar la sesión acorde a las limitaciones y peculiaridades del niño (temporalización, tipo de actividades). - Cambiar de actividad y finalizar pronto la sesión. - No permitir el escape cuando se trate de conductas de evitación ante una tarea que le resulta desagradable, difícil...
<p>Negativas y falta de cooperación: negarse a seguir instrucciones del terapeuta o a hacer tareas concretas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Negociar otras actividades o tareas similares (con el mismo objetivo) o plantear la actividad más tarde. - Disminuir la complejidad de la tarea y garantizar el éxito en la misma.
<p>Agresiones verbales o físicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar previamente el despacho (retirar objetos que se puedan lanzar, tirar...). - Proponer conductas alternativas y reforzarlas. - Pedir ayuda a un compañero durante la sesión.
<p>Inventar, mentir intencionadamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No atender a la mentira ni cuestionarla (no reforzar) cuando ésta tiene como objetivo la provocación y el juego. Orientar la conversación a otros temas. - Si la mentira tiene otra función: evitar un castigo o algo desagradable, entonces sí enfrentarla y no permitir que se obtengan las consecuencias que anticipa al mentir. - Contrastar información con los adultos.

ESTRUCTURA GENERAL DE LA EVALUACIÓN DEL CASO

1. PROTOCOLO DE ENTREVISTA CLÍNICA INFANTIL

Primera entrevista clínica con los progenitores o responsables legales

Objetivos:

1. Recoger el motivo de consulta, aspectos relevantes de la historia del problema.
2. Crear alianza terapéutica, resolver dudas sobre la terapia.
3. Aclarar los objetivos de intervención.

Motivo de consulta	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es el motivo de consulta? ¿Qué les ha traído hasta aquí? - ¿Hay algo más que les preocupe?
Inicio y mantenimiento del problema	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Desde cuándo sucede? - ¿Hubo algún acontecimiento significativo que ocurriera en el momento de la aparición? (mudanza, cambio de escuela, hospitalización...) - ¿A qué creen que se debe? - ¿Es la primera vez que se encuentra así?
Conducta/s problema. Parámetros (frecuencia, duración, intensidad)	<ul style="list-style-type: none"> - ¿En qué lugar ocurre el problema? - ¿En qué momentos? ¿Cuánto dura? ¿Con qué frecuencia ocurre? (recoger los parámetros frecuencia, intensidad y duración). - ¿Qué sucede justo antes y después de que empiece el problema? - ¿Hay cosas que lo empeoren? ¿Y que lo mejoren? - ¿Cómo reaccionan ustedes u otros miembros de la familia? - ¿A qué áreas afecta el problema? (familia, colegio, amigos...).
Intentos de solución/ Tratamientos anteriores	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha recibido otros tratamientos? - ¿Qué han hecho para intentar solucionarlo anteriormente? - ¿Qué ha hecho el niño?
Tratamiento actual	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es su objetivo respecto al tratamiento?
Ambiente en casa	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo es el ambiente en casa? - ¿Tiene su propia habitación?
Hermanos	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene hermanos? ¿Cómo se lleva con ellos? - ¿Han tenido o tienen el mismo problema?
Amistades	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene amigos? ¿De qué edades? - ¿Cómo se lleva con ellos?

Relaciones con los padres	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se lleva con su madre? ¿Y con su padre? - ¿Quién pasa más tiempo con él? ¿Hacen actividades con su hijo? ¿Cuáles? ¿Hablan con él? ¿Cuántas horas dedican a jugar o hablar con su hijo? - ¿Están de acuerdo en la manera de educarlo? - ¿Se porta mejor con alguno de los dos? Si es así, ¿con quién? ¿Por qué? ¿Cómo lo consigue?
Intereses del niño/a	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué suele hacer en su tiempo libre, estando solo o acompañado? - ¿Qué actividades le gustan más? ¿Y menos?
Funcionamiento cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene dificultades para aprender? - ¿Entiende lo que se le dice?
Colegio	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo le va en el colegio? ¿Le gusta ir? - ¿Saca buenas notas? ¿Ha recibido quejas de profesores? ¿Qué opinan éstos de lo que le ocurre? - ¿Qué tal se lleva con sus compañeros?
Otros problemas	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene o ha tenido algún otro problema que no se haya comentado? ¿Problemas de alimentación? ¿De sueño? ¿De control de esfínteres? ¿Miedos? - ¿Presenta o ha presentado problemas médicos o lesiones anteriormente? - ¿Qué cosas hace de forma autónoma? (vestirse, lavarse, comer...) <i>*Si se sospecha que el niño tiene un trastorno específico, el entrevistador podría preguntar acerca de conductas estereotipadas, rituales o conductas de dañarse a sí mismo.</i>
Motivación para el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Están ambos padres dispuestos a colaborar para alcanzar los objetivos? ¿Y el niño/a? - ¿Qué cosas le suelen motivar para hacer las cosas?

Resulta conveniente tener información del contexto educativo del niño. Es muy útil **contactar con el centro educativo** y con sus profesores, previa autorización por parte de los progenitores o responsables legales, para conocer si se ha detectado algún problema, informarse acerca de su desempeño académico y funcionamiento cognitivo, relaciones sociales, conducta en el aula y en el recreo, intentos de solución desde el centro educativo...

Primera entrevista clínica con el niño

Objetivos:

1. Recoger el motivo de consulta, aspectos relevantes de la historia del problema.
2. Crear alianza terapéutica (engancha con el niño), resolver dudas sobre la terapia.
3. Conocer el grado de motivación del niño y objetivos.

Motivo de consulta	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Sabes por qué has venido aquí? - ¿Hay alguna cosa en la que crees que te podamos ayudar? - ¿Cuál es el problema? ¿A quién le preocupa este problema?
Conducta/s problema. Parámetros (frecuencia, duración, intensidad)	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Con qué frecuencia ocurre? - ¿Te pasa más de una vez al día? En la última semana, por ejemplo, ¿cuántas veces te ha pasado? - ¿Desde cuándo ocurre? En Navidad, por ejemplo, ¿tenías ya este problema? - Cuando ocurre, ¿cómo es de importante? <p><i>*Puede ser útil utilizar termómetros emocionales numéricos (escalas sencillas de tres o cinco valores para graduar la intensidad de sus emociones o problemas). Se deben adaptar o emplear otros procedimientos cuando los niños apenas sepan contar.</i></p>
Precipitantes y circunstancias en las que ocurre	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuándo ocurre? ¿Dónde ocurre? - Antes de que pase esto, ¿ocurre alguna otra cosa? - ¿Con quién estás cuando ocurre?
Consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es lo que pasa cuando ocurre? - ¿Qué es lo que sientes cuando ocurre? - ¿Te ocasiona problemas con tu familia? ¿Y con tus amigos? ¿Y en la escuela? - ¿Te molesta que pase esto?
Actitudes ante el problema	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué hacen tus padres cuando tienes este problema? - ¿Y tus amigos? ¿Y tus profesores? ¿Y tú?
Factores causales	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Pasó algo importante antes de que empezaras a tener este problema? - ¿Cuántos años tenías entonces? ¿En qué curso estabas? - ¿Por qué crees tú que tienes este problema?
Curso	<ul style="list-style-type: none"> - Desde que empezaste a tener este problema, ¿lo has tenido siempre?, ¿hay temporadas en que no lo tienes? - A medida que te haces mayor, ¿crees que el problema se hace mayor? ¿O crees que ahora tienes menos este problema que antes? - ¿Qué cosas hacen que el problema vaya mejor o vaya peor?
Tratamientos anteriores	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Has consultado alguna vez a alguien sobre este problema? ¿Qué dijo esta persona que tenías que hacer para solucionar el problema? - ¿Hiciste lo que te recomendaron?, ¿por qué no lo hiciste? - ¿Has hecho algo para resolver el problema?

2. REGISTROS CONDUCTUALES, TESTS Y CUESTIONARIOS

Registros conductuales

Existen diversos registros que pueden utilizarse para conocer cuáles y cómo se mantienen las conductas del niño. También puede ser muy útil contar con grabaciones de video o audio que permitan al clínico ver la conducta por la que consultan los padres.

En cuanto a los registros, si se administran al niño, hay que tener en cuenta su edad y su capacidad de auto-observación.

Registro 1

Para padres (cada progenitor debe rellenar su registro, anotando su conducta y la de su hijo)

Instrucciones: registra cada situación problemática, anotando qué hace o dice el niño, qué haces o dices tú, y cómo se resuelve finalmente la situación

Fecha/ Hora	Situación	¿Qué hace el niño?	¿Qué hago yo?	¿Cómo se resuelve la situación?

Registro 2

Instrucciones (para niños): registra cada situación problemática, anotando la situación en la que te encuentras (con quién estas, qué ocurre, dónde estas...), qué haces en esa situación, qué pensamientos tienes y cómo te sientes.

Fecha/ Hora	Situación	¿Qué haces?	¿Qué piensas?	¿Cómo te sientes?

Registro 3

Instrucciones (para niños): anota la situación en la que te encuentras (con quién estas, qué ocurre, dónde estas...), qué haces para estar mejor y qué hacen tus padres.

Fecha/ Hora	Situación	¿Qué haces para estar mejor?	¿Qué hacen tus padres?

Registro 4

Instrucciones (para niños): cada vez que ocurra (*la conducta determinada que queramos que registre*) anota una carita que refleje cómo te sientes.

Fecha	Carita
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	

Tests y cuestionarios

Hay ciertos cuestionarios que pueden utilizarse de manera general:

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
CBCL. Lista de conductas infantiles (Achenbach y Edelbrock, 1983)	Existen diferentes versiones: una para padres, otra para profesores y una autoaplicada de 11 a 18 años. 113 ítems que evalúan todo tipo de problemática infantil.	4 a 16 años (excepto versión autoaplicada: 11 a 18 años)
TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (Hernández-Guanir, 2015)	Evalúa adaptación social, escolar y familiar. Aplicación individual y colectiva.	A partir de 8 años
SENA. Sistema de Evaluación para Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez-Sánchez, Carrasco y del Barrio, próxima publicación)	Evalúa un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta. Diferentes versiones: padres, profesores y autoinforme.	3 a 18 años

<p><i>BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes</i> (Reynolds y Kamphaus, 1992; adaptación española de González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004)</p>	<p>Existen versiones para padres, tutores y autoaplicada a partir de 8 años. Cuenta con una historia estructurada del desarrollo y un sistema de observación directamente en el aula. Mide numerosos aspectos del comportamiento, tanto adaptativos como desadaptativos: ansiedad, depresión, autoestima, habilidades sociales, problemas escolares, actitud negativa hacia padres y profesores...</p>	<p>3 a 18 años</p>
---	--	---------------------------

Materiales de consulta

Sattler, J. M. (2003). Evaluación infantil: aplicaciones conductuales y clínicas. Volumen II. México: El Manual Moderno.

Manual amplio en el que se proponen sugerencias y consideraciones importantes en la evaluación de todos los agentes del contexto del niño y del propio niño, así como evaluación específica en diferentes supuestos.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE PROBLEMAS CLÍNICOS

ANSIEDAD, MIEDOS Y FOBIAS

Las manifestaciones de ansiedad en niños se caracterizan por lo siguiente: sudoración en manos extrema, incremento de la tasa cardíaca, llanto, gritos, náuseas, vómitos, dolores de estómago, vértigo y mareos. De estas manifestaciones pueden surgir las siguientes: dolor de cabeza, pesadillas recurrentes, bajo estado de ánimo, cansancio excesivo y enuresis (Macià, 2007). Es habitual que exista cierta inespecificidad en el conjunto de estas problemáticas. Por ello, el análisis funcional del problema cobra importancia.

Existen algunos miedos infantiles que son propios de la edad. Sin embargo, cuando uno de estos miedos persiste más allá de la edad que se considera normal y el grado de malestar que provocan es muy elevado de forma que interfiere en la vida normal del niño y de los padres, estaremos hablando de la existencia de un problema que habrá que abordar de manera más específica.

Edades	Miedos normales en la infancia
Hasta los 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo a perder la base de sustentación o equilibrio. - Miedo a los ruidos fuertes, intensos o desconocidos.
6 meses a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo a desconocidos. - Miedo a objetos o lugares desconocidos.
2 a 4 años	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo a los animales. - Miedo a la oscuridad. - Miedo a los ruidos fuertes (fenómenos meteorológicos).
4 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo a los animales. - Miedo a la oscuridad. - Miedo a los ruidos fuertes. - Miedo a seres imaginarios (brujas, monstruos, fantasmas...).
6 a 9 años	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo al daño físico. - Miedo al ridículo y desaprobación social.
9 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo a la muerte. - Miedo a accidentes y enfermedades. - Miedos relacionados con el rendimiento escolar.

ANSIEDAD, MIEDOS Y FOBIAS

EVALUACIÓN

Entrevista

1. Conducta problema.

¿Cómo manifiesta miedo/ansiedad el niño?

- Nivel fisiológico: ¿Lo pasa mal? ¿Tiembla? ¿Suda en exceso? ¿Está más inquieto?
- Nivel cognitivo: ¿Piensa mucho acerca de lo que le da miedo o le produce ansiedad? ¿Intenta no pensar en aquello que le da miedo o le produce ansiedad? ¿Tiene más dificultad para concentrarse? ¿Pone excusas para no hacer determinadas cosas?
- Nivel motor: ¿Deja de hacer cosas? ¿Intenta estar lejos de lo que le da miedo? ¿Hace algo para asegurarse de que dejará de sentirse mal? ¿Qué dice sobre lo que le pasa? ¿Hace que le cueste dormir? ¿Está más irritable o le hace enfadarse más a menudo?

¿Se preocupa a menudo? ¿Por qué cuestiones? ¿El miedo/ansiedad está presente en todas las situaciones similares o sólo en algunas?

¿Creen que su miedo es infundado? ¿Lo justifica? ¿Creen que le gustaría dejar de sentir miedo/ansiedad?

2. Conductas de seguridad.

¿Hay algo que lo tranquiliza (objeto, situación, persona, lugar...)?

3. Antecedentes familiares.

¿Hay alguien de la familia que tenga o haya tenido problemas similares?

Cuestionarios e inventarios

A rellenar por los **padres**:

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
<i>Louisville Fear Survey for Children</i> (Miller, Barrett, Hampe y Noble, 1972)	Se puede aplicar como escala de calificación tanto a los padres como a los profesores y compañeros. Mide tres factores: miedo al daño físico, peligros naturales y estrés físico.	4 a 18 años
<i>Inventario de Miedos</i> (Pelechano, 1981)	Consta de 7 factores racionales: miedo a los animales, a los fenómenos meteorológicos, al daño corporal y enfermedades, a la muerte, a situaciones personales hostiles y agresivas, a los lugares cerrados y a la violencia física real o imaginada.	4 a 9 años

A rellenar por los **niños**:

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
FSSC-R. Cuestionario de Miedos para Niños (Ollendick, 1983)	Mide cinco factores: miedo al fracaso y crítica, miedo a lo desconocido, miedo a las heridas y animales pequeños, miedo al peligro y a la muerte, y miedos médicos.	8 a 18 años
CAS. Cuestionario de Ansiedad Infantil (Gillis, 2003)	Valora el nivel de ansiedad infantil.	6 a 8 años
STAIC. Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en niños (Spielberger, 2001)	Consta de dos escalas diseñadas para medir ansiedad crónica (rasgo) y ansiedad transitoria (estado).	9 a 15 años
Inventario de Miedos (Sosa, Capafóns, Conesa-Peraleja, Martorell, Silva y Navarro, 1993)	Evalúa miedos físicos, miedos sociales y miedos al contacto físico.	9 a 15 años

Registros

Registro 1

Seleccionar situaciones concretas (o dibujarlas previamente) y que el niño, con un termómetro de miedos, establezca la jerarquía.

Instrucciones (para niños): dónde colocarías esta situación.

Es muy útil a la hora de establecer la jerarquía de miedos, pero también para valorar el nivel de ansiedad o miedo que le produce al niño.

Registro 2

Instrucciones (para niños): cada vez que ocurra la situación temida o ansiógena, puntúa el nivel de malestar que te provoca.

Fecha/ Hora	Situación	Nivel de malestar (0-10)

ANSIEDAD, MIEDOS Y FOBIAS

TRATAMIENTO

Intervención con el niño

El tratamiento que ha probado ser más eficaz es la **desensibilización sistemática**. Dicha intervención, según la edad del niño, podrá estar sujeta a **modificaciones** que puedan favorecer la adherencia y la motivación y, por tanto, el éxito de la intervención.

El hecho de aplicar alguna modificación dependerá del juicio del terapeuta, la edad del niño, la implicación de los padres y el análisis funcional del caso. Así por ejemplo, han demostrado ser de utilidad **junto con la desensibilización sistemática, el modelado, el refuerzo positivo, las autoinstrucciones** y la **exposición con alguna variante**. Incluso habrá que barajar la opción de entrenar **habilidades sociales** que pueden verse afectadas en los casos de fobia social.

EDUCACIÓN EMOCIONAL

En algunos casos es útil realizar un entrenamiento inicial de reconocimiento de señales que indican activación ansiógena. En esta fase de educación emocional se le anima a examinar posturas y expresiones, y sus correlatos emocional y fisiológico, para que sea capaz de reconocer estas “señales” y autorregularse. Para ello se pueden utilizar muñecos, dibujos y fotografías y hacer preguntas acerca de qué siente, qué cara tiene, qué sensaciones físicas tendrá y qué pensará ese muñeco, dibujo o persona fotografiada.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA (DS)

Es una técnica útil para el tratamiento de los miedos. La DS se puede realizar tanto en imaginación como en vivo, sin embargo, ha resultado ser más efectiva la aplicación en vivo. Así mismo, con niños pequeños es más eficaz la utilización de imágenes emotivas como respuesta incompatible con la ansiedad. Esto es debido a que puede haber problemas para que los niños aprendan las técnicas de relajación convencionales, o bien que las sepan/quieran aplicar en los momentos de máxima ansiedad.

IMÁGENES EMOTIVAS

Para la utilización de imágenes emotivas el terapeuta pide al niño que le nombre un **héroe de cuento, dibujos, videojuegos...** y unos personajes que quiera que aparezcan con él. Entonces **se introducirán los diferentes ítems de la jerarquía de forma gradual dentro de la historia que se le va a contar**. Si en algún momento el niño siente mucha ansiedad se retirará el estímulo temido prosiguiendo con los aspectos positivos de la historia. Esta técnica se puede utilizar en imaginación (simplemente relatándola), o en vivo, es decir, escenificándola con el niño. Esta segunda variante es la que muestra ser más eficaz.

MODELADO PARTICIPANTE

El modelado participante también ha resultado ser de mucha utilidad, sobre todo el modelado que realiza el terapeuta **en vivo**. Esta técnica es especialmente importante en los casos de fobias en los que la exposición requiera la aproximación física del niño al estímulo fóbico, como pueden ser los casos de fobia a animales.

Sin embargo, es menos eficaz cuando se trata de exposición a estímulos a los que el niño no puede acercarse, sino simplemente permanecer, como es, por ejemplo, el miedo a la oscuridad. En este tipo de casos, han resultado ser muy útiles el refuerzo positivo, la economía de fichas y las autoinstrucciones.

- El **refuerzo positivo** ha demostrado ser una herramienta útil. La utilización de fichas canjeables por premios si el niño realiza bien la exposición al estímulo fóbico correspondiente al nivel de jerarquía que se esté trabajando puede ser utilizada ya que cada vez serán necesarias más fichas para conseguir el premio, favoreciendo la habituación a dicho estímulo.
- Por otro lado, en cuanto al nivel cognitivo son ampliamente empleadas la **autoinstrucciones**, que además parecen ser más efectivas cuando existe un modelo (terapeuta) que también las aplica en voz alta.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Todas estas técnicas pueden estar acompañadas de reestructuración cognitiva para **desmontar** muchos **miedos**. Así por ejemplo, es importante en casos de niños mayores hablar de sus miedos y enseñar hasta qué punto son o no irracionales. Asimismo, en casos de fobia social o fobia escolar puede ser un componente interesante de la terapia.

En niños más pequeños se pueden utilizar viñetas o cuentos para que compare lo que él había pensado que iba a ocurrir y lo que realmente pasó, cuántas veces ocurrió lo que él había pensado que iba a ocurrir, o cómo se resolvió todo. La

finalidad es que entienda que lo que le asusta no es la situación ni lo que ocurre, sino lo que él piensa o imagina.

La conclusión que se puede sacar es que la intervención en un caso de fobia infantil específica requiere de un planteamiento **multicomponente** en el cual el terapeuta seleccionará en función de su evaluación y otras variables como la edad del niño, los procedimientos más adecuados para ese caso concreto (sin olvidar que la técnica central es la exposición).

Intervención con la familia

No hay que olvidar la importancia del entrenamiento familiar en este tipo de problemáticas.

PSICOEDUCACIÓN

Un paso previo importante a la hora de intervenir en cualquier tipo de problemática es la parte de información. Para la familia es útil entender qué está ocurriendo, qué conductas favorecen que se siga manteniendo el problema, tanto por su parte, como por parte del niño. Es necesario que entiendan que culparse o culpar al niño de la situación, o regañar, no son mecanismos adecuados para resolver el problema.

MANEJO DE CONTINGENCIAS

Conocer los principios del aprendizaje operante es útil para favorecer y mantener las conductas deseadas. Generar listas de refuerzo por parte de la familia y aplicarlos adecuadamente, realizar una economía de fichas para aumentar determinadas conductas dirigidas al afrontamiento por parte del niño del problema que se esté interviniendo... Son aspectos ventajosos del manejo de contingencias. Aún así, es necesaria una explicación pormenorizada de la técnica concreta a utilizar por parte de la familia y un esquema de actuación claro.

Materiales de consulta

Huebner, D. (2008). *Qué puedo hacer cuando... me preocupo demasiado*. Madrid: TEA Ediciones.

Se trata de una guía en forma de cuento para que los niños aprendan a gestionar de manera adecuada su malestar y ansiedad asociada a diferentes situaciones. Es de gran ayuda para que los profesionales aporten materiales a los padres y a sus hijos durante la intervención.

Huebner, D. (2009). *Qué puedo hacer cuando... me da miedo irme a la cama.* Madrid: TEA Ediciones.

Se trata de una guía infantil que enseña a los niños a superar sus miedos a la hora de irse a dormir. Es un material muy adecuado para utilizar en sesión o como complemento a tareas intersesiones.

Méndez, F. X. (1998). *El niño miedoso.* Madrid: Pirámide.

Es un libro muy adecuado para profesionales y padres, aportando ideas para ayudar a los niños a superar los miedos. Incluye un apartado específico para tratar el miedo a la oscuridad, a la separación y al colegio.

MANÍAS Y OBSESIONES

Los niños realizan muchas conductas que se pueden tildar de rituales: pasar sólo por las baldosas de determinado color, cruzar los dedos ante determinada situación, pintar con un determinado color... Simples juegos. Sin embargo, hay niños que van más allá y hacen determinadas conductas para reducir su malestar. Cuando son pequeños ese malestar es confuso y complicado de explicar; cuando crecen, tienen motivos claros.

Las obsesiones más comunes en niños están relacionadas con la contaminación, hacerse daño a sí mismos o a otros, la necesidad de simetría y orden, y equivocarse. Y las compulsiones tienen que ver con estos temas: lavado, comprobación, orden, repetición, y rituales como rezar, contar, repetir frases.

Es habitual que entre los 4 y 8 años los niños ejecuten rituales, como parte normal del desarrollo, por lo que es complicado diferenciar entre conducta adaptativa y desadaptativa.

Es útil diferenciar entre pensamiento mágico, ritual y comprobación:

- **Pensamiento mágico:** creencia de que un evento es causado por algo que en realidad no tiene relevancia alguna sobre el mismo. Por ejemplo, creer que la luz se enciende porque la persiana está bajada.
- **Ritual:** secuencia de comportamientos que, en caso de no realizarse, generan malestar en el individuo bajo la creencia de que ocurrirá algo nefasto o saldrá mal lo que esté haciendo. En algunas ocasiones la creencia acaba desapareciendo para dejar paso únicamente al ritual. Por ejemplo, encender y apagar la luz tres veces antes de irse a dormir.
- **Comprobación:** repetición generalmente sistemática de un comportamiento orientado a confirmar que algo en el entorno o en el individuo se encuentra en el estado en que el propio individuo cree que está. Por ejemplo, “¿he apagado la luz?”.

MANÍAS Y OBSESIONES

EVALUACIÓN

Entrevista

1. Delimitar conducta problema.

- **Descripción específica:** ¿Qué le preocupa de manera recurrente a su hijo? ¿Está todo el rato pensando en ello? ¿Qué cosas tiene que hacer su hijo para quedarse tranquilo? Descríbalo ¿Tiene que hacerlo siempre del mismo modo?
- **Grado de malestar que le supone:** Si no puede hacer/pensar/decir lo que quiere o de la misma forma, ¿qué ocurre? ¿Alguna vez se lo han impedido? ¿Qué ha sucedido?
- **Antecedentes familiares:** ¿Algún otro familiar presenta este tipo de conductas?

2. Repercusiones.

- **Área familiar:** ¿Hacen algo para calmar su ansiedad? ¿Les obliga el niño a hacer algo?
- **Área personal/social:** ¿Qué piensa de lo que le ocurre? ¿Deja de hacer actividades por este motivo?
- **Área emocional:** ¿Cree que puede estar afectándole en su vida diaria?

3. Comorbilidades: se deben valorar otros problemas psicológicos:

- ¿Presenta algún problema de tics, falta de atención, impulsividad, hiperactividad, dificultades de aprendizaje, irritabilidad o agresividad, ansiedad elevada, fobias, bajo estado de ánimo?

Cuestionarios e inventarios

A rellenar por los **niños/padres:**

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
<p>CY-BOCS-SR. Escala de Yale-Brown para Niños (Scahill, Riddle, McSwiggin-Hardin, Ort, King, Goodman, Cicchetti y Leckman, 1997; adaptación española por Godoy, Gavino, Valderrama, Quintero, Cobos, Casado, Sosa y Capafons, 2011)</p>	<p>Entrevista semiestructurada, autoinforme para niños e informe para padres y profesores. 10 ítems que proporcionan tres puntuaciones: severidad de la obsesión, severidad de la compulsión y severidad total.</p>	<p>6 a 17 años</p>

<p>LOI-CV. Inventario de Obsesiones de Leyton para Niños (Berg, Rapoport y Flament, 1985; disponible en Rosa y Olivares, 2010, p. 155)</p>	<p>Cuestionario breve en el que se evalúa la presencia o ausencia de síntomas. Existen versiones para padres y profesores.</p>	<p>Todas las edades</p>
<p>MOCI. Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (Hodgson y Rachman, 1977; adaptación española por Ávila, 1986; disponible en Rosa y Rodríguez, 2010, p. 157)</p>	<p>Evalúa la sintomatología obsesivo-compulsiva asociada a diferentes tipos de rituales: limpieza, comprobación, lentitud/repetición y dudas/escrupulosidad.</p>	<p>Todas las edades</p>
<p>CHOCI. Inventario Obsesivo-Compulsivo para Niños (Shafran, Frampton, Heyman, Reynolds, Techman y Rachman, 2003; disponible en Rosa, 2012, p. 61)</p>	<p>Evalúa de manera muy sencilla obsesiones y compulsiones.</p>	<p>A partir de 8 años</p>

Registros

Solicitar al niño que registre su conducta suele no ser lo adecuado, puesto que se incrementará. Por lo que, además de los registros habituales de conducta, Rosa y Rodríguez (2010, 2012) proponen el siguiente registro a cumplimentar por los padres:

Registro 1

Instrucciones (para padres): cada vez que ocurra la conducta problema, anota los siguientes datos:

Ritual/Compulsión			
Fecha Situación o estímulo que lo antecede	Lugar Personas presentes	Hora	Número de veces
Descripción del ritual	Actuación de los que están a su alrededor	Consecuencias al realizarlo	Consecuencias si le impide realizarlo

MANÍAS Y OBSESIONES

TRATAMIENTO

Intervención con el niño

PSICOEDUCACIÓN

Es el paso previo en la intervención. Se trata de que el niño comprenda qué está sucediendo, cuáles son las causas y los mecanismos de actuación. Es importante que lo entienda y que sepa en qué va a consistir la intervención.

TÉCNICAS COGNITIVAS

En algunos casos, y previamente a la exposición, es conveniente utilizar ciertas técnicas cognitivas como éstas.

Las **autoinstrucciones** son útiles para que el niño genere un mensaje que le ayude a enfrentarse a la situación: antes, durante y después. Es conveniente utilizar frases que ya utilice y que valore como eficaces para controlar su conducta, y que generalice estas autoinstrucciones.

Otras de las técnicas son las **pruebas de realidad** o la técnica del pastel (comparar la estimación de responsabilidad previa y responsabilidad real que tiene el niño en el acontecimiento negativo, colocándolo en una gráfica circular, para comprobar que la real suele ser menor que la inicial).

EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA

Es el tratamiento principal para este tipo de problemática y su aplicación consta de los siguientes pasos:

- **Manejar el termómetro del malestar:** es un elemento previo que sirve para que el niño regule el nivel de malestar que siente en las situaciones en las que realiza determinado ritual o comprobación. Cuanto peor se siente el niño, mayor temperatura. Es conveniente hacer algunos ensayos para saber si ha entendido su funcionamiento. Se puede utilizar también el volumen como una medida de malestar.
- **Construir la jerarquía de situaciones en las que aparecen obsesiones y/o rituales/comprobaciones:** hay que preguntar al niño por las situaciones que le generen malestar y colocarlas en ese termómetro creado previamente. Si no es capaz de situarlos en la escala, habrá que ayudarlo. Los padres pueden aportar información en este punto.

- **Exposición y prevención de respuesta:** el objetivo es que el niño se enfrente de manera satisfactoria a las situaciones que le provocan malestar durante períodos de tiempo suficientes hasta que se produzca la habituación. Es muy importante impedir respuestas de evitación o escape. Hay que motivar mucho y utilizar las autoinstrucciones que el niño aplica.

Es conveniente saber que durante la aplicación de esta técnica puede incrementarse la conducta que se pretende extinguir, pueden aparecer reacciones emocionales (gritos, lloros, conductas agresivas...) y puede aparecer una recuperación espontánea de la conducta problema pasado algún tiempo.

Durante la exposición, se pueden utilizar el modelado y el moldeamiento como técnicas adicionales. De esta manera, en el modelado el niño observa como el terapeuta (o familiares) se enfrentan al estímulo temido sin sufrir consecuencias negativas. En el moldeamiento, obtiene refuerzo a medida que consigue aproximaciones.

TÉCNICAS DE CONTROL DE LA ACTIVACIÓN

Es conveniente, en ocasiones, realizar un entrenamiento en relajación o respiración para que el niño sea capaz de tolerar el malestar que le supone enfrentarse a la situación temida.

Intervención con la familia

PSICOEDUCACIÓN

Al igual que en la intervención con el niño, es un paso previo importante a la hora de intervenir. Los padres tienen que entender la funcionalidad de las conductas que realiza el niño y no culpar ni regañar por esto. Además, es importante que entiendan los mecanismos de actuación, puesto que ellos tendrán que aplicar en casa muchas de las técnicas aplicadas en consulta.

EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA

La familia tendrá que llevar a cabo la técnica de la misma manera que lo hace el psicólogo, puesto que es el medio natural del niño. Es importante entrenar a las personas encargadas de llevarla a cabo, puesto que si no comprenden el funcionamiento de manera adecuada pueden estar favoreciendo conductas encubiertas, evitación o escape. Para ello, se le pedirá a la familia un registro semanal de las tareas llevadas a cabo en casa para comprobar su realización y, en el caso de no cumplimiento, los impedimentos surgidos.

Problemas durante el tratamiento	
PROBLEMAS	POSIBLES SOLUCIONES
El niño se niega a realizar la exposición	Se debe empezar por estímulos que apenas generen ansiedad. En ocasiones es útil contar con un programa de recompensas para conseguir que el niño participe.
El niño ha realizado correctamente en la consulta la exposición, pero en casa no se logra	Se debe considerar la conducta de los padres. Si ellos realizan las comprobaciones o cualquier ritual que el niño solicite, se estará reforzando la aparición de la conducta problema. Además, hay que evaluar si existen otras conductas encubiertas que pueden favorecer que no se extinga. Es importante motivar al niño para que reconozca y suprima esas conductas encubiertas.

Materiales de consulta

Gavino. A. (2006). *Mi hijo tiene manías*. Madrid: Pirámide.

Un libro en el que se plantea la intervención cognitiva de manera práctica.

Gavino. A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo. Manual práctico de tratamientos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

La autora explica el mecanismo de actuación de las obsesiones y compulsiones y facilita, sesión a sesión, la intervención en un caso de TOC de adultos. Además, se extiende también en la intervención cognitiva.

Rosa, A. I. y Olivares, J. (2010). *El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes*. Madrid. Pirámide.

Se trata de un manual muy completo sobre el tema que aporta, además, datos de intervención sobre casos concretos.

BAJO ESTADO DE ÁNIMO

El bajo estado de ánimo en niños se caracteriza por la **persistencia de ánimo triste o irritable y anhedonia**. Suele acompañarse de problemas de conducta, irritabilidad, rabietas y desobediencia, cambios en el apetito, sueño y nivel de actividad, poca atención o concentración y sentimientos de baja autoestima. En niños, generalmente, se evidencia un cambio significativo en la manera en que el niño siente, piensa y se comporta y, difícilmente, sin un adecuado apoyo o tratamiento pueden recuperarse por sus propios medios.

BAJO ESTADO DE ÁNIMO EVALUACIÓN

Entrevista

1. Conducta problema.

- a. Tristeza: ¿Se siente triste su hijo? ¿Le ven cara de tristeza?
- b. Llanto: ¿Llora con frecuencia?
- c. Desánimo: ¿Asegura que le van a pasar cosas malas, que nunca saldrá nada bien o sus conversaciones giran en torno a su mala situación personal? ¿Utiliza expresiones similares de abatimiento y desánimo?
- d. Síntomas físicos: ¿Se queja de dolores de barriga, de cabeza u otras molestias?
- e. Irritabilidad: ¿Se enfada su hijo con facilidad? ¿Tiene explosiones de mal genio (chilla, insulta, pega)?
- f. Activación/inactivación conductual: ¿Se mueve despacio? ¿Habla ahora menos que antes, con un volumen más bajo o los temas son poco variados? ¿Le cuesta comunicar sus pensamientos o sentimientos? ¿Se queja de cansancio o agotamiento? ¿Pasa mucho rato sin hacer nada? ¿Tarda ahora más que antes en reaccionar, vestirse, asearse o hacer algunas tareas sencillas? ¿Descuida su higiene y apariencia?
- g. Aumento/disminución apetito: ¿Come menos, igual o más que antes? ¿Ha perdido o aumentado peso?
- h. Sueño: ¿Le cuesta conciliar el sueño? ¿Se desvela durante la noche y tiene dificultad para volverse a dormir? ¿Se despierta muy pronto por las mañanas y ya no se duerme? ¿Sufre pesadillas u otros problemas similares?
- i. Pérdida de interés: ¿Se aburre a menudo? ¿Se queja de que nada le gusta? ¿Se ha vuelto pasota o desinteresado? ¿Continúa practicando sus juegos y deportes favoritos? ¿Ha dejado de salir con sus amigos?
- j. Insatisfacción personal/minusvaloración: ¿Piensa que es un inútil, se minusvalora o critica a menudo? ¿Afirma que es tonto, malo o débil? ¿Comenta que todo le sale mal, que siempre echa las cosas a perder? ¿Concede una importancia exagerada a errores insignificantes?
- k. Dificultad de concentración: ¿Se le olvidan las cosas más que antes? ¿Ha disminuido su rendimiento académico? ¿Duda continuamente?
- l. Pensamientos de muerte o suicidio: ¿Habla de la muerte con frecuencia? ¿Ha amenazado con suicidarse?

- 2. Comorbilidades:** se deben valorar otros problemas psicológicos.
- ¿Presenta algún problema de fracaso escolar, desórdenes de conducta, problemas alimentarios, fobia escolar, ansiedad elevada o ideación suicida?
- 3. Antecedentes familiares:** ¿algún familiar presenta o ha presentado este tipo de problemáticas?
- 4. Estilo educativo:**
- ¿Cómo es la manera en la que educan a su hijo?
 - ¿Hay normas en casa? ¿Cuáles?
 - ¿Hay acuerdo en las normas? ¿Qué ocurre cuando alguna norma se quebranta?
 - ¿Cuáles son las técnicas eficaces para que su hijo obedezca?

Cuestionarios e inventarios

A rellenar por los **niños**:

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
CDI. Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 1983; adaptación española por del Barrio y Carrasco, 2004)	Evalúa disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación...) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad...). Puede ser contestado también por adultos de referencia.	7 a 15 años
CDS. Cuestionario de Depresión para niños (Lang y Tisher, 1978; adaptación española de Seisdedos, 2014)	Evalúa de forma exhaustiva las manifestaciones más relevantes de la depresión en los niños y adolescentes.	8 a 14 años

Registros

Registro 1

Hoja de evaluación de la depresión infantil para padres

Contestado por: Madre__ Padre__ Otros_____

Instrucciones: A continuación hay una serie de cosas que le pueden suceder a cualquier niño. Lea detenidamente cada frase y piense si eso le ocurre actualmente a su hijo/a. Debe asignar la puntuación que crea describe mejor a su hijo/a, de modo que a mayor presencia de la característica, mayor puntuación. Muchas gracias por su colaboración.

¿Considera que la frase es descriptiva de su hijo?

	Nada	Algo	Medianamente	Bastante	Muchísimo
Se siente triste					
Está irritable					
Ha perdido el interés					
No disfruta de las cosas					
No tiene ganas de comer o ha adelgazado					
Duerme mal					
Está muy inquieto/a (no para de moverse, etc.)					
Se encuentra cansado/a					
Se siente inútil o culpable					
Le cuesta concentrarse o recordar las cosas o tomar decisiones					
Tiene pensamientos de muerte o suicidio					

Registro 2

Instrucciones (para niños): Cada vez que ocurra algo que te haga sentirte triste, preocupado o enfadado, escribe enseguida que pasó antes, qué hiciste tú y qué pasó después, en la columna correspondiente. Es importante que escribas exactamente y con detalle lo que sucedió.

¿Qué paso antes? (con quién estaba, qué estaba haciendo...)	¿Qué hice yo?	¿Qué pasó después? (cómo reaccionaron tus padres, profesor o amigos...)

Registro 3

Instrucciones (para niños): Cada vez que realices una de las actividades abajo indicadas, anota un palito (I) en el número de veces que realizaste la actividad:

Actividades	Número de veces que realicé la actividad
<i>(poner sus ejemplos, una actividad por fila) Leer cuentos de aventuras, hablar por teléfono con amigas, montar en bici...</i>	<i>I...</i>

BAJO ESTADO DE ÁNIMO

TRATAMIENTO

Intervención con el niño

El tratamiento psicológico para el bajo estado de ánimo infantil persigue que el niño **aprenda a valorar las emociones, sustituir los comportamientos generadores de emociones negativas por otros más adecuados y modificar los pensamientos distorsionados** u otros patrones disfuncionales de razonamiento. Ante cualquier intervención en los niños con bajo estado de ánimo, se recomienda la colaboración familiar y escolar, así como la participación del niño.

La terapia psicológica para los niños con bajo estado de ánimo emplea técnicas centradas en la psicoeducación emocional, actividades agradables y reestructuración cognitiva, principalmente.

EDUCACIÓN EMOCIONAL

Conviene explicar al niño la existencia de diferentes emociones, debido a que frecuentemente no son conscientes de las mismas o no saben expresarlas verbalmente. Debemos tener en cuenta durante el proceso que los niños con bajo estado de ánimo suelen sentirse más irritados que tristes y, frecuentemente, se acompañe de síntomas de ansiedad.

Concretamente, se realizan ejercicios que les ayuden a **identificar y diferenciar las emociones** que les hacen sentir bien y las que no (por ejemplo, la alegría, el enfado...), aprender a graduar entre emociones y utilizar palabras concretas que expresen mejor su estado de ánimo, así como el tipo de situaciones o acontecimientos que las generan. Suelen realizarse mediante los siguientes ejercicios (Méndez, 1998, págs. 143-149):

- Preguntas en sesión. Por ejemplo, *“No siempre sentimos lo mismo, hay situaciones que son guays y otras que no te gustan y lo pasas mal... A ver, ayer o antes de ayer... ¿te acuerdas de alguna situación que haya sido guay? ¿Cómo te sientes cuando...? ¿Qué quieres decir...? ¿Preocupado, enfadado o triste?”.*
- Fichas en forma de juego.
- La moviola.
- El análisis del ánimo.
- Autorregistros.

- Termómetros emocionales numéricos. Con niños se utilizan escalas sencillas de tres o cinco valores para graduar la intensidad de sus emociones. Se deben adaptar o emplear otros procedimientos cuando los niños apenas sepan contar.
- Semáforos o caras con variaciones de muy triste a muy alegre.

Es importante adaptar estos ejercicios a su nivel de comprensión, comenzar por aquellos fáciles e ir aumentando la dificultad progresivamente (por ejemplo, considerar una emoción y después varias, incluir situaciones...), animar que participe y utilizar sus ejemplos. Con los más pequeños suelen emplearse varias sesiones.

PROGRAMAS DE ACTIVIDADES AGRADABLES

Se persigue **que el niño comprenda que puede hacer cosas para cambiar su estado de ánimo bajo**. Se trata de aumentar progresivamente la cantidad (número, tiempo invertido) de actividades agradables, así como la calidad o grado de satisfacción obtenido.

Con los niños, se pueden utilizar medidas como el **termómetro emocional** o autorregistros adaptados a su edad (por ejemplo, para los más mayores, que incluyan el día, actividad agradable, tiempo, nota de gusto (0-10), nota de ánimo (0-10) y observaciones). El psicólogo destacará frente al niño cómo las actividades placenteras elevan su ánimo. Esta es la piedra angular del tratamiento del bajo estado de ánimo infantil, puesto que la mejora en el ámbito conductual, conlleva beneficios emocionales y cognitivos.

Para **identificar cuáles son las actividades agradables** del niño, se le suele preguntar directamente al niño, a los padres y profesores. También se puede observar qué hace en sus ratos libres, pedirle que elija de entre una lista de actividades las que más le gusten. Analizar cuál ha sido el mejor día de la semana con el niño, puede ayudarles a centrarse en los hechos y actividades positivas realizadas, se considera una de las estrategias más útiles, puesto que les cuesta ver que tienen momentos buenos.

Es aconsejable **combinar actividades diarias** (leer, jugar en el parque...) **con otras semanales** (cine, feria...), empezando por aquellas que sean más habituales o menos difíciles de realizar para el niño y, preferiblemente, sociales (en el caso de disponer de dificultades en éste área, se recomienda un programa de entrenamiento en habilidades sociales).

Se introducirán pautas conductuales de alimentación y sueño si se consideran necesarias. La forma más sencilla de realizarlas es acordando las actividades entre el niño y el terapeuta, aunque será fundamental la colaboración

de los padres para facilitarle el acceso a las actividades reforzantes. Se pueden utilizar contratos de contingencias y economía de fichas para aumentar su motivación frente a esta tarea.

En estos casos, la **ayuda de los profesores** también resulta especialmente relevante. Es importante acordar con los profesores un **plan de tareas escolares que resulte motivante** y tenga en cuenta la situación en la que se encuentra el niño. En lo posible, debemos **prevenir** que los profesores **aumenten la exigencia y presión** sobre el niño en estos momentos. Incluso se puede contar con la participación de algunos compañeros que le impulsen a hacer determinadas actividades. Un signo de recuperación es la normalización del rendimiento académico previo.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La sustitución de los pensamientos disfuncionales por otros más adecuados, se realiza siempre acompañado y **simultáneamente con el cambio en los comportamientos**. Este trabajo terapéutico implica la explicación al niño/a (de forma muy sencilla) del modelo cognitivo por el que los pensamientos suponen los principales responsables de los sentimientos y se utilizan ejemplos.

Para identificarlos, se pueden trabajar escribiendo los pensamientos y sentimientos de sucesos cotidianos que le producen malestar a él o a otros niños, o mediante fichas (Méndez, 1998, págs. 215-225) y textos ilustrativos (Méndez, 1998, págs. 232-234) u otros registros. Estos pensamientos se debaten y modifican siguiendo una estructura similar a la de los adultos, mediante la discusión de los pensamientos disfuncionales, generando ideas de pensamientos alternativos. Sin embargo, estos ejercicios con niños/as deben plantearse como un juego, con autorregistros sencillos adaptados a su nivel de comprensión para el seguimiento.

Especialmente, cuando algunos niños/as cuestionan este procedimiento, el psicólogo debe sugerir **experimentos conductuales y contrastarlos en sesión** (por ejemplo, invitar a sus amigos a casa y comprobar cuántos aceptan la invitación, analizando las razones de los que declinan el ofrecimiento cuando el niño/a piense que *“no tiene amigos”*; anotar durante un día cada una de las cosas que hacemos bien, regular o mal cuando crea que *“no hace nada bien”*).

Cuando el objetivo no es refutar un pensamiento, sino pararlo para evitar el malestar que causa, conviene enseñarles la **detección de pensamiento**, aunque en este caso habrá que valorar la edad y la capacidad del niño para llevarla a cabo.

Intervención con la familia

La intervención familiar se centra en conocer todas las herramientas que se utilizarán a lo largo del tratamiento, para que su implementación se pueda hacer de manera adecuada. Aún así, la mayor o menor intervención familiar a lo largo del proceso dependerá de la capacidad del niño para llevarla a cabo.

PSICOEDUCACIÓN

Es necesario explicar a la familia de manera funcional lo que está ocurriendo. Además, es muy útil especificar las conductas que pueden estar llevando a cabo que mantienen el problema, puesto que en muchas ocasiones no son conscientes de las repercusiones. Aportar información en cada momento del proceso de qué conductas pueden llevar a cabo o qué situaciones pueden favorecer resulta de gran utilidad para el buen resultado del tratamiento.

Problemas durante el tratamiento

PROBLEMAS	POSIBLES SOLUCIONES
Es habitual que se detecten unas habilidades sociales pobres en niños/as con un ánimo deprimido	Es un área que debe evaluarse en profundidad y si precisa, se debe incorporar la utilización de técnicas para mejorar las habilidades sociales en el tratamiento.
Los niños/as deprimidos a menudo presentan ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Se debe considerar la relajación para el control de la ansiedad, ya que esto le proporcionará una sensación de bienestar y autoeficacia que suelen ser muy positivas. - Se deben ajustar a cada edad: para los más pequeños se usa la imitación postural de objetos que resultan ser relajantes, como “imita a un sauce” o “a un muñeco”, a medida que crecen se introducen estrategias de contracción y relajación muscular tipo Jacobson, así como imaginación.
La atribución de los acontecimientos negativos es a causas internas y las de los acontecimientos positivos es a causas externas	<ul style="list-style-type: none"> - Junto con la reestructuración cognitiva, se pueden presentar situaciones hipotéticas al niño/a que tengan relación con su conducta y luego pedirle explicaciones, para proponerle explicaciones alternativas. - Además, el estilo atributivo suele formarse por los juicios sobre sí mismos que reciben del entorno inmediato, por lo que será conveniente modificar conductas paternas relacionadas con la crítica y los juicios negativos.

Materiales de consulta

Méndez, F. X. (1998). *El niño que no sonrío: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil.* Madrid: Pirámide.

Se trata de una guía práctica para que los profesionales evalúen y realicen tratamiento psicológico para ayudar a los niños tristes o deprimidos. Describe paso a paso los programas de educación emocional, relajación muscular, actividades agradables, habilidades sociales, reestructuración cognitiva y resolución de problemas. Incluye pautas de prevención y actuación con los adultos (padres, escuela...).

del Barrio, V. (2008) *Tratando depresión infantil.* Madrid: Pirámide.

Se trata de una guía práctica de trabajo útil para los terapeutas que ayuden a niños con un estado de ánimo deprimido. Presenta información actualizada de los últimos 10 años sobre el tema.

CONDUCTA AGRESIVA/DISRUPTIVA

La conducta agresiva en niños es una fuente de preocupación importante en todos los ámbitos en los que se mueve el niño: familiar, escolar y social. No obstante, no siempre se manifiesta o no con la misma intensidad en todos esos ámbitos y no siempre los padres y el propio niño son conscientes de la gravedad o importancia que tiene este tipo de problemática. Además, generalmente, los padres llegan a consulta con una sensación de impotencia e incapacidad para manejar la conducta de su hijo, que favorece atribuciones erróneas del comportamiento del niño.

CONDUCTA AGRESIVA/DISRUPTIVA EVALUACIÓN

Entrevista

- 1. Eventos precipitantes:** fuentes de estrés (Madres, 1987, citado en Caballo y Simón, 2008).
 - Pérdida de algún padre (fallecimiento o divorcio).
 - Peleas entre los padres.
 - Nacimiento de un hermano.
 - Perderse, ser dejado solo o abandonado.
 - Ser molestado por otros niños.
 - Ser el último en lograr algo.
 - Ser ridiculizado en clase.
 - Mudarse de casa o colegio.
 - Ir al dentista o al hospital.
 - Romper o perder cosas.
 - Ser diferente (en algún aspecto).
 - Hacer algo ante un público.

- 2. Conducta problema.**
 - Inicio/duración/conducta/severidad
 - ¿Qué dice cuando se enfada? ¿Insulta? ¿Amenaza?
 - ¿Qué hace cuando se enfada? ¿Por qué cosas se enfada?
 - ¿Grita? ¿Da golpes? ¿Ha agredido físicamente a alguien? ¿Qué peticiones hace o qué condiciones pone cuando se enfada?
 - ¿Decís o hacéis algo cuando se enfada? ¿Cómo reacciona él? Se deben valorar las consecuencias de la conducta del niño de manera muy pormenorizada, en diferentes ambientes y con diferentes personas

- 3. Pautas educativas.**
 - ¿Cuáles son las normas que se siguen en casa? ¿Se mantienen en todas las circunstancias? ¿Qué ocurre cuando alguna norma se quebranta?
 - ¿Quién decide qué normas poner? ¿De qué tipo son?
 - ¿Qué se espera que consiga en los estudios, a nivel de relaciones sociales, a nivel personal...?

- 4. Antecedentes familiares.**
- ¿Han tenido alguna experiencia similar con otro hijo?
 - ¿Saben de algún familiar que actuase de esta manera?
- 5. Características del niño:** inflexibilidad cognitiva, baja tolerancia a la frustración, autocontrol emocional, impulsividad...
- 6. Comorbilidades:** se deben valorar otros problemas psicológicos.
- ¿Presenta algún problema de TDAH, ansiedad elevada, bajo estado de ánimo?

Cuestionarios e inventarios

A rellenar por los **niños**:

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
<p>STAXI-NA. Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (Spielberg, 1999; adaptación española de del Barrio y Aluja, 2009)</p>	<p>Evalúa la ira como estado y rasgo, teniendo en cuenta su expresión, experiencia y control.</p>	<p>8 a 17 años</p>
<p>CABS. Escala de Comportamiento Asertivo (Wood, Michelson y Flynn, 1978)</p>	<p>Explora las respuestas pasivas, asertivas o agresivas en variadas situaciones de interacción con iguales.</p>	<p>7 a 12 años</p>

Registros

Registro 1

Instrucciones (para niños): cada vez que te enfades, tienes que rellenar esta tabla indicando: dónde estás y con quién, qué haces (pegar, insultar, salir corriendo...), qué hace la persona con la que te has enfadado y cómo te sientes.

Situación (dónde estoy, con quien...)	¿Qué hago?	Qué hace el otro (padres, profesores, otros niños...)	Cómo me siento (con caras)

Registro 2

Instrucciones (para niños): cuando ocurra alguna situación que te haga sentirte enfado o triste, apúntala con un palito

Día de la semana	Frecuencia

Registro 3

Instrucciones (para niños): cuando ocurra alguna situación que te haga sentirte enfado o triste, apúntala con un palito. Y cuando te ocurra algo que te haga sentir contento o feliz, también.

Día de la semana	Me siento triste/enfadado	Me siento contento/feliz

Además, se puede hacer uso de **grabaciones en video**, tanto en sesión como en el contexto natural, de la interacción del niño con su familiar, profesores o compañeros para tener información mas fiable de la conducta problema.

CONDUCTA AGRESIVA/DISRUPTIVA

TRATAMIENTO

Intervención con la familia

Es el primer paso en la intervención, sobre todo si la conducta disruptiva o agresiva es emitida por un niño pequeño o aquel que no es muy consciente de su comportamiento. Los pasos en la intervención se detallan a continuación. No hay que olvidar que la intervención debe ser lo más coordinada posible en los diferentes contextos en los que se desenvuelve el niño.

PSICOEDUCACIÓN

Explicación y **entrenamiento en los fundamentos del aprendizaje**. Instrucción muy precisa y clara acerca de los mecanismos de aprendizaje y manejo contingente de la conducta. Es necesario que los padres aprendan y apliquen adecuadamente los principios y procedimientos del **aprendizaje operante**.

Es una parte importante y básica de la intervención, con lo que es imprescindible que los padres entiendan bien el funcionamiento de la conducta de su hijo y la suya propia, para poder reforzar o castigar ciertas conductas a través de diferentes técnicas:

- **Refuerzo positivo:** instruir a los padres en facilitar refuerzos de cualquier tipo (de consumo, de actividad, manipulativo o social) ante la emisión de conductas adecuadas por parte de su hijo. Tener muy en cuenta que los refuerzos deben ser inmediatos, contingentes a la conducta deseada e importantes para el niño. En esta categoría también se incluye el refuerzo diferencial, que es importante de explicar a medida que avance la intervención y dominen ciertos aspectos básicos.

Por otro lado, existen técnicas como la **economía de fichas** que puede incluirse en la intervención siempre que los padres muestren una comprensión adecuada de su actuación en casa, las conductas incluidas en la economía de fichas no sean muy numerosas (no más de 4) y sean relevantes.

- **Extinción:** es importante que aprendan a **no prestar atención** a ciertas **conductas indeseables** emitidas por el niño, para que no obtenga las consecuencias esperadas y recibidas hasta entonces. De esta manera, la conducta indeseable se reducirá. Hay que tener muy en cuenta, al igual que en el apartado anterior, que la contingencia y consistencia en el desarrollo de esta técnica es fundamental. De la misma manera, dar instrucciones

claras y precisas al niño ayuda a que éste comprenda el nuevo funcionamiento “si das patadas, no te voy a atender”.

- **Castigo:** reprimendas, retirada de privilegios (tiempo de ver la tele, juguetes...) tiempo fuera o coste de respuesta son algunas técnicas que deberían instruirse. La idea es reducir la frecuencia de la conducta indeseable mediante la aplicación de este tipo de castigos, que deben ser inmediatos, contingentes y suficientemente importantes para el niño. Es un método adecuado si previamente se ha llevado a cabo un programa de control de estímulos, de refuerzo positivo de otras conductas deseables o de extinción. A la hora de aplicar el castigo es importante contar con estímulos discriminativos: avisos, normas...

Es importante que los padres entiendan que estos mecanismos **no son eficaces en sí mismos**, deben **aplicarlos de manera contingente a la conducta**, de la forma más inmediata posible y teniendo en cuenta la utilidad de aplicar todas estas técnicas juntas. Aplicar extinción sin refuerzo, o sólo aplicar el castigo no es conveniente, puesto que se estarían dejando de lado otras conductas que sí se realizan adecuadamente o se podrían realizar, y no están aumentando su frecuencia.

De la misma forma, es fundamental **adelantarse a las situaciones**: ante la extinción y el castigo la conducta disruptiva o agresiva aumentará, al aplicar refuerzo positivo adecuadamente se producirá un cambio relevante en la conducta del niño... También hay que tener en cuenta los **estímulos discriminativos** que disparan la ocurrencia de la conducta problemática y actuar sobre ellos en algún caso. Por último, la explicitación de las normas y la necesidad de que el niño las cumpla es una cuestión fundamental de la intervención. Hay que revisar y ajustar el nivel de exigencia de la familia respecto a la conducta del niño.

ACTIVIDADES AGRADABLES

Fomento de un clima familiar adecuado. Además de todo lo comentado anteriormente, el fomentar actividades agradables junto al niño, generar momentos de ocio conjunto o de charla, son muy recomendables para garantizar el mantenimiento de la conducta positiva. En definitiva, se trata de un refuerzo positivo, que engloba muchas otras conductas: comunicación eficaz, habilidades de resolución de conflictos, uso de reglas y normas, límites...

ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE CONTROL DE LA ACTIVACIÓN

En algunos casos es necesario el entrenamiento en respiración o relajación para generar alternativas ante la conducta del niño y formas de enfrentarse a esa conducta agresiva o disruptiva diferente a la utilizada hasta ese momento.

ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

Este tipo de estrategias sirven para instruirles a la hora de hacer frente a la conducta del niño y buscar opciones alternativas. Es necesario que, ante un episodio problemático, los padres no pierdan el control de la situación, estén tranquilos, calmados y puedan ejecutar el programa de intervención de forma adecuada. Puede ser habitual que los padres respondan a ciertos comportamientos del niño con un comportamiento agresivo (gritos, aspavientos, malas formas...) que hay que evitar y enseñar a gestionar.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Hay ocasiones en que el sentimiento de culpa, la sensación de derrota, la incapacidad para resolver la situación... hacen que los padres no puedan llevar a cabo la intervención de manera adecuada. La idea es que se den cuenta que están aprendiendo a controlar la conducta de su hijo y que esos pensamientos no ayudan a hacerlo.

<h3>Intervención con el niño</h3>

En ocasiones, la intervención con los padres es suficiente para resolver el problema, en otros casos, y debido a problemas concurrentes, la intervención con el niño se centra en otras problemáticas. Por este motivo, **si el niño presenta déficits en habilidades sociales, bajo estado de ánimo o problemas de rendimiento escolar**, la intervención con él se realizará también en esos ámbitos, tal como se indica en los apartados correspondientes de la Guía.

Los pasos en la intervención de la conducta agresiva/disruptiva se detallan a continuación.

ENTRENAMIENTO EN LOS PRINCIPIOS DEL APRENDIZAJE OPERANTE

- **Moldeamiento o modelado de conducta deseada.** Para ello es necesario delimitar cuál o cuáles son las conductas que se quieren adquirir y considerar qué reforzadores aplicar. Hay que tener en cuenta que **a medida que se alcanza la conducta o conductas deseadas es necesario ir retirando los reforzadores.** Se trata de lograr una disminución de la conducta no deseada puesto que se han enseñado conductas más adecuadas y funcionales.
- **Economía de fichas / Refuerzo positivo.** Con estas técnicas, el niño puede **dar el valor que él crea oportuno** a ciertas conductas y conocer qué le

espera o no al cumplir ciertas conductas. Como se ha comentado anteriormente, su uso debe hacerse de forma muy pautada y asegurándose la total comprensión por parte de quien lo administre. Es un procedimiento temporal en la intervención, hasta que se usen adecuadamente los reforzadores naturales del entorno del niño.

- **Castigo:** coste de respuesta y tiempo fuera. Se debe utilizar de manera **paralela al fomento de repertorios alternativos de respuesta**. Puede ser el niño quien establezca qué reforzadores se retiran o ante qué situaciones se le aparta.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Ante ciertas ideas negativas o irracionales que puedan aparecer se hace necesario utilizar la reestructuración cognitiva. También es útil para hacerle reflexionar acerca de los beneficios de la nueva forma de comportarse, de los pensamientos que surgen en los momentos en los que se comporta disruptiva o agresivamente.

PSICOEDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN AUTOCONTROL

Es importante que aprenda a **identificar** cuáles son esas “**señales**” que le avisan de un comportamiento disruptivo o agresivo. Hay que instruirle para que discrimine los estímulos que aumentan la probabilidad de ocurrencia de la conducta disruptiva, tanto externos como internos, y de esta manera poder modificar su conducta posterior, comportándose adecuadamente. Existen diferentes técnicas que se pueden utilizar:

- **Ejercicio del volcán:** imaginarse como un volcán, donde el enfado sería la lava, que de repente sube de forma rápida (se gradúa previamente el nivel de enfado y se le pide al niño que ponga ejemplos de cada fase). El objetivo es controlar el volcán, que no entre en erupción o explote; el niño tiene que mencionar estrategias para poner barreras al volcán.
- Entrenamiento en **tolerancia a la frustración:** proponer actividades que el niño perciba como complejas, pero que sepamos que puede superar con éxito, y, con autoinstrucciones y refuerzo externo para motivar y conseguir que se mantenga en la tarea, lograr que las supere con éxito. Generalizar a cualquier otra actividad que le resulte compleja.
- Entrenamiento en **autoinstrucciones:** para guiar el comportamiento del niño y evitar consecuencias aversivas tras el comportamiento desadaptativo.

MEJORA DEL CLIMA FAMILIAR

Se puede producir una conversación entre los padres y el niño para acordar normas conjuntas y las consecuencias de dichas normas, mediada por el terapeuta. En esa conversación, el niño puede solicitar cambio de conducta por parte de los padres o refuerzos adicionales (por ejemplo, cada semana hacer algo juntos...).

Intervención en el centro escolar

Hay ocasiones en las que la conducta disruptiva o agresiva también está presente de manera significativa en el ambiente escolar. En tal caso, es importante contar con la colaboración de los docentes para que apliquen las técnicas que también está aplicando la familia, tales como **principios del aprendizaje**, de manera que sea consistente lo que el niño hace en ambos contextos. Previamente, se ha debido realizar una correcta evaluación de la situación, bien a través de una entrevista, registros sencillos de conducta u observaciones.

De igual manera es importante valorar procedimientos para aumentar su **rendimiento escolar**, si es que se viese afectado, puesto que un rendimiento escolar bajo tiene repercusiones sobre la autoestima del niño, que se siente frustrado e incapaz de responder a lo que se espera de él (Fariz, Mías y Borges, 2011). Fraccionar los objetivos, reforzar procesos de aprendizaje y motivar son formas adecuadas de fomentar esa capacidad.

También el ámbito escolar hay que prestar atención a la **relación que establece con el resto de compañeros y con sus profesores**. Puede que la intervención también tenga que centrarse en este ámbito.

Problemas durante el tratamiento

PROBLEMAS	POSIBLES SOLUCIONES
Las conductas agresivas o disruptivas no cesan o han aumentado aún aplicando castigo y extinción	Hay que tener especial cuidado a la hora de aplicar estas técnicas operantes. Si sólo se aplican técnicas de castigo o extinción, la conducta aumentará. Hay que asegurarse que el refuerzo se esté aplicando adecuadamente y con una frecuencia alta.

<p>Cuando le pido que haga algo o le doy una orden, me dice que no y termina gritando y dando golpes, sin hacer caso</p>	<p>Se debe considerar la forma en la que se le pide que realice determinada conducta. El tono tiene que ser firme y seguro, sin dar opción a la elección de la conducta por su parte. Además, hay que valorar si finalmente realiza la conducta solicitada o no. En cualquier caso, habrá que intervenir directamente en la conducta problema de decir que no o dar golpes, aplicando técnicas operantes de forma sistemática e inmediata, sin razonar con el niño, enfadarse o mostrarse afectado.</p>
<p>Al aplicar el procedimiento, el niño sólo hace caso a uno de los dos progenitores</p>	<p>Es necesario evaluar la conducta de ambos padres para determinar qué está ocurriendo. Lo habitual es que uno de los dos esté aplicando de forma adecuada el procedimiento y el otro no, ya sea por la forma de dirigirse al niño, la aplicación concreta de las técnicas o alguna dificultad que encuentre.</p> <p>Se deberá reforzar la actuación del progenitor que tiene dificultades, siendo éste quien aplique e intervenga de manera más frecuente con el niño, y teniendo en cuenta no sólo la aplicación de técnicas operantes, sino la mejora de la relación entre él y su hijo, o incluso interviniendo en cuestiones individuales, como control de la activación o reestructuración cognitiva de pensamientos distorsionados que pudieran estar interfiriendo en el desempeño general.</p>

Materiales de consulta

Romero, E.; Villar, P.; Luengo, M. A.; Gómez Fraguera, J. A.; y Robles, Z. (2013). *EmPeCemos. Programa para la intervención en problemas de conducta infantiles.* Madrid: TEA Ediciones.

Se trata de un programa estructurado de intervención dirigido a padres de niños de entre 5 a 11 años con el objetivo de potenciar las conductas adecuadas de sus hijos y reducir sus conductas problemáticas.

Huebner, D. (2008). *Qué puedo hacer... cuando estallo por cualquier cosa.* Madrid: TEA Ediciones.

Guía infantil que enseña a los niños a superar los problemas asociados con la agresividad. Material muy adecuado para utilizar con el niño en sesión, como material con los padres o como tarea intersesión.

Mariah, K. (2011). *Animales rabiosos.* Madrid: TEA Ediciones.

Juego de mesa para niños de 5 a 10 años que les enseña a controlar y expresar la ira de forma saludable.

PROBLEMAS DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

La demanda por este problema suele realizarse en las primeras etapas escolares (actualmente se producen consultas a partir de los 4 años), tanto por parte de los padres como del colegio, cuando el niño no es capaz de responder a las nuevas exigencias del contexto escolar. Generalmente, el contenido de la demanda está relacionado con problemas de comportamiento, atención o inquietud motora, y de rendimiento escolar.

PROBLEMAS DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EVALUACIÓN

Entrevista

1. Conducta problema.

Atención:

- ¿Hace las cosas deprisa para acabar cuanto antes? ¿Comete muchos errores o es muy descuidado cuando se le pide algo?
- ¿Parece que no escucha o que se distrae enseguida? ¿Hay que repetirle las cosas a menudo? ¿Se le olvidan las cosas?
- ¿Es capaz de seleccionar entre varias alternativas o planes? ¿Hace las cosas que se le piden? ¿Deja tareas a medias? ¿Es capaz de hacer algo mientras hay alguna distracción de por medio: televisión, juego que le guste...?
- ¿Le cuesta ponerse a hacer deberes? ¿Los hace en orden? ¿Se levanta a menudo porque se le olvidan cosas necesarias para poder hacer los deberes? ¿Es ordenado? ¿Prepara las cosas con antelación: ir al cole por la mañana, ir a alguna actividad...?
- ¿Le gusta hacer deberes? ¿Pone excusas? ¿Le gustan los juegos en los que hay que pensar?
- ¿Pierde cosas de forma habitual?
- ¿Se distrae con facilidad?

Hiperactividad/Impulsividad:

- ¿Es capaz de estarse quieto? ¿Se mueve mucho cuando tiene que estar sentado en algún sitio? ¿Molesta al resto (hermanos, amigos, familiares...)?
- ¿Se levanta de la mesa al comer? ¿Y de su pupitre?
- ¿Hace cosas que pueden ser peligrosas: subirse a sitios inadecuados...? ¿Va corriendo en vez de caminando?
- ¿Le cuesta jugar tranquilamente? ¿Es ruidoso?
- ¿Es muy hablador?
- ¿Puede esperar su turno? ¿Interrumpe a los demás mientras hablan o hacen algo?

2. Medicación.

¿Toma alguna medicación? ¿Quién se la recomendó? ¿Cuál es la pauta de administración?
¿Qué efectos tiene?

Existen entrevistas específicas para TDAH. La más conocida es:

- **Informe Estructurado Parental de Síntomas Infantiles (PACS)** (Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg, 1986). Esta entrevista se divide en tres partes: historia médica personal y familiar, historia social y entrevista psicopatológica (centrada en hiperactividad, trastorno de conducta y trastorno emocional).

Cuestionarios e inventarios

A rellenar por los **docentes**:

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
EDAH. Escalas para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Farré y Narbona, 1998)	Evalúa las áreas: hiperactividad, déficit de atención, hiperactividad con déficit de atención y trastorno de conducta.	6 a 12 años
CTRS. Escalas de Conners para profesores (Conners, 1997)	Cuenta con dos versiones: extendida y abreviada. Valora la presencia y severidad de las conductas de hiperactividad, atención e impulsividad y conductas asociadas.	6 a 11 años

A rellenar por los **padres**:

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
CPRS. Escalas de Conners para padres (Conners, 1997)	Cuenta con dos versiones: extendida y abreviada. Valora la presencia y severidad de las conductas de hiperactividad, atención e impulsividad y conductas asociadas.	6 a 11 años
ADHD Rating Scale-IV (DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998)	Evalúa inatención e hiperactividad-impulsividad basándose en los criterios del DSM-IV	5 a 17 años

A rellenar por los **niños**:

	Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO GENERAL	WPPSI-IV. Escala de Inteligencia Weschler para Preescolar y Primaria-IV (Wechsler, 2012; adaptación española, departamento I+D Pearson Clinical and Talent Assessment, 2014)	Evalúa áreas cognitivas: verbal y manipulativa.	2 a 7 años
	WISC-IV. Escala de Inteligencia Weschler para Niños-IV (Wechsler, 2003)	Evalúa capacidad intelectual y funciones neuropsicológicas: una puntuación de comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y cociente intelectual total. <i>*afectación en velocidad de procesamiento y memoria de trabajo.</i> <i>*diferencias significativas entre comprensión verbal y razonamiento perceptivo.</i>	6 a 16 años
	NEPSY-II. Escala de Evaluación del Desarrollo Neuropsicológico (Korkman, Kirk y Kemp, 2007)	Evalúa funciones neuropsicológicas básicas. Útil en el caso de diagnóstico diferencial	3 a 16 años
	BAS-II. Escalas de Aptitudes Intelectuales (Elliot, Smith y McCulloch, 1997; adaptación española Arribas y Corral, 2011)	Evalúa aptitudes intelectuales y rendimiento educativo.	2 a 17 años
ATENCIÓN E IMPULSIVIDAD	Caras R - Test de percepción de diferencias Revisado (Thurstone y Yela, 2012)	Evalúa aptitudes perceptivas y atencionales mediante dibujos esquemáticos.	6 a 18 años
	D2. Test de Atención (Brickenkamp, 2002)	Evalúa atención selectiva (velocidad, calidad y la relación entre ambas) y concentración mental.	A partir de 8 años

<p><i>DiViSA - Test de Discriminación Visual Simple de Árboles</i> (Santacreu, Shih Ma y Quiroga, 2012)</p>	<p>Tarea informatizada que permite identificar problemas de atención y patrones evolutivos fuera de lo normativo</p>	<p>6 a 12 años</p>
<p><i>CSAT- Tarea de Atención Sostenida en la Infancia</i> (Servera y Llabrés, 2004)</p>	<p>Evalúa atención sostenida mediante una tarea de vigilancia informatizada.</p>	<p>6 a 11 años</p>
<p><i>REY. Test de Copia de una Figura Compleja</i> (Rey, 1942; adaptación española, de la Cruz, 1980)</p>	<p>Evalúa memoria perceptiva y funciones ejecutivas.</p>	<p>4 a 15 años</p>
<p><i>MFFT20. Test de Emparejamiento de Figuras Conocidas</i> (Cairns y Cammock, 1978; adaptación española Buela-Casal, Carretero-Dios y De los Santos-Roig, 2002)</p>	<p>Evalúa el estilo cognitivo del niño en el continuo reflexividad-impulsividad y eficacia. <i>*Para medir impulsividad y resistencia al fracaso.</i></p>	<p>6 a 12 años</p>
<p><i>STROOP. Test de Colores y Palabras</i> (Golden, 1994)</p>	<p>Evalúa los efectos de la interferencia y la capacidad de control atencional</p>	<p>A partir de 7 años</p>

Con frecuencia hay procesos lecto-escritores afectados, por lo que es necesario descartar problemas de aprendizaje.

*Consultar apartado correspondiente (hábitos de estudio).

PROBLEMAS DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

TRATAMIENTO

Intervención farmacológica

Es probable que el niño que acude a terapia esté medicado, por lo que es importante conocer qué fármaco consume y la dosis pautada por el médico. Los medicamentos más comunes son:

- **Fármacos estimulantes:** en este grupo se incluyen fármacos cuyo principio activo es el metilfenidato (Medikinet, Equasym, Ritalin, Rubifen y Concerta), la dextroanfetamina (Dexedrina), la lisdexanfetamina dimesilato (Elvanse) y la pemolina (Cylert).
- **Fármacos no estimulantes:** cuyo principio activo es la atomoxetina (Strattera).

Intervención con la familia y el centro educativo

Puesto que es fundamental poner en marcha la intervención en el medio natural, la implicación de todos los agentes de cambio terapéutico es necesaria para garantizar la generalización y consolidar los aprendizajes realizados durante la intervención. Por tanto, se trata de identificar y controlar los efectos ambientales que mantienen las conductas inadecuadas, y de aplicar técnicas operantes y de manejo de contingencias.

PSICOEDUCACIÓN

Proveer de información sobre el problema (concepto, etiología, pronóstico, tratamiento, pautas de actuación correctas) para que los padres y profesores entiendan qué está sucediendo, por qué razón ocurre y que pueden hacer ellos para favorecer una mejora en la conducta del niño. Entender el problema permitirá que los padres y profesores lo afronten de manera más relajada y estén motivados para aprender las estrategias que les permita controlarlo. En muchas ocasiones es útil contar con lecturas y materiales de apoyo.

CONTROL ESTIMULAR

Es conveniente realizar intervenciones dirigidas a modificar estímulos del entorno relacionados con las conductas problemáticas, así como pautar estrategias

dirigidas a modificar el estilo de enseñanza del profesor o el estilo comunicativo en la familia. Efectuar cambios en la disposición del aula, la ubicación del niño en ella, realizar tareas que impliquen control viso-motor, combinar actividades de ocio y escolares para desarrollar la inhibición muscular y aprender a relajarse, contar con elementos visuales en casa (calendarios, relojes de arena si no saben leer la hora...)... son aspectos clave a la hora de intervenir en esta problemática.

ENTRENAMIENTO EN LOS PRINCIPIOS DEL APRENDIZAJE OPERANTE

La clasificación de las técnicas a utilizar se establecerá en función de los objetivos que se planteen. La intervención en esta área se dirige a reducir las conductas problemáticas que interfieren en la vida diaria y en el aprendizaje, y aumentar las conductas adaptativas.

Las técnicas que han demostrado ser más eficaces son:

- **Reforzamiento positivo, castigo y extinción.** *Consultar apartado Conducta agresiva.
- **Economía de fichas.** Se tendrá que diseñar un programa de economía de fichas adecuándolo a cada caso concreto. Para ello hay que especificar de la manera más detallada y concreta posible: conductas a reforzar y reglas relativas a las ganancias, pérdida o intercambios de fichas. Además, se tienen que elaborar registros diarios de ganancias o pérdidas y colocarlos en lugares visibles y accesibles para el niño. Es muy útil contar con más de un reforzador y programar la retirada progresiva de fichas.
- **Sobrecorrección.** Es una técnica de reducción de conductas inadecuadas alternativa a la extinción, tiempo fuera y otros procedimientos punitivos. Consta de una parte reformativa y una parte práctica. Se trata de que el niño repare el daño causado y después practique una conducta alternativa de manera repetida. Por ejemplo, si el niño entra en casa corriendo, gritando, empujando... se le pide que pida perdón o que recoja lo que ha tirado, y después tiene que realizar la conducta de entrar en casa sin correr, gritar ni empujar durante las veces que se le pida. La práctica tiene que estar supervisada en todo momento, guiándole si fuese necesario.

Intervención con el niño

PSICOEDUCACIÓN

El primer objetivo a trabajar con un niño con problemas de atención e hiperactividad implica motivarlo para el cambio y darle una explicación adecuada de su problema, para eliminar sentimientos de culpa y mejorar la percepción que tiene de sí mismo, que suele ser negativa.

AUTOCONTROL

Por medio de técnicas cognitivas (**autoinstrucciones**) se busca que el niño tome conciencia de la relación entre las conductas y sus consecuencias. Es importante entrenar en **auto-observación**, para que aprenda a evaluar su conducta con respecto a las normas establecidas y tomen conciencia de los procesos mentales; y **autorrefuerzo**, para obtener gratificación por hacer las cosas bien. No hay que olvidar la importancia de la **anticipación de consecuencias** y la **consolidación** de las habilidades aprendidas.

- **Entrenamiento en autoinstrucciones**
- **Entrenamiento en solución de problemas**

Hay multitud de ejercicios para poner en práctica estas dos técnicas, aquí se detallan algunas que pueden ser útiles para el terapeuta:

- **Ejercicio de la tortuga** (inhibición en casos de impulsividad): imaginarse siendo una tortuga que se esconde en su caparazón y reflexiona sobre lo que tiene que hacer.
- **El oso Arturo**: láminas que muestran al oso Arturo enfrentándose a un problema siguiendo los cuatro grandes pasos: identificación del problema, búsqueda de soluciones, elección de la decisión más acertada y puesta a prueba de la elección escogida.
- **Ejercicio del laberinto**: el terapeuta modela cómo resolver un problema en voz alta, dándose instrucciones a sí mismo que guíen su conducta hacia un objetivo concreto.

MEJORA DE LA ATENCIÓN

Es un objetivo fundamental a la hora de intervenir con niños que presenten este tipo de problemáticas. Hay diversos materiales que pueden utilizarse para implementarlo:

- **Entrenamiento en funciones ejecutivas.** El neuropsicólogo tendrá que hacerse cargo de esta área.
- **Fichas de atención.**
- Apps electrónicas como “**Sincrolab**”.
- Página web: www.neuronup.com

EDUCACIÓN EMOCIONAL

La frustración constante de estos niños producto de su impulsividad e incapacidad para controlar su conducta produce mucha ira y agresividad. Las técnicas más eficaces para mejorar la irritabilidad son las **autoinstrucciones** junto con el **tiempo fuera**. Además, es útil el entrenamiento en **reconocimiento y expresión emocional**, a través de láminas que muestren la expresión facial de diferentes emociones o situaciones concretas de un libro, película...

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN

El objetivo es mejorar sus dificultades interpersonales, mejorar su adaptación social y dotarle de mayor conciencia del impacto negativo de sus conductas problemáticas. Para ello, se puede llevar a cabo un **entrenamiento en habilidades sociales**. *Consultar apartado de “Habilidades sociales”

Cuando los niños son mayores, se pueden utilizar contratos de contingencias para que la familia/profesores y el niño adquieran compromisos en los que ambas partes se sientan satisfechas.

RENDIMIENTO ACADÉMICO

Existe un impacto muy negativo del comportamiento impulsivo y la falta de atención en el rendimiento académico y el aprendizaje. Será fundamental **identificar las dificultades concretas de cada niño para poder intervenir en ellas**. Son esenciales:

- **Técnicas de planificación del tiempo y organización.**
- **Técnicas de estudio** (esquemas, resúmenes, organización de la información, estrategias reflexivas).
- Estimulación específica de **procesos de lecto-escritura** (comprensión lectora que afecta a todas las asignaturas).

*Consultar apartado de “Hábitos de estudio y Rendimiento escolar”

En definitiva, los niños con esta problemática generan **dificultades en todas las áreas de conducta: emocional** (dificultades en tolerancia a la frustración y reacciones emocionales), **cognitivo** (déficit atencional y estilo impulsivo) y **conductual** (dificultad en hábitos e hiperactividad motriz). Habrá que identificar todas las áreas afectadas e ir trabajando una a una. Los tratamientos con niños con TDAH se caracterizan por ser largos y fluctuantes. Existen varios **períodos críticos**, como el inicio de la etapa escolar, los cambios de ciclo y la adolescencia.

Materiales de consulta

Bonet, T., Solano, C. y Soriano, Y. (2006). *Aprendiendo con los niños hiperactivos un reto educativo*. Madrid: Ediciones Paraninfo.

Es un libro muy didáctico que detalla de forma muy práctica como aplicar las técnicas en diferentes contextos y, para todas las partes implicadas en el problema (el niño, padres y profesores).

Orjales Villar, I. (2010). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.

Es un manual denso, pero muy completo. Con respecto a los padres y educadores detalla cómo aplicar cada una de las técnicas operantes. Con el fin de entrenar al niño en autorregulación, atención, etc., plantea algunas tareas prácticas muy interesantes.

Isabel Orjales ha desarrollado varios libros para entrenar en niños las diferentes habilidades de las que carecen. Disponibles en:

http://editorialcepe.es/buscar?search_query=ORJALES&orderby=position&orderway=desc

Orjales Villar, I. (2007). *El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones*. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.

Artículo muy recomendable que detalla la aplicación de las autoinstrucciones para niños con TDAH.

Macià, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Es un manual que detalla de forma muy exhaustiva todas las técnicas operantes y cómo aplicarlas.

ENURESIS Y ENCOPRESIS

La enuresis es un problema evolutivo de la micción. La definición más aceptada por la comunidad científica a efectos diagnósticos y como criterio a efectos epidemiológicos establece que la enuresis consiste en la “emisión involuntaria y persistente de orina durante el día o la noche, después de una edad en la que el niño ya debería haber aprendido a controlar la micción (5 años) y no existen indicios de patología”. Se manifiesta si el niño no ha aprendido a evacuar voluntariamente la orina en los lugares adecuados, es decir, si la micción no se realiza bajo control del individuo (Santacreu, 2010).

Con respecto a la encopresis, no hay una definición consensuada de lo que es. Se refiere a una pauta de defecación inadecuada, consistente en que el niño evacua su intestino en lugares socialmente inapropiados cuando ya tiene una edad suficiente para defecar en el sitio correcto (retrete) y no padece ninguna enfermedad orgánica que pueda explicarlo.

ENURESIS

EVALUACIÓN

La **exploración médica** tiene como principal objetivo descartar cualquier anomalía que pudiera afectar al buen funcionamiento de la vejiga y al sistema de evacuación de la orina o al volumen y frecuencia urinaria: infecciones, dolor en la micción, diabetes, malformaciones, estreñimiento...

Entrevista

La **entrevista** a los **padres** y al **niño** separadamente, especialmente si tiene más de 7 años, para determinar:

- a. **El comportamiento urinario diurno y nocturno:** frecuencia y capacidad de retención. Nivel actual de habilidades de control.
 - ¿Con qué frecuencia hace pis? ¿Qué cantidad de orina suele expulsar?
- b. **Historia del problema enurético:** dificultades del control diurno y nocturno, el procedimiento seguido por los padres. Periodos de continencia y duración, capacidad y motivación del niño para afrontarlo.
 - ¿Se hace pis encima de día, o sólo cuando duerme? ¿Ha tenido etapas de mayor control?
- c. **Enuresis en la familia:** enuresis en otros miembros de la familia y actitud de los padres hacia el problema.

- ¿Ha tenido problemas similares otro miembro de la familia? ¿Cuál es la actitud de los padres hacia el problema?
- d. Estudio del contexto familiar:** facilidades para el tratamiento, condiciones de la vivienda y de la habitación en la que duerme el niño (si duerme solo), problemas maritales, acuerdo de los padres respecto al tratamiento del problema del niño, motivación de los padres para seguir el tratamiento.
 - ¿Las condiciones de la vivienda o su dormitorio suponen algún obstáculo de cara al tratamiento? ¿Hay acuerdo entre los padres respecto al tratamiento del problema del niño?
- e. Problemas concurrentes:**
 - Miedo a la oscuridad, terrores nocturnos, bajo rendimiento escolar, problemas de control paterno del comportamiento del niño u otros problemas psicológicos. ¿Existe alguna otra conducta problemática?
 - **Encopresis:** la de tipo retentivo podría explicar el problema. ¿Tiene problemas de control de la caca?

Registros

Los **registros** de micciones diurnas (Registro 1) y nocturnas (Registro 2) durante un par de semanas para conocer de día, la frecuencia de micciones diurnas, estimar el tamaño de la vejiga, el volumen promedio de una micción, el intervalo de aguante después de una primera demanda de urgencia urinaria y de noche la frecuencia de micciones nocturnas diarias y/o el volumen de las mismas. En el curso de la evaluación el psicólogo ha de saber, antes de comenzar el tratamiento, cuántas veces se despierta espontáneamente a orinar y/o cuántas veces moja la cama cada noche.

Los datos de los registros **nocturnos nos permiten dilucidar si se ha logrado cierto grado de control (días secos)**. Si el informe de micciones nocturnas de la primera entrevista indica que había menos días secos que en la primera semana de registro, puede que se deba al efecto de **autocontrol** que produce el hecho de registrar la propia conducta. Este efecto no se produce en todos los casos, pero el hecho de que se produzca suele considerarse un indicador de un buen nivel de motivación.

Mediante la **entrevista** al niño y a los padres hay que **confirmar los datos** que se presentan en el registro, inquiriendo sobre los detalles de cada día registrado, así como las variaciones respecto a semanas previas. Preguntar por los posibles cambios en la conducta paterna, el interés por el control de las micciones por parte del niño, las atribuciones causales por parte de todos respecto al control de la micción y a sus posibilidades de cambio con motivo del inicio de tratamiento.

Registro 1

Registro diurno de la enuresis

Instrucciones (para padres y para niños según edad): cada vez que hagas pis, márcalo.

Fecha de inicio:

HORAS	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Nº veces al día
Lunes																	
Martes																	
Miércoles																	
Jueves																	
Viernes																	
Sábado																	
Domingo																	

* Una marca por cada micción, para contabilizar el total en la última columna.

Registro 2

Registro nocturno de enuresis (Santacreu, 1985)

Instrucciones (para padres y para niños según edad): con el pi-pi stop hay que registrar si el niño amanece seco, un poco mojado o totalmente mojado. Además, habrá que registrar si ha sonado la alarma y, si se ha despertado solo, la hora a la que se despertó

Día de la semana y fecha de inicio:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Seco							
Poco mojado							
Mojado							
¿Sonó el timbre?							
Hora en que despertó solo							

Registro 3

Registro nocturno de enuresis (Bragado, 2009)

Instrucciones (para padres y para niños según edad): con el pi-pi stop hay que registrar si el niño amanece sin haberse hecho pis o no. Si se ha hecho pis, hay que

completar las columnas siguientes: hora a la que suena la alarma, si el niño oye la alarma, valorar el tamaño de la mancha de la micción. En cualquier caso, si el niño se despierta para hacer pis, registrar la hora a la que lo hace.

FECHA	Falló (SÍ/NO)	Hora en que suena la alarma	¿Oye la alarma? (SÍ/NO)	Tamaño de la mancha: Pequeña (P) Mediana (M) Grande (G)	¿Se despertó espontáneamente para orinar? Hora:

Árbol de decisiones

Hay que decidir, en primer lugar, si debe llevarse a cabo el tratamiento nocturno y, a continuación, si el tratamiento estará centrado en el niño o los padres:

¿Están descartados problemas biológicos: genéticos, espina bífida, glucosa en sangre...?

No, entonces debemos pedir una revisión médica exhaustiva, ajustar las expectativas de los padres y del niño y, en todo caso, seguir el procedimiento de condicionamiento para el control, ajustando las expectativas de éxito.

¿Es mayor de 5 años?

No, entonces hay que comprobar el exhaustivo control diurno. Revisar el procedimiento de entrenamiento para el control nocturno que siguen los padres, dar las instrucciones generales de ayuda para el correcto manejo de contingencias y reducir su impaciencia para el logro del control.

¿Está descartado un problema de encopresis retentiva?

No, entonces hay que posponer el tratamiento de la enuresis hasta que se resuelva éste, pues los episodios enuréticos disminuirán o desaparecerán (Finley y Jones, 1992).

¿Tiene control diurno suficiente y controla la micción diurna sin errores?

*No, entonces hay que llevar a cabo un tratamiento de ayuda para el control diurno (aumento de la **capacidad funcional** de la vejiga, relajación del detrusor y control voluntario del esfínter externo tipo **Método de Kimmel**). Revisar el procedimiento de entrenamiento para el control nocturno que siguen los padres, dar las instrucciones generales de ayuda para el correcto manejo de contingencias.*

¿Tiene más de 7 años, comprensión de cuál es el problema y sobrada motivación para afrontarlo?

*No, entonces hay que iniciar tratamiento mediante el **sistema de alarma** centrado en los padres como co-terapeutas, ayudando a que éstos entiendan la lógica del tratamiento y lo apliquen correctamente, al tiempo que se hace el tratamiento con el niño.*

*Sí, entonces hay que iniciar tratamiento mediante el **sistema de alarma** centrado en el niño con los padres como ayuda.*

¿El niño ha tenido control de la micción nocturna continuada por un periodo superior a 6 meses?

No, entonces consideramos que se trata enuresis primaria y proponemos iniciar tratamiento habitual.

Sí, entonces probablemente se trata de enuresis secundaria. Hay que identificar mediante análisis funcional la pérdida de contingencias de reforzamiento específica de la micción y, en general, llevar a cabo un programa de aumento global del reforzamiento al tiempo que se lleva el programa habitual de control de la enuresis.

ENURESIS

TRATAMIENTO

(Santacreu, 2010)

Intervención con la familia

El tratamiento exige, durante todo el proceso, una **evaluación continua semanal** de la micción nocturna: el despertar para ir al baño, los pequeños escapes o la micción completa en la cama sin despertar (Registros 2 y 3).

El tratamiento de la enuresis plantea los siguientes objetivos que, en todo caso, son función del análisis funcional, considerando los registros nocturnos y diurnos, los conocimientos y expectativas de los padres y la capacidad del niño de llevar a cabo por sí mismo el tratamiento.

PSICOEDUCACIÓN

- **Explicación del análisis funcional, de la diversidad** del aprendizaje del control, de la necesidad de un tratamiento particular en función del momento evolutivo del niño, minimizar la importancia del problema y señalar el habitual éxito del tratamiento en el plazo de 3 meses.
- **Explicar el funcionamiento del control evolutivo de la micción** y los posibles aceleradores y desaceleradores del proceso de control (por ejemplo, haber insistido en que se siente en la taza cada poco tiempo para orinar durante un largo periodo de tiempo, frena el aprendizaje).
- **Explicar el funcionamiento del sistema de alarma** a los padres y, en su caso al niño, basado en el proceso de condicionamiento. Explicar las variables de las que es función el aprendizaje en las diferentes etapas: el efecto del nº de ensayos y la ingesta de agua, el despertarse por sí solo por la noche, el posible efecto placebo inducido por el sistema de alarma y el proceso de generalización del control.

ENTRENAMIENTO EN CONTROL VOLUNTARIO

- **Iniciar control diurno** hasta su completo control antes de iniciar el control nocturno. Registro de la técnica y génesis de autocontrol de la evacuación.
- **El control nocturno hasta conseguir despertar antes de la micción.** Iniciar el procedimiento sin restricción de líquidos. Comprobar el buen funcionamiento del sistema de alarma. Comprobar que el niño (con ayuda o no de los padres pero con la supervisión de los mismos) se despierta,

interrumpe la micción, va al cuarto de baño para terminar la micción y reinicia de nuevo el aparato correctamente. Si en esta fase, durante la noche, hubiera más de tres noches sin micciones de ninguna índole (ni moja la cama ni orina en el baño), insistir en la ingesta de líquidos adicionales para que aumente el nº de ensayos de condicionamiento, advirtiendo del objetivo que se persigue en esta fase de aprendizaje y de sus habituales efectos.

- El **control nocturno hasta conseguir cama seca** durante dos semanas seguidas sin episodios de micción inadecuada durante la noche: el niño o bien duerme durante toda la noche sin necesidad de orinar durante la noche o lo hace en el cuarto de baño. Este logro supone el condicionamiento, despertarse por llenado de la vejiga y cierta habilidad para relajar el detrusor al tiempo que mantiene la contracción del esfínter externo. A partir de este momento no hay que inducir la ingesta adicional de líquidos.
- El **control nocturno hasta conseguir cama seca sin despertar** durante la noche. Supone un suficiente tamaño de la vejiga para aguantar sin orinar durante la noche. Constituye la solución del problema y a partir de este momento se empiezan a retirar los aparatos de control externo.
- El **control nocturno sin micción durante la noche con sistema de alarma puesto desconectado** en días alternos. Generalización del control y condicionamiento de la propia micción nocturna.
- El **control nocturno sin micción durante la noche sin sistema de alarma** durante dos semanas adicionales supone el control nocturno de la enuresis y, si se ha seguido el procedimiento, más de un mes seguido sin micciones inadecuadas.

Problemas durante el tratamiento	
PROBLEMAS	POSIBLES SOLUCIONES
El aparato falla, el niño orina y no suena	<p>Puede que haya sonado y lo haya apagado y se haya vuelto a dormir sin que los padres se hayan despertado. O puede tener problemas de contacto en los dos polos del interruptor del timbre.</p> <p>Un fallo de esta índole exige que se informe en el mismo día al psicólogo y que éste tome la decisión adecuada. Si el EI (el timbre) no aparece en el procedimiento de condicionamiento, se producen ensayos de aprendizaje en sentido opuesto al deseado.</p>
Todo el mundo en la casa se despierta, pero el niño no	<p>Es uno de los más graves problemas que se presentan, sobre todo, si el timbre ya suena en su máxima intensidad. Hay que tratar de que alguien en la casa se acerque al niño sin apagar el aparato y hacer que el niño siga la cadena conductual prevista.</p> <p>Este hecho puede indicar que hay falta de motivación y para contrarrestarlo es conveniente preparar un programa de contingencias a modo de juego (economía de fichas) que refuerce el apagar el timbre antes de que lleguen los padres. En ningún caso culpar a nadie del problema y, en última instancia, retirar el tratamiento (aparato) ya que resultaría inútil o contraproducente dado que el EI (timbre) no logra la RI (contracción del esfínter externo y despertar).</p>
El sistema de alarma funciona, pero el niño no logra anticipar y despertarse antes de orinar	<p>El niño no condiciona en el sentido de anticipar y contraer el esfínter externo. Da la impresión de que está durmiendo esperando que suene el timbre, para iniciar la contracción del esfínter externo e ir al baño.</p> <p>Si después de 15 ensayos seguidos el niño no condiciona, suena el timbre del sistema de alarma porque ha orinado pero no se despierta antes de que lleguen los padres (2 semanas) debemos indagar en la secuencia de acciones que ocurren desde que se acuesta hasta que se reactiva el aparato y se acuesta de nuevo.</p> <p>Debemos revisar la información que manejan los padres y, en todo caso, al igual que en el supuesto anterior, preparar un plan para reforzar el comportamiento de despertarse antes de que lleguen los padres.</p>

<p>El niño anticipa, pero no logra dormir toda la noche sin despertar</p>	<p>En este caso hay que tener más paciencia. El niño ha tenido éxito, no moja la cama, pero se levanta al cuarto de baño.</p> <p>Dejar de insistir en que beba más líquidos de los que bebe por su propia iniciativa, con el único objetivo de permitirle que logre una noche seca sin despertar.</p> <p>Quizá cabría hipotetizar que está excesivamente excitado (motivado) y habría que tranquilizarle al respecto.</p>
<p>El niño deja de orinarse y no se despierta durante la noche desde el inicio del programa, por lo que el timbre del sistema de alarma no ha sonado y no ha podido producir condicionamiento.</p>	<p>Hay ocasiones en que durante el inicio de la terapia el problema desaparece, debido, probablemente, al autocontrol provocado por el registro de micciones, a los cambios de comportamiento de los padres o debido a que justamente coincide con el momento evolutivo apropiado.</p> <p>El niño deja de orinarse en la cama aún induciéndole a beber líquidos (un vaso de agua antes de irse a dormir) y, por tanto, el sorprendente y rápido éxito no se puede atribuir al condicionamiento mediante el sistema de alarma.</p>

Materiales de consulta

Cáceres, J. (1995). *Cómo ayudar a su hijo si se hace pis en la cama*. Madrid: Siglo XXI.

Es una guía para padres orientada a ayudarles en esta problemática. Propone los tratamientos psicológicos que se utilizan y los problemas que surgen a medida que se implementa.

Santacreu, J. (2010). *Protocolo de actuación en la enuresis*. Universidad Autónoma de Madrid.

http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_enuresis.pdf

Protocolo de actuación dirigido a profesionales. Muy recomendable para conocer la problemática e intervenir sobre ella.

ENCOPRESIS

EVALUACIÓN

Dado el carácter psicofisiológico y multicausal de este problema, su estudio comprensivo requiere de una **exploración médica y psicológica** (Bragado, 2013) (Anexo II).

La **evaluación médica** tiene como principal objetivo descartar la presencia de anomalías orgánicas que expliquen la incontinencia. Al mismo tiempo, ofrece información de interés para el terapeuta de conducta sobre el grado de retención fecal y las disfunciones fisiológicas derivadas del estreñimiento funcional. Generalmente se realiza la siguiente secuencia de pruebas:

1. Historia médica
2. Exploración abdominal, perianal y rectal
3. Análisis de sangre y orina
4. Radiografías
5. Manometría anorrectal
6. Biopsia rectal

Entrevista

La entrevista con el niño es especialmente delicada por la vergüenza que genera el tema. Deberían abordarse las siguientes áreas:

1. Historia de la encopresis.

a. Identificar el tipo de encopresis:

Primaria - secundaria:

- **Inicio de la encopresis y eventos precipitantes.**
 - ¿Tiene el problema desde siempre? Si no es así, ¿desde cuándo? ¿Ocurrió algo relevante por aquel entonces? (enfermedad, escolarización, mudanza...)
- **Deficiencias de aprendizaje en hábitos de defecación e higiene.**
 - ¿Sabe cómo proceder cuando tiene que hacer caca, se le ha enseñado? ¿Sabe limpiarse correctamente?
- **Retraso en otras áreas del desarrollo.**
 - ¿Existe retraso en algún otra área de desarrollo: marcha, lenguaje, habilidades de autonomía...?

Retentiva – no retentiva:

- **Frecuencia de deposiciones y otros datos que revelen estreñimiento.**
 - ¿Con qué frecuencia va al baño? ¿Suele aguantarse las ganas hasta llegar a casa?
- **Condiciones estimulares que generan pautas de retención: dificultad para expulsar las heces, malestar al defecar...**
 - ¿Tiene molestias o dificultades al defecar?
- **Dieta y ejercicio físico.**
 - ¿Hace deporte o algún tipo de ejercicio físico? ¿Bebe agua, leche, zumos o refrescos? ¿Tiene una dieta variada y rica en fibra (cereales, verduras...)?

b. Delimitar la conducta problema:

- **Frecuencia de episodios de encopresis.**
 - ¿Con qué frecuencia se hace caca encima o mancha la ropa?
- **Consistencia, cantidad y tamaño de las heces.**
 - ¿Qué consistencia, cantidad y tamaño tienen las heces?
- **Episodios diurnos o nocturnos.**
 - ¿Le ocurre de día o también de noche?
- **Ensuciamiento fuera de la ropa interior.**
 - ¿Mancha más allá de la ropa interior?
- **Dónde se producen los accidentes.**
 - ¿Dónde le suele ocurrir? ¿En casa, sólo fuera, en el cole...? ¿Hay situaciones en las que no suele ocurrir?

2. Hábitos higiénicos: repertorio conductual y condiciones ambientales.

a) Defecación espontánea en el retrete.

- ¿Suele ir por su cuenta al retrete? ¿Con qué frecuencia y cómo son las heces cuando es así? ¿Cuánto tiempo dedica?

b) Evitación total o parcial del uso del retrete.

- ¿Evita ir al baño, en casa o en algún otro sitio?

c) Condiciones ambientales para acceder al baño.

- ¿Tiene fácil acceso al váter? ¿Está adaptado a su tamaño?

d) Rutinas matinales antes de ir al colegio.

- ¿Qué hace por las mañanas antes de ir al colegio? ¿Le da tiempo a defecar?

e) Hábitos de aseo personal y grado de autonomía.

- ¿Se limpia solo o con ayuda?

3. Problemas concurrentes

a) Enuresis.

- ¿Tiene también problemas controlar el pis?

b) Signos de ansiedad, depresión (tristeza, aislamiento) u otras alteraciones emocionales. Déficit de atención / hiperactividad. Conductas de oposición y desobediencia. Dificultades en el rendimiento académico.

- ¿Tiene algún otro problema al margen de la encopresis?

4. Impacto familiar, personal y escolar: modos de afrontamiento.

a) Reacción parental ante el problema.

- ¿Cómo reaccionan los padres hacia el problema?

b) Reacción del niño.

- ¿Oculta la ropa sucia, coopera...?

c) Reacción de los iguales.

- ¿Le rechazan o se burlan?

Cuestionarios e inventarios

Respecto a cuestionarios o escalas de conducta, su uso está menos extendido. Pueden utilizarse para medir de modo más preciso problemas concurrentes y valorar el efecto del tratamiento sobre ellos.

A rellenar por los **padres**:

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
<i>EES (Encopresis Evaluation System)</i> (Levine y Barr, 1980)	Está dividido en dos secciones que evalúan historia de encopresis y conductas asociadas.	Todas las edades

Registros

Durante al menos dos semanas antes de la intervención y sin alterar las costumbres cotidianas se pedirán **registros** de observación a los **padres** y al **niño**.

Registro 1

Para padres

Día y hora	Lugar (casa, parque...)	¿Dónde hace caca? Váter (V) Ropa interior (RI) Otros (O)	Tipo de heces Duras Blandas Líquidas	Cantidad 1.Manchado 2.Un poco 3.Deposición normal 4.Excesiva	Tamaño 1.Pequeñas 2.Normal 3.Grandes 4.Muy grandes 5.Otros	¿Qué hacen o dicen? (Padres, hermanos, otros)	¿Qué hace o dice el niño?

Registro 2

Para niños

Día y hora*	Lugar (casa, parque, cole...)	¿Dónde haces caca? Váter (V) Ropa interior (RI) Otros (O)	¿Has sentido ganas de hacer caca? Sí/No	¿Te diste cuenta de que te manchabas? Sí/No	¿Cómo era la caca? Dura Rasposa Blanda Líquida	Cantidad 1.Manchado 2.Un poco 3.Normal 4.Excesiva	Tamaño 1.Pequañas 2.Normal 3.Grandes 4.Muy grandes	¿Notas molestias al hacer caca, dolor o escozor?	¿Qué te dicen los demás? (Padres, hermanos, compañeros, profe...)	¿Qué hiciste después de mancharte?	¿Cómo te sientes? ¿Qué dices luego?

*Si el niño no maneja el reloj, usar referentes temporales (al levantarme, al llegar al cole, recreo, antes de comer...)

Houts y Abramsom (1990) recomiendan también que el clínico observe directamente qué hace el niño exactamente durante un ensayo de defecación:

- Cómo se desviste
- Cómo se sienta
- Cómo contrae el abdomen para empujar
- Qué hace para limpiarse, etc.

Árbol de decisiones

¿Están descartados problemas biológicos: problemas congénitos anorrectales, intervenciones quirúrgicas, inercia cólica, diarrea crónica...?

No, entonces debemos pedir una revisión médica exhaustiva, ajustar las expectativas de los padres y del niño y, en todo caso, seguir el entrenamiento en hábitos de defecación, ajustando las expectativas de éxito.

¿Es mayor de 4 años?

No, entonces hay que comprobar el control que ejercen los padres. Dar las instrucciones generales de ayuda para el correcto manejo de contingencias y reducir su impaciencia para el logro del control.

En caso de encopresis no retentiva, ¿está descartada la influencia de factores dietéticos laxantes: ingesta de laxantes, uso de enemas o supositorios, dieta pobre en sólidos...?

No, entonces debemos pedir una supervisión médica y/o nutricional, ajustar las expectativas de los padres y del niño y, en todo caso, seguir el entrenamiento en hábitos de defecación, ajustando las expectativas de éxito.

En caso de encopresis retentiva, ¿está descartada la influencia de factores dietéticos que generen estreñimiento: dieta pobre en fibra, ingesta escasa de agua, ejercicio físico excesivo sin rehidratación...?

No, entonces debemos pedir una supervisión médica y/o nutricional, ajustar las expectativas de los padres y del niño y, en todo caso, seguir el entrenamiento en hábitos de defecación, ajustando las expectativas de éxito.

¿Hay reproches por parte de los padres u otros cuando se hace caca encima?

Sí, entonces deben cesar las riñas y gestos desaprobatorios, ignorarse los accidentes y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación combinándolo con RDO de la defecación en el váter.

¿Lava el niño su ropa cuando se hace caca encima?

No, entonces puede recurrirse paralelamente al entrenamiento en limpieza o práctica positiva para aumentar el coste de respuesta.

¿Esconde el niño la ropa sucia?

Sí, entonces puede numerarse su ropa interior (una prenda para cada día de la semana) y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.

En caso de encopresis retentiva, ¿hay retención fecal (rebosamiento)?

Sí, entonces deben evacuarse las heces retenidas mediante enemas y/o laxantes y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.

En caso de encopresis retentiva, ¿hay deposiciones infrecuentes o dolor al defecar?

Sí, entonces deben emplearse laxantes (lubricantes si hay dolor), cambiar pautas dietéticas y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.

En caso de encopresis retentiva, ¿hay deterioro sensorial?

Sí, entonces debe incrementarse la sensación rectal mediante aprendizaje discriminativo (supositorios y reflejo gastrocólico) y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.

En caso de encopresis retentiva, ¿tiene problemas para relajar el esfínter?

Sí, entonces debe entrenarse mediante relajación muscular o biofeedback y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.

En caso de encopresis retentiva, ¿tiene problemas para mantener rutina defecatoria?

Sí, entonces deben comprobarse condiciones ambientales, cambiar hábitos matinales, entrenar en HHSS de excusa y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.

¿El niño ha presentado continencia por un periodo de al menos 1 año?

No, entonces consideramos que se trata encopresis primaria y proponemos iniciar tratamiento habitual.

Sí, entonces probablemente se trata de encopresis secundaria. Hay que identificar mediante análisis funcional problemas de ansiedad y/o pautas retentivas (evitación

de baños escolares). Se trabajarán técnicas de manejo de la ansiedad en el primer caso y programación de contingencias en el segundo (cambiar hábitos matinales y realizar entrenamiento en hábitos defecatorios entonces; posible entrenamiento en HHSS).

En caso de encopresis primaria, ¿hay déficits en conductas requisito (desnudarse, limpiarse...)?

Sí, entonces deben moldearse y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.

En caso de encopresis primaria, ¿se descarta posible fobia a defecar?

No, entonces debe combinarse exposición gradual con el entrenamiento en hábitos de defecación.

En caso de encopresis primaria, ¿hay descuido o déficits de atención?

Sí, entonces deben potenciarse discriminativos fisiológicos (supositorios) y ambientales, y seguir el entrenamiento en hábitos de defecación.

ENCOPRESIS

TRATAMIENTO

Intervención con los padres

El tratamiento exige, durante todo el proceso, una **evaluación continua semanal** de las defecaciones en el váter y los ensuciamientos de la ropa.

Para el caso de la encopresis retentiva, el **tratamiento médico** podrá ser combinado con el conductual en dos fases: una *inicial* de “*desimpactación o limpieza fecal*” a base de enemas para evacuar las heces retenidas, y otra de *mantenimiento* a base de laxantes para promover una evacuación intestinal regular.

El **tratamiento conductual** se centra en las conductas objeto de modificación, en cada eslabón de una cadena compleja: discriminar las señales fisiológicas que preceden a la defecación, retener las heces hasta localizar el lugar adecuado, desnudarse, sentarse en el retrete, y una vez sentado relajar el esfínter externo para evacuar las heces. Mientras que el tratamiento de la enuresis está protagonizado por el condicionamiento clásico, en el caso de la encopresis las técnicas empleadas estarán basadas en el condicionamiento operante. Se plantean los siguientes objetivos que, en todo caso, son función del análisis funcional que previamente hemos desarrollado, considerando los registros previos, los conocimientos y expectativas de los padres y la capacidad del niño de llevar a cabo por sí mismo el tratamiento.

PSICOEDUCACIÓN Y CONTROL ESTIMULAR

- **Explicación a los padres del posible análisis funcional**, de la diversidad del aprendizaje de hábitos, de la necesidad de un tratamiento particular en función del momento evolutivo del niño, minimizar la gravedad del problema y señalar la importancia de la paciencia para lograr cambios estables y duraderos.
- **Explicar el funcionamiento del control fisiológico de la defecación**, el impacto de la dieta (líquidos, fibra...) y los momentos del día ideales para incitar a la defecación (al despertar por la mañana y tras las comidas principales, la motilidad gástrica es mayor).
- **Seleccionar cuidadosamente a la persona que se hará cargo del procedimiento en el hogar, procurando que todas las partes implicadas (padres, niño...) acepten y entiendan el plan terapéutico.** Debe quedar claro que no se trata de un exceso de conducta, sino de una

carencia de habilidades. Las reprimendas por ensuciar están fuera de lugar ya que sólo añaden un estrés que, por las implicaciones fisiológicas del problema, no hacen sino empeorarlo.

- **Organizar las condiciones ambientales óptimas para la defecación**, velando por que disponga de un retrete accesible o de la ayuda necesaria para acceder a él, así como de la intimidad que requiera.

Intervención con el niño

CONTROL DEL HÁBITO DE LA DEFECACIÓN

- **Enseñar al niño las conductas requisito para la defecación**, tales como desvestirse, sentarse en la taza y, una vez finalizada la deposición, llevar a cabo una correcta higiene.
- **Entrenar el hábito de defecación** mediante técnicas de **reforzamiento positivo** principalmente. Las conductas a reforzar serán sentarse en el váter en momentos predefinidos (después de alguna comida, idealmente el desayuno) y la defecación en el váter. Sólo en caso de estar completamente descartado el patrón retentivo, podrá reforzarse también la conducta de mantener limpia la ropa. La economía de fichas es la opción más recomendable para administrar los refuerzos, así como los refuerzos verbales contingentes en combinación con ésta. El refuerzo negativo es otra opción a tener en cuenta, por ejemplo, sentando en el váter al niño hasta que defeque, evitando así permanecer en él un intervalo prudencial preestablecido (15-20 minutos).
- **Eliminar los ensuciamientos**. Si el refuerzo del hábito no es suficiente para este fin, y siempre bajo consejo del análisis funcional, podría recurrirse a técnicas basadas en el **castigo**. Deben emplearse con mucha cautela, pues pueden generar respuestas emocionales (miedo y ansiedad) que agraven el ensuciamiento, así como conductas de evitación que interfieren con la terapia (retener heces o esconder ropa sucia). Jamás deben emplearse ni como primer tratamiento de elección, ni como único, ni como prioritario. Ese papel lo cumplirían las técnicas de reforzamiento positivo. Ejemplos de castigos serían: entrenamiento en limpieza, coste de respuesta (retirada de privilegios o fichas) y el tiempo fuera de reforzamiento.

Problemas durante el tratamiento	
PROBLEMAS	POSIBLES SOLUCIONES
El niño se niega a ir al váter	<p>Convendría estudiar las características físicas del váter y su accesibilidad para el niño, así como la intimidad que posibilite la habitación en cuestión. También su historia de aprendizaje en relación a esta situación, para contracondicionarla en caso de ser necesario. Además, la historia que haya podido tener el niño en aseos públicos o escolares, donde las condiciones tanto de higiene como de intimidad suelen ser peores que las del hogar. Para salvar este problema, al menos hasta que se instaure el hábito, el entrenamiento puede hacerse evitando la necesidad de defecar fuera de casa.</p> <p>Si se debiese a un mero problema de motivación, se resolvería con las técnicas de reforzamiento propias del entrenamiento.</p>
El niño no detecta las ganas de defecar	<p>Suponiendo descartados problemas fisiológicos o evolutivos, cabría evaluar si algún estímulo o actividad más reforzante que los que se emplean en el tratamiento está compitiendo en este sentido. Algo común es que el niño se distraiga jugando en el colegio y no detecte a tiempo las señales. Como posible solución, sería incorporar esta conducta a una economía de fichas.</p>
Se registran más defecaciones, pero los manchados continúan	<p>A menudo los ensuciamientos se deben a un defecto en la higiene posterior, por lo que convendría supervisar este punto y reincorporarlo al plan de tratamiento llegado el caso, incluso formando parte de la economía de fichas.</p>

Materiales de consulta

Bragado, C. (2013). *Encopresis*. Madrid: Pirámide.

Manual muy adecuado, tanto para profesionales como para padres, en el que se detalla el procedimiento a seguir y las complicaciones que pueden surgir.

HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades sociales son un conjunto de **comportamientos aprendidos** que incluyen aspectos conductuales, cognitivos y afectivos. La característica esencial de estas habilidades es que se adquieren principalmente a través del aprendizaje y están determinadas por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos elementos. Las habilidades sociales se van adquiriendo a lo largo de la vida pero la niñez es, sin lugar a dudas, un período clave para dicho aprendizaje. Las **habilidades sociales inciden en la autoestima**, en la **adopción de roles**, en la **autorregulación del comportamiento** y en el **rendimiento académico**, entre otros aspectos, tanto en la infancia como en la vida adulta.

HABILIDADES SOCIALES

EVALUACIÓN

La lista de habilidades sociales es extensa, éstas son algunas de las habilidades sociales más relevantes en niños:

- Contacto ocular con quien te habla.
- Tono de voz adecuado.
- Escuchar.
- Hacer una pregunta.
- Decir no.
- Sonreír a quién te mira amistosamente.
- Saber expresar emociones.
- Saludar y devolver saludo.
- Saber compartir algo.
- Ofrecer ayuda.
- Saber hacer y mantener amigos.
- Saber ceder en un conflicto.
- Dar las gracias.
- Dejar que otros niños entren en el juego.
- Unirse a un grupo.
- Controlar un enfado.

Procedimientos de evaluación

La adecuada evaluación de las habilidades sociales en población infantil debe estar basada en **diferentes métodos**, tanto de evaluación directa como indirecta: **observación, entrevista y cuestionarios**. Siempre que sea posible, será

preferible la **evaluación directa del comportamiento**, pues es mucho más precisa, sin embargo, tiene claras limitaciones para la evaluación de algunos aspectos (por ejemplo: conducta encubierta) y no siempre es posible realizarla, por tanto, se combinará con métodos de evaluación indirecta.

Entrevista

Se empleará, preferiblemente, un **formato de entrevista poco estructurado**.

1. Historia de aprendizaje.

- Conducta social pasada y evolución: ¿Desde cuándo presenta estas dificultades? ¿Cómo se desarrolló a lo largo de sus primeros años en el contexto escolar? ¿Solía jugar con otros niños fácilmente? ¿Solía iniciar interacciones con otros?
- Modelos interpersonales de su entorno: ¿Cuáles son las principales figuras con las que convivía y su influencia? ¿Con qué frecuencia y cómo era la expresión de emociones? ¿Cómo respondía el niño ante la expresión de diferentes emociones?

1. Conducta social actual.

a. Exploración general de habilidades sociales: frecuencia, intensidad y morfología de las diferentes habilidades sociales:

- Habilidades básicas de interacción social: ¿Saluda a otros niños o adultos? ¿Suele presentarse a algún niño que no conoce? ¿Realiza favores cuando se lo piden?
- Habilidades para hacer amigos: ¿Suele iniciar interacciones sociales? ¿Se une al juego con otros niños?
- Habilidades conversacionales: ¿Inicia conversaciones con otros niños? ¿Suele hablar cuando está en un grupo de iguales?
- Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones: ¿Defiende su opinión habitualmente? ¿Cómo reacciona cuando le expresan una emoción positiva? ¿Y una negativa? ¿Pide disculpas cuando molesta a otros?
- Habilidades de solución de problemas interpersonales: ¿Identifica correctamente problemas interpersonales? ¿Busca una solución para resolverlos?
- Habilidades para relacionarse con los adultos: ¿Mantiene conversaciones con adultos? ¿Da las gracias y muestra cortesía? ¿Pide ayuda si la necesita?

b. Exploración específica por contextos:

- Entorno familiar: ¿Suele expresar aquello que no le gusta? ¿Defiende su opinión? ¿Cómo lo hace? ¿Cómo responde a las expresiones de afecto? ¿Cuáles son las situaciones en las que el niño muestra mayor dificultad?
- Entorno escolar: Se tendrá en cuenta e incluso se solicitarán informes o valoraciones de figuras relevantes de este contexto (tutores, orientadores, etc.). ¿Cómo es la interacción con figuras de autoridad/profesores? ¿Cómo se relaciona con sus compañeros de clase?
- Entorno social: Explorar su red de amigos, actividades que realiza y comportamiento con ellos: dificultades, habilidades que pone en marcha, tipos de actividades que realizan. ¿Cuántos amigos tienes? ¿Quién es tu mejor amigo? ¿A quién le contarías un secreto muy importante? ¿Qué te gusta hacer con ellos?

c. Conducta no verbal.

- Contacto ocular: ¿Mantiene el contacto ocular durante una conversación?
- Contacto físico: ¿Le molesta el contacto físico?

- Orientación y postura corporal: ¿Su postura facilita la comunicación y se adecúa a las características de la misma?
 - Expresión facial: ¿Cambia su expresión facial ante diferentes situaciones? ¿Sonríe?
 - Expresión corporal: ¿Cuándo gesticula?
 - Tono y volumen de voz: ¿Su tono de voz es audible cuando realiza interacciones sociales? ¿Adecúa el tono de su voz a los contenidos de la conversación?
- d. Aspectos positivos del repertorio del niño**: ¿Qué aspectos positivos destacarías de su forma de relacionarse con el resto? ¿En qué actividades sociales competencias sociales ha destacado?
- e. Comorbilidades**: se deben valorar otras problemáticas.
- ¿Presenta algún problema de acoso escolar, conductas agresivas o antisociales, rendimiento escolar?

La entrevista siempre proporciona al evaluador la posibilidad de *observar directamente la conducta problemática*. Durante la propia entrevista con el niño, así como a través de la información proporcionada por otras personas relevantes del entorno, tendremos que recoger información sobre los aspectos no verbales del comportamiento social.

Cuestionarios e inventarios

A rellenar por los **padres/profesores**:

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
BAS 1-2. Batería de Socialización (Silva y Martorell, 1987)	Evalúa la socialización de niños y adolescentes, en ambientes escolares y extraescolares.	6 a 19 años
MESSY. Escala Matson para la Evaluación de Habilidades Sociales en Jóvenes (Matson, Rotatori y Helsel, 1983; adaptación española Trianes Blanca, Muñoz, García, Cardelle-Elawar y Infante, 2002)	Evalúa habilidades sociales específicas implicadas tanto en comportamientos adaptativos como no adaptativos.	4 a 18 años
CP. Cuestionario de Conducta Prosocial (Weir y Duveen, 1981)	Cumplimentado después de un periodo de observación de las conductas sociales.	6 a 12 años

A rellenar por los **niños**:

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
BAS-3. Batería de Socialización (Silva y Martorell, 1987)	Evalúa la socialización de niños y adolescentes, en ambientes escolares y extraescolares.	6 a 19 años
CABS. Escala de Comportamiento Asertivo (Wood, Michelson y Flynn, 1978)	Explora las respuestas pasivas, asertivas o agresivas en variadas situaciones de interacción con iguales.	7 a 12 años
Cuestionario de Estrategias Cognitivas de Resolución de Situaciones Sociales (Garaigordobil, 2004)	Examina las estrategias cognitivas disponibles para resolver situaciones sociales conflictivas.	10 a 12 años
MESSY. Escala Matson para la Evaluación de Habilidades Sociales en Jóvenes (Matson, Rotatori y Helsel, 1983; adaptación española Trianes et al., 2002)	Evalúa habilidades sociales específicas implicadas tanto en comportamientos adaptativos como no adaptativos.	7 a 13 años

Observación y registros

La **observación directa** de la conducta problemática será el método preferente para la evaluación del comportamiento social. Las dos formas de realizar la observación del comportamiento del niño en interacción con otros son: la *observación natural* y la *observación análoga*.

- **Observación natural**

La observación directa del individuo en su contexto natural, por ejemplo: cuando está jugando en el recreo, en el parque, en casa en interacción con sus progenitores... Es importante que el observador o los observadores se sitúen de tal forma que **no interfieran** o influyan excesivamente en el niño. También se puede hacer una “observación participante” en la que el propio observador interactúa con el niño con el fin de provocar conductas concretas en él a explorar.

Los sistemas de registro se pueden elaborar atendiendo a las conductas sociales que se quieren evaluar, no obstante, existen **sistemas de registro** muy completos ya elaborados para evaluar diferentes tipos de interacciones del niño en varios contextos:

En el caso del comportamiento social infantil, la **observación del niño por parte de los adultos** será la principal estrategia. Dicha observación ha de acompañarse necesariamente de un sistema de registro. Los registros se deben elaborar atendiendo a las conductas sociales concretas que se quieren evaluar y que han de estar perfectamente operativizadas antes de comenzar la observación (topografía y funcionalidad).

Registro 1

Instrucciones (para padres/profesores): registra por intervalo de 30' la conducta (especificar la conducta a observar).

CATEGORÍAS	Frecuencia	Duración	Qué ocurre antes	Qué ocurre después
Dar la mano				
Sonreír a otra persona				
....				

Por ejemplo: si evaluamos expresión de afecto, hay que concretar qué conductas específicas hemos considerado: dar la mano, sonreír a la otra persona... Se evaluarán en el registro, de las dimensiones básicas señaladas, aquellas más relevantes para el caso particular (frecuencia, intensidad, antecedentes de la conducta, consecuentes...). En lo que se refiere al momento de la observación, la estrategia más adecuada será *registrar por intervalos* de tiempo específicos, teniendo en cuenta los contextos más relevantes en los que se pueda producir la conducta que queremos observar (por ejemplo: en el parque en interacción con otros niños, en el recreo del colegio...).

- **Observación análoga**

Se trata de observar conductas específicas a través de la **creación de situaciones simuladas o role-playing**. El contexto terapéutico es un entorno idóneo para evaluar de forma directa el comportamiento social del niño, creando situaciones para provocar las respuestas que queremos observar. Este marco artificial de evaluación aporta un amplio abanico de situaciones potencialmente relevantes que pueden no conseguirse fácilmente en el ambiente natural. A continuación mostramos un ejemplo de posibles guiones de role-playing para evaluar diferentes aspectos de las habilidades sociales:

Guión de role-playing

Habilidad: expresar sentimientos positivos

Terapeuta: *“Imagínate que he hecho algo que te gusta mucho (un dibujo para ti), ¿qué me dirías?”*

Niño: (darle 30 seg. para que responda)

Habilidad: seguir órdenes y peticiones

Terapeuta: *“¿Me haces un favor?”*

Niño: (puede que acceda a la petición o no. Darle 30 seg. para que responda)

Terapeuta: *“Me gustaría que recogieras todos los bolígrafos que tengo encima de la mesa, así quedaría todo mucho más limpio y ordenado”*

Niño: (darle 30 seg. para que responda)

Tras la evaluación, será fundamental conocer la etiología de las dificultades, realizando la siguiente distinción:



HABILIDADES SOCIALES

TRATAMIENTO

El entrenamiento en habilidades sociales (HHSS) suele estar compuesto por diferentes procedimientos y pasos para lograr la adquisición y mejora de dichas aptitudes. Se trata de **programas multicomponentes estandarizados** que suelen integrar pasos y estrategias similares. Algunos de los programas de intervención más empleados en HHSS en la infancia son:

- Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia (Goldstein Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989)
- Programa de enseñanza en habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar (Monjas, 1996).

Intervención con el niño

Dado que los procedimientos de los programas de intervención en habilidades sociales suelen ser los mismos en la mayoría de los programas, a continuación se exponen cuáles son las principales técnicas empleadas:

- **Instrucciones.** Cuanto más específicas las instrucciones sobre la conducta a desarrollar, más probable que se realice de forma correcta.
- **Modelado.** Normalmente es el terapeuta quien desempeña este rol, pero se sabe que el modelado es más efectivo cuando el modelo es más parecido al observador (edad, sexo).
- **Ensayo conductual o role-playing.** Con cada ensayo de conducta se escoge una situación particular, se describe y especifica (qué, quién, cómo, cuándo y qué) y después se representa. El ensayo debe centrarse en el entrenamiento de una habilidad concreta cada vez.
- **Feedback y reforzamiento.** Después de cada representación de papeles le sigue un breve período de retroalimentación en el que se especificará al niño qué pasos ha seguido correctamente y en cuáles ha de mejorar. Se reforzarán las conductas que han seguido los pasos instruidos. Para que el refuerzo sea eficaz debe ser aplicado de manera claramente relacionada con la conducta que queremos que se mantenga o aumente. Será fundamental también tener en cuenta los principios del moldeamiento: reforzaremos las aproximaciones sucesivas a la conducta final y, conforme el niño avanza en los pasos, extinguiremos los anteriores.

- **Tareas para casa y generalización.** En función de la edad del niño y las particularidades de la problemática, se decidirá si estas tareas tendrán que ser dirigidas y entrenadas con los padres o podrán realizarlas por los niños de forma autónoma.

Otras técnicas que suelen añadirse al programa de entrenamiento en habilidades sociales son: el **entrenamiento en autoinstrucciones** y el **entrenamiento en solución de problemas**, ambas estrategias suelen mejorar habilidades de autocontrol en niños con problemas de impulsividad y/o agresividad. Además, en ocasiones es útil enseñar a los niños a reconocer, discriminar y expresar emociones.

Aspectos a tener en cuenta en la aplicación de la intervención

- Antes de comenzar el entrenamiento es importante identificar todas las conductas problemáticas y graduarlas por dificultad. El diseño del plan de intervención desde las **habilidades más sencillas a las más complejas** es fundamental para lograr la eficacia del tratamiento, pues, en muchos casos, habilidades más complejas necesitarán dominar repertorios más básicos previamente.
- Han de pautarse aquellas **tareas con una alta probabilidad de éxito.**
- Las **instrucciones han de estar bien detalladas** para asegurarnos de su cumplimiento. Por ejemplo, una instrucción mal detallada es: *“tienes que sonreír más a la gente”*; una instrucción bien detallada sería, *“cuando entres en clase y te cruces con un compañero sonríele”*. Para ello, además, se pueden dar por escrito.
- Los nuevos patrones de conducta necesitan ser practicados de forma repetida y en diferentes situaciones para favorecer su **generalización**. Para aumentar la probabilidad de generalización han de entrenarse las conductas en múltiples situaciones, con diferentes personas y que el niño reciba refuerzo en el contexto natural. Para conseguir ese reforzamiento en más situaciones se puede enseñar, en función de la edad y sus habilidades, a **autorreforzarse y/o entrenar a los padres en el reforzamiento** de las conductas deseadas.

En cuanto al formato de la intervención, ésta puede ser **individual** cuando se trabaja directamente con el niño, o **grupál** cuando el tratamiento se realiza con un grupo de niños que presentan comportamientos problemáticos similares y el tratamiento está relativamente estandarizado.

Intervención con la familia

La intervención también puede realizarse en colaboración con la **familia** y/o el **colegio**. Lo más frecuente es que intervengamos con la familia (progenitores, hermanos, abuelos...), pues con el colegio, a pesar de ser el contexto natural y por tanto idóneo, no siempre es posible hacerlo (características de la terapia, de las clases...).

La **familia** es el contexto básico en el que se aprenden habilidades y formas competentes de actuación a lo largo de la infancia y adolescencia. Además de considerar la influencia de este contexto, se pueden entrenar directamente procedimientos con los padres para aumentar la eficacia de la intervención psicológica. Estos son algunos de los roles y funciones que la familia puede desempeñar a la par que se interviene de forma individual con el niño:

- **Diseñar el contexto o entorno social y las actividades sociales del niño.**
A través de los padres se podrá crear un entorno más favorecedor para adquirir y mantener las competencias sociales. Además, pueden elegir y organizar el tipo de actividad social a desarrollar, todo ello guiado por el propio terapeuta para influir de forma positiva en los objetivos planteados.
- **Supervisar y reforzar las habilidades sociales entrenadas en terapia.**
Los padres serán coterapeutas de la intervención siempre que se cumplan las condiciones necesarias para ello (una adecuada capacidad por parte de los adultos para seguir las instrucciones terapéuticas y una adecuada interacción entre niño y adulto que no suponga una molestia o incomodidad para el niño). Sus funciones en el contexto cotidiano han de ir a la par que los objetivos terapéuticos, reforzando aquellas conductas que el niño está adquiriendo e implementando en su rutina.

Problemas durante el tratamiento

PROBLEMAS	POSIBLES SOLUCIONES
<p>Existe un problema de acoso o rechazo social que no permite la aplicación o generalización de lo aprendido</p>	<p>El primer paso será abordar la problemática relacionada con el acoso o rechazo social en la medida que sea posible. Una vez manejada esta situación, si no es posible aprender los objetivos establecidos en un contexto social específico será adecuado buscar y crear otros contextos sociales nuevos en los que poder aplicar lo aprendido y tener más probabilidades de éxito. Para la creación o promoción de otros contextos sociales, la colaboración de los padres/tutores será básica.</p>

<p>El niño se niega a realizar un role-playing que se pauta en sesión por vergüenza</p>	<p>En este caso la timidez probablemente sea parte del problema y la terapia, un contexto idóneo para moldear dicho comportamiento. En primer lugar se evaluará por qué es la negativa a realizar la actividad y se contrastará si el ejercicio que se pide es demasiado demandante para el repertorio de habilidades que posee en niño. Si la demanda que se realiza es excesiva, no se exigirá y se entrenará al niño en las habilidades necesarias para su correcto desempeño. Si el niño tiene las habilidades suficientes pero se trata de una conducta de evitación, que además forma parte del problema, se le expondrá a dicha situación. Se puede hacer de forma progresiva y reforzando masivamente cualquier aproximación.</p>
--	---

Materiales de consulta

Monjas Casares, M. I. (1996). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.

Manual que contiene el programa y los materiales para la intervención en habilidades sociales en grupo: fichas, juegos, ejercicios...

El juego de las habilidades sociales (B. Berg).

Se trata de un juego de mesa terapéutico en el que se plantean diferentes situaciones sociales a las que los niños se enfrentan a diario. A partir de 8 años.

Escala de observación de las habilidades sociales (Social Skills Observation Checklist) en Michelson, L.; Sugai, D. P.; Wood, R. P.; y Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.

Se trata de un completo sistema de observación que mide conductas expresivas y receptivas en cinco áreas diferentes de habilidades sociales.

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

El tipo de problemas bajo este epígrafe son los siguientes: **comportamiento inapropiado en la mesa** (tirar comida, rabieta, ingesta torpe), **negarse a comer por sí mismo, comer únicamente algunos alimentos determinados, negarse a comer, dificultades al tragar, vómitos frecuentes**. Debido a que se trata de una problemática menos específica, decidir qué es un problema de hábitos alimenticios y qué no, puede estar sujeto a la opinión del especialista con que se trabaje.

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

EVALUACIÓN

Entrevista

1. **Conducta problema.** Evaluar la conducta problema en todas las áreas (escolar, familiar, social)
 - ¿Come solo o acompañado?
 - ¿Qué desayuna/almuerza/come/merienda/cena? ¿A qué hora?
 - ¿Cuánto tiempo tarda en desayunar/almorzar/comer/merendar/cenar?
 - ¿Dónde desayuna/almuerza/come/merienda/cena?
 - ¿Da problemas durante el desayuno/almuerzo/comida/merienda/cena? Descríbalo.
 - ¿Come de todo? ¿Hay algún tipo de alimento que no le guste? ¿Y que le guste especialmente?
 - ¿Están presentes en su dieta todos los grupos de nutrientes (proteínas, glúcidos, grasas, vitaminas)?
2. **Análisis funcional.**
 - ¿Qué hacen sus padres/responsables del niño cuando no quiere comer algo?
 - ¿Ha conseguido alguna vez librarse de comida que no le gusta debido a su comportamiento?
 - ¿Se aburre durante la hora de comer?
 - ¿Consigue algo alargando la hora de comer? (Por ejemplo, librarse de tareas o no hacer los deberes)
 - ¿Cómo comen los padres?
3. **Cuestiones orgánicas.**
 - ¿Tiene/ha tenido alguna enfermedad que limite lo que puede comer (diabetes...) o que explique la problemática (enfermedad gastrointestinal, reflujo esofágico)?

Registros

Registro 1

Instrucciones (para padres): apunte la hora a la que su hijo ingiere cada alimento

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Alimento que ingiere							
Hora de ingestión							

Registro 2

Instrucciones (para padres): apunte los problemas que ocurren durante la hora del desayuno/almuerzo/comida/merienda/cena

- Qué problemas ha dado: descripción de lo que ocurra (rabieta...)
- Qué hicieron sus padres/responsables: detallar cómo se enfrentan a los problemas que se generan y qué ocurre al final

	¿Qué problemas ha dado?	¿Qué hicieron sus padres/responsables?	Tiempo que tardó en comer	Intensidad de los problemas (0-10)
Desayuno				
Almuerzo				
Comida				
Merienda				
Cena				

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

TRATAMIENTO

Intervención con la familia

A la hora de tratar este tipo de problemas se insiste en lo apropiado de contar con ayuda pediátrica y nutricional, por lo que una intervención multidisciplinar siempre será recomendable. Es imprescindible descartar causas médicas y tener presente el ciclo madurativo, así como **modificar posibles creencias erróneas con respecto a la comida.**

ATENCIÓN DIFERENCIAL

Es una de las técnicas más exitosas y la que se recomienda utilizar **en primer lugar**. Consiste en **prestar atención al niño cuando su comportamiento es adecuado** a las normas sociales, **y retirar la atención cuando es inapropiado**. Debe identificarse con claridad cuál es el consecuente que mantiene la conducta. En caso de no ser la atención, sería de poca ayuda.

GUÍA FÍSICA DE LA INGESTA

Se trata de un **moldeamiento de la conducta de comer**, reforzando las aproximaciones poco a poco y extinguiendo o castigando lo que no se desee que ocurra, ayudando al niño físicamente (cogiendo con él el cubierto, pidiendo que abra la boca, llevando el cubierto a la misma...).

REFUERZO POSITIVO DE INGESTA AUTÓNOMA

Si se dispone de un reforzador adecuado e incompatible con el mantenimiento de la conducta disruptiva, se sugiere el uso del mismo para mejorar el comportamiento en la mesa. Es útil contar con técnicas como la economía de fichas. Es necesario formar a los padres para que lleven a cabo la técnica de manera adecuada.

De la misma forma, en ocasiones es adecuado el uso del castigo, extinción o coste de respuesta como técnicas eficaces a la hora de controlar la conducta. Igualmente, la instrucción a los padres debe ser exhaustiva y precisa.

CONTROL ESTIMULAR

Si se aprecian estímulos que interfieren en la conducta de comer es necesario retirarlos o condicionarlo a la ingesta. Se trata de identificar qué estímulos favorecen la conducta de comer, para utilizarlos como reforzadores, y qué estímulos la dificultan, para eliminarlos del ambiente.

INDUCCIÓN A TRAGAR

En casos graves de negativas repetidas a comer, se sugiere el uso de esta técnica, siempre en combinación con alguna de las anteriores.

DEPRIVACIÓN DE ALIMENTOS

En algunos casos, y tras la consulta con el pediatra por si hubiese problemas a la hora de no comer todo lo que se debiera durante una comida, se sugiere que se le retire la comida al niño y no se le vuelva a dar hasta la siguiente.

Problemas durante el tratamiento

PROBLEMAS	POSIBLES SOLUCIONES
<p>No hay forma de que el niño mastique por sí mismo</p>	<p>Hay que tener en cuenta que esta problemática ocurre cuando se produce un cambio en los hábitos alimenticios: el paso del biberón/papillas a alimentos sólidos.</p> <p>Es útil utilizar la comida del día en la que el progenitor tenga más tiempo para intervenir, escogiendo los alimentos que más le gustan, respetando las horas de las comidas (sin dar alimentos entre horas), reforzando cualquier intento y extinguiendo cualquier respuesta negativa hacia la comida (retirada de atención).</p>
<p>Sólo come algunos alimentos, otros los rechaza</p>	<p>Se debe considerar el uso combinado de aquellos alimentos que le gustan y aquellos que rechaza, o bien enmascarándolos o bien reforzando cada pequeña cantidad que ingiera de alimento rechazado con otra pequeña cantidad de alimento que le guste.</p> <p>Hay que tener muy presente el refuerzo cada vez que se presente la conducta de ingesta del alimento rechazado y extinguir aquellas inadecuadas.</p>

Materiales de consulta

Gavino, A. (2002). *Problemas de alimentación en el niño. Manual práctico para su prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Se trata de un material muy útil para el terapeuta y para los padres, con explicaciones claras y un desarrollo de la problemática muy adecuado.

PROBLEMAS DE SUEÑO

La mayoría de los niños experimentan épocas complicadas con respecto al sueño, ya sea porque muestran resistencia al irse a dormir, porque experimentan despertares continuos, llantos durante la noche, imposibilidad de dormir si no está acompañado, insomnio... Además, los problemas de sueño del niño afectan a los padres, con las repercusiones que esto tiene en la vida diaria.

PROBLEMAS DE SUEÑO

EVALUACIÓN

Entrevista

1. Aprendizaje de hábitos de sueño.

- ¿Con qué edad dejó la cuna?
- ¿A qué hora se acuesta? ¿A qué hora finalizan las actividades lúdicas?
- ¿Qué suele hacer antes de dormir?
- ¿Cuánto duerme? (siestas, sueño nocturno)
- ¿Qué cosas facilitan el sueño? ¿Duerme con algún objeto? ¿De qué tipo? ¿Desde cuándo? ¿Duerme con la luz encendida? ¿Hace actividad física?
- ¿Qué cosas dificultan el sueño?
- ¿Hay horarios fijos en casa, o más bien flexibles?
- ¿Ha conseguido posponer la hora de dormir debido a su comportamiento?
- ¿Consigue más atención de la que habitualmente obtiene debido a su conducta?
- ¿Va a la cama de sus padres tras el problema?
- ¿Tiene que acompañarle un adulto para que se duerma?
- ¿Dónde y con quién duerme?

2. Análisis topográfico.

- ¿A qué hora se acuesta y levanta?
- ¿Qué horario tiene entre semana? ¿Y en fin de semana?
- ¿Se despierta durante la noche? ¿Cuántas veces? ¿Qué hace cuando se despierta?
- ¿Se hace pis en la cama?
- ¿Le cuesta dormirse? ¿Cuánto tiempo tarda?
- ¿Le cuesta levantarse? ¿Tiene dificultades para mantenerse despierto durante el día?
- ¿Qué hace el niño? ¿Qué hacen los padres?

3. Comorbilidades: se deben valorar otros problemas psicológicos.

- ¿Presenta algún problema de fobias o pesadillas?

4. Antecedentes familiares.

- ¿Algún familiar tiene/ha tenido este tipo de problemáticas? ¿O similares: dificultad para conciliar el sueño, insomnio, sonambulismo...?

Cuestionarios e inventarios

A rellenar por los **padres o niños**:

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
PSQI. Cuestionario de Calidad del sueño de Pittsburgh (Byusse, Reynolds, Monk, Berman, Kupfer, 1989)	Mide hábitos de sueño. Puede ser adaptado y respondido por los padres.	Todas las edades
SDSC. Sleep Disturbance Scale for Children (Bruni, Ottaviano, Guidetti, Romoli, Innocenzi, Cortesi, 1996)	Evalúa si los problemas de sueño son de inicio, mantenimiento, apnea, activación, somnolencia excesiva o de transición sueño-vigilia.	Todas las edades

Registros

Registro 1

Instrucciones (para padres): registra estos datos cada mañana

Día	Hora a la que se fue a la cama	Hora a la que se durmió	Nº de veces que se ha despertado (por qué)	Hora a la que se despertó	Hora a la que se levantó

Registro 2

Instrucciones (para niños): registra estos datos cada mañana después de levantarte. En este caso, el registro puede ser completado por el niño si tiene una edad adecuada para hacerlo. Hay que explicarle muy bien qué debe rellenar y cómo hacerlo.

En cuanto al nivel de activación, es un dato que puede ser útil, aunque el registro, planteado de esta forma, es extenso. Concretar el nivel de activación con adjetivos (alto, medio, bajo) o con valores numéricos (de 0 a 10, siendo 0 nada activado y 10 muy activado).

Día	Nivel de activación en el momento de acostarme	Hora a la que me acosté	Hora a la que me dormí	Nº de veces que me he despertado y por qué	Hora a la que me desperté	Nivel de activación en el momento de despertarme	Hora a la que me levanté

PROBLEMAS DE SUEÑO

TRATAMIENTO

Intervención con la familia

A la hora de solucionar problemas relacionados con los hábitos de sueño, la eficacia del tratamiento conductual es del 82%, con mantenimiento de los cambios a los 3 y 6 meses post tratamiento (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer, Sadeh, 2006). Por lo tanto, todas las técnicas aquí mencionadas compartirán ese origen teórico.

HIGIENE DEL SUEÑO

Hay diferentes aspectos ambientales, nutricionales, físicos... que interfieren en la calidad del sueño, con lo que habrá que aportar ciertas pautas sencillas para controlar dichos aspectos.

- Evitar o reducir **ruidos**.
- Limitar el **consumo de sustancias estimulantes** y el momento en el que se ingieren.
- Establecer **rutinas para las actividades diarias**.
- **Colores poco llamativos** en la habitación ayudan a conciliar el sueño.
- **Temperatura agradable**, entre 18^aC y 20^aC.
- **Buena ventilación** de la habitación.
- **Elegir adecuadamente la cama y el colchón**. El niño puede preocuparse por caerse de la cama.
- **No utilizar muchas mantas** puesto que pueden molestar al niño cuando duerma.
- Establecer horarios de **ejercicio físico**, ya que practicarlo antes de irse a dormir provoca un aumento de la activación y, por tanto, una disminución del sueño.

HÁBITOS GENERALES

“El niño debe aprender a iniciar el sueño solo, asociando el acto de dormir con unos “elementos externos” como son su cama, elementos transicionales como un

osito de peluche, unos chupetes y los demás elementos ornamentales de su habitación. La actitud de los padres es fundamental porque son los que comunican seguridad al niño” (Estivill, 2002). Atendiendo a esta máxima, se proponen técnicas como las siguientes para generar hábitos adecuados:

- **Establecimiento de rutinas para acostar a los niños** (baño, cena, juegos relajantes y cama). El hecho de tener un horario y cumplirlo sistemáticamente ayudará al niño a adaptarse, ya que mejora su funcionamiento cuanto más claras son las contingencias.
- **No acostar al niño dormido** (con excepción de los lactantes menores de 4 meses que se duermen con las tomas). Debe aprender a dormirse en la cama; de lo contrario podría no generalizarse el aprendizaje y tratar la cama como un sitio no asociado al descanso.
- **No dormirlo en brazos**, ya que podría acostumbrarse a ello y necesitarlo para conciliar el sueño.
- **No dormir en la misma cama de los padres**. Entre otras cosas, existe riesgo de sofocación y, por otra parte, de nuevo se resalta la importancia del hecho de aprender a dormir en condiciones estándar, es decir, solo.

TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

Para el caso particular del insomnio, se ha estudiado la efectividad de las técnicas siguientes:

- **Extinción**. Ha demostrado ser la más útil, junto a educación a los padres. Puede ser complicada de utilizar, ya que el llanto que suelen proferir los niños cuando se despiertan puede ser muy intenso; no obstante, si se aplica bien es garantía de éxito.
- **Extinción graduada**. La base teórica es la misma que en el caso anterior. Se explica a los padres la rutina que se va a establecer a partir de ese momento para que el niño concilie el sueño:
 - a. La situación de irse a dormir debe hacerse agradable y tranquila.
 - b. Los padres acompañan al niño a la cama y pueden contarle un cuento corto. Se pueden utilizar peluches o elementos que ayuden al niño a dormir. Durante ese tiempo, no más de 10 minutos, la luz permanecerá encendida y el niño tiene que estar despierto.
 - c. Al finalizar ese momento, con una voz tranquila y de manera muy concreta y sencilla se le desea buenas noches y se le da un beso,

saliendo inmediatamente de la habitación y apagando la luz (si el niño tiene miedo se puede dejar una luz tenue).

- d. Los padres deben salir de la habitación dejando al niño despierto y si entran, deben volver a hacer lo mismo (desearle buenas noches, darle un beso y salir de la habitación). Las entradas en la habitación deben seguir un programa de esperas progresivas y no debe hacerse para que el niño deje de llorar o para ayudarlo a dormir. No se puede entrar en la habitación de manera contingente al llanto o a la llamada del niño, se debe esperar cada vez más para entrar a la habitación.
- **Educación a los padres.** Se trata de una técnica eminentemente preventiva, ya que evita la aparición de problemas de este tipo. Es de las más útiles, pero no muchos padres sienten la necesidad de acudir a un especialista cuando aún no ha ocurrido el problema.
- **Establecimiento de rutinas.**
- **Refuerzo positivo de conductas adecuadas.** Difícil de aplicar porque no debe haber demora entre la ejecución y el consecuente, pero muy útil si se consigue. Aún así puede aplicarse un sistema de puntos o economía de fichas.

En cualquier caso, no se descarta la combinación de varias técnicas a la hora de poner en marcha el tratamiento.

Problemas durante el tratamiento	
PROBLEMAS	POSIBLES SOLUCIONES
El niño se levanta de la cama	En principio hay que evitar que ocurra, no permitiéndolo. Si sucede, acompañarle a su cama, de manera tranquila y calmada, sin regañarle, y salir inmediatamente de la habitación. Con niños mayores puede funcionar una instrucción: “vuelve a la cama”.
Se niega a irse a dormir y está asustado	Hay que evaluar bien, puesto que puede tratarse de una fobia o de la experimentación de pesadillas durante la noche. El tratamiento se corresponde al de una fobia específica.

Materiales de consulta

Ferber, R. (1993). *Solucione los problemas de sueño de su hijo*. Barcelona: Medici.

Libro dirigido a padres con pautas de actuación concretas ante diferentes problemáticas que pueden surgir en relación con el sueño.

Estivill, E. y de Béjar, S. (1996). *Duérmete, niño*. Barcelona: Plaza y Janés.

Es un material muy extendido y utilizado por los padres que puede utilizarse como material complementario.

HÁBITOS DE ESTUDIO Y RENDIMIENTO ESCOLAR

El rendimiento escolar hace referencia al **nivel cuantitativo de conocimiento** que obtiene un alumno, medido en una calificación numérica, **en una prueba de evaluación**. Cuando el niño o adolescente obtiene pobres o inadecuadas calificaciones en diferentes pruebas de evaluación, en comparación con su grupo de edad, se hablaría entonces de un problema de bajo rendimiento escolar.

El bajo rendimiento escolar es un fenómeno complejo, idiosincrático e influido por multitud de variables, tanto del propio individuo (variables personales, nivel intelectual, variables de personalidad y motivacionales, expectativas y atribuciones hacia el estudio, hábitos de estudio), como del contexto socio-cultural, el grupo de iguales, o el ambiente familiar. Entre todas estas variables se encuentran los llamados **hábitos de estudio**, el conjunto de actividades o conductas que lleva a cabo un individuo a la hora de enfrentarse al estudio de una materia y a la realización del material escolar. Los hábitos de estudio son uno de los predictores más importantes del éxito académico.

HÁBITOS DE ESTUDIO Y RENDIMIENTO ESCOLAR

EVALUACIÓN

Entrevista

1. **Descartar problemas orgánicos.** Problemas físicos relacionados con la visión y/o la audición deficitaria, trastornos neurológicos o patologías crónicas podrían estar en la base de este problema. En caso de duda, se suspenderá la evaluación temporalmente y se le derivará a un especialista (oftalmólogo, otorrino, neurólogo...).
2. **Historia del problema.**
 - a. **Eventos precipitantes:** separación de los padres, fallecimiento de un familiar, conflictos entre iguales...
 - b. **Situación actual:** calificaciones académicas, dificultades por materias, adaptaciones curriculares...
3. **Comorbilidades:** se deben valorar otros problemas psicológicos y de aprendizaje (lectura, escritura y cálculo).
 - ¿Presenta algún problema de conducta, TDAH, baja autoestima, bajo estado de ánimo?
4. **Entorno escolar, social y familiar.**
 - a. **Escolar:** actitud de los profesores y atribución del problema (¿etiqueta de vagos?).
 - ¿Se le exige menos que al resto?
 - ¿Está motivado por aprender? ¿Participa de forma activa?

<ul style="list-style-type: none"> - ¿Le cuestan especialmente algunas asignaturas? ¿Cuáles? - ¿Qué explicación se da desde el colegio ante las malas notas? ¿Problema de actitud, de capacidad? <p>b. Social: evaluar si se refuerza socialmente el bajo rendimiento escolar, actitud ante compañeros que poseen buen rendimiento académico (¿"empollones"?).</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Es más popular al obtener malas notas? ¿Obtiene algún beneficio secundario (atención especial de profesores o grupo de iguales) ante el mal rendimiento? <p>c. Familiar: ambiente o actitud ante el estudio, estilo de educación respecto a los estudios (permisivo, autoritario), apoyo de los padres en el estudio, y grado de implicación de los mismos (si favorecen o no autonomía).</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué consecuencias tiene para el niño el problema? ¿Se le castiga por las malas notas? ¿Se le ayuda a hacer los deberes, explicándole cada ejercicio o el temario de un examen? - ¿Se fomenta la autonomía y los hábitos de estudio en casa? ¿Los padres ejercen de modelo? <p>5. Hábitos de estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo es la organización del escritorio? ¿Cómo se planifica el estudio? ¿Se utilizan horarios? (pedir un ejemplo en caso positivo) ¿Cuándo empieza a estudiar? - ¿Se utilizan resúmenes o esquemas? ¿Pasa apuntes? ¿Repasa el contenido? - ¿Te ayudan tus padres? <p>6. Tratamientos anteriores o intentos de solución previos del problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿El niño ha acudido a academias, clases intensivas en verano, o recibe clases particulares? ¿Qué efecto ha tenido sobre el rendimiento escolar? <p>7. Factores motivacionales y compromiso hacia el cambio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Está desanimado al estudiar? ¿Piensa que nunca va a conseguir aprobar? ¿Hay algo que le resulte difícil hacer? - ¿Hay algo por lo que no logre estudiar/aprobar?

Cuestionarios e inventarios

A rellenar por los **niños**:

	Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
CI Y FFE	<i>WPPSI-IV. Escala de Inteligencia Weschler para Preescolar y Primaria-IV</i> (Wechsler, 2012; adaptación española, departamento I+D Pearson Clinical and Talent Assessment, 2014)	Evalúa áreas cognitivas: verbal y manipulativa.	2 a 7 años
	<i>WISC-IV. Escala de Inteligencia Weschler para Niños-IV</i> (Wechsler, 2003)	Evaluación de la capacidad intelectual y funciones neuropsicológicas.	6 a 16 años

FACTORES EMOCIONALE	STAIC. Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en niños (Spielberger, 2001)	Evaluación del nivel de ansiedad rasgo y estado en niños y adolescentes.	9 a 15 años
	CDI. Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 1983; adaptación española por del Barrio y Carrasco, 2004)	Inventario de Depresión Infantil, evaluación del estado de ánimo del niño o adolescente.	7 a 15 años
TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIAJE	TALE. Test de Análisis de Lectura y Escritura (Toro y Cervera, 1980)	Evalúa procesos de lectura y escritura en niños.	6 a 10 años
	PROLEC-R. Batería de Evaluación de los Procesos Lectores-Revisada (Cuetos, Rodríguez, Ruano y Arribas, 2014)	Evalúan los principales procesos implicados en la lectura y escritura, respectivamente.	PROLEC-R: 6 a 12 años
	PROESC. Batería de Evaluación de los Procesos de Escritura. (Cuetos, Ramos y Ruano, 2004)		PROESC: 8 a 15 años
DST-J. Test para la Detección de la Dislexia en Niños (Fawcett y Nicholson, 2011)	Batería breve de screening.	6 a 11 años	
HÁBITOS DE ESTUDIO	IHE. Inventario de Hábitos de Estudio (Pozar, 2002)	Evalúa los hábitos de trabajo y estudio a partir de 4 escalas: condiciones ambientales del estudio, planificación del estudio, utilización de materiales y asimilación de contenidos.	12 a 24 años

Registros

Registro 1

Instrucción (para niños): anota cada vez que se produce una distracción en el estudio y el tiempo empleado

Día/Hora	Situación	Frecuencia de distracciones	Tipo de distracción y tiempo	Cantidad de estudio

HÁBITOS DE ESTUDIO Y RENDIMIENTO ESCOLAR

TRATAMIENTO

Intervención con el niño

Según sean las principales causas, el abordaje terapéutico seguirá unas directrices determinadas.

BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR DEBIDO A TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

El plan de tratamiento será individualizado, dependiendo de los procesos de aprendizaje que se encuentren afectados. No obstante, a nivel general la técnica de intervención en este tipo de casos estará orientada al **entrenamiento de los diferentes procesos de lecto-escritura o cálculo:**

- **Fichas o actividades** para trabajar la lecto-escritura: a través de **cuentos** leídos en **voz alta** o historias inventadas escritas por el niño en los que el terapeuta modelará y moldeará la correcta lectura y/u ortografía.
- **Fichas o actividades lúdicas** para trabajar la discalculia: **operaciones aritméticas** enmascaradas en juegos o enigmas, para potenciar en la medida de lo posible que el niño aprenda divirtiéndose

Dependiendo del caso concreto, se valorará la pertinencia de incluir a otro profesional, tal como **logopedas o psicopedagogos**, con un abordaje multidisciplinar.

BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR DEBIDO A INADECUADOS HÁBITOS DE ESTUDIO

El tratamiento irá destinado en este caso a **aprender a aprender**, esto es, a enseñar **pautas concretas en torno al estudio** -organización, planificación, métodos de estudio- y sobre todo a **mantener** a largo plazo dichas estrategias para consolidar este cambio y constituirse en un hábito. Las principales técnicas de intervención se detallan a continuación:

- **Control estimular:** para evitar distracciones y la conducta de procrastinación.
- **Entrenamiento en autocontrol.**

- Entrenar en la **organización y planificación del estudio**: importancia de estudiar en un entorno adecuado y ordenado, establecer un **horario u organigrama semanal y mensual** con sub-objetivos de estudio.
- Enseñar **métodos de estudio** adecuados: enseñar a estudiar en forma de resúmenes o esquemas, evitando aprendizajes memorísticos, fomentar el repaso y las horas de descanso.

Cuando el rendimiento escolar es debido a problemas atencionales, a problemas de conducta o a causas emocionales, la intervención debe centrarse en un primer momento en estas problemáticas.

Intervención con la familia

En todos los casos descritos anteriormente el **papel de los padres (y, en muchas ocasiones, de los tutores)** resulta **esencial** para determinar el éxito de la intervención, sobre todo si nos encontramos ante niños de poca edad.

Un paso esencial en cualquier proceso de intervención constituirá el proceso de **psicoeducación para padres**, explicando qué es el problema y cómo actuar ante él; la labor fundamental de los padres consistirá en el **manejo de contingencias** y en **dotar de autonomía y responsabilidad** a sus hijos en términos de estudio, limitando al máximo la sobreprotección.

Intervención con el centro escolar

Será igualmente importante conseguir la colaboración del centro educativo. De forma preferente, se contactará con el tutor del niño por **vía telefónica** y se le ofrecerán **pautas de actuación en el aula**, dependiendo del caso concreto que competa.

Materiales de consulta

Adell, M.A. *Estrategias para mejorar el rendimiento académico de los adolescentes* (2006). Madrid: Pirámide.

Aunque está orientado a población adolescente, es útil para consultar estrategias dirigidas a mejorar el rendimiento académico.

Casals, R. (2011). *Prevenir el fracaso escolar desde casa*. Barcelona: Editorial Graó de Irif.

Manual dirigido a padres. Se aportan consejos y herramientas para que sean capaces de hacer frente al problema a raíz de investigaciones llevadas a cabo en España.

TICS Y HÁBITOS NERVIOSOS

Los tics son **movimientos o sonidos involuntarios**, no rítmicos, repentinos, rápidos, recurrentes, no repetitivos y **estereotipados**, aunque esto no impide que pudieran haber sido iniciados deliberadamente en un origen. Pueden ser suprimidos por períodos más o menos largos de tiempo, pero cuanto más dura esta supresión, mayor tensión experimentada y mayor probabilidad de que se produzca entonces un incremento de los tics.

Suelen **augmentar en situaciones** de estrés, ansiedad, enfado, cansancio, y cuando se está en una situación relajada y agradable. De manera general, suelen existir tics **motores y vocales o fónicos**, aunque algunos autores también hablan de tics cognitivos.

TICS Y HÁBITOS NERVIOSOS EVALUACIÓN

Entrevista

4. Historia del problema.

a. **Eventos precipitantes** ¿Cuándo apareció por primera vez? ¿Qué ocurrió?

b. **Evolución del problema.**

- ¿Ha habido momentos con menor/mayor frecuencia o intensidad de tics? ¿A qué se han debido?
- ¿Cuántos tics diferentes ha tenido su hijo? Describa frecuencia, duración y tipo.

5. Delimitar conducta problema.

- **Descripción específica de cada tic:** ¿En qué consiste cada uno de los tics?
- **Frecuencia, número e intensidad:** ¿Cada cuánto sucede? ¿Cuántos al día? ¿Cuánto duran?
- **Grado en que pueden ser suprimidos:** ¿Puede suprimirlos en algún momento de manera intencionada? ¿Hay situaciones/personas antes las que aparecen y otras en las que no? ¿Cuáles?
- **Diferenciar tics de otros movimientos:**
 - a. **Manierismos.** ¿Ocurren ante situaciones ansiógenas y/o aburrimiento? ¿Cuánto duran?
 - b. **Estereotipias.** ¿Presenta su hijo algún tipo de discapacidad o trastornos del espectro autista?
 - c. **Compulsiones.** ¿Si no se realiza la conducta aumenta la ansiedad o el malestar? ¿Si no realiza la conducta cree que puede ocurrir algo malo?
- **Variables asociadas al empeoramiento de los tics:** ¿En qué situaciones se producen con mayor frecuencia (estrés, cansancio, fármacos, relajación, discusiones)? En actividades que requieren mucha atención pero no son ansiógenas, los tics disminuyen.

- **Antecedentes familiares:** ¿Algún otro familiar presenta tics?
- 6. Repercusiones.**
 - **Área familiar:** ¿Qué opina la familia de la problemática?
 - **Área social/escolar:** ¿Qué opinan sus amigos? ¿Han dejado de realizar actividades con el niño por este motivo? ¿Le han hecho algún comentario al respecto?
 - **Área emocional:** ¿Cree que puede estar afectándole en su vida diaria? ¿Hay preocupación por sufrir algún tipo de daño físico?
- 7. Comorbilidades:** se deben valorar otros problemas psicológicos:
 - ¿Presenta algún problema de inatención, impulsividad, hiperactividad, síntomas obsesivo-compulsivos, dificultades de aprendizaje, irritabilidad o agresividad, ansiedad elevada, fobias, bajo estado de ánimo?

Cuestionarios e inventarios

Cuestionario	Características técnicas	Edad de aplicación
<p>Escala de severidad global de los tics de Yale (adaptación española de García-López, Perea-Milla, Romero-González, Rivas-Ruiz, Ruiz-García, Oviedo-Joekes y de las Mulas-Bejar, 2008)</p>	<p>Cuestionario abierto en el que se enumera el listado de tics y se pregunta (generalmente a los padres, pero puede ser contestado por cualquier observador externo) por el número, frecuencia, intensidad, complejidad e interferencia que ocasionan en la vida cotidiana los tics motores y fónicos durante la última semana.</p>	<p>Todas las edades</p>
<p>Escala de severidad del Síndrome de Tourette (Shapiro, Shapiro, Young y Feinberg, 1988, citado en Bados, 1995)</p>	<p>Se mide la severidad de los tics de acuerdo a cinco ítems: grado en que son notados por otros, si suscitan comentarios o curiosidad, si otras personas piensan que la persona con tics es rara, si los tics interfieren en el funcionamiento normal de la persona, y si la persona está incapacitada, recluida u hospitalizada a causa de los tics. Pueden ser informados por los padres o cualquier observador externo.</p>	<p>Todas las edades</p>
<p>Escala global del Síndrome de Tourette (Harcherick, Leckman, Detlor y Cohen, 1984, citado en Bados, 1995)</p>	<p>Evalúa la frecuencia y el deterioro social producido por los tics motores y fónicos. Pueden ser informados por los padres o cualquier observador externo.</p>	<p>Todas las edades</p>

Registros

Si los tics ocurren de manera muy frecuente, **es preferible seleccionar momentos del día** en los que registrar, **o** bien dos o tres actividades estresantes y registrar **durante 20 minutos**. Deben seleccionarse situaciones que engloben el conjunto del ambiente del niño: familiar, escolar y social, así como la presencia de

personas conocidas y desconocidas.

Cuando el número y la frecuencia de tics es elevado, conviene utilizar **grabaciones en video** para valorar la presencia de tics y la severidad.

Registro 1

Instrucciones (para niños): cada vez que te ocurra cada tic, apunta dónde o con quién estabas, qué estabas haciendo y el nivel de intensidad del tic de 0 a 10, siendo 0 nada intenso y 10 muy intenso.

Tic 1

Fecha	Situación (dónde estabas, con quién, qué hacías)	Nivel de intensidad (0-10)

Tic 2

Fecha	Situación (dónde estabas, con quién, qué hacías)	Nivel de intensidad (0-10)

*Este registro también puede ser cumplimentado por un observador externo (padres o profesores)

Registro 2

Instrucciones (para niños): marca un palito (I) cada vez que te ocurra un tic.

Tic 1

Fecha	Nº de veces que ocurre el tic 1

TICS Y HÁBITOS NERVIOSOS

TRATAMIENTO

Intervención con el niño

INVERSIÓN DEL HÁBITO

Una de las técnicas más utilizadas es la **inversión del hábito**. Se trata de aplicar los siguientes procedimientos: para **facilitar la toma de conciencia** de la conducta a modificar.

- **Facilitar la toma de conciencia de la conducta a modificar:**
 1. **Descripción detallada del tic o hábito nervioso.** Se le pide al niño que describa detalladamente el tic mientras se mira en un espejo.
 2. **Detección de la respuesta.** El niño tiene que avisar cada vez que ocurra el tic o hábito nervioso. Las veces en las que ocurre y el niño no avisa, el terapeuta deberá hacerlo hasta que el niño sea capaz de detectar todas las veces que ocurre.
 3. **Entrenamiento en darse cuenta de la situación.** El niño tiene que detallar y describir situaciones en las que sea más probable la ocurrencia de la conducta problema.
 4. **Aviso temprano.** Se le pide al niño que identifique las sensaciones o conductas que anteceden al tic. En este punto hay que cerciorarse si el niño tiene la suficiente capacidad para identificar, sobre todo, la parte sensorial.
- **Introducir la respuesta competidora.** Una vez que el niño es capaz de identificar y darse cuenta de lo que ocurre, se introduce una conducta que actuará como conducta competidora. Esta conducta nueva a introducir en el repertorio del niño tiene que ser **incompatible con el tic** o hábito nervioso y **discreta**, para que a nivel social no resulte llamativa.

Para incorporarla, se instruye al niño para que realice esta conducta de manera contingente a la ocurrencia de la conducta problema o, si es capaz de identificar las sensaciones previas, en el momento en el que identifique las sensaciones o conductas previas al tic, durante 3 minutos.

- **Revisión de la inconveniencia del hábito.** Se le pide al niño que enumere y describa los efectos negativos que tiene la conducta problema.

- **Demostración pública.** El niño demuestra que es capaz de controlar un tic en presencia de otras personas
- **Apoyo social.** En este punto es adecuado contar con la familia del niño para que le refuerce al llevar a cabo la respuesta competidora y le recuerde la necesidad de llevarla a cabo cuando se manifieste el tic.
- **Ensayo simbólico.** Se trata de generalizar el aprendizaje. El niño tiene que imaginarse controlando el tic en las situaciones identificadas al inicio de la intervención.

Cuanto más pequeños sean los niños, mayor colaboración se necesitará de sus padres.

Hay estudios que evidencian que se puede simplificar la técnica, poniendo en marcha la toma de conciencia de los tics y la práctica de la respuesta incompatible.

PRÁCTICA MASIVA NEGATIVA

Aunque ha demostrado menos eficacia que la técnica de la inversión del hábito, es otra de las técnicas más utilizadas. Consiste en que el niño realice la conducta problema rápidamente y con esfuerzo, un número de veces o durante un periodo de tiempo predeterminado (30 minutos o más), intercalando periodos de descanso con periodos de ejercicio (al principio esos periodos de ejercicio pueden durar más). Durante los periodos de ejercicio no se permite descanso en los tics, de manera que se genere cansancio y se espera que la no ocurrencia de la conducta problema se vea reforzada por la reducción del cansancio.

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

Se trata de enseñar esta técnica al niño, puesto que durante la relajación los tics se reducen e, incluso, llegan a desaparecer. Se puede utilizar como complemento a las anteriores, teniendo en cuenta que el entrenamiento en relajación debe ser adecuado para poder generalizar su uso.

Existen otras alternativas, ya sea la aplicación de **manejo de contingencias**, utilizando refuerzo diferencial (por ejemplo, refuerzo económico contingente en períodos libres de tics); **entrenamiento en asertividad**; o **exposición** prolongada a situaciones temidas. El **autorregistro** es un instrumento muy sencillo y de fácil aplicación que en muchos casos tiene un efecto reductor sobre los tics. Es de gran utilidad que el niño registre durante la intervención, no sólo al inicio, al igual que los padres.

Materiales de consulta

Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1973). *Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. Behaviour Research and Therapy, 11(4), 619-628.*

Artículo en el que se propone la inversión del hábito como técnica principal para el manejo de esta problemática.

Bados, A. (1995). *Los tics y sus trastornos. Naturaleza y tratamiento en la infancia y adolescencia.* Madrid: Pirámide.

Incluye un apartado específico de un programa de intervención con un niño, de manera detallada y minuciosa, y con tareas explicadas a los padres.

REFERENCIAS

Achenbach , T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for de Child Behavior Checklist and Revised Child Profile*. Burlington: Dep. of Psychiatry. Universidad de Vermont.

Adell, M. A. (2006). *Estrategias para mejorar el rendimiento académico de los adolescentes* . Madrid: Pirámide.

Arribas, D. y Corral, S. (2011). *BAS-II. Escalas de aptitudes intelectuales*. Madrid: TEA Ediciones.

Asociación riojana de padres de niños hiperactivos. Disponible en: <http://www.arpanih.org/>

Ávila, A. (1986). Una contribución a la evaluación de obsesiones-compulsiones: una revisión del Inventario de Obsesiones de Leyton y el Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudlsey. *Psiquis, VI*, 66-74.

Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1973). *Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics*. *Behaviour Research and Therapy*, 11(4), 619-628.

Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1987): *Tratamiento de hábitos nerviosos*. Barcelona: Martínez Roca.

Babbitt, R. L.; Hoch, T. A.; Coe, D. A.; Cataldo, M. F.; Kelly, K. J.; Stackhouse, C.; y Perman, J. A. (1994). Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 15(4), 278-291.

Bados, A. (1995). *Los tics y sus trastornos. Naturaleza y tratamiento en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. y Breton C. M. (2010). *Hijos desafiantes y rebeldes*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Berg, C. J.; Rapoport, J. L.; y Flament, M. (1985). The Leyton Obsessional Inventory: child versión. *Psychopharmacol Bull*, 21(4), 1057-1059.

Bonet, T.; Solano, C.; y Soriano, Y. (2006). *Aprendiendo con los niños hiperactivos un reto educativo*. Madrid: Ediciones Paraninfo.

- Bragado, C. (2009). *Enuresis nocturna. Tratamientos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Bragado, C. (2013). *Encopresis*. Madrid: Pirámide.
- Brickenkamp, R. (2002). *D2. Test de atención*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bruni, O.; Ottaviano, S.; Guidetti, V.; Romoli, M.; Innocenzi, M.; y Cortesi, F. (1996). The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *J Sleep Res*, 5, 251-61.
- Buela-Casal, G.; Carretero-Dios, H.; y De los Santos-Roig, M. (2002). *Test MFFT20 de Impulsividad-Reflexividad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Buysse, D.J.; Reynolds, C.F.; Monk, T. H.; Berman, S. R.; y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new Instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Res*, 28, 193-213.
- Caballo, V. E. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2008). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2013). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Pirámide.
- Cáceres, J. (1995). *Cómo ayudar a su hijo si se hace pis en la cama*. Madrid: Siglo XXI.
- Casals, R. (2011). *Prevenir el fracaso escolar desde casa*. Barcelona: Editorial Graó de Irif.
- Cash, R.E. (2004). Depresión en niños y adolescentes: información para padres y educadores. *National Association of School Psychologists*, 37-40.
- Castillo i Carbonell, M.; Clapés, G., Corominas, J.; Ramón E.M.; y Tubilleja, R. (2006). *Cómo evitar el fracaso escolar en Secundaria. Recursos*. Madrid: Narcea Ediciones y MEC.
- Çayan, S., Doruk, E., Bozlu, M., Duce, M.N., Ulusoy, E. y Akbay, E. (2001). The assessment of constipation in monosymptomatic primary nocturnal enuresis. *International Urology and Nephrology*, 33(3), 513-516.

- Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Corral Gargallo, P. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Perez, J.R. Fernandez, C. Fernandez, I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Cuetos, F.; Rodríguez, B.; Ruano, E.; y Arribas, D. (2014). *Prolec-r. Batería de evaluación de los Procesos lectores, revisada*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cuetos, F.; Ramos, J. L.; y Ruano, E. (2004). *PROESC. Batería de Evaluación de los Procesos de Escritura*. Madrid: TEA Ediciones.
- de la Cruz, M. V. (1980). *Test de copia de una figura compleja*. Madrid: TEA Ediciones.
- de los Reyes, A. y Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131, 4, 483-509.
- del Barrio, V. (2008) *Tratando depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- del Barrio, V. y Aluja, A. (2009). *STAXI-NA*. Madrid: TEA Ediciones.
- del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). *CDI: Inventario de Depresión Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Diges, M. (1997). *Los falsos recuerdos: sugestión y memoria*. Barcelona: Paidós.
- Diges, M.; Moreno, A.; y Pérez-Mata, N. (2010). Efectos de sugestión en preescolares: capacidades mentalistas y diferencias individuales en sugestionabilidad. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 235-254.
- DuPaul, G. J.; Power, T. J.; Anastopoulos, A. D.; y Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. Nueva York: Guilford.
- Estivill, E. (2002). *Método Estivill. Guía rápida para enseñar a dormir a los niños*. Madrid: Debolsillo.
- Estivill, E. y de Béjar, S. (1996). *Duérmete, niño*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Fariz, M.; Mías, C. D.; y Borges de Moura, C. (2011). Comportamiento agresivo y terapia cognitivo-comportamental en la infancia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Dir. y Coord.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.

Farré, A. y Narbona, J. (1998). *EDAH. Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones.

Fawcett, A. J. y Nicholson, R. I. (2011). *DST-J. Test para la Detección de la Dislexia en Niños*. Madrid: TEA Ediciones.

Federación Española de Asociaciones para la Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. *El niño con Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad. TDAH: Guía práctica para padres*. Madrid: Laboratorios Lilly. Recuperado de http://www.lilly.es/global/img/ES/PDF/Gua-TDAH_padres.pdf

Ferber, R. (1993). *Solucione los problemas de sueño de su hijo*. Barcelona: Medici.

Fernández-Pinto, I.; Santamaría, P.; Sánchez-Sánchez, F.; Carrasco, M. A.; y del Barrio, M. V. (próxima publicación). *SENA. Sistema de Evaluación para Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.

Fernández-Zúñiga, A. (2014). *Habilidades del terapeuta de niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Garaigordobil, M. (2004). *Programa Juego 10-12 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 10-12 años*. Madrid: Pirámide.

García-López, R.; Perea-Milla, E.; Romero-González, J.; Rivas-Ruiz, F.; Ruiz-García, C.; Oviedo-Joekes E.; y de las Mulas-Bejar, M. (2008). Adaptación española y validez diagnóstica de la Yale Global Tics Severity Scale. *Revista Neurología*, 46(5), 261-266.

Gavino, A. (2002). *Problemas de alimentación en el niño. Manual práctico para su prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Gavino, A. (2006). *Mi hijo tiene manías*. Madrid: Pirámide.

Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo. Manual práctico de tratamientos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Gillis, J. S. (2003). *CAS. Cuestionario de ansiedad infantil*. Madrid: TEA Ediciones.

Godoy, A.; Gavino, A.; Valderrama, L.; Quintero, C.; Cobos, M. P.; Casado, Y.; Sosa, M. D.; y Capafons, J. I. (2011). Estructura factorial y fiabilidad de la adaptación española de la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para niños y adolescentes en su versión de autoinforme (CY-BOCS-SR). *Psicothema*, 23(2), 330-335.

Golden, C. J. (1994). *Stroop: test de colores y palabras*. Madrid: TEA Ediciones.

Goldstein, A. P.; Sprafkin, R.; Gershaw, N. J.; y Klein, P. (1989) *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.

González, J.; Fernández, S.; Pérez, E.; y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones.

González Cabanch, R.; González-Pienda, J. A.; Rodríguez Martínez, S.; Núñez Pérez, J. C.; y Valle, Arias, A. (2004). *Estrategias y técnicas de estudio*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

González Pineda, J. A.; Núñez Pérez, J. C.; Álvarez Pérez, L.; y Soler Vázquez, E. (2002). *Estrategias de aprendizaje. Concepto, evaluación e intervención*. Madrid: Pirámide.

Goyette, C. H.; Conners, C. K.; y Ulrich, R. F. (1978). Normal data on revised Conners Parent and Teachers Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.

Hernández-Guanir, P. (2015). *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.

Hormaechea, J. A.; Uribarri, A.; y Ubierna, J. (2006). *El héroe hiperactivo*. Madrid: Laboratorios Lilly, S.A.

Huebner, D. (2008). *Qué puedo hacer cuando... estallo por cualquier cosa*. Madrid: TEA Ediciones.

Huebner, D. (2008). *Qué puedo hacer cuando... me preocupo demasiado*. Madrid: TEA Ediciones.

Huebner, D. (2009). *Qué puedo hacer cuando... me da miedo irme a la cama*. Madrid: TEA Ediciones.

Jiménez González, J. E. (2001). *Psicología de las dificultades de aprendizaje*. Madrid: Síntesis.

Kerwin, M. E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(3), 193-214.

Korkman, M.; Kirk, U.; y Kemp, S. (2007). *NEPSY-II. Escala de Evaluación del Desarrollo Neuropsicológico*. Madrid: Pearson.

Larroy, C. (2011). *Mi hijo no me obedece. Soluciones realistas para padres desorientados*. Madrid: Pirámide.

Larroy, C. y De la Puente, M. L. (1995). *El niño desobediente. Estrategias para su control*. Madrid: Pirámide.

Levine, M. D. y Barr, R. (1980). *Encopresis evaluation system*. Boston: Children's Hospital Medical Center, Division of Ambulatory Pediatrics.

Llavona, L. M. y Méndez F. X. (2012). *Manual de psicología familiar. Un nuevo perfil profesional*. Madrid: Pirámide.

Loening-Baucke, V. (1996a). Encopresis and soiling. *Pediatric Clinics of North America*, 43(1), 279-298.

Macià, D. (2007). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar*. Madrid: Pirámide.

Macià, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Mariah, K. (2011). *Animales rabiosos*. Madrid: TEA Ediciones.

Martin, G. y Pear, J. (2011). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Editorial: Pearson Prentice Hall.

McGrath, K. H.; Caldwell, P. H.; y Jones, M. P. (2008). The frequency of constipation in children with nocturnal enuresis: a comparison with parental reporting. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 44, 19-27.

Mena Pujol B.; Nicolau Palou, R.; Salat Foxi, L.; Tort Almeida, P. y Romero Roca, B. (2006). *Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH*. Barcelona: Mayo ediciones.

Méndez, F. X. (1998). *El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X. (1998). *El niño miedoso*. Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X.; Espada, J. P.; y Orgilés, M. (2006). *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*. Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X.; Llavona, L. M.; Espada, J. P.; y Orgilés, M. (2013). *Programa FORTIUS. Fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales*. Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X. y Macià, D. (1986) Tratamiento de una fobia infantil mediante "escenificaciones emotivas". *Anales de Psicología*, 3, 33-41.

Méndez, F. X.; Orgilés, M.; y Espada, J. P. (2004) Escenificaciones emotivas para la fobia a la oscuridad: un ensayo controlado. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 505-520.

Méndez, F. X.; Orgilés, M.; y Espada, J. P. (2008). *Ansiedad por separación. Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X.; Orgilés, M.; y Rosa, A. I. (2005) Los tratamientos psicológicos en la fobia a la oscuridad: Una revisión cuantitativa. *Anales de Psicología*, 21(1), 73-82.

Michelson, L.; Sugai, D. P.; Wood, R. P.; y Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.

Miller, L. C.; Barret, C. L.; Hampe, E. y Noble, H. (1972): Revised anxiety scales for the Louisville Behavior Check List. *Psychological Reports*, 29, 503-511.

Mindel, J. A.; Kuhn, B.; Lewin, D. S.; Meltzer, L. J.; Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 126-1273.

Monjas, M. I. (1996). *Programa de Enseñanza de Interacción Social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.

Moreno, G. (2002). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.

Montañés, F. y de Lucas Taracena, M.T. (2006). *Hiperactividad, Déficit de Atención y conducta desafiante. Guía psicoeducativa y de tratamiento. Manual práctico para padres y profesionales*. Barcelona: Ars Medica.

National Institute for Health and Care Excellences (NICE). *Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care, 2015*. Recuperado de <http://www.nice.org.uk/guidance/cg28>

O'Brien, S.; Repp, A. C.; Williams, G. E.; y Christophersen, E. R. (1991). Pediatric feeding disorders. *Behavior Modification*, 15(3), 394-418.

Olivares, J.; Rosa, A. I.; Caballo, V. E., García-López, L. J.; Orgilés, M.; y López-Gollonet, C. (2003) El tratamiento de la fobia social en niños y Adolescentes: Una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11(3), 599-622.

Olivares, J.; Rosa, A. I.; y Olivares, P. J. (2006). *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo*. Madrid: Pirámide.

Ollendick, T. H. (1983): Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.

Orgilés, M.; Rosa, A. I.; Santacruz, I.; Méndez, F. X.; Olivares, J.; y Sánchez-Meca, J. (2002) Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: Terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*, 11(3), 481-502.

Orjales Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.

Orjales Villar, I. (2010). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.

Orjales Villar, I. y Polaino Lorente, A. (2007). *Programa de Intervención cognitivo-conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: CEPE.

Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y Terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.

Pérez de Pablos, S. (2003). *El papel de los padres en el éxito escolar de los hijos*. Madrid: Santillana Ediciones Generales.

Pozar, F. F. (2002). *IHE. Inventario de Hábitos de Estudio*. Madrid: TEA Ediciones.

Romero, E.; Villar, P.; Luengo, M. A.; Gómez Fraguera, J. A.; y Robles, Z. (2013). *EmPeCemos. Programa para la intervención en problemas de conducta infantiles*. Madrid: TEA Ediciones.

Rosa, A. I. (2012). *El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia. Una guía de desarrollo en la familia*. Madrid: Pirámide.

Rosa, A. I. y Olivares, J. (2010). *El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Sacristán, J. (2002). *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide.

Sandín, B.; Chorot, P.; Valiente, R.; y Santed, M. (1998). Frecuencia e intensidad de los miedos en los niños: datos normativos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 3(1), 15-25.

Santacreu, J. (1985). *Enuresis: evaluación y tratamiento*. En J. A. Carrobbles (Ed.), *Análisis y modificación de conducta II*. Madrid: UNED.

Santacreu, J. (2010). *Protocolo de actuación en la Enuresis*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_enuresis.pdf

Santacreu, J.; Shih Ma, P.; y Quiroga, M. A. (2012). *DiViSa. Test de discriminación*

visual simple de árboles. Madrid: TEA Ediciones.

Sattler, J. M. (2003). *Evaluación infantil: aplicaciones conductuales y clínicas. Volumen II*. México: El Manual Moderno.

Sattler, J. M. (2003). *Evaluación infantil: aplicaciones cognitivas. Volumen I*. México: El Manual Moderno.

Schroeder, C. y Gordon, B. (2002). *Assessment and treatment of childhood problems. A clinician's guide*. Nueva York: The Guilford Press.

Segura, M. (1994). *Habilidades sociales en la escuela*. Las Palmas de Gran Canaria: ECCA.

Seisdedos, N. (2014). *CDS: Cuestionario de Depresión para Niños*. Madrid: TEA Ediciones.

Serrano, I. (2006). *Agresividad infantil*. Madrid: Pirámide.

Servera, M. (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide.

Servera, M. y Llabrés, J. (2004). *CSAT. Tarea de Atención Sostenida en la Infancia*. Madrid: TEA Ediciones.

Silva, F. y Martorell, M. C. (1987). *BAS. Batería de Socialización*. Madrid: TEA Ediciones.

Sosa, C. D.; Capafóns, J. I.; Conesa-Peraleja, M. D.; Martorell, M. C.; Silva, F.; y Navarro, A. M. (1993). Inventario de miedos. En F. Silva y M. C. Navarro (Eds.), *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil (EPIJ)* (vol. III, pp. 99-124). Madrid: Mempa.

Spielberger, C. D. (2001). *STAIC. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en niños*. Madrid: TEA.

Suárez Yáñez, A. (1995). *Dificultades en el aprendizaje. Un modelo de diagnóstico e intervención*. Madrid: Santillana, Aula XXI.

Taylor, E.; Schachar, R.; Thorley, G; y Wieselberg, M. (1986). Conduct disorder and Hyperactivity: I Separation of hyperactivity and antisocial conduct in british child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 149, 760-767.

Thurstone, L. L. y Yela, M. (2012). *CARAS-R. Test de percepción de diferencias*. Madrid: TEA Ediciones.

Toro, J. y Cervera, M. (1980). *TALE. Test de análisis de lectura y escritura*. Madrid: Aprendizaje Visor.

Trianes, M. V.; Blanca, M. J.; Muñoz, A.; García, B.; Cardelle-Elawar, M.; y Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: profesores, iguales y autoinformes. *Anales de Psicología*, 18(2), 197-214.

Trianes, M. V.; Muñoz, A. M.; y Jiménez, M. (2007). *Las relaciones sociales en la infancia y adolescencia y sus problemas*. Madrid: Pirámide.

Valiente, M.; Sandín, B.; Chorot, P.; y Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: Datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15(3), 414-419.

Weir, K. y Duveen, G. (1981). Further development and validation of the prosocial behavior questionnaire for use by teachers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 357-374.

Wechsler, D. (2003). *WISC-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para niños*. Madrid: TEA Ediciones.

Wechsler, D. (2012). *WPPSI-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria*. Madrid: Pearson

Wood, R.; Michelson, L. y Flynn, J. (1978). Assessment of assertive behavior in elementary school children. Presentado en la reunión anual de la asociación para el avance de la terapia de conducta, Chicaco, Noviembre. (traducción castellana en L. Michelson, D. Sugai, R. Wood y A. Kazdin (1983). *Las habilidades sociales en la infancia* (p. 203-210). Barcelona: Martínez Roca).

ANEXO I. DESARROLLO INFANTIL NORMATIVO

RPIMERA INFANCIA (0-2años)																									
MESES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
MOTOR	Gruesa	<ul style="list-style-type: none"> Cabeza erguida Gira hacia los lados Se mantiene semi-erguido 			<ul style="list-style-type: none"> Se sienta sin ayuda del adulto Trata de gatear (sobre estómago) Se para y da "saltitos" con apoyo. 			<ul style="list-style-type: none"> Se queda parado sin ayuda Gatea bien Da algunos pasos inseguros 						<ul style="list-style-type: none"> Camina bien Corre y se cae Trata de trepar a los muebles Comienza el control de esfínteres 						<ul style="list-style-type: none"> Corre bien Trepa (le cuesta bajar) 					
	Fina	<ul style="list-style-type: none"> Agarra un objeto, sacude sonajero 			<ul style="list-style-type: none"> Agarra objetos con toda la mano 			<ul style="list-style-type: none"> Utiliza los dedos, incluida la presión en pinza (pulgar e índice) Puede usar los dedos de las manos para comer 						<ul style="list-style-type: none"> Utiliza herramientas simples (cuchara, rotulador grande) Puede usar los dedos para desenroscar, abrir puertas 											
COGNITIVO	SENSORIO-MOTOR	Reflejos	Reacciones circulares secundarias (RR a persona y objetos)				Reacciones circulares terciarias (más creativos, 1º con la acción, 2º con las ideas)																		
			Reacciones circulares primarias	Coordinación y asimilación de reflejos <i>Ej.: chupar chupete ≠ teta (para beber)</i>	RR con propósito <i>Ej.: Buscar algo, tirar de un mantel para coger un juguete</i>	Experimentación y ctas. innovadoras <i>Ej.: Tirar de la cadena y mirar que pasa</i> <i>Dejar caer cosas, arrojarlas, desarmarlas</i>						Primeros símbolos, imitación diferida, conservación del objeto. <i>Ej.: dar de comer a muñeca, hacer que una caja es un camión e imitar ruido de motor</i>													
	PERCEPCIÓN	Desarrollo temprano y rápido							≅ Funcionalmente a edad adulta. Susceptible a modificación por experiencia																
ATENCIÓN	Preferencia por caras y objetivo en movimiento Atención cautiva							Atención voluntaria (según experiencia)																	
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	Llanto/comunicación refleja		Arrullos		Vocalizaciones			Balbuceo: vocales estereotipadas <i>Ej.: "mama", "papa"</i>						Holofrástica: ≅ 50 - 100 palabras (sustantivos) Eclosión de vocabulario						2 palabras (sustantivo-verbo, sustantivo-verbo-sustantivo)		Telegráfica			

SOCIO-AFECTIVO		Innatas Llanto y satisfacción	Rn ^{to} De ee + y – Sonrisa Social Susto/ansiedad	Risa/ curiosidad Enojo: si no consigue objetivo	Desarrollo de Apego Recelo hacia extraños Ansiedad de separación	Miedo a todo lo inesperado. Necesidad de familiarizarse	Con la Autoconciencia, aparece: pena (empatía), orgullo, vergüenza y culpa Regulación emocional → Disminuye expresión enfado y llanto						
INFANCIA (2-6 años)													
AÑOS		2		3		4		5		6			
MOTOR	Gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Patea y arroja pelota • Sube escaleras sin apoyo, poniendo un solo pie en cada escalón. • Baja • Salta separando ambos pies del sitio • Monta en triciclo • Se pone una camiseta y se abrocha y desabrocha los botones • 			<ul style="list-style-type: none"> • Baja escaleras sin apoyo, poniendo un pie en cada escalón • Salta a la pata coja (5 saltos aprox.). • Atrapa pelota arrojada despacio • Se viste sin ayuda 			<ul style="list-style-type: none"> • Buen control de la carrera: arrancar, parar y girar • Salta en altura y en longitud • Marcha, golpea, aplaude, canta con ritmo 			<ul style="list-style-type: none"> • Lanza y coge pelotas como niños ya mayores • Anda en bicicleta, patines • Hace una voltereta 		
	Fina	<ul style="list-style-type: none"> • Copia formas simples (un círculo), dibuja líneas y hace dibujos con contornos 			<ul style="list-style-type: none"> • Usa la tijeras para cortar • Utiliza en tenedor para comer • Dobla papel, usa punzón para picar, colorea formas simples • Copia la mayoría de las letras • Vierte líquido sin derramarlo • Se cepilla los dientes 			<ul style="list-style-type: none"> • Copia formas difíciles (números, letras, triángulo, rombo) • Se lava la cara y peina • Usa cuchillo, matillo, destornillador 			<ul style="list-style-type: none"> • Barre con la vista una página impresa, moviendo los ojos sistemáticamente en la dirección apropiada • Se ata los zapatos • Dibuja y escribe con una mano • Escribe palabras simples 		
	Control des esfínter fecal y diurno del esfínter vesical				Control total de esfínteres								
COGNITIVO	PRE-OPERATORIO	<p>Juego simbólico: evocar lo que no está → imitación diferenciada, juego simbólico, lenguaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> • EGOCENTRISMO → Confusión entre punto de vista propio y ajeno/dificultad <i>Ej.: Se tapa la cara como si eso la convirtiera en invisible, No concibe que lo que a ella le gusta no le guste a otro</i> • CENTRACIÓN → dirigir la atención a un solo rasgo. <i>Ej.: Hay más agua en un vaso alto y fino que en uno ancho y bajo</i> • ESTADOS Y TRANSFORMACIONES → Presta más atención a los estados (presentes que pasados o futuros) q a las transformaciones. <i>Ej.: Si la misma cantidad de agua se pasa de un vaso ancho y bajo a uno largo y fino creen que hay más agua en el segundo.</i> • IRREVERSIBILIDAD → incapacidad de comprender el carácter invariante de una transformación mediante una operación mental inversa o compensatoria → INVERSIBILIDAD: comprende que es la misma cosa o cumple la misma función pese a posibles cambios de apariencia. • REALISMO → Las cosas son lo que aparentan ser en la percepción inmediata. Los fenómenos insustanciales (sueños, pensamientos) son entidades tangibles <i>Animismo</i>: atribuir vida a seres inanimados/ <i>Artificialismo</i>: todo está hecho por el hombre (lagos, montañas, etc.) /<i>Finalismo</i>: todo está hecho para el hombre (mar para bañarnos) 											

		<p>• RAZONAMIENTO TRANSDUCTIVO → Procede por analogías inmediatas, no por deducción. A partir de un hecho saliente, el niño lo asimila a otra situación sacando una conclusión errónea. Relaciona acontecimientos que ocurren a la vez o próximos en el tiempo, pasa de lo particular a lo particular. <i>Ej.: - Juan tiene gripe... seguro que yo también voy a tener gripe ¿Por qué? ¡¡Porque me llamo Juan!!</i>, “No he merendado, o sea que todavía no es la tarde”</p>				
	ATENCIÓN	<p>Controlabilidad → Mejora, pero limitado en este período Adaptabilidad y Flexibilidad → Aprenden a cambiar criterios de similitud entre EE (forma, color, tamaño). Cambio de atención de tareas que están en dos campos visuales distintos (con ayuda). Estrategia atencional Estrategia atencional → Deficiencias de producción (no utilizan), control (baja eficacia si la utilizan) y utilización (la emplean pero no eficazmente) Planificación → Se inicia (<i>Ej.: buscar un juguete por donde lo ha visto antes</i>). Dedicar poco tiempo y no reflexionan. Mejoran eficacia con ayuda.</p>				
	MEMORIA					
L E N G U A J E	HABLA	<p>Vocabulario: 100-2000 p. Oraciones: 2-6 p. (incompletas) Gramática: plurales, pronombres, muchos sustantivos, verbos, adjetivos Preguntas: muchas preguntas “¿Qué es esto?”</p>	<p>Vocabulario: 1000-5000 p. Oraciones: 5- 20 p. Gramática: conjunciones, adverbios, artículos Preguntas: muchas preguntas “¿por qué?”</p>	<p>Vocabulario: 3000-10000 p. Oraciones: 5-20 p. Gramática: proposiciones dependientes “¿no es cierto?” al final de las oraciones Preguntas: el pico de las preguntas “¿Por qué?”; también muchas preguntas “¿cómo?” y “¿cuándo?”</p>	<p>Vocabulario: 5000-20000 p. Oraciones: interminables (“...y... quien...y... que...y...”) Gramática: compleja, a veces pasiva (hombre mordido por un perro); subjuntivo (“si yo estuviera...”) Preguntas: incluye sobre diferencias (hombre/mujer, joven/viejo, rico/pobre)</p>	
	ESCRITURA	<p>- Imita trazos verticales y garabatos circulares - Imita el trazo horizontal y el círculo en el dibujo</p>	<p>- Sostiene un lápiz con los dedos - Copia un trazo vertical - Copia un trazo horizontal - Copia un círculo</p>	<p>- Copia una cruz - Dibuja una forma de diamante</p>	<p>- Copia un cuadrado y un triángulo - Dibuja un hombre con seis u ocho partes - Traza letras de molde</p>	<p>- Copia un triángulo y una estrella - Dibuja un hombre con ocho o diez elementos, incluyendo brazos y piernas en dos dimensiones y con los dedos detallados</p>
	LECTURA				<p>- Recita el alfabeto en orden - Nombra las letras mayúsculas y minúsculas - Puede leer palabras sencillas - Lee su propio nombre</p>	<p>- Lee palabras de una sílaba - Articula sonidos que empiecen por consonante, si alguien se lo pide - Al final de los seis años, lee frases sencillas</p>
SOCIO-AFECTIVO	<p>Aumenta regulación emocional (inhibir, aumentar, dirigir, modular) gracias a un juego cada vez más social, coordinando propios deseos con los del otro. Niños: peleas → regulan agresividad // Niñas: juego sociodramático → participando en roles sociales, dominando miedos. ALERTA ! → Agresión (rechazo social) relacional (insultos) e intimidación (físico) Importante estilos de crianza: expresión de afecto, estrategias de disciplina, comunicación y expectativas de madurez.</p>					

	Conocen diferenciación de sexo. Prefieren jugar con niñ@s de su sexo.	Toman conciencia de diferencia de género (juego, vestimenta, compañero de juego, carreras futuras) → estereotipos. Confusión genero-sexo. Ej.: (un niño) Soy una niñas por llevas pantis.						
SEGUNDA INFANCIA (6-12 años)								
AÑOS		6	7	8	9	10	11	12
BIO-SOCIAL		Importancia de la prevención : OBESIDAD, FRACASO ESCOLAR, DIFICULTADES SOCIALES Se hace relevante niñ@s con necesidades especiales (motor – obesidad/asma y cognitivo). Mejora de todas las habilidades motoras (motricidad fina y gruesa) → coordinación, motivación y práctica				Se inicia la pubertad Niñas: aumento producción hormonal, aparece bello púbico y aumento de peso, aparece “botón” mamario. Niños: aumenta de producción hormonal, del tamaño testículos y escroto, aparece bello púbico.		
C O G N I T I V O	OPERACION AL CONCRETO	IDENTIDAD → Comprensión de que las RELACIONES CUANTITATIVAS (forma, peso, volumen, cantidad) entre dos objetos permanecen INVARIABLES, se conservan, a pesar de que se produzca en uno de ellos una TRANSFORMACIÓN perceptiva. Adquisición progresiva 1º Cantidad (7años), 2º peso (9 años), 3º (11 años) CLASIFICACIÓN → clasifica objetos que difieren entre sí en una o más propiedades (color, forma, animales, frutas). Comprensión de la relación entre clase y subclase: Capacidad para manejar los cuantificadores (“algunos” / “todos”). Cuantificación de la inclusión : Se presentan objetos que pueden dividirse en clases y subclases. SERIACIÓN (de Objetos: Propiedades -tamaño...-, de Acontecimientos -Temporal, de Preferencias) → Se evalúa la habilidad para establecer RELACIONES ASIMÉTRICAS y TRANSITIVAS entre los elementos de un conjunto para ORDENARLOS (de alguna manera). Adquisición progresiva (no seriación, seriación empírica, seriación). NOCIÓN DE UNIDAD / MEDIDA (espacial / temporal) → SÍNTESIS ORIGINAL Y NUEVA de las estructuras de CLASIFICACIÓN Y SERIACIÓN. Importancia de la NOCIÓN DE CONSERVACIÓN Inicialmente la ORDENACIÓN NUMÉRICA está ligada Adquisición progresiva (1º ordenación numérica ligada a disposición espacial de los elementos, 2º no coordina información de longitud y densidad, 3º coordina todo) CONCEPTOS ESPACIALES → (Horizontalidad, Rotación, Ordenación.)						
	Moral	Desarrollo Moral progresivo → por interacción social						
	Memoria	Mejora: memoria inmediata. La memoria remota: alta confusión con la <i>fuentes</i> (real, fabulación...). Cuanto más saben de un área más información pueden retener respecto esa área.						
	Función ejecutiva	Desarrollo de la función ejecutiva (coordinación de atención selectiva, recuperación estratégica, meta-cognición y regulación emocional)						
LENGUAJE		Desarrollo de la pragmática (palabras y su contexto). Capaces de producir CAMBIO DE CÓDIGO .						
SOCIO-AFECTIVO		Pares : Cobran importancia → Comparación social / Cultura infantil (sus normas). ATENCIÓN!! Agresividad/víctima Padres : disminuye la dependencia. Indispensables para: necesidades básicas; fomentar aprendizaje; ayudar a desarrollar seguridad, dignidad, autoestima; favorecer relaciones con sus pares, asegurar armonía y estabilidad → todas las familias son buenas sin cumplen esto (no importa estructura) REVELACINA PODER ECONÓMICO . Facilidad para afrontar problemas.						
ADOLESCENCIA (12 Y 18?)								
AÑOS		12	13	14	15	16	17	18
BIO-SOCIAL	Mujeres	Crecimiento máx. masa muscular y órganos (ensanche caderas) Menarquia	Primera ovulación	Cambio voz	El vello púbico adquiere la distribución definitiva	Las mamas se desarrollan por completo		

	Varones	Espermarquia, aumento de peso	Máximo crecimiento en estatura	Crecimiento máx. masa muscular y órganos (ensanche hombros)	Cambio de voz. Aparición de barba			El vello púbico adquiere la distribución definitiva
	Pubertad	Hormona → conducta adolescente ← Comportamiento de los otros (ambiente social y cultural) ALERTA ¡! Sexo (seguro y agresiones); Consumo de drogas; Modificaciones corporales – Trastornos alimentación						
C O G N I T I V O	Estilo	Egocentrismo adolescente → Mito de invencibilidad () / Mito personal (vida única heroica)						
	Operacional Formal		Pensamiento hipotético → posibilidades que pueden no representar la realidad // Deductivo → de lo general a lo concreto					Pensamiento pos-formal → combina emoción y lógica
		Pensamiento intuitivo (de creencias y emociones)-formal (analítico de la razón – pros y contras-) → Economía cognitiva						
Educación	Problemas: Alta exigencia → Baja motivación / Abandono escolar.							
SOCIO-AFECTIVO	Uno mismo: Identidad (de género) Pares: Relevancia de la aceptación/aprovación social, pertenencia a un grupo (presión del grupo). Padres: Conflicto → Brecha generacional (estilo, ropa, pelo, música...), Control parental // Atender → comunicación, apoyo Sentimientos: Tristeza / enojo → Atención ¡! Suicidios y Transgresión de normas.							

Desarrollo control postural: adquisición de motricidad gruesa

	Edad en la que el 50% de los niños lo consiguen	Márgenes de edad en los que el 90% de los niños lo consiguen
Cabeza erguida	2 1/2 meses	3 semanas - 4 meses
Tumbado boca abajo, se apoya en los antebrazos y levanta la cabeza	2 meses	3 semanas - 4 meses
Puede pasar de estar de lado a estar boca arriba (Rueda)	2 meses	3 semanas - 5 meses
Se mantiene senado con apoyo	3 meses	2-4 meses
Coge un objeto cúbico, cilíndrico o esférico usando toda la mano	4 meses	2-6 meses
Puede pasar de estar boca arriba a estar hacia un lado	4 1/2 meses	2-6 meses
Se puede pasar un objeto de una mano a otra		
Se mantiene sentado sin apoyo	7 meses	5-9 meses
Se sujeta de pie apoyándose en algo	7 meses	5-9 meses
Al coger objetos opone el pulgar al resto de los dedos		
Gatea	8 meses	6-11 meses
Se sienta sin ayuda; agarrándose a algo puede ponerse de pie	8 meses	6-12 meses
Anda cuando se le lleva cogido de la mano. Presión en pinza	9 meses	7-13 meses
Se mantiene de pie sin apoyos	11 meses	9-16 meses
Camina por sí solo	12 meses	9-17 meses
Apila dos objetos uno sobre otro. Garabatea	14 meses	10-19 meses
Camina hacia atrás	15 meses	12-21 meses
Sube escaleras con ayuda	16 meses	12-23 meses
Da saltos sin moverse del sitio	23 meses	17-29 meses

Reflejos

REFLEJO	CARACTERIZACIÓN	EDAD DE DESAPARCIÓN
Succión	Se coloca un objeto (p.e. un dedo) entres los labios del bebé y éste chupa rítmicamente	De refleja → voluntaria 4 meses
Hociqueo	Se estimula con un dedo la mejilla del bebé, que girará la cabeza buscando con la boca la fuente de estimulación	De refleja → voluntaria 4 meses
Presión palmar o aferramiento	Se coloca algo en la palma de la mano del bebé y éste cierra la mano con fuerza	De refleja → voluntaria 4 meses
Andar automático	Se coge al bebé bajo las axilas, asegurándose que las plantas de su pie reposen sobre una superficie plan. El bebé flexiona y extiende las piernas como si estuviera andando.	2-3 meses Aparecerá de nuevo como cta. voluntaria

Moro	Cuando se produce un sobresalto (ruido o dejarlo sobre la cama), arquea el cuerpo, flexiona pierna, extiende los brazos y luego los pone sobre su tronco como si se abrazara.	Abraza → pronto Resto → 4 meses (reduce intensidad)
Babinski	Con un objeto punzante, se hace una diagonal en la planta del pie del bebé. El pie se dobla y sus dedos se abren en abanico.	Hasta ≈ 1 año
Natatorio	Dentro del agua, el bebé patalea rítmicamente, al tiempo que sostiene la respiración	4-6 meses
Tónico del cuello	Tumbado el bebé gira la cabeza hacia un lado; adopta entonces una posición de esgrima: extiende el brazo del lado al que mira y flexiona el otro brazo por detrás.	< 4 meses

Desarrollo de la inteligencia sensorio-motor

ESTADIOS	CARACTERIZACIÓN
Estadio I (0 - 1 mes)	Reflejos: succionar, agarrar, mirar, escuchar
Estadio II (1 - 4 meses)	Primeras adaptaciones adquiridas, esquemas simples, <i>reacciones circulares primarias</i> (asimilación y coordinación de reflejos). Ej.: succionar chupete ≠ a pezón. Succionar para beber. Inicio <i>reacciones circulares secundarias</i> (respuestas a personas y objetos)
Estadio III (4 - 8 meses)	Empieza a percibir una relación entre lo que hace con sus manos y aquello que visualiza. Ej.: patalear para mover algo, golpear para hacer ruido. Imitan lo que saben hacer. Ej.: dar palmas.
Estadio IV (8 - 12 meses)	Adaptación y anticipación: responder a las personas y objetos con un propósito. El niño puede prever lo que va a suceder sin llegar a la deducción. Ej.: el niño busca un objeto que se esconde bajo un cojín, tira de una cuerda para conseguir un objeto Inicio <i>reacciones circulares terciarias</i> (más creativos, 1º con la acción, 2º con las ideas)
Estadio V (12-18 meses)	Se produce el inicio de conductas activas de experimentación y el descubrimiento de medios nuevos. Se producen conductas innovadoras e imprevistas. Ej.: Tirar cosas en el inodoro y luego tirar de la cadena
Estadio VI (18 - 24 meses)	Internalización de las acciones, aparición de los primeros símbolos, conservación del objeto incluso con desplazamientos invisible, imitación diferida. Ej.: dar de comer a una muñeca, hacer que una caja es un camión e imitar el ruido del motor mientras lo arrastra por el suelo.

Desarrollo de la percepción:

SISTEMA	CARACTERIZACIÓN	EDAD APARICIÓN
Visual	Siguen un EE que se mueve en determinadas condiciones Reflejo defensivo ante algo que se les acerca Distingue entre algunos colores	0 a 3-4 semanas
	Visión de borrosa a nítida. Agudeza visual (profundidad y tridimensionalidad) → le permite ver caras y diferenciarlas.	3 meses
	Percepción visual ≈ adulto (Constancia forma y tamaño)	6 meses
Auditiva	Preferencias a la voz humana Discriminación de la propia lengua, voz materna, sonidos muy similares	Desde nacimiento
	Discriminación tono emocional	2-3 meses
	Calculo de distancia del objeto por sonido y cta. Pro-estimulo	6 meses
Táctil	Reflejos (succión, hociqueo, Babinski) Sensibilidad al dolor y a EE agradables	Desde nacimiento
	Exploración con labios y boca (cuando ya cogen objetos)	3-4 meses
	Exploración táctil cobra más importancia	6-7 meses
Olfativa		Prenatal
Gusto		Prenatal
Inter-sensorial	Interconexión incipiente Vista-Oído, Vista-Tacto	Desde nacimiento
	Vista-Oído (preferencia concordancia visual-auditiva)	4 meses
	A medida que mejora cada sentido, mejora la interconexión	6 meses

Desarrollo del Lenguaje

ESTADÍO	EXPRESIÓN	EDAD
Llanto / Comunicación refleja	Llanto y sonidos vegetativos. Sonidos vocálicos, sonoros, de larga duración, grita cuando tiene sensaciones displacenteras. Final del 1º mes sonidos vocales entre a y e. Final del 2º mes, sonidos guturales: e-je, ek-je...	0-2 meses
Arrullos	Se producen situaciones placenteras y sonidos vocálicos y consonánticos muy nasales. Final del 3º mes, primeras cadenas de sílabas (pre-balbuceo).	2-4 meses
Alerta al sonido, se va orientado hacia la fuente que lo emite.		

Vocalizaciones	Aumenta la capacidad bucal favoreciendo el mayor movimiento de la lengua, permitiendo realizar movimientos más finos en la articulación. Le gusta producir sonido y se da un incremento de las vocalizaciones.	4-7 meses
Balbuceo	Aparecen producciones más largas que son la repetición de sílabas estereotipadas. Ej.: “papá”, “mamá”,... produciendo curvas de entonación. Las vocalizaciones se dan más aumentadas cuando la interacción se da con un adulto que en el juego con un objeto. Imitación sonora correcta de sílabas conocidas. Primeras sílabas con sentido.	7-12 meses
Comprende NO, se orienta hacia su nombre, asocia palabras con significados, comprende los gestos que acompañan a las vocalizaciones.		
Holofrástica	Primeras palabras habladas reconocibles	12 meses
(una palabra = pensamiento completo)	Desarrollo lento del vocabulario, hasta unas 50 palabras	13-18 meses
	Eclosión de vocabulario, tres o más palabras aprendidas/día. Gran variabilidad	18 meses
2 palabras	Primeras frases de 2 palabras	21 meses
Telegráfica	Frases con varias palabras. La mitad de las expresiones son de 2ó+ palabras. <ul style="list-style-type: none"> • Límite longitudinal. • Ausencia de artículos, preposiciones, conjunciones,... • Ausencia de características gramaticales: número, género... • Ausencia de concordancia en el uso de verbos. • Alta frecuencia de palabras de contenido vs. de función. 	24 meses

ANEXO II. MODELO DE ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA ENCOPRESIS (BRAGADO, 1998)

