



**Universidad
Europea** MADRID

Caso clínico del Trastorno Negativista Desafiante Infantil

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora Paula Fañanás Mata

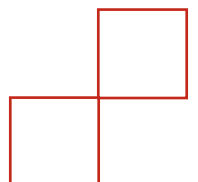
Tutor/a Lidia Budziszewska

Fecha de realización del trabajo

28/02/2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

Se presenta un estudio de caso de un chico de 13 años que acude a consulta privada por petición de sus padres por conductas de ira. La evaluación constó de 8 sesiones y se emplearon la entrevista, autorregistros y cuestionarios. A partir de los resultados obtenidos se diagnosticó de Trastorno Negativista Desafiante, cumpliendo los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), cuya prevalencia es muy alta y supone un problema para el correcto desarrollo de los niños. Se realizó un tratamiento cognitivo-conductual con una duración de 22 sesiones. Se utilizaron técnicas como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el autocontrol, la planificación de actividades agradables o la mejora de las habilidades sociales. Con los padres se realizó una psicoeducación y escuela de padres. En este trastorno es fundamental el trabajo conjunto con los padres y la escuela. Los resultados mostraron una mejoría, por lo que se puede afirmar que las técnicas aplicadas fueron eficaces.

Palabras clave

Trastorno Negativista Desafiante, cognitivo-conductual, ira, reestructuración cognitiva.

Abstract

A case study is presented of a 13-year-old boy who came for private consultation at the request of his parents for angry behaviour. The assessment consisted of 8 sessions and used interviews, self-recording and questionnaires. Based on the results obtained, a diagnosis of Negative Defiant Disorder was made, meeting the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), the prevalence of which is very high and poses a problem for the proper development of children. Cognitive-behavioural treatment was carried out for 22 sessions. Techniques such as psychoeducation, cognitive restructuring, self-control, planning pleasant activities or improving social skills were used. Techniques such as psychoeducation and school for parents were used with the parents. In this disorder it is essential to work together with parents and school. The results showed an improvement, so it can be affirmed that the techniques applied were effective.

Keywords

Oppositional Defiant Disorder, cognitive-behavioral, anger, cognitive restructuring.

Índice

Resumen/Abstract	2
1. Introducción	5
Prevalencia	6
Comorbilidad	6
Etiología	6
Evaluación	8
Tratamiento	9

CASO CLÍNICO

2. Identificación del paciente y motivo de consulta	12
3. Estrategias de evaluación	13
4. Formulación clínica del caso	17
Hipótesis	17
Modelo explicativo	19
Cadenas conductuales	19
Análisis topográfico	21
Definición operativa	22
5. Tratamiento	23
6. Valoración del tratamiento	27
6.1 Adherencia al tratamiento	27
6.2 Consecución de los objetivos	28
6.3 Dificultades	29
7. Discusión y conclusiones	30
Discusión	30
Limitaciones	31
Investigaciones futuras	32
Conclusiones	32
8. Referencias	34
9. Anexos	37



Índice de Figuras

Figura 1. Autorregistro	13
Figura 2. Cadena conductual 1	19
Figura 3. Cadena conductual 2	20
Figura 4. Análisis topográfico	21
Figura 5. Definición operativa de las conductas	22

1. Introducción

Los trastornos del comportamiento representan un frecuente y grave problema en nuestra sociedad actual y suelen provocar desajustes familiares y problemas escolares de importante relevancia (Emberley y Pelegrina, 2010), por ello son trastornos relevantes e interesantes de estudiar. En ocasiones se suele confundir si se están produciendo episodios de agresividad o rebeldía propia de ciertas edades o si son episodios persistentes en el tiempo y necesitan intervención psicológica.

Barkley y Benton (2000) definieron el término “desafiante” como el comportamiento en el que el niño muestra resistencia física o verbal a la hora de realizar una actividad, mostrándose desobediente ante los padres, profesores u otros adultos.

Uno de los trastornos del comportamiento que más prevalece es el Trastorno Negativista Desafiante (TND), el cual se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) como un patrón persistente de enfado, irritabilidad y discusiones o actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano. Dichas conductas dificultan el desarrollo emocional, social y académico del menor.

Por otro lado, el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10) explica que se caracteriza por un comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador y subversivo, que esta claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y del contexto. Tendiendo a oponerse a las peticiones o reglas de los adultos.

Por último, como aclaración, existe una controversia entre la diferencia del trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de conducta (TC), por lo que la mayoría de autores han llegado a la conclusión de que el TND aparece como la forma leve del TC. Es importante que la detección e intervención comiencen lo más pronto posible.

Prevalencia

En cuanto a la prevalencia, según la APA (2014), la media estimada fue del 3,3%, variando según la edad y el género. A nivel nacional, un estudio llevado a cabo en España, obtuvo un porcentaje del 4,2 y siendo significativamente superior en niños que en niñas, con una proporción de 4:1 (López-Villalobos, J.A., López-Sánchez, V., Andrés-De Llano, J.M. Et al. 2015). Otros estudios anteriores estiman que la prevalencia se encuentra entre el 2% y el 16% (APA, 2000; Jensen et al., 1995; Maughan, Rowe, Messer, Goodman y Meltzer, 2004; Pelham, Gnagy, Greenslade y Milich, 1992). Otro autores obtienen un 8,7% para el TND (Kashani et al., 1987).

Comorbilidad

El TND es un trastorno con una comorbilidad alta con otros trastornos. El más común que aparece junto con el TND es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o el consumo de sustancias. Los autores Stringaris y Goodman (2009) también lo asocian con una posible predicción de depresión y ansiedad.

Etiología

En cuanto a los factores de riesgo encontramos que el factor genético ejerce una gran influencia, con una probabilidad del 68% si existen antecedentes (Acosta, 2007). Como factores individuales encontramos el temperamento, que se define como la incapacidad de los individuos para regular sus emociones, presentando una baja tolerancia a la frustración. También influye un bajo rendimiento académico, problemas médicos o déficits de habilidades sociales. El estilo parental educativo es inadecuado, como propusieron Darling y Steinberg en 1993, existen cuatro estilos educativos, el democrático (comunicación asertiva, alto nivel de afecto y de exigencia) , el permisivo (flexibilidad, alto afecto y baja exigencia), el autoritario (normas rígidas, bajo afecto y alta exigencia) y el negligente (indiferencia, bajo afecto y exigencia). En este caso el estilo parental parece permisivo, más por parte del padre, ya que la madre si que le pone ciertas normas y castigos y pero el padre se las quita. Autores

como Portugal y Araúxo, 2004, explicaron el refuerzo negativo que ejercen los padres cuando complacen los deseos de sus hijos por evitar las rabietas.

También encontramos factores genéticos y biológicos, una serie de marcadores neurobiológicos. Los factores que exponen Arnal et al., (2001), son el género, los factores perinatales, cerebrales y bioquímicos, así como la dieta.

Los factores prenatales y peri-natales como problemas emocionales de la madre durante el embarazo, falta del oxígeno en el parto, el consumo de sustancias durante el embarazo, un nacimiento prematuro o bajo peso al nacer también pueden ser facilitadores de la aparición de un trastorno de conducta (Ruiz Díaz, 2010).

Por otro lado, los factores del entorno como la clase social, el aislamiento, grupos de iguales conflictivos o cambio de colegio o ciudad. Por otro lado, la influencia de sus pares, los niños con conductas negativistas suelen tener problemas sociales y se relacionan con niños con su misma problemática (Arseneault, 2010). Relacionado con esto, los padres refieren que Alberto comenzó con estas conductas mediante un proceso de modelado de otro niño de la clase, el cual realizaba acciones disruptivas que sus compañeros de clase le reían.

En relación a este último párrafo, la teoría del aprendizaje explica la aparición de conductas desadaptativas aprendidas en el entorno del niño. Plantea que las comportamientos agresivos del niño son el resultado de conductas utilizadas por personas de su entorno. Además, cuando estas personas responden a las conductas desadaptativas mostrando atención lo que consiguen es que se produzca un refuerzo positivo, favoreciendo su repetición.

A continuación, se desarrollan los modelos explicativos que explican el TND:

La pirámide evolutiva

Lahey y Loeber (1994), explican en su modelo que no es posible comprender un patrón conductual desadaptativo sin tener en cuenta su evolución, que además no es aleatoria. Explican que muchos niños muestran conductas oposicionistas, pero que solo algunos emitirán en número suficiente de conductas para que se considere un trastorno de comportamiento.

En la base de la pirámide aparecen las conductas sintomáticas para el TND, siendo conductas leves, y según va aumentando su gravedad se asocia a un TC.

Modelo del procesamiento de la información social de Dodge

El modelo que propone Dodge (1993) se basa en el procesamiento de la información. Según este modelo las experiencias del niño cuando es pequeño se establecen en la memoria como estructuras de conocimiento, por lo que experiencias desadaptativas tempranas provocan modelos agresivos. La exposición del niño a modelos agresivos, abusos o patrones de apego inseguro hacen que pueda interpretar el mundo como un lugar hostil y actuar en su defensa.

Modelo de Patterson de interacción coercitiva

Patterson (1983), explica que el análisis de las secuencias de interacción familiar muestra la presencia de conductas inadecuadas y que van aumentando mediante los reforzadores que recibe el niño por parte de los padres. Este modelo explica que la influencia familiar y del entorno social permite desarrollar procedimientos de entrenamiento de padres que quieren modificar las conductas desadaptativas.

Evaluación

Existen una serie de instrumentos que sirven para evaluar el Trastorno Negativista Desafiante, como las entrevistas o los cuestionarios de autoinforme. Las principales entrevistas estructuradas son la “Guía de entrevista clínica para adultos” de M. Muñoz (2002) o Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach (CBCL – ASEBA): para evaluar el patrón de comportamiento agresivo así como los problemas sociales. También encontramos las Escalas de evaluación conductual en las que un informador indica la presencia, frecuencia y gravedad de las conductas del niño (Angulo, et al., 2007).

En cuanto a las escalas utilizadas por los docentes encontramos el test ESPERI, cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes o el cuestionario de conducta de Connors para Profesores (CTRS-39) que mide la presencia de TDAH.

Para la evaluación con el paciente se utilizan escalas como el Youth Self-Report (YSR), elaborado por Achenbach, que ofrece información sobre diversas competencias y problemas de conducta. Debido a que el TND tiene una alta comorbilidad con el TDAH es recomendable realizar una prueba para confirmar o descartar su presencia, para ello existen numerosos cuestionarios como el D2, que evalúa la atención selectiva y la concentración, la Escala de Magallanes de Atención Visual, que valora la calidad de la atención y la atención sostenida.

Tratamiento

El tratamiento que se propone para el TND interviene tanto en el paciente como en sus familiares y en la escuela.

En primer lugar, se hará una psicoeducación, tanto con los padres como con el niño sobre la orientación del problema y una devolución del análisis funcional. Es importante que los padres ejerzan como modelos del comportamiento. Para ello, en 2002, Caballo y Simón, explicaron en su manual de psicología clínica infantil y del adolescente, que la intervención ha de ser activa, hay que dotar a los padres de habilidades de afrontamiento y se tiene que trabajar en diferentes contextos.

La terapia de interacción padre-hijos (PCIT), propuesta por Barkley, trata problemas de la infancia a través del juego y métodos clásicos operantes. Esta ha resultado ser efectiva en el tratamiento del trastorno negativista desafiante, demostrando un cambio significativo en el comportamiento de los niño (Ferro, et al., 2010).

En el trabajo con los padres, uno de nuestros objetivos es realizar un entrenamiento parental en el manejo de conductas basado en los principios del aprendizaje social, se ha demostrado que el uso del refuerzo/consecuencias (condicionamiento operante) para modificar las conductas de los niños es de gran utilidad (Feldman & Kazdin, 1995).

En relación a la intervención con el paciente es fundamental realizar un entrenamiento del manejo de la ira, en la que se le dotará de habilidades de afrontamiento y sociales, estableciendo rutinas y reglas, con refuerzo positivo y recompensas se ha demostrado que se reducen los comportamientos disruptivos (Ferguson, Houghton y Stherland, 2008). Una técnica del semáforo es una de las herramientas más sencillas y eficaces para el manejo de la ira en niños. El objetivo principal es enseñar a los niños a identificar y controlar la ira. Al principio se lo explicaremos dibujando un semáforo y le explicaremos que el rojo significa que tiene que detenerse, esto sucederá cuando el niño se encuentre enfadado, y a continuación deberá esperar a que cambie de color. El amarillo implica que tiene que reflexionar y encontrar cuál es la mejor solución al conflicto y, por último, el verde cuando encuentre una solución asertiva significa que puede continuar.

Uno de los tratamientos del TND más habituales y nombrados en la mayoría de los estudios es el programa de Russell Barkley. Este programa consta de ocho pasos que pretenden modificar la conducta del niño, las relaciones sociales y la mejor convivencia en casa. Para que sea efectivo hay que elaborar una lista de conductas que debe cumplir el niño y una serie de premios o castigos. Los pasos son los siguientes:

1. Ofrecerle atención positiva.
2. Utilizar el poder de su atención para que cuando la tengamos conseguir que obedezca.
3. Dar órdenes de manera eficaz, sin que sean confusas.
4. Enseñarle a no interrumpir actividades.
5. Establecer en casa un sistema de recompensa con fichas.
6. Aprender a castigar las conductas disruptivas de manera constructiva, sin emplear gritos o agresividad.
7. Utilizar el tiempo fuera de manera adecuada, es de gran utilidad cuando el niño no realiza las actividades que se le pide.
8. Aprender a controlar las conductas desadaptativas en lugares públicos.

Por otro lado, el tratamiento psicológico para el Trastorno Negativista Desafiante que propone la Asociación Americana de Psicología (APA) consta de las siguientes premisas. En primer lugar debe existir una adecuada alianza terapéutica tanto con el niño como con sus padres. Hay que tener en cuenta los aspectos culturales y considerar si es necesaria la colaboración con un psiquiatra. La información recogida debe ser recogida del paciente, sus padres y profesores. Es recomendable el uso de instrumentos o entrevistas en la evaluación y seguimiento. Siempre hay que realizar un plan de tratamiento individualizado y las intervenciones tienen mayor efectividad si son largas.

Otro organismo, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE), encargado de desarrollar guías de tratamientos para el sistema público de salud del Reino Unido, también cuenta con una guía sobre conducta antisocial y trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. Explica que es necesario que las conductas disruptivas se produzcan de manera reiterada y persistentes. Según sus recomendaciones el tratamiento farmacológico está contraindicado para niños con este trastorno. Por el contrario, recomienda el tratamiento dirigido a padres y los programas de terapia cognitiva de solución de problemas.

Terapia farmacológica

No existe evidencia sobre que la medicación sea efectiva en el tratamiento para el TND. Sin embargo, en los niños que presentan comorbilidad con el TDAH si que se ha demostrado que mejora la conducta y los síntomas oposicionistas (NICE, 2008).

Caso clínico

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

El paciente es un chico de 13 años, al que llamaremos Alberto (nombre ficticio para garantizar el anonimato cumpliendo con la Ley Orgánica de Protección de Datos), que acude a sesión acompañado de sus padres. Los padres solicitan ayuda debido a los constantes ataques de ira en los que su hijo grita, empuja, golpea o da portazos. Estos ataques aparecen cuando Alberto no consigue lo que quiere o cuando intenta llamar la atención de sus compañeros de clase y la frecuencia de dichas conductas es diaria.

Vive en Madrid con sus padres y con sus dos hermanos, siendo él el mediano. Tiene buena relación con su hermano pequeño (10), con el que comparte habitación, mientras que con su hermano mayor (17) tiene más discusiones y peleas. En relación a sus padres refiere mejor vínculo con su padre, ya que siempre le acaba levantando los castigos y se siente más comprendido por él que por su madre. La unidad familiar también la componen los abuelos paternos, de los que no tenemos más información, solo que su abuela le suele apoyar en sus decisiones, igual que el padre. Actualmente se encuentra cursando primero de la ESO.

Los padres creen que los problemas comenzaron a raíz de imitar a un compañero de clase cuando estaba en segundo de primaria, ya que actualmente realiza las mismas conductas con el objetivo de conseguir la aprobación de sus compañeros y las conductas se fueron incrementando en frecuencia e intensidad.

En cuanto a tratamientos anteriores, Alberto recibió ayuda psicológica hace 4 años que terminó abandonando por la mala relación entre los padres y el psicólogo. Acudía una vez al mes y estuvo tomando medicación (Rubifen) durante dos meses. Este medicamento se receta a niños y adolescentes para el TDAH, pero lo dejó de tomar cuando abandonaron el tratamiento psicológico y actualmente se descarta ese diagnóstico. Por otro lado, acude al endocrino periódicamente para controlar su talla ya que come compulsivamente y a escondidas.

La apariencia del niño es agradable y limpia, viste de manera informal con prendas deportivas. Se muestra tímido en las primeras sesiones, dirigiendo la mirada al suelo, contestando con monosílabos y mostrándose inquieto. Parece entender las preguntas que se realizan durante la sesión. Cuando se pregunta a Alberto cuáles son sus objetivos de acudir al

psicólogo refiere tener expectativas de mejora en la relación con sus padres si cambia sus conductas agresivas.

3. Estrategias de Evaluación

Existen numerosas herramientas para evaluar el TND. Para comenzar es de gran utilidad recabar información a través de varias fuentes distintas, realizando entrevistas tanto a los padres como en la escuela. Por ello, se realizó una entrevista semi-estructurada de una hora de duración, en dos sesiones consecutivas siguiendo la “Guía de entrevista clínica para adultos” de M.Muñoz (2002), en la que se fue recogiendo información acerca de las conductas que emitía y lo que le llevaban a hacerlas, lo que sentía en el momento y qué consecuencias tenían sus actos. Durante las primeras sesiones se realizó una evaluación de las secuencias funcionales mediante un autorregistro (Figura 1) que se cumplimentaba en sesión.

Figura 1

DÍA Y HORA	SITUACIÓN	¿QUÉ SIENTO? (0 – 10)	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ HAGO?	¿QUÉ OCURRE DESPUÉS?

Durante la primera sesión (21/05/2018) se observó que Alberto era un niño tímido, desviaba la mirada y contestaba con monosílabos, entiende perfectamente las preguntas y aunque refiere no saber muy bien cual es la función del psicólogo, sí que sabe porque está ahí, ya que refiere “mis padres me han traído porque a veces me porto mal”. Tras observar estas reacciones se inicia una interacción por medio de juegos. En esta sesión se comienza la evaluación mediante la entrevista y se le pide para casa que piense en algún problema que quiera solucionar y en juegos que le apetezcan.

En la entrevista con los padres, la madre refiere que Alberto duerme poco, suele acostarse bastante tarde y muestra malestar ante el desacuerdo que tiene con su marido a la hora de establecer normas y castigos, ya que el padre siempre les quita los castigos o no los cumple.

En la siguiente sesión (número 3 y 4), se emplearon tests como la escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC- IV) (Weschler, 2014), una prueba estandarizada para medir la inteligencia en niños y adolescentes, menores de 16 años, que cuenta con una alta fiabilidad y validez tanto en su versión original como en la traducción al castellano. Está formado por 15 pruebas, 10 principales y 5 opcionales y analiza áreas cognitivas como la comprensión verbal, visoespacial, el razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, además de proporcionar un cociente intelectual (CI) total. Dicha prueba se realizó en dos sesiones y en la que el paciente se mostró colaborativo y con interés. También se mandaron tareas para casa como los autorregistros mencionados anteriormente, para buscar los desencadenantes de los arrebatos y se analizó una situación conflictiva que habían tenido en casa durante esa semana. Al producirse los conflictos sabe el motivo y qué lo está haciendo mal pero refiere no saber cómo solucionarlo.

En la sesión 5, se trabajó con la Escala Tácticas de Conflictos, creada por Straus en 1979, con el objetivo de medir la violencia en su entorno. Esta escala tiene dos versiones, en este caso se utilizó la de padres e hijos y mide la agresión física, psicológica y técnicas de disciplina no violentas. Mide los comportamientos tácticos de conflictos tanto del niño como de sus padres.

Para la evaluación de la percepción que tiene Alberto sobre el estilo educativo de sus padres se utilizaron la Escala de Afecto versión hijos (EA-H) y la Escala de Normas y Exigencias (ENE-H) (Fuentes, Motrico y Bersabé, 1999). La primera mide el afecto-comunicación y la crítica-rechazo de los padres hacia sus hijos, mientras que la segunda mide si las normas o exigencias se aplican de forma inductiva, rígida o indulgente. También se aplicaron los inventarios de Pensamientos Relacionados con la Ira-Hostilidad (IPRI) e Inventario de Actitudes y Creencias Relacionadas con la Ira-Hostilidad (IACRI) (Magán, 2010).

Durante la sesión 6, para evaluar la existencia de TDAH se empleó la Escala Magallanes de Atención Visual (EMTDAH) (García y Magaz, 2011), que evalúan la calidad de la atención y la atención sostenida, los resultados mostraron que no tiene problemas atencionales.

Por otro lado, se utilizaron tests adaptados al español como el Youth Self-Report (YSR) (Achenbach, 1991), se trata de un autoinforme para las obtener información sobre las conductas y los problemas sociales en niños y adolescentes. Consta de dos partes, la primera evalúa competencias sociales, deportivas y académicas y la segunda conductas adaptativas y conductas problema. Cuenta con escalas que miden la conducta agresiva, la ansiedad o depresión, problemas de atención, comportamientos antisistema, problemas sociales o problemas somáticos. La fiabilidad test-retest del YSR ha sido confirmada por varios estudios realizados en España (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menendez, 1992). La consistencia interna también ha dado resultados satisfactorios (Lemos et al., 1992).

De este mismo autor, Achenbach, junto con Rescorla, utilizamos la escala “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Achenbach y Rescorla, 2001) . Esta escala evalúa la presencia de psicopatología en el niño en los últimos 6 meses. El inventario de compone de 120 ítems que miden el aislamiento, la ansiedad o depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conductas de romper normas y conductas agresivas y lo divide en trastorno interioridad o exteriorizado. Este cuestionario es cumplimentado por los padres..

Por último, en la sesión 8, se aplicó el Reactive-Proactive Aggression Questionnaire (RPQ) (Raine et al., 2006), un test muy utilizado en este tipo de trastorno, para medir la agresión reactiva, derivada de las conductas que han sido suscitadas por una provocación o amenaza, y la agresión proactiva, que son aquellas acciones desencadenas intencionalmente para resolver un conflicto o para obtener un beneficio. La reactiva es más impulsiva, mientras que la proactiva está más planificada. Según un estudio de Andreu et al.(2009), con una muestra de 732 adolescentes de la Comunidad de Madrid, este instrumento tiene una alta validez y fiabilidad para medir ambos tipos de agresión.

Resultados de las pruebas de evaluación

De las pruebas de evaluación se obtuvieron los siguientes resultados. Del WISC se obtuvieron resultados dentro de la media, sin destacar mucho en ninguno, siendo el de dígitos (PD: 24) en el que obtuvo mayor puntuación y adivinanzas (PD: 12) el que menos. Al convertir las puntuaciones directas y escalares podemos observar que en dígitos se sitúa por encima de la media, mientras que en adivinanzas está por debajo de la media. A pesar de estar por debajo de la media en adivinanzas, en el resto de categorías que pertenecen a la comprensión verbal obtuvo buenos resultados. Gracias a la evaluación del TDAH mediante la Escala de Magallanes se descartó dicha problemática.

Las escalas realizadas a Alberto sobre la crianza que ejercen sus padres obtuvimos un mayor afecto por parte de su madre (desviación típica afecto-comunicación = 7.96), que por parte de su padre (DT=10.11) y una mayor rigidez para poner las normas y exigencias. Se obtuvo un alto valor clínico en relación a la baja tolerancia a la frustración y al pensamiento de afrontamiento de la ira, esto nos podría indicar que Alberto lo ha aprendido de su padre.

En la Escala YSR la mayoría de los ítems obtuvieron un valor clínico normales, sin mostrar problemas afectivos, de ansiedad, aislamiento o problemas de atención, mientras que si que se obtuvo un resultado patológico en problemas de pensamiento, con un valor T de 71.

A partir del gráfico (anexo 1) obtenido de la escala CBCL observamos que los problemas sociales tienen una puntuación situada en el rango patológico, aunque muy cerca del límite, en los ítems de conducta oposicionista desafiante y conductas agresivas, englobadas en la categoría de problemas sociales (Puntuación T = 73).

Por último, la escala RPQ para medir la agresión reactiva o proactiva, en el que se obtuvo una desviación en la referida a la agresión reactiva.

4. Formulación clínica del caso.

El problema principal que manifiesta Alberto son las conductas exageradas de ira reactiva ante la negativa de sus padres o profesores de alguna petición que desea. Demuestra una clara falta de habilidades para el control de la ira y el manejo emocional. Además, estas conductas también se emiten con el fin de ganarse el afecto de sus compañeros, evidenciando una falta de habilidades sociales.

Estos problemas comienzan cuando Alberto estaba en segundo de primaria y tenía un compañero que realizaba dichas conductas y los compañeros se reían, por lo que él, mediante un modelado, comenzó a emitirlas con el mismo fin. Las conductas se fueron incrementando con el paso del tiempo tanto en frecuencia como en intensidad, ya que comenzaron siendo peleas leves o discusiones con sus hermanos de manera esporádica, pero actualmente la frecuencia es la siguiente:

- Varias veces al día: insultos, romper objetos y gritos.
- Varias veces por semana: portazos, protestas, agresiones físicas y desobediencia.
- Ocasionalmente: hurtos.

El episodio más grave que Alberto nos cuenta fue una vez que se enfadó con su hermano y rompió el ordenador de una patada.

Hipótesis

Hipótesis de origen

El problema de Alberto pudo haber sido predispuesto por la presencia de varias variables, como el entorno educativo, en el que no ha tenido la posibilidad de desarrollar unas buenas habilidades de autocontrol de la ira y tolerancia a la frustración.

Con respecto al entorno familiar, los límites que ponían los padres eran difusos e inconsistentes, haciendo que Alberto siempre consiguiese lo que quería y favoreciendo su baja tolerancia a la frustración, ya que suelen hacer todo por él para evitar las conductas agresivas. Debido a esto el paciente no ha aprendido que hay situaciones en las que no

siempre se tiene que hacer lo que él demanda. Esto también ha favorecido su baja autoestima y la falta de creatividad, ya que está acostumbrado a que lo hagan por él y no ha aprendido a exponerse a ciertas situaciones. El modelo paterno ha provocado que el paciente aprenda ciertas habilidades sociales que no son adaptativas.

El entorno social ha facilitado la aparición de ciertas creencias que justifican las conductas disruptivas, ya que asocia que cuando tiene un ataque de ira y no piensa racionalmente está exento de responsabilidad, aunque cuando deja de sentirlo sabe que lo que ha hecho está mal.

Hipótesis de mantenimiento

Por ello, cuando el paciente se encuentra ante una situación frustrante no ve negativo expresar su ira mediante gritos, insultos o agresiones, debido a la historia previa de aprendizaje. Además, ha aprendido que antes estas conductas recibe consecuencias negativas que no se cumplen, como castigos que le impone la madre y que retira el padre o que él mismo no cumple.

Otro factor que lo mantiene es la liberación que le procede tener estas explosiones, ya que se siente relajado y satisfecho debido a que se ha salido con la suya, refiere también que en el momento álgido de la ira no piensa en los sentimientos de sus padres.

Estas conductas también se mantienen por la relación que tiene con sus pares, ya que las emite con el fin de llamar su atención o incluso por petición de los otros niños y así consigue su aprobación, refiere no saber tener amigos de otra manera.

Por último, el escaso ocio y la falta de habilidades para buscar alternativas o creatividad, que derivan en aburrimiento, le llevan a realizar actividades disociales.

Modelo explicativo

Como factores predisponentes encontramos la falta de acuerdo entre los padres, lo que denominamos falta de contingencia. También influye el modelado que se produjo cuando tenía 6 años y, actualmente, su entorno fomenta que se desarrollen las conductas disruptivas.

Como variables encontramos la baja autoestima, falta de habilidades sociales y el aburrimiento, en presencia de los amigos y ocio pobre, desencadenan las conductas disociales. Por otra parte, la baja tolerancia a la frustración, falta de autocontrol y de habilidades asertivas, la reducción de la activación y la ausencia de castigos, cuando se dan situaciones frustrantes para el paciente se producen las explosiones de ira.

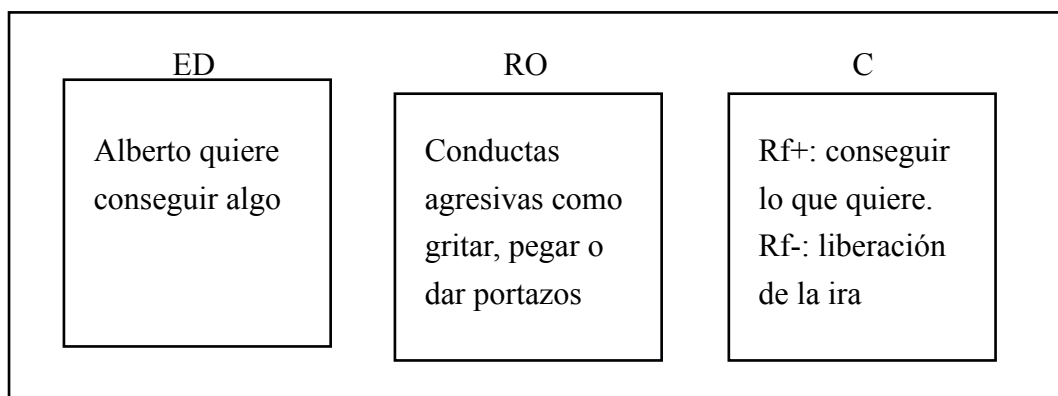
En los anexos podemos observar el modelo explicativo de manera esquematizada (anexo 2).

Cadenas conductuales

En este apartado se explican algunas cadenas conductuales sobre el origen de las conductas del paciente y su posterior mantenimiento.

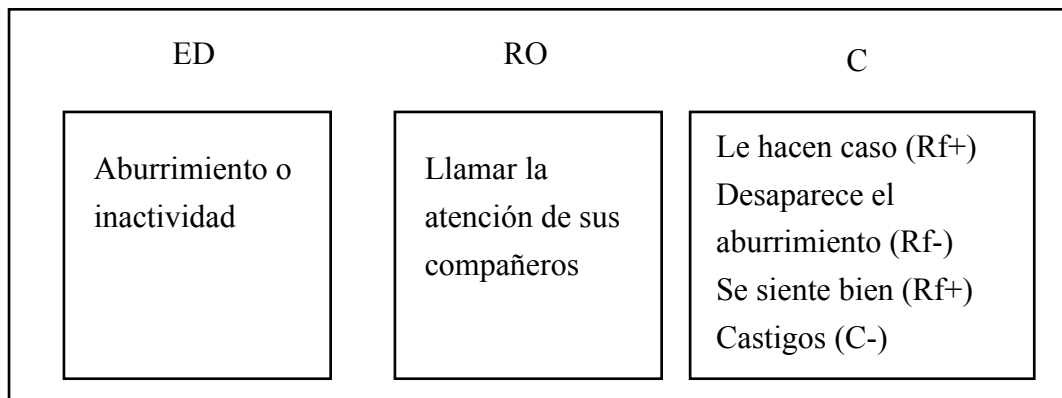
La primera cadena conductual explica el motivo por el cual emite las conductas agresivas (véase Figura 2). Es una secuencia de condicionamiento operante, se muestra como, mediante un aprendizaje previo (a través de condicionamiento clásico), el paciente emite conductas agresivas con el fin de conseguir su objetivo. El estímulo discriminativo (ED) aparece cuando quiera algo, cuya respuesta operante (RO) es emitir la conducta agresiva que provoca que sus padres cedan a su petición con el fin de calmar la situación y esto provoca, como consecuencia (C), obtener lo que el quería (Rf+) y una liberación de la ira (Rf-).

Figura 2



Otra conducta que explica el mantenimiento del problema (Figura 3) se produce en los momento de aburrimiento o inactividad (ED), ante esto Alberto emite conductas para llamar la atención de sus compañeros (Ro) y como consecuencia cuando le hacen caso (Rf+) y se ríen de sus actos produce una desaparición del aburrimiento (Rf-), se siente bien (Rf+) y aunque tiene como consecuencia negativa que le castigan quitándole la consola o prohibiéndole salir (C-), estas consecuencia no las suele cumplir o se lo perdonan con facilidad.

Figura 3



Análisis topográfico

A continuación, en la figura 4, podemos observar un análisis topográfico del caso de Alberto.

Figura 4

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS
<u>Variables predisponentes</u> - Falta de habilidades para el manejo de la ira. - Falta de habilidades sociales. - Falta de contingencias claras entre los padres. - Baja tolerancia a la frustración.	<u>Nivel motor</u> - Insultos. - Gritos. - Conductas disociales. <u>Nivel cognitivo</u> - “Mis padres quieren fastidiarme”. - Verbalizaciones agresivas.	<u>A corto plazo</u> - Descarga emocional (Rf -). - Ausencia de contingencias constantes (Rf +). - Desaparición del estímulo aversivo (Rf -). <u>A largo plazo</u> - Castigos de sus padres (C-). - Sentimientos de culpa (C+). - Problemas sociales (C-).
<u>Variables desencadenantes</u> Remotas: - Modelado de un compañero. - Falta de grupo social de pertenencia. Próximas: - Situación frustrante. - Presencia de compañeros.	<u>Nivel fisiológico</u> - Aumento de la activación. - Tensión muscular.	
<u>Estímulos delta:</u> - Relación con su padre. - Estar fuera de casa.		

Definición operativa de las conductas

En la siguiente tabla (figura 5), se explica de forma esquematizada cuales son los objetivos del tratamiento y las técnicas correspondientes que se van a llevar a cabo para su mejoría.

Figura 5

OBJETIVOS	TÉCNICAS
- Manejo de las conductas por parte de los padres.	- Psicoeducación.
- Orientación al problema y motivación para el cambio.	- Escuela de padres.
- Eliminación de las conductas disruptivas y manejo de la ira.	- Devolución del modelo explicativo.
	- Psicoeducación.
	- Reestructuración cognitiva.
	- Autocontrol.
- Evitar la inactividad y el aburrimiento.	- Técnica del semáforo.
	- Tormenta de ideas.
- Mejora de las relaciones sociales.	- Planificación de actividades agradables.
	- Habilidades sociales. Asertividad.
- Mejora de la autoestima.	- Planificación de situaciones concretas.
	- Búsqueda de puntos fuertes.
- Mantenimiento de lo aprendido.	- Autoinstrucciones.
	- Repaso de las técnicas.
	- Prevención de recaídas.

Como podemos observar, se trabajó con los padres empleando técnicas como la psicoeducación y la escuela de padres. Es muy importante dotar a los padres de habilidades y conocimientos para el manejo y corrección de las conductas desadaptativas del paciente.

Por otro lado, con Alberto se trabajó el manejo de la ira y la eliminación de las conductas disruptivas, la activación conductual para evitar el aburrimiento, la mejora de las habilidades sociales y de la autoestima y, por último, se hizo un repaso de lo aprendido en sesión para comprobar su evolución.

5. Tratamiento

El tratamiento tuvo lugar en una clínica privada, con una duración de 30 sesiones de una hora cada una y una periodicidad de una vez a la semana, después de esto tuvo lugar un seguimiento a los 6 meses de la finalización. La psicóloga trabaja con el enfoque cognitivo-conductual y sin hacer uso de tratamiento farmacológico. Durante las primeras sesiones se realizó la evaluación y la devolución del modelo explicativo y del análisis funcional. Al comienzo de cada sesión se realiza una evaluación del periodo intersesiones, en la que se le pregunta como ha ido la semana, para ofrecer más información de cual es la rutina del paciente y observar los desencadenantes de las conductas desadaptativas u otras problemáticas y poder evaluar si va mejorando de una sesión a la siguiente. Durante la evaluación del WISC el paciente refiere que no le ha resultado difícil en general, pero sí un poco aburrido.

La intervención comienza a partir de la sesión 9, y durante esta se hizo una psicoeducación sobre la ira desde los tres niveles de respuesta (figura 3), psicofisiológicos, motores y cognitivos y se analiza cuales tiene él. Con los padres también se hizo una psicoeducación y se trabajó una serie de pautas para mejorar la ejecución de las acciones de su hijo, lo que se conoce como escuela de padres, en la que se trabaja que mejoren el dialogo y los métodos de crianza. Además, se hizo la devolución del WISC, que se les explicó que Alberto se encontraba dentro de la media, sin destacar en ninguna prueba y obteniendo un poco baja la puntuación de adivinanzas. Al final de la sesión se le pide al Alberto que rellene el autorregistro (figura 1) en casa.

En la sesión 10, Alberto no trajo el autorregistro cumplimentado. En esta sesión se evalúan secuencias funcionales de los episodios agresivos, para ello la psicóloga le pide que describa la última discusión que tuvo con sus padres. Esta discusión se produjo porque el paciente se escapó de casa para ir a una cabaña que está construyendo con sus amigos en un árbol, actividad que le han prohibido sus padres. Él se escapó ya que, cito textualmente “si pido permiso no me van a dejar ir, así que me escapo”. Cuando volvió a casa sus padres ya habían vuelto de trabajar y su hermano pequeño les había dicho donde estaba, como castigo le quitaron el ordenador y le prohibieron salir de casa durante 15 días. Alberto no está

preocupado por el castigo ya que cree que si hace los deberes su padre le dará permiso para ir a la cabaña. Cuando se le pregunta porque cree que sus padres le prohíben ir refiere que es por si le pasa algo y está de acuerdo en que eso puede pasar, pero sigue yendo para pasárselo bien con sus amigos, ya que refiere “no tengo otro sitio donde divertirme”. Se le anima a que busque una solución para este problema pero no se ocurre ninguna. Más adelante se trabajará con él en sesión la búsqueda de actividades alternativas.

Durante la sesión 11, se comienza jugando al fútbolín como refuerzo debido a que ha acudido a sesión con las tareas que se le pidió que realizase en casa. Después, se trabaja el autocontrol, para ello se utiliza la técnica del semáforo, para intentar reducir las “explosiones” y gestionar las emociones negativas. Al ser una técnica muy visual muestra interés y entiende con facilidad en que consiste. Para complementar esta técnica, se comienza a enseñar el modelado para ofrecerle alternativas adaptativas ante situaciones concretas vistas en sesión de situaciones conflictivas. En este caso, durante la semana pasada tuvo una discusión con su madre, debido a que le pidió que no estuviese todo el día con el ordenador y a Alberto le dio igual, refirió no tener nada más que hacer, lo que derivó en gritos y en insultos. Se trabajó como debía haber actuado y cuando está calmado entiende como se sienten sus padres y que no debería actuar así, pero cuando se enfada refiere no pensar en eso.

Sesiones 12 y 13. En la intervención realizada durante estas sesiones se trabajó la mejora de las habilidades sociales y explicación de la asertividad, además de una activación conductual para fomentar que pase más tiempo con niños de su edad y ponga en práctica lo aprendido en sesión de asertividad y autocontrol. En cuanto a la relación con sus compañeros el paciente cuenta que en ocasiones se enfada con ellos si no comparten algo que él les pide, este ejemplo sirvió para trabajar las habilidades sociales y la asertividad y que aprendiese que al estar en sociedad no siempre se puede hacer lo que el quiera. Por otro lado, Alberto cuenta que cuando sus padres le van a regañar él utiliza respuestas de escape, yéndose a su habitación o fuera de casa, por lo que durante las sesiones se intenta reestructurar esto y buscar alternativas para que todos obtengan un beneficio.

En las sesiones 14, 15 y 16 el trabajo se centró en calificar situaciones como conflictivas o no, para averiguar si era capaz de distinguir las, ya que Alberto refiere sentirse mal al emitir conductas violentas porque cree que no debe hacerlo, por lo que al calificarlas

como positivas o negativas podremos hacer una reestructuración cognitiva hacia unos pensamientos más adaptativos. La historia de aprendizaje de las conductas violentas del paciente proceden de un proceso de modelado de un compañero de clase, no hay ningún indicio de que provengan de los padres. Estas conductas comenzaron cuando era más pequeño y un compañero de clase las realizaba y los demás se reían, Alberto, al no tener muchos amigos quiere la aprobación de los demás, por lo que opta por realizar las mismas conductas con el fin de conseguir llamar su atención. Por otro lado, se evaluó un posible consumo, pero no parece existir ningún consumo de sustancias, ni de alcohol, ni de tabaco, ni de ningún otro tipo de drogas. Cuenta que ha probado el alcohol dos veces en su vida, en presencia de sus padres y que no le gustó nada.

Durante las sesiones sesiones 17, 18 y 19 se identificaron los diferentes tipos de violencia y se le enseñó a identificar señales que predicen la conducta violenta, los antecedentes, para así cuando identifique estas señales pueda poner en marcha una parada de pensamiento. Se combina la técnica de parada de pensamiento con la del semáforo para reducir la impulsividad. Cuando se le pregunta por su percepción acerca de los castigos que le imponen contesta que siempre que sean justos lo cumple, pero si no intenta no cumplirlos.

Sesiones 20, 21 y 22. En estas sesiones el paciente acudía con un mejor pronóstico, apenas tenía problemas en la semana y las discusiones eran menores, refería portarse mejor en el colegio y que ese era el motivo por el que se padres se enfadan menos y tenían menos problemas en casa. Además, se trabajó la autoestima de Alberto, para ello se hizo una búsqueda de puntos fuertes, esta técnica resultó muy difícil ya que no era capaz de percibir que tuviese características positivas. Trabajar la autoestima con el paciente es importante ya que juega un papel muy importante en la explicación de la respuesta violenta. Para mejorar su autoestima la psicóloga le ayudó a buscar sus cualidades y se basó en el refuerzo de estas, se hizo un listado de fortalezas y se le pidió que durante esa semana recordase mentalmente cuales eran y creyese en ellas.

En las sesiones de la 23, 24 y 25, se trabajó modelado de situaciones violentas ocurridas durante la semana. El paciente cuenta que durante esta semana tuvo un conflicto en el que agredió a un compañero, esto sucedió cuando no quiso hacer lo que él le había pedido.

Además, esta misma semana tuvo peleas con sus padres. Para trabajar estas situaciones se hizo role-playing de como solucionarlas de manera asertiva y los beneficios de las conductas adaptativas, se basó en escenificar de la misma manera que habían comenzado los conflictos pero solucionándolos de forma asertiva. El paciente se muestra receptivo y comprende lo que debe hacer para que ni sus compañeros se enfaden ni sus padres le regañen, pero en los momentos en los que siente furioso no es capaz de pensar en las consecuencias. Para reducir estos pensamientos que le surgen cuando se enfada se trabajó mediante el uso de autoinstrucciones, se le enseñó que en esos momentos tenía que pararse (también se utilizó la técnica del semáforo), cambiar el foco de atención a otro que no le desagradase y cuando estuviese mejor explicar que es lo que le había molestado o pedirlo sin gritar o pegar.

Durante las sesiones 26, 27 y 28: se hizo una planificación de actividades agradables, ya que en ocasiones el estar aburrido le llevaba a querer llamar la atención mediante acciones violentas. Las actividades agradables surgieron haciendo una tormenta de ideas y surgieron ideas como salir a pasear, jugar al fútbol, ir de aventuras con sus amigos, jugar a la consola o jugar con sus hermanos. Además se hizo una psicoeducación sobre las creencias y los pensamientos.

En las últimas sesiones, de la 28 a la 30, se reflexionó todo lo aprendido en terapia, se volvió a analizar el modelo explicativo y se observaron los cambios que se habían producido, se hizo repaso de las técnicas aprendidas y una prevención de posibles recaídas.

Al cabo de los meses, se realizó una sesión de seguimiento en la que se evaluaron si había tenido recaídas. Por lo que el paciente refirió había mejorado mucho su vida, ya que en casa no tenía problemas, en la escuela no se producían conductas tan graves como anteriormente aunque sí que pequeños problemas típicos de la edad y tenía mejor relación con sus compañeros, consiguiendo haber formado un pequeño grupo de amigos.

6. Valoración del tratamiento

A continuación, se expone la valoración del tratamiento en base a la adherencia y la consecución de los objetivos, así como las dificultades observadas durante el proceso.

6.1. Adherencia al tratamiento

En cuanto a la adherencia al tratamiento se consiguió establecer una buena alianza terapéutica. El paciente acudió a todas las sesiones y fue puntual, esto no sabemos si era motivado por él mismo o era por obligación de sus padres, aunque durante las sesiones parecía estar cómodo e implicado. La psicóloga se fue adaptando a las necesidades del paciente, empleando un lenguaje y unas técnicas adaptadas a su edad. Por su parte, el paciente, se mostró colaborativo y comprensivo durante el tratamiento, manteniendo un papel activo durante toda la intervención, lo que fue fundamental para alcanzar los objetivos. Comenzó yendo a la consulta por petición de sus padres, sin entender muy bien el motivo por el que le llevaban, pero finalmente encontró motivación para el cambio. En algunas sesiones el paciente se mostró sin ganas a la hora de realizar las tareas que se le mandaba hacer en casa, pero cuando se introdujeron los juegos como recompensa su participación mejoró.

Durante la fase de evaluación Alberto mostraba interés y no se mostró reacio a realizar los cuestionarios en ningún momento, incluso mencionó que le parecía entretenido. Por el contrario, si que hubo más dificultad con las tareas que se le mandaba hacer en casa, ya que acudió a algunas consultas sin haberlas realizado y esto supone una limitación para la recogida de información.

En la fase de tratamiento escuchaba y parecía entender las técnicas e intervenciones que se realizaron, colaboraba a la hora de realizar las actividades y tenía motivación porque quería evitar el enfado de su entorno. La técnica que más útil le resultó fue la del semáforo, ya que refería que le calmaba mucho y que le ayudaba a no tener tantas explosiones de ira.

6.2. Consecución de los objetivos

Durante la intervención se consiguieron varios de los objetivos establecidos. El paciente aumentó su conciencia del problema y de las desventajas que implicaba. Consiguió ver que había otras formas de conseguir lo que quería sin perjudicar a terceras personas. Gracias al feedback ofrecido por el paciente y sus padres se pudo comprobar que había mejorado ya que la frecuencia de sus conductas fueron disminuyendo progresivamente. El paciente adquirió las habilidades necesarias para hacer frente a las situaciones que le generaban malestar.

En relación al objetivo de evitar el aburrimiento, que llevaba a cometer conductas disruptivas, también se mejoró encontrando actividades que le motivaban y esto, a su vez, hizo que mejorasen sus relaciones sociales ya que salía más con sus amigos o jugaba con sus hermanos.

En este caso, fue muy útil trabajar con modelado y role-playing. Se utilizaban cada vez que el paciente contaba alguna pelea o discusión que había tenido y se repetían como habían sucedido pero ofreciéndole una respuesta adaptativa. Esto le sirvió para cuando se volvían a producir estas situaciones tenía más herramientas para solventarlas y al haberlas escenificado refería recordarlas con mayor facilidad.

El objetivo más difícil de cumplir y con menor éxito fue la mejora de la autoestima, ya que el paciente tenía poca capacidad de introspección y no era capaz de percibir las acciones buenas que realizaba o sus puntos fuertes, esto puede deberse a que en su casa era más normal que le regañasen por lo negativo que realizaba antes que le premiasen por sus buenas acciones.

En cuanto a la evaluación post-tratamiento, no se volvieron a realizar los cuestionarios o test que se realizaron en el pre-tratamiento. Observamos una mejoraría en cuanto a lo que el paciente refiere y se puede ver en sesión y lo que los padres y la escuela relatan. Alberto comenzó a tener más conciencia de las consecuencias negativas que producían sus conductas y sus padres aprendiendo acerca del trastorno y de como gestionar y comunicarse con su hijo, esto hizo que la comunicación entre todos mejorase y que hubiese un mejor clima. En la

escuela dejaron de castigarle y de llamar a los padres, ya que aprendió que para tener amigos no era necesario emitir conductas disruptivas, demostrándose así una buena adquisición de habilidades sociales. Las conductas agresivas fueron dándose con menor frecuencia e intensidad, hasta las últimas sesiones en la que se le dio el alta cuando estuvo varias semanas sin tener ninguna pelea ni discusión.

6.3. Dificultades

En cuanto a las dificultades, uno de los inconvenientes, como hemos mencionado anteriormente, fue que el paciente no entregase los autorregistros que se le mandaba hacer en casa para poder evaluar el periodo intersesiones, debido a que estos registros son de gran utilidad y ofrecen mucha información. Para solucionar este problema se le empezaron a ofrecer recompensas si lo llevaba hecho, como por ejemplo, jugar al fútbol u algún otro juego un rato al inicio de la sesión.

Además, el no tener resultados post-tratamiento también supone una limitación y resulta perjudicial para el presente estudio, ya que no tenemos datos cuantitativos sobre la mejoría, lo que resulta un inconveniente si queremos hacer un análisis objetivo sobre la eficacia de las técnicas empleadas.

Otra limitación que encontramos al comienzo de la intervención era la timidez del paciente, que hizo que no fuese muy participativo, ya que contestaba con monosílabos, aunque a la hora de realizar la evaluación no hubo problema y luego según fueron avanzando las sesiones y se forjó una buena alianza terapéutica se mostró mucho más abierto y comunicativo.

Otra dificultad, a nivel teórico, ha sido la búsqueda de información, ya que el trastorno tiene diferentes nomenclaturas, lo podemos encontrar como Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno Opositor Desafiante o Trastorno Desafiante y la información es escasa. Esto puede deberse a que es un tema al que no se le ha dado la importancia que le corresponde a pesar de su alta prevalencia. Además, en cuanto a los test hay poca información de ellos en su versión traducida al castellano.

7. Discusión y conclusiones

Discusión

En el presente trabajo se abordó un caso de Trastorno Negativista Desafiante de un niño de 13 años, a partir de la evaluación y su posterior tratamiento. Respecto a la evaluación, se emplearon instrumentos que se encuentra respaldados por la literatura científica y que se han utilizado anteriormente en otros casos de TND, además de cuestionarios que la psicóloga consideraba pertinentes para confirmar o descartar algunas de las problemáticas. En cuanto al diagnóstico, se determinó siguiendo las clasificaciones publicadas en el DSM, uno de los manuales más utilizados en la actualidad. En lo referente al tratamiento, se siguieron las pautas recomendadas para este trastorno propuestas por la APA y el NICE, el tratamiento siguió un enfoque cognitivo-conductual.

Los objetivos propuestos se alcanzaron casi en su totalidad. Durante la evaluación se consiguió obtener toda la información necesaria sobre las conductas y cogniciones que había que modificar y se descartaron otros diagnósticos. Se puso especial atención en el TDAH, ya que como hemos mencionado anteriormente, el paciente estuvo tomando medicación para este trastorno cuando realmente no era un diagnóstico correcto. Actualmente, se abusa en exceso de diagnosticar de este trastorno a niños y adolescentes y se les medica cuando realmente no lo necesitan. Respecto a esta negligencia, hay estudios que demuestran que uno de cada tres diagnósticos de TDAH son incorrectos, siendo una cifra muy elevada y preocupante. Además, la medicación es bastante agresiva y cambia el carácter de los niños, resultando perjudicial para su desarrollo y su vida diaria.

Elegí este tema debido a que me parece muy interesante, no tenía mucho conocimiento sobre él y hemos visto que tiene una alta prevalencia, por lo que cuesta creer que haya tanto desconocimiento y desinterés. Considero que hay muy poca información al respecto y que al comenzar a una edad temprana sería necesario que se observase más y se tuviese más en cuenta para comenzar a intervenir en los niños que la sufran lo antes posible. Es muy importante que las intervenciones sean llevadas a cabo en tres contextos, es decir, con el niño, con la familia y con la escuela. La mejora está muy relacionada con una atención temprana, además se disminuye la probabilidad de que se desarrolle ansiedad, depresión o

una dependencia a alguna sustancia. En relación a mencionado anteriormente, es importante comenzar corrigiendo posibles errores cometidas por los padres, hay que hacer una psicoeducación para que entiendan todas las características y ayuden a su hijo desde la comprensión.

Podemos afirmar que las hipótesis elaboradas eran correctas. La incongruencia observada en el estilo parental y su dificultad para manejar las explosiones de ira de su hijo, provocaban un aumento y mantenimiento de dichas conductas, sobretodo de las agresivas, ya que estas le producían una liberación de la energía que le resultaba relajante. El paciente, tras estas conductas sentía culpabilidad, debido a que era capaz de reconocer que lo que hacía no estaba bien, pero también estaba reforzado por conseguir lo que quería.

Como futuras investigaciones, sería interesante un mayor trabajo con todo el entorno del niño, incluyendo los docentes, los compañeros de clase, padres de otros niños, para que la intervención con los niños que la sufren sea más fácil y efectiva. Podría afirmar que la mayoría de la población sabe que es el TDAH o el trastorno del espectro autista (TEA) y algunas de sus características, sin embargo, el TND es un trastorno muy desconocido a día de hoy.

Limitaciones

Una de las limitaciones para la consecución de los objetivos fue la no realización de los autorregistros, ya que es una técnica muy útil que nos ayuda a obtener una gran cantidad de información objetiva acerca de las cogniciones y las sensaciones que experimenta el paciente. Es cierto que este tipo de técnicas es más difícil llevarlas a cabo con niños ya que lo ven como deberes y lo rechazan.

En cuanto a las dificultades del terapeuta nos encontramos la escasa información sobre cuestionarios adaptadas al español para esta problemática. Como ya hemos mencionado anteriormente, el TND es un trastorno que sufren bastantes niños y que no hay muchos estudios al respecto, por lo que fueron escasos los test suministrados.

Investigaciones futuras

Sería interesante realizar un estudio longitudinal con una muestra más amplia y poder tener resultados que confirmen la eficacia de este tipo de tratamiento.

Por otro lado, se podría investigar sobre la eficacia de un tratamiento desde el enfoque sistémico, ya que como hemos visto, en esta problemática es fundamental el trabajo conjunto con los padres y con el niño. Este enfoque se basa en el estudio e intervención del sistema familiar y sus subsistemas, no solo en la problemática del paciente.

Conclusiones

Como conclusión, podemos afirmar que la terapia cognitivo-conductual ha sido eficaz para el tratamiento del trastorno negativista desafiante. Las técnicas empleadas como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la búsqueda y programación de actividades agradables, el autocontrol, las autoinstrucciones y las habilidades sociales han sido eficaces para tratar la problemática. También se evaluó y se prestó especial atención a los trastornos con los que presenta alta comorbilidad el TDN, se evaluó un posible TDAH, que se descartó, se evaluó si existían indicios de ansiedad o depresión y si había consumo de alcohol, drogas y tabaco.

Quiero recalcar la importancia que tienen los docentes en la detección temprana de este tipo de trastornos que se dan en el aula. Por ello, es muy importante que tengan un conocimiento sobre las distintas problemáticas que sufren los niños y adolescentes y poder detectarlo ante las primeras señales de alerta, así cuando antes se comience a trabajar con los pacientes tendrá un mejor pronóstico de mejora. Con esto se puede evitar que se desarrollen totalmente la problemática y que se adquieran herramientas eficaces para un buen desarrollo vital. Son varios los estudios que demuestran que una detección e intervención precoz determina unos mejores resultados.

La mejoría del paciente se obtuvo sobretodo por la adquisición de técnicas de autocontrol y de aumentar su repertorio de respuestas y habilidades sociales, con lo que se consiguió reducir las conductas agresivas de Alberto.

La historia de aprendizaje del paciente y los estilos diferentes de crianza de los padres explican la adquisición y el mantenimiento de los problemas. Es comprensible que Alberto, un chico con escasas habilidades y con el deseo de tener amigos, comenzase a imitar las conductas de un compañero que conseguía llamar la atención de sus compañeros a través de conductas desadaptativas. Si esto lo sumamos a que cuando su madre le ponía un castigo su padre se lo quitaba, se explica que su forma de relacionarse fuese mediante la agresividad.

En conclusión, es necesario investigar más sobre esta problemática y dotar a los profesores y familiares de conocimiento para que sean capaces de detectarlo y de derivarlo a un profesional de la salud lo antes posible.

8. Referencias bibliográficas

- Andreu, J.M., Peña, M.E. & Ramírez, J.M. (2009). Cuestionario de agresión reactiva y proactiva: un instrumento de medida de la agresión en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 14(1): 37-49.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5. 5^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bersabé, R., Fuentes, M.J., & Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*. 13(4): 678-684.
- Caballo, V.E. y Simón, M.A. (2002). Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Capano, A. & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias psicológicas*, 7 (1): 83-95.
- Eddy, L.S. (2020). Trastornos del comportamiento. *Adolescere*. 8(1): 28-38.
- Emberley, E & Pelegrina, M. (2011) Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema*. 23(2): 215-220.
- Ferro, R., Vives, C., & Ascanio, L. (2010). Aplicación de la terapia de interacción padres-hijos en un caso de trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 15 (3): 205-214. DOI:[10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4098](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4098)
- García-Pérez, E.M. & Magaz. A. (2019). *Escala Magallanes de Atención Visual (EMAV)*. Grupo Albor-cohs.
- Genise, G. (2014). Psicoterapia Cognitivo Conductual en un Paciente con Trastorno Negativista Desafiante. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 13(2): 145-152.
- Lahey, B. & Loeber, R. (1994). Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder. En D.K. Routh (Ed.), *Disruptive behaviour disorders in childhood*. 139-180. New York: Plenum. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1501-6_6

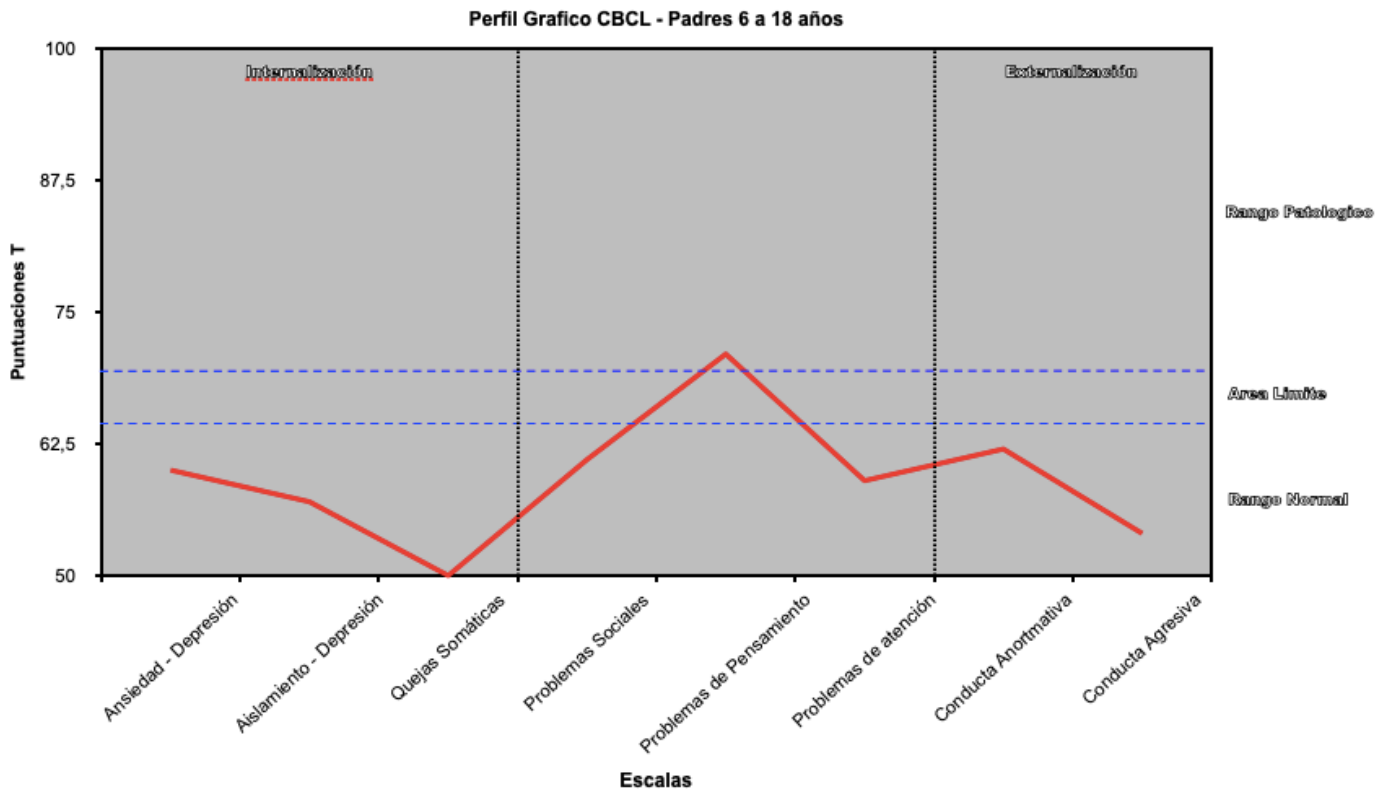
- Lemos, S., Vallejo, G. & Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*. 14(4): 816-822.
- López-Villalobos, J., Andrés, J., Rodríguez, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A.M., Martínez-Rivera, M.T., et al. (2014). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Rev Psiquiatría Salud Mental*. 7(2):80-7. DOI: [10.1016/j.rpsm.2013.07.002](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.07.002)
- Monsalve, A., Mora, L.F., Ramírez, L.C., Razo, V. & Rojas, D.M. (2016). Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. *Revista Ciencia Salud*. 15(1): 105-127. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5384>
- National Institute for Health and Care Excellence (2019). Antisocial behavior and conduct disorders in children and young people: recognition and management. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/resources/antisocial-behaviour-and-conduct-disorders-in-children-and-young-people-recognition-and-management-pdf-35109638019781>
- Ramírez-Perez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2(1): 45-54.
- Rigau, E., García, C. & Artigas, J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de neurología*. 42(2): 83-88. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.42S02.2005818>
- Rizo, A.B. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 1(1): 89-100.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Guía de bolsillo de la clasificación cie-10. 1a ed. Madrid: Médica Panamericana.
- Ortiz, B., Giraldo, C. & Palacio, J. (2008). Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados. *Iatreia*. 21(1):54-62.



- Quy, K. & Stringaris, A. (2017). Trastorno negativista desafiante. *IACAPAP*.
- Rabadán, J.A. & Giménez-Gualdo, A.M. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XXI*. 15(2): 185-212. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70624504006>
- Rodríguez, P.J. (2017). Trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral*. 21(2):73-81.
- Wechsler, D. (2014). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV (WISC-IV): Manual técnico y de interpretación*. TEA.

9. Anexos

Anexo 1



Anexo 2

