



**Universidad
Europea MADRID**

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE COMÓRBIDO A TDAH

Máster de Psicología General Sanitaria

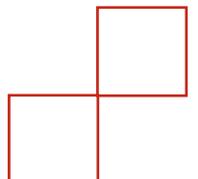
Yaiza García Barea

Tutora: M^a Teresa Ardanaz

Marzo 2021

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

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a Teresa Ardanaz por haberme brindado la oportunidad de realizar este estudio de caso y por proporcionarme la ayuda necesaria durante el desarrollo del trabajo, así como al Gabinete Personaliza por haberme dado la oportunidad de llevar a cabo mis prácticas en el Centro. También mencionar a cada uno de los profesores que nos han acompañado en este proceso. Finalmente, quiero dar la gracias a mi familia, amigos y compañeros ya que con su apoyo y constancia me han ayudado a alcanzar mis metas y a descubrir nuevos objetivos.

Resumen

Entre los trastornos caracterizados por una alta comorbilidad con el Trastorno por déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) destaca el Trastorno Negativista Desafiante (TND). Es uno de los trastornos más frecuentes en niños y adolescentes diagnosticados en edad escolar, cuya principal característica es un patrón frecuente y persistente de comportamientos desafiantes, no cooperativos, irritable, deseos de venganza y enfados. El objetivo del presente trabajo es examinar la eficacia de la terapia cognitivo – conductual en un niño de 11 años diagnosticado de TDAH comórbido al TND, centrándonos en las conductas disruptivas y desafiantes. El tratamiento es una intervención específica en el contexto familiar donde se trabaja con el menor la inteligencia emocional, la disminución de las conductas disruptivas y la implementación de normas y rutinas; mientras que los progenitores obtuvieron un mayor conocimiento de la problemática de su hijo y adquirieron herramientas para la resolución de conflictos en casa. Los resultados muestran la eficacia de la terapia cognitivo – conductual a partir del entrenamiento con los padres y el trabajo con el niño. La principal aportación de este trabajo es mostrar que la intervención específica y exclusiva en el contexto familiar puede ofrecer resultados significativos en aquellos casos en los que no se puede contar con la colaboración de la escuela.

Palabras clave

Conductas disruptivas, contexto familiar, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante, terapia cognitivo – conductual

Abstract

Among the disorders that have a high comorbidity with ADHD, Oppositional Defiant Disorder stands out. It is one of the most frequently diagnosed disorders in school-age children and adolescents. The main characteristic of this disorder is a frequent and persistent pattern of defiant, uncooperative, irritable behaviors, desire for revenge and anger. The aim of this study is to examine the efficacy of cognitive-behavioral therapy in an 11-year-old boy diagnosed with ADHD comorbid to ODD, focusing on his disruptive and challenging behaviors. The treatment is a specific intervention in the family context and it

includes working with the boy's emotional intelligence as well as the reduction of disruptive behaviors and the implementation of rules and routines. At the same time, the parents acquired a greater knowledge of their son's problems and acquired tools for conflict resolution at home. The results show the efficacy of cognitive-behavioral therapy based on training with parents and work with the child. The main contribution of this work is to show that the specific and exclusive intervention in the family context may provide significant results in those cases in which the collaboration of the school cannot be counted on.

Keywords

Attention Déficit Hyperactivity Disorder, cognitive-behavioral therapy, disruptive behaviors, family context, Oppositional Defiant Disorder.

ÍNDICE

1.	Introducción	7
1.1.	Definición y descripción del TDAH y TND	7
1.2.	Prevalencia	9
1.3.	Clasificación	9
1.4.	Etiología y Epidemiología	11
1.5.	Justificación del caso	12
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta	13
3.	Estrategias de evaluación	15
4.	Formulación clínica del caso	21
4.1.	Análisis Funcional	21
4.2.	Descripción de las conductas problema	22
4.3.	Resultados de las pruebas de evaluación	23
4.4.	Objetivos del tratamiento	28
5.	Tratamiento	30
6.	Valoración del tratamiento	38
7.	Discusión y conclusiones	46
7.1.	Valoración personal	48
8.	Referencias bibliográficas	50
9.	ANEXOS	53

ÍNDICE DE TABLAS

1.	Tabla 1. Esquema de las sesiones	31
----	--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

1.	Figura 1. Análisis Funcional	21
2.	Figura 2. Puntuaciones de los índices del WISC – IV	23
3.	Figura 3. Comparación puntuaciones WISC – IV	40
4.	Figura 4. Comparación puntuaciones Caras – R	42
5.	Figura 5. Comparación puntuaciones EMAV – 2	43

1. Introducción

1.1. Definición y descripción del TDAH y TND

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es un trastorno de base neurológica cuyo patrón de comportamiento destaca por los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que interfieren con el funcionamiento o desarrollo de un individuo (APA, 2014). De los trastornos del neurodesarrollo con inicio en la infancia y diagnosticado en atención primaria, el TDAH es el más frecuente. Es el principal motivo de la elección del estudio de caso que se desarrollará en este trabajo.

Según el DSM-5 (2014), se estima que el TDAH tiene una prevalencia de un 5% en niños, por lo que es considerado un problema de salud pública. Además de por el gran impacto que tiene el TDAH en el ambiente familiar, escolar y con su grupo de pares, uno de los motivos por los que este trastorno es muy estudiado es por su elevada asociación con otras patologías psiquiátricas en general, y con las dificultades de aprendizaje en particular (Brown, 2000; Miranda, Soriano, y García, 2005). La comorbilidad hace referencia a la presencia de dos o más trastornos psicopatológicos diferentes en una misma persona.

Entre los trastornos caracterizados por una alta comorbilidad con el TDAH destaca el Trastorno Negativista Desafiante (Macià, 2012). Según el DSM-5 (2014), el TND es uno de los trastornos más frecuentes en niños y adolescentes, soliendo diagnosticarse en la edad escolar. Asimismo, los diferentes autores Quintero, Loro, Jiménez y García (2011) que han llevado a cabo numerosos estudios, destacan en el Estudio Multimodal de tratamiento (MTA) que el TND supone con un 29.5% el trastorno comórbido más frecuente al TDAH. La característica principal del TND es un patrón frecuente y persistente de comportamientos desafiantes, no cooperativos, irritable, deseos de venganza, enfados hacia los padres, compañeros, profesores y otras personas de autoridad (DSM-5, 2014). Se podrá comprobar a lo largo del trabajo la interferencia de estos síntomas en la vida diaria tanto del niño como de su familia y el entorno más próximo.

Para realizar un buen diagnóstico es necesario disponer de tiempo para observar y recoger de forma veraz la información tanto del paciente como de su entorno (familiar y escolar). Algunas de las conductas más destacadas en este trastorno son la baja tolerancia a la frustración, rabietas, testarudez, ilimitada

exigencia para que se cumplan sus demandas, elevada fragilidad emocional, problemas de autoestima, hiperactividad motora y dificultades atencionales (López, 2016).

Para evaluar los síntomas de la conducta negativista en niños existe una amplia gama de instrumentos, pero los profesionales deben tener en cuenta que el diagnóstico se basa principalmente en su propio juicio y en la información obtenida de la entrevista, el examen clínico, las escalas y otros medios de evaluación. Para ello, los criterios más importantes son obtener información de la mayor cantidad de fuentes posibles, evaluar la comorbilidad y los factores de riesgo en todos los ámbitos (Quy & Stringaris, 2017).

Actualmente, el tratamiento psicológico con mayor eficacia para niños y adolescentes con este tipo de trastorno es el cognitivo – conductual (Mateu y Sanahuja, 2020), ya que se centra en el individuo y a su vez implica a los padres y a la escuela. El ámbito escolar posee un papel importante durante el proceso de intervención puesto que junto con los padres son los principales implicados en la educación del niño. Aunque a través de este trabajo se ha podido comprobar que una intervención adecuada y personalizada al caso puede ser eficaz sin la colaboración del centro escolar, ya que ha sido una de las limitaciones.

Algunos autores como Pérez (2015), han llevado a cabo tratamientos cognitivo – conductuales en menores con TND comórbido al TDAH de forma exitosa trabajando de forma exclusiva con el contexto escolar sin incluir a los padres. Otros como Mateu y Sanahuja (2020) emplean técnicas cognitivo – conductuales como la alabanza, el principio de Premack y la economía de fichas para modificar la conducta de un menor de 6 años con este diagnóstico y obteniendo resultados que confirman su eficacia. Este último incluye en el proceso tanto a los docentes como a la familia del menor.

Otros estudios como el de Murillo (2020) trabajan desde la perspectiva sistémica, consiguiendo resultados favorables como la reestructuración en la familia y la implementación de normas y límites, logrando una funcionalidad familiar eficaz. Para ello, se ha redefinido el trastorno como la sintomatología del contexto familiar y no como un problema exclusivamente del niño, incorporando maneras de comunicación diferente.

Según investigaciones previas, en niños diagnosticados con TND se trabaja el entrenamiento en empatía, el control de impulsos y las habilidades sociales (Bunge, Gomar y Mandil, 2009). Otros estudios además añaden el entrenamiento en autocontrol, autoinstrucciones, resolución de problemas, etc. (Pérez, 2015). La finalidad es hacer consciente al niño de sus propias limitaciones para que contribuya de forma activa en la intervención (Macià, 2012).

Para finalizar, con los progenitores se trabaja la psicoeducación y el entrenamiento de técnicas operantes para mejorar las conductas del niño (reforzamiento, extinción, economía de fichas, coste de respuesta, etc.) (Pelham y Fabiano, 2008), adquiriendo habilidades que contribuyan al bienestar del núcleo familiar y a prevenir la aparición de otros comportamientos (Olivares, Macià y Méndez, 1993).

1.2. Prevalencia

La tasa de prevalencia de TND más citada en niños de edad escolar oscila entre el 2% y el 16%. Según la información de los padres, los porcentajes sobre la prevalencia del TND varían entre el 1,8% y el 14,1%. Cuando el informante es la escuela la tasa de prevalencia suele ser menor, oscila entorno al 1,3% y el 9%. En cuanto a la prevalencia en el sexo, el masculino con un 5,7% es significativamente mayor a la del sexo femenino con un 2,6% (López-Villalobos et al., 2015).

1.3. Clasificación

El diagnóstico principal del menor es el de TDAH con la comorbilidad del TND. En primer lugar, para controlar los síntomas del déficit de atención e hiperactividad, el niño tiene pautado un tratamiento farmacológico con metilfenidato. Pero como las conductas que están afectando actualmente a la vida del menor son las negativistas desafiantes, el tratamiento y este trabajo se centran en el diagnóstico del TND.

Según el DSM – 5 (APA, 2014), los criterios diagnósticos para el trastorno negativista desafiante (TND) son:

- A. Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/ actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las siguientes categorías y que se presenta durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Enfado/ irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está enfadado y resentido.
3. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.

Discusiones/ actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás intencionalmente.
7. A menudo culpa a otros por sus errores o mal comportamiento.

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo al menos dos veces en los últimos seis meses.

B. Este trastorno del comportamiento va ligado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (como la familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en áreas como la social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).

Moderado: Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.

Grave: Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.

1.4. Etiología y Epidemiología

No se conoce una causa precisa del trastorno negativista desafiante. Las causas contribuyentes pueden ser una combinación de factores hereditarios o del entorno. Según Ruíz (2010), hay diversas teorías que intentan buscar su origen:

- **Teoría del desarrollo:** la cual defiende que los problemas del niño comienzan a surgir entre el año y los dos años. Lo que supone que en el posterior desarrollo surjan dificultades para ser autónomos y separarse de la persona que ha tenido el rol materno y a la que se encuentra estrechamente unido. En este caso, las actitudes negativas responderían a aspectos del desarrollo que no se resolvieron en el momento adecuado.
- **Teoría del aprendizaje:** defiende que este tipo de comportamientos negativistas surgen como consecuencia de conductas negativas empleadas por el entorno cercano del individuo como, por ejemplo, castigos, gritos, agresiones físicas o verbales, etc. Estas conductas agresivas, desafiantes y rebeldes pueden aparecer para lograr llamar la atención de sus padres. No se ha encontrado un patrón específico familiar con estos niños, aunque sí cabe destacar que los padres con hijos con este tipo de trastorno suelen tener un excesivo interés en el control y la autonomía.

Según el estudio realizado por López-Villalobos et al. (2015), el TND no disminuye con la edad, lo que sugiere la necesidad de realizar intervenciones preventivas tempranas que reduzcan la morbilidad y disfuncionalidad del individuo. Algunos de los estudios longitudinales que investigan estos autores observan que los niños con TND tienen más probabilidad de cometer actos delictivos, abusar de drogas, sufrir ansiedad o depresión, intentar suicidarse, ser violentos, dificultades para encontrar a alguien que

les recomiende para un trabajo, etc. Por ello, debe ser prioritario en la salud pública y para los educadores proporcionar tratamiento en la etapa temprana del desarrollo para reducir los síntomas del TND.

1.5. Justificación del caso

Tras observar la investigación previa realizada sobre este tipo de Trastornos se puede afirmar que es imprescindible la detección temprana en los niños para así realizar cuanto antes la intervención y que el pronóstico del menor sea más favorable.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el TND comórbido al TDAH provoca dificultades en diversas áreas de la vida de un niño, la social, la familiar y la escolar, junto a problemas de conducta y emocionales. En la mayoría de la literatura previa que se encuentra sobre estos casos, la principal intervención se realiza en el ámbito escolar en colaboración con los profesores. Sin embargo, en este caso no se ha podido contar con la participación de la escuela durante la intervención.

Por tanto, este estudio de caso posee como nueva aportación a la investigación existente, llevar a cabo la intervención del menor con la ayuda exclusivamente del ámbito familiar bajo la terapia cognitivo – conductual. De modo que los resultados tras el tratamiento puedan extrapolarse al resto de áreas del menor.

Por último, destacar que, por las razones mencionadas anteriormente, se ha seleccionado un caso con diagnóstico reciente para así realizar una intervención precoz con el objetivo de reducir el impacto del TND en etapas posteriores ya que como se indica en la introducción este trastorno no desaparece, pero sí se puede prevenir un agravamiento del mismo.

Asimismo, otra razón principal de esta elección está basada en el aumento tan significativo en los últimos años de la prevalencia del TDAH y con ella la del TND, como se recoge en la introducción esta comorbilidad se concentra en el 29.5% de los casos.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

El paciente al que a partir de ahora me referiré como “A” es un niño de 11 años que acude a nuestro Centro bajo petición de los padres, quienes solicitan información sobre el servicio de psicología infantil. La principal demanda de los progenitores es que su hijo no obedece las normas establecidas, presentando comportamientos disruptivos. Además, muestra excesiva actividad motora y esto le afecta en el ámbito escolar donde también presenta problemas atencionales y dificultades sociales.

Cuando A. tenía 4 años, los padres comienzan a detectar diferencias con respecto a otros niños de su edad. Sin embargo, no le dan importancia hasta 1º de primaria cuando se percataron de que estas conductas disruptivas eran desadaptativas para el bienestar de su hijo. A. está cursando 6º de Primaria en un colegio público en Madrid y a nivel curricular no presenta dificultades significativas en las asignaturas, excepto en Inglés. Resaltar que sus mayores dificultades son la resolución de problemas matemáticos y la comprensión lectora.

En cuanto a la relación con sus iguales, A. es bastante tímido al principio y le cuesta iniciar una conversación. Le gusta tratar temas que estén relacionados con sus propios intereses y es muy competitivo.

El núcleo familiar de A. está compuesto por la madre y el padre, no tiene hermanos. Viven en el mismo domicilio en un pueblo del sur de Madrid y la familia tiene un nivel económico y sociocultural medio. Ambos progenitores son procedentes de España. En cuanto a la ocupación de ambos, la madre es auxiliar farmacéutica con turnos rotativos tanto de día como de noche, y el padre es administrativo con turnos matutinos. Debido a los turnos laborales, en ocasiones, A. tiene que ir a desayuno en el colegio y esto provoca en él una gran desestabilidad y frustración por tener que cambiar su rutina horaria.

Es un niño con baja tolerancia a la frustración, inseguro y con baja autoestima. La mayor parte del tiempo muestra estar enfadado y siempre hay un motivo relacionado con sus padres o el colegio. El niño refiere que en ocasiones se porta mal porque no le hacen caso y se queja del colegio porque los profesores mandan muchos deberes y ponen los exámenes muy difíciles. La relación de A. con sus padres se está viendo afectada ya que los progenitores poseen estilos educativos muy distintos, siendo la madre

bastante rígida en normas, rutinas y límites, y su padre mucho más pasivo. Estos no comprenden la causa de las conductas disruptivas de su hijo y por tanto mantienen un patrón de comunicación negativo sin tener en cuenta la edad y problemática de A. No presentan antecedentes familiares psicológicos ni médicos relevantes.

Referente a su madre, el paciente solo destaca aspectos negativos (castigos, regañinas, etc.), aunque reconoce que juega con ella y le ayuda bastante. Mientras que, en relación a su padre, destaca que no pasan mucho tiempo juntos porque este pasa bastante tiempo fuera de casa y además le gusta estar solo.

Tras obtener los resultados de la evaluación, se decide derivar al menor a psiquiatría en donde le diagnostican de TDAH con TND comórbido.

3. Estrategias de evaluación

La evaluación se inicia con una entrevista abierta a los progenitores para obtener información preliminar del paciente sin la presencia de A., al final de la sesión se incorporó al niño para observar la interacción entre ellos. Durante las 4 primeras sesiones se lleva a cabo la exploración del menor mediante una serie de cuestionarios y pruebas psicométricas. Y en la quinta sesión se evalúa a los padres del mismo modo.

Para valorar cuantitativamente si la intervención cognitivo-conductual ha tenido resultados significativos al final del tratamiento, se realizará una evaluación pre-post. Esta consiste en aplicar los mismos instrumentos a la misma muestra (A.) en diferentes momentos del tratamiento (Fernández y Marquinez, 2018). De forma cualitativa, se recogerá información semanalmente de los padres como de A., para observar si se están llevando a cabo los objetivos trabajados en las sesiones.

Las pruebas administradas durante la evaluación psicológica de A. son:

- WISC-IV: *Escala de inteligencia de Weschler para niños (Weschler, 2007)*

El objetivo de esta prueba es evaluación la capacidad cognitiva del niño a través de diversos índices explorados a través de 15 pruebas, 5 de ellas optativas. Los factores son:

Razonamiento Perceptivo: Este índice es una medida de razonamiento fluido, de procesamiento visual e integración visomotora. Representa la capacidad para manejar conceptos abstractos, reglas, generalizaciones, relaciones lógicas y razonar usando estímulos visuales.

Comprensión Verbal: El índice Comprensión Verbal (CV) es una medida de la inteligencia cristalizada y representa la capacidad de razonar con información previamente aprendida. Representa una medida de la formación de conceptos, la capacidad de razonamiento verbal y el conocimiento adquirido del entorno individual del niño. Por tanto, esta capacidad se desarrolla como una función de las oportunidades y experiencias educativas formales e informales.

Memoria de Trabajo: Este índice es una medida de la memoria a corto plazo y refleja la capacidad para retener temporalmente en la memoria cierta información, trabajar, operar con ella y generar

un resultado. La memoria de trabajo implica atención, concentración, control mental y razonamiento.

Velocidad de procesamiento: Este índice es una medida de velocidad de proceso, representa la capacidad para explorar, ordenar o discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz, con tareas simples, de baja complejidad cognitiva. Mide además memoria visual a corto plazo, atención y coordinación visomotora.

Duración aproximada de 60 a 75 minutos. Para población de 6 años hasta los 16 años.

- Caras-R: Test de Percepción de Diferencias – Revisado (Thurstone & Yela, 2012)

El objetivo de esta prueba es evaluar de forma rápida y correcta, aptitudes perceptivas y atencionales del niño, mediante semejanzas, diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados. El test tiene 60 elementos gráficos agrupados en secuencias de tres en tres, donde uno de ellos tiene una marcada diferencia con respecto a los otros dos. Su duración es de 3 minutos. Se puede aplicar a población comprendida entre los 6 años y los 18 años.

- EMAV-2: Escala Magallanes de Atención Visual – 2 (Magaz y García, 2019)

El objetivo de esta prueba es medir cuantitativamente el mantenimiento (AS) y la calidad (CA) de la atención en una tarea viso motriz. No se evalúa la atención dividida. Valora la capacidad de focalizar, mantener, codificar y estabilizar la atención a estímulos visuales, durante un periodo de tiempo determinado, mientras ejecuta una tarea motriz simple. Su duración es de 12 minutos. Se aplica a población a partir de 9 años.

- Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas (Rey, 2003)

Su finalidad es la valoración neuropsicológica de las funciones cognitivas de manera cuantitativa. Posee dos fases, la fase copia donde el niño copia el dibujo que se le presenta con varios colores, a continuación, se le pasa una tarea distractoria durante 3 minutos. Después se pasa a la fase reproducción, donde el niño copia el dibujo en otra hoja en blanco y sin el dibujo modelo. Su duración es de aproximadamente 10 minutos. Se aplica a población desde 4 años a 15 años.

- SENA: *Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto et al., 2015)*

Su finalidad es la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta. Además, permite detectar áreas de vulnerabilidad (problemas de regulación emocional) y evalúa la presencia de recursos psicológicos (autoestima e integración y competencia social) que actúan como factores protectores.

Problemas interiorizados: depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, obsesión-compulsión y sintomatología postraumática.

Problemas exteriorizados: hiperactividad e impulsividad, problemas de atención, agresividad, conducta desafiante, problemas de control de la ira, conducta antisocial.

Problemas contextuales: problemas familiares, problemas con la escuela y problemas con los compañeros

También incluye tres escalas control para valorar posibles sesgos en las respuestas, un sistema de ítems críticos que alerta ante la presencia de aspectos problemáticos y seis índices globales que permiten resumir en varias áreas generales las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas (p. ej., Índice de problemas emocionales, de problemas conductuales, de problemas en las funciones ejecutivas...).

Su duración es de 30 minutos aproximadamente. Se aplica a población desde los 3 años hasta los 18 años.

- EMLE TALE-2000: *Escala de Magallanes de Lectura y Escritura (Toro, Cervera & Urío, 2006)*

El objetivo de la prueba es el de valorar de manera cuantitativa y cualitativamente las habilidades de lectura y escritura. La lectura se centra en varias pruebas como la conversión grafema-fonema, fluidez lectora y comprensión; mientras que la escritura se mide a través de pruebas como la copia, el dictado y la grafía. Su duración es de 1 hora aproximadamente y se aplica a población mayor de 6 años.

- CUMANES: *Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (Portellano, Mateos y Martínez, 2012)*

Batería para la evaluación global del desarrollo neuropsicológico del niño. Las pruebas que contiene son las siguientes:

Comprensión Audioverbal: esta tarea mide la memoria verbal y la atención sostenida mediante el recuerdo de la información proporcionada en la lectura de un texto que ha escuchado previamente.

Comprensión de Imágenes: esta tarea mide la vía léxica y la vía fonológica al identificar y nombrar las láminas de dibujos presentadas.

Fluidez Fonológica: esta tarea mide el lenguaje expresivo y la eficiencia de las funciones ejecutivas.

En estas dos últimas tareas es habitual obtener un mayor rendimiento en las tareas de fluidez semántica que en las de fluidez fonológica.

Leximetría – Comprensión Lectora: esta tarea mide el lenguaje lectoescritor, concretamente la comprensión entre historia y personaje.

Leximetría – Velocidad Lectora: esta tarea mide el lenguaje lectoescritor, concretamente la velocidad para leer un texto en voz alta.

Escritura Audiognósica: esta tarea mide el nivel de adquisición de la escritura mediante el dictado de palabras y frases de dificultad creciente.

Visopercepción: esta tarea mide el nivel de procesamiento perceptivo- espacial, es decir, la correcta orientación espacial de los modelos presentados en esta prueba. Además, también mide la fluidez y la precisión de los movimientos y, en la última figura de la prueba, la memoria no verbal.

Función Ejecutiva - Tiempo: esta tarea evalúa la capacidad para programar conductas complejas mediante una tarea que exige unir una serie de números dibujados sobre círculos de dos colores que debe alternar.

Función Ejecutiva – Errores: esta tarea evalúa la capacidad para programar conductas complejas mediante una tarea que exige unir una serie de números dibujados sobre círculos de dos colores que debe alternar.

Memoria Verbal: esta tarea mide el aprendizaje y la memoria, ya que, como hay que retener el máximo de palabras, es necesario el uso eficiente de la atención sostenida y de la memoria de trabajo para no repetir alguna de las palabras que ya se han dicho anteriormente. Por lo que, la cantidad total de palabras que el niño es capaz de memorizar en los 3 ensayos es un indicador bastante fiable de su capacidad de aprendizaje verbal.

Memoria Visual: esta tarea mide la memoria declarativa a corto plazo, ya que requiere memorizar imágenes, así como el nivel de atención sostenida, ya que se dispone de un tiempo limitado para memorizar imágenes.

Ritmo: Esta tarea mide diferentes procesos como: atención sostenida, memoria auditiva a corto plazo, capacidad para la seriación y comprensión auditiva no verbal.

Duración de la prueba entre 40 y 50 minutos aproximadamente. Se aplica a población entre 7 años y 11 años.

Las pruebas realizadas a los progenitores son:

- PEE: Perfil de estilos educativos para los padres (Magaz y García, 2011)

El objetivo de esta prueba es evaluar las actitudes y los valores ante la educación de los hijos y los hábitos educativos de los padres. Dicha modalidad (Perfil de Hábitos Educativos) cuenta con un cuestionario compuesto por 48 frases en forma de escala dicotómica que expresan de manera afirmativa diversos sentimientos y comportamientos que pueden ser habituaciones en la interacción con los propios hijos. Su duración es de 10 a 15 minutos aproximadamente.

- Escala Conners para padres (Farré-Riba y Narbona, 1997)

Esta escala tiene como objetivo valorar problemas de déficit de atención, hiperactividad-impulsividad y trastornos de conducta. Se aplica la versión para padres que consta de 48 cuestiones que hacen

referencia a distintos aspectos de la conducta del niño en el ámbito familiar. Su duración es de 10 a 15 minutos aproximadamente.

El orden en el que se realizaron las pruebas de evaluación fue guiado por las condiciones en las que se encontraba el menor. El primer día se administró únicamente el WISC – IV debido al agotamiento atencional de las pruebas que lo conforman; el segundo día se le pasaron varios test como el Caras – R, EMAV – 2, el Test de copia y reproducción de la Figura del Rey y el SENA, ya que se tratan de pruebas más breves; el tercer día se realiza el EMLE TALE – 2000 ya que requiere de mucha concentración y el niño había tenido un día complicado en el colegio, y el último día se administra únicamente el CUMANES ya que es una batería de muchas pruebas que provocan bastante fatiga en el menor.

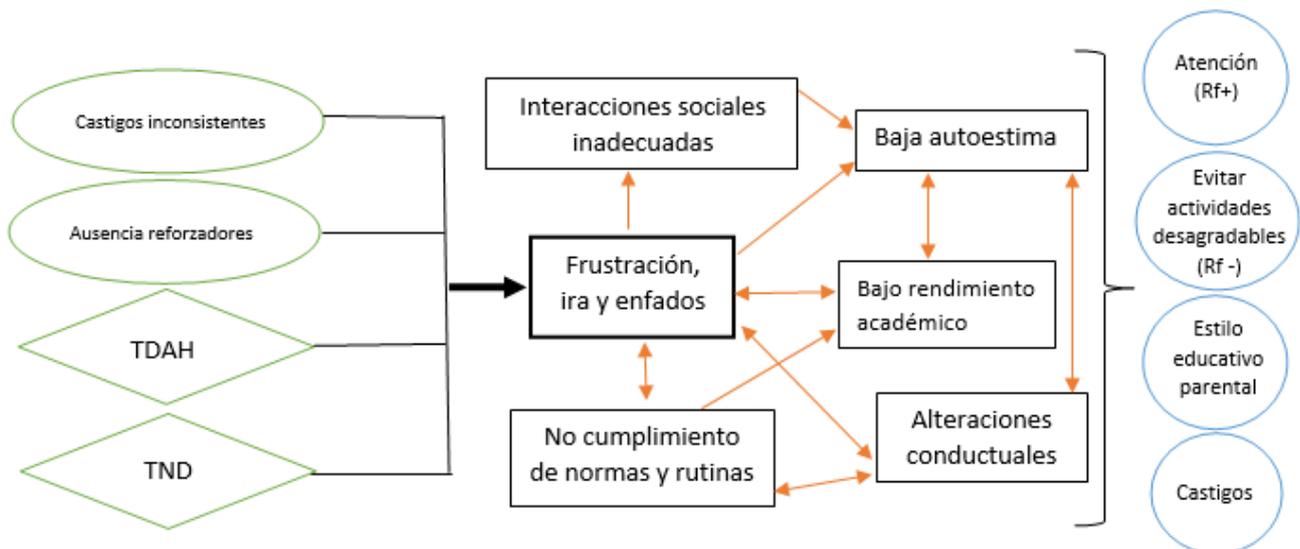
4. Formulación clínica del caso

4.1. Análisis Funcional

Como se ha comentado anteriormente, el Trastorno Negativista Desafiante se trata de uno de los Trastornos de Conducta diagnosticado en edad temprana que más afecta al individuo y a su entorno, ya que se caracteriza por comportamientos negativos, desobedientes, hostiles, desafiantes, no cooperativos, irritables y enfados continuos con los adultos que le rodean.

Figura 1

Análisis Funcional



Nota. Los rombos indican las variables predisponentes; los óvalos son las variables precipitantes; los cuadrados refieren las conductas problemáticas y los círculos reflejan las variables que están manteniendo las conductas problema; Rf+ (Refuerzo positivo); Rf- (Refuerzo negativo).

No siempre que se presenten este tipo de conductas disruptivas en un niño significa que tiene un Trastorno. Pero en el caso de A., este tipo de comportamientos están afectando de manera continua e

interfieren en la vida del menor perjudicando sus relaciones familiares, sociales y aunque en menor medida, también su rendimiento escolar.

Cabe destacar que el paciente tiene pautado un *tratamiento farmacológico*, concretamente metilfenidato, para controlar los síntomas relacionados con el déficit de atención y la hiperactividad. Debido a esto la intervención con el menor se centra en la sintomatología característica del TND ya que son las conductas que más interfieren en la vida actual del paciente tanto en el entorno familiar como en la relación con sus pares y en el colegio. Sin embargo, la presencia de ambos Trastornos, TDAH y TND, puede que haya agravado las conductas negativas y de desobediencia de A.

4.2. Descripción de las conductas problema

Según la información recogida tras la evaluación, la inconsistencia en los castigos por parte de los padres y en algunas ocasiones la ausencia de refuerzos ante conductas adaptativas puede estar fomentando este tipo de comportamiento disruptivo.

Por otro lado, la falta de límites y normas adecuadas por parte de los padres puede estar influyendo en que las conductas del niño se mantengan y agraven el trastorno de TND.

Las conductas negativas que presenta A. se están manteniendo en el tiempo por reforzamiento positivo y negativo. Por refuerzo positivo ya que tras la conducta problema el niño logra llamar la atención por parte de los padres u otros adultos, consiguiendo lo que quiere. Y por refuerzo negativo, debido a que gracias a ese comportamiento disruptivo consigue no llevar a cabo actividades que no son de su agrado.

Además, el estilo educativo de los padres fomenta que se sigan dando este tipo de conductas inadecuadas quedando afectada la relación filo – parental. La madre muestra un estilo educativo más autoritario en donde las normas son muy rígidas, la comunicación es cerrada con poco diálogo, lo que favorecen las alteraciones conductuales y predomine en él la impulsividad. Mientras que el padre tiene un estilo educativo más indulgente centrándose en atender las necesidades del menor sin hacer uso de límites o castigos, lo que provoca en el niño una baja autoestima y escaso autocontrol.

La *hipótesis inicial* se basa en que, con una correcta intervención cognitivo – conductual con el menor junto con la colaboración de los progenitores, se conseguirá modificar el patrón conductual de A., adquiriendo habilidades que le hagan comportarse de manera más adaptativa.

4.3. Resultados de las pruebas de evaluación

Tras la realización de los diferentes cuestionarios y pruebas psicométricas al niño se han obtenido los siguientes resultados:

- WISC – IV:

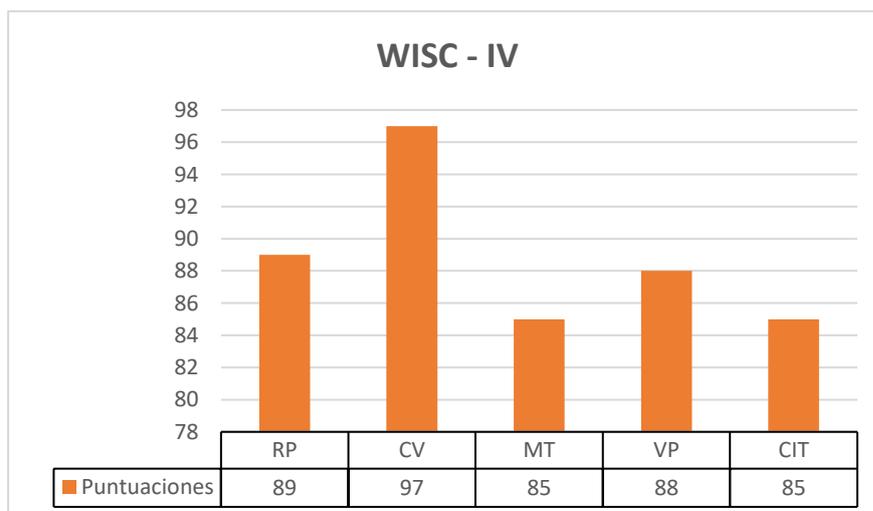
En la evaluación de la aptitud intelectual de A. se obtienen los siguientes resultados:

A. obtuvo un CIT de 85, y su capacidad intelectual global, medida por el WISC-IV, se clasifica como Promedio. Hay una probabilidad del 95% de que su verdadero CIT esté entre los valores 80-92. Ese valor de CIT se sitúa en el percentil 16, es decir que su puntuación mejora al 16% de los niños de su edad.

Como la diferencia entre el índice menor y el mayor no es muy grande, el CIT puede considerarse una entidad unitaria e interpretable.

Figura 2

Puntuaciones de los índices del WISC – IV



Analizando los diversos índices explorados se obtienen las puntuaciones que se muestran en la “Figura 2”. Los valores del Razonamiento Perceptivo, la Comprensión Verbal, la Memoria de Trabajo y la Velocidad de Procesamiento se clasifican como Promedio/ Dentro de Límites, aunque cabe destacar que la Memoria de Trabajo y la Velocidad de Procesamiento son los índices con menor puntuación

- CARAS – R:

Las puntuaciones directas obtenidas en los aciertos del niño han sido de 34, los errores de 7 y en el índice de control de impulsividad es de 37. Así como el percentil de los aciertos sería de 50, el de los errores sería de 98 y el del índice de control de impulsividad sería de 3.

Los resultados obtenidos en esta prueba muestran como A. consta de un nivel atencional ineficaz e impulsivo, dado los valores establecidos para niños de su edad (11 años) podemos decir que su rendimiento es bajo.

- EMAV – 2:

A. ha conseguido los siguientes resultados:

Calidad Atencional: 0,887 (Centil 35)

Atención Sostenida: 0,476 (Centil 15)

Con estos resultados, se puede observar que A. tiene dificultades tanto para focalizar la atención como para mantener la misma durante un período de tiempo. Además, se encuentran dificultades en la estabilidad en la ejecución cometiendo un gran número de omisiones.

- FIGURA DEL REY:

En el proceso de copia el tiempo es anormalmente corto. Es un tipo de construcción IV, que se encuentra por debajo en relación a la edad del sujeto. Además, no realiza una reproducción correcta.

En concordancia con el proceso de copia, la de memoria es muy pobre, fallando tanto en el recuerdo como en la percepción. De este modo se puede afirmar la baja madurez visoespacial y sospecha de fallo de memoria (alteraciones visoperceptivas).

- SENA:

El SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes, contribuye a la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta. Asimismo, proporciona información relativa a ciertas áreas de vulnerabilidad psicológica que pueden favorecer el inicio o el mantenimiento de tales problemas. Finalmente, evalúa la presencia de recursos personales que contribuyen a una mejor adaptación de la persona a su entorno.

Índices Globales: resaltan los índices de problemas conductuales (82), problemas contextuales (70), recursos personales (29) y, en menor medida, problemas emocionales (61). El índice de problemas en las funciones ejecutivas aparece ligeramente elevado (56).

Escalas Problema:

- **Problemas interiorizados:** destaca una elevada puntuación en ansiedad social (61) y ansiedad (55). El resto de índices están dentro de la normalidad.
- **Problemas exteriorizados:** aparecen puntuaciones elevadas en todos los índices, resaltando negativamente en conducta desafiante (83) y problemas de control de la ira (75).
- **Otros problemas:** no aparecen puntuaciones relevantes.
- **Problemas contextuales:** destacan la elevada puntuación de los problemas familiares (104), en la escuela (63) y con los compañeros (58).

Escalas de Vulnerabilidades: aparece ligeramente por encima de la media la puntuación de problemas de regulación emocional (64).

Escalas de Recursos Personales: obtiene una puntuación significativamente baja en autoestima (27) y en menor medida en integración y competencia social (33).

- TALE:

Lectura en voz alta: en cuanto a la conversación grafema-fonema e identificación de palabras A. no presenta dificultades lo cual quiere decir que sabe leer cualquier palabra que incluya sílabas formadas por consonante-vocal, por vocal-consonante o por consonante-consonante-vocal.

En referencia a la fluidez y entonación, la calidad lectora de A. es mecánica, lo cual quiere decir que lee de forma fluida sin muchas vacilaciones ni repeticiones (sí rectifica en alguna ocasión), pero carece de entonación comprensiva.

Escritura: en relación a su edad y nivel de instrucción, el número de errores que presenta A. tanto en la prueba de Dictado como en la de Copia es inadecuado.

Lectura comprensiva: la puntuación obtenida por A. en esta prueba es de 4, se clasifica en el límite entre Bajo y Muy Bajo.

Todo ello significa que A. no extrae el significado de un texto y no comprende la situación ni establece relaciones entre hechos y personajes.

- CUMANES:

En la evaluación del perfil neuropsicológico A. obtuvo un IDN de 86, y su desarrollo neuromadurativo, tal como es medido en el CUMANES, se clasifica como Medio/Bajo.

Analizando los diversos índices explorados, se clasifica como Promedio Muy bajo la Comprensión Audioverbal y la Función Ejecutiva – Errores, es decir, A. posee dificultades en la atención sostenida y en la memoria de trabajo. En cuanto a la Fluidez semántica, Comprensión lectora, Escritura Audiognósica, Visopercepción y Memoria verbal y visual, A. obtiene una clasificación de Promedio Bajo, esto indica que A. tiene dificultades en el lenguaje expresivo, memoria espacial y explícita y de nuevo en la atención sostenida y la memoria de trabajo. El resto de índices se encuentran dentro de Promedio Medio.

En la evaluación de la lateralidad de A. se obtienen los siguientes resultados:

Manual: Diestro consciente

Podálica: Ambiguo

Ocular: Ambiguo

Tras la realización de los diferentes cuestionarios y pruebas psicométricas a los progenitores se han obtenido los siguientes resultados:

- PEE:

En la evaluación de los Perfiles de Estilos Educativos de los padres se han obtenido los siguientes resultados:

Perfil de la madre: se corresponde con un estilo educativo “Sobreprotector – Punitivo”. Lo que indica que combina la sobreprotección con el castigo, intentando asegurar así la protección de su hijo. De manera que castigando a A. intenta evitar que éste se comporte de manera peligrosa para él.

Perfil del padre: se corresponde con un estilo educativo “Inhibicionista”. Lo que indica que incluso renuncia a castigar al niño, en una entrevista podría pasar por un “falso positivo”.

- ESCALA DE CONNERS PARA PADRES:

Los resultados obtenidos por los padres en este test muestran con una puntuación de 24 que A. es sospecha de TDAH. Además, con esta puntuación se puede observar que A. es muy hiperactivo y es un niño disruptivo.

4.4. Objetivos del tratamiento

Tras la evaluación inicial se establecen los siguientes *objetivos generales* con el menor:

- Reforzar la autoestima
- Eliminar las conductas desadaptativas
- Entrenamiento en valores prosociales
- Mejorar las relaciones sociales y con los progenitores
- Desarrollar la inteligencia emocional

Para llevar a cabo una intervención adecuada, se establecen los siguientes *objetivos específicos*:

- **Reforzar la autoestima**
 - Aumentar la autoestima
 - Incrementar la motivación
 - Fomentar la autonomía
- **Eliminar las conductas desadaptativas**
 - Eliminar las mentiras
 - Eliminar la agresividad verbal
 - Eliminar las discusiones constantes con sus progenitores
- **Entrenamiento en valores prosociales**
 - Cumplir las normas establecidas (horarios, tiempo de videojuegos, tareas en casa)
 - Modificar patrones de comunicación
- **Mejorar las relaciones sociales y con los progenitores**
 - Fomentar la empatía
 - Aumentar la asertividad
 - Mejorar las habilidades sociales

- **Desarrollar la inteligencia emocional**
 - Identificación y control de emociones básicas
 - Control de la ira
 - Entrenar la tolerancia a la frustración

Se establecen los siguientes *objetivos generales y específicos* con los progenitores:

- **Instaurar límites**
 - Entrenamiento en habilidades parentales de disciplina
 - Autoinstrucciones de afrontamiento
 - Revisión de normas de convivencia
- **Entrenamiento en resolución de problemas**
 - Reforzar las conductas deseadas del niño
 - Reducir las conductas desadaptativas del niño
 - Mejorar técnicas de comunicación y negociación
- **Mejorar el vínculo afectivo con el menor**
 - Instaurar tiempo de calidad juntos

5. Tratamiento

Las sesiones de intervención se inician una vez finalizada la evaluación. Se planifican con una frecuencia de una vez por semana, los jueves, con una duración de 1 hora aproximadamente. A lo largo de todo el tratamiento se procede a tener sesiones con A. de forma individual, al igual que con sus progenitores y también, con la familia en conjunto. A lo largo de todo el proceso del tratamiento se llevan a cabo 17 sesiones, en un periodo comprendido entre septiembre hasta febrero.

Tras finalizar cada sesión con el menor, se informa a los padres de los objetivos trabajados y las pautas que se deben seguir en casa.

La terapia de basa principalmente en la orientación cognitivo – conductual, aunque se han usado técnicas de otras vertientes como la terapia Sistémica.

La siguiente “Tabla 1” muestra la intervención planificada para A. en función de los objetivos específicos mencionados anteriormente. Las sesiones no han seguido un orden específico, sino que se trabajaron las problemáticas que hubiesen tenido lugar en esa semana. De esta manera, la intervención se fue modificando según las necesidades del menor.

Tabla 1*Esquema de las sesiones.*

N.º	OBJETIVO	TÉCNICA/ACTIVIDAD	PACIENTE
1	Vínculo terapéutico y psicoeducación	Dibujo de la familia	A.
2	Psicoeducación	Explicación de resultados	Padres
3	Identificación y control de emociones básicas Relajación	Oca de las emociones Técnica de relajación de Koeppen	A.
4	Eliminar mentiras y agresividad verbal	Cuadernillo “Qué puedo hacer cuando estallo por cualquier cosa”	A.
5	Modificar patrones de comunicación (turnos de palabra)	Role – playing con marionetas	A.
6	Identificación emociones Control de la ira	Libro Emocionario y dominó de las emociones Técnica de la tortuga	A.
7	Límites y normas de convivencia	Economía de fichas y psicoeducación	Padres
8	Tiempo de calidad juntos	Economía de fichas	A. y Padres
9	Habilidades sociales Incrementar la motivación y cumplimiento de normas	Situación + Role – playing Tareas + Recompensa del laberinto	A.
10	Potenciar la tolerancia a la frustración. Revisión de las emociones	Juego “Memori” Libro Emocionario	A.
11	Entrenamiento en resolución de problemas	Psicodrama de Moreno (1961)	Padres
12	Autoestima	Caja “Mi Tesoro”	A.
13	Empatía y asertividad	Estilos de interacción (dragón, humano y ratón)	A.
14	Revisión de economía de fichas y relación filoparental		A. y Padres
15	WISC – IV		A.
16	Test: Caras – R, EMAV – 2, y SENA.		A.
17	Recopilación de la terapia.	Mural con técnicas aprendidas.	A.

SESIÓN 1

La sesión se lleva a cabo con A., en ella se estableció como objetivo principal crear un vínculo terapéutico mediante una conversación informal donde el niño pudiese expresar sus intereses y hobbies. Una vez que se encuentra cómodo y relajado, se le propone a A. que realizase un “Dibujo de su familia”, en donde saliesen las personas que la componen. Y así, mediante una actividad dinámica para él, se pudo profundizar más en la relación con cada uno de los progenitores desde el punto de vista del menor.

Para el segundo objetivo de la terapia, la psicoeducación, se le explica a A. los motivos por los que tiene que venir al psicólogo, cuál es el objetivo y lo que se quiere conseguir. También, comparte su opinión de por qué él cree que está aquí y de este modo se hace partícipe al niño en todo momento de sus dificultades y del fin de la terapia.

SESIÓN 2

Esta sesión fue llevada a cabo con los padres de A., ya que ellos van a ser una parte muy importante en todo el proceso del tratamiento debido al estilo educativo que poseen. El objetivo de esta sesión es el informar sobre el tipo de trastorno que tiene su hijo, las consecuencias y las limitaciones. La sesión se inició explicando a los padres qué es el trastorno negativista desafiante y su comorbilidad con el trastorno por déficit de atención en hiperactividad, cuales eran los condicionamientos que estaban manteniendo estas conductas disruptivas y los objetivos para trabajar con él.

SESIÓN 3

En esta sesión con A. el objetivo principal es la identificación y control de las emociones básicas, por lo que, para captar la atención del niño, se realizó mediante el juego de “la Oca de las emociones”. Cada casilla representaba un animal con una emoción distinta, por lo que A. las tenía que identificar. Algunas de las emociones fueron: alegría, sorpresa, vergüenza, enfado, rabia, calma, amor, aburrimiento, tristeza, aco e ira (Anexo 1). La finalidad de la actividad era que A. reconociese esas emociones en su día a día y que observara cómo se manifiestan.

Durante los últimos 20 minutos, se le enseñó a A. relajación para disminuir la ansiedad. Primero se le explicó en qué consistía la relajación, y haciendo yo de modelo, le mostraba los ejercicios para después hacer juntos un recorrido por todos los músculos viendo así el antes y el después. La finalidad era mostrarle al niño los efectos que podían tener esta técnica.

SESIÓN 4

Durante esta sesión con A. se estableció como objetivo eliminar las mentiras y la agresividad verbal. Se comenzó exponiendo una serie de situaciones en las que hubo mentiras y agresividad por parte de A. y que le causaban malestar. Mediante el cuadernillo “Qué puedo hacer cuando estallo por cualquier cosa” se trabajaron estas conductas. En este aparecen diferentes relatos en donde el protagonista es un niño y se narran situaciones donde las emociones y las conductas inadecuadas juegan un papel importante. La finalidad es relacionar las conductas y sentimientos de A. con las de la historia para que este reflexione.

SESIÓN 5

Esta sesión se trabaja con A. la comunicación, en concreto, los turnos de palabra. Se ha observado durante las clases de refuerzo en el centro que al menor le cuesta mucho dejar terminar de hablar a sus compañeros o incluso al profesor, interrumpiendo en conversaciones de otros niños y mostrando gran enfado cuando quiere hablar y no le pueden atender en ese momento.

Para trabajar este objetivo, se le propone a A. colorear una serie de marionetas de dedos que se utilizarán después para hacer un role – playing. La finalidad es trasladar las situaciones de su día a día a la dinámica y así poder corregir las conductas inadecuadas de A.

SESIÓN 6

Durante la primera parte de la sesión con A. nos centramos en trabajar las emociones mediante el libro el “Emocionario”. De esta manera se pretendía recordar las distintas emociones que ya habíamos

trabajado previamente para después jugar al “Dominó de las emociones” (Anexo 2). En esta actividad una vez que ponga la ficha correcta en el dominó, se añade la tarea de poner una situación de su vida en la que haya experimentado dicha emoción. Al igual que en la Sesión 3, la finalidad de esta dinámica es que A. reconozca las emociones y las identifique en su vida diaria para que así tome consciencia de ellas.

Tras haber trabajado las emociones, la segunda parte de la sesión tiene como objetivo controlar la ira. Para ello, se muestra a A. la “Técnica de la tortuga”, una técnica psicológica que enseña a los niños a controlar sus impulsos y emociones utilizando la analogía con la tortuga. Se le explica que esta se esconde dentro de su caparazón cuando se siente amenazada, se compara con el niño cuando siente que no puede controlar sus impulsos ante ciertos estímulos, allí se siente seguro y permanece hasta que se tranquiliza (Anexo 3).

SESIÓN 7

Durante esta sesión trabaja únicamente con los padres de A. . El objetivo principal es modificar las conductas mediante una economía de fichas. Se les explica en qué consiste esta herramienta y la importancia de seguir rigurosamente los refuerzos y castigos que se establezcan.

Una vez que los progenitores entienden y aceptan esta técnica se les propone una sesión con su hijo para delimitar conjuntamente las conductas a modificar junto con los refuerzos correspondientes.

SESION 8

En esta ocasión se trabaja con los padres y con A. . En primer lugar, se explica al niño en qué consiste la “Economía de fichas”. Como ya se había acordado previamente con los padres en la anterior sesión, deben establecer juntos aquellas conductas que se pretender modificar y cuál sería el refuerzo que se obtendría. Las conductas acordadas fueron las siguientes: dejar los videojuegos a la primera cuando se le llama, poner la mesa, ayudar a recoger la mesa, preparar la mochila solo, recoger la habitación y las contestaciones a sus padres. Cuando realiza de manera correcta estas conductas se le pondrá en una tabla semanal una pegatina de un sol sonriente mientras que, si las incumple, se marca

con una pegatina de una cruz. Si consigue de lunes a viernes 8 pegatinas sonrientes entonces el fin de semana podrá jugar durante 45 min cada día a los videojuegos.

SESIÓN 9

Se trabaja con A. durante la primera parte de la sesión las habilidades sociales, el objetivo es que el niño interiorice las reglas de socialización y adquiera así habilidades de competencia social y conductas prosociales procurando evitar el rechazo social, aislamiento y la baja autoestima del menor. Para ello se ponen diferentes situaciones relevantes en la vida de A. y mediante role – playing se trabaja con el menor la comunicación emocional y afectiva, el afrontamiento a las críticas y las consecuencias de sus conductas.

Para hacer la sesión más entretenida, en la segunda parte se establece como objetivo incrementar la motivación de A. y el cumplimiento de normas mediante una dinámica más lúdica. La actividad consiste en realizar una serie de tareas sin quejarse, si consigue cumplir cada una de ellas de manera adecuada se le entrega como recompensa una parte de un laberinto que posteriormente tendrá que unir en un tiempo determinado y resolver. Las tareas propuestas son: Recoger el aula, rellenar una botella de agua, hacer unas cuentas de matemáticas, pedir un rotulador de pizarra a uno de los profesores, leer un fragmento de un libro y copiar un texto en un folio.

SESIÓN 10

La sesión con A. tiene como objetivo potenciar la tolerancia a la frustración. Para ello se utilizó el juego “Memori” que consiste en repartir todas las cartas encima de la mesa de forma aleatoria y sin que se vea el contenido de estas. Después, se deben realizar parejas de las cartas que sean iguales y quien tenga más parejas gana. También se jugó al “Dobble” con el que se pone a prueba la rapidez mental y visual. Los juegos se plantean como una competición con A. provocando que pierda en algunas ocasiones.

Al finalizar la sesión se hizo un recordatorio de las emociones ya trabajadas previamente con el libro “Emocionario”.

SESIÓN 11

Se lleva a cabo exclusivamente con los padres de A. y se establece como objetivo el entrenamiento en resolución de problemas mediante la técnica Psicodrama de Moreno (1961). Esta técnica utiliza la dramatización del papel de un individuo en situaciones que le provocaron malestar y dieron lugar a la problemática actual, para que mediante la repetición de la escena puedan asumir otro rol y experimentar una situación diferente. Pese a ser una técnica utilizada más en niños y en adolescentes, es una clase de liberación para poder expresarse de forma espontánea y creativa que considero puede ayudar a los progenitores en situaciones problemáticas con su hijo en casa.

SESIÓN 12

Se trabaja durante esta sesión con A. la autoestima. En primer lugar, se mantuvo una conversación con el niño sobre aquellas cosas que le hacían sentir bien y las que le hacían sentir mal. Después, se realiza una actividad creativa a la que llamaremos “Mi Tesoro”. Esta consiste en meter dentro de una caja una serie de objetos (previamente se le había avisado para traerlos de casa) y notas que le recuerden lo increíble y único que es. De manera que cada vez que se introducía un objeto en la caja, se debatía con A. por qué era importante y especial.

SESIÓN 13

El objetivo principal de esta sesión es trabajar la empatía y la asertividad mediante los diferentes estilos de interacción. Se trata de formular quejas de forma constructiva empleando analogías didácticas con animales como el ratón (estilo evitativo o tímido), el tiburón (estilo dominante o agresivo) y el delfín (estilo asertivo o simpático). De esta manera, se ponen diferentes situaciones y se debe interactuar como los diferentes animales. El objetivo principal es reprimir las conductas agresivas y que A. sea capaz de sustituirlas por conductas asertivas, es decir, mostrarle otras formas de afrontar los problemas y que pueda intervenir desde un punto de vista pacífico y no violento.

SESIÓN 14

Durante esta sesión se trabajó en conjunto con A. y sus padres. Se empleó todo el tiempo en revisar la economía de fichas donde se pudo apreciar una mejoría en las conductas inadecuadas de A., como por ejemplo recoger su habitación, contestar a sus padres y poner y recoger la mesa. Los objetivos conseguidos se eliminaron y se añadieron otros nuevos como por ejemplo levantarse sin protestar cuando tiene que ir a desayuno al colegio.

Además, se trabajó la relación filoparental, dando la enhorabuena a A. por su esfuerzo en cumplir con sus objetivos planteados y los padres se mostraron muy contentos por este avance.

SESIÓN 15

Se realiza la prueba WISC – IV al niño como post evaluación para poder comprobar que los cambios han sido cualitativos y también cuantitativos.

SESIÓN 16

Se realizan a A. varios test para la post evaluación: Caras – R, EMAV – 2 y SENA.

SESIÓN 17

En esta sesión con A. se realiza un mural en una cartulina con dibujos y colores donde se expusieron las técnicas aprendidas durante todo el tratamiento. A. propuso llevarse el mural a su casa para pegarlo en el armario de su habitación ya que así podría consultar cualquiera de las técnicas cuando lo necesitase.

Se recomienda que la terapia de A. continúe como hasta ahora con la misma frecuencia y duración hasta que se hayan conseguido todos los objetivos con éxito. Posteriormente se establecerá un seguimiento, el cual consistirá en espaciar las sesiones de forma mensual, comenzando por dos sesiones al mes, para terminar disminuyéndolas a una sesión al mes, según la evolución del menor, hasta que finalice la terapia.

6. Valoración del tratamiento

Se ha llevado a cabo un tratamiento intenso en un breve periodo de tiempo, pero de manera general se han obtenido resultados muy positivos en los diferentes objetivos propuestos tras la evaluación de A. .

En primer lugar, la autoestima del menor ha aumentado significativamente de 27 a 47 puntos, tal y como se puede ver en los resultados cuantitativos del SENA. Cualitativamente, se ha observado tanto en casa como en las sesiones que A. es capaz de expresar aspectos positivos sobre él mismo con mayor energía y satisfacción.

Su motivación también incrementó, consiguiendo que cuando se proponía alguna actividad su primera respuesta no fuese negativa, sino que estaba más dispuesto a trabajar. Esta mejoría, por lo que dicen sus progenitores, también se ha podido observar en casa por ejemplo cuando ha tenido que ayudar a recoger la mesa después de comer. Al aumentar la motivación, también incrementó la autonomía, por lo que esto le está reforzando la autoestima.

En cuanto a las conductas disruptivas de A. como, por ejemplo, decir mentiras y la agresividad verbal como forma de comunicarse, se han ido reduciendo y sustituyendo por otras más adaptativas. En la actualidad, pese a que A. es consciente de las repercusiones que tiene decir mentiras aún le cuesta ser totalmente sincero en un primer momento, por lo que es uno de los aspectos que se debe continuar trabajando en profundidad. Tras haber trabajado los diferentes estilos de comunicación, A. ha aprendido a expresarse de manera más asertiva y respetando los turnos de palabra, ahora es capaz de pedir las cosas con educación en lugar de exigir las y a no gritar cuando no puede hacer las cosas como él quiere, mejorando bastante sus habilidades comunicativas y la empatía.

Aunque las discusiones en casa no se han eliminado completamente, es cierto que se han reducido bastante según refieren los progenitores. Para que se mantenga este progreso en el tiempo es necesario seguir llevando a cabo la economía de fichas e ir modificando las conductas a medida que se vayan adquiriendo por parte del menor.

Por otro lado, los padres de A. han notado mejoría en el menor a la hora de relacionarse con otros niños de su edad y con los adultos. Según refieren los progenitores, cuando han quedado con amigos, en

reuniones familiares o en el parque, A. ha sido capaz de interactuar con sus iguales de forma adecuada, sin intentar imponerse y competir continuamente. Con este tipo de comportamiento se ha evitado el aislamiento del menor y que a su vez, aumente su autoestima. Esta mejoría también se ha reflejado en el SENA, donde hay un aumento en las puntuaciones de competencia social de un 33 a un 40.

Según refiere el menor en las últimas sesiones, ha mejorado la relación con sus compañeros de clase y ahora es capaz de decir su opinión de forma asertiva no conformándose con lo que le manden sus compañeros. Este es uno de los objetivos más difíciles de valorar tras el tratamiento ya que no tenemos feedback por parte de la escuela siendo una de las áreas en donde A. más interacciona socialmente. El SENA confirma esta mejoría ya que los problemas en la escuela y con sus compañeros han disminuido.

Con respecto a la inteligencia emocional, A. se ha desarrollado exitosamente ya que ha conseguido mantener una estabilidad en el control de la ira y conseguir una mayor tolerancia a la frustración en todas las áreas. En las primeras sesiones del tratamiento el niño no era capaz de identificar las situaciones que le producían ira o enfados, y tras trabajarlo en sesión, ha conseguido poder discriminarlas y reconocerlas en su vida diaria.

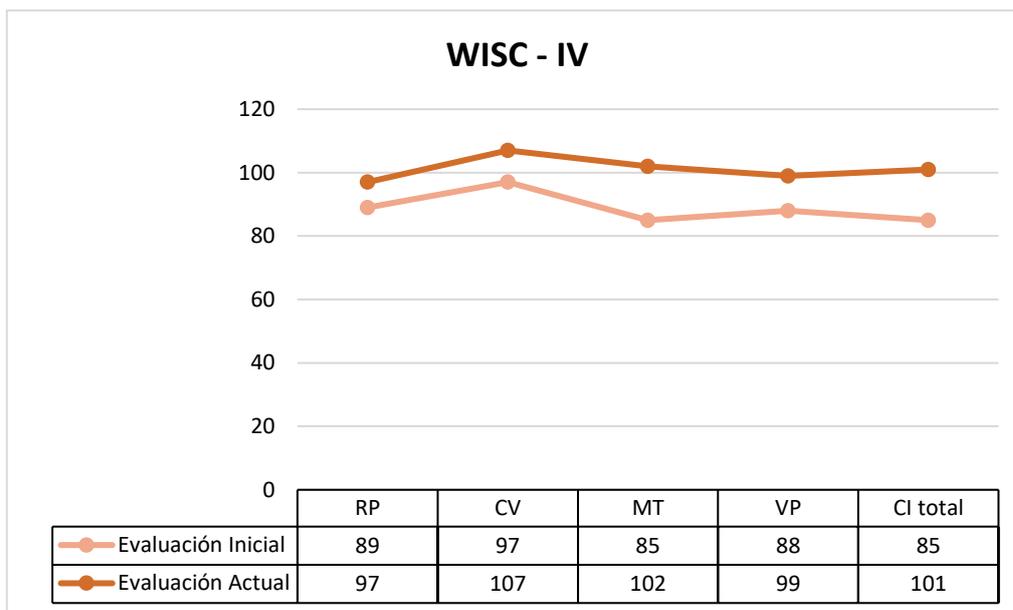
A nivel cognitivo, A. ha conseguido resultados positivos mejorando la atención ya que ha sido capaz de mantener intencionalmente el interés en bastantes de las actividades propuestas en las sesiones. Además, se ha trabajado de forma indirecta la memoria de trabajo con algunos de los juegos propuestos como el “Memori” o el “Dobble”, también el razonamiento y la flexibilidad cognitiva con las situaciones, las marionetas y los role – playing.

Por último, además de lo mencionado anteriormente, para comprobar la eficacia o no del tratamiento se decide evaluar de nuevo a A. pasados unos seis meses desde la evaluación inicial en aquellas pruebas psicométricas que son relevantes para el diagnóstico de TND, puesto que en él se basa la intervención con el menor. A continuación, se muestran de forma cuantitativa las puntuaciones obtenidas de A. para ver si ha sido eficaz la intervención:

- WISC – IV

Figura 3

Comparación puntuaciones WISC – IV



Se puede observar cómo tras el tratamiento A. obtuvo un CIT de 101 y su capacidad intelectual global, medida por el WISC-IV, se clasifica como Promedio. Hay una probabilidad del 95% de que su verdadero CIT esté entre los valores 98-114. Ese valor de CIT se sitúa en el percentil 67, es decir que su puntuación mejora al 67% de los niños de su edad.

Si comparamos las puntuaciones obtenidas en este momento con la evaluación previa “Figura 3”, se puede observar como la mejoría es buena en todos los niveles.

Analizando los diversos índices explorados se obtiene la siguiente clasificación de sus aptitudes:

Razonamiento Perceptivo: El valor obtenido por A. en este índice es de 97 (entre 89 y 106), se sitúa en el percentil 43 y se clasifica como Promedio. Vemos como el razonamiento abstracto ha mejorado

significativamente pudiendo manejar conceptos abstractos, generalizaciones, reglas, relaciones lógicas y razonar usando estímulos visuales.

Comprensión Verbal: El valor obtenido por A. en CV es de 107 (entre 98 y 114), se sitúa en el percentil 67 y se clasifica como Promedio. Observamos con estos resultados como la medida de A: en inteligencia cristalizada ha mejorado. Estando capacitado para la formación de conceptos, el conocimiento adquirido del entorno y la capacidad de razonamiento verbal.

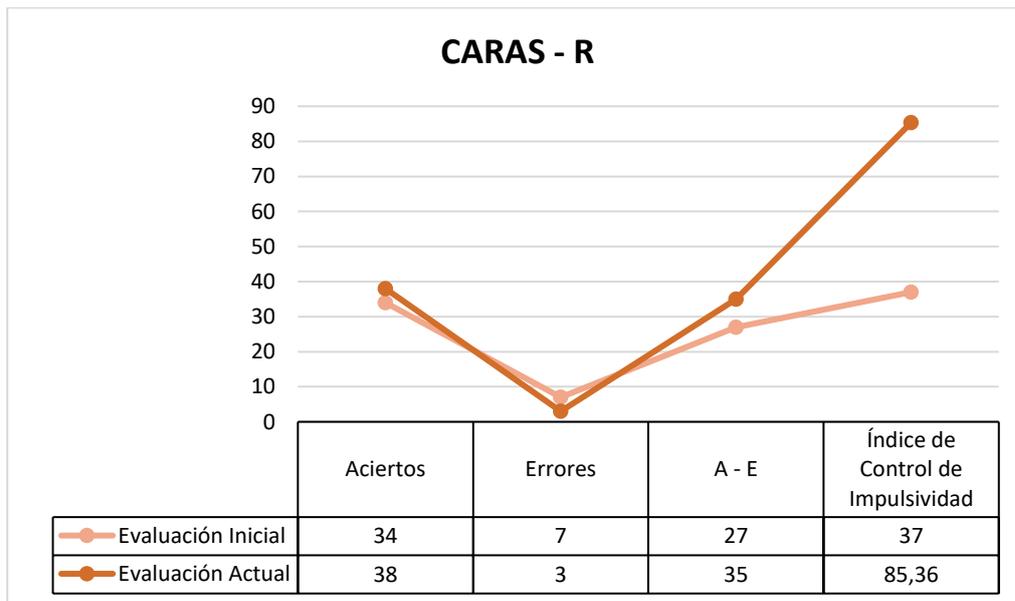
Memoria de Trabajo: El valor obtenido por A. en este índice es de 102 (entre 93 y 111), se sitúa en el percentil 55 y se clasifica como Promedio. La memoria a corto plazo ha mejorado en gran medida, así como trabajar y operar con la información procesada.

Velocidad de procesamiento: El valor obtenido por A. en este índice es de 99 (entre 90 y 109) y se sitúa en el percentil 47 y se clasifica como Promedio. Se puede observar una gran mejoría en la habilidad de explorar, discriminar la información visual simple u ordenar de forma más rápida y eficaz, con tareas simples de baja complejidad cognitiva.

- Caras – R

Figura 4

Comparación puntuaciones Caras – R.



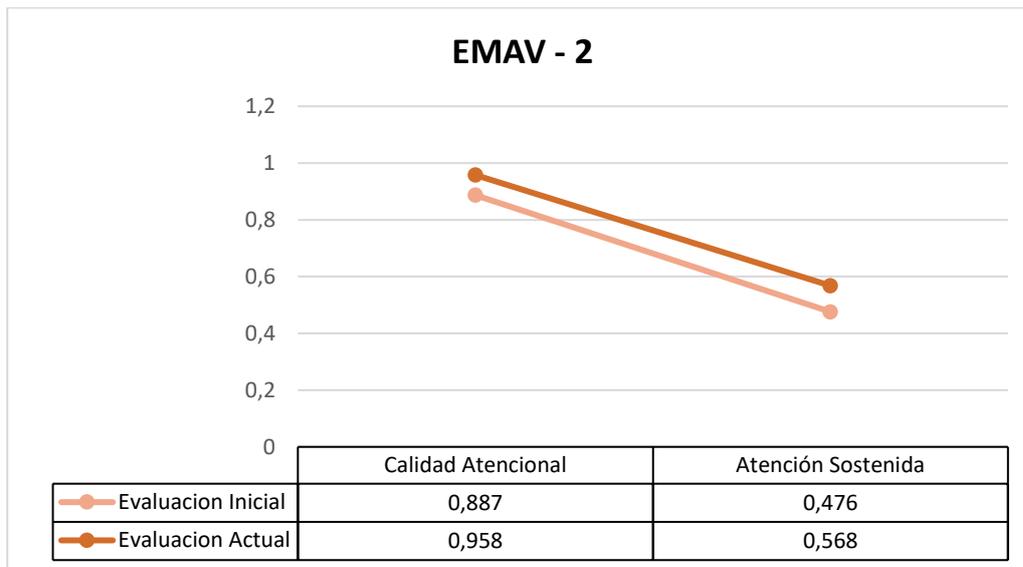
Como se puede observar en la “Figura 4”, los aciertos los aciertos han aumentado y los errores han disminuido. A nivel general el índice de control de impulsividad ha mejorado considerablemente.

Según los resultados obtenidos, A. muestra un nivel atencional eficaz pese a que sigue siendo muy impulsivo.

- EMAV - 2

Figura 5

Comparación puntuaciones EMAV - 2.



Tal y como se puede observar en la “Figura 5”, los resultados de A. en esta prueba han mejorado significativamente. La calidad atencional ha aumentado a un Centil 75 y en la atención sostenida también ha mejorado a un Centil 35. Por lo que se puede afirmar que A. no posee dificultades para focalizar la atención ni para mantener la misma durante un periodo de tiempo. Aunque esta última sigue estando un poco baja en comparación con los niños de su edad.

- SENA

Los resultados obtenidos en esta prueba en la post evaluación son los siguientes:

Índices Globales: mejoran significativamente los índices de problemas conductuales (51), se mantienen los problemas contextuales (71), aumentan los recursos personales (35) y disminuyen los problemas emocionales (46). El índice de problemas en las funciones ejecutivas se mantiene ligeramente elevado (58).

Escalas Problema:

- **Problemas interiorizados:** destaca una mejoría en la puntuación de ansiedad social (58) y ansiedad (44). El resto de los índices se mantienen dentro de la normalidad.
- **Problemas exteriorizados:** a diferencia de los resultados obtenidos en la evaluación inicial, actualmente A. ha conseguido puntuaciones significativamente más bajas en todos los índices. Incluyendo en la conducta desafiante que ha disminuido de un 83 a un 64, y en problemas de control de la ira ha bajado de un 75 a un 59.
- **Otros problemas:** continúa sin aparecen puntuaciones relevantes.
- **Problemas contextuales:** destacan la disminución significativa en las puntuaciones de problemas familiares (85), en la escuela (57) y con los compañeros (43).

Escalas de Vulnerabilidades: disminuye considerablemente en la puntuación de problemas de regulación emocional (59).

Escalas de Recursos Personales: obtiene una puntuación significativamente más elevada en autoestima (47) y en integración y competencia social (40).

Por lo tanto, gracias a los resultados obtenidos a nivel global en estos índices se demuestra la eficacia del tratamiento y una evolución positiva en A.

Por otro lado, se decide no pasar ninguna prueba psicométrica a los progenitores ya que durante toda la intervención con A. se ha recogido información directamente de los padres en donde se ha visto una mejoría significativa en el ámbito familiar, medida cualitativamente. Tras las sesiones con A., tanto el padre como la madre recibieron pautas que, tras llevar a cabo en casa durante todo el tratamiento psicológico, mejoraron la relación filoparental.

Por último, los progenitores informan que la convivencia es más llevadera, siendo menos frecuentes e intensas las conductas disruptivas de A. Asimismo, comentan que es más fácil la comunicación en casa ya que por parte de todos los miembros de la familia se ha percibido un cambio, siendo el patrón de comunicación más asertivo que antes de manera bilateral. Además, cabe destacar que los padres recalcan la satisfacción que es poder compartir momentos de ocio tanto fuera como dentro de casa con A., conllevando esto a una mejora sustancial de la relación familiar.

7. Discusión y conclusiones

Este trabajo de fin de máster pretendía mostrar los resultados de una evaluación e intervención específica de un niño de 11 años con conductas disruptivas en diferentes áreas de su vida, que posteriormente ha sido diagnosticado de TDAH comórbido al TND. En este caso, el tratamiento cognitivo – conductual se ha centrado sobre todo en el contexto familiar puesto que no ha sido posible contar con algunos agentes significativos para la intervención, como el centro escolar.

En general, los resultados obtenidos en este estudio muestran la eficacia de la terapia cognitivo – conductual a partir del entrenamiento de los padres y el trabajo con el niño. Otros investigadores como Velasco y García (2018), obtienen resultados similares combinando la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con la Terapia de Interacción Padres – Hijos (PCIT), lo que evidencia la mejoría de los menores cuando intervienen los progenitores en la intervención. En dicho estudio la ACT facilita la motivación de los padres y el hijo hacia la terapia, por lo que sería de gran interés para futuras investigaciones incluir alguna de sus técnicas en combinación con la terapia cognitivo – conductual para aumentar la adherencia al tratamiento.

Los padres de A. adquirieron un mayor conocimiento sobre la problemática de su hijo, siendo más conscientes del origen, desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas de A. . Los progenitores también aprendieron pautas y estrategias para el establecimiento de límites y para la resolución de conflictos en casa, reforzando las conductas adecuadas y restringiendo las no deseadas. Desde el principio, ambos se mostraron muy motivados hacia la terapia y siguieron de forma sistemática las pautas proporcionadas por el psicólogo.

Otro de los estudios donde afirman que la PCIT ha resultado eficaz ha sido el de Prados y Aguayo (2021). Se ha comprobado que tanto los menores con TND como los progenitores, han reducido sus niveles de estrés percibido y han aumentado su satisfacción y el sentimiento de autoeficacia respecto a su rol de padres. Implementando, además, tiempo de calidad juntos mediante el juego y un clima familiar más armonioso. En nuestro estudio, según refieren los padres de A., sus niveles de estrés han disminuido

y la relación familiar se ha vuelto más positiva, consiguiendo implementar actividades en familia como ver películas juntos, salir con las bicicletas, pasear o entretenerse con juegos de mesa.

La intervención psicológica ha sido exitosa ya que se han cumplido la mayoría de los objetivos planteados inicialmente, tanto con los progenitores como con el menor. A. ha logrado interiorizar una serie de normas y rutinas que han ayudado a mejorar la convivencia en casa y también posee una mayor inteligencia emocional. Gracias a las herramientas aprendidas durante todo el tratamiento se han conseguido reducir y eliminar muchas de las conductas disruptivas que el niño presentaba como desobedecer, contestar mal, interrumpir en las conversaciones, mentir, etc., para implementar otras conductas prosociales como ser obediente, compartir momentos familiares agradables, respetar los turnos de palabra, cumplir las normas de casa y hacer las tareas.

Por todo ello, se puede afirmar que se cumple la hipótesis inicial ya que, tras la intervención cognitivo – conductual con el menor y sus padres, se ha conseguido modificar el patrón conductual de A. implementando nuevas habilidades y comportamientos más adaptativos.

Asimismo, se ha confirmado que el Análisis Funcional realizado tras la evaluación fue el correcto, ya que las conductas problema que se mantenían por refuerzo positivo y negativo, por el estilo educativo de los padres y los castigos inconsistentes, se han reducido al modificar esas variables. De manera que ahora A. no recibe atención de sus padres cuando realiza conductas disruptivas, realiza actividades aunque no sean de su agrado, ambos progenitores poseen un estilo educativo más congruente respecto a las conductas de su hijo y los castigos se mantienen en el tiempo.

El presente trabajo cuenta con una serie de limitaciones, entre ellas se encuentra la inexistente colaboración del colegio. Tal y como se comentó anteriormente, el tratamiento muestra una mayor eficacia si se trabaja conjuntamente en todas las áreas problema, el niño, los padres y la escuela (Mateu y Sanahuja, 2020). Esta nula participación por parte de la escuela ha dificultado el trabajo con A. debido a que no se ha reforzado en clase lo que se trabajaba en las sesiones y en casa. Y este puede ser un factor importante por el cual podría haber una futura recaída. Cabe destacar que pese a no trabajar

directamente en el ámbito escolar, las notas de A. mejoraron y su actitud hacia la escuela era menos negativa.

Otra de las limitaciones es la breve duración del tratamiento, ya que este tenía un periodo de tiempo limitado por la duración de las prácticas. A pesar de ello, como se ha mencionado al inicio, se consiguieron resultados significativos. Por ello, se debería continuar trabajando en la misma línea.

Para finalizar, aunque hubo mejoría en términos de disminución de la sintomatología en A., para futuras investigaciones es conveniente aumentar la duración del tratamiento y plantear seguimientos, garantizando así la perdurabilidad de los cambios y un mejor nivel de funcionamiento familiar. Se han conseguido logros a corto plazo, pero no se sabe el impacto que puede tener a largo plazo. Por otro lado, también sería necesario contar con la colaboración de la escuela en el tratamiento, además de la familia, para ofrecerles una serie de pautas y formación al profesorado que facilite la consecución de los objetivos en el contexto escolar. Además, contando con su cooperación es más probable detectar la sintomatología de forma temprana y facilitar un diagnóstico precoz.

En conclusión, la principal aportación de este estudio es demostrar que la intervención cognitivo – conductual ofrece resultados significativos para un niño con TND comórbido al TDAH trabajando exclusivamente con el contexto familiar en aquellos casos en los que la inclusión de la escuela en el tratamiento no sea posible.

7.1. Valoración personal

El haber podido realizar el Trabajo de Fin de Máster sobre un caso clínico en mi centro de prácticas ha supuesto una superación a nivel personal. Tenía muy claro que quería que mi trabajo estuviese enfocado en el mundo infantil, ya que nunca había tenido la oportunidad de trabajar con niños.

El Trastorno Negativista Desafiante es la problemática con mayor comorbilidad al TDAH, por ello, decidí darle visibilidad en mi TFM. Antes de empezar a trabajar con A., para realizar una buena intervención y ampliar mis conocimientos sobre el TND, realicé una exhausta investigación acerca de este trastorno, sus características, evaluación, tratamiento y problemas asociados.

Al ser la primera vez en trabajar con niños, he tenido la oportunidad de aprender de ellos, de su forma de pensar, de sus inquietudes y sus intereses. También, he aprendido que trabajar con un niño va de la mano con trabajar con sus padres y, si es posible, con la escuela. Y la importancia que tiene diagnosticar a un niño a tiempo para poder mejorar su calidad de vida y de quienes le rodean lo antes posible.

Durante todo este proceso he vivido experiencias muy satisfactorias y gratificantes tanto a nivel profesional como personal. He adquirido habilidades desde el manejo de mis propias emociones hasta el desarrollo de la tolerancia a la frustración en aquellos momentos en los que más difícil parecía encaminar las sesiones. En cuanto a la parte más académica, he aprendido a manejar pruebas psicométricas y de evaluación que solo conocía en los libros, y a interpretar los resultados.

8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª Ed). Editorial Médica Panamericana.
- Brown, T.E. (2000). *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults*. American Psychiatric Press, Inc.
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y Adolescentes. Aportes Técnicos* (2da. ed.). Akadia.
- Farré-Riba, A. y Narbona, J. (1997). Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Neurología*, 25, 200-204.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. TEA Ediciones.
- Fernández, J. J. y Marquinez, J. M. (2018). *Introducción a la psicometría*. Ommpress Psicología.
- López, J. (2016). Estudio descriptivo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): perfil psicoeducativo y comorbilidad en los diferentes subtipos. *Proyecto de investigación*. <http://hdl.handle.net/10201/48105>
- López-Villalobos, J. et al. (2015). Prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante en una muestra de niños españoles entre seis y dieciséis años: informe del profesor. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 43(6) 213-220. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5322966>
- Macià, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Pirámide.
- Magaz, A. y García, E. (2011). *Perfil de Estilos Educativos, PEE*. Grupo ALBOR-COHS.

- Magaz, A. y García, E. (2019). *Escala Magallanes de atención visual: EMAV*. Grupo ALBOR-COHS
- Mateu, L., y Sanahuja, A. (2020). Evaluación e intervención en TDAH y TND: Un caso abordado en el contexto escolar. *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 52-58.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.1.7>
- Miranda, A., García, R., y Soriano, M. (2005). Habilidad narrativa de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psichothema*, 17(2), 227-232.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72717207>
- Moreno, J. L. (1961). *Psicodrama*. Paidós.
- Murillo, G. D. P. (2020). Estudio de caso de un trastorno negativista desafiante, desde la perspectiva sistémica en el Instituto de Familia y Vida de la UPB, en Bucaramanga. *Repositorio Institucional UPB*.
<http://hdl.handle.net/20.500.11912/8593>
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993). *Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento a padres: el programa Paidos*. Pirámide.
- Pelham Jr, W. E. y Fabiano, G. A. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184-214.
doi.org/10.1080/15374410701818681
- Pérez, M. R. (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.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147185006>
- Portellano, J. A., Mateos, R. y Martínez, R. (2012). *CUMANES. Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar*. TEA

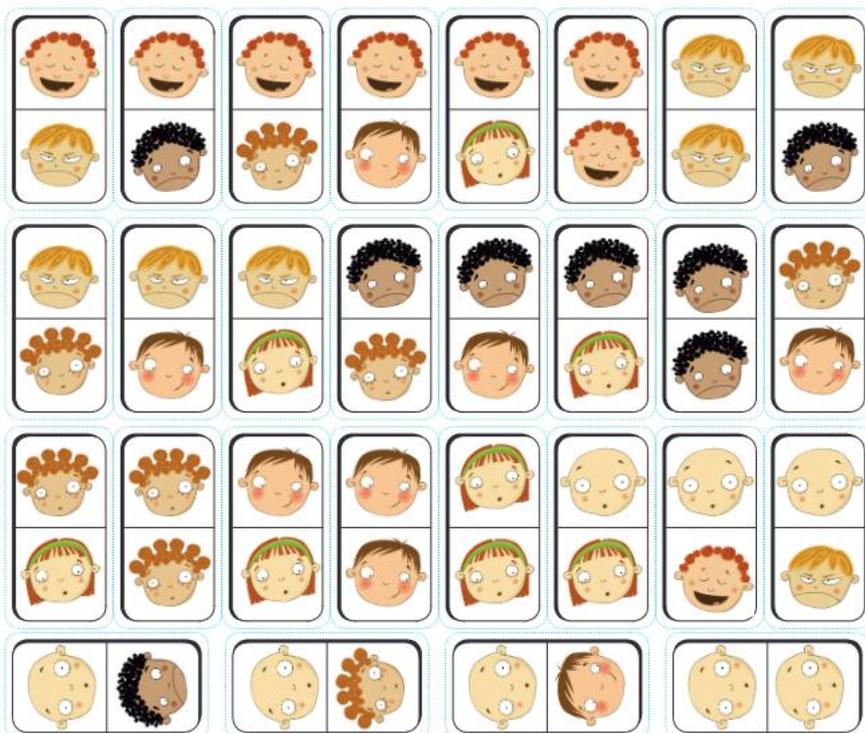
- Prados, A. y Aguayo, L. (2021). Aplicación de la terapia de interacción padres-hijos (PCIT) en dos niñas con problemas de conducta. *Psicología Conductual*, 29(1), 145-166. <https://doi.org/10.51668/bp.8321108s>
- Quintero, J., Loro, M., Jiménez, B., y García Campos, N. (2011). Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socio académico y a la comorbilidad. *VERTEX*, 22(96), 101-108.
- Quy, K., & Stringaris, A. (2017). *Trastorno negativista desafiante*. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. <https://iacapap.org/content/uploads/D.2-Operational-Defiant-Dis-Spanish-2017.pdf>
- Rey, A. (2003). *Rey: Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas*. TEA
- Ruiz, M. V. (2010). Trastornos de conducta: el trastorno negativista desafiante. *Innovación y experiencias educativas*, 36.
- Thurstone, L.L. & Yela, M. (2012). *CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias - Revisado*. TEA.
- Toro, J., Cervera, M. y Urío, C. (2006). *EMLE TALE-2000: Escala Magallanes de Lectura y Escritura*. Grupo ALBOR-COHS
- Velasco, L. y García, R. (2018). Combinando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con graves problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 57-62. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6272827.pdf>
- Weschler, D. (2005). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV (WISC-IV): Manual técnico y de interpretación*. TEA

9. ANEXOS

Anexo 1. Oca de las emociones



Anexo 2. Dominó de las emociones



Anexo 3. Técnica de la tortuga

