



**Universidad  
Europea** MADRID

# **Intervención de un caso de conducta disruptiva infantil desde una perspectiva conductual**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

**Autora:** Anna Antonie Voster

**Tutora clínica:** Lola Correa Malagón

**Tutora académica:** Tauana Verena Matias Lago

Fecha de realización del trabajo: 28.02.2023

Nº palabras: 11455

### **Agradecimientos**

Quisiera expresar mi agradecimiento especial a mis dos tutoras, Tauana Verena Matias Lago y Lola Correa Malagón por su invaluable experiencia, paciencia, apoyo y *feedback* a lo largo de este proceso. También me gustaría agradecer a Implica Psicología el acceso a las historias clínicas del caso que hizo posible este estudio.

## Resumen

Los comportamientos disruptivos son uno de los problemas más frecuentemente reportados en la población infanto-juvenil y dado que se han asociado con varias consecuencias negativas tanto a nivel individual como social, es de suma importancia una mayor comprensión de su desarrollo y tratamiento. El presente estudio contribuye a la literatura existente sobre tratamientos efectivos e individualizados para esta población, ya que la investigación en esta área es limitada. Este estudio de caso único expone el caso de una niña de 7 años que presentaba conductas disruptivas como gritos, insultos y golpes en varios contextos, por lo que sus padres decidieron acudir a terapia psicológica en una clínica privada de Madrid. Con la información recabada a través de entrevistas clínicas, observaciones, un cuestionario semiestructurado y autorregistros, se realizó el análisis funcional de sus conductas problemáticas, lo que sentó las bases para el desarrollo de los objetivos terapéuticos y un plan de intervención individualizado. El tratamiento tuvo una duración total de 8 sesiones, incluido un período de seguimiento, y tuvo como objetivo disminuir las conductas disruptivas y aumentar la capacidad del cliente para demorar el refuerzo. Esto se hizo mediante la aplicación de procedimientos basados en evidencia, como el entrenamiento de los padres en técnicas de modificación de la conducta. Al finalizar el tratamiento, las conductas disruptivas habían dejado de presentarse y los objetivos terapéuticos se consideraban cumplidos. El uso del análisis funcional como herramienta y la aplicación de procedimientos basados en evidencia se consideran imprescindibles para el éxito de este caso.

*Palabras clave:* análisis funcional, conducta disruptiva, estudio de caso único, intervención conductual, manejo de contingencias

### **Abstract**

Disruptive behaviors are one of the most frequently reported problems in the child- and adolescent population and seeing that they have been associated with several negative outcomes on both individual and societal levels, a greater understanding of its development and treatment is highly important. The present study contributes to the existing literature on effective and individualized treatments for this population, as research in this area is limited. This single case study presents the case of a 7-year-old girl who displayed disruptive behaviors such as yelling, insulting, and hitting in several contexts, upon which her parents decided to seek psychological therapy in a private clinic in Madrid. The functional analysis of her problem behaviors was carried out with the information gathered through clinical interviews, observations, a semi-structured questionnaire, and self-reports, which further laid the ground for the development of the therapeutic objectives and an individualized intervention plan. The treatment had a total duration of 8 sessions, including a follow-up period, and aimed to diminish disruptive behaviors and increase the client's capacity to postpone reinforcement. This was done through the application of evidence-based procedures such as parental training in behavioral modification techniques. At the end of treatment, the disruptive behaviors had ceased to occur, and the therapeutic objectives were considered completed. The use of functional analysis as a tool, and the application of evidence-based procedures are considered imperative for the success of this case.

*Keywords:* behavioral intervention, contingency management, disruptive behavior, functional analysis, single case study

## Índice

1.	Introducción .....	7
1.1.	Prevalencia.....	7
1.2.	Desarrollo de las conductas disruptivas y factores de riesgo .....	8
1.3.	Comorbilidad y consecuencias.....	10
1.4.	Tratamientos empíricamente validados.....	11
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta .....	14
3.	Estrategias de evaluación .....	16
4.	Formulación clínica del caso .....	19
4.1.	Variables disposicionales .....	19
4.2.	Hipótesis explicativas del mantenimiento de la problemática .....	21
4.3.	Objetivos terapéuticos y plan de intervención .....	28
5.	Tratamiento .....	29
5.1.	Adaptaciones a la terapia infantil y habilidades terapéuticas.....	29
5.2.	Técnicas y procedimientos empleados.....	30
6.	Valoración del tratamiento .....	35
7.	Discusión y conclusiones .....	38
8.	Referencias bibliográficas.....	44
9.	Anexos .....	51
	Anexo A. Consentimiento expreso. ....	51
	Anexo B. Historia biográfica infantil.....	56
	Anexo C. El juego de “me porto bien, me siento bien” .....	63
	Anexo D. Cronograma de las sesiones. ....	64
	Anexo E. Economía de fichas, conductas adecuadas en el colegio. ....	67
	Anexo F. Economía de fichas, tabla de puntos. ....	68
	Anexo G. Conductas adecuadas a reforzar. ....	69

### **Índice de Tablas**

Tabla 1: Estrategias de evaluación.....	18
Tabla 2: Objetivos terapéuticos y plan de intervención .....	28

### **Índice de Figuras**

Figura 1: Autorregistro de interacción .....	17
Figura 2: Secuencia funcional de la conducta de imitar los comportamientos inadecuados de su hermano .....	22
Figura 3: Secuencia funcional de la conducta de quejarse .....	22
Figura 4: Secuencia funcional de la conducta de buscar atención .....	23
Figura 5: Secuencias funcionales de las conductas de hacer peticiones e insistir .....	24
Figura 6: Secuencias funcionales de las conductas de hacer peticiones e insistir cuando padres son cansados .....	25
Figura 7: Secuencias funcionales de las conductas disruptivas en general y unas consecuencias de ellas .....	26
Figura 8: Secuencias funcionales de conductas relacionadas con el contexto de las tareas del colegio.....	27

## 1. Introducción

Algunos autores consideran las conductas disruptivas como un espectro que va desde malas conductas normativas hasta problemas significativos y perjudiciales (Kaat et al., 2019). Según Hernández (2014), las conductas disruptivas son aquellas que alteran o limitan el adecuado desarrollo del niño. El término “conducta disruptiva” abarca entre otros la mentira, las rabietas, la desobediencia, el comportamiento de oposición, la hostilidad, la agresión, la violencia y la delincuencia (Allen, Hwang, & Huijding, 2011; Hernández, 2014). Pero no todos los comportamientos que caen bajo este término general son necesariamente problemáticos. Las conductas disruptivas son parte del desarrollo normativo de los niños (American Psychiatric Association [APA], 2013; Hayes, Giallo, & Richardson, 2010; Imbeault & Pagani, 2021; Keenan & Wakschlag, 2002). Por lo tanto, es importante entender el comportamiento en un contexto. Lo que se define como una conducta disruptiva problemática puede variar según la etapa de desarrollo en la que se encuentre actualmente el niño, las diferencias individuales y el contexto (APA, 2013; Kaat et al., 2019).

### 1.1. Prevalencia

Uno de los problemas más frecuentemente reportados en la población infanto-juvenil, son las conductas disruptivas (Aguayo & Moreno, 2003; Barican et al., 2022; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2013; Navarro-Pardo, Moral, Galán, & Beitia, 2012; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). Debido a la falta de consenso sobre la definición de conductas disruptivas (Keenan & Wakschlag, 2002), es complicado establecer una tasa de prevalencia precisa y representativa de las mismas (Petrovic & Scholl, 2018). Sin embargo, se ha intentado estudiar la tasa de prevalencia de los trastornos del comportamiento, y según el National Institute for Health and Clinical Excellence (2013), el 5% de los niños entre 5 y 16 años presentan estos problemas. Parece

haber un predominio de diagnósticos realizados en varones y una tendencia a que la prevalencia aumente a lo largo de la infancia (NICE, 2013).

## **1.2. Desarrollo de las conductas disruptivas y factores de riesgo**

Las conductas disruptivas que son típicas durante el desarrollo normativo tienden a desaparecer con el tiempo (Moreno, 2006 citado en Orgilés, Méndez, & Espada, 2022; Tremblay, 2000), sin embargo, si el manejo de dichas conductas no es adecuado, puede volverse problemático. A la hora de determinar en qué medida una determinada conducta es problemática, es importante tener en cuenta parámetros como la intensidad, la frecuencia y la duración de las conductas, además de su función (Froján & Santacreu, 1999). El actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) incluye el capítulo “Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta” (APA, 2013). Para estos trastornos, los criterios aluden a los parámetros antes mencionados de las conductas problemáticas, así como a su capacidad de causar malestar significativo en el individuo o su entorno, o que tienen un impacto negativo en la función del individuo. Aunque no todas las conductas disruptivas cumplen criterios para dichos trastornos, la falta de “una etiqueta” de acuerdo con un sistema categorial basado en descripciones topográficas, no es necesaria para considerar que una conducta sea problemática y que requiera intervención psicológica. Las conductas problemáticas se consideran problemas psicológicos cuando afectan a la persona en su conjunto, y a su capacidad de relacionarse y adaptarse a su contexto (Froján & Santacreu, 1999).

El desarrollo de conductas disruptivas se ha relacionado con varios factores de riesgo. Dentro de los factores de riesgo específicos para el individuo se encuentra el género masculino, problemas con el funcionamiento ejecutivo, bajo rendimiento escolar y conductas prosociales limitadas (Dopp, Smith, Berman, & Hill, 2018; NICE, 2013). En relación con el contexto del individuo, unos factores de riesgo mencionados en la literatura son nivel



socioeconómico bajo (NICE, 2013), exposición a maltrato y/o violencia (Dopp et al., 2018), relaciones conflictivas con profesores (Horn, McCormick, O'Connor, McClowry, & Hogan, 2021), y entornos familiares deficientes; caracterizados por malas relaciones entre padres e hijos, conflicto entre padres, estilos de crianza inadecuados (incluyendo abuso y/u ordenes poco claras), problemas de salud mental de los padres y/o contacto de los padres con el sistema de justicia penal (Dopp et al., 2018; Hernández, 2014; Jiménez-Barbero, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban, & Waschler, 2016; Latham, Mark, & Oliver, 2017; NICE, 2013; Pacho & Triñanes, 2011; Song et al., 2022; van der Veen-Mulders, Hoekstra, Nauta, & van den Hoofdakker, 2020).

Al ver que los niños pasan mucho tiempo en el contexto familiar durante su desarrollo, es comprensible que este ambiente sea altamente influyente en el desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas (Hernández, 2014). Patterson, Dishion y Bank (1984) describieron cómo el comportamiento disruptivo, como cualquier otro comportamiento, puede entenderse a través de los principios del aprendizaje. Descubrieron que la mala gestión por parte de los padres del comportamiento problemático del niño podría conducir al refuerzo involuntario de dichos comportamientos, lo que a su vez crea un círculo vicioso de refuerzo mutuo del comportamiento problemático del niño y el comportamiento coercitivo de los padres. Por ejemplo, si al dar una instrucción, un niño protesta, los padres pueden experimentar esta protesta como aversiva y ceder a los deseos del niño. De esta forma, se refuerza negativamente la desobediencia del niño, ya que desaparece la petición o instrucción. El comportamiento de los padres también se refuerza negativamente, ya que cesan las protestas del niño. Ante una demanda futura, el niño probablemente proteste de nuevo, y si los padres insisten en la demanda, la morfología de la conducta del niño se puede diversificar (p.ej., el niño podría aumentar la frecuencia y la intensidad de las protestas). En respuesta a esto, los padres pueden retirar la demanda, reforzando la protesta más agresiva del

niño, o continuar insistiendo con más intensidad hasta que el niño acepte la demanda, lo que nuevamente reforzará su propia comunicación más coercitiva con el niño. De esta forma, la comunicación de ambas partes escalará y se volverá cada vez más agresiva.

### **1.3. Comorbilidad y consecuencias**

Las conductas disruptivas a menudo son comórbidas con otros trastornos del estado de ánimo, del control de los impulsos y la ansiedad (APA, 2013; Burkey et al., 2018; Lieneman, Williford, Quetsch, Thomas, & McNeil, 2018; Njardvik, Smaradottir, & Öst, 2022). Varias consecuencias negativas para el individuo, su contexto inmediato y la sociedad se han asociado con comportamientos disruptivos. A nivel individual, algunas de estas consecuencias incluyen problemas de regulación emocional (Frick & Matlasz, 2018; Imbeault & Pagani, 2021; Njardvik et al., 2022), bajo funcionamiento social (Boxmeyer, Lochman, Kassing, Mitchell, & Romero, 2018; Hayes et al., 2010; Hernández, 2014; Njardvik et al., 2022; Pacho & Triñanes, 2011), escolaridad interrumpida y/o bajo rendimiento académico (Burkey et al., 2018; Navarro-Pardo et al., 2012; Zhang et al., 2021). Con el tiempo, estas consecuencias negativas tienden a culminar, creando un efecto bola de nieve de problemas de ajuste, al que siguen más consecuencias negativas a largo plazo (Frick & Matlasz, 2018; Pacho & Triñanes, 2011). Estas incluyen mala salud física (Zhang et al., 2021), desempleo y/o problemas laborales (Frick & Matlasz, 2018; Njardvik et al., 2022) y la subsecuente desventaja social (Zhang et al., 2021), mayor consumo de sustancias (Boxmeyer et al., 2018) y mayor mortalidad (Njardvik et al., 2022) y riesgo de suicidio (Burkey et al., 2018).

Las conductas disruptivas también pueden afectar a quienes se encuentran en el contexto inmediato de la persona que las manifiesta, como por ejemplo la víctima de una acción violenta, o los compañeros de clase de alguien que demanda un exceso de atención de los profesores por un comportamiento agresivo y hostil, o los miembros de la familia de

alguien que muestra un comportamiento de oposición. El comportamiento disruptivo se ha relacionado con el estrés de los padres (Burkey et al., 2018) y puede perjudicar a las familias (Boxmeyer et al., 2018). Sin intervención, también existe un mayor riesgo de que la persona que muestra conductas disruptivas problemáticas en la infancia contribuya a la transmisión intergeneracional de la violencia durante la edad adulta (Broidy et al., 2003) o que se involucre en el sistema de justicia penal debido a delincuencia o delitos penales (Frick & Matlasz, 2018; Njardvik et al., 2022; Zhang et al., 2021). Todo esto, junto con la incrementada necesidad de esta población de especialistas en educación, profesionales de la salud mental y posibles ubicaciones residenciales, es evidente que las conductas disruptivas constituyen un gran coste para la sociedad (Jerrott, Clark, & Fearon, 2010). Debido a las consecuencias perjudiciales que pueden acarrear las conductas disruptivas, especialmente para los niños en desarrollo, y sabiendo que los problemas de conducta tienden a volverse más resistentes al cambio con la edad (Njardvik et al., 2022) – la detección, el diagnóstico y el tratamiento temprano de la conducta disruptiva son de suma importancia para asegurar un pronóstico favorable.

#### **1.4. Tratamientos empíricamente validados**

El tratamiento de primera línea de las conductas disruptivas es la psicoterapia (NICE, 2013). La farmacoterapia puede ser un complemento relevante del tratamiento psicológico en casos específicos de conducta disruptiva (p.ej., para controlar la agresión severa), pero nunca será una intervención suficiente por sí sola (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 2007; de la Peña-Olvera & Palacios-Cruz, 2011; NICE, 2013; Rajkumar, 2022). Hay varios tratamientos psicosociales disponibles para los comportamientos disruptivos, incluida la terapia cognitivo-conductual, la terapia psicodinámica, y la terapia conductual (Zhang et al., 2021), mostrando esta última superioridad sobre otras orientaciones (Garland et al., 2010; Lieneman et al., 2018; Pacho &

Triñanes, 2011). Estos tratamientos pueden implementarse en una variedad de condiciones, incluidas las intervenciones centradas en el niño, las intervenciones basadas en la escuela y/o la comunidad, y las intervenciones orientadas a la familia o el entrenamiento de padres, tanto en formato individual como grupal. Existe evidencia sustancial para respaldar varias de estas condiciones de tratamiento (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008; Hayes et al., 2010), y muchos abogan por la multimodalidad, donde se combinan varias condiciones (AACAP, 2007; Jerrott et al., 2010).

La mayoría de las intervenciones basadas en evidencia para el comportamiento disruptivo involucran a los padres de una forma u otra (Njardvik et al., 2022). Esto puede explicarse por la cantidad de interacciones que los niños tienen a lo largo de su crianza en el contexto de la relación parental, lo que subraya la importancia de este contexto para moldear comportamientos (Lieneman et al., 2018). Se ha encontrado que las intervenciones más respaldadas empíricamente para las conductas disruptivas en niños es el entrenamiento en manejo del comportamiento para padres y cuidadores (AACAP, 2007; de la Peña-Olvera & Palacios-Cruz, 2011; Eyberg et al., 2008; Lozano-Rodríguez & Valero-Aguayo, 2017; NICE, 2013; Pacho & Triñanes, 2011; van der Veen-Mulders et al., 2020). Generalmente, esto se trata de enseñar a los padres a gestionar los comportamientos problemáticos mediante técnicas de modificación de la conducta (Lozano-Rodríguez & Valero-Aguayo, 2017).

La modificación de la conducta implica la aplicación sistemática de técnicas basadas en los principios del aprendizaje para evaluar y modificar las conductas de un individuo hacia conductas más adaptativas (Martin & Pear, 2008). Aquí juega un papel importante el condicionamiento operante, que es el proceso por el cual un individuo aprende nuevos comportamientos en función de las consecuencias inmediatas que recibe una conducta en su entorno (Skinner, 1938 citado en Rodríguez & Carillo, 2014). En el tratamiento de la conducta disruptiva se enseña a los padres a manejar las contingencias, es decir, a cambiar

sistemáticamente las consecuencias inmediatas que recibe el niño al desencadenar una determinada conducta (Ashem & Poser, 1977; Rodríguez & Carillo, 2014). En general, esto incluye reducir el refuerzo de la conducta disruptiva (i.e., extinción), aumentar el refuerzo de la conducta deseada (i.e., reforzamiento diferencial) y/o castigar la conducta disruptiva. El castigo debe entenderse como algo que reduce el comportamiento, siendo utilizado preferentemente el castigo negativo (como la pérdida de privilegios o el tiempo fuera; AACAP, 2007; Rodríguez & Carillo, 2014).

Además de mejorar las habilidades de crianza en los padres (van der Veen-Mulders et al., 2020), otros componentes que se han identificados como relevantes en el tratamiento de las conductas disruptivas incluyen enseñar a los niños a manejar la ira y la activación, a establecer metas, a tomar perspectiva (Njardvik et al., 2022), habilidades para resolver problemas (AACAP, 2007; American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice for Children and Adolescents, 2008), habilidades sociales (Hernández, 2014) y brindarles educación afectiva (Njardvik et al., 2022; Wells, Hunnikin, Ash, & van Goozen, 2021). Además, la evidencia sugiere que la intervención temprana es importante en el tratamiento de las conductas disruptivas (Hayes et al., 2010; Keenan & Wakschlag, 2002; Pacho & Triñanes, 2011) y que el tratamiento debe incluir ensayos conductuales, modelado y ejercicios entre sesiones (Garland et al., 2010). Algunos abogan por la eficacia de los programas de tratamiento intensivo (Jerrott et al., 2010), mientras que la mayoría de los tratamientos basados en la evidencia consideran alrededor de 12 sesiones semanales como el estándar de oro (AACAP, 2007; Garland et al., 2010).

Aunque en la literatura se han considerado ciertos componentes relevantes en el tratamiento de las conductas disruptivas, y varios protocolos de tratamiento han demostrado su eficacia en esta población, es importante recordar que cada caso es único y las conductas topográficamente similares pueden tener funciones diferentes. Por lo tanto, deben usarse

como una guía en la toma de decisiones clínicas, en lugar de considerarlos como instrucciones a seguir estrictamente. Para garantizar el mejor tratamiento posible de un individuo, es necesario basarse en el análisis funcional del caso, herramienta que permite al terapeuta entender el desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas, predecir las conductas futuras del cliente, y así diseñar un tratamiento específico e individualizado (AACAP, 2007; de la Peña-Olvera & Palacios-Cruz, 2011; Froxán, 2020; Haynes, Leisen, & Blaine, 1997).

El objetivo del presente estudio de caso es presentar una intervención psicológica, realizada desde una perspectiva conductual, en un caso infantil de conductas disruptivas. El tratamiento fue realizado por una psicóloga general sanitaria con un máster en modificación de conducta y más de 6 años de experiencia clínica, y se llevó a cabo en la clínica psicológica privada Implica Psicología. Se realizó un análisis funcional del caso, que sentó las bases para el posterior tratamiento del cliente. El tratamiento consistió en gran medida en la aplicación por parte de los padres de técnicas de modificación de la conducta. La información utilizada en este estudio de caso se obtuvo a través de la revisión de historias clínicas redactadas por la psicóloga del caso, así como a través de sesiones clínicas con el mismo.

## **2. Identificación del paciente y motivo de consulta**

Cumpliendo con la Ley Orgánica de Protección de Datos y el Código Deontológico del Psicólogo, los datos personales proporcionados en este caso han sido modificados para garantizar la confidencialidad del cliente. En adelante, se utilizará la letra C para referirse al cliente.

C es una niña de 7 años, originaria de Madrid, que cursa primero de educación primaria en un colegio concertado. Sus padres al describirla dicen que es inteligente, cariñosa, tiene mucho carácter, es habladora y siempre le ha gustado lucirse. Su madre, de 42

años trabaja como bibliotecaria, y su padre de 41 años trabaja en producción de televisión. Tienen un nivel socioeconómico medio-alto. Los padres de C estén separados desde el inicio de 2020, lo cual refieren haber sido un desafío para C. Se observa una relación entre los padres de respeto mutuo y con buena comunicación. C vive la mayor parte del tiempo con su madre y dos hermanos, G de 9 años y J de 5 años, y los fines de semana alternos vive con su padre. Su hermano mayor, G, está diagnosticado de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), grado 1. C conoce que su hermano es “diferente” y observa los beneficios de serlo.

El motivo principal por el que acuden los padres a terapia es que notan cambios de comportamiento en C en el último año. Refieren haber recibido un informe de comportamiento desde el equipo de orientación en el colegio hace dos semanas, donde describen conductas problemáticas que se han observado en ella durante el segundo y tercer trimestre. Concretan haber observado en C conductas desafiantes hacia los profesores y monitores, una falta de disciplina, demandas de atención exclusivas, respuestas de evasión ante situaciones incómodas, respuestas de rechazo e insultos, y con falta de sentimientos de culpabilidad y arrepentimiento tras los episodios. Recomiendan que C sea derivado a un psicólogo, para confirmar o descartar una problemática clínica.

El padre no reconoce a su hija en el informe, pero reconoce que ella muestra comportamientos problemáticos tanto en el colegio como en el hogar. La madre reconoce a su hija en el informe, pero considera que los comportamientos problemáticos descritos son exagerados. Los padres consideran que las conductas problemáticas que C demuestra en casa son gritar, interrumpir, ignorar, insultar, pegar y patear. Según ellos, esto ocurre al menos semanalmente, y generalmente con más frecuencia. Puede ocurrir en cualquier momento del día, en cualquier lugar, cuando C quiere llamar su atención, no quiere hacer algo, no puede hacer algo o está aburrida.

Es la primera vez que el cliente acude a terapia psicológica, no tiene ningún diagnóstico y actualmente no toma ningún medicamento. Dado que el cliente es menor de edad, ambos progenitores con patria potestad compartida firman el consentimiento expreso antes de iniciar la terapia (Anexo A), y por extensión permitiendo que el caso sea utilizado con fines educativos como el presente estudio de caso.

### **3. Estrategias de evaluación**

La evaluación se llevó a cabo en tres sesiones semanales, de aproximadamente una hora de duración, tanto en el contexto clínico, es decir en sesión, como en el contexto extra clínico, es decir en el ámbito natural del cliente. En la clínica se evaluó el caso a través de entrevista semiestructurada con varios informantes (cliente, madre, padre). La entrevista clínica es uno de los instrumentos más utilizados en el proceso de evaluación en tratamientos psicológicos conductuales, y permite recopilar información de manera inmediata, flexible y con un coste bajo (Encinas, 2008). Otro método de evaluación que se utilizó en el contexto clínico en este caso fue la observación directa del cliente, sus progenitores, y la interacción entre ellos. Observación análoga, es decir, la observación del comportamiento en un entorno artificial que imita el entorno natural del cliente también fue aplicada a través de *role-playing* de situaciones relevantes con el cliente y su hermano menor. La observación directa y sistemática es otro método beneficiado para la evaluación en la terapia psicológica, ya que permite al psicólogo operativizar las conductas clínicamente relevantes y ajustar intervenciones en función de las respuestas del cliente (Encinas, 2008).

Para evaluar las conductas relevantes del cliente en el contexto extra clínico, se pidió a los padres que completaran algunas tareas entre sesiones. Esto incluía que cada uno rellenara la historia biográfica infantil que es un cuestionario realizado por el centro psicológico para obtener información relevante sobre el problema (Anexo B) y autorregistros de interacción familiar (Figura 1), así como que pidieran feedback relevante y frecuente sobre



el comportamiento del cliente en el ámbito escolar. Los autorregistros, que en este caso fue rellenados por los padres del cliente, permite la recolección de información cuando no es posible la observación directa en el ambiente en el que se presenta la conducta relevante, así como conocer los antecedentes y consecuentes de la conducta en cuestión (Encinas, 2008). En otras palabras, la psicóloga obtiene información relevante durante un periodo de tiempo más largo y en el contexto natural del cliente y, por lo tanto, una mejor imagen de lo que está sucediendo.

**Figura 1**

*Autorregistro de interacción*

Día	Hora	Situación	Comportamiento/s problemático/s	Qué respuesta obtiene de su entorno	Qué hace después el/la niño/a

*Nota.* Esta figura muestra el primer autorregistro que se les pidió a cada uno de los padres que rellenaran durante la fase de evaluación. Tenían que llenarlo cada vez que C mostró comportamientos problemáticos, comenzando con fecha y hora, una descripción de la situación, una descripción del comportamiento problemático, una descripción de cómo actuaron ellos, y luego cómo respondió C. El segundo autorregistro fue similar a esta, solo añadiendo en la cuarta columna una opción de describir conductas adecuadas también.

Las primeras tres sesiones comprenden la fase principal de evaluación en este caso. Sin embargo, la evaluación continuó durante todo el proceso para evaluar posible información relevante que no se había presentado, posibles cambios en el contexto extra clínico, y para valorar el cambio del cliente. La siguiente tabla (Tabla 1) muestra una descripción de los instrumentos de evaluación utilizados en este caso, así como sus respectivas funciones.

**Tabla 1**

*Estrategias de evaluación*

Estrategia de evaluación	Objetivo del instrumento
Informe de comportamiento por parte del equipo de orientación en el colegio	Proporcionó información sobre los comportamientos problemáticos observados en el cliente por parte del personal del colegio, así como sus valoraciones al respecto y las medidas implementadas para intervenir.
Entrevista clínica	Permitió recabar información sobre el motivo de consulta, operativización de las conductas problemáticas, factores relacionados con su incidencia, desarrollo y mantenimiento, así como sus consecuencias para el cliente y su entorno. Además, permitió a la psicóloga establecer una alianza terapéutica y evaluar posibles cambios en el comportamiento problemático.
Historia biográfica	Proporcionó información sobre la percepción de cada uno de los progenitores sobre el problema, su desarrollo, los factores relacionados con el mismo, y las expectativas relacionado con el tratamiento. Además, proporcionó información general sobre el cliente como su desarrollo, hábitos e intereses, así como la situación familiar y académico actual.
Autorregistro	Permitió recopilar información sobre situaciones de interacción de C con cada uno de sus progenitores, relevantes para el análisis funcional.

Observación	Permitió a la psicóloga observar comportamientos clínicamente relevantes de la cliente y sus progenitores en el contexto clínico. Entendiendo que es probable que el comportamiento observado en la sesión ocurra fuera de la sesión, estas observaciones eran relevantes para el proceso de intervención posterior. Además, permitió a la psicóloga evaluar la comprensión de las pautas y explicaciones que se propusieron, así como posibles cambios en el comportamiento problemático y por extensión la eficacia de la intervención.
Juego <sup>a</sup>	La psicóloga creó un juego que le permitía evaluar si el cliente comprendía la diferencia entre conductas adecuadas e inadecuadas. Contribuyó además al condicionamiento apetitivo de la terapia.

---

<sup>a</sup> El juego de me porto bien, me siento bien (Anexo C).

#### **4. Formulación clínica del caso**

En base a la información obtenida durante el proceso de evaluación, que tuvo como objetivo analizar el origen y mantenimiento del problema, se desarrolló el análisis funcional. Se observó que el manejo parental de las conductas problemáticas en C era un área importante en la que intervenir.

##### **4.1. Variables disposicionales**

Para entender el problema, al crear un análisis funcional, es importante considerar las variables disposicionales. Las variables disposicionales son variables de la persona o de su contexto, que estén relacionados al desarrollo o mantenimiento del problema, sin tener un efecto causal directo. Estas variables puedan modificar partes de las secuencias funcionales, ya sea facilitando o impidiendo el desarrollo de ciertas relaciones funcionales (Froxán, 2020). Las variables disposicionales que se consideraron en este caso se enumeran a continuación.

### *A nivel de la persona*

- **Edad (7 años).** La etapa de desarrollo en la que C se encuentra actualmente se caracteriza por egocentrismo y una elevada necesidad de atención. La atención de los padres es un reforzador potente debido a esta variable. Por lo tanto, cuando se le priva de atención, puede aumentar la probabilidad de que C emite comportamientos que ha aprendido que recibirán atención.
- **Rasgos de personalidad.** Se la describe con un carácter fuerte, intensa, exagerada y extrovertida. Esto forma parte de su historia de aprendizaje y favorece la morfología de sus respuestas.

### *A nivel del entorno*

- **Hermano mayor diagnosticado con TEA.** Sirve de modelo para C, donde C al observar sus comportamientos y los beneficios que recibe de estos, imita dichos comportamientos. Él marca los ritmos en la familia, es decir que la familia organiza planes y actividades en función de sus demandas. También demanda mucha atención de los padres, lo que lleva a una distribución desigual de la atención entre hermanos, así como al cansancio de los padres. El cansancio de los padres conduce además a una falta de sistematicidad en la aplicación de las contingencias.
- **Ser la hermana mediana.** No es la mayor, que exige mucha atención de los padres debido a su diagnóstico, ni la más joven, que se suele atender más. Por lo tanto, la cantidad de atención que C recibe es escasa, lo cual genera un estado de privación.
- **Cambio de ciclo escolar y consecuencias de la pandemia.** Antes de la pandemia C estaba en el último trimestre de la educación infantil, y cuando terminó el confinamiento empezó en primero de educación primaria. Hay un cambio considerable entre la libertad y el tiempo para jugar en la educación infantil en

comparación con la educación primaria, así como un salto significativo en el plan de estudios. También hay una diferencia importante en las rutinas y responsabilidades exigidos en el contexto académico y el período de confinamiento.

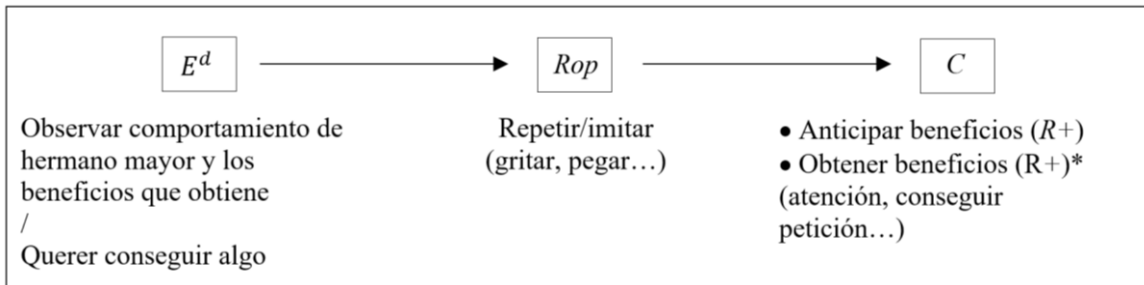
#### **4.2. Hipótesis explicativas del mantenimiento de la problemática**

Si bien comprender el origen de un comportamiento puede ser informativo, en este caso solo se consideró relevante identificar los factores de mantenimiento, ya que la modificación de estos permitiría el cambio de comportamiento. Por lo tanto, la psicóloga se centró en recopilar la información necesaria durante el proceso de evaluación para crear las hipótesis de mantenimiento de las conductas problemáticas en lugar de recopilar información para crear una hipótesis de origen.

Después de haber observado que su hermano mayor consigue beneficios como atención, peticiones y premios al desencadenar ciertos comportamientos como gritar, pegar y negarse a seguir instrucciones ( $E^d$ ), C ha aprendido a repetir estos mismos comportamientos (Figura 2). Esta imitación de comportamientos ( $Rop$ ) se mantiene mediante un refuerzo positivo de anticipar la recepción de los mismos beneficios que obtiene su hermano ( $R+$ ), y por refuerzo intermitente de ocasionalmente conseguir estos beneficios ( $R+$ ). Estas conductas se han generalizado, y no solo ocurren en las situaciones en las que C observa que su hermano desencadena estos comportamientos, sino que se ha convertido en una estrategia que aplica cuando por ejemplo quiere conseguir algo ( $E^d$ ), utilizando estas estrategias también en el colegio.

**Figura 2**

*Secuencia funcional de la conducta de imitar los comportamientos inadecuados de su hermano*

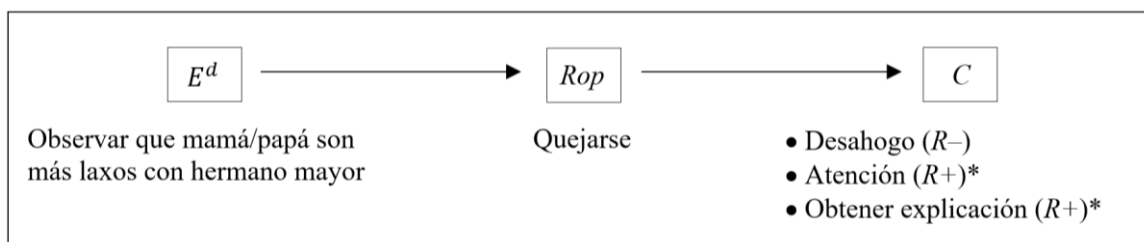


*Nota.*  $E^d$  = Estimulo discriminativo;  $Rop$  = Respuesta operante;  $C$  = Consecuente;  $R+$  = Refuerzo positivo;  $R-$  = Refuerzo negativo;  $C+$  = Castigo positivo;  $C-$  = Castigo negativo. El asterisco demuestra que el refuerzo es intermitente a razón variable.

Observa además que sus padres son más laxos con su hermano mayor que con ella ( $E^d$ ), por lo que tiende a quejarse ( $Rop$ ), porque le da una sensación de desahogo ( $R-$ ; Figura 3). A veces también recibe atención de sus padres ( $R+$ ), y una explicación (p.ej., “es que estoy cansado/a”;  $R+$ ). En estas dos secuencias, la variable disposicional de tener un hermano diagnosticado con TEA es relevante ya que sirve como modelo de conductas problema para  $C$ , y porque supone una gran demanda atencional para los padres.

**Figura 3**

*Secuencia funcional de la conducta de quejarse*

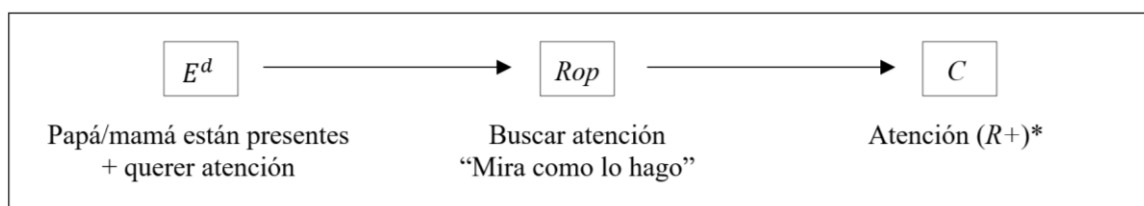


*Nota.* Consulte la Figura 1 para más detalles.

La tendencia de C a buscar la atención de sus padres ( $Rop$ ), pidiendo que la miren, por ejemplo, diciendo "mírame, mira como hago esto", se discrimina cuando cualquiera de los padres está presente y ella quiere atención ( $E^d$ ) y se mantiene mediante refuerzo intermitente, ya que a veces recibe atención ( $R+$ ; Figura 4). Una variable disposicional importante aquí es la privación de atención que está experimentando C, que aumenta el valor discriminativo de la presencia de los padres, así como el valor reforzante de recibir atención de ellos (operación motivadora de establecimiento).

#### Figura 4

##### *Secuencia funcional de la conducta de buscar atención*

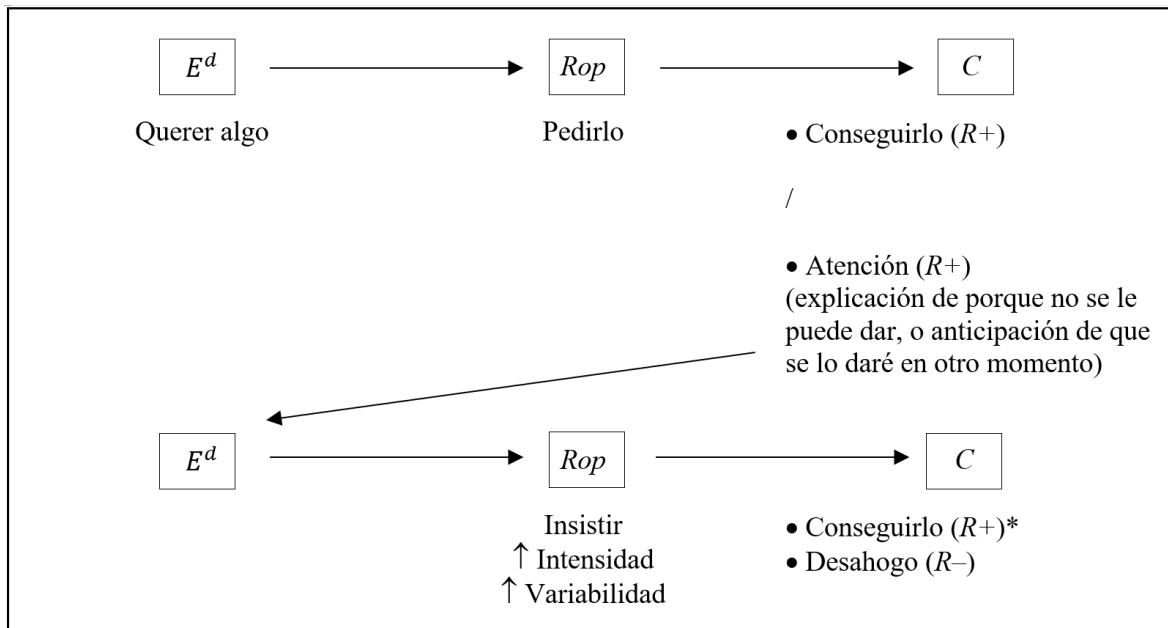


*Nota.* Consulte la Figura 1 para más detalles.

Al querer algo ( $E^d$ ), C ha aprendido a pedirlo ( $Rop$ ), porque o recibe lo que pide ( $R+$ ) o recibe atención en forma de una explicación de por qué no puede recibirlo, o una anticipación de recepción en el futuro ( $R+$ ). El problema, sin embargo, es que C ha aprendido que, si insiste, pidiendo lo mismo con mayor intensidad e incluso variando la forma de pedirlo ( $Rop$ ), a veces consigue lo que quiere ( $R+$ ). Esto refuerza intermitentemente la conducta de insistir después de haber recibido una negación. Al variar sus respuestas y aumentar la intensidad de sus conductas, puede llegar incluso a tener una sensación de desahogo ( $R-$ ), que nuevamente mantiene dichas conductas (Figura 5).

**Figura 5**

*Secuencias funcionales de las conductas de hacer peticiones e insistir*



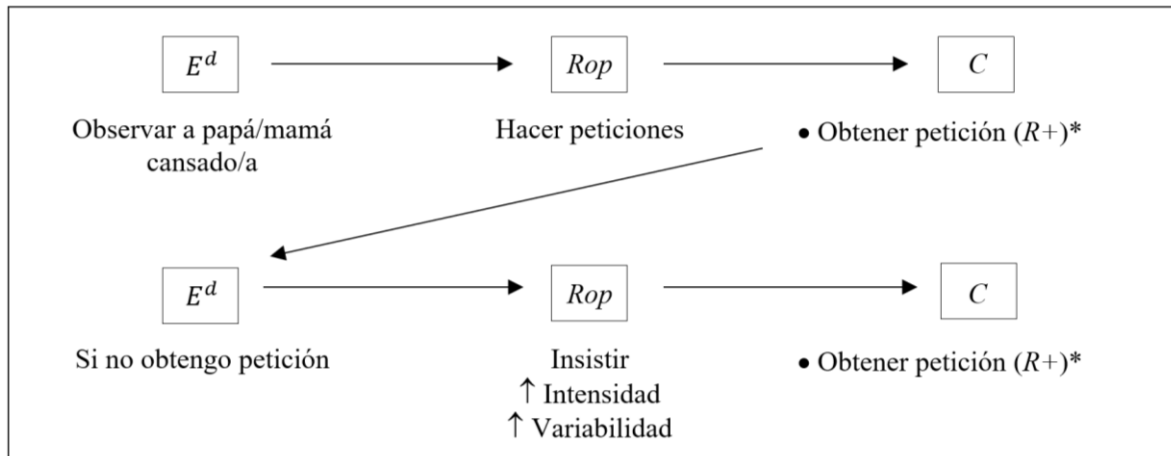
*Nota.* Consulte la Figura 1 para más detalles.

Muy relacionadas con las secuencias antes mencionadas, están las descritas en la Figura 6. Estas demuestran cómo C al observar que sus padres están cansados ( $E^d$ ), pide algo ( $Rop$ ), porque ha aprendido que sus padres son más propensos a ceder ante sus demandas, y ser menos sistemáticos con contingencias cuando están cansados. El refuerzo positivo intermitente de conseguir la petición ( $R+$ ) mantiene la conducta de pedir. Cuando no consigue la petición, aplica la estrategia antes mencionada de insistir, aumentando la intensidad y la variabilidad en la forma de hacer la petición. Hace esto porque muchas veces sus padres accedan a la solicitud y, por lo tanto, obtiene la petición ( $R+$ ). Una variable disposicional relevante aquí es el hermano mayor diagnosticado con TEA que demanda mucha atención de los padres, lo que contribuye a un mayor cansancio en ellos.



**Figura 6**

*Secuencias funcionales de las conductas de hacer peticiones e insistir cuando padres son cansados*



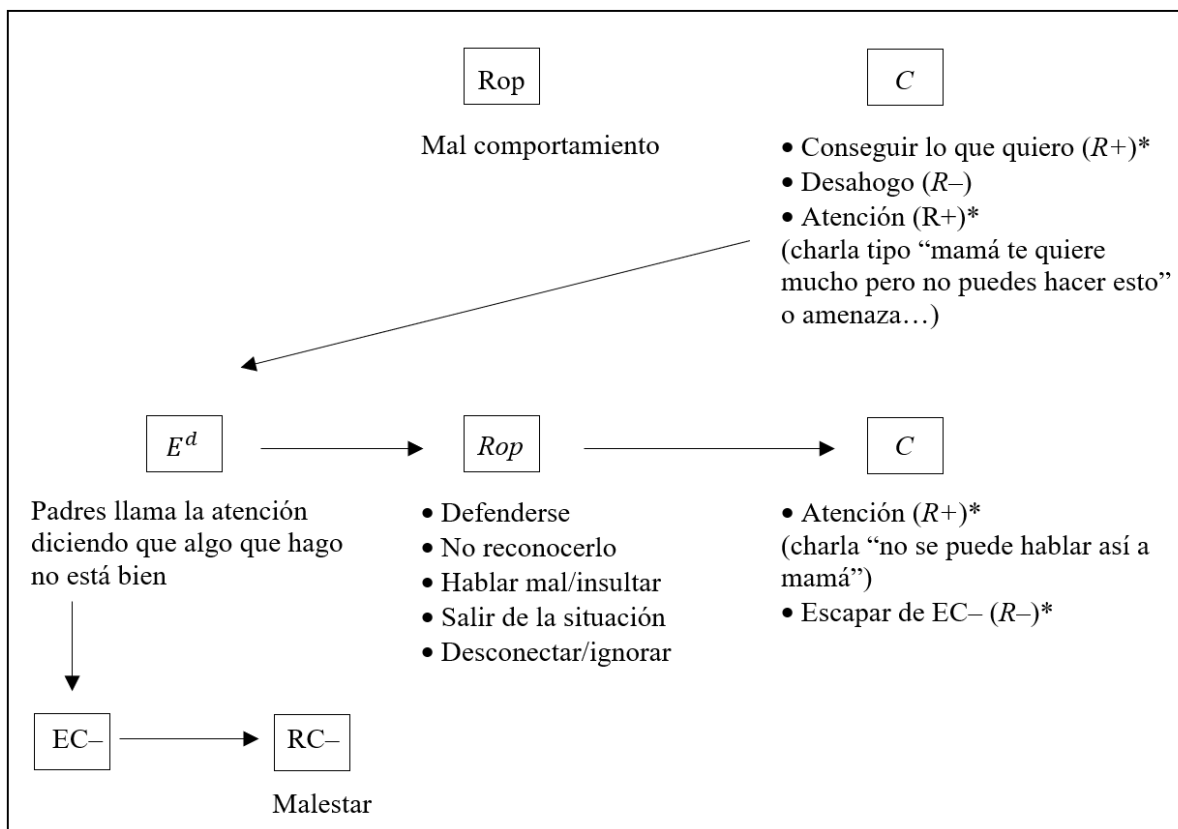
*Nota.* Consulte la Figura 1 para más detalles.

A lo largo de su historia de aprendizaje, C ha adquirido algunas estrategias que han demostrado ser beneficiosas. Estos incluyen gritar, interrumpir, golpear, patear e insultar (denominados “mal comportamiento” en Figura 7). Al realizar alguna de estas conductas ( $Rop$ ), en ocasiones consigue lo que quiere (p.ej., ver televisión o comer dulces), reforzando intermitentemente dichas conductas ( $R+$ ). Al llevar a cabo estos comportamientos, también experimenta una sensación de desahogo ( $R-$ ). Otras veces recibe un discurso por parte de sus padres, sobre por qué lo que está haciendo no está bien ( $R+$ ) o recibe una amenaza en forma de una anticipación de una consecuencia indeseable (p.ej., tiempo fuera;  $R+$ ). Ambos funcionan como reforzadores positivos (e intermitentes), ya que C recibe atención de sus cuidadores principales, lo que, debido a sus variables disposicionales, es altamente reforzador. Sin embargo, cuando se le hace consciente de sus conductas indeseables, y se le dice que lo que está haciendo no está bien ( $E^d/EC-$ ), le genera malestar ( $RC-$ ), por lo que o se defiende, habla mal, no reconoce lo que ha hecho, se desconecta de la situación, o escapa de la situación ( $Rop$ ). Estas conductas se mantienen mediante un refuerzo intermitente en

forma de atención donde recibe una explicación de por qué no está bien lo que está haciendo (p.ej., “no puedes hablar así a mamá”;  $R+$ ). En el caso de escapar o desconectarse de la situación ( $Rop$ ), se refuerza ( $R+$ ) al no tener que estar presente en una situación incómoda o indeseable ( $EC-$ ).

**Figura 7**

*Secuencias funcionales de las conductas disruptivas en general y unas consecuencias de ellas*

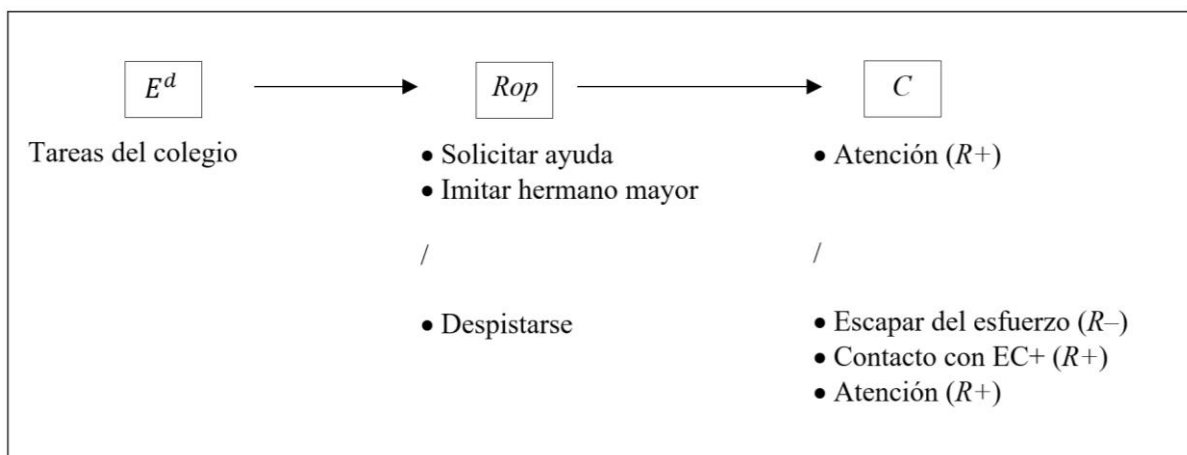


*Nota.*  $EC$  = Estimulo condicionado;  $RC$  = Respuesta condicionada. Consulte la Figura 1 para más detalles.

Cuando C tiene que hacer sus tareas del colegio ( $E^d$ ), tiende a pedir ayuda ( $Rop$ ) o a imitar las conductas problemáticas de su hermano mayor (p.ej., amenazando a sus padres diciéndoles que solo hará su tarea si se quedan a su lado;  $Rop$ ), sobre el cual recibe atención ( $R+$ ; Figura 8). Otras veces puede distraerse ( $Rop$ ) lo que le permite escapar del esfuerzo de tener que hacer la tarea ( $R-$ ). Si se distrae haciendo cosas que le gustan, por ejemplo, dibujando ( $EC+$ ), este contacto con estímulos agradables refuerza la conducta de distraerse ( $R+$ ), e incluso puede recibir atención de sus padres al hacerlo ( $R+$ ).

**Figura 8**

*Secuencias funcionales de conductas relacionadas con el contexto de las tareas del colegio*



*Nota.* Consulte la Figura 1 para más detalles.

En respuesta a las conductas problemáticas de C, sus padres a veces tratan de hacer que se detenga, gritándole, dándole un tiempo fuera o, si la situación se ha intensificado demasiado, la madre a veces la ha dado un cachete. Si bien estos consecuentes aversivos suelen llevar a C a detener la conducta en el momento, no funcionan como castigos a medio-largo plazo ya que se mantienen las conductas problemáticas de C. Dado que las conductas inadecuadas continúan dándose, en lugar de disminuir, es evidente que son reforzados. En

varias de las secuencias funcionales descritas, se observa que el manejo de las contingencias por parte de los padres carece de sistematicidad, por lo que las consecuencias que C recibe de su entorno al llevar a cabo determinadas conductas son variadas e impredecibles. En otras palabras, los comportamientos problemáticos en C se mantienen en gran parte por refuerzo intermitente, lo que contribuye a un aumento en la frecuencia, intensidad y variabilidad de sus respuestas. Estos cambios en la morfología de sus respuestas, donde los comportamientos de C se vuelven cada vez más agresivos, de nuevo se ven reforzados, creando un círculo vicioso.

### 4.3. Objetivos terapéuticos y plan de intervención

Se formularon unos objetivos terapéuticos, basados en el análisis funcional y la demanda en este caso. Estos fueron presentados a los padres, sobre lo cual se les dio la oportunidad de modificar, eliminar o añadir objetivos. En la Tabla 2 se resumen los objetivos terapéuticos que se establecieron y el plan de intervención que se diseñó para alcanzarlos.

**Tabla 2**

*Objetivos terapéuticos y plan de intervención*

Objetivo	Intervención
Aumentar la capacidad para demorar los refuerzos	Economía de fichas
Disminuir las conductas disruptivas	Entrenamiento a los padres en manejo de contingencias: aplicar consecuencias sistemáticas a la conducta de C
	Economía de fichas
	Refuerzo diferencial de conductas alternativas

## Principio de Premack con tareas del colegio y comportamientos en el colegio <sup>b</sup>

---

<sup>b</sup> Principio de Premack refiere a usar un comportamiento que es probable que ocurra, para reforzar un comportamiento que es menos probable que ocurra.

### **5. Tratamiento**

El tratamiento constó de ocho sesiones, divididas en cuatro fases: tres sesiones de evaluación, una sesión de formulación y devolución del análisis funcional, dos sesiones de intervención y dos sesiones de seguimiento. Cada sesión tuvo una duración de aproximadamente una hora. Las primeras seis sesiones se realizaron semanalmente, luego en la fase de seguimiento, la séptima sesión se realizó con un espaciamiento de dos semanas, y la octava sesión se espació tres meses por vacaciones de verano. La primera sesión se realizó solo con los padres, con el fin de que la psicóloga recopilara información sobre la demanda y conociera los intereses de C, que luego sirvió para construir una buena alianza terapéutica con ella. Después de esta primera sesión, y a lo largo del proceso de tratamiento, cada sesión se dividió en diferentes fases dependiendo de si la psicóloga hablaba con la cliente o sus progenitores, juntos o por separado. Para una descripción más detallada de cómo se dividieron las sesiones, y qué se trabajó en cada sesión, se ha realizado una tabla con el cronograma de las mismas (Anexo D).

#### **5.1. Adaptaciones a la terapia infantil y habilidades terapéuticas**

La terapia se completó en una clínica adaptada para recibir usuarios infantiles, donde la sala de espera está decorada con mesas y sillas para niños, una variedad de juguetes y materiales para dibujar. Esto facilitó la división de las sesiones en fases, donde si se pedía a C que esperara mientras la psicóloga hablaba a solas con los padres (a menudo para intervenir en el objetivo terapéutico relacionado con la demora de refuerzo), le resultaba más fácil esperar. Además, contribuyó al condicionamiento apetitivo de la terapia y la posterior

motivación para el tratamiento. Otra cosa que se hizo con el mismo propósito fue darle a C unos chocolates al final de cada sesión. Además de cumplir este propósito, al anticipar los beneficios de compartir estos chocolates con sus hermanos, le permitió a la psicóloga facilitar una mejor relación entre C y sus hermanos, así como intervenir en la demora del refuerzo.

Durante todo el proceso terapéutico, con el objetivo de crear y mantener una buena alianza terapéutica, la psicóloga puso en marcha distintas habilidades como la escucha activa, la empatía, y la adopción de una actitud sin prejuicios. Además, antes de conocer a C, la psicóloga se aseguró de obtener información sobre sus intereses, gustos y contexto. Esto permitió a la psicóloga adaptar tanto su comunicación con C al conocerla, como el espacio físico de su oficina. La observación continua durante las sesiones permitió además que la psicóloga adaptara sus intervenciones al comportamiento del cliente. Por ejemplo, después de observar en la primera sesión con C que le gustaba asustar a la psicología, la psicóloga se aseguró de tener algunas plumas en su despacho para la próxima sesión, y cuando C volvió a intentar asustarla, la psicóloga puso una de las plumas en su suéter y lo llamó una "pluma anti-sustos" que le permitiría no asustarse cuando lo tenía puesto. Este tipo de interacciones lúdicas adaptadas al cliente permitieron tanto la intervención en conductas clínicamente relevantes, como la construcción de una buena alianza terapéutica.

## **5.2. Técnicas y procedimientos empleados**

Antes de iniciar la fase de intervención, la psicóloga explicó a los padres de C el análisis funcional de las conductas problemáticas observadas en C. Con el fin de que entendieran los procesos involucrados en el desarrollo y mantenimiento del problema, se les informó sobre conceptos relacionados, como los principios del aprendizaje, incluido el condicionamiento clásico y operante. En esta devolución, también se transmitieron a los padres las secuencias funcionales de contingencias adecuadas. Al resaltar las cosas que

hicieron bien en su interacción con C, la psicóloga pretendía promover la adherencia al tratamiento.

Para cada uno de los objetivos terapéuticos que se establecieron se realizaron las intervenciones propuestas en la Tabla 2. Al presentar a los padres de C las técnicas y procedimientos que iban a aplicar con C, la psicóloga siempre los relacionaba con los objetivos terapéuticos específicos que buscaban intervenir, explicó los procesos de aprendizaje que subyacen cada uno de ellos y dio instrucciones claras sobre cómo implementarlos. Esto se repitió a lo largo de la terapia, junto con la anticipación de los beneficios de implementarlos. La emisión frecuente de operaciones motivacionales tenía como objetivo aumentar la adherencia al tratamiento y, por lo tanto, la probabilidad de alcanzar los objetivos terapéuticos.

El manejo de las contingencias fue muy relevante en este caso, tanto en sesión, donde la psicóloga reforzaba conductas pro-terapéuticas en C y sus padres (p.ej., cuando C verbalizara que se había distraído para facilitar la espera), como fuera de sesión, entrenando a los padres en cómo manejar contingencias en la interacción con C. Esto último se hizo a través de la psicoeducación, enseñándoles técnicas de modificación de conducta a los padres de C. Al ver que tenían algunos conocimientos previos sobre la metodología conductual, debido a que el hermano de C estaba diagnosticado de TEA y había recibido previamente un tratamiento psicológico desde el punto de vista conductual, la psicóloga evaluó sus conocimientos y adaptó sus explicaciones a sus necesidades. La psicoeducación incluyó la explicación del reforzamiento diferencial, la extinción, el principio de Premack y el procedimiento de las economías de fichas. Se destacó la importancia de la inmediatez, la contingencia y la sistematicidad de las consecuencias ante un comportamiento. Un aspecto importante de este entrenamiento de los padres fue su comprensión del mantenimiento de las conductas problemáticas de C (ver el análisis funcional).

Entre otras cosas, el análisis funcional mostró que los consecuentes aversivos que en ocasiones aplicaban los padres en respuesta a las conductas inadecuadas de C, como medio para detenerlas, no funcionaban como castigos de estas conductas a medio-largo plazo, ya que se mantuvieron en el tiempo. Por lo tanto, era necesario que los padres aprendieran a aplicar consecuencias sistemáticas y contingentes a los comportamientos de C. Es importante resaltar que el refuerzo diferencial de los comportamientos alternativos (es decir, el refuerzo de los comportamientos adecuados y la retención del refuerzo para las conductas problemáticas) fue el método elegido para extinguir los comportamientos problemáticos de C. Al ver que el reforzador más potente para C era la atención de sus padres, la psicóloga les aconsejó que le prestaran mucha atención a C cuando se comportara adecuadamente (p.ej., jugar sola, esperar). Además, cuando C mostró comportamientos inadecuados, se les aconsejó que anticiparan una consecuencia indeseada una vez, explicitando verbalmente y con modelado la conducta alternativa que sería reforzada, y si el comportamiento inadecuado se repetía, se debería implementar la consecuencia anticipada (p.ej., tiempo fuera).

Como se mencionó anteriormente, se trabajó la demora del refuerzo atencional durante las sesiones. C se quedó esperando en la sala de espera, ofreciéndole ciertas distracciones para facilitar la espera y anticipando que, si podía esperar sin interrumpir, uno de sus padres vendría a jugar con ella los últimos minutos de la sesión. Además, este objetivo se trabajó a través de la implementación de una economía de fichas. La economía de fichas se diseñó con el fin de aumentar la capacidad de C para demorar el refuerzo y para disminuir los comportamientos problemáticos en el colegio, y hizo posible intervenir en las conductas problemáticas de C tanto en el contexto escolar como fuera de éste. Para ello, se pidió a los padres que se establecieron una comunicación directa con sus profesores, solicitándoles un informe diario sobre el comportamiento de C en tres áreas: 1) dentro del aula, 2) con los profesores y 3) con los compañeros de clase. Si C se había comportado bien de acuerdo con



lo que se describió como conductas adecuadas (Anexo E), se le daría un punto por cada una de estas áreas al final del día. Si había comportamientos inadecuados, se le explicaba que no recibiría el punto por esta área específica, y se le indicaba el comportamiento alternativo que le permitiría obtener un punto.

Además, C podría recibir hasta dos puntos por poder esperar después de que los padres le indicaron que lo hiciera. Estos puntos se dieron en un programa de razón variable, lo que significa que C no recibiría puntos cada vez que hubiera esperado bien, sino esporádicamente (es decir, refuerzo intermitente). Sin embargo, recibiría sistemáticamente un refuerzo natural en forma de verbalizaciones y/o cariño. Además, se instruyó a los padres que aumentaran gradualmente el tiempo de espera de C antes de que pudiera recibir el refuerzo natural. Entonces, cuando C buscó atención, se les indicó a los padres que le pidieran que esperara y, después de un minuto, le prestaran atención preguntándole qué quería. Luego, la próxima vez aumenta el tiempo de espera a dos minutos, luego a tres minutos y así sucesivamente. Al final del día, si C hubiera podido esperar cada vez que se le pidió, recibiría otro punto en la economía de fichas. Se proporcionó a los padres una tabla con una descripción general de los puntos que C podría recopilar cada día y semana para facilitar la implementación de la economía de fichas (Anexo F).

El conteo de puntos al final de cada día se hizo solo con C y uno de sus padres, lo que sirvió como un refuerzo adicional para C debido a la atención recibida durante ese momento juntos. Los puntos que recibió fueron hechos de cartón y guardados en una hucha. Al final de la semana tenía la oportunidad de canjear los puntos que había acumulado esa semana por un premio, o esperar a la semana siguiente para acumular más puntos y poder canjearlos en un premio más valorado. Se elaboró una lista de premios que ella podría obtener con los puntos, antes de incorporar la economía de fichas, y se revisó continuamente para asegurarse de que en realidad eran valorados por C, y por lo tanto tendrían la función de reforzadores. Los

premios incluían una variedad de cosas y actividades que los padres estaban dispuestos a dar a C (p.ej., elegir un plan, una cena, o un juguete). Después de evaluar el interés de C para cada uno de estos, se determinó su valor, donde los premios más valorados requerirían la mayor cantidad de puntos.

Antes de incorporar la economía de fichas, se le explicó a C las “reglas del juego”, para que supiera lo que se esperaba de ella. Esto incluía qué comportamientos se reforzarían y cuáles no, anticipando que estos podrían cambiarse después de un tiempo, qué premios podría obtener y anticipando que este juego terminaría algún día. Con los padres se hizo hincapié en la importancia de ser sistemáticos y contingentes, y siempre emparejar el refuerzo artificial con el refuerzo natural ya que esto facilitaría el desvanecimiento del programa. También se hizo insistencia en la importancia de seguir utilizando las técnicas aprendidas para modificar la conducta de C, reforzando naturalmente las conductas adecuadas y castigando las conductas inadecuadas. Para facilitar esto, se resumieron con los padres algunas conductas adecuadas importantes a reforzar (Anexo G).

El principio de Premack se incorporó como un medio para mejorar los comportamientos de C en el colegio y al hacer las tareas del colegio. Si C se hubiera comportado de acuerdo con los comportamientos adecuados descritos en la economía de fichas cuando estaba en el colegio, luego tendría la oportunidad de hacer algo que disfrutaba (p.ej., elegir la cena, mirar televisión). Asimismo, se le dio la oportunidad de ir al parque o hacer otra actividad deseada solo después de haber terminado sus tareas. Así, la actividad menos deseada se reforzaba al poder dedicarse a una actividad más deseada después de su finalización.

Además, se utilizó el role-playing en sesión como un medio lúdico para observar e intervenir sobre los comportamientos de C en situaciones específicas. Se provocaron

situaciones que ocurrían frecuentemente en el contexto extra clínico (p.ej., si C y su hermano querían decidir qué ver en la televisión), y después de ver cómo C y su hermano representaban el escenario (ya que el hermano menor estaba presente en esta sesión), la psicóloga reforzaría los comportamientos adecuados y las aproximaciones a los comportamientos adecuados como un medio para moldear su comportamiento. La psicóloga también modeló cómo pedir un cambio de comportamiento y expresar enfado o molestia, lo que luego se practicó en sesión.

Al finalizar la terapia, la psicóloga resumió las recomendaciones terapéuticas y las estrategias vistas en la terapia y generó una motivación para mantenerlas para que los cambios se consolidaran aún más y para prevenir una recaída. En cuyo caso el padre de C respondió: “la verdad es que C responde muy bien ante esta manera de manejar tanto los buenos como los malos comportamientos, así que seguimos en esa línea”. La psicóloga luego resolvió dudas y le recordó que podían volver a terapia si fuera necesario.

## **6. Valoración del tratamiento**

Para evaluar la efectividad del tratamiento en este caso se consideraron las siguientes variables: adherencia al tratamiento, cumplimiento de objetivos y duración del tratamiento. Para evaluar la adherencia al tratamiento se observaron conductas relevantes, como la disposición para compartir información relevante sobre el caso y la realización de tareas entre sesiones (p.ej., rellenar autorregistros de interacción y la historia biográfica), así como el seguimiento de las pautas propuestas por la psicóloga (p.ej., manejo de contingencias y economía de fichas). Además, no se canceló ninguna sesión, y ambos padres se tomaron el tiempo para estar presentes y disponibles para todas las sesiones (excepto en la última sesión donde la madre no pudo asistir). Esto sustenta la existencia de buena adherencia al tratamiento, así como la motivación para el cambio en este caso.

Durante el tratamiento, se pudo observar una posible limitación que en este caso no tuvo consecuencias negativas para el tratamiento, pero sí podría haberlas tenido en otro caso. Los padres decidieron retirar la economía de fichas después de que la psicóloga hubiera anticipado que explicaría el procedimiento de desvanecimiento en la próxima sesión. Si bien esto puede interpretarse como una mala adherencia al tratamiento, la psicóloga consideró que se debía más al interés de los padres por eliminar un alto coste de respuesta, tras haber logrado los cambios deseados y considerar redundante el procedimiento. Los padres explicaron que tomaron esta decisión después de observar los cambios positivos en C, y que parecía que C no necesitaba los puntos al final del día, porque estaba contenta con la atención exclusiva de los padres. Y aunque el retiro de la economía de fichas fue drástico, C respondió bien y mantuvo los cambios de comportamiento.

Los objetivos terapéuticos se evaluaron con ambos padres después del tratamiento, pidiéndoles que determinaran el cumplimiento de cada uno de los objetivos. Ambos consideraron que los dos objetivos (es decir, aumentar la capacidad para demorar el refuerzo y disminuir las conductas disruptivas) se habían logrado por completo. Normalmente, la psicóloga pediría una evaluación numérica del cumplimiento de los objetivos al final de la terapia, con el fin de compararlos con los números previamente consultados antes del tratamiento. Sin embargo, como los padres consideraban que todos los objetivos estaban completamente alcanzados, verbalizaban que estaban contentos y mostraron satisfacción (sonrisa y forma de hablar percibida como más alegre por tono de voz y contacto ocular), la psicóloga decidió no insistir más en la evaluación numérica.

En sesión, C no desencadenó una cantidad sustancial de comportamientos disruptivos ni antes ni después del tratamiento, lo que dificultó que la psicóloga observara directamente los cambios. Esto puede explicarse por el hecho de que el contexto terapéutico era novedoso para C y, además, que ambos padres la acompañaban a la sesión, lo que significaba que no

tendría que usar ninguna de sus estrategias disruptivas para obtener la atención de sus padres. Por lo tanto, la contrastación de cambios en los comportamientos problemáticos se hizo a través de la información de los padres (incluida la información que habían recibido por parte del colegio). Al comienzo del tratamiento, los padres estimaron que las conductas disruptivas ocurrían semanalmente y que podían ocurrir en cualquier momento del día, en cualquier lugar, cuando C quería llamar la atención, no quería hacer algo o por aburrimiento. Al final del tratamiento, los padres comunicaron que las conductas disruptivas ya no se presentaban y que ya no era un problema. En otras palabras, la frecuencia, la duración y la intensidad de las conductas disruptivas habían disminuido.

La psicóloga pudo evaluar los cambios en la capacidad de C para demorar el refuerzo directamente en sesión. Al comienzo de la terapia, a veces se le pedía a C que esperara en la sala de espera por un período de tiempo, lo cual fue desafiante para ella y poco después interrumpía la sesión con la psicóloga y sus padres pidiendo agua o que uno de sus padres la acompañara. En cambio, durante la última sesión, C esperó toda la sesión en la sala de espera sin dificultad, aplicando la estrategia aprendida en terapia de distraerse. Los padres informaron además que C había mostrado grandes mejoras en esta área en casa, y consideraron que ya no tenía problemas para esperar cuando se le indicaba. La misma C verbalizó además que se había vuelto buena esperando, explicando que solía hacerlo a menudo y que también había tratado de enseñarle a su hermano menor cómo hacerlo.

Según los padres, los cambios en C también eran evidentes en el contexto escolar, ya que habían recibido comentarios del equipo de orientación en el colegio de C que decían que percibían una mejora considerable en C y además verbalizaban "queremos a la C del tercer trimestre". Además, el rendimiento escolar de C había mejorado y había obtenido altas calificaciones.

También, se observaron cambios de comportamiento poco después de que los padres comenzaran a cambiar su interacción con ella. Después de la segunda sesión, se pautó a los padres comenzar a atender comportamientos deseables en C, y en la tercera sesión (una semana después), se observaron cambios de comportamiento donde los padres verbalizaban que notaban a C “más tranquila” y “haciendo caso a la primera”. Esto indica que C respondió bien a las intervenciones. Todo esto, junto con que la duración total del tratamiento fue relativamente corta, con 8 sesiones en total, sugiere que la terapia fue efectiva.

Por último, el seguimiento, que constó de dos sesiones, y se extendió por un período de tres meses, permitió a la psicóloga supervisar el mantenimiento a largo plazo de los cambios en C, así como el mantenimiento de la aplicación parental de contingencias adecuadas. Los padres verbalizaron en ambas ocasiones que se mantuvieron los resultados de la terapia. Sin embargo, dado que este período coincidió con las vacaciones de verano, no fue posible evaluar el mantenimiento de ciertos comportamientos asociados al contexto académico (situaciones de tareas escolares, comportamientos en el colegio). Por lo tanto, para consolidar el mantenimiento a largo plazo de los cambios, la psicóloga consideró relevante prolongar un poco más el período de seguimiento. Sin embargo, como los padres afirmaron que la terapia ya no era necesaria, ya que los problemas ya no estaban presentes, la psicóloga consideró adecuado finalizar la terapia, aunque previamente les informaba sobre su juicio clínico y los beneficios de ampliar el periodo de seguimiento.

## **7. Discusión y conclusiones**

El presente estudio de caso tuvo como objetivo presentar un caso infantil de conductas disruptivas y describir el tratamiento psicológico que se diseñó e implementó. Se realizó un análisis funcional basado en la información recopilada durante la fase de evaluación y, al comprender la función de los comportamientos problemáticos de la cliente, se diseñó una intervención individualizada. La intervención buscó 1) modificar las variables que mantenían

las conductas problemáticas (es decir, las consecuencias que la cliente recibía en su entorno al realizar las conductas problemáticas), y 2) establecer conductas alternativas que se reforzaran. Esto se hizo, entre otras cosas, mediante el entrenamiento de los padres y la subsecuente aplicación de técnicas de modificación de la conducta incluida el manejo de contingencias, el principio de Premack y el empleo de una economía de fichas. Se aplicó además el refuerzo diferencial, ya que se ha mostrado que la extinción de los comportamientos problemáticos es más eficaz cuando se combina con el refuerzo de los comportamientos alternativos (Martin & Pear, 2008).

La elección del tratamiento se basó en el respaldo científico que ha recibido en la literatura el uso del análisis funcional en los tratamientos psicológicos, identificándolo como una herramienta fundamental que permite la explicación del comportamiento en términos de principios de aprendizaje, y el posterior diseño de tratamientos personalizados y adaptadas al cliente (Froxán, 2020; Haynes et al., 1997). La elección del tratamiento en este caso se basó además en los hallazgos de estudios previos que han demostrado la efectividad de las intervenciones conductuales en el tratamiento del comportamiento disruptivo en niños (Garland et al., 2010; Lieneman et al., 2018; Pacho & Triñanes, 2011), así como la efectividad del entrenamiento de los padres en técnicas de modificación de la conducta en esta población (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; NICE, 2013; van der Veen-Mulders et al., 2020). Al aplicar lo que se considera efectivo según la literatura científica, la psicóloga evita además sesgos en su toma de decisiones clínicas.

La intervención psicológica en este caso se considera efectiva tras observar el cambio del cliente directamente en sesión, considerando las verbalizaciones de varios informantes sobre el cambio del cliente en el contexto extra-terapéutico, y evaluando la consecución de los objetivos terapéuticos. Estos resultados satisfactorios están en línea con los hallazgos reportados en otros estudios de casos de niños con conductas disruptivas, donde se han

aplicado intervenciones similares a las descritas en este caso (Orgilés et al., 2022). El presente estudio de caso contribuye a la literatura existente que demuestra tanto la utilidad y eficacia del análisis funcional en casos de conducta disruptiva, como de una intervención individualizada basada en el entrenamiento de los padres en técnicas de modificación de conducta en esta población. Sin embargo, se enfatiza que este estudio no pretende presentar un protocolo sobre cómo tratar el comportamiento disruptivo en todos los casos. Esto sería contraproducente ya que comportamientos morfológicamente similares pueden tener funciones diferentes.

Una variable disposicional clave en este caso es que el hermano mayor del cliente fue diagnosticado con TEA. En línea con esto, algunos estudios han encontrado que los hermanos de niños diagnosticados con TEA tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de comportamiento (Hastings, 2003). Además de servir como modelo para C, donde observa los beneficios que recibe su hermano al desencadenar ciertos comportamientos, y luego los imita, esta variable contribuye aún más a una distribución desigual de los recursos atencionales de los padres entre C y sus dos hermanos. Al entender los síntomas que definen el espectro del autismo, es comprensible que las personas con este diagnóstico puedan necesitar más atención y facilitación. Al añadir en este caso unos padres separados, que, a pesar de una buena relación y comunicación efectiva, estuvieron solos con tres niños pequeños la mayor parte del tiempo, es comprensible que no tuvieran la capacidad de brindarles a los tres niños la atención que demandaban.

Por lo tanto, el desarrollo de comportamientos disruptivos en C fue altamente adaptativo en este contexto, ya que le permitió recibir la atención que necesitaba, pero de la que se vio privada. Los propios padres incluso verbalizaron que en muchos casos C podría haberse estado comportando adecuadamente, pero al ver que estaban ocupados con su hermano mayor, no lo notaron. Además, se observó en este caso que el cansancio de los



padres llevó a la falta de sistematicidad en el manejo de las contingencias antes de comenzar la terapia. Esto es comprensible, pero era un factor importante en el mantenimiento de las conductas problemáticas de C. Los refuerzos intermitentes que obtuvo por parte de sus padres llevaron a C a aprender que cambiando la morfología de sus respuestas y volviéndose más agresiva, a menudo podía obtener beneficios. Cuando los padres lograron cambiar la forma en la que interactuaban con C, prestándole atención cuando se comportaba adecuadamente, C respondió de forma contingente a dicho cambio. Aquí, es relevante resaltar el importante esfuerzo que esto significó para los padres. Ser sistemático y contingente no es tarea fácil, y más en las circunstancias que vivían los padres. Por lo tanto, se debe aplaudir su adherencia al tratamiento ya que una característica que podría haber sido limitante para el cumplimiento de pautas (p.ej., estar sobresaturados, tener otros dos hijos y uno de ellos con autismo y no tener la ayuda del otro progenitor en casa al estar separados), no lo fue. También es importante destacar la relevancia de la colaboración con otros profesionales al trabajar con niños, como por ejemplo los profesores, como se hizo en este caso, para que los cambios observados en la terapia puedan generalizarse a todos los contextos del niño.

Algunas limitaciones relevantes en este caso incluyen la falta de uso de medidas estandarizadas antes y después de la intervención, que hubieran permitido un análisis estadístico que pudiera determinar el nivel de significancia de los cambios observados en la terapia. Incluso pedir a los padres de C una evaluación numérica del cumplimiento de los objetivos antes y después del tratamiento habría permitido una evaluación más confiable de la eficacia del tratamiento. Además, no se puede determinar las variables causales de los efectos observados, ya que los cambios de comportamiento están influenciados por muchas variables. En otras palabras, aunque se supone que la intervención psicológica ha tenido una gran influencia en los cambios observados en C, no se puede descartar que otras variables (como la madurez u otros factores externos) también hayan influido. Otra posible limitación fue el

retiro abrupto de la economía de fichas por parte de los padres sin consultar con la psicóloga. Aunque C respondió bien a su eliminación y mantuvo los cambios de comportamiento, este es un error común cuando se aplica una economía de fichas y, a menudo, conduce a la recaída (Estrapala, Rila, & Bruhn, 2018). Para evitar esto, la economía de fichas debe ser desvanecido de forma sistemática y gradual (Petursdottir & Ragnarsdottir, 2019).

Además, la extensión del período de seguimiento habría permitido la supervisión continua del mantenimiento de los cambios de comportamiento en el contexto familiar y académico y, por lo tanto, los efectos a largo plazo de la intervención. Este tiempo también habría permitido que ocurrieran nuevas situaciones desafiantes, y, por lo tanto, oportunidades para que la cliente aplicara las estrategias recién aprendidas, facilitando posteriormente la generalización de estas a otros contextos. Sin embargo, dado que los padres consideraron cumplidos los objetivos terapéuticos, no consideraron necesario un mayor seguimiento. Y dado que la psicóloga había observado cierto mantenimiento de cambios (aunque no fue posible en el contexto académico), se procedió a dar la alta terapéutica. A pesar de que la continuación del seguimiento hubiera sido beneficioso ya que pudiera facilitar la observación de los cambios a largo plazo, era relevante considerar el coste-beneficio de insistir en continuar con la terapia. Si los objetivos terapéuticos se cumplen satisfactoriamente y se observan su mantenimiento a largo plazo, puede que no sea de todo ético insistir en que los clientes sigan gastando más tiempo, energía y dinero si ese no es su deseo.

La investigación futura debe continuar explorando las variables que influyen en los cambios en el proceso terapéutico, y más específicamente, los procesos que subyacen a los cambios rápidos en la terapia, como se ve en este estudio de caso. Además, sería relevante entender cómo los psicólogos pueden facilitar cambios rápidos en la terapia y cómo mantener estos cambios a largo plazo. También se necesita investigación sobre cómo diseñar un plan de tratamiento efectivo e individualizado, ya que el orden de aplicación de ciertas técnicas y

procedimientos puede afectar la duración total del tratamiento e incluso los resultados del mismo. Si estos procesos se comprenden mejor, puede que los sistemas de salud pública adopten tales diseños de tratamiento individualizados, y por extensión facilitan el acceso a tratamientos más rentables al público general. Actualmente, este tipo de tratamientos no son accesibles al público en general, ya que requieren de profesionales altamente entrenados que suelen trabajar en clínicas privadas que son más costosas de atender. También se necesitan más estudios de casos que aplican análisis funcional para evaluar y diseñar intervenciones, ya que puedan contribuir a una mayor comprensión entre los profesionales sobre cómo usar esta herramienta y, por lo tanto, aumentando la probabilidad de su aplicación.

En conclusión, uno de los problemas más frecuentemente reportados en la población infanto-juvenil, son los comportamientos disruptivos, y sabiendo las consecuencias negativas que pueden acarrear, es importante investigar su desarrollo y solución. Para garantizar el mejor tratamiento de un individuo, es necesario basarse en el análisis funcional que permite diseñar un tratamiento individualizado y específico. Este estudio de caso contribuye a la literatura limitada que existe sobre tratamientos personalizados en conductas disruptivas al presentar una intervención efectiva basada en análisis funcional y procedimientos basados en evidencia, los cuales son considerados esenciales para el éxito del caso. Además, como la investigación ha demostrado que, aunque muchos profesionales de salud conocen los tratamientos basados en la evidencia, estos tratamientos muchas veces no se brindan a los clientes (Garland et al., 2010). Este es un problema y, por lo tanto, el estudio actual espera aumentar la conciencia sobre la importancia de proporcionar tratamientos individualizados basados en evidencia y los beneficios de hacerlo.

## 8. Referencias bibliográficas

- Aguayo, L. V., & Moreno, M. A. R. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: Análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24(1), 11–18.  
[https://www.researchgate.net/publication/28172143\\_Evaluacion\\_de\\_un\\_servicio\\_de\\_salud\\_mental\\_analisis\\_de\\_la\\_demanda\\_y\\_datos\\_epidemiologicos](https://www.researchgate.net/publication/28172143_Evaluacion_de_un_servicio_de_salud_mental_analisis_de_la_demanda_y_datos_epidemiologicos)
- Allen, J. L., Hwang, S., & Huijding, J. (2011). Disruptive behavior disorders. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 104(7–8), 324–325.  
<https://doi.org/10.4324/9781315544595-6>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126–141.  
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246060.62706.af>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice for Children and Adolescents. (2008). *Disseminating Evidence-Based Practice For Children & Adolescents: A systems approach to enhancing care*.  
<https://www.apa.org/pi/families/resources/task-force/evidence-based>
- Ashem, B. A., & Poser, E. G. (1977). *Modificación de Conducta en la Infancia Volumen 1: Problemas Menores de la Conducta Infantil* (Vol. 1). Barcelona: Fontanella.
- Barican, J. Lou, Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., & Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-Based Mental Health*, 25(1), 36–44. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277>

- Boxmeyer, C. L., Lochman, J. E., Kassing, F., Mitchell, Q. P., & Romero, D. (2018). Cognitive therapies: Anger management. In *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811323-3.00010-9>
- Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., ... Vitaro, F. (2003). Developmental Trajectories of Childhood Disruptive Behaviors and Adolescent Delinquency: A Six-Site, Cross-National Study. *Developmental Psychology*, *39*(2), 222–245. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.2.222>
- Burkey, M. D., Hosein, M., Morton, I., Purgato, M., Adi, A., Kurzrok, M., ... Tol, W. A. (2018). Psychosocial interventions for disruptive behavior problems in children in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *59*(9), 982–993. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12894>
- de la Peña-Olvera, F., & Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: Diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, *34*(5), 421–427. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000500005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500005)
- Dopp, A. R., Smith, A. B., Berman, I. S., & Hill, M. A. (2018). Family- and community-based treatments. In *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811323-3.00011-0>
- Encinas, F. J. L. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Estrapala, S., Rila, A., & Bruhn, A. L. (2018). Don't Quit Cold Turkey: Systematic Fading to Promote Sustained Behavioral Change. *Teaching Exceptional Children*, *51*(1), 54–61. <https://doi.org/10.1177/0040059918790567>

- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 215–237.  
<https://doi.org/10.1080/15374410701820117>
- Frick, P. J., & Matlasz, T. M. (2018). Disruptive, impulse-control, and conduct disorders. In *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders*.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811323-3.00001-8>
- Froján, M. X., & Santacreu, J. (1999). *Qué es un tratamiento psicológico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Froxán, M. J. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Garland, A., Brookman-Fraze, L., Hurlburt, M., Accurso, E., Zoffness, R., Haine-Schlagel, R., & Ganger, W. (2010). Mental Health Care for Children With Disruptive Behavior Problems: A View Inside Therapists' Offices. *Psychiatric Services, 61*(8).  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.8.788>
- Hastings, R. P. (2003). Brief report: Behavioral adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 33*(1), 99–104.  
<https://doi.org/10.1023/A:1022290723442>
- Hayes, L., Giallo, R., & Richardson, K. (2010). Outcomes of an early intervention program for children with disruptive behaviour. *Australasian Psychiatry, 18*(6), 560–566.  
<https://doi.org/10.3109/10398562.2010.498047>
- Haynes, S. N., Leisen, M. B., & Blaine, D. D. (1997). Design of individualized behavioral treatment programs using functional analytic clinical case models. *Psychological*

*Assessment*, 9(4), 334–348. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.334>

Hernández, P. L. (2014). Un caso de comportamiento disruptivo infantil: Tratamiento conductual en el ámbito familiar. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 1(2), 117–123.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4741695.pdf%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4741695>

Horn, E. P., McCormick, M. P., O'Connor, E. E., McClowry, S. G., & Hogan, F. C. (2021). Trajectories of teacher–child relationships across kindergarten and first grade: The influence of gender and disruptive behavior. *Early Childhood Research Quarterly*, 55, 107–118. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2020.10.003>

Imbeault, A., & Pagani, L. S. (2021). Participation in organized sport and disruptive behavior in childhood: A prospective, population-based study. *Preventive Medicine*, 153(August 2020), 106780. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106780>

Jerrott, S., Clark, S. E., & Fearon, I. (2010). Day treatment for disruptive behaviour disorders: Can a short-term program be effective? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(2), 88–93.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868554/>

Jiménez-Barbero, J. A., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Esteban, B., & Waschler, K. (2016). Influence of attitudes, impulsivity, and parental styles in adolescents' externalizing behavior. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 122–131.  
<https://doi.org/10.1177/1359105314523303>

Kaat, A. J., Blackwell, C. K., Estabrook, R., Burns, J. L., Petitclerc, A., Briggs-Gowan, M. J., ... Wakschlag, L. S. (2019). Linking the Child Behavior Checklist (CBCL) with the Multidimensional Assessment Profile of Disruptive Behavior (MAP-DB): Advancing a

- Dimensional Spectrum Approach to Disruptive Behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 28(2), 343–353. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1272-4>
- Keenan, K., & Wakschlag, L. S. (2002). Reviews and Overviews Can a Valid Diagnosis of Disruptive Behavior Disorder Be Made in Preschool Children? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 159(3), 351–358. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.351>
- Latham, R. M., Mark, K. M., & Oliver, B. R. (2017). A harsh parenting team? Maternal reports of coparenting and coercive parenting interact in association with children's disruptive behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58(5), 603–611. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12665>
- Lieneman, C., Williford, D. N., Quetsch, L. B., Thomas, B., & McNeil, C. B. (2018). Behavioral treatments. In *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders* (pp. 211–237). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811323-3.00009-2>
- Lozano-Rodríguez, I., & Valero-Aguayo, L. (2017). Una revisión sistemática de la eficacia de los programas de entrenamiento a padres. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 4(2), 85–91. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152556001>
- Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta que es y como aplicarla*. Madrid: Pearson Educación.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2013). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: Recognition, intervention and management. *Nice Clinical Guideline*, 1–49. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158>
- Navarro-Pardo, E., Moral, J. C. M., Galán, A. S., & Beitia, M. D. S. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el



género. *Psicothema*, 24(3), 377–383. <https://psycnet.apa.org/record/2012-18152-006>

Njardvik, U., Smaradottir, H., & Öst, L. G. (2022). The Effects of Emotion Regulation Treatment on Disruptive Behavior Problems in Children: A Randomized Controlled Trial. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(7), 895–905. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00903-7>

Orgilés, M., Méndez, F. X., & Espada, J. P. (2022). *Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Pacho, Z. R., & Triñanes, E. R. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: Una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27(1), 86–101. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113511>

Patterson, G. R., Dishion, T. J., & Bank, L. (1984). Family interaction: A process model of deviancy training. *Aggressive Behavior*, 10(3), 253–267. [https://doi.org/10.1002/1098-2337\(1984\)10:3<253::AID-AB2480100309>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1098-2337(1984)10:3<253::AID-AB2480100309>3.0.CO;2-2)

Petrovic, M. A., & Scholl, A. T. (2018). Why We Need a Single Definition of Disruptive Behavior. *Cureus*, 10(3), 1–8. <https://doi.org/10.7759/cureus.2339>

Petursdottir, A. L., & Ragnarsdottir, G. B. (2019). Decreasing student behavior problems and fostering academic engagement through function-based support and fading of token reinforcement. *Behavioral Interventions*, 1–15. <https://doi.org/10.1002/bin.1670>

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

Rajkumar, R. P. (2022). *Antipsychotics in the Management of Disruptive Behavior Disorders*

*in Children and Adolescents: An Update and Critical Review*. 10(11), 2818.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/biomedicines10112818>

Rodríguez, O. J., & Carillo, F. X. M. (2014). *Técnicas de modificación de conducta* (4th ed.).

<https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>

Song, Z., Huang, J., Qiao, T., Yan, J., Zhang, X., & Lu, D. (2022). Association between Maternal Anxiety and Children's Problem Behaviors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17).

<https://doi.org/10.3390/ijerph191711106>

Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*,

24(2), 129–141. <https://doi.org/10.1080/016502500383232>

van der Veen-Mulders, L., Hoekstra, P. J., Nauta, M. H., & van den Hoofdakker, B. J. (2020).

Are parental changes related to improvements in preschool children's disruptive behaviours? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(1), 24–33.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2402>

Wells, A. E., Hunnikin, L. M., Ash, D. P., & van Goozen, S. H. M. (2021). Improving emotion recognition is associated with subsequent mental health and well-being in children with severe behavioural problems. *European Child and Adolescent Psychiatry*,

30(11), 1769–1777. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01652-y>

Zhang, L., Ren, Z., Ma, X., Hazer-Rau, D., Jiang, G., Zhao, C., ... Yuan, F. (2021).

Comparative efficacy and acceptability of psychosocial treatments for disruptive behaviour disorders in children and adolescents: study protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*, 11(6), 1–7. [https://doi.org/10.1136/bmjopen-](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046091)

2020-046091

## 9. Anexos

### Anexo A. Consentimiento expreso.



#### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DE MENORES DE 16 AÑOS

**Expediente:** \_\_\_\_\_

Madrid \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A fin de dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del Reglamento 2016/679 de la UE de 27 de abril de protección de datos de carácter personal y la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y garantías de los derechos digitales, le informamos de que:

IMPLICA PSICOLOGIA SL, con CIF B09663105 y domicilio social en C/ Zurbano 76, 1ª planta, oficina 1, para poder prestar el servicio terapéutico solicitado y proceder a su facturación, necesita que el usuario le proporcione los siguientes datos personales:

#### **Datos del menor**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

#### **OPCIÓN A: Datos de los progenitores que autorizan el tratamiento (patria potestad compartida)**

##### **PROGENITOR A**

Dirección: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

##### **PROGENITOR B**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**OPCIÓN B: Datos del tutor/progenitor que autoriza el tratamiento (patria potestad en exclusiva)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
 Nº de teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

- Los datos de carácter personal recabados en este documento se utilizarán por IMPLICA PSICOLOGIA SL para los siguientes fines:
  - **Prestación del servicio (1)**
    - Obtención consentimiento del menor.
    - Ficheros y bases de datos para la identificación del usuario y expediente
    - Prestación del servicio terapéutico, con apertura de expediente físico en soporte papel/digital, donde se incluirán los datos confidenciales aportados por el propio usuario que serán de exclusivo uso del terapeuta asignado, el cual se encuentra sujeto a la confidencialidad de los mismos por secreto profesional. No se realizará ningún tratamiento adicional de los mismos
    - Medio de contacto con el usuario para la realización de comunicaciones relacionadas con el servicio.
    - Control de asistencia a las sesiones terapéuticas.
  - **Comunicaciones comerciales (2):** actividades, formación, cursos y news letters
  - **Uso de la grabación de voz de un registro audiovisual (3):** manteniendo el anonimato, para investigación y/o formación de los alumnos en prácticas del centro.
  - **Elaboración de estadísticas (4)**
  
- La licitud del tratamiento se basa en el consentimiento del usuario y en la ejecución del contrato de prestación del servicio terapéutico por parte de IMPLICA PSICOLOGIA SL, (Art. 6.1.a y b del Reglamento 2016/679/UE de 27 de abril). En caso de no facilitarlos no podrá prestarse el servicio.
- Los datos se mantendrán el tiempo que dure la prestación de servicio. Finalizado éste se conservarán durante 1 año. Pasado ese plazo se procederá al archivo y sellado de los datos manteniéndolos a los efectos de cumplimiento normativo obligatorio (facturación/contabilidad) y solicitud de autoridades competentes conforme plazos legales.
- IMPLICA PSICOLOGIA SL, garantiza la seguridad adecuada de los datos personales y confidenciales proporcionados por el usuario en todas las fases del tratamiento.
- El responsable del tratamiento de datos es IMPLICA PSICOLOGIA SL,
- En cualquier momento podrá solicitar al responsable del tratamiento el acceso a sus datos, su rectificación o supresión, así como la limitación u oposición a su tratamiento conforme a lo establecido en el Reglamento 2016/679 de la UE, para ello deberá dirigirse a IMPLICA PSICOLOGIA SL, mediante correo electrónico dirigido a [info@implicapsicologia.com](mailto:info@implicapsicologia.com) También, en cualquier momento, podrá retirar el consentimiento prestado, dirigiéndose la petición al mismo correo electrónico, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento antes de su retirada.
- Los datos no serán objeto de transferencias internacionales a terceros países u organizaciones ni servirán para la elaboración de perfiles.
- Asimismo, le asiste el derecho a presentar una reclamación, por el tratamiento de sus datos personales, ante la autoridad de control competente: Agencia estatal de protección de datos.

Leída la información anterior,

**Opción A:** D<sup>a</sup>/D \_\_\_\_\_ y D<sup>a</sup>/D \_\_\_\_\_, en calidad de progenitores que ejercen la patria potestad compartida, haciéndose responsables de la veracidad de los datos y comprometiéndose a comunicar a IMPLICA PSICOLOGIA SL, cualquier modificación de los mismos, consienten el tratamiento de los datos personales del menor conforme a los términos anteriormente expresados para

Prestación de servicios (1)  
 Grabación anónima (3)

Comunicaciones comerciales (2)  
 Elaboración de estadísticas (4)

Firma progenitor A:

Firma progenitor B:

**Opción B (aportar fotocopia de sentencia):** D<sup>a</sup>/D \_\_\_\_\_, en calidad de tutor/progenitor que ejerce la patria potestad en exclusiva, haciéndose responsable de la veracidad de los datos y comprometiéndose a comunicar a IMPLICA PSICOLOGIA SL, cualquier modificación de los mismos, consiente el tratamiento de los datos personales del menor conforme a los términos anteriormente expresados para

Prestación de servicios (1)  
 Grabación anónima (3)

Comunicaciones comerciales (2)  
 Elaboración de estadísticas (4)

Firma:

**CONDICIONES DE TERAPIA:**

Para garantizar un buen funcionamiento de la terapia, ésta se rige por las siguientes normas:

- Cada sesión finaliza a la hora indicada y tiene una **duración aproximada de 50 minutos las sesiones individuales y 70 minutos las sesiones de pareja**. Por ello se ruega puntualidad con objeto del máximo aprovechamiento posible de cada tratamiento.
- En caso de **dificultad para asistir a una sesión confirmada** por causa justificada, deberá **avisarlo con al menos 24 horas** de antelación llamando al centro o escribiendo al correo electrónico. Se buscará una fecha con el terapeuta para recuperarla. La sesión se podrá recuperar en los próximos 30 días naturales.  
En ausencia de aviso la sesión no será recuperable.
- **Existen dos formas de pago:**
  - o Pago mensual
  - o Sesiones aisladas

El pago mensual incluye 4 sesiones al mes. En el caso de querer tener más sesiones ese mes, se puede abonar por separado, a un precio reducido.

- **El pago se realizará del 1 al 5 del mes corriente en el que se realice la terapia**. Se podrá pagar en efectivo o por domiciliación bancaria. Se pasarán los recibos mensuales a la cuenta facilitada por el pagador. Un mes de retraso en el pago supone la paralización temporal de la terapia hasta su regularización.  
Las sesiones aisladas se abonarán al finalizar la sesión en recepción en caso de abonarse en efectivo, o por adelantado en caso de realizarse por banco.

**¿Cómo ha conocido el centro?**

- ✓ A través de recomendación
- ✓ Redes sociales
- ✓ Página web
- ✓ Otros: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos:

Leído y conforme,  
(Firma)

## ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

### A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación:

Identificador del acreedor:

Nombre del acreedor:

Dirección:

País:

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adendar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen ala fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

La devolución de un recibo conlleva el pago por parte del cliente de los gastos de gestión (10€ aproximadamente). Por ello, es preferible avisar al Centro y pedir cancelar la orden de domiciliación, en vez de devolver el recibo.

La cancelación de la orden de domiciliación bancaria se puede hacer escribiendo al Centro [info@implicapsicologia.com](mailto:info@implicapsicologia.com) con al menos 5 días de antelación antes de comenzar el siguiente mes.

### A cumplimentar por el deudor

Nombre del cliente:

Dirección del cliente:

Código postal:  Población:  Provincia:

DNI/NIF:

Número de cuenta IBAN (en España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES)

Tipo de pago  Pago recurrente o  Pago único

Fecha:

Firma del deudor:

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.  
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

## Anexo B. Historia biográfica infantil.

### HISTORIA BIOGRÁFICA INFANTIL



Nº Exp: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Este es un cuestionario acerca del niño/a. Les rogamos que lo lea atentamente y responda con sinceridad.  
La información que usted dé en este cuestionario es confidencial.

#### MOTIVO DE CONSULTA

Describa la dificultad o las dificultades que tiene su hijo/a y cómo le afectan.

¿A qué atribuye usted el problema?

¿Hace cuánto tiempo cree que tiene esta dificultad? ¿A qué edad estima que se inició?

¿Con qué frecuencia le ocurre aproximadamente (diaria, semanal...)?

En la actualidad, ¿qué cree que puede estar manteniendo la dificultad de su hijo/a?

¿Qué hace usted cuando se presenta esta dificultad? ¿Y los demás?

¿Qué piensa su hijo/a sobre lo que le ocurre? ¿Cuál es su actitud hacia el problema?

¿Hay factores que las inician o **empeoran**?

(describalos)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones

¿Hay factores que las amortiguan o **mejoran**?

(describalos)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones



**REFERENCIA A TRATAMIENTOS ANTERIORES**

¿Ha tenido su hijo alguna dificultad en el desarrollo y/o evolutivo (lenguaje, caminar, movimiento...)?

- SÍ\*** (especifique de qué tipo y para qué problema)
- NO**

¿Ha buscado para su hijo/a tratamiento psicológico o de otro tipo (logopedia, etc.) con anterioridad?

- SÍ\*** (especifique de qué tipo y para qué problema)
- NO**

Actualmente, ¿toma su hijo/a alguna medicación?

- SÍ\*** (especifique cuál)
- NO**

¿Su hijo/a tiene algún problema de carácter médico que pueda interferir/intensificar su dificultad actual?

- SÍ\*** (especifique cuál)
- NO**

¿Hay algún antecedente en la familia de problemas psicológicos o psiquiátricos?

- SÍ\*** (especifique cuál)
- NO**

**DATOS FAMILIARES**

<p>Progenitor 1 (usted)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad:</li> <li>▪ Profesión:</li> </ul> <p>Describa la relación que tiene usted con su hijo/a:</p>   <p>¿Qué características cree que le describen a usted?</p>	<p>Progenitor 2 (padre/madre)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad:</li> <li>▪ Profesión:</li> </ul> <p>Describa la relación del otro progenitor/a con su hijo/a:</p>   <p>¿Qué características cree que describen al otro progenitor/a?</p>
--	--

¿Cómo es la relación entre usted y el/la otro/a progenitor/a?

Si su hijo/a tiene hermanos/as, especifique la edad de cada uno según orden descendente (de mayor a menor edad) y el sexo (mujer u hombre):

¿Cómo es la relación de su hijo/a con su/s hermano/a/s?

¿Qué personas viven en el hogar (padres, hermanos, hijos, suegros, cuidadores...)?

¿Qué otras personas tienen una presencia significativa en la vida del/de la niño/a (cuidadores, abuelos, nuevas parejas, otros familiares...)?

## **HÁBITOS**

### **Alimentación**

¿Tiene apetito?

¿Come solo/a?

¿Come de todo?

¿Cómo se comporta el/la niño/a en la mesa?

¿Cuánto tiempo tarda en comer?

¿Con quién come su hijo/a? Especifique

¿Ha notado algún cambio en sus hábitos alimentarios? ¿Cuáles?

### **Baño y aseo personal**

¿Se viste solo/a?

¿Elige su propia ropa?

¿Va al cuarto de baño solo/a?

¿Controla los esfínteres (diurnos, nocturnos)?

¿Se baña o ducha solo/a?

### **Juegos y tiempo libre**

¿Cuáles son sus juegos y actividades favoritas?

¿Con quién juega?

¿Tiene amigos/as en el colegio? ¿Y fuera?

¿Cuánto tiempo ve la televisión al día?

¿Cuánto tiempo se conecta a Internet?

¿Cuánto tiempo pasa delante del ordenador, juegos de la videoconsola, aplicaciones para móviles, ipad...?

### **Sueño**

¿Duerme solo/a?

¿Con quién duerme?

¿Tiene alguna costumbre especial para dormirse?

¿Tiene algún problema relacionado con el sueño y/o despertar?

¿Duerme alguna vez fuera de casa?

### **Conductas emocionales**

¿Se le ve triste?

¿Tiene dificultades para relacionarse?

¿Miente?

¿Suele tener conductas agresivas (pegar, grita...)?

¿Tiene miedos?

¿Tiene manías?

¿Llora o se queja con frecuencia?

¿Es cariñoso/a?

**Otros hábitos que considere relevantes:**

### **NORMAS**

¿Qué normas se establecen en casa?

¿Cómo consigue que su hijo obedezca? ¿Por las buenas o por las malas?

¿Qué hacen cuando cumple las normas? ¿Y cuándo no las cumple?

### **COMPORTAMIENTO**

¿Cómo describiría a su hijo/a?

Con más o menos frecuencia su hijo/a se porta bien. Describa los comportamientos buenos de su hijo/a.

¿Hace algo para que estos comportamientos se mantengan y aumenten? (especifíquelo)

Con más o menos frecuencia su hijo/a se porta mal. Describa los comportamientos malos de su hijo/a).

¿Hace algo para que estos comportamientos desaparezcan? (especifíquelo)

Haga un listado de las cosas que más le gustan a su hijo/a, por orden de preferencia. ¿Le proporciona usted alguno de estos gustos? ¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?

Diga qué cosas hace su hijo/a cuando quiere una cosa y usted se la ha negado:

CONDUCTAS POSITIVAS (Aceptación, hacer otra cosa...)

CONDUCTAS NEGATIVAS (Rabietas...)

¿Qué premios son más efectivos para su hijo/a?

¿Qué castigos son más efectivos para su hijo/a?

¿En qué momentos presta mayor atención a su hijo/a? Enumere las CONDUCTAS DE SU HIJO/A (por

ejemplo: no obedece, juega, come, etc.) y DE QUÉ MANERA PRESTA SU ATENCIÓN a dichas conductas (da órdenes, regaña, colabora, aprueba, corrige, juega, sonrío...).

¿Qué cosas le gustaría que realizara su hijo/a?

### **INFORMACIÓN ACADÉMICA**

Nombre del colegio:

Curso académico:

¿A qué tipo de colegio/s va su hijo/a (laico, religioso, privado...)? ¿Es un colegio particularmente exigente?

¿Ha asistido a algún otro centro educativo? Cuáles

¿Cómo son sus resultados académicos (muy buenos, buenos, regulares, malos)? (Indique si hay alguna dificultad o ha repetido algún curso) ¿Está usted satisfecho con ello?

¿Cómo se adaptó su hijo/a la situación escolar?

¿Va contento/a al colegio?

¿Hace los deberes? ¿Requiere ayuda?

¿Cómo se relaciona con los compañeros/as? ¿Y con los profesores/as?

### **EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA**

¿En qué cree que puede ayudarle la terapia?

¿Le ha costado mucho decidirse a acudir a un/a psicólogo/a?

¿Cuánto tiempo estima que puede durar la terapia?

¿Cómo ha intentado/intenta resolver el problema?

El centro se compromete a mantener y preservar la confidencialidad de toda la información contenida en este documento, por lo que no será reproducido o divulgado bajo ningún concepto sin el consentimiento de la persona que lo cumplimente.

### **Anexo C. El juego de “me porto bien, me siento bien”**

**Objetivo:** evaluar si el cliente entiende qué es un comportamiento adecuado y un comportamiento inadecuado.

**Instrucciones:** leer una conducta de la lista en voz alta a la vez, la cliente tiene que poner una cara de sonrisa (= comportamiento bueno), o cara de tristeza (= comportamiento malo) para indicar como categoriza la conducta. Cada vez que la cliente responde, obtiene un punto (independientemente si la respuesta es correcta/incorrecta).

#### **Lista de conductas:**

1. Pedir las cosas por favor
2. Dar las gracias
3. Gritar a los demás
4. Insultar
5. Dar cariño
6. Ayudar a los demás
7. No hacer caso
8. Ser simpática con los demás
9. Mentir
10. Salir corriendo cuando algo no me gusta
11. Esperar tranquila cuando me lo piden
12. Hacer las tareas del colegio
13. Pegar
14. Interrumpir cuando otros hablan
15. Pedir perdón
16. Atender a los profesores

**Anexo D. Cronograma de las sesiones.**
**Tabla 1**
*Cronograma de las sesiones*

Sesión	Presentes en sesión	Objetivos	Estrategias de intervención	Tareas entre sesión
1	Padres	<p>Conocer el motivo de consulta y obtener información sobre el cliente.</p> <p>Establecer alianza terapéutica.</p> <p>Explicar el modelo de trabajo y marco teórico.</p> <p>Firma de consentimiento informado.</p>	<p>Entrevista clínica semiestructurada.</p> <p>Psicoeducación del proceso de terapia psicológica.</p>	<p>Historia biográfica.</p> <p>Autorregistro de interacción familiar a cada progenitor por separado.</p>
2	<p>(1) Padres</p> <p>(2) Padres y C</p> <p>(3) Padres</p>	<p>Fortalecer alianza terapéutica con cliente.</p> <p>Continuar con evaluación: obtener datos relevantes para el análisis funcional.</p> <p>Evaluar cumplimiento de tareas.</p>	<p>Entrevista clínica semiestructurada.</p> <p>Revisión de tareas (con padres).</p> <p>Manejo de contingencias en sesión.</p>	<p>Autorregistro de interacción con C (registrando comportamientos adecuados e inadecuados).</p> <p>Se pauta el empezar a atender los comportamientos adecuados de C.</p>
3	<p>(1) Padres y C</p> <p>(2) Padres</p>	<p>Fortalecer alianza terapéutica con cliente.</p> <p>Continuar con evaluación: obtener datos relevantes para el análisis funcional.</p> <p>Evaluar cumplimiento con tareas y pautas.</p>	<p>Entrevista clínica no estructurada.</p> <p>Juego para evaluar y hacer psicoeducación de comportamientos “buenos” y “malos” (con cliente).</p> <p>Revisión de tareas (con padres).</p>	<p>Se pauta el poner en marcha técnicas de modificación de la conducta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refuerzo de comportamientos adecuados.</li> <li>- Anticipar castigo tras comportamientos inadecuados una sola vez, anticipando verbalmente y con modelado una</li> </ul>



		Evaluar la comprensión que el cliente tiene sobre comportamientos “buenos/malos” (con C).	Psicoeducación de manejo de contingencias (con padres).	conducta alternativa que será reforzada, y luego aplicar el castigo anticipado si se repite el comportamiento inadecuado.
4	(1) Padres y C  (2) Padres	Fortalecer alianza terapéutica. Evaluar posibles novedades. Evaluar cumplimiento con tareas y pautas. Devolver el análisis funcional. Acordar objetivos terapéuticos.	Entrevista clínica no estructurada. Revisión de tareas (con padres). Psicoeducación de principios de aprendizaje (con padres). Devolución del análisis funcional y establecimiento de objetivos terapéuticos (con padres). Explicación de la economía de fichas (con padres).	Manejo de contingencias. Economía de fichas (preparación e implementación).
5	(1) C (2) Padres	Evaluar posibles novedades. Evaluar cumplimiento con tareas y pautas. Resolver posibles dudas. Evaluar consolidación de ideas de comportarse “bien/mal” (con C).	Entrevista no estructurada. Entrega de apoyo visual (tabla de puntos) para la economía de fichas. Entrega de documento resumen de las pautas explicadas.	Seguir con pautas (manejo de contingencias y economía de fichas).
6	(1) C y hermano menor (2) Padres	Evaluar posibles novedades. Evaluar cumplimiento con tareas y pautas. Resolver posibles dudas. Evaluar avance en terapia. Valorar espaciamiento de sesiones.	Entrevista no estructurada. Role-playing de situaciones observadas en contexto extra clínico y moldeamiento de comportamientos clínicamente relevantes. Modelado y role-playing de petición de cambio de conducta y expresión de enfado o molesta.	Seguir con pautas (manejo de contingencias y economía de fichas).

		Anticipar explicación del desvanecimiento de la economía de fichas.  Evaluar y entrenar habilidades comunicativas (con C).		
7	(1) Padres	Evaluar posibles novedades.  Evaluar cumplimiento con tareas y pautas.  Resolver posibles dudas.  Evaluar avance en terapia.  Explicar la importancia de la fase de seguimiento.  Anticipar posible alta tras el verano.	Entrevista no estructurada.  Evaluación de consecución de objetivos terapéuticos.	Mantener estrategias aprendidas (manejo de contingencias).
8	(1) Padre <sup>a</sup>	Evaluar posibles novedades.  Evaluar cumplimiento con tareas y pautas.  Resolver posibles dudas.  Evaluar mantenimiento de cambios.  Prevención de recaída.  Cierre de la terapia.	Entrevista no estructurada.  Refuerzo de estrategias aplicadas y logros mantenidos.  Evaluación de posibles miedos de cara al futuro.  Se recapitula las pautas vistas durante la terapia.  Se pauta que C adquiera rutinas de estudio.	

*Nota.* Los números en la columna “presentes en sesión” indican las diferentes fases de la sesión (es decir, quién estaba presente al mismo tiempo).

<sup>a</sup> C vino con su padre, pero se le pidió que esperara en la sala de espera para evaluar el mantenimiento de las conductas de espera (capacidad para demorar el refuerzo).

**Anexo E. Economía de fichas, conductas adecuadas en el colegio.**

Comportamientos incluidos en la economía de fichas:

- Buen comportamiento con profesores (atender, hablarles bien...)
- Buen comportamiento con compañeros (hablarles bien...)
- Buen comportamiento en el aula (levanta la mano para preguntar, no interrumpir...)

**Anexo F. Economía de fichas, tabla de puntos.**

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	<b>Total: puntos en una semana</b>
Aula	+1	+1	+1	+1	+1			5
Profesores	+1	+1	+1	+1	+1			5
Compañeros	+1	+1	+1	+1	+1			5
Una vez demora de refuerzo	+1 o 2	+1 o 2	+1 o 2	+1 o 2	+1 o 2	+1 o 2	+1 o 2	7-14
Todo el día demorar refuerzo	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	7
<b>Total: puntos al día</b>	5/6	5/6	5/6	5/6	5/6	2/3	2/3	Min. 29 Max. 36

**Estrategia explicada a los padres:**

Que llegue a los 29 puntos semanales. Premiar/ofrecer premio alternativo de más valor para trabajar demora de refuerzo (58 puntos).

Si no se lleva puntos del colegio, compensar con demora. Ahorrar los puntos que le sobren.

Cuando no cumpla con conductas adecuadas, explicar “no puedo darte puntos para la hucha” y anticipar puntos si la próxima vez lo hace bien.

Acordar con C los premios valorados en 58 puntos (p.ej., plan/”capricho”).

## **Anexo G. Conductas adecuadas a reforzar.**

Comportamientos **no** incluidos en la economía de fichas, pero que fueron contemplados como adecuadas e importantes a reforzar:

En casa:

- Hacer las tareas del colegio
- Ayudar
- Hablar bien/pedir bien las cosas
- Esperar tranquila cuando me lo piden
- Tratar bien a los hermanos

En el parque:

- Jugar bien
- Hablar bien a los amigos
- Dejar a los otros que también elijan juego
- Proponer juego sin exigir