



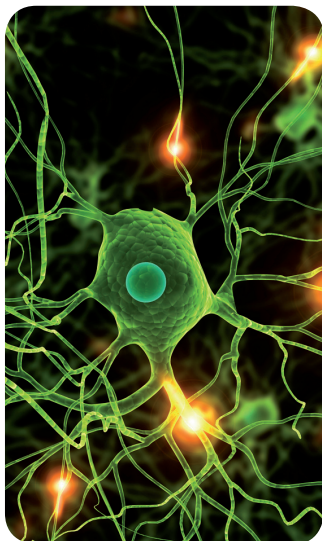
MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología
/ 15-16

Psicología General
Sanitaria



excelencia Campus Internacional
UAM
CSIC+



**El Mapa del Tesoro:
Diseño de un programa
de intervención
cognitivo-conductual
para un caso
de trastorno
negativista desafiante**
Sara Romero Hernández

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.

Universidad Autónoma de Madrid

El Mapa del Tesoro: Diseño de un programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de trastorno negativista desafiante.

Sara Romero Hernández

Tutor Académico: Loles Zamarrón

2015/2016

Máster en Psicología General Sanitaria

Estudio de caso clínico N=1

Resumen: Los estudios epidemiológicos nos informan del creciente número de trastornos en la infancia y la adolescencia. En la actualidad uno de los más frecuentes es el trastorno negativista desafiante, caracterizado por un patrón de comportamiento hostil y desafiante que se mantiene durante al menos seis meses. A día de hoy no se cuenta con una terapia empíricamente validada, pero las intervenciones psicosociales han demostrado ser las más eficaces para su tratamiento. En este trabajo se presenta el caso de un niño de seis años con estas características. Tras el proceso de evaluación, se describe el análisis topográfico y funcional de la conducta del menor y de la dinámica familiar, dando lugar a la formulación clínica. A partir de estos datos, se plantea una intervención cognitivo-conductual, formada por dos grandes bloques. El primero de ellos es el entrenamiento con los padres, donde se trabaja fundamentalmente el manejo de contingencias. En segundo lugar, el entrenamiento con el niño se centra en estrategias de autocontrol y de solución de problemas. Por su parte, en la aplicación del tratamiento se describe sesión por sesión el trabajo realizado en cada una de ellas. Finalmente, se valora el alcance de la intervención a través de la comparación de los resultados *pre-post*; y posteriormente se discuten los aspectos más relevantes del trabajo propuesto.

Palabras clave: *trastorno negativista desafiante, análisis funcional, entrenamiento a padres, tratamiento cognitivo-conductual.*

Grado de participación: El grado de participación ha sido total en todas las fases del trabajo: diseño y aplicación de la evaluación, formulación clínica del caso, diseño y aplicación del tratamiento y valoración de los resultados.

Índice:

	Página
1. Introducción	3
2. Presentación del caso	23
• Identificación del paciente y motivo de consulta	23
• Estrategias de evaluación	25
• Formulación clínica y objetivos terapéuticos	28
• Diseño y aplicación del tratamiento	33
• Resultados	40
3. Discusión	44
Referencias	49
Anexos	56

1. Introducción

La Psicología Clínica Infanto-juvenil se considera una ciencia relativamente reciente, que se consolidó como tal a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. El interés se despertó al considerar que las experiencias de la infancia influían en la salud mental del adulto, por lo que los niños pasaron a ser el centro de atención y de estudio (Wicks-Nelson e Israel, 2000). Además, en la actualidad, las investigaciones epidemiológicas indican que los trastornos de la infancia y la adolescencia son cada vez más frecuentes, lo cual supone una creciente preocupación a nivel personal, social, sanitario y económico. La prevalencia que se estima según estudios recientes se sitúa entre el 14 y el 22 por ciento de la población general de niños y adolescentes, situándose la media en torno al 20%. (Lemos-Giraldez, 2003; Marsh y Graham, 2006; De la Barra, 2009; CEDE, 2012). El trabajo realizado por Verhulst y Koot (1992) (donde recogieron diversos estudios epidemiológicos de cuatro países diferentes: Puerto Rico, Nueva Zelanda, Canadá y Países Bajos), nos informa que, a pesar de la variabilidad de las muestras y las peculiaridades de los distintos estudios, la prevalencia en todos ellos oscilaba entre el 17,6 y el 26 por ciento, lo cual es bastante llamativo. En otras palabras, estos datos nos dicen que, aproximadamente, una quinta parte de los niños y adolescentes de todo el mundo muestra sintomatología psiquiátrica, mientras que entre el 2 y el 8 por cien de esta población presenta trastornos más severos (APA, 2002).

En cuanto a los trastornos más frecuentes, Bragado y cols. (1995) encontraron que los más diagnosticados fueron los conductuales (34,7%), los de ansiedad (26,7%) y los de eliminación (13,6%). Aláez-Fernández, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000) encontraron resultados similares, incluyendo también los trastornos depresivos y los del desarrollo, con una prevalencia del 14,6% y del 12,7%, respectivamente.

Una de las variables más estudiadas en este campo es la *edad*, muy ligada al concepto de desarrollo. En este sentido, ambos grupos de investigación observaron una relación estadísticamente significativa entre el tipo de trastorno y el momento evolutivo del niño. Esto es, existen ciertas patologías que tienden a desaparecer con la edad, como es el caso de los trastornos por eliminación. En cambio, otras problemáticas se mantienen más estables y sus consecuencias se agravan con el paso del tiempo si no se atienden adecuadamente, como por ejemplo los trastornos depresivos, de ansiedad, de alimentación o los problemas de conducta (Navarro-Pardo, Meléndez Moral, Sales y

Sancerni, 2012). Cabe mencionar que, en ocasiones, la morfología del problema puede ser muy variada, a pesar de estar cumpliendo una misma función. Por ejemplo, la depresión en un niño o adolescente puede manifestarse a través de rabietas, irritación o ira; mientras que en un adulto se caracteriza por la apatía o la tristeza profunda (Carrasco, 2014). De ahí surge la necesidad de conocer el proceso evolutivo del niño y la funcionalidad de la conducta, sin extrapolar sin más la sintomatología, la evaluación y los tratamientos de los adultos a los más pequeños (Marsh y Graham, 2006).

Con estos datos de prevalencia no es de extrañar que tanto a principios del siglo XX como un siglo después se siga poniendo la lupa en la prevención de los trastornos en salud mental, especialmente desde la infancia. El **trastorno negativista desafiante** (TND en adelante) es uno de los trastornos que más atención está recibiendo en la actualidad, dada su frecuencia, su continuidad en el tiempo y sus consecuencias aversivas a corto y largo plazo. Se trata de un patrón de comportamiento caracterizado por una actitud desafiante, discutidora y desobediente, donde la persona hace con frecuencia lo contrario de lo que se le manda, en detrimento incluso de su propio bienestar. Esto es, prefiere salir perdiendo antes que negociar o ceder ante los adultos. Hace uso de la agresión verbal (mediante insultos) en contextos familiares o escolares (los de mayor confianza), pero sin llegar a violar los derechos de los demás. Los síntomas suelen aparecer de forma gradual antes de los ocho años y se mantienen hasta la adolescencia (APA, 2002). Además, la conciencia del problema es escasa o nula, ya que justifican su comportamiento como el resultado de unas exigencias sociales inadecuadas o excesivas (CEDE, 2012).

El DSM-IV-TR (APA, 2002) lo encuadra, junto con el TDAH y el trastorno disocial, dentro de la categoría diagnóstica de "*Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*" y lo define como un trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. En la Tabla 1 se describen los criterios necesarios para establecer el diagnóstico de TND según este sistema de clasificación. Por su parte, el DSM-V (APA, 2013) enfatiza la idea de que este patrón se manifiesta con una o más personas y que no ocurre únicamente en el ámbito familiar, provocando un malestar clínicamente significativo en las distintas áreas de la vida de la persona. Aun así, para este trabajo se utilizarán fundamentalmente los criterios del DSM-IV-TR.

Tabla 1

Criterios para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante (DSM-IV-TR)

- A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:
1. a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
 2. a menudo discute con adultos
 3. a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
 4. a menudo molesta deliberadamente a otras personas
 5. a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
 6. a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
 7. a menudo es colérico y resentido
 8. a menudo es rencoroso o vengativo

Nota. Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

- B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.
-

Como se puede observar, la descripción operativa del trastorno es poco clara y establecer un límite válido entre un comportamiento normal frente a uno “perturbador” no es tarea fácil. Además, el propio desarrollo normativo del niño dificulta en gran parte esta definición. Es decir, hay conductas agresivas o desobedientes que, aunque resulten inquietantes, se encuadran dentro del desarrollo biopsicosocial normal del niño, porque cumplen una función, bien de desarrollo o bien adaptativa (Díaz y Díaz, 2012). Así, a los cinco meses de vida se producen reacciones agresivas en respuesta a emociones intensas, por ejemplo; en los tres primeros años de vida son frecuentes los problemas en el seguimiento de órdenes verbales, dificultades en la demora de la gratificación o

conductas agresivas; de los tres hasta los doce encontramos problemas de aprendizaje y de adaptación social, dificultades en el mantenimiento de la atención o desobediencia. Por su parte, en la adolescencia, las riñas con los padres como forma de afirmar su identidad personal suelen formar parte de la vida diaria en las familias. Además, la principal consideración para establecer un diagnóstico suele ser la desviación de la normativa estadística o la disminución de un comportamiento adaptativo, lo cual depende enormemente del contexto socio-temporal en el que nos encontremos, tal y como demostró el estudio de Weisz en 1988 (en Wicks-Nelson e Israel, 2000). Sin embargo, los padres no tienen por qué tener estos conocimientos y solicitan ayuda a los profesionales por lo llamativo de estos comportamientos, sobre todo los de carácter externalizante (lloros, agresiones físicas y verbales, gritos...). De esta manera, los adultos pueden sentirse incómodos ante el comportamiento imprudente del menor, aunque éste entre dentro de la norma estadística o cumpla una función adaptativa. Si los profesionales no contamos con estas variables tanto biológicas (de desarrollo) como contextuales, es probable caer en una patologización excesiva de los niños y adolescentes, con su estigma correspondiente. Por ejemplo, Meisel, Severa, Cardo y García-Banda (2013) encontraron que, cuando sólo se tenía en cuenta a un único informante, la prevalencia del trastorno ascendía del 1.1% al 9.5%. Por ello, en mi opinión, creo que es importante vislumbrar el TND (y los demás trastornos) como un continuo y no como una categoría en sí misma; y discriminar mediante una evaluación exhaustiva con todos los miembros implicados en la vida del niño, si existe un problema real de patrón de conducta que sobrepasa la frecuencia e intensidad habituales y provoca un malestar y/o desadaptación significativos; o si se trata de un comportamiento más o menos puntual derivado de la edad o de otro problema de orden superior.

A pesar de encontrar grandes dificultades a la hora de definir los límites de este trastorno, sí existen algunos modelos explicativos que intentan esclarecer cuál es el origen de este problema y cómo se mantiene. En este sentido, las teorías del aprendizaje y los modelos de *condicionamiento operante* descritos por Skinner defienden que, cuando la conducta va seguida bien de consecuentes positivos o bien de la retirada de consecuentes negativos para la persona que la ejecuta (refuerzo positivo R+ y refuerzo negativo R-, respectivamente), es más probable que ésta se repita en contextos o situaciones similares. Por el contrario, cuando va seguida de consecuentes negativos o de la desaparición de consecuentes positivos para el niño, la respuesta hostil tenderá a

desaparecer (castigo positivo C+ y castigo negativo C-, respectivamente). Por su parte, *la teoría del aprendizaje social* de Bandura explica cómo las conductas de los otros acaban formando parte del repertorio conductual de uno mismo a través del aprendizaje vicario o modelado. En este caso, los niños imitan las conductas tanto adaptativas como inadecuadas de su entorno más cercano, como pueden ser sus padres, profesores, amigos, medios de comunicación, etc. Teniendo en cuenta ambas teorías, por lo tanto, si tenemos un ambiente en el que el niño observa comportamientos agresivos o inapropiados y cuando imita estas conductas es reforzado, la probabilidad de aprender a responder de esta manera y mantener esta conducta aumenta considerablemente. Además, si las conductas alternativas o prosociales tienden a ser ignoradas, esta probabilidad es aún mayor.

Dado que los niños pasan gran parte del tiempo con sus padres, parece claro que el mayor aprendizaje vendrá dado por estos. Por tanto, la calidad de las interacciones paterno-filiares son clave para explicar el desarrollo y mantenimiento del TND. En este sentido, Gerald Patterson desarrolló *la teoría de la coerción* (en Rey-Anacona, 2010), según la cual el niño mantiene las conductas coercitivas de cuando era un bebé (comportamientos que cumplían la función de “controlar” o llamar a los adultos, tales como llorar, rabieta, manotazos...) porque siguen siendo reforzadas. Igualmente, los padres emiten órdenes vagas, susceptibles de ser interrumpidas y a menudo cumplimentadas por ellos mismo (órdenes tipo “beta”). De esta manera, se produce (en palabras del autor) la “trampa del reforzamiento negativo”, ya que los padres también obtienen un beneficio a corto plazo: consiguen que su hijo se calme cuando retiran la instrucción. Sin embargo, a largo plazo corrigen inadecuadamente al niño y no fomentan su obediencia, que es su principal objetivo. Así, poco a poco pueden llegar a desarrollar una imagen negativa de su propio hijo y entrar en una dinámica familiar hostil y desestructurada, impidiendo ver cuándo éste se acerca a las conductas deseadas. Patterson afirma, por tanto, que la falta de extinción, la inconsistencia de la disciplina y la falta del refuerzo adecuado ante las conductas positivas del niño promueven los problemas de conducta. Los estudios realizados sobre estilos educativos (que se comentarán a continuación) también apoyan este razonamiento.

El *modelo ecológico* de Frías-Armenta (2003) (en Díaz, 2012) es una adaptación del modelo de Bronfenbrenner, y en él se expone que el 56% de la varianza de los trastornos del comportamiento perturbador está explicada directamente por el microsistema (familia y relaciones interpersonales más estrechas) e indirectamente por el exosistema y el macrosistema (sistema de creencias, actitudes y normas sociales, estilos de vida, etc.). Por lo tanto, las intervenciones individuales no serán efectivas si no se tienen en consideración los factores contextuales en los que vive la persona.

Russell Barkley propone en 1989 un modelo más integrador a partir de cuatro factores para explicar la conducta desafiante de niños y adolescentes (en López-Soler, Alcántara, Romero y Belchí, 2013). El primero de ellos hace referencia a las *prácticas de crianza*. Díaz y Díaz (2012) describen los estilos educativos como un sólido indicador del desarrollo del niño en diferentes áreas de su vida (desarrollo social, desempeño académico, habilidades afectivas y de autocuidado, etc.). Estos estilos se caracterizan fundamentalmente por la exigencia y la receptividad o afecto. La exigencia se refiere al grado de presión que los padres hacen sobre los hijos (imposición de normas, capacidad para hacer que los niños las cumplan, etc.). La receptividad, por su parte, se define como el grado de sensibilidad y capacidad para tener en cuenta y responder a las demandas de los hijos. Dadas estas dos dimensiones, pueden establecerse cuatro estilos de crianza diferentes, que se presentan en la Tabla 2. En segundo lugar, Barkley habla de las *características individuales* del niño o del adolescente, entre las que destacan la irritabilidad, los pobres mecanismos de control, los problemas atencionales y la impulsividad. Las *características de los padres* serían el tercer factor descrito por este modelo. En este caso, padres inmaduros, inexpertos, deprimidos u hostiles hacen que sea más probable el desarrollo de un trastorno negativista en sus hijos. Finalmente, los *factores contextuales* tales como el aislamiento social, las discrepancias matrimoniales, la psicopatología familiar, el estrés o las influencias ambientales terminan por conformar el modelo etiológico de Barkley para el TND.

Tabla 2

Estilos educativos en función de la exigencia y receptividad de los padres

	Alta exigencia	Baja exigencia
Alta receptividad	Estilo educativo democrático	Estilo educativo permisivo o indulgente
Baja receptividad	Estilo educativo autoritario	Estilo educativo indiferente

Otro de los modelos integradores más representativos sobre el TND en la actualidad es el propuesto por Farrington en 1992 (en López-Soler, Alcántara, Romero y Belchí, 2013), quien afirma que la probabilidad de aparición del trastorno así como su gravedad va a depender del balance proporcional entre *los factores de riesgo y de protección*. Es decir, no existen variables determinantes que por sí mismas expliquen el desarrollo de este trastorno. Díaz (2012) recoge, a partir de diferentes investigaciones, los factores de riesgo más significativos, dejando ver el origen multicausal de este trastorno. Puede verse un resumen de todos estos datos en la Tabla 3. Dentro de estos factores de riesgo, Bragado, Bersabé y Carrasco (1999) encontraron que tener un padre joven, las discusiones familiares, el maltrato físico y los problemas de comportamiento a edad temprana (de 1 a 5 años) predijeron correctamente un 73,45% de los casos de TND. Por otro lado, Pedreira (2004) apunta a un peor pronóstico cuando la edad de inicio es precoz y cuando existen otros trastornos asociados (comorbilidad). Por su parte, López-Villalobos y cols. (2013) no encontraron diferencias significativas entre colegios públicos y privados ni entre zonas rurales y urbanas. En cambio, sí hallaron diferencias significativas en el rendimiento académico, lo cual está relacionado con los déficits en las variables neuropsicológicas más características de los niños que presentan TND (funciones ejecutivas, principalmente). En este sentido, Fonseca-Parra y Rey-Anacona (2013) encontraron un peor rendimiento en niños diagnosticados de TND en aptitudes verbales, flexibilidad cognitiva, habilidades metalingüísticas y tareas de organización/planificación en comparación con homólogos sin diagnóstico clínico.

Tabla 3:

Factores de riesgo para el inicio y gravedad del TND

Factores biológicos	<p>-<u>Género</u>: más frecuente en varones.</p> <p>-<u>Genética</u>: mayor riesgo en padres biológicos con historia de trastorno.</p> <p>-<u>Cerebrales</u>: alteraciones en el lóbulo frontal (funciones ejecutivas), déficit en la función de la amígdala.</p> <p>-<u>Bioquímica</u>: disminución en los niveles de serotonina.</p> <p>-<u>Dieta</u>: disminución de vitamina B y hierro.</p>
Factores personales	<p>-<u>Personalidad</u>: temperamento difícil, reacciones emocionales intensas, narcisismo, impulsividad, búsqueda de sensaciones, insensibilidad afectiva, rencoroso, vengativo, baja tolerancia a la frustración.</p> <p>-<u>Variables cognitivas</u>: distorsiones cognitivas, dificultad en funciones ejecutivas (solución de problemas, déficit en respuesta inhibitoria, falta de autocontrol., problemas en la planificación y la organización...) fallos en el pensamiento abstracto y en la capacidad analítica, escasa paciencia, dificultades en la orientación a la acción y en la generación de alternativas (rigidez cognitiva).</p> <p>-<u>Habilidades sociales</u>: déficit en HHSS, pobre empatía y desarrollo moral, locus de control externo (falta de sentimientos de culpa).</p> <p>-<u>Baja autoestima</u></p> <p>-<u>Rendimiento escolar</u>: dificultades académicas, retrasos en el aprendizaje, bajo cociente intelectual, baja motivación hacia tareas que no reportan gratificaciones inmediatas.</p>
Factores familiares	<p>-<u>Psicopatología de los padres</u>: depresión de la madre, drogadicción o conducta antisocial del padre.</p> <p>-<u>Familias desestructuradas</u>: pérdida de alguno de los padres. Apego inseguro, conflictos de pareja, maltrato físico.</p> <p>-<u>Estilos educativos</u>: falta de supervisión, castigo excesivo o métodos punitivos, mala calidad de las relaciones, autonomía prematura del adolescente.</p>
Factores sociales	<p>-<u>Escuela</u>: ausencia de normas claras e injustas, no adaptación curricular a las necesidades específicas.</p> <p>-<u>Grupo de iguales/amigos</u>: rechazo por parte de iguales, vínculos afectivos con personas que presenten problemas de comportamiento.</p> <p>-<u>Medios de comunicación</u>: tiempo dedicado a la televisión, videojuegos violentos...</p>

En cuanto a la variable *género*, existen algunas diferencias de tal manera que los niños presentan más síntomas externalizantes (molestar deliberadamente, mayores niveles de agresividad, etc.), mientras que las niñas se caracterizan por síntomas internalizantes (ansiedad, depresión, quejas somáticas) (Trepát de Ancos y Ezpeleta, 2011). Esto puede deberse a múltiples factores, como los estilos educativos, la cultura o la vulnerabilidad biológica (Wicks-Nelson e Israel, 2000). Además, también parece existir una interacción significativa entre el género y la edad (Marsh y Graham, 2006). Es decir, es habitual encontrar más diagnósticos de TND en niños a edades tempranas. Sin embargo, esta diferencia tiende a igualarse durante la adolescencia (APA, 2002). Esto puede ser porque los síntomas externalizantes de la primera infancia son más llamativos y molestos, por lo que los padres intentan resolver el problema lo antes posible (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López-Pina, 2009).

Por otro lado, aunque existe gran controversia sobre este término, el temperamento se ha descrito como un factor de riesgo para el TND. Se trata de los aspectos prevalentes de la personalidad que muestran cierta consistencia a través del tiempo y de las situaciones, por lo que parecen estar ligados a factores más genéticos. Rey-Anacona (2010) reserva el término de “temperamento difícil” para aquellos niños a los que les cuesta establecer rutinas diarias, no se adaptan fácilmente a las nuevas experiencias y tienden a reaccionar ante estímulos desagradables de una forma negativa e intensa un tanto desproporcionada. Luiselli (2013) afirma, además, que los niños con temperamento difícil no se calman con facilidad y suelen ser “gruñones” y “quisquillosos”. Por su parte, Viñas, González, García, Ballabriga y Casas (2012) pusieron de manifiesto la dificultad para regular las emociones, utilizar recursos atencionales e inhibir respuestas socialmente inadecuadas en adolescentes con “temperamento difícil” diagnosticados de TND. Igualmente, éstos presentaban ausencia de miedo ante estímulos de alta intensidad o novedad y desinhibición social, lo cual puede estar relacionado con la falta de empatía o sentimientos de culpa. A pesar de ser un concepto algo olvidado en la Psicología actual, los datos encontrados sobre temperamento y TND resultan compatibles con los citados para otros factores de riesgo. Además, el temperamento no es determinante para el desarrollo de problemas de conducta, por lo que las pautas de crianza ajustadas o el manejo adecuado de la frustración y la agresividad, entre otros factores de protección, pueden minimizar los efectos de esta variable y otras variables.

Al hilo de lo anterior, no todos los niños que viven bajo las influencias de factores de riesgo desarrollan o evolucionan de la misma manera. Esto es así porque las variables de protección también ejercen su papel. Pedreira (2004) realizó una revisión de todas ellas. Así, a nivel individual destacan una elevada autoestima, un elevado cociente intelectual y una buena capacidad en la resolución de problemas. Por su parte, un ambiente familiar ajustado, una adaptación curricular adecuada a las necesidades individuales del niño, el desarrollo de actitudes prosociales, así como la práctica de actividades de ocio saludables son factores sociales de protección. Finalmente, a nivel comunidad destaca una fácil accesibilidad a los servicios asistenciales, un diagnóstico y tratamiento precoz y un seguimiento a largo plazo como forma de mantener los logros.

Como ya se ha comentado, los estilos educativos son un excelente indicador del desarrollo del niño en los diferentes ámbitos de su vida. En este sentido, Díaz y Díaz (2012) afirman que el estilo de crianza democrático es un factor protector muy potente. Esto es, al reconocer la autonomía del niño y establecer un equilibrio entre la exigencia y la receptividad emocional, se predicen los mejores resultados del comportamiento infantil. Esto resulta especialmente interesante de cara a los programas de prevención primaria, ya que el entrenamiento a padres puede ser de gran ayuda y utilidad para reducir los efectos de los factores de riesgo. En este sentido, Tizón (2002) afirma que junto con la escuela, una red de Atención Primaria sería el dispositivo profesional con el que mayor facilidad y frecuencia podrían contactar los niños y familiares. Sin embargo, esta área de intervención no está todavía lo suficientemente desarrollada como para cubrir todas las necesidades de la población infantil en cuanto a problemáticas psicológicas se refiere.

En cuanto a la epidemiología del TND, la prevalencia se sitúa entre un 2 y un 16% (APA, 2002), por lo que los datos son muy variados. Cabe mencionar algunas investigaciones españolas, como el estudio llevado a cabo por el equipo de López-Villalobos (2013) en Castilla y León, quienes encontraron una prevalencia del 5.6%. Por su parte, Emberley y Pelegrina (2011) hallaron una prevalencia que oscilaba entre el 3.77 y el 3.83% en población infantil gaditana.

Los estudios realizados con población clínica infantil estiman que el 18.5% de niños que muestran problemas psicológicos presentan además un TND (López-Soler, y cols. 2009). Esto implica un alto grado de comorbilidad con otras patologías, entre las

que destacan la depresión, el TDAH, el trastorno disocial o los trastornos de ansiedad (Díaz, 2012; Martín, Granero y Ezpeleta, 2014). Sin embargo, son escasas las investigaciones sobre este tema y existe gran controversia a la hora de dar una explicación contundente (López-Soler, Castro, Belchí y Romero, 2013). Así, algunos autores defienden que estos trastornos comparten variables psicosociales que favorecen su aparición conjunta y mantenimiento. Es decir, existirían variables transversales para todos estos trastornos. Por otro lado, otros autores se decantan por la idea de que algunos de ellos forman parte o son un estadio más leve de un trastorno más general. Un ejemplo de esto es que en numerosos casos el TND es un antecedente para el desarrollo de un trastorno disocial, sin embargo, no todas las personas que presentan este patrón conductual acaban desarrollando este segundo trastorno (APA, 2002). De esta manera, la investigación no respalda de forma estable ninguna de las dos hipótesis, por lo que hasta la fecha sólo se puede afirmar que la presencia de alguno de ellos es un factor de riesgo para desarrollar otros.

Una vez descritas las principales características del trastorno negativista desafiante, una buena evaluación va a permitir, en primer lugar, establecer o no el diagnóstico sobre este trastorno y, en segundo lugar, determinar un punto de partida o línea base para desarrollar una intervención y valorar sus efectos a corto, medio y largo plazo. Dado el grado de implicación que tiene el entorno social del niño en este trastorno, para lograr ambos objetivos es necesario contar tanto con el propio niño como con los padres y, si fuera posible, también con profesores, compañeros, amigos, etc. Además, como ya se ha visto, un mayor número de fuentes de información mejora la fiabilidad de los datos y reduce la probabilidad de una excesiva patologización (Meisel et al. 2013).

Durante el proceso de evaluación es necesario realizar entrevistas clínicas y registros de conducta para conocer y cuantificar la frecuencia, duración y gravedad de los síntomas. Las entrevistas abiertas resultan muy útiles para conocer con más detalle cuál es la demanda de la persona que acude a consulta (que por lo general suelen ser los padres). En ellas, se recoge información sobre los factores de riesgo y de protección, entre los que destacan la historia del problema, los estilos de crianza, las desavenencias en relación a la educación, la relación de pareja, las conductas antisociales (si las hubiera), el estrés familiar, la salud general del niño y su desarrollo biopsicosocial, el historial psicopatológico familiar y el rendimiento académico, entre otros.

Además de una entrevista abierta, las entrevistas estructuradas o semiestructuradas sirven de cribado para diferentes patologías. En población infantil destacan el MINI KID (Sheehan y cols. 1998), el DISC-IV (Shaffer y cols. 2000) o el DICA-R (Reich, 2000). En cuanto al diagnóstico de TND, destaca la propuesta por Ezpeleta (2001), basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002).

Otros instrumentos de evaluación muy utilizados para el TND son las escalas y cuestionarios, como por ejemplo, la CBCL (Child Behavior Checklist) de Achenbach y Edelbrock (1983) (Adaptación española, del Barrio y Cerezo, 1990). Se trata de una escala muy apropiada para niños de 2 a 16 años, con tres versiones diferentes, una para padres, otra para profesores y otra de autoinforme (a rellenar por el propio niño). Es una herramienta de cribado que, gracias a sus garantías psicométricas, es capaz de discriminar adecuadamente la existencia de diferentes problemáticas (Sardinero, Pedreira y Muñiz, 1997), como son: agresividad, depresión, obsesión, conductas disruptivas, ansiedad, problemas somáticos, hiperactividad, delincuencia no socializada y retraimiento social. Para cada una de ellas, se establece un punto de corte a partir del cual se puede empezar a sospechar de la existencia de un problema, por lo que la evaluación en ese punto debe ser más exhaustiva. Por tanto, a pesar de ser una herramienta de evaluación demasiado densa, resulta muy útil en la Psicología infantil, precisamente por su eficacia en el screening y su eficiencia en cuanto al coste de tiempo que supondría valorar cada problemática por separado. También cabe mencionar las escalas de Conners (1989), en su versión extensa (CPRS-93 para padres y CPRS-39 para profesores) y en su versión abreviada (CPRS-48, para padres y CPRS-28 para profesores). Aunque fueron desarrolladas inicialmente para la evaluación de TDAH, también se utilizan como cribado del TND y como diagnóstico diferencial del TDAH. Mientras que la escala para padres recoge información sobre problemas de conducta, problemas de aprendizaje, quejas psicósomáticas, impulsividad/hiperactividad y ansiedad; la escala para profesores mide problemas de conducta, hiperactividad y desatención/pasividad. Farré y Narbona (2003) desarrollaron la adaptación española para profesores, dando lugar al test EDAH. Tal y como informan Amador, Idiázabal, Sangorrín, Espadaler y Forns, (2002) la correlación entre la información proveniente de padres y profesores para estas escalas oscila en torno al 0,30 y 0,50. Teniendo en cuenta que el índice de fiabilidad para otros cuestionarios no supera el 0,30 (Servera, Bornas y Moreno, 2006), las escalas de Conners parecen ser bastante fiables para discriminar un

diagnóstico de TDAH o de TND. Por su parte, el inventario de conducta infantil de Eyberg (1983) es muy adecuado para evaluar los trastornos de conducta en niños de 2 a 12 años. Consta de 36 ítems que miden la frecuencia e intensidad de los síntomas. Finalmente, el sistema BASC de Reynolds y Kamphaus (1992) (Adaptación española González-Marqués, 2004) también es bastante completo para la evaluación del TND. Cuenta con cuestionarios dirigidos a padres, profesores y al propio niño, que miden variables como la hiperactividad, agresión, problemas de conducta, depresión, somatización, ansiedad, problemas de atención y aprendizaje, asilamiento, autoestima o relaciones interpersonales, entre otras.

Por otro lado, también es importante realizar una cuantificación de las conductas problemáticas del niño. Para ello, se puede utilizar un autorregistro estilo A-B-C (Estímulo-Respuesta-Consecuencia, en inglés *Antecedents, Behavior, Consequences*), lo cual resulta muy útil para establecer la línea base pre-tratamiento (indicando frecuencia, duración e intensidad), para conocer cuáles son las relaciones funcionales que están operando en las situaciones conflictivas y, de cara a la motivación por el tratamiento, para ir observando de una forma muy gráfica los resultados que se van obteniendo. Además, también existen algunas escalas que ayudan a definir estos comportamientos, como por ejemplo el cuestionario de situaciones en el hogar de Barkley. Se trata de una lista de 14 situaciones en la que los padres tienen que indicar si el niño plantea algún tipo de problema o comportamiento perturbador y con qué grado de gravedad. Por su parte, el cuestionario sobre situaciones en la escuela tiene el mismo procedimiento, pero plantea únicamente 10 situaciones. Finalmente, la observación no sistemática de las interacciones entre padres e hijos en consulta también pueden dar una información muy enriquecedora para la evaluación.

Para terminar con los instrumentos de evaluación, es cierto que muchas de las pruebas aquí presentadas se utilizan también para diferentes patologías, como por el ejemplo el TDAH o el trastorno disocial. Esto es, al igual que no existe una etiología clara para ninguno de estos tres trastornos, tampoco existe un protocolo de evaluación específico para el TND. Por ello, bajo mi punto de vista, es importante no hacer un uso excesivo de las pruebas estandarizadas y, a partir de unas buenas habilidades terapéuticas, llegar a recoger la información necesaria para el diseño de la intervención, sin saturar a las familias.

En cuanto al diagnóstico diferencial, como ya se ha visto, las escalas de Conners resultan bastante útiles para discriminar la existencia de un TDAH. Igualmente, es conveniente llevar a cabo una valoración sobre las capacidades atencionales y de hiperactividad, ya que las conductas de impulsividad o desobediencia pueden deberse a un trastorno por déficit de atención (con o sin hiperactividad) y no a un patrón de comportamiento hostil aprendido. En estos casos, prevalecería el diagnóstico del TDAH. Sin embargo, en el caso de confirmar ambos trastornos, (problemas atencionales y comportamiento desafiante independiente del primero) los dos deben ser diagnosticados (APA, 2002).

El diagnóstico diferencial con respecto al trastorno disocial (TD) también puede llevar a confusión. Sin embargo, el TND suele ser de menor gravedad. Siguiendo los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002), no presenta agresiones físicas, no viola los derechos de los demás y no comete fraudes, robos o destrucciones de la propiedad ajena. Como ya se ha visto, existe mucha controversia por que el TND pueda ser un subtipo del TD. En cualquier caso, cuando existen ambos diagnósticos, prevalece únicamente el disocial (APA, 2002).

Otra consideración a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial son los trastornos del estado de ánimo. Los niños y, sobre todo los adolescentes, suelen presentar una sintomatología basada en la rabia, la ira, el oposicionismo y la dureza emocional cuando se sienten deprimidos (Carrasco, 2014). Es decir, durante el curso de una depresión pueden presentarse características similares a las del TND, por lo que en este caso debe prevalecer el diagnóstico de depresión (APA, 2002).

Sólo cuando se tiene toda la información necesaria para delimitar las características de la conducta problema y las relaciones funcionales entre la persona y su entorno, es posible establecer o no un diagnóstico y conocer cuál es el origen y las variables mantenedoras del problema. Es decir, el diagnóstico clínico es un conjunto de síntomas que se recogen bajo una etiqueta (descripción topográfica del problema). Por ello, el siguiente paso será integrar la información y establecer una formulación clínica del caso (descripción o análisis funcional del problema). A modo de resumen, en palabras de Serrano (2011), la evaluación debe contemplar la exploración de todos los elementos de la ecuación E-O-R-C. En la Tabla 4 puede verse una descripción de cada uno de estos elementos.

Tabla 4:

Elementos del análisis funcional E-O-R-C

E: Estímulo Antecedente	Es aquella parcela del entorno de un individuo que se da antes de la emisión de la respuesta (antecedente), cuya presencia hace más probable que se emita un tipo de respuesta u otra. Pueden ser estímulos internos o externos.
O: Variables Disposicionales	Se trata de variables del organismo y de su entorno que no intervienen directamente en la secuencia conductual, pero que predisponen la respuesta hacia una determinada dirección.
R: Respuesta problema	Es la interacción de la persona con el entorno, ya sea interno o externo.
C: Estímulo Consecuente	Son los cambios que se producen en las situaciones estimulares antecedentes como consecuencia de la emisión de la respuesta. Al igual que en caso anterior, también pueden ser cambios internos o externos.

Nota: Tabla extraída a partir de Calero y Rodríguez (2014).

Una vez finalizada la evaluación es posible establecer los objetivos terapéuticos y diseñar el plan de intervención que se ajuste a las necesidades y demandas planteadas por cada caso. A diferencia de otras psicopatologías, el trastorno negativista desafiante no cuenta con terapias empíricamente validadas (Pérez Álvarez, 2003) y los resultados obtenidos por las diferentes investigaciones en las últimas décadas son muy variados. Aun así, teniendo en cuenta toda la descripción de este trastorno, los tratamientos psicosociales parecen ser los de primera elección. Moreno y Meneres (2011) hacen referencia a las evidencias científicas consolidadas de la modificación de conducta frente a otros tipos de terapia para el tratamiento de los trastornos del comportamiento, destacando la eficacia de los programas de entrenamiento a padres. Además, cuando éstos van acompañados de un trabajo con el menor, los resultados son más positivos (mayor generalización de los resultados y mantenimiento a largo plazo). Por su parte, Robles y Romero (2011) realizaron una revisión de los programas de entrenamiento a padres. En este caso encontraron que sí eran eficaces para la promoción y mantenimiento de cambios positivos tanto en la conducta de niños como en la de los padres. Además, los programas más eficaces eran los de corte cognitivo-conductual, mientras que los de formato grupal permitían una mayor adherencia al tratamiento,

aunque el formato individual también mostró resultados satisfactorios. En consonancia, Webster-Stratton y Reid (2010) encontraron en un análisis de los componentes del tratamiento que la discusión grupal, en combinación con un terapeuta entrenado y el modelado en video, producía resultados más duraderos que los tratamientos en los que sólo existía un único componente.

Existen numerosos programas de entrenamiento a padres bien establecidos, como por ejemplo el “*Defiant children*” de Barkley (1987). Este programa, basado en las teorías del aprendizaje, va dirigido a padres de niños entre 2 y 12 años que no tienen problemas graves de agresividad. Consta de diez pasos con sus correspondientes objetivos, en los que se utilizan procedimientos disciplinarios y de castigo (tiempo fuera, coste de respuesta...), enseña a los padres a manejar adecuadamente la atención que le dan a sus hijos (técnicas de extinción) y a reforzarles cuando emiten respuestas alternativas (utilizando también una economía de fichas). Su eficacia, en palabras del autor, es notable siempre y cuando se produzca una aplicación sistemática e inmediata de las consecuencias después de la emisión de conductas tanto apropiadas como inapropiadas.

Un segundo programa de entrenamiento a padres es la terapia de interacción padres-hijo (*Parent-Child Interaction Therapy*) diseñada por Eyberg en 1995 (en Urquiza y Timmer, 2012), que se basa en las teorías del apego y del aprendizaje social. Este programa va dirigido a padres de niños en edad preescolar (de 0 a 3 años) y consta de 14 sesiones semanales en las que se entrena en estrategias de disciplina. Ferro, Vives y Ascanio (2010) muestran la eficacia del programa frente a lista de espera o grupo control, además de describir un caso N=1 con resultados muy positivos que se mantuvieron a lo largo del tiempo.

Como ya se ha comentado, la intervención produce resultados más consolidados si el entrenamiento a padres va de la mano con el entrenamiento del niño (Moreno y Meneres, 2011). Las técnicas más eficaces en estos casos también son de carácter cognitivo-conductual. Dado el perfil del TND, destacan el entrenamiento en habilidades de autocontrol, en solución de problemas y en habilidades sociales, así como las técnicas en reestructuración cognitiva. Según los criterios propuestos por Chambless y Holon, todas ellas han demostrado ser “probablemente eficaces” (Rey-Anaconda, 2010).

El entrenamiento en habilidades de autocontrol y regulación emocional son habituales en el tratamiento del TND (Genise, 2014; Ramírez, 2015), ya que permiten al niño identificar sus pensamientos y emociones y afrontarlos de forma adaptativa. Para el aprendizaje de estas habilidades se utilizan técnicas de relajación y el entrenamiento en autoinstrucciones.

El objetivo de las técnicas de relajación es que el niño aprenda a reducir su activación fisiológica cuando se sienta inquieto, irritado o ansioso. Ortigosa-Quiles, Méndez y Riquelme (2014) consideran que estas estrategias en niños dependen de la edad. Así, mientras que con niños de 0 a 3 años se utiliza una relajación más sensorial (música o masajes), en la primera infancia (de 3 a 6 años) deben utilizarse herramientas más lúdicas e imaginativas. En este caso, el entrenamiento en relajación muscular resulta muy útil a partir de los 3 años de edad, ya que permite discriminar la tensión y distensión muscular, incorporando una parte lúdica en la que tienen que jugar a ser robots, muñecos de trapo, espaguetis, etc. Es importante adecuar correctamente el lenguaje y trabajar con grupos musculares más amplios, al contrario que con los adultos. Por su parte, la respiración profunda también incluye esta parte de juego, donde tienen que respirar como si tuvieran un globo de aire en la tripa, resultando muy atractiva para los niños. A partir de los 7-9 años de edad, pueden utilizarse estrategias más complejas y estructuradas, como la relajación progresiva de Jacobson o el entrenamiento autógeno de Schultz (en Méndez, Olivares y Quiles, 1998), con las adaptaciones pertinentes para lograr su comprensión y teniendo en cuenta las necesidades y demandas del menor.

El diálogo interno y las autoinstrucciones son técnicas basadas en la importancia o influencia que tienen los pensamientos en las emociones y acciones de las personas. García-Vera, Morán, González y Sanz (2014), basándose en los estudios de Luria, afirman que el proceso natural para aprender a regular la conducta se sustenta en gran medida en las verbalizaciones internas del propio niño. Este autodiálogo se desarrolla cuando adultos o iguales más habilidosos en autocontrol le repiten en numerosas ocasiones una determinada instrucción y le ayudan a resolver el problema en situaciones difíciles. Por tanto, cuando los niños tienen dificultades para controlar su conducta emocional o motora, el aprendizaje de autoinstrucciones será útil para dirigir, potenciar y reforzar este proceso de autorregulación. El procedimiento de esta técnica, desarrollada por Meinchenbaum, consta de cinco fases basadas en el curso normal del desarrollo (modelado, guía externa de voz, autoinstrucción en voz alta, autoinstrucción

enmascarada y autoinstrucción encubierta). Aun así, los estudios de metaanálisis sugieren que la técnica en sí resulta poco eficaz cuando se aplica de forma aislada. Sin embargo, cuando se combina como parte de un programa cognitivo-conductual más amplio sí ofrece mejores resultados, aumentando la capacidades de autorregulación del niño (García-Vera y cols. 2014).

Por otra parte, el entrenamiento en solución de problemas es una técnica desarrollada por D’Zurilla y Goldfried en 1973, que permite identificar la existencia de un problema, generar alternativas, considerar las consecuencias de cada una de las posibles actuaciones y, en base a ello, elegir la respuesta más adecuada para una situación dada. De esta manera, resulta bastante útil para los casos de TND, ya que se potencia el pensamiento abstracto y reflexivo y el control de la impulsividad. La eficacia de la técnica reside en que los niños sean capaces de utilizar estas nuevas habilidades en problemas de la vida real, con la ayuda de los padres, quienes deben reforzar sus logros (Moreno y Meneres (2011).

La *técnica de la tortuga*, propuesta por Schneider, es un método muy recomendable para utilizar con los niños más pequeños (de 4 a 7 años de edad), que presentan problemas de conducta. Integra, en forma de cuento, estrategias de relajación (autocontrol) y de solución de problemas (Serrano, 2006; Pastor y Sevillá, 2014), técnicas que, como ya se ha dicho, han demostrado su eficacia para la mejora del comportamiento perturbador. Además, el formato lúdico y grupal de la técnica hace que la motivación por parte de los niños aumente considerablemente (Pastor y Sevillá, 2014). De esta manera, los niños tienen que imaginar que son los protagonistas del cuento (ver Anexo 1) y tienen que esconderse en su caparazón ante situaciones difíciles (antes de emitir una respuesta agresiva, cuando se sientan frustrados o enfadados o ante la palabra “tortuga”). Una vez que están escondidos, tienen que relajar los músculos para reducir la activación emocional y poner en práctica la técnica de solución de problemas para afrontar la situación de la forma más adaptativa posible. Al terminar el ejercicio, es fundamental que reciban el apoyo y refuerzo de los padres o profesores, con el fin de que la estrategia se mantenga en el tiempo.

El entrenamiento en habilidades sociales (HHSS) resulta bastante útil para trabajar con niños más mayores y adolescentes que presentan dificultades a la hora de comunicarse adecuadamente con los demás. Dependiendo del déficit que presenten,

pueden trabajarse aspectos como la comunicación no verbal, la comunicación eficaz y el estilo asertivo, el inicio y mantenimiento de conversaciones, la realización y aceptación de peticiones y de críticas, etc. Roca Villanueva (2015) presenta un programa de entrenamiento en HHSS que además de abarcar todos estos aspectos, también interviene sobre la autoestima y los pensamientos y creencias del adolescente.

Por último, la reestructuración cognitiva persigue que el menor sea capaz de cambiar las distorsiones cognitivas o creencias irracionales por ideas más adaptativas y realistas (Méndez, Olivares y Moreno, 1998). Para lograr este objetivo, en primer lugar se produce una fase educativa, en segundo lugar se lleva a cabo una fase de entrenamiento en auto-observación y un registro de las distorsiones cognitivas y falsas creencias y, finalmente, tiene lugar el debate socrático y la búsqueda de pensamientos alternativos. Como es de suponer, esta técnica sólo es adecuada entre los niños más mayores y adolescentes que no presentan problemas en la comprensión y aprendizaje. Por otro lado, también es importante tener en cuenta que la falta de conciencia del problema y la desmotivación pueden suponer un impedimento para llevar a cabo esta técnica (Díaz, 2012).

Para finalizar con la intervención psicológica, cabe destacar otros modelos de intervención como la terapia multisistémica basada en el modelo ecológico de Bronfenbrenner. Esta terapia escapa de la perspectiva psicopatológica del individuo y se centra en las influencias que la familia, el grupo de iguales y la comunidad ejerce sobre el individuo (Rey-Anacona, 2010). Por su parte, las terapias de tercera generación también están ganando terreno en lo que a los trastornos de conducta se refiere. En este caso, parece que el Mindfulness y el entrenamiento en atención plena funciona bastante bien como técnica de relajación y control de impulsos en niños (Ferro, Vives y Ascanio, 2009). Aun así, estas terapias no cuentan con los suficientes estudios como para demostrar su eficacia, pero, en mi opinión, la utilización de sus diferentes elementos (atención plena, metáforas, etc.) puede ser muy enriquecedora para la terapia cognitivo-conductual.

En cuanto al tratamiento farmacológico, éste puede ser de gran ayuda siempre y cuando se combine con la terapia psicológica, pero nunca debe considerarse como primera opción, sobre todo cuando se trata de niños pequeños. Los fármacos más utilizados para los casos del TND:

- Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (sertralina, fluoxetina, paroxetina) son adecuados cuando existen componentes de ansiedad o conductas obsesivas.
- Los estimulantes o inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina (metilfenidato) están indicados cuando existe impulsividad, falta de autocontrol o comorbilidad con el TDAH.
- Los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (atomoxetina) también se utilizan cuando existen componentes de TDAH y ansiedad.
- Los antipsicóticos atípicos (risperidona) están indicados para el tratamiento del autismo y se utilizan en casos más graves de conducta agresiva y control de tics.

Como se puede observar, el tratamiento farmacológico está más orientado a los casos en los que existe un deterioro significativo grave o cuando se dan otros trastornos asociados, por lo que es necesario ser cautelosos con este tipo de intervención y contar con un equipo multidisciplinar que permita abarcar el problema desde todos los ámbitos de la vida del niño.

Una vez analizado el trastorno negativista desafiante, a continuación se expondrá un estudio N = 1 donde se describe un caso, se ponen en práctica las estrategias de evaluación comentadas anteriormente y se diseña un plan de intervención en base a la formulación clínica y el análisis funcional. Finalmente, se analizan los resultados, se valora el alcance del tratamiento y se concluyen y se discuten algunos aspectos tratados a lo largo de este trabajo.

2. Presentación del caso

- **Identificación del paciente y motivo de consulta:**

El paciente identificado es Sergio, un niño de 6 años y medio que presenta problemas de conducta. Vive en Madrid y cursa 1º de Primaria. En este caso, los clientes son los padres, Fátima y Raúl, de 37 y 40 años respectivamente. Para facilitar una mayor comprensión del caso, a continuación se presentan en la Figura 1 el genograma familiar, con algunos datos de interés.

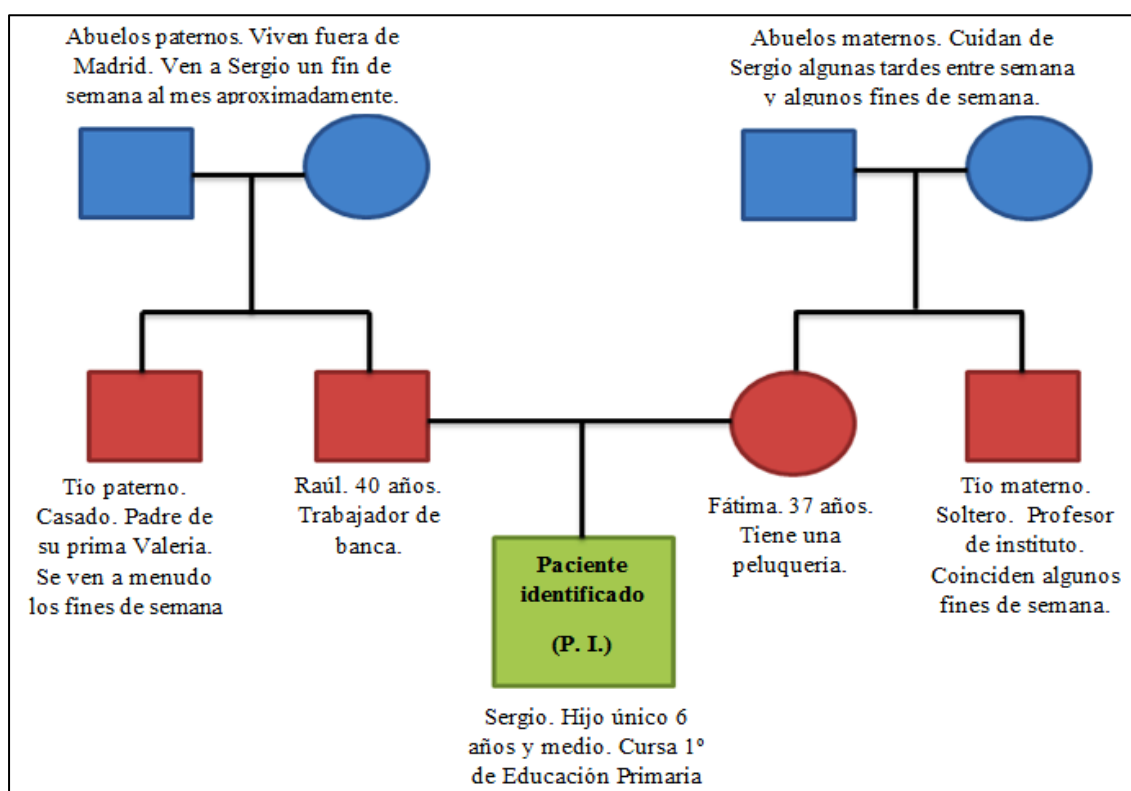


Figura 1. Genograma familiar.

La madre acude a consulta refiriendo un mal comportamiento de su hijo Sergio. Su padre no puede acudir porque está trabajando, pero cuenta con su apoyo para venir. A continuación se presenta brevemente la historia del problema:

Sergio es un niño de 6 años que vive con sus padres y su perro Chispa. Desde que empezó la etapa preescolar (de 3 a 6 años) ya se observaban en él problemas de conducta, puesto que casi todos los días los padres recibían quejas de los cuidadores porque mordía a los demás niños, por empujones, tirones de pelo a las chicas, colarse en

la fila del recreo, meterse en peleas, etc. En el colegio le consideran un niño “muy movido”, “incapaz de estar sentado y tranquilo en la silla”. A pesar de ello, en este curso académico (1º de Primaria) ha mejorado su relación con sus compañeros.

En casa también tiene comportamientos diarios similares, como por ejemplo la hora de vestirse por las mañanas, la hora de la comida o de la cena, o la hora del juego por las tardes. Estos comportamientos, caracterizados por gritos, lenguaje agresivo y “vacilante”, burlas o incluso golpes, son más frecuentes en presencia de la madre y ausencia del padre. Cuando está el padre o ambos, parece que el niño se contiene más. Igualmente, también presenta estas conductas de manera habitual con los abuelos maternos, que le cuidan algunos fines de semana. Con su prima Valeria, que tiene la misma edad que él, también tiene numerosos enfrentamientos. Sin embargo, a pesar de haber mejorado su comportamiento con respecto a años anteriores, la madre acude a consulta porque estos “vaciles” siguen siendo diarios. Además, en este primer trimestre ha suspendido la asignatura de “Comportamiento”, lo cual le alarma bastante, ya que pensaba que su hijo estaba mejorando y en lo que va de año no habían recibido ninguna queja fuera de lo normal. Cuando le pregunta al profesor por el suspenso, éste le quita importancia diciéndole que “es por lo de siempre, ya sabes cómo es Sergio”, cosa que no le tranquiliza en absoluto. De hecho, se han planteado cambiarle de colegio porque tienen miedo de que “etiqueten” a su hijo.

A su madre le preocupa que su hijo “pueda convertirse en una persona cruel”. El padre también siente preocupación e inquietud, aunque en ocasiones intenta justificar su comportamiento diciendo que “son cosas de críos”. Ambos aseguran que “busca una atención continua” y que muchas veces se sienten sobrepasados con la situación. Les gustaría que su hijo tenga un cambio de actitud y se muestre más respetuoso, tanto con los mayores como con sus compañeros, que sea capaz de controlar sus impulsos y que aprenda a jugar y a estar solo, sin tener que estar constantemente pendiente de él.

En cuanto a la conciencia del problema, cuando le pregunto a Sergio si cree que hay algo en lo que yo le pueda ayudar, me dice que a veces habla “un poco regulín” a su madre y se pone triste cuando ésta se enfada con él, pero se le pasa en seguida porque se pone a hacer otras cosas. Hacen las paces y vuelven a jugar como si no hubiera pasado nada.

Finalmente, en cuanto a los intentos por resolver el problema, cuando Sergio tenía 3 años los padres acudieron a una primera consulta psicológica a la que no volvieron, ya que el profesional les recomendó medicación y a éstos no les pareció oportuno. Las estrategias que los padres emplean para solucionar el problema se basan fundamentalmente en intentar razonar con el niño y hacerle ver que lo que ha hecho no está bien. También le castigan estando sólo en su habitación, aunque al poco tiempo le levantan el castigo. En alguna ocasión, cuando se han visto desbordados, han llegado a pegarle un “azote”, aunque no suele ser habitual. Aseguran que todavía no han encontrado el “castigo efectivo” para corregir su comportamiento. Cuando intentan hablar de todo esto con el niño, éste asegura que “siempre hablan de cosas tristes” o que no se acuerda de los problemas que ha tenido en el colegio. En alguna ocasión ha llegado a decir que “es tonto” porque sus padres “siempre le están regañando”.

- **Estrategias de evaluación**

Llevar a cabo la evaluación de un caso va más allá de la mera aplicación de test y de su posterior corrección. La evaluación, bajo mi punto de vista, es la parte más importante del proceso, ya que permite establecer el análisis funcional y la posterior dirección del tratamiento. Por ello, las sesiones de evaluación de este caso se han basado en la metodología propuesta por Fernández-Ballesteros (2007) (véase Tabla 5). Además, como ya se ha comentado, la información proporcionada por diversas fuentes reduce el riesgo de caer en el error diagnóstico (Meisel et al. 2013), por lo que se contó con la colaboración de los padres, del tutor de Sergio y del propio niño. Sin embargo, aunque los padres estaban dispuestos a ayudar en todo lo necesario para resolver el problema de su hijo, no querían involucrar en exceso al colegio, por lo que permitieron su participación en la evaluación, pero no en la intervención. En la Tabla 6 se muestra la aplicación de los instrumentos de evaluación, mientras que en la Tabla 7 puede verse un resumen de las hipótesis planteadas, las variables cuantificables y la deducción de enunciados verificables, (los puntos de corte para cada una de las hipótesis).

Teniendo en cuenta el lenguaje “burlón” y los continuos “vaciles” hacia los adultos, la primera hipótesis que se planteó fue la existencia de un trastorno de conducta negativista desafiante (TND). Así, la variable a cuantificar fue la existencia de al menos cuatro de los ocho síntomas propuestos por el DSM-IV-TR (APA, 2002), así como una revisión sobre la frecuencia, duración, intensidad y gravedad de los mismos (supuestos

de semejanza y de cuantificación). Además de la entrevista y de la historia clínica para niños elaborada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid (s/f), para contrastar esta hipótesis se utilizó la entrevista diagnóstica de TND de Ezpeleta (2001) con los padres, ya que se basa en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002). Además, también se utilizó la escala CBCL para padres que, como ya se ha visto, resulta eficaz y eficiente para discriminar adecuadamente la existencia de diversas problemáticas (Sardinero, Pedreira y Muñiz, 1997). Para este caso, se revisó fundamentalmente la escala de agresividad, de ansiedad, de delincuencia y de hiperactividad. Por su parte, también se utilizó la escala abreviada de Conners para padres, con el fin de evaluar la existencia de problemas de conducta de forma más exhaustiva. Igualmente, el test EDAH (cumplimentado por el tutor de Sergio), que cuenta con buenas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad para población española (Farré y Nardone, 2003), permitió valorar la existencia de estos problemas en la escuela. Finalmente, se utilizaron los cuestionarios de situaciones en el hogar y en la escuela, así como un autorregistro semanal (Anexo 2), para conocer los escenarios que con más frecuencia eran motivo de conflicto y su grado de malestar.

Tabla 5

El proceso de evaluación psicológica

DEMANDA	
1ª SESIÓN	Primera recogida de información.
	Formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables.
2ª Y 3ª SESIÓN	Contrastación: administración de tests y técnicas de evaluación.
4ª SESIÓN	Comunicación de resultados: Informe de evaluación.

Igualmente se hipotetizó, como asociación funcional, que las conductas agresivas y las contestaciones “burlonas” de Sergio se podrían estar manteniendo tanto por refuerzo positivo (R+) como por refuerzo negativo (R-). En primer lugar, Sergio conseguiría captar la atención de sus padres y que éstos hagan lo que él quiere, lo cual le resultaría bastante gratificante (R+). En segundo lugar, en ciertos momentos se reduciría su malestar al librarse de actividades que le desagradan (R-). Cuando esta cadena

conductual se mantiene a lo largo del tiempo, se establecería en Sergio un patrón de comportamiento hostil y desafiante como consecuencia de un aprendizaje previo. En este caso, las variables cuantificables se obtendrían a partir del esquema E-O-R-C, donde se dejarían ver las relaciones funcionales que están operando. Para ello, el principal instrumento de evaluación que se utilizó fue un autorregistro semanal.

Finalmente, fue necesaria una última hipótesis de semejanza con el fin de descartar la existencia de un TDAH con predominio impulsivo-hiperactivo, según los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) (diagnóstico diferencial). Es decir, el comportamiento hiperactivo de Sergio, sus dificultades en la capacidad de inhibición de respuesta, la escasa eficacia de los refuerzos demorados y de los consecuentes aversivos no serían fruto del aprendizaje, sino que estarían causados por un déficit en las conductas gobernadas por reglas y por una relativa insensibilidad a los estímulos socialmente relevantes (Servera y cols. 2006). Las variables cuantificables en este caso fueron la atención, la hiperactividad y la impulsividad. Para contrastar esta hipótesis se utilizaron las escalas abreviadas de Conners para padres, ya que son muy adecuadas para discriminar la existencia de este diagnóstico (Amador y cols. 2002). Además, se utilizó el test EDAH, ya que incluye el factor *desatención + hiperactividad*. Igualmente, para valorar la capacidad atencional del niño se realizaron un par de tareas lúdicas: la primera de ellas consistió en buscar y señalar siete diferencias en dos dibujos en blanco y negro; y en la segunda, el niño tenía que unir puntos siguiendo el orden numérico, hasta completar una flor. Estas tareas se realizaron como forma de medir su capacidad atencional y para crear los primeros vínculos terapéuticos.

Tabla 6

Aplicación de las pruebas de evaluación

Evaluación con los padres	Evaluación con el profesor	Evaluación con el niño
Historia clínica	EDAH	Entrevista
Entrevista diagnóstica	Cuestionario de situaciones en la escuela	Evaluación de la atención
CBCL		
CPRS-48		
Cuestionario de situaciones en el hogar		
Autorregistro		

Tabla 7

Formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables.

Hipótesis	Variables cuantificables	Deducción de Enunciados verificables
Se trata de un TND (Hipótesis de semejanza y cuantificación)	-Al menos 4 de los 8 criterios diagnósticos del DSM-IV-TR durante 6 meses. -Frecuencia, duración e intensidad)	-CBCL: ✓ Agresividad > 22 ✓ Ansiedad > 13 ✓ Delincuencia > 9 -Conners: ✓ Problemas de cta. > 20 -EDAH: ✓ Problemas de cta. > 13 -Cuestionarios de situaciones en el hogar y en la escuela.
Se trata de un caso de TDAH (Hipótesis de semejanza)	-Impulsividad -Hiperactividad -Atención.	-Conners ✓ Impulsividad/Hiperac.> 16 -EDAH ✓ Atención + Hiperac. > 19

- **Formulación clínica y objetivos terapéuticos**

Una vez analizados los resultados obtenidos en la evaluación, se confirmó la hipótesis sobre la existencia de TND, ya que cumple cuatro de los criterios propuestos por el DSM-IV-TR (APA, 2002), como son: a menudo se encoleriza e incurre en pataletas, a menudo desafía a los adultos y rehúsa cumplir sus órdenes, a menudo molesta deliberadamente a otras personas y a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento. En la valoración de las escalas de Conners, los padres alcanzaron una puntuación de 21 en el factor de *problemas de conducta*, siendo el PC=20. Igualmente, la evaluación con el tutor de Sergio también lo confirma, ya que obtuvo una puntuación directa de 16 (PC= 13), correspondiente al percentil 95 en *problemas de conducta*. Por su parte, los cuestionarios sobre situaciones en el hogar mostraron conflictos en 8 de las 14 situaciones planteadas, con una media de 8.5 de intensidad del malestar. En cuanto al

cuestionario sobre situaciones en el colegio, el profesor señaló 5 de las 10 situaciones propuestas, con una media de 8 sobre 10 puntos de gravedad. Finalmente, los autorregistros mostraron un malestar bastante significativo por parte de los padres, con una media de intensidad semanal de 9 y una frecuencia de 52 conductas disruptivas por semana. Sin embargo, en la escala CBCL todas las puntuaciones quedaron por debajo del punto de corte, no presentando problemas de agresividad, delincuencia, ansiedad o depresión, entre otras. En cuanto al diagnóstico diferencial, tras analizar los resultados en las pruebas de atención y en la información recabada por los adultos, se descartó la existencia de un TDAH, ya que en el factor *hiperactividad/impulsividad* de la escala de Conners obtuvo una puntuación de 13 puntos por parte del padre y 14 por parte de la madre, siendo el punto de corte 16. En la escala EDAH, la puntuación fue de 12, siendo el PC= 19. Por su parte, el rendimiento obtenido por Sergio en la observación y las pruebas de atención fue normal.

El análisis topográfico de la conducta se realizó a partir de los cuestionarios y autorregistros recogidos en las dos semanas de evaluación. Puede verse un análisis más detallado de estos resultados en la Tabla 8, mientras que el establecimiento de la línea base se presenta en la Figura 2

Tabla 8:

Análisis topográfico de las conductas perturbadoras de Sergio

Conducta	Frecuencia semanal	Duración	Intensidad
Desobediencia a la hora de vestirse	6	15-20 min.	9
Gritos porque no quiere jugar sólo	5	10 min.	9
Golpes contra los juguetes	5	15 min.	9
Esconderse debajo de la mesa	6	15 min.	8
Hacer trampas en el juego	4	10 min.	8
Molestar a la prima	3	5 min.	9
Quitar el mando de la TV	2	10 min.	10
Ponerse delante de la TV	3	10 min	10
Lenguaje “burlón”	15	5 min.	9

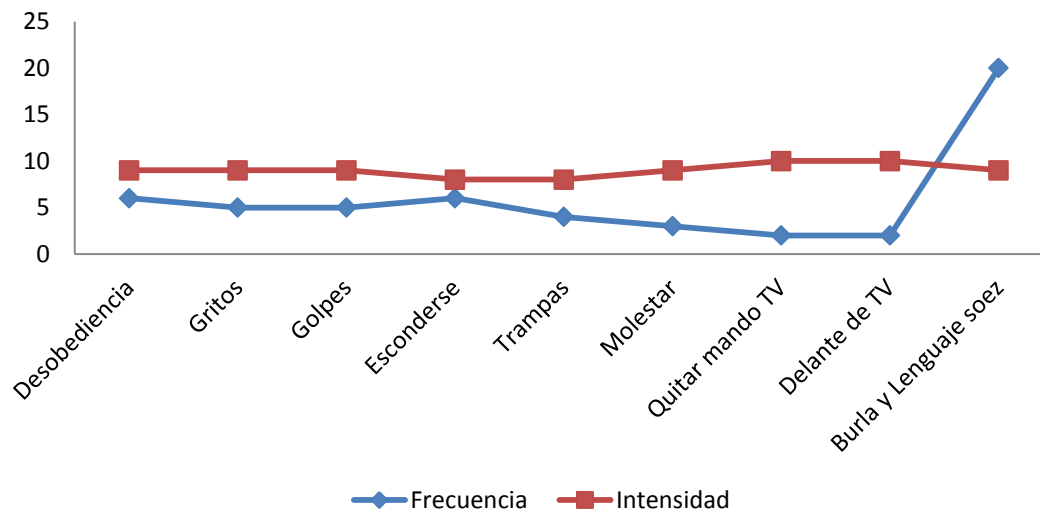


Figura 2: Establecimiento de la línea base

Finalmente, en cuanto a las asociaciones funcionales, parece claro que el aprendizaje de estas conductas problemáticas se produjo de manera gradual. De esta manera, Sergio no ha logrado aprender otra forma de recibir la atención de los mayores que no sea a través de los gritos, los empujones y, a día de hoy, está aprendiendo a hacerlo a través del lenguaje vacilón. Es decir, las conductas coercitivas de cuando era bebé siguen cumpliendo la misma función (captar la atención de los padres), a pesar de los años que han pasado. Además, ante la emisión o la aproximación de conductas positivas y prosociales, el niño no ha sido lo suficientemente reforzado como para interiorizarlas y generalizarlas a los demás contextos, ya que los padres consideraban que “era lo normal” y no veían necesarios reconocérselo.

Una vez que se ha consolidado el aprendizaje, estas conductas se mantienen por varias razones. La primera de ellas es que ante una instrucción u orden inconsistente y susceptible de ser rebatida, Sergio emite una serie de respuestas que son percibidas como inapropiadas (gritos, golpes, lenguaje soez...). Ante esto, los padres acuden de forma cada vez más inmediata, dejando lo que estaban haciendo para atender sus demandas. De esta manera, la conducta de Sergio se refuerza de forma positiva, ya que consigue la atención de sus padres y, en ocasiones, salirse con la suya. Igualmente, también queda reforzada negativamente, puesto que los padres se centran en regañarle o explicarle que no tiene que comportarse así y en la mayoría de los casos se olvidan o retiran la instrucción. Por lo tanto, ante una orden que el niño no quiere cumplir, es más probable que emita comportamientos de este tipo. Además, en este tipo de cadenas

conductuales, se da otro segundo fenómeno, y es lo que Patterson denominó “la trampa del reforzamiento negativo”. De esta manera, la conducta de los padres también se ve inicialmente reforzada de manera negativa, puesto que consiguen que su hijo se calme cuando ceden en sus peticiones. Sin embargo, a largo plazo no fomentan conductas más adaptativas en Sergio. Esto hace que tengan la sensación de que su hijo maneja sus vidas y, poco a poco, vayan desarrollando una visión más negativa de su hijo, lo cual también afecta a la autoestima del niño.

Estas cadenas funcionales también ocurren cuando algo no sale como Sergio lo había previsto. Por ejemplo, la baja tolerancia a la frustración como variable disposicional hace que cuando va perdiendo en algún juego, se enfade y cambie esporádicamente las normas para salir él beneficiado y empieza a tirar las cosas si la otra persona no acepta. Ante esto, la mayoría de las veces los padres suelen acceder (refuerzo intermitente), ya que a ellos lo único que les importa es pasar un rato divertido con su hijo. Nuevamente, la conducta del niño queda reforzada. En alguna ocasión han probado a castigarle, pero al poco tiempo le levantan el castigo (no más de 5-10 minutos), por lo que éste no resulta efectivo. Otro ejemplo se da en alguna ocasión en centros comerciales, supermercados, etc. sobre todo cuando no se hace lo que Sergio quiere, cuando quiere que le compren algo, para abandonar el lugar en el que están o cuando está excesivamente cansado. Aunque estas situaciones no son habituales, sí generan bastante malestar a los padres.

Los estilos educativos serían otra variable disposicional a tener en cuenta. Las pautas más permisivas de la madre también parecen precipitar la conducta de Sergio, ya que la mayoría de los desafíos que presenta se producen en presencia de ésta. Sin embargo, tanto con el padre como con los tíos se contiene bastante más. Además, los ambientes de confianza también son un detonante de conducta disruptiva, como ocurre con los abuelos maternos o con la prima.

Como consecuentes que mantienen la conducta, como se puede observar, uno de los factores más potentes es la atención que recibe. Por ejemplo, cuando están tranquilos en casa viendo la televisión con su prima, su madre asegura que su hijo “intenta buscar el conflicto” y empieza a cambiar de canal o se pone delante del televisor, impidiendo que el resto lo pueda ver. Ante esto, la madre suele irse a la habitación a jugar con él. Igualmente, la existencia nula o inconsistente de castigos también favorece el

mantenimiento de estas conductas. Sin embargo, su comportamiento mejora cuando no está con niños de su edad, cuando está recibiendo una atención plena de sus padres (durante la hora de la ducha o cuando hacen o juegan a lo que él quiere) o cuando está haciendo algún deporte al aire libre (jugando al tenis, montando en bici, etc.).

A pesar de no contar con la información necesaria, se puede suponer que en el colegio se dan estas mismas relaciones funcionales. Así, cuando no le prestan atención o cuando algo no sale como él quiere, responde de esta manera, principalmente con los compañeros, ya que al profesor sí le ve como una figura de autoridad.

En la Tabla 9 se puede ver un resumen de la formulación clínica del caso, siguiendo el esquema E-O-R-C. Con todo ello, los objetivos de intervención planteados fueron los siguientes:

- ✓ Establecer una visión positiva de su hijo y comprender las causas de su comportamiento.
- ✓ Aumentar la conciencia del problema en Sergio y su responsabilidad en el mismo.
- ✓ Emitir órdenes eficaces que favorezcan la obediencia.
- ✓ Reducir las conductas disruptivas a una frecuencia por debajo de 4 semanales y a una intensidad media de 2. Para ello, debe cumplirse:
 - Reducir a una frecuencia e intensidad de 1/0 los conflictos en las situaciones de vestirse por las mañanas y en la hora de las comidas.
 - Reducir a una frecuencia e intensidad de 0 el lenguaje desafiante y burlón.
 - Reducir la puntuación en las escalas de Connors por debajo de 15
- ✓ Manejar adecuadamente la atención
- ✓ Mejorar la autoestima del niño
- ✓ Establecer castigos eficaces
- ✓ Aumentar el juego independiente (+ de 30 minutos)
- ✓ Fomentar el autocontrol y la capacidad de reflexión
- ✓ Instaurar conductas prosociales

Tabla 9:

Formulación clínica E-O-R-C

E	O	R	C
-Órdenes ineficaces a la hora de vestirse o de comer -Hora del juego -Cuando los padres están atendiendo a otras tareas -En presencia de su prima o de otros niños -Ausencia del padre -Cuando se le pide que haga alguna tarea desagradable	Del entorno: -Estilo educativo permisivo (madre) -Desavenencias en la educación -Hijo único Del menor: -Baja tolerancia a la frustración -Carácter competitivo	Nivel motor: -Gritos -Golpes -Lenguaje soez -Burlas -Trampas Nivel Fisiológico: -Enrojecimiento -Tensión muscular -Respiración acelerada Nivel Cognitivo: -“Soy tonto”	-Retirada de la orden o los padres la cumplimentan -Se hace lo que él quiere -Recibe toda la atención por parte de los adultos -Se establecen castigos y se retiran a los pocos minutos

- **Diseño y aplicación del tratamiento**

La fase de intervención se planificó en relación a la formulación clínica y a los objetivos planteados. De esta manera, se diseñaron 11 módulos de trabajo (19 sesiones), siete correspondientes al entrenamiento con los padres; y cuatro, al entrenamiento con Sergio. Las primeras 16 sesiones se llevaron a cabo una vez por semana, con una duración aproximada de 50 minutos. Entre la sesión 16 y 17 pasaron 15 días, mientras que la sesión 18 se realizó después de un mes. Finalmente, la sesión 19 se planteó para dentro de 3 meses, siempre y cuando no hubiera una recaída significativa. La cronología seguida para este caso se especifica a continuación, desgranando sesión por sesión las actividades y técnicas que se realizaron:

Sesión 1: Psicoeducación con los padres

Este módulo se llevó a cabo para reestructurar algunas ideas negativas que los padres tenían sobre su hijo. Se explicó cuidadosamente el significado del diagnóstico, así como las dificultades que había para establecer los límites del mismo. Posteriormente se explicaron las causas de su comportamiento a través del análisis funcional, teniendo especial cuidado en que los padres no se sintieran “culpables”, pero sí fue necesario que vieran su parte de responsabilidad, para conseguir su máxima colaboración.

Sesión 2: Toma de conciencia del problema: El Mapa del tesoro

Para poder explicar a Sergio lo que íbamos a hacer en las siguientes semanas y con el fin de fomentar su motivación y participación, la intervención se planteó como un “mapa del tesoro” en el que había que pasar diferentes pruebas (módulos de intervención). Teniendo en cuenta su carácter competitivo, este diseño resultó bastante útil. Así, la primera prueba o módulo fue la toma de conciencia del problema. Para ello se propuso el ejercicio del “volcán”, el cual se divide en tres partes, de abajo hacia arriba: situación y pensamientos, emociones y acciones. Con esto se pretendió ver cómo los pensamientos y emociones disparan de forma gradual la “erupción del volcán”, que son nuestras acciones. Igualmente, se hizo referencia a las diferencias que hay en nuestros comportamientos cuando estamos enfadados y cuando estamos calmados y se identificaron diferentes síntomas asociados a cada emoción. A partir de este momento, las pruebas del mapa consistirían en hacer que el volcán no erupcionase.

Sesión 3: Manejo de Antecedentes

Esta sesión se planteó para dar a conocer la importancia de las órdenes ineficaces como desencadenantes de la conducta disruptiva de Sergio. Para ello se realizó un entrenamiento en órdenes eficaces, fundamentalmente con la madre, a través del modelado y del role-playing con. Se utilizaron situaciones lo más parecidas posibles a la realidad con el fin de generalizar el aprendizaje. También se hizo una breve introducción al concepto de extinción, para que empezaran a ponerlo en práctica junto con las órdenes eficaces; y se estableció un horario de comida y de juego, que debía cumplirse estrictamente. Además, se acordó reforzar y felicitar aquellas conductas cuya frecuencia se quería aumentar, así como sus aproximaciones (moldeamiento).

Finalmente, se les entregó un documento con la información que se iba a trabajar en las próximas sesiones, para que fueran familiarizándose con algunos términos.

Sesiones 4, 5, y 6: Manejo de consecuentes

Durante estas sesiones se trabajó con la documentación entregada anteriormente. El objetivo fue programar una economía de fichas, ya que, tal y como se vio en la formulación del caso, las conductas de Sergio dependían en gran medida de los consecuentes, fundamentalmente de la atención que recibía. Para empezar, se retomó el concepto de extinción, explicando previamente que el cambio no sería inmediato y que podría existir un primer aumento en la frecuencia. Por otro lado, se definieron junto con Sergio cuáles serían los reforzadores (comestibles, tangibles, de actividad...), qué “precio” en fichas tendría cada uno de ellos y cómo y por qué conductas se administrarían dichos “premios”. Además, estas fichas siempre irían acompañadas de un reforzador social. Finalmente, se estableció un mostrador de entrega y un sistema de registro de las conductas (Anexo 3). También se trabajaron las técnicas relacionadas con los castigos, como el coste de respuesta y el tiempo fuera. Por último, se hizo especial hincapié en la perseverancia y la inmediatez de los consecuentes; y la necesidad de orden o instrucción previa, para reducir la incertidumbre de Sergio.

Sesión 7: Entrenamiento en Técnicas de relajación y autocontrol

Este módulo se propuso para fomentar conductas alternativas a la ira y la agresión, tal y como se planteó en los objetivos terapéuticos. Para ello, se continuó trabajando con el “mapa del tesoro”. La primera prueba de este módulo consistió en la relajación de los grupos musculares del cuello, brazos, estómago y piernas, ya que era donde más tensión notaba cuando se enfadaba. Para ejemplificar estos ejercicios, se utilizó un molde de plastilina, un muñeco de trapo y un juguete de lego. Además, para superar la prueba tenía que practicarla una vez al día con sus padres, con el doble objetivo de practicar la relajación y de realizar una actividad agradable juntos.

Sesión 8: Entrenamiento en técnicas de relajación y autocontrol

Esta sesión comenzó con Sergio relatando su experiencia de practicar la relajación con sus padres durante la semana, lo cual le resultó muy agradable. Posteriormente se planteó la segunda prueba del módulo: la técnica de la tortuga de Schneider. Así, se procedió a la lectura del cuento (Anexo 1) para que se identificase

con el personaje y se practicase la técnica a través del modelado. Una vez hecho esto, se empezaron a utilizar estas estrategias de autocontrol y relajación en aquellas situaciones en las que Sergio notase que se estaba poniendo nervioso o, como forma de práctica, cuando sus padres le dijese la palabra “tortuga”. Con esto se perseguía no sólo el sobre-aprendizaje, sino la generalización del mismo al utilizar ejemplos de su vida cotidiana.

Sesiones 9 y 10: Economía de fichas

Tras el aumento de la frecuencia como consecuencia de la aplicación de la extinción en las sesiones 5, 6, y 7, esta sesión comenzó con el gráfico de los resultados obtenidos hasta la fecha, mostrando la tendencia descendente de los registros a partir de la sesión 7. Esto se hizo con el fin de reforzar y mantener el aprendizaje de estas nuevas estrategias. Una vez hecho esto, en la sesión 10 se procedió a desvanecer el programa de puntos, ahora que Sergio ya tenía en su repertorio conductual otras conductas alternativas a la agresión y la desobediencia. Para ello se fueron sustituyendo las fichas por reforzadores más sociales. Igualmente, durante estas dos sesiones se fueron revisando y trabajando las dificultades encontradas a la hora de administrar las fichas o canjearlas por los refuerzos de apoyo.

Sesiones 11 y 12: Solución de problemas

Ahora que Sergio ya contaba con conductas alternativas a la agresión, se planteó la técnica de solución de problemas con autoinstrucciones para fomentar el pensamiento reflexivo, autocrítico y adaptativo del niño. En este caso, la prueba planteada del “mapa del tesoro” consistió en un juego de detectives, en el que Sergio tenía que “descubrir” cuál era la respuesta o conducta más acertada para una situación dada. En la primera sesión de este módulo se presentó la técnica para que el niño se familiarizara con los pasos, poniendo múltiples ejemplos. Al finalizar, se le pidió a Sergio que para la semana siguiente trajera en unas tarjetas diferentes situaciones que quería trabajar con esta técnica. De esta forma, en la segunda sesión se trabajó la técnica con las tarjetas más otros ejemplos planteados por los padres, para fomentar la generalización de la misma al contexto extraterapéutico.

Sesión 13: Prevención de recaídas

Una vez que se produjo el desvanecimiento de la economía de fichas, era necesario establecer un módulo de prevención de recaídas para revisar las diferentes dificultades que pudieron surgir así como animarles y reforzarles en la nueva dinámica familiar, con el fin de mantener los logros. Además, dado que en las sesiones anteriores los padres dejaron de registrar algunas conductas desadaptativas, por considerarlas ahora normales, se les recordó la importancia de no “relajarse” de esta nueva línea y comenzar a ceder ante las conductas de Sergio.

Sesión 14 y 15: Habilidades sociales

Tal y como se ha visto en la formulación del caso, parece que Sergio nunca ha contado con las habilidades necesarias para dirigirse adecuadamente a los demás, sobre todo con los adultos. Por este motivo, se decidió incluir un módulo de habilidades sociales donde poder implementar algunas estrategias que le permitieran lograr sus objetivos sin perjudicar a los demás. En el “mapa del tesoro” se trabajó este módulo como una continuación del entrenamiento en solución de problemas. En primer lugar se trabajó el cuento de la liebre y la tortuga para ejemplificar cómo se sentía cada uno de los personajes. Posteriormente, se comentaron otras posibles formas de dirigirse a los demás para no hacerles sentir mal. De esta manera, se valoraron las consecuencias de las diferentes propuestas de actuación en situaciones de la vida real a través del role-playing.

Sesión 16: Cierre

En esta sesión se presentaron nuevamente los resultados obtenidos hasta la fecha a partir de los autorregistros, resaltando el esfuerzo que habían hecho los padres para conseguir esos datos. Además, se realizó un recorrido por todas las técnicas aplicadas a lo largo del tratamiento, observando las diferentes actuaciones que habían tenido los padres antes y después del mismo, con el fin de mantener los logros. También se aprovechó para trabajar la autoestima del niño, pidiendo a los padres que escribieran una carta sobre las cualidades positivas de Sergio, que se leyeron en sesión.

✚ *Sesión 17, 18 y 19: Sesiones de seguimiento*

Las sesiones de seguimiento se realizaron a los 15 días y al mes de finalizar el tratamiento. En ellas se revisaron los autorregistros semanales y se comentaron las dificultades planteadas por los padres ante situaciones concretas. Finalmente, la sesión 19 se planificó para los seis meses, por lo que aún no ha tenido lugar, pero el objetivo nuevamente es repasar los autorregistros, reforzar la utilización de las técnicas aprendidas y revisar las dificultades surgidas durante este periodo de tiempo.

En las Tablas 10 y 11 se especifica el número de sesiones de cada módulo así como los objetivos de intervención planteados en el caso de Sergio y en el caso de los padres, respectivamente.

Tabla 10:

Diseño de la intervención en el entrenamiento con Sergio

MÓDULOS	DURACIÓN	SESIONES	OBJETIVOS
Psicoeducación y toma de conciencia del problema	50 min.	1	Aumentar la conciencia del problema y dotarle de las herramientas necesarias para que sepa identificar sus emociones, sus actuaciones y sus consecuencias.
Entrenamiento en técnicas de relajación y autocontrol.	50 min.	2	Fomentar en Sergio estrategias alternativas con el fin de reducir las reacciones de enfado e ira.
Entrenamiento en técnicas de solución de problemas.	50 min.	2	Favorecer un pensamiento más reflexivo en Sergio, de tal manera que sea capaz de sopesar y asumir las consecuencias de sus acciones.
Entrenamiento en habilidades sociales	50 min.	2	Aprender a solicitar la atención de los mayores de forma adecuada y fomentar hacia los demás sentimientos positivos como la empatía.

Tabla 11

Diseño de la intervención en el entrenamiento a padres

MÓDULOS	DURACIÓN	SESIONES	OBJETIVOS
Psicoeducación	50 min.	1	Conocer las causas del comportamiento de Sergio y ver qué factores lo están manteniendo. Mejorar la visión que tienen los padres sobre el menor.
Manejo de los antecedentes: las órdenes eficaces	50 min.	1	Entrenar en órdenes eficaces y control de los antecedentes. Establecer horarios para el juego y la comida con el fin de favorecer la obediencia.
Manejo de los consecuentes I: el refuerzo positivo, el refuerzo negativo y la extinción.	50 min.	1.5	Fortalecer la autoestima del niño, reducir las conductas disruptivas y facilitar las conductas adecuadas a partir del refuerzo y el manejo de la atención.
Manejo de los consecuentes II: los castigos.	50 min.	1.5	Dar a conocer los diferentes tipos de castigos (positivo y negativo) así como la eficacia de cada uno de ellos, con el fin de implementarlos en los casos en los que sea necesario.
Manejo de los consecuentes III: Economía de fichas	50 min. (cada una)	2	Diseñar un programa de economía de fichas para seguir reforzando las conductas adaptativas.
Manejo de las situaciones en público y prevención de recaídas.	50 min	1	Fortalecer el aprendizaje adquirido durante el entrenamiento a padres y ponerlo en práctica en situaciones reales e hipotéticas.
Cierre y Seguimiento	50 min. (cada una)	3	Analizar los posibles problemas que no hayan sido capaces de resolver por sí mismos y favorecer el sobre-aprendizaje.

- **Resultados**

Tras la aplicación del tratamiento se realizó una comparativa de los resultados obtenidos en la evaluación (*fase pre*) con los resultados de la sesión 18 (última sesión de seguimiento hasta la fecha, *fase post*), con el fin de conocer el alcance de la intervención. Igualmente, se pidió un nuevo permiso a los padres para evaluar nuevamente la actuación de Sergio en el colegio.

En la Tabla 12 se muestra la comparación entre los objetivos planteados, la fase pre y la fase post para las distintas escalas y cuestionarios utilizados. Como se puede observar, el factor *problemas de conducta* para la escala de Connors logró alcanzar su objetivo. En cuanto a los cuestionarios de situaciones en el hogar sólo se han señalado como “conductas disruptivas” cuando juega con otros niños y cuando hay visitas en casa, con una intensidad media de 3. Por otro lado, a pesar no haber realizado una intervención a nivel escolar, la puntuación en la escala de *problemas de conducta* del test EDAH y las puntuaciones en el cuestionario de situaciones de la escuela también se han reducido notablemente.

Tabla 12:

Valoración de los resultados obtenidos durante la intervención

<i>Escala</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Valoración</i>
Connors	21	10	13	Conseguido
EDAH	16	11	No establecido	
C. Hogar	F=8/ I=8.5	F=2/I=3	F<3/ I< 4	Conseguido
C. Escuela	F=5 /I= 8	F=3 / I= 4	No establecido	

En las Figuras 4 y 5 se muestra la evolución de la frecuencia y la intensidad de las conductas disruptivas, respectivamente. Como se puede observar, al inicio de la intervención ya empezaron a aparecer los primeros cambios en la conducta de Sergio y en la percepción de gravedad que los padres tenían al respecto. Por otro lado, en las sesiones 5-6 se produjo un aumento de las conductas disruptivas, llegando a superar incluso la línea base. Esto ocurrió a partir de la aplicación de la extinción, lo cual se controló muy bien, ya que se había trabajado previamente en consulta la posibilidad de que esto sucediera. Igualmente, en las sesiones 11 y 12 no se observaron cambios

significativos. Esto es, como consecuencia del desvanecimiento de la economía de fichas se produjo una pequeña resistencia que se controló adecuadamente. Una vez pasado este periodo crítico, los cambios empezaron a darse de forma significativa, terminando la sesión 18 con una frecuencia semanal de 2 conductas disruptivas, que son gritar y molestar. Por su parte, la intensidad se redujo a 1.

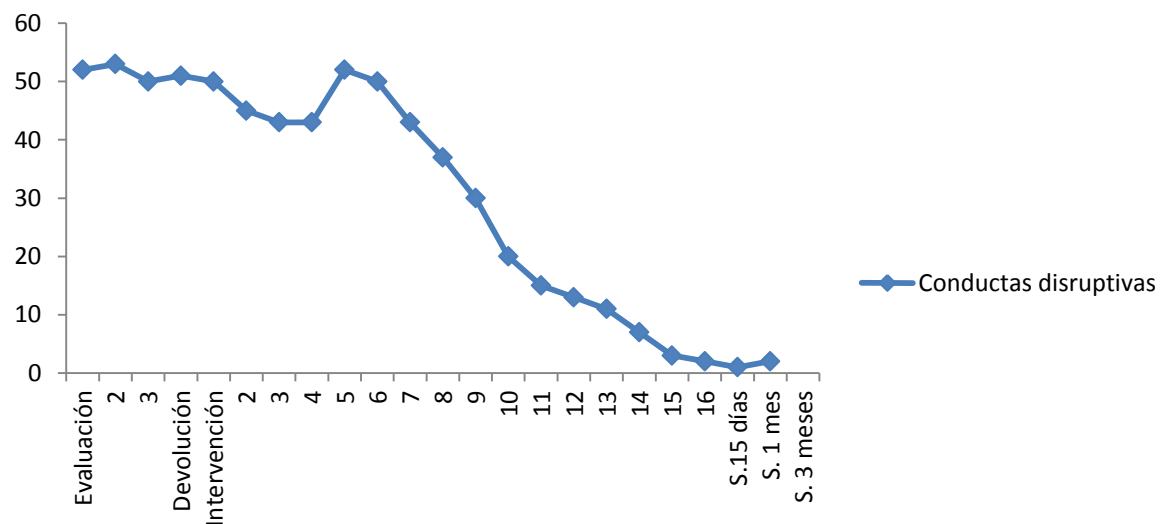


Figura 4: Evolución de la frecuencia de las conductas disruptivas

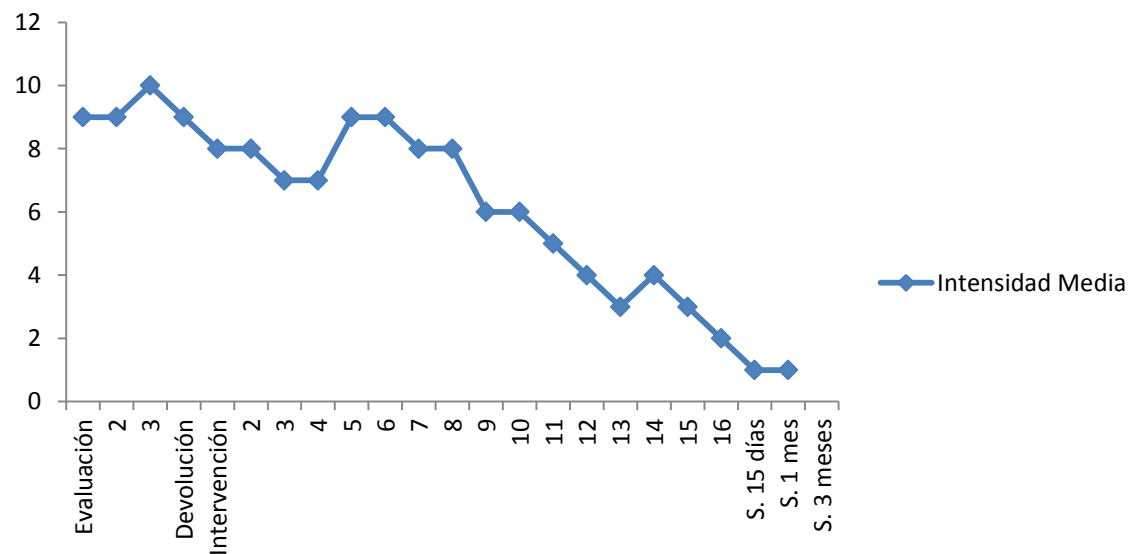


Figura 5: Evolución de la intensidad del malestar de las conductas disruptivas

En un análisis más detallado sobre las conductas que con más frecuencia se daban (véase Figura 6), se puede observar que la principal demanda de los padres se centraba fundamentalmente en la actitud desafiante y el lenguaje burlón que estaba empezando a utilizar Sergio de forma diaria para dirigirse a los mayores (con una frecuencia de 20 veces por semana). En cambio, tras la aplicación del tratamiento, los resultados obtenidos en la sesión 18 muestran que esta frecuencia se consiguió reducir a cero. Además, no se dieron problemas ni a la hora de vestirse ni a la hora de las comidas. Aun así, se mantienen algunos gritos y peleas con la prima, que los padres consideran dentro de la normalidad (discutir por algún juguete, con una duración de menos de 5 minutos, por ejemplo).

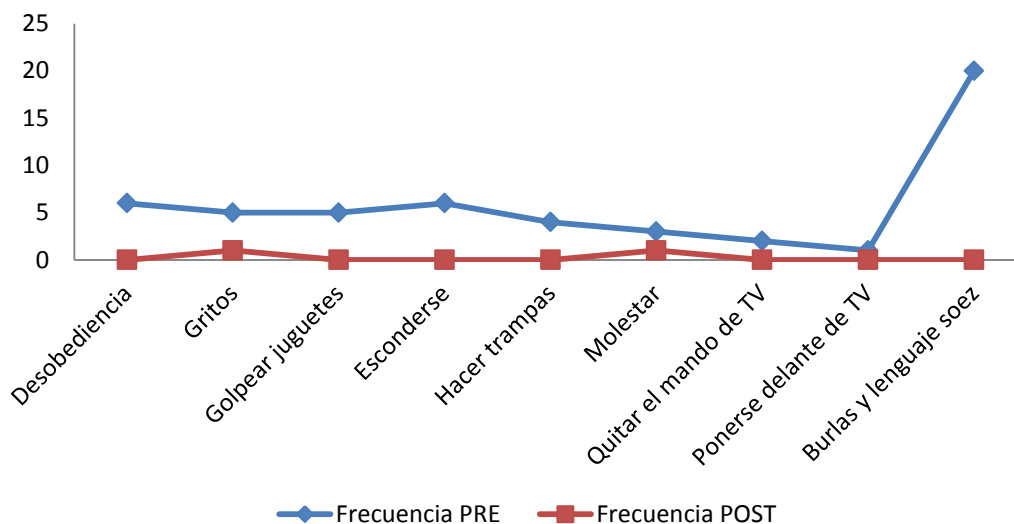


Figura 6: Frecuencia PRE-POST de las conductas disruptivas

Por su parte, en la Figura 7 se muestra el malestar que provocaban las conductas más inadecuadas de Sergio en la fase de evaluación; y la intensidad de las mismas después de la fase de intervención (sesión 18). Por ejemplo, aunque no ocurría con excesiva frecuencia, las peleas que se generaban a partir de la televisión o con su prima, eran de una intensidad bastante elevada (9-10). Tras la aplicación del tratamiento, esta intensidad disminuyó considerablemente.

Por otro lado, en cuanto al juego independiente, a lo largo del proceso de intervención se consiguió aumentar el tiempo de cero a 20 minutos, por lo que el objetivo no ha llegado a cumplirse.

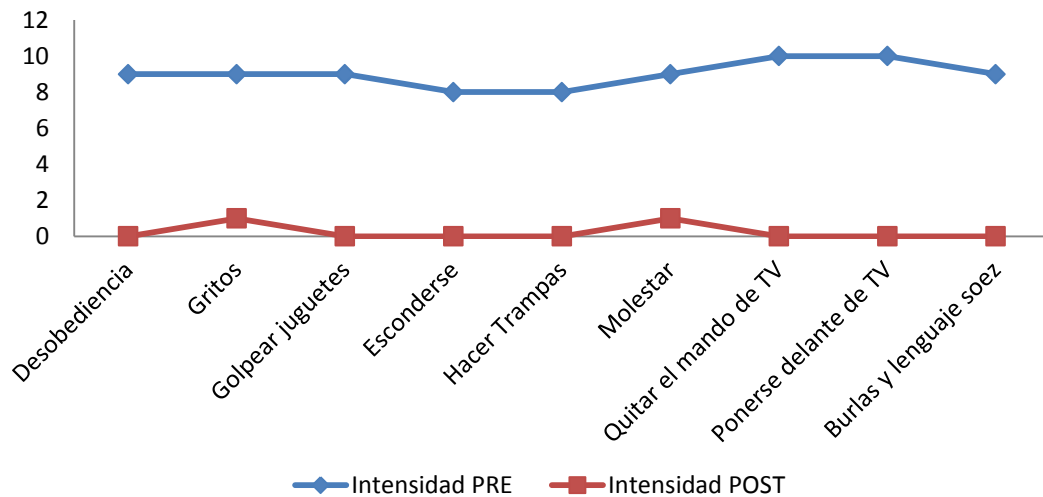


Figura 7: Intensidad PRE-POST de las conductas disruptivas

Finalmente, en relación a las conductas prosociales, los padres aseguran que antes de la intervención Sergio era un niño generalmente cariñoso que realizaba dibujos y regalos a sus abuelos, a su prima y a ellos mismos de vez en cuando. A día de hoy esta frecuencia ha aumentado y también ayuda a resolver pequeños problemas de la casa (decidir el color de las paredes a la hora de pintar) o toma la iniciativa para las tareas domésticas. Gracias a los registros del sistema de economía de fichas se pudo ver cómo estas conductas inicialmente no superaban una frecuencia semanal de 6; mientras que al final de la intervención, la frecuencia ascendía a 46. Puede verse un resumen más detallado de esta comparación pre-post en la Figura 8.

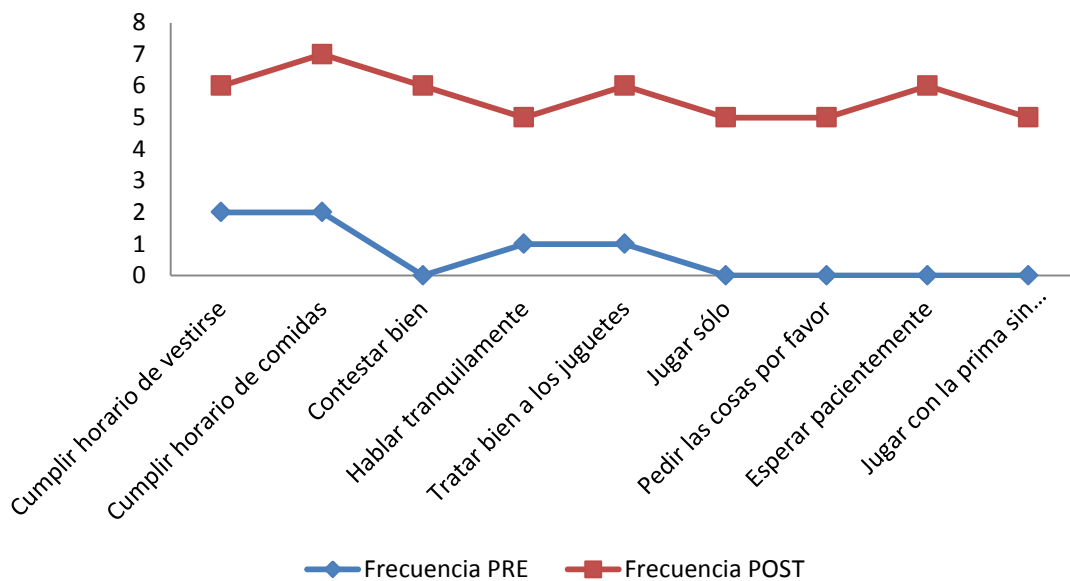


Figura 8: Frecuencia PRE-POST de las conductas prosociales

3. Discusión

Una vez presentado el caso, se puede decir que los resultados obtenidos muestran una vez más que la intervención cognitivo-conductual basada en el entrenamiento a padres y el trabajo con el menor, resulta eficaz para mejorar el comportamiento negativista desafiante, a expensas de conocer los datos registrados tras los tres meses de finalizar el tratamiento.

La valoración de los resultados obtenidos es bastante satisfactoria. Además de cumplirse los objetivos propuestos para los cuestionarios y la frecuencia e intensidad de las conductas disruptivas (véase Tabla 12), también se ha logrado reducir a cero los conflictos a la hora de las comidas y de vestirse, así como el lenguaje soez que Sergio presentaba al inicio del tratamiento. Igualmente, la visión que los padres tenían de su hijo ahora es más positiva, lo cual también ha repercutido favorablemente en la relación de pareja y en la autoestima del niño. Por último, se ha conseguido incrementar considerablemente el número de conductas prosociales. El único objetivo que no ha llegado a cumplirse ha sido el tiempo que Sergio debía jugar sólo, alcanzando 20 de los 30 minutos establecidos. Finalmente, cabe mencionar la diferencia en las puntuaciones pre-post de la evaluación en el colegio. A pesar de no haber hecho intervención en este ámbito, los resultados se han generalizado, lo cual demuestra la eficacia de la terapia.

Además de los objetivos alcanzados en consulta, la manera de garantizar la generalización del aprendizaje y el mantenimiento de los logros a medio y largo plazo es integrando el entrenamiento de los padres y del menor. En este caso, la psicoeducación y la comprensión del comportamiento disfuncional del niño permitieron mejorar la visión que los padres tenían de Sergio, pudiendo ver los aspectos positivos. Desde esta nueva perspectiva, los padres empezaron a comprender la dinámica en la que se movían y a observar cómo influían ellos mismos en su comportamiento, lo cual facilitó enormemente la intervención. Además, también empezaron a ver algunas rabietas como una parte normal de su conducta. Una vez logrado esto, el refuerzo de conductas positivas o sus aproximaciones vino solo, lo cual provocó una mejora del comportamiento y un aumento de las conductas prosociales. Esta mejoría fue aprovechada en sesión para dar a conocer la importancia del modelado y del aprendizaje social.

Otra de las variables a mencionar como facilitadoras de la eficacia es que el trabajo realizado, tanto con los padres como con el menor, ha sido lo más ajustado posible a las situaciones reales de conflicto. Esto es, el ensayo y el entrenamiento en sesión de las dificultades que se podrían encontrar en el escenario natural permitieron generalizar el aprendizaje de la consulta a la vida real, mejorando y manteniendo los resultados a lo largo de las 18 sesiones. Además, esto no sólo se produjo en el ámbito familiar, sino que se ha extrapolado al escolar. Igualmente, dado el carácter competitivo de Sergio, la economía de fichas resultó muy útil, de tal manera que la administración inmediata, constante y persistente de los consecuentes (ya sean refuerzos o castigos) por parte de los padres hicieron que el aprendizaje del niño fuera mucho más rápido.

Otro aspecto fundamental que permitió el fortalecimiento de los aprendizajes y el mantenimiento de los logros hasta la fecha fue el feedback que se les daba (en forma de gráficos como los presentados anteriormente), tanto a los padres como al niño sobre la evolución de las conductas disruptivas (en frecuencia, duración e intensidad); así como la comparación de las estrategias que utilizaban antes y después del tratamiento. Igualmente, en las fases de seguimiento se hizo especial hincapié en no desfallecer de esta nueva dinámica de relación, poniendo especial cuidado en no volver a los patrones anteriores de atender sólo a las conductas inadecuadas como forma de prevención de recaídas.

En cuanto al aspecto ético, este trabajo se ha seguido en base a la deontología de la profesión, cumpliendo aspectos como el consentimiento informado para el trabajo con el menor, la confidencialidad con el mismo y el permiso de los padres para contactar con el colegio.

Sin embargo, este estudio también cuenta con algunas limitaciones. En primer lugar, los datos de los resultados pueden estar sesgados, ya que, a raíz de la intervención, algunas conductas disruptivas fruto de la convivencia no se consideraron problemáticas, por lo que no quedaron registradas en la ficha semanal. Asimismo, en la actualidad no se cuenta con los datos de la última fase de seguimiento (3 meses), por lo que no se puede afirmar la existencia de una eficacia del tratamiento a largo plazo. Igualmente, la imposibilidad de contar con la participación del colegio impide generalizar de forma más productiva los aprendizajes llevados a cabo. Teniendo todo esto en cuenta, el resultado puede ser una posible recaída. Aun así, a pesar de alentar a

los padres, los resultados obtenidos fueron tan bien acogidos que cada vez estaban más convencidos de que la intervención con el profesor no era necesaria. Finalmente, el alcance de este estudio no va más allá de la mera puesta en práctica de técnicas cognitivo-conductuales para demostrar su eficacia en un caso con unas características determinadas.

A modo de conclusión, se puede observar que gran parte de la intervención planteada va destinada a mejorar las interacciones recíprocas entre padres e hijos, lo cual concuerda con el modelo ecológico de Frías-Armenta (2003) (en Díaz, 2012). La formulación clínica de este caso indica que es fundamental que los padres actúen como modelo, fomentando estilos comunicativos asertivos y fijando la atención en las respuestas positivas, con el fin de potenciarlas y desvanecer o extinguir las negativas. En este punto hay que tener especial cuidado para no caer en el error de inculcar valores a los padres, lo cual podría generar rechazo hacia la intervención. Por su parte, en el caso del niño, es preciso que aprenda a discriminar estos estilos de interacción y sea capaz de adaptarse a ellos a través de la identificación, el autocontrol, las habilidades en solución de problemas y las habilidades sociales. Parece claro que si no se hubieran llevado a cabo estas dos intervenciones (con los padres y con el niño), no se hubieran podido hallar unos resultados tan positivos. Además, estos datos encajan con otras investigaciones (Moreno y Meneres, 2011; Robles y Romero; 2011). De esta manera, una futura investigación podría basarse en la idea de que los estilos educativos basados en la exigencia y en la receptividad parece la mejor forma de prevenir trastornos o consecuencias más graves, como el trastorno disocial. Una primera hipótesis sería que la mera aplicación de talleres para padres y profesores donde se trabajen todas estas habilidades y estrategias, podrían llegar a reducir el número de casos de violencia y agresividad infantil y adolescente. Asimismo, la prevención secundaria se reservaría para aquellos casos más complicados en los que existe una influencia notoria de los factores de riesgo. A pesar de suponer una eficacia alta en lo que a prevención se refiere, el coste económico y de tiempo (eficiencia) pueden suponer un impedimento para esta línea de investigación.

Ahora bien, las interacciones familiares se han descrito en la literatura como uno de los factores más importantes para determinar la existencia o no de un problema o trastorno (Rey-Anacona, 2010; Díaz y Díaz, 2012). Sin embargo, quien recibe el diagnóstico clínico es el niño. Esto, visto así, parece bastante incongruente. No tiene

sentido que se “clasifique” a un menor cuando la “solución” a su problema no está en él, al menos en parte. De ahí la importancia de ser cautelosos a la hora de realizar un diagnóstico. Harwood (2009) realiza una crítica a los trastornos de conducta apoyándose, entre otras cosas, en las diferencias significativas que existen en las distintas versiones del DSM. De esta manera, el diagnóstico clínico no debe entenderse como una categoría estable e inamovible, sino que se describe y se rediseña en función de las necesidades y características de un momento sociocultural concreto (Wicks-Nelson e Israel, 2000). Por ello, en mi opinión, su uso resulta útil en determinados contextos como la investigación o la comunicación interprofesional, sin embargo, de cara a la práctica clínica puede generar un malestar añadido al problema de la persona, de forma innecesaria.

En cuanto a los factores relacionados con el terapeuta, a modo de autocrítica o autoconocimiento, me gustaría resaltar el trabajo tan gratificante que supone ayudar a una persona que confía en tus capacidades y habilidades para resolver conjuntamente su problema. Al principio sentía inseguridad, ya que se trataba de unos padres que venían a pedir ayuda sobre su hijo. Teniendo en cuenta la diferencia de edad y que yo no tengo hijos, pensé que no podrían llegar a confiar en mí para ayudarles. Sin embargo, una vez trabajado esto por mi parte, junto con una gran dedicación teórica y práctica sobre el caso, conseguimos sacarlo adelante con unos resultados bastante satisfactorios. Otra de las dificultades encontradas fue hacer hincapié en la importancia de los autorregistros, de tal forma que alguna vez tuvimos que rellenarlos en sesión porque no se acordaron de hacerlo (sesión 4). En este caso, es importante no juzgar a los padres o pensar que no se implican lo suficiente, ya que esto no beneficia en absoluto a la alianza terapéutica ni a la intervención en general. Explicar detalladamente la función de estos instrumentos de evaluación fue vital para la motivación. Por otro lado, el trabajo con la extinción también resultó bastante complicado, pero fue fundamental para reducir principalmente el lenguaje desafiante del niño. Sin embargo, después de explicar varias veces la función que estaba cumpliendo en ese caso la conducta de Sergio, fue cuando la madre empezó a utilizar de forma deliberada esta estrategia, haciendo especial hincapié en la constancia. Finalmente, el trabajo con los niños es algo diferentes que con los padres o adultos en general. De esta manera, cuando iba a trabajar con Sergio tenía que prepararme diversas actividades lúdicas para hacer en sesión, con el fin de mantener su atención y fortalecer la alianza terapéutica. Además, la presentación y enseñanza de las

técnicas y estrategias, además de pedagógicas, también deben ser muy vistosas para fomentar la participación de los menores. En este sentido, las habilidades terapéuticas son muy importantes en el trabajo con los niños (Fernández-Zúñiga, 2014).

Como conclusión final, es fundamental en la práctica clínica contar no sólo con los conocimientos necesarios sobre técnicas de intervención, sino también ser capaces de llegar a conocer cuál es el problema real que se está planteando, a través de una buena evaluación y el análisis funcional. Igualmente, el establecimiento de una buena alianza terapéutica basada en la confianza y la sinceridad permite un trabajo mucho más enriquecedor y productivo. Por último, la valoración de la intervención no sólo nos permite ver el alcance de la misma, sino que también nos da un feedback sobre nuestro propio trabajo y sobre la valía de las técnicas empleadas, lo cual nos permite seguir creciendo como profesionales y como ciencia.

Referencias:

- Achenbach, T. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and revised Child Behavior Profile*. University of Vermont. Burlington: Ed. Department of Psychiatry.
- Amador, J. A.; Idiazábal, M. A.; Sangorrín J., Espadaler, J. M.; y Forns i Santana, M. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 14 (2), 350-356.
- Aláez-Fernández, M.; Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*. 12 (4), 525-532.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado (DSM-IV-TR): Barcelona: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. Nueva York: Guilford.
- Bragado, C.; Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*. 11 (4), 939-956.
- Bragado, C.; Carrasco, I.; Sánchez Bernardos, M. L.; Bersame, R. M.; Loriga, A. y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Revista Clínica y Salud*. 6 (1), 67-82.
- Calero, A. y Rodríguez-Carvajal R. (2014). *Análisis funcional. Evaluación, diagnóstico e intervención psicológica en adultos*. Apuntes de clase, Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Carrasco, I. (2014). *Depresión en la infancia y la adolescencia. Evaluación, diagnóstico e intervención psicológica en niños y adolescentes*. Apuntes de clase. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

- CEDE (2012). *Introducción y Trastornos globales. Psicología Clínica Infantil*. Manual CEDE de Preparación al PIR.
- Conners, C.K. (1989). *Conners' Rating Scales*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- CPA. (s/f). *Historia clínica para niños*. Recuperado el 21 de noviembre de 2016 de http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/historia_biografica_ninos.pdf
- De la Barra, M. F. (2009). Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents: Prevalence studies. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 47 (9), 303-314.
- del Barrio, V. y Cerezo, A. (1990). CBCL-Achenbach. Escala de Problemas Infantiles en Población Española. Varones de 6-11 años. *Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Valencia
- Díaz, M. A. (2012). Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En Comeche, M. I y Vallejo, M. A. (Eds.) *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia* (pp. 503-557). Ed. Dykinson.
- Díaz, M. I. y Díaz, M. A. (2012). Problemas cotidianos del comportamiento infantil. En Comeche, M. I y Vallejo, M. A. (Eds.) *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia* (pp. 459-502). Ed. Dykinson.
- Emberley, E. y Pelegrina, M. (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema*. Vol. 23 (2), 215-220.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Síntesis.
- Farré, A. y Narbona, J. (2003). *EDAH: Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Manual*. (5ª ed.). Tea Ediciones.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudios de casos*. Editorial Pirámides.
- Fernández-Zúñiga, A. (2014). *Habilidades del terapeuta en niños y adolescentes*. Ediciones Pirámide.

- Ferro, R.; Vives, C. y Ascanio, L. (2009). Novedades en el tratamiento conductual de niños y adolescentes. *Clínica y Salud*. 20 (2), 119-130.
- Ferro, R.; Vives, C. y Ascanio, L. (2010). Aplicación de la terapia de interacción padres-hijos en un caso de trastorno negativista desafiante. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*. 15 (3) 205-214.
- Fonseca-Parra, L. F. y Rey-Anacona, C. A. (2013). Características neuropsicológicas de niños con trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 18 (3), 233-244.
- García-Vera, M. P.; Morán, N.; González, M. y Sanz, J. (2014). Diálogo interno y autoinstrucciones. En Ortigosa-Quiles, J. M.; Méndez, X. y Riquelme A. (Coords.) *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 251-265). Madrid: Pirámide.
- Genise, G. (2014). Psicoterapia cognitivo-conductual en un paciente con trastorno negativista desafiante. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 23 (2), 145-452.
- González-Marqués, J. (2004). *BASC: Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Harwood, V. (2009). *El diagnóstico de los niños y adolescentes problemáticos. Una crítica a los discursos sobre los trastornos de la conducta*. Ediciones Morata.
- Lemos-Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*. 24 (85), 19-28.
- López-Soler, C.; Alcántara, M. Romero, A. y Belchí, A. I. (2013). Etiología. En López-Soler, C. y Romero, A (Coords.) *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 73-98). Ediciones Pirámide.
- López-Soler, C.; Castro, M.; Alcántara, M.; Fernández V. y López-Pina J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*. 21 (3). 353-358.

- López-Soler, C.; Castro, M.; Belchí, A. I. y Romero, A. (2013). Descripción clínica: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos del comportamiento. En López-Soler, C. y Romero, A (Coords.) *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 21-33). Ediciones Pirámide.
- López-Villalobos, J. A.; Andrés-De Llano, J. M.; Rodríguez-Molinero, L.; Garrido-Redondo, M.; Sacristán-Martín, A. M.; Martínez-Rivera, M. T.; Alberola-López, S. y Sánchez-Azón, M. I. (2013). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 7 (2). 80-87.
- Luiselli, J. K. (2013). Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición. En Caballo, V. E. y Simón, M. A. (Coords.) *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp. 39-55). Ediciones Pirámide.
- Marsh, E. J. y Graham, S. A. (2006). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En Caballo, V. y Simón, M. A. (Eds.) *Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente. Trastornos Generales*. (pp. 29-58). Ediciones Pirámide.
- Martín, V.; Granero, R. y Ezpeleta, L. (2014). Comorbidity of oppositional defiant disorder and anxiety disorders in preschoolers. *Psicothema*. 26 (1), 27-32.
- Meisel, V.; Servera, M.; Cardo, E. y García-Banda, G. (2013). Prevalence of oppositional defiant disorder in a sample of Spanish schoolchildren. *Spanish Journal of psychology*., 16 (63), 1-9.
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En Olivares, J. y Méndez, F.X. (Dir.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-483). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Quiles, M.J. (1998). Técnicas de relajación y respiración. En J. Olivares y F.X. Méndez, F.X. (Dir.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 27-78). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno, I. y Meneres, S. (2011). Tratamiento de los trastornos del comportamiento. Revisión de las propuestas actuales. *Apuntes de Psicología*. 29 (2), 183-203.

- Navarro-Pardo, E.; Meléndez Moral, J. C.; Sales Galán, A. y Sancerni Beitia, M.D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*. 24 (3), 337-383.
- Ortigosa-Quiles, J. M.; Méndez, X. y Riquelme A. (2014). Técnicas de relajación muscular, respiración profunda y visualización. En Ortigosa-Quiles, J. M.; Méndez, X. y Riquelme A. (Coords.) *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 85-100). Madrid: Pirámide.
- Pastor, C. y Sevillá, J. (2014). Resolución de problemas para niños y adolescentes. En Ortigosa-Quiles, J. M.; Méndez, X. y Riquelme A. (Coords.) *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 267-288). Madrid: Pirámide.
- Pedreira, J. L. (2004). Introducción: Agresión y comportamiento en la adolescencia. *Monografías de Psiquiatría: Los trastornos del comportamiento en la adolescencia*. 1, 1-20.
- Pérez Álvarez, M. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol. III. Infancia y Adolescencia*. Ediciones Pirámide.
- Quiroga, M. P. (2009). *Psicología infantil aplicada I. Temperamento, dibujo infantil, inteligencias múltiples, suelo y emociones*. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Ramírez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*. 2 (1), 45-54.
- Reich, W. (2000). Diagnostic Interview Schedule for children and adolescent (DISC-R). *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*. 39, 59-66.
- Rey-Anacona, C. A. (2010). *Trastorno Disocial. Evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescentes*. Manual Moderno.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*. 27 (1), 86-101.

- Roca Villanueva, E. (2015). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional* (4ª rev. ed.). Valencia: ACDE Cooperación y Desarrollo.
- Sardinero, E.; Pedreira, J. y Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achembach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud: Revista de Psicología clínica y de la salud*. 8 (3), 447-480.
- Serrano, I. (2006). *El niño agresivo*. Ediciones Pirámide.
- Serrano, I. (2011). Conducta agresiva en niños y adolescentes. Características clínicas, evaluación e intervención. En González Martínez, M. T. (Coord.). *Psicología Clínica de la infancia y de la adolescencia. Aspectos clínicos, evaluación e intervención* (pp. 45-74). Ediciones Pirámide.
- Servera, M., Bornas, X. y Moreno, I. (2006). Hiperactividad Infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En Caballo, V. y Simón, M. A. (Eds.) *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales* (pp. 401-429). Madrid. Ediciones Pirámide
- Shaffer, D.; Fisher, P. Lucas, C.; Dulcan, M.K. y Schwab-Stone, M. E. (2000). Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (DISC-IV): description, differences from previous versions and reliability of some common diagnoses. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 39, 28-38.
- Sheehan, D.V.; Lecrubier, Y.; Harnett-Sheehan, K.; Amorim, P.; Janavs, J.; Weiller, E.; Hergueta, T.; Baker, R. y Dunbar, G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*. 59 (20) 22-33.
- Trepat de Ancos, E. y Ezpeleta, L. (2011). Sex differences in oppositional defiant disorder. *Psicothema*. 23 (4), 666-671.
- Tizón, J. L. (2002). Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*. 4 (13). 81-106.

- Urquiza, A. J. y Timmer, S. (2012). Parent-Child Interaction Therapy: Enhancing Parent-Child Relationships. *Psychosocial Intervention*, 21, 145-156
- Verhulst, F. C. & Koot, H. M. (1992). *Child psychiatric epidemiology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Viñas, F.; González, M.; García, Y.; Ballabriga M. C. J. y Casas, F. (2012). Comportamiento perturbador en la adolescencia y su relación con el temperamento y los estilos de afrontamiento. *Psicothema*. 24 (4) 567-572.
- Webster-Stratton, C. y Reid, M. J. (2010). Series de entrenamiento a padres, maestros y niños: Los años increíbles. Tratamiento multifacético para niños con trastornos de conducta. En Gomar, M.; Mandil, J. y Bunge, E. (Comps.) *Manual de terapia cognitiva-comportamental con niños y adolescentes* (pp. 409-432). Buenos Aires: Polemos.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (2000). *Psicopatología del niño y del adolescente*. (3ª ed.). Prentice Hall.




Anexo 1: El cuento de la tortuga.

Tortuguita es una tortuga de seis años de edad que había comenzado a ir al colegio; se le hacía muy pesado todo lo relacionado con la escuela, pues había muchas cosas que la encolerizaban y le hacían gritar y patalear, y luego se sentía mal por haberse comportado de esa manera. Sólo quería correr y jugar o pintar en su cuaderno de dibujo con lápices de colores. Nunca quería colaborar con los demás. No le gustaba recordar que no debía pegarse con los demás. Cada día cuando iba hacia la escuela se decía a sí misma que iba a intentar no tener jaleos ese día. Sin embargo, siempre enfurecía a alguno y se peleaba con él, o rompía en pedazos todos sus papeles. Luego siempre se sentía mal.

Un día se encontró con una tortuga de 200 años que quería ayudarle y le dijo: “Voy a contarte un secreto. ¿No comprender que tú llevas sobre ti la respuesta a tus problemas?”. Tortuguita no sabía de qué le estaba hablando. “¡Tu caparazón! Para eso tienes una coraza. Puedes esconderte en su interior siempre que te sientas enfadada o colérica. Cuando te encuentres en el interior de tu concha, dispondrás de un tiempo de reposos y pensarás qué debes hacer. Así pues, la próxima vez que te irrites, métete inmediatamente en tu caparazón”.

Tortuguita aplicó el método al día siguiente; algo le salió mal en la escuela y ya iba a perder el control, cuando recordó lo que le había dicho la tortuga vieja. Encogió sus brazos, piernas y cabeza y los apretó contra su cuerpo, permaneciendo quieta hasta que supo lo que necesitaba hacer. Fue delicioso para ella encontrarse tan cauta y confortable dentro de su concha, donde nadie podría importunarla. Cuando salió fuera encontró a su maestra que le miraba sonriente y le decía que estaba orgullosa de ella. Tortuguita siguió aplicando la técnica durante todo el curso y acabó sacando sus mejores notas. Todos le admiraban y se preguntaban maravillados cuál sería su secreto mágico.

Anexo 3: Sistema de economía de fichas

Conductas:	PUNTOS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Cumplir el horario de vestirse por las mañanas	1							
Cumplir el horario de las comidas y las cenas	1							
Contestar bien a mamá y a papá y a los mayores	3							
No gritar. Hablar tranquilamente	2							
Tratar bien los juguetes y demás cosas	2							
Jugar sólo en mi habitación durante 10 minutos	3							
Pedir las cosas por favor	3							
Esperar pacientemente cuando me lo pidan	2							
Jugar sin pelearme con mi prima	2							
TOTAL PUNTOS CONSEGUIDOS								



= se consiguen todas las fichas correspondientes a la conducta. En el ejemplo, se consiguen 3.



= se consiguen las fichas correspondientes a la conducta menos una. En el ejemplo, se consiguen $3-1=2$ ficha.



= no se consigue ninguna ficha. En el ejemplo, a pesar de valer 3 la conducta, se consiguen cero fichas.