

# ■ Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente

Ana Belén Rizo Ruiz

*Práctica privada*

## Resumen

Se presenta un estudio de caso único de una adolescente de 12 años con trastorno negativista desafiante. Muestra conductas disruptivas y agresivas en el ámbito familiar, escolar y en su interacción entre iguales, con manifestaciones verbales y físicas desde hace años. Se procedió a la intervención con la colaboración de la madre y del centro de estudios. Junto a la entrevista y la observación, como medidas de evaluación se utilizó un cuestionario de capacidades y dificultades y las escalas de evaluación de la conducta perturbadora (formulario para el informe de los maestros y formulario de informe para los padres). Se realizó una evaluación pretest-postest junto a una evaluación continua mediante registros de observación. La intervención está basada en la terapia cognitivo-conductual, aplicando técnicas y estrategias de afrontamiento como la reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, técnicas de autocontrol, entrenamiento en resolución de problemas, en habilidades sociales, entrenamiento en valores prosociales, entrenamiento a padres y profesores, y mediación familiar. Los resultados muestran una mejoría en su conducta y en la interacción social y familiar, denotando un mayor control de su conducta agresiva y disminuyendo el comportamiento disruptivo.

**Palabras clave:** Trastorno negativista desafiante, adolescente, terapia conductual- cognitiva, agresividad, estudio de caso.

## Abstract

A n=1 case study of a 12 years-old girl with oppositional defiant disorder is presented. The client performed disruptive and aggressive behavior at home, school, and in peer interactions with verbal and physical manifestations for the last two years. The mother of the client and teachers at high school participated in the intervention. The measures used were a skills and difficulties questionnaire and rating scales of disruptive behavior-forms (version for teachers and version for parents). We conducted a pretest-postest evaluation and a continuous evaluation with an observation register. The intervention was based on the cognitive behavioral therapy and it was composed by techniques and coping strategies such as cognitive restructuring, relaxation techniques, self-control techniques, training in problem solving, social skills, prosocial values training, training for parents and teachers, and family mediation. The results showed an improvement in her behavior and social interaction and family, suggesting a greater control aggressive behavior and decreasing disruptive behaviors.

**Keywords:** Oppositional defiant disorder, adolescent, cognitive-behavioral therapy, aggressive, case study.

El trastorno negativista desafiante (TND) implica un patrón recurrente de conducta negativista, desobediente y hostil dirigida hacia las figuras de autoridad. El DSM-5 (APA, 2013) lo agrupa en el epígrafe de los *trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta* el trastorno negativista desafiante (TND), trastorno de conducta disocial (TD), trastorno explosivo intermitente (TEI) y trastorno antisocial de la personalidad (TAP).

No resulta extraño encontrar conductas desafiantes a lo largo del ciclo evolutivo normal de cualquier niño. Sin embargo, en algunos casos esta conducta es perseverante en el tiempo y presenta una magnitud o forma que no se corresponde con lo considerado normal. Es entonces cuando podemos estar delante de un problema o trastorno clínico. La conducta de oposición puede tomar diferentes formas, desde la pasividad extrema (no obedecer sistemáticamente mostrándose pasivo o inactivo) a sus formas más activas, es decir, verbalizaciones negativas, insultos, hostilidad o resistencia física con agresividad hacia las figuras de autoridad, ya sean los propios padres, maestros o educadores.

La presencia de conducta desafiante por oposición o agresión social en niños es la más estable de las psicopatologías infantiles a lo largo del desarrollo, y constituye el elemento predictor más significativo de un amplio conjunto de riesgos académicos y sociales negativos, comparado con el resto de las otras formas de comportamiento infantil desviado (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1997).

Un alto porcentaje de las demandas recibidas en los centros clínicos y de salud, están relacionados con conductas disruptivas y perturbadoras. En un estudio publicado por Valero y Ruiz (2003), se encontró un 66.1 por ciento de casos infantiles que acudieron a un servicio público de salud mental con un diagnóstico correspondiente a algún trastorno de conducta.

No existe una teoría única de la etiología del trastorno. Parece estar influenciado por múltiples factores que se encuentran interrelacionados, pudiendo funcionar como variables que actúan como causa o como efecto. Hay claras evidencias de que el TND es moldeado y mantenido por la naturaleza de los intercambios recíprocos producidos en el ambiente del niño.

Se estima que el trastorno negativista desafiante tiene una prevalencia poblacional que varía entre el 2 y el 16%, y esta variabilidad en los datos depende de varios factores: los criterios diagnósticos empleados para el estudio, los métodos de evaluación, la fuente de información y el tipo de muestra (Burke, Loeber, Birmaher, 2002; Cardo, Meisel, Garcia-Banda, Palmer, Riutort, Bernad, y Servera, 2009).

Respecto a las diferencias según el género, el TND suele ser más frecuente en los varones que en las mujeres en edades tempranas, presentando proporciones parecidas a partir de la pubertad (Luiselli, 2002). Quizá se deban a que las niñas presentan una agresividad menos externalizada, siendo derivadas a tratamiento debido a conflictos con sus padres en una proporción mucho mayor que los niños (Marsh, 2005).

La gravedad de los problemas conductuales en niños o adolescentes con este trastorno implica la aplicación de un tratamiento amplio que abarque al niño, la familia, la escuela y la comunidad a largo plazo. El tratamiento actual de primera línea utilizado es la terapia cognitivo-conductual (Luiselli, 2002), basada en estrategias orientadas al entrenamiento a padres y profesores, y la terapia individual con el adolescente,

dotándolo de herramientas alternativas a la conducta aprendida. Un modelo práctico para entender los trastornos de conducta, lo suficientemente concreto pero lo suficientemente exhaustivo, es el modelo de Russell Barkley (Barkley, 1999), modelo práctico y riguroso para entender los trastornos de conducta y poder establecer objetivos terapéuticos.

## Descripción del caso

### Identificación del paciente

La paciente es una adolescente de 12 años de edad a la que llamaremos Rocío. Cursa 1º de E.S.O. el cual está repitiendo, en un instituto público. Pertenece a una familia desestructurada de nivel sociocultural bajo. En la actualidad vive con su madre, aunque fue criada por su abuela materna, y su padre se encuentra en situación penitenciaria, no tiene hermanos. Rocío muestra conductas relacionadas con un trastorno negativista desafiante y su conducta hostil va en aumento.

### Motivo de consulta

A raíz de un programa de prevención de violencia realizado con escolares de varios institutos durante 4 meses, de los 16 adolescentes con los que se intervino, se continuó con algunos casos haciendo una intervención más personalizada e individual, como es el de Rocío, contando con el beneplácito de su familia y la dirección del centro puesto que su actitud empeoraba y con ella su rendimiento académico. Siempre se ha negado a acudir a un profesional. Desde el centro le han ofrecido múltiples recursos pero siempre los ha rechazado. Por ello se aprovechó su actitud receptiva en esta ocasión para realizar la intervención.

Rocío se siente incomprendida y atacada constantemente, es agresiva verbalmente con profesores y familiares, con compañeros está empezando a presentar conductas agresivas físicas, en clase tiene un comportamiento disruptivo y sus compañeras son cada vez más perjudiciales. No tiene buena relación con su madre y su padre se encuentra en la cárcel. Presenta una interacción desequilibrada con el otro sexo, cambiando a menudo de pareja, en relaciones destructivas y celos, que a menudo, utiliza para enfrentarse a su madre. El odio, el rencor, la rabia e ira, están constantemente en su expresión.

### Historia del problema

Rocío siempre ha sido una niña con carácter y las complicaciones han estado presentes en su vida desde que nació. Nunca tuvo un hogar estable, a temporadas vivía con su abuela, a la cual considera su verdadera madre y que la protegía desmesuradamente. Con su madre tiene una relación totalmente enfrentada. En la actualidad viven juntas, el rencor por su sentimiento de abandono marca su relación, no le tiene respeto pero sí unos profundos celos hacia las nuevas parejas de la madre, la cual se divorció hace 6 años del padre de Rocío. A pesar de la situación penitenciaria de éste, la niña lo idolatra, y culpa a su madre de su suerte.

No sabe relacionarse con normalidad entre amistades, tiene peleas y discusiones muy intensas, pasa de una emoción a otra en un instante con sus compañeros de clase, al ser repe-

tidora, ha adoptado un rol dominante, agresivo y disruptivo, insultando, gritando y agrediendo a compañeros.

### Evaluación del caso

La estrategia de evaluación llevada a cabo fue una evaluación multifuente y multimétodo, se utilizaron entrevistas, escalas, registros, auto-registros, y técnicas de observación. Al iniciar el programa de prevención de violencia, se realizó a la niña una entrevista semi-estructurada (Achenbach y Rescorla, 2001), formada por una parte de entrevista, y otra, con el Auto-informe para Jóvenes; *Youth Self-Report* (YSR 11/18; Achenbach, y Rescorla, 2001), que forma parte del *Sistema de Evaluación de base empírica de Achenbach* (ASEBA). Cuenta con una lista de verificación para evaluar las competencias y el funcionamiento social, emocional y conductual de los niños. Una vez se consideró intervenir con ella, se entrevistó a la madre, con la que se utilizaron las *Pautas de entrevista para padres de niños con comportamiento perturbador* (Fernández-Parra y Muñoz-Manzano, 2005), y también con el tutor de la niña, utilizando la *Escala de evaluación de la conducta perturbadora, formulario para el informe de los maestros* (Barkley 1997). Se pidió a su tutor académico un informe sobre las últimas pruebas realizadas sobre nivel intelectual, rendimiento académico y trastornos de aprendizaje, para descartar otros trastornos.

En la segunda fase de evaluación hubo otra entrevista con la niña para profundizar en el problema, mediante el *Cuestionario de capacidades y dificultades* (SDQ; Goodman, 1997), un instrumento de detección de problemas comportamentales en niños/as de 3 a 16 años. Está compuesto por 25 ítems, agrupados en 5 escalas; síntomas emocionales, problemas de conducta (desobediencia y agresividad), hiperactividad, problemas con los compañeros y conducta prosocial). Estos cuestionarios se utilizaron acompañados de preguntas que ayudaron a configurar la descripción del cuadro clínico; información sobre aspectos clínicos más relevantes (Peterson, Park, y Seligman, 2004).

Figura 1. Registro de observación para la madre

Día	hora	¿Qué hace Rocío?	¿Qué haces? (Madre)	¿Cual es la reacción de Rocío	Duración de la conducta (minutos)	Intensidad de la conducta (0-10)

A la madre se le entregó un registro observacional sobre las conductas problema que debía rellenar semanalmente (Figura 1), para averiguar los tipos de conducta desadaptativos, su frecuencia, consecuencias, intensidad, duración, y personas a las que va dirigida, así como el contexto de aparición. A su vez, al tutor se le entregó un registro de conductas disruptivas en clase, en la que cada profesor debía señalar su comportamiento, y las conductas problema realizadas, midiendo las mismas variables que en el registro de la madre. Nos interesa la observación directa de los profesores ya que, en general, distintos estudios indican que los informes del profesorado son fiables y consistentes (Kelter, 2008).

El *Inventario de Conductas Disruptivas Escolares*, escala de evaluación de la conducta perturbadora (EECP); y el informe de los maestros e informe para padres (Barkley 1997) se aplicaron antes y después del tratamiento. Se decide utilizar estos inventarios ya que evalúan las variables que hipotéticamente deben cambiar después de cada etapa de tratamiento.

### Análisis topográfico y funcional

Los resultados obtenidos en los distintos instrumentos de evaluación indican que Rocío sufre un trastorno negativista desafiante. Presenta hostilidad hacia los adultos, se muestra fácilmente irritable y desafiante; violenta, física y verbalmente. El trastorno se manifiesta tanto en el ambiente familiar como en el académico, afectando en el rendimiento de este último, su relación familiar y social.

Para contabilizar y medir las conductas problema, se analizaron los registros de observación cumplimentados por la madre y los profesores, para conocer con qué frecuencia aparecían, que intensidad, y duración tenía cada una de ellas.

En la Figura 2 se muestra la frecuencia semanal de aparición de las conductas problema, recogidas tanto del ambiente escolar como del familiar antes de la intervención. Presenta excesiva violencia verbal, insultos, humillaciones y gritos, ante iguales y adultos. En clase molesta, interrumpe, grita, falta el respeto a profesores y compañeros con una frecuencia diaria (4-5 veces al día) con una duración entre 5- 10 minutos, apareciendo en clase, y en ocasiones en el recreo. Las discusiones con profesores se presentan con una frecuencia de 3- 4 veces por semana, terminando en la sala del director o castigada en la biblioteca de 1 a 3 veces por semana. No parece importarle los resultados académicos; no hace los deberes, no trabaja en clase, ni atiende y en algunos exámenes, se niega a contestar. Sus resultados académicos, a pesar de haber repetido, están muy por debajo de la media en su curso.

La relación con su madre está muy deteriorada, teniéndole poco respeto, es muy desobediente, casi constantemente llama su atención, y se ven sumergidas en peleas diariamente. Rocío se siente poco querida, y se queja del estilo educativo de su madre. En casa grita, da golpes y portazos, se enfada con facilidad, insulta a su madre y en ocasiones la empuja, con una frecuencia diaria de 2-3 veces con una duración de 5 a 30 minutos, ocurriendo con mayor frecuencia por las noches. En ocasiones, se va de casa sin avisar, tardando en volver entre 30 minutos y una hora.

Figura 2. Frecuencia semanal de aparición de conductas disruptivas pre-tratamiento

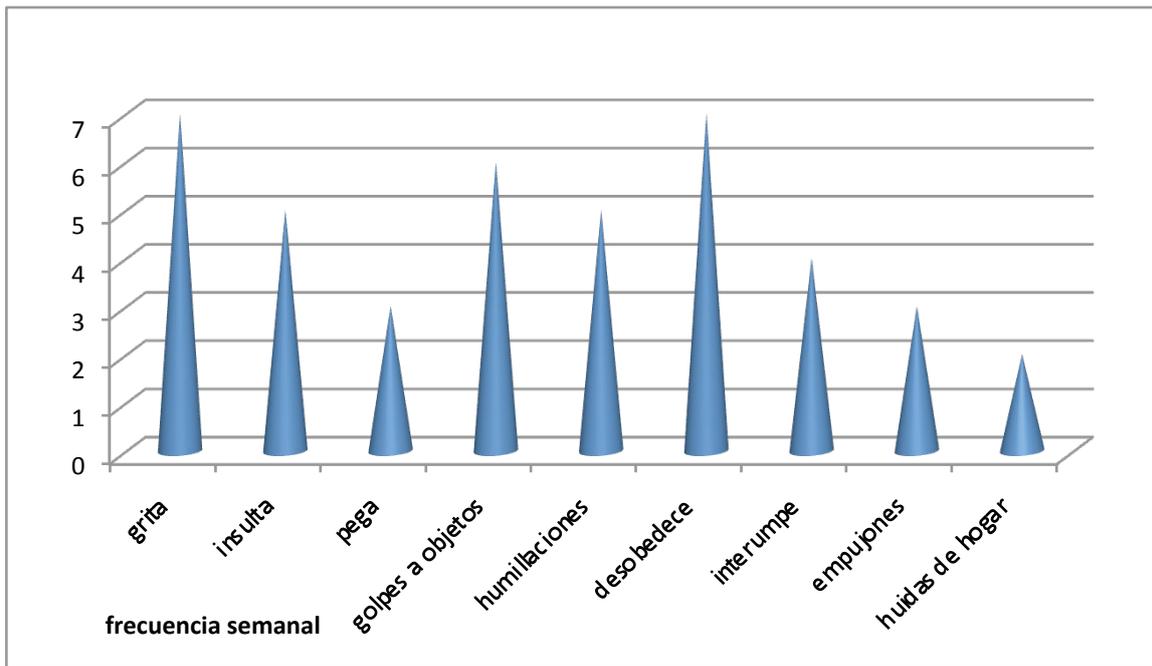


Tabla 1. Conductas disruptivas pre-tratamiento

Conducta	Frecuencia semanal	Duración/min.	Intensidad (0-10)
Grita	7	15	9
Insulta	5	10	7
Pega	3	5	6
Golpes a objetos	6	30	10
Humillaciones	5	5	5
Desobedece	7	90	6
Interrumpe	4	15	6
Empujones	3	5	4
Huidas de hogar	2	90	10

Estas conductas disruptivas, mostradas en la Tabla 1, se ven mantenidas debido a factores cognitivos y conductuales, y también debido a la influencia ambiental que refuerza constantemente este desorden. En el ambiente en el que ella socializa, es normal esta conducta, incluso necesaria para ganarse

un respeto, dice ella misma. Todas estas conductas se presentan diariamente con una frecuencia alta, siendo poco adecuadas en las situaciones en las que aparecen y con una intensidad notoriamente elevada cumpliendo los criterios establecidos por el DSM-5.

Con estas pruebas se observa cómo las conductas disruptivas no son una respuesta a una fuente de estrés reciente, sino que forma parte del repertorio de conductas de la adolescente, formando a su vez parte de las propias prácticas y valores del grupo social de iguales al que pertenece, presentando así sintomatología propia de un trastorno negativista desafiante. La ira y las ansias de venganza y castigo refuerzan estas conductas. Cuando se siente frustrada, y arranca su ira. Sus pensamientos son siempre negativos, ya que piensa que es continuamente criticada y enjuiciada. Su visión de las situaciones que vive está totalmente distorsionada, provocando un estado constante de ansiedad, insatisfacción e inadaptación.

Los cambios de vivienda y de cuidadores de la niña, con los distintos estilos educativos que ello implica, añadiendo la situación del padre, y la escasa habilidad educadora de la madre, han fomentado a la aparición de este trastorno. Las pruebas realizadas en el instituto por la niña sobre inteligencia o problemas de aprendizaje no mostraron señal alguna de anormalidad.

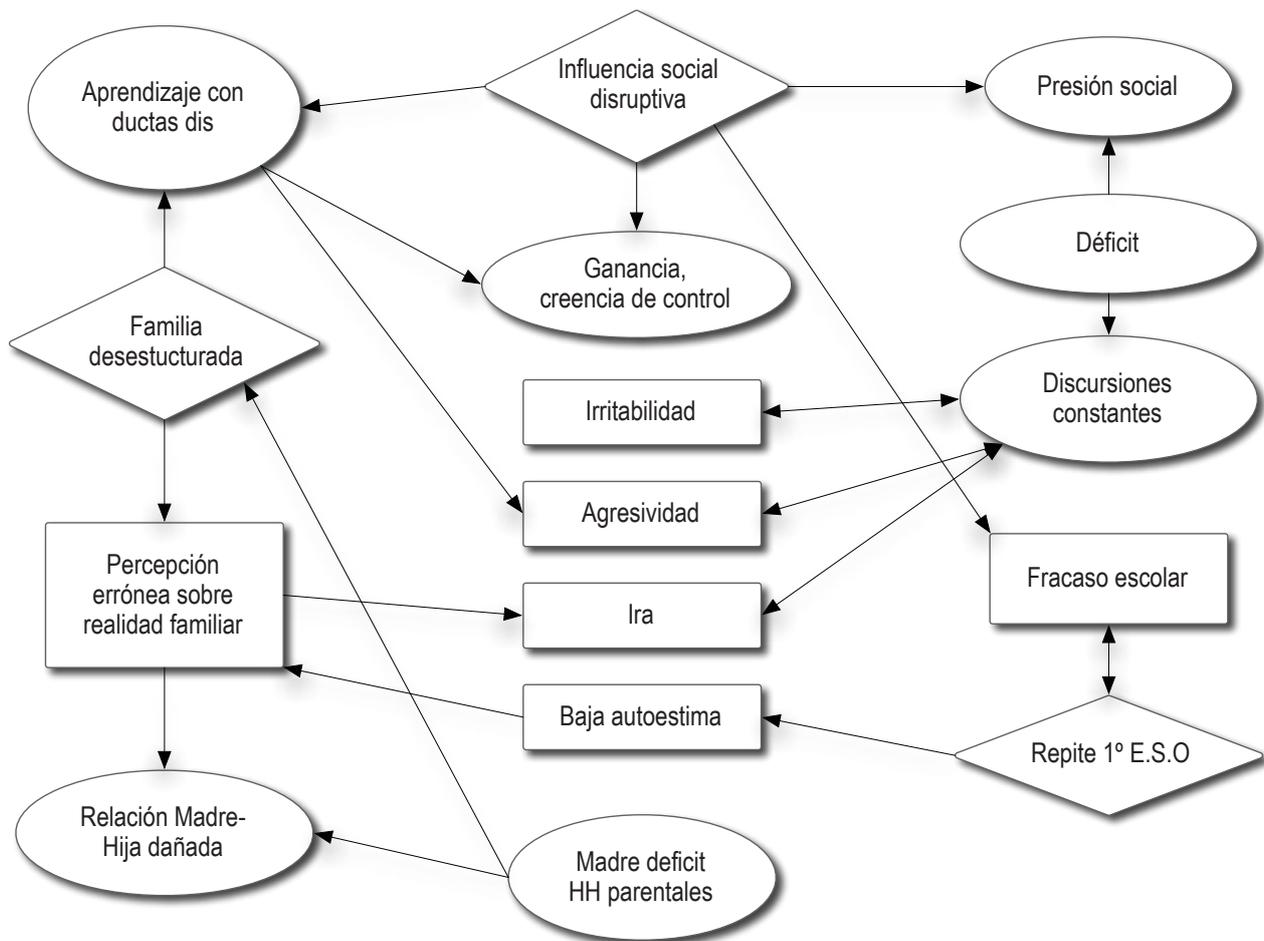
La hipótesis inicial en la que nos basamos es que con una correcta intervención cognitivo-conductual con la niña y la colaboración de la madre y profesores, conseguirá cambiar su patrón conductual, adquiriendo habilidades que le hagan comportarse de una manera más adaptada.

### Aplicación del tratamiento

Se utilizó una intervención cognitivo-conductual, combinando la terapia con el niño, y el entrenamiento a padres y profesores. En este caso ha habido que trabajar mucho la adherencia y la motivación de la adolescente ante el tratamiento, puesto que con otros profesionales se había negado a colaborar. Se trató de que Rocío no viera al terapeuta como una figura más de autoridad, mediante empatía y persuasión, evitando así actitudes de oposiciónamiento. Según un estudio realizado respecto a la tasa de abandonos terapéuticos (Moreno y Lora, 2012), el 37% de los pacientes infantiles diagnosticados previamente con trastorno hiperactivo o negativista desafiante abandonaron el tratamiento, porcentaje similar al obtenido por Kazdin y Wassell (1998).

Al inicio del tratamiento la madre y los profesores reciben una sesión de psicoeducación por separado, con el objetivo de informarlos sobre el trastorno, las pautas a seguir y el tratamiento que se llevaría a cabo. Con los profesores se aprovechó esa sesión para entrenarlos en técnicas operantes y el manejo de contingencias en el aula. De esta manera, la madre y los profesores, con el tutor como representante, actuaron como coterapeutas para la intervención con la adolescente.

Figura 3. Análisis Funcional del caso



Nota: Cuadrados: problemas de comportamiento. Círculos: variables causales modificables. Rombos: variables no modificables. En el centro aparecen las emociones ligadas al problema de la adolescente que actúan en ocasiones como causa y en otras como consecuente.

Para Kazdin y Whitley (2006) los programas de entrenamiento parental han demostrado mejorías importantes en la conducta infantil observándose también cambios en el funcionamiento familiar y la autoestima de los padres entre otros. A su vez, los programas de entrenamiento en habilidades sociales son indispensables puesto los datos nos alertan de que las consecuencias negativas, de la incompetencia social se relaciona con un variado elenco de desajustes y dificultades como son baja aceptación, rechazo, ignorancia y aislamiento, problemas emocionales y escolares, desajustes psicológicos entre otros (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, y Klein, 1989).

Después de analizar los resultados en el proceso de evaluación y la formulación clínica se plantean los objetivos plasmados en la Figura 4. El tratamiento se aplicó en 4 sesiones de

una hora con la adolescente en el propio centro de estudios en horario extraescolar, con una frecuencia semanal de dos sesiones; 4 sesiones con la madre de la misma duración, que tuvieron lugar en las 4 primeras semanas de tratamiento con la niña, y 1 con profesores y el tutor, realizándose la primera semana de tratamiento con la adolescente. El tratamiento tuvo una duración de 2 meses, debido a complicaciones en el calendario y disponibilidad, tanto de la madre como de la adolescente.

Se utilizó un diseño A-B con el fin de cuantificar y observar los cambios y la eficacia de la intervención se realizó una evaluación continua mediante los registros de observación y una evaluación Pretest-Postest con los inventarios y el cuestionario SDQ. A continuación se describen las sesiones de tratamiento organizadas por sujeto de intervención:

Figura 4. Cuadro resumen de los objetivos de intervención

Madre	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Entrenamiento en habilidades básicas parentales</li> <li>. Entrenamiento en técnicas operantes y manejo de contingencias</li> <li>. Entrenamiento en comunicación y negociación</li> <li>. Dotación de herramientas de afrontamiento de la situación</li> </ul>
Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Eliminar o reducir conductas disruptivas en clase</li> <li>. Mejorar rendimiento escolar con técnicas de estudio</li> <li>. Entrenamiento en habilidades sociales, enfatizando en asertividad como respuesta alternativa a la agresividad</li> <li>. Aumentar autocontrol</li> </ul>
Profesores	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Entrenamiento en técnicas operantes y manejo de contingencias.</li> <li>. Apoyo escolar</li> </ul>

#### Intervención con la madre de la adolescente

Sesión 1: Psicoeducación. Descripción del trastorno, explicación de análisis funcional y los principios de aprendizaje social.

Sesión 2 y 3. Entrenamiento en habilidades básicas parentales, técnicas operantes y manejo de contingencias. En el uso de la disciplina, la vigilancia, el uso adecuado de reforzadores positivos y manejo eficaz de contingencias y en técnicas de resolución de problemas para fortalecer conductas deseadas y reducir las desadaptativas. En esta sesión se pone en marcha la negociación de la economía de fichas que utilizaremos con Rocío en casa.

La economía de fichas, Figura 5, acordada en el contrato conductual, se aplicó durante dos meses.

De esta manera, si Rocío consigue a lo largo del día un mínimo de 5 reforzadores podía salir de 1,30 a 2 horas con sus amigas entre semana después de haber terminado sus tareas. Del mismo modo, si obtenía 25 puntos, podía salir con las amigas, viernes o sábado hasta la hora acordada entre madre e hija. De 30 puntos a 45 puntos semanales, podía elegir entre ropa, complementos, libros, revistas o material sobre moda y estilo, ella elige lo que prefiere cada semana. De un precio no superior a los 20 euros semanales. También podía acumular los

puntos de varias semanas para un reforzador de mayor valor.

A su vez, la madre se comprometió a cumplir las normas de convivencia, evitando peleas y solucionando los conflictos eficazmente, y a valorar los esfuerzos de Rocío, con estos reforzadores mencionados, otros de carácter afectivo y alabanzas. Desde esa misma semana, acudirán las dos juntas al gimnasio, se le recomendó para descargar la tensión vivida por ambas, y lo llevaron a cabo. Para controlar el comportamiento en clase Rocío llevaría a casa diariamente una copia del registro de comportamiento en clase completado por los profesores.

Sesión 4: Entrenamiento en técnicas de comunicación y negociación. Se le entrega a la madre un recordatorio de apoyo para padres sobre las normas en el entorno familiar. Ya que la madre estaba desbordada con el problema, se le facilitaron técnicas de relajación, y autoinstrucciones de afrontamiento. Se la entrenó para que viera y reforzara las conductas positivas para mantenerlas. Las familias monoparentales serían las que incluyen mayor violencia ascendente, de hijo a padre, siendo la madre la mayor receptora de actos violentos, 41.5% (Pereira y Bertino, 2009). La madre cumplimentó semanalmente, con algunas excepciones, un registro sobre las conductas problema de la adolescente en casa. Además se mantenía contacto vía email, por el cual, se enviaba una copia del registro y se informaba de cualquier problema o incidencia.

Figura 5. Economía de Fichas

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Hace los deberes. 1 punto					
Estudia 1,30h. 1-2 puntos					
Ayuda en casa (poner la mesa, hacer su cama, fregar día sí, día no) 1-2 puntos					
Se comporta bien en casa (Obedece, no grita, no insulta, no portazos). 1-2 puntos					
Se comporta bien en clase (No molesta a profesores o compañeros, no grita, no insulta) 1-2 puntos					
Total:					

### Intervención con los profesores

Sesión 1: Psicoeducación y entrenamiento en manejo de contingencias. En ella se describe el trastorno, factores implicados, y los principios de aprendizaje social. Con el entrenamiento se busca reducir las conductas problema y el incremento de las adaptativas en el aula. Con el tutor académico, como representante del profesorado de Rocío, también se mantuvo contacto semanalmente, para ver su evolución. Los profesores contaban con una tarjeta de informe diario de la conducta en clase.

### Intervención con la adolescente

Sesión 1: Psicoeducación: el objetivo principal, hacerle consciente del problema, explicación del análisis funcional, la importancia del tratamiento y la metodología de trabajo.

Sesión 2 y 3; Entrenamiento en autocontrol. Detección del pensamiento, autoinstrucciones y control de la ira. Consiste en modificar el diálogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento (Meichenbaum, 1977). Se trabajaron las técnicas en sesión, de una manera dinámica y participativa, en la que la niña practicó los ejercicios para poder incorporarlos en su vida diaria de manera automática. Las actividades de control de la ira fueron las más costosas puesto que su respuesta agresiva estaba muy arraigada.

En esta sesión se entrega un autoregistro de situaciones conflictivas, en la que ella misma deberá analizar su pensamiento, emoción y comportamiento. Este sería analizado semanalmente.

Sesión 4 y 5; Entrenamiento en relajación y técnicas de estudio. Se le enseñó y se puso en práctica la relajación progresiva de Jacobson. A partir de este día, los últimos 10 minutos de cada sesión se reservaron para la relajación hasta la última sesión. También se le entrenó en hábitos de estudio y estrategias de aprendizaje para mejorar su motivación y eficacia en los estudios, así como a organizarse. Debería apuntar todos los días las tareas en la agenda.

Sesión 6 y 7; Entrenamiento en valores prosociales y reestructuración cognitiva. Con el fin de cambiar actitudes y creencias que justifican la conducta antisocial, acerca del mundo que le rodea y su forma de responder ante él, se utilizó la reestructuración cognitiva. Por ejemplo, ella consideraba que al mostrarse con una conducta agresiva iba a ser respetada y valorada por su grupo de iguales, mediante discusión cognitiva, la niña analizó otras formas de sentirse valorada y respetada, con la que además se sentiría aceptada y querida, puesto que su conducta animaría a un acercamiento positivo.

Sesión 8, 9 y 10: Entrenamiento en habilidades sociales. Enfatizando en asertividad, comunicación efectiva, y correcto afrontamiento a las críticas. Para llevar a cabo este tratamiento se utilizaron técnicas y actividades de varios programas, para obtener un resultado adaptado a su edad y necesidades, obteniendo

un programa dinámico, y muy práctico, en el que en ocasiones, se utilizó a otros compañeros para realizar role playing.

Sesión 11 y 12: Entrenamiento en Resolución de problemas. Se utilizó un Entrenamiento Cognitivo en Solución de Problemas Interpersonales (González, y Pelechano, 1996) en el que, mediante situaciones hipotéticas, se debía buscar soluciones alternativas, hacer una valoración y poner en marcha la más eficaz. Mediante role playing se practicó con otros compañeros del programa de prevención de violencia, utilizando la lluvia de ideas y la consecución grupal de la respuesta con ganancia de fichas refuerzo. D'Zurilla y Nezu (2007).

Sesión 13 y 14: Mediación familiar. Con el objetivo de Mejorar la Interacción entre madre e hija, trabajando el vínculo afectivo y solucionando las creencias irracionales de Rocío acerca de su madre.

A fin de que Rocío extrapolara los nuevos conocimientos a su vida diaria, y, ya que es complicado que lo realice por iniciativa propia, están incluidos en la economía de fichas, por lo que recibe reforzamiento positivo cada vez que pone en práctica las técnicas aprendidas en sesión. Durante los 3 meses siguientes se mantuvo una sesión mensual de una hora, para mantener la mejoría clínica, ver la adhesión al tratamiento, problemas o dudas surgidas, el cumplimiento de las normas establecidas, y ejecución de nuevas habilidades, y se mantuvo el contacto vía email o telefónica con la madre y el centro de estudios.

## Resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos tras la aplicación del tratamiento, haciendo una comparativa global pre-test, post-test y con los registros de observación. El inventario muestra en el pre-test una continua agitación en el aula, y la no realización de tareas en clase siendo su conducta agresiva y disruptiva. Una vez aplicado el tratamiento, con el inventario post-test vemos que sigue costándole fijar la atención y ponerse a hacer las tareas de clase, en ocasiones olvida hacer los deberes, aunque ha disminuido notablemente la frecuencia, también, dependiendo de la asignatura. Continúa hablando en exceso en clase, y su comportamiento en el recreo con su grupo de amistades sigue siendo disruptivo.

En cuanto a su comportamiento agresivo, ha disminuido aunque no deja de discutir con profesores o culpar a otros de su comportamiento. Notan un gran cambio en su actitud, ya no se muestra rencorosa y hostil. En la puntuación Pre-test todos los ítems marcaban la puntuación más alta, y en post-test se encuentran en las posiciones de intermedio a baja frecuencia de aparición.

En el caso de la valoración de la madre, ha mejorado notablemente su disposición a ayudar en las tareas, y a realizar el trabajo académico, aunque sigue costándole fijar la atención. Presta más atención a las demandas de su madre, aunque lo evite, acaba haciéndolas. Su madre también considera que sigue hablando en exceso, cuando no debe e interrumpiendo a otros interlocutores. Aunque su conducta agresiva ha disminuido. Y pierde el control en menos ocasiones, sigue teniendo discusiones, y culpa a otros de sus errores. En casa, ya no se muestra tan hostil ni vengativa, bajando la frecuencia de estas conductas notablemente, de "muy frecuente" en casi todos los ítems a "algunas veces", o "frecuentemente".

En cuanto a las preguntas sobre conducta disocial, sigue dando un resultado negativo, sólo manteniéndose las conductas de mentir y el absentismo en clase, que han bajado la frecuencia a "algunas veces".

La Figura 8 refleja las puntuaciones en el cuestionario SDQ que recogen el comportamiento habitual de Rocío según su perspectiva. En los ítems relacionados con síntomas emocionales se observa que no tiene síntomas de tristeza, ni se considera preocupadiza, pero nota dolores de estómago y de cabeza fuertes, que en el post-test ven disminuyen, viéndose reducido en paralelo a los conflictos y la agresividad.

Considera que se lleva mejor con sus iguales, teniendo dificultades con mayores y menores. También ha mejorado su percepción de la conflictividad, puesto que considera que ya no tiene tantas peleas ni discusiones, y considera que obedece más que antes. Sigue pensando que le cuesta mucho concentrarse en las tareas.

En el pre-test considera que tiene problemas en cuanto a la concentración y el control de la ira, problemas que parecen resolverse en el post-test, que dice sólo tener de vez en cuando problemas de concentración en las tareas que no le agradan.

En los ítems relacionados con conducta prosocial, que no han de reflejarse en esta gráfica, muestra una baja cooperación y ayuda al prójimo, que una vez aplicado el tratamiento, y el entrenamiento en valores prosociales, muestra mayor flexibilidad, y se plantea el ayudar y beneficiar a otros.

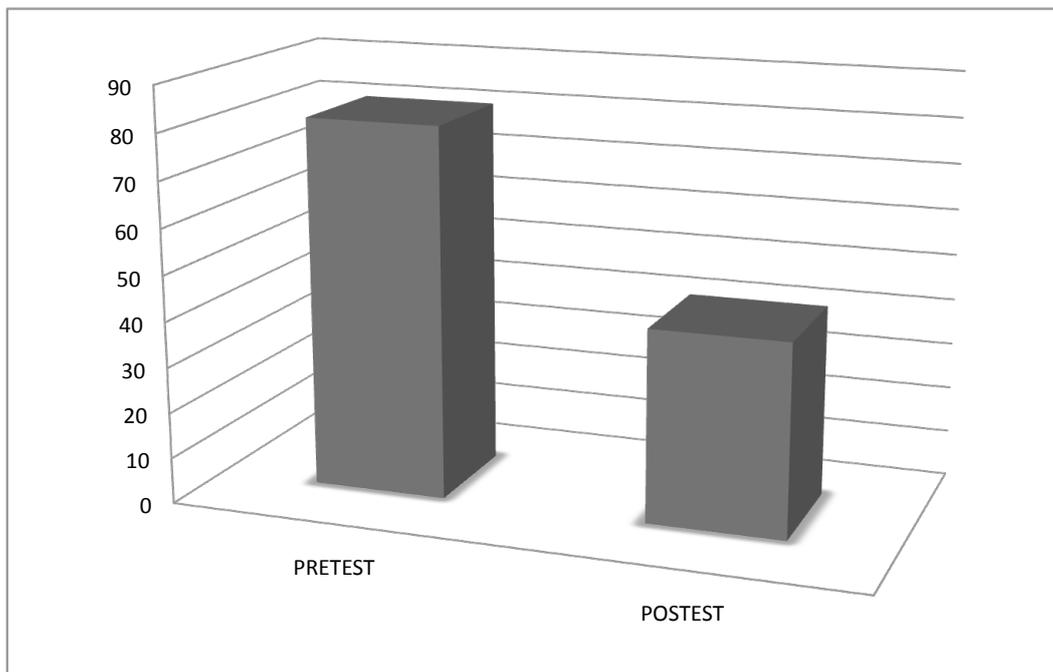
La frecuencia de las conductas disruptivas en clase descendió de una frecuencia de aparición diaria de 4-5 veces al día, a una frecuencia de 6-7 veces a la semana, con una duración de la conducta menor, puesto que cuando le llaman la atención, la niña rectificaba o cesaba su conducta. Pasa también menos tiempo en la biblioteca castigada. En el hogar familiar, han descendido las conductas disruptivas y agresivas, con una frecuencia semanal de 5-6 veces por semana, con una intensidad menor, mostrando autocontrol, y ya no suele salir de casa sin avisar cuando está enfadada.

En la Figura 9 se agrupan los datos recogidos con los registros de observación, rellenos por la madre y los profesores semanalmente, en la que podemos comprobar el descenso en la frecuencia de aparición, de las conductas disruptivas que mostraba Rocío, desde el inicio de la intervención, hasta la última sesión.

Durante la segunda semana de intervención, y coincidiendo con las sesiones de entrenamiento en autocontrol, la niña mostró reactividad a la intervención, con una subida en frecuencia e intensidad de las conductas disruptivas, debido a que su círculo social dentro del instituto la humillaba por estar siendo tratada por un profesional, respondiendo con agresividad, gritos e insultos hacia ese círculo y adultos. Trabajando la adherencia, la adolescente apartó su resistencia, y trabajó en su mejoría con una actitud positiva.

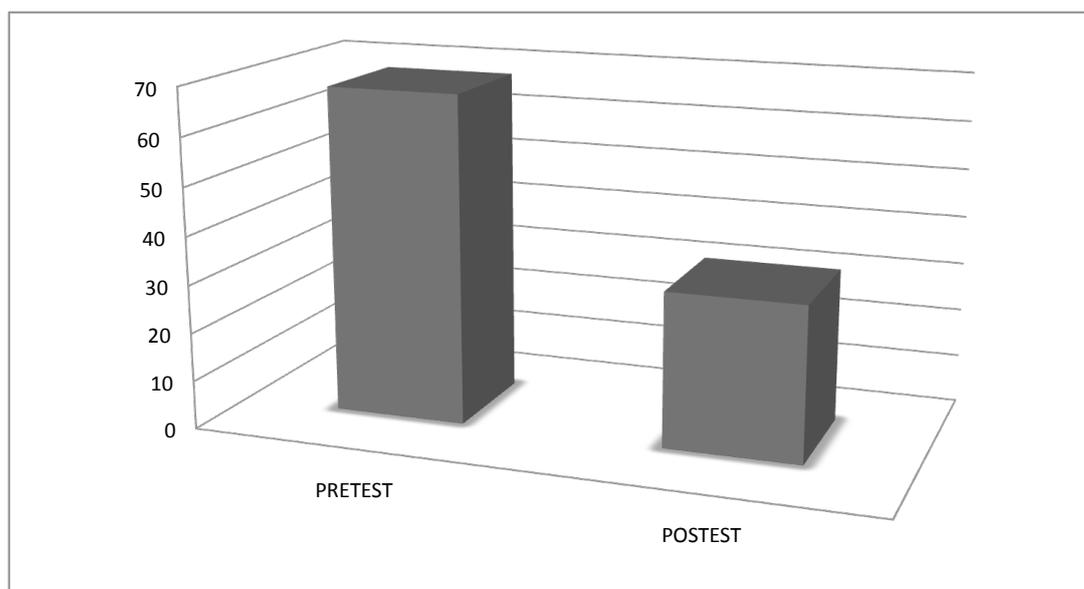
Se denotó que cuando la niña intentaba controlar su ira hacia otras personas, utilizando las técnicas que se le enseñaron, descargaba su ira y frustración dando golpes a objetos, sobre todo en casa, al llegar del instituto, por lo que, enseñándole técnicas de respiración, y practicando actividades lúdicas como bailar, o hacer ejercicio, se esperaba un descenso de la conducta "golpear objetos", viéndose disminuida en su frecuencia a lo largo de las semanas.

Figura 6. Escala de evaluación de la conducta perturbadora- formulario para el informe de los maestros.



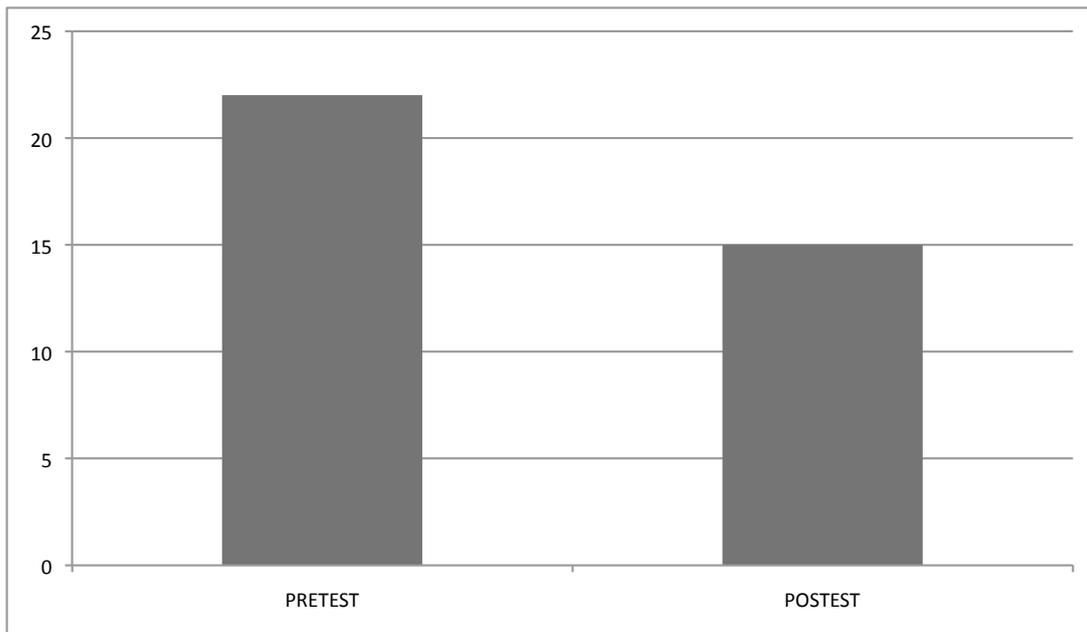
Inventario Profesores	
Pretest	78
Postest	50

Figura 7. Escala de evaluación de la conducta perturbadora- formulario para el informe de los padres



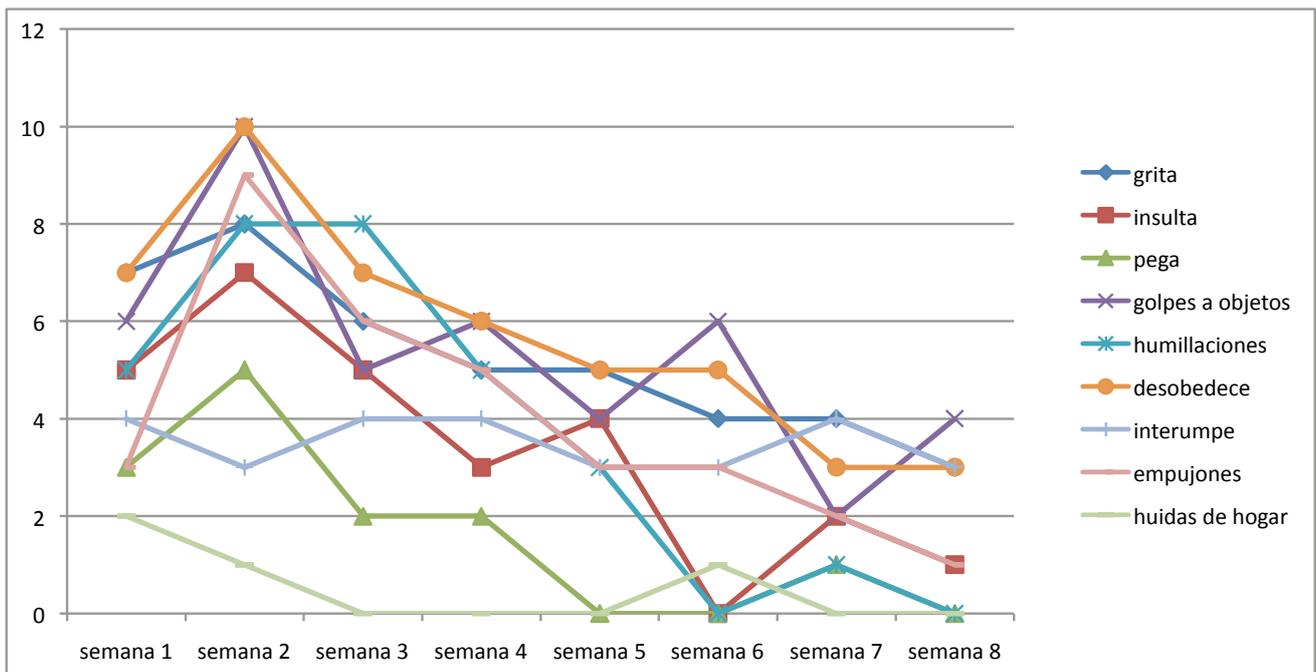
Inventario Padres	
Pretest	62
Postest	37

Figura 8. Puntuaciones en el Cuestionario de capacidades y dificultades SDQ



SDQ	
Pretest	22
Postest	15

Figura 9: Evolución semanal de la frecuencia de conductas disruptivas



## Discusión

La eficacia de la intervención terapéutica ha sido satisfactoria, teniendo en cuenta la gran influencia ambiental y el largo aprendizaje de las conductas disociales. Si bien es cierto, que habría que profundizar y/o alargar algunos entrenamientos para encontrar unos resultados finales firmes y consistentes a lo largo del tiempo. Queda pendiente trabajar en educación sexual con la niña, y utilizar un programa de prevención en drogadicción, ya que cumple todos los factores de riesgo. En cuanto a la mediación familiar, habría que seguir trabajando.

No cabe duda de que los trastornos de conducta son un problema en aumento en la sociedad actual. Cada día se presentan más casos, en el entorno familiar, social y escolar, de desobediencia extrema, conducta desafiante y comportamientos disociales. Se trata de un campo poco estudiado y poco atendido por los sistemas públicos de salud. Sin embargo, los ciudadanos reclaman activamente, de forma individual o a través de asociaciones, una atención adecuada a la población infantil y juvenil con estos trastornos, una respuesta eficaz y centrada en la recuperación del niño o del joven. Es un trastorno que afecta a todas las áreas del niño, además del alto riesgo que existe, entre otros, de futura criminalidad, delincuencia y abuso de sustancias (Burke, Loeber y Birmaher, 2002). Sería interesante que en los colegios fomentaran los programas de entrenamiento en habilidades sociales, puesto que, aunque en los últimos años aumentan los proyectos de innovación, hay escasa tradición de programas y estrategias y todavía hay pocas experiencias de implantación de programas de entrenamiento en habilidades sociales en contextos escolares integrados (Monjas, 1996).

La mayoría de los casos de adolescentes con TND o TD han sido niños con TND sin diagnosticar y sin haber sido tratado, por lo que es arduamente necesaria una campaña de prevención desde la infancia, cuando aún el modelado de conducta es más flexible, para no dar lugar a un trastorno mayor en las escuelas, con formación a profesorado y a padres.

Artículo recibido: 4/09/2013

Aceptado: 7/10/2013

## Referencias

- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Youth Self-Report (YSR 11/18)*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fifth Edition). Washington, DC.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. y Bauermeister, J. J. (1997). *Niños desafiante: Materiales de evaluación y folletos para los padres*. Reimpreso en Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un manual de trabajo clínico. Nueva York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1999). *Niños hiperactivos: como comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Burke, J. D., Loeber, R. y Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1275-1293.
- Cardo, E., Meisel, G., Garcia-Banda, C., Palmer, C., Riutort, M., Bernad, M. y Servera, M. (2009). Trastorno negativista desafiante, aspectos relacionados con el sexo y el evaluador. *Revista de Neurología*, 48, 17-21.
- D'Zurilla, A., M. y Nezu, C. M. (2007), técnicas de resolución de problemas. En V. E. Caballo (Dir.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.
- Fernández Parra, A. y Muñoz Manzano, L. (2005). Evaluación de los trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 279-311). Madrid: Pirámide.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (5), 581-586.
- Goldstein A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.
- Kelter, J. D. (2008). The effect of child gender on teachers' perceptions of and responses to oppositional defiant disorder. Dissertation Abstracts International Section A: *Humanities and Social Sciences*, 68, 10, 4197.
- López-Villalobos, J. A., Del Llano, J. A., Sánchez-Azorin, M. I., Sanguino, R. y Alberola, S. (2012). Disruptive behavior disorders. Multidimensional analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 3,405-417.
- Luiselli, J. K. (2002). Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Coords.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Marsh, S. R. (2005). A comparison of boys and girls diagnosed with oppositional defiant disorder in a public school counseling program. Dissertation Abstracts International Section A: *Humanities and Social Sciences*, 66, 2, 489.
- Meichembaum, D. (1977). *Manual de inoculación de estrés*. Editorial Martínez Roca.
- Monjas, M. I. (1996). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar (PEHIS)*. Madrid: CEPE.
- Moreno, I. y Lora, J. A. (2012). Abandonos terapéuticos registrados en el ámbito de la hiperactividad y los trastornos del comportamiento. Influencia de variables individuales y familiares. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(144), 429-447.
- Organización Mundial de la Salud (1996). Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento. C.I.E. 10. *Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*. Madrid: Meditor.
- González, L. P. y Pelechano, V. (1996). Programa Integrado de Entrenamiento en Habilidades Interpersonales en el Ciclo Medio. En V. Pelechano (Dir.). *Habilidades Interpersonales. Teoría Mínima y Programas de Intervención*. Vol. II. Valencia: Promolibro.
- Pereira, R. y Bertino, L. (2009). Una comprensión ecológica de la violencia filio-parental. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 21, 69-90.
- Peterson, C., Park, N. y Seligman, M. P. (2004). Puntos fuertes de carácter y el bienestar. *Revista de Psicología Social y Clínica*, 23, 603-619.

- Kazdin, A. E. y Whitley, M. K. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 346-355.
- Valero, M. y Ruiz, M. A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis, 2*, 11-18.