

■ Un caso de comportamiento disruptivo infantil: Tratamiento conductual en el ámbito familiar

Paloma López Hernández
Clínica San Bartolomé

Resumen

El comportamiento disruptivo es común en la infancia, pero en algunos casos, debido a su frecuencia y persistencia en el tiempo se convierte en un problema. En este trabajo se presenta el caso de un niño de 9 años con problemas de comportamiento disruptivo tanto en el ámbito escolar como en el familiar. Los objetivos del tratamiento se establecieron a partir del análisis funcional de las conductas problemáticas. La terapia se centró principalmente en entrenar a los padres en habilidades de control del comportamiento mediante estrategias de modificación de conducta. Los resultados reflejan una reducción general de las conductas problemáticas. Se discuten estos resultados y su relación con el tratamiento aplicado, haciendo hincapié en la necesidad de una evaluación e intervención más exhaustiva con el niño y en el ámbito escolar.

Palabras clave: Problemas de conducta, agresividad, estudio de caso único, tratamiento conductual, entrenamiento a padres.

Abstract

A case of child disruptive behavior: behavioral treatment in the family. Disruptive behaviors are common in childhood. However, in some cases, and due to its frequency and persistence over time, it may become a problem. Considering this fact, this paper presents a case study of a 9-year-old boy suffering from disruptive behavior both at school and his social-familiar environment. To achieve this, treatment aims were established considering the functional analysis of problem behaviours. The intervention was mainly focused on training parents in behavior management skills through behavior modification strategies. The post-test assessment showed a general decrease in problem behaviors. These results and their relation to the treatment are discussed, emphasizing the need for a more comprehensive assessment and intervention in schools.

Keywords: disruptive behavior, aggression, case study, behavioral treatment, parent training.

En la actualidad los problemas de conducta en la infancia y la adolescencia constituyen uno de los motivos más frecuentes por los que los padres asisten a consulta. Varios estudios concluyen que los principales problemas en la infancia y adolescencia más prevalentes son los trastornos de conducta, seguidos de los trastornos de ansiedad, trastornos por déficit de atención y trastornos de la eliminación (Meléndez y Navarro, 2009; Valero y Ruiz, 2003).

Ahora bien, la desobediencia y las conductas disruptivas no están clasificadas como trastornos diagnósticos según este manual, pero son frecuentes en población infantil y por lo tanto requieren de intervención (Gil-Iñiguez, 2014). Asimismo, la prevalencia de los trastornos de conducta en niños de 5 a 10 años es de un 6,9% (NICE, 2006).

Las conductas disruptivas implican una limitación o alteración en el desarrollo evolutivo del niño, dificultando su aprendizaje para el desarrollo de relaciones sociales adaptativas, tanto con adultos como con sus iguales. Asimismo, las conductas de tipo desobediente o de

carácter negativista son aquellas que se desarrollan a través de la negación o el desafío ante la demanda de sus progenitores u otros adultos (profesores, abuelos, etc.)

Para Moreno (2006) las características evolutivas de los comportamientos disruptivos o agresivos entre los 2 y los 6 años suelen incluir tanto rabietas, que van reduciéndose hasta hacerse nulas después de los 4 años, como conductas vengativas a raíz de situaciones de frustración que suelen aumentar a los 3 años de edad. No obstante, la forma que va adoptando la agresividad ha sido contrastada en diversas ocasiones por la investigación, distinguiéndose entre *agresividad hostil*, cuyo fin es causar daño o lastimar a la víctima a nivel físico, verbal, destruyendo sus bienes o no permitiendo disfrutar de ellos y la *agresividad instrumental*, donde el objetivo es causar daño a otro como medio para conseguir una meta. En niños pequeños se observa un predominio de agresividad instrumental dirigida a arrebatar juguetes a otros, pero con el paso de los años empieza a predominar la agresividad de tipo

Correspondencia:

Paloma López Hernández. Clínica San Bartolomé.
C/ Jabonerías Nº 2 - 1ªA, CP: 30002, Murcia - España.
E.mail: palopher@gmail.com

hostil, manifestada a través de comportamientos disruptivos físicos y evolucionando con un mayor predominio en agresiones de tipo verbal, como hacer burlas, insultar, poner motes, hacer rabiar, etc.

La frecuencia y persistencia de conductas desadaptativas en la infancia y adolescencia favorece la aparición y el desarrollo de psicopatología en edades posteriores (Trianes, 1996). Además, un comportamiento agresivo persistente es un predictor claro de un posible trastorno disocial en la adolescencia. Por lo tanto, es necesaria la intervención temprana de manifestaciones disruptivas con el fin de prevenir trastornos en la edad adulta.

Cabe destacar, en relación a los factores de riesgo, el ámbito familiar como factor clave para el inicio y mantenimiento de problemas de conducta (Edwards, Ceilleachair, Bywater, Hughes y Hutchings, 2007; Reid, Patterson y Snyder, 2002).

La *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP, 2007) recomienda que las intervenciones terapéuticas de los trastornos del comportamiento, para aumentar su eficacia, deben ser multimodales y se han de diseñar en base a las deficiencias del caso concreto. Con el fin de mejorar las relaciones interpersonales es conveniente combinar la intervención individual y la grupal, debiendo ser ambas prolongadas en el tiempo y con un seguimiento a largo plazo. Además, dada la comorbilidad que presentan los trastornos del comportamiento, es importante intervenir directamente sobre dichas alteraciones de forma paralela. La aplicación de un tratamiento combinado (farmacoterapia y psicoterapia) podría ser beneficiosa cuando las conductas agresivas son de evidente peligro para el niño o para su entorno (Pine y Cohen, 1999).

Seguendo los criterios de la *Task Force*, los tratamientos empíricamente validados y que pueden producir cambios significativos en la conducta serían los programas de entrenamiento a padres y profesores, combinados con los basados en resolución de problemas, autoinstrucciones y habilidades sociales. Los resultados de las investigaciones llevadas a cabo para probar la eficacia de este tipo de programas multicomponente han demostrado que su aplicación no es sólo viable, sino que resulta muy beneficiosa de cara a la mejora del comportamiento de los alumnos y del clima social, escolar y familiar (Serrano y Sánchez, 2002)

El objetivo de este trabajo fue un entrenamiento a padres basado en la aproximación conductual, donde los padres fueron aleccionados en fundamentos teóricos sobre la modificación de conducta y dotados de técnicas de modificación de conducta y estrategias basadas en el aprendizaje social (Mooney, 1995).

Descripción del caso

Identificación del paciente

Mario es un niño de 9 años de edad. Tiene un hermano pequeño, con el que se lleva 13 meses. El estatus socioeconómico y cultural de los padres es de nivel medio. Los padres tienen en el momento de la intervención 35 años (madre) y 39 años (padre). Asiste desde los tres años a un colegio concertado a las afueras de Murcia.

Motivo de consulta

La madre comenta que el comportamiento de Mario tanto en el colegio como en casa no es el adecuado. En el colegio Mario ha tenido un expediente académico brillante y un comportamiento ejemplar, hasta este último año, donde se ha podido observar un comportamiento negativo y desadaptativo unido a un bajo rendimiento escolar.

En casa las discusiones son continuas: peleas con el hermano, desobedece todas las órdenes y en alguna ocasión ha presentado comportamientos desafiantes y agresivos.

Historia del problema

La madre informa que desde hace un tiempo Mario muestra un comportamiento difícil y muy diferente, tanto en el ámbito escolar como en el familiar. Desobedece de manera reiterada todo lo que se le ordena, discute constantemente con ella y su hermano, y siempre está a la defensiva. Comenta que desde pequeño ha sido un *"niño especial"*, pero desde hace un tiempo *"la cosa ha ido de mal en peor"*. En el colegio, todos los días, desde hace unos meses, la tutora de Mario se pone en contacto con la madre para informarle de los comportamientos negativos que ha tenido y de las quejas de otros profesores.

Según refiere la madre, Mario es un niño con un expediente académico brillante, pero las calificaciones del último trimestre han descendido. La madre explica que en *"signaturas donde obtenía sobresaliente, ahora simplemente las aprueba u obtiene notas medias"*. Los comportamientos agresivos en el ámbito escolar estaban compuestos por diversas llamadas de atención en clase, molestar a los compañeros, peleas, quitar el material escolar a sus compañeros, etc. En el momento que acuden a consulta, la madre comenta que *"hasta hace dos semanas ha estado castigado todos los días, tanto en el colegio como en casa debido a su comportamiento"*. La profesora justifica su bajo rendimiento escolar a que *"no está centrado"* y a que se niega a seguir sus indicaciones.

En el ámbito familiar, las peleas son principalmente con el hermano menor. La madre explica que cualquier motivo es excusa para iniciar una pelea, *"sus juegos son pelearse"*. Reprocha cualquier comportamiento de su madre. El principal problema es que no obedece cuando se le da una orden, por ejemplo *"ayuda a poner la mesa, tienes que ducharte, recoge tu cuarto, ponte hacer los deberes"*. La madre describe que el momento de hacer los deberes y el de ir a dormir son los peores del día, ya que hasta que no se enfada y lo amenaza con castigos, Mario no reacciona. En cuanto a la relación que tiene Mario con el padre, no es del todo mala, teniendo en cuenta que entre semana no pasa tiempo con él debido a su trabajo. Los fines de semana intentan pasar más tiempo juntos.

En la actualidad la única forma de controlar a Mario es a través de castigos de forma que consigue, a corto plazo, controlar el comportamiento negativo de Mario, pero en cuanto puede, vuelve a comportarse de manera disruptiva; *"no sé cómo hacerlo"* comenta. La tutora, en cambio, suele dejarlo sin recreo pero esto tampoco tiene un efecto a largo plazo. Según ella, Mario está *"saciado de tanto castigo y ya no tiene efecto sobre él"*.

Evaluación del caso

La evaluación del caso tuvo una duración de 4 semanas. Se utilizaron varios instrumentos: entrevista, registro de observación y autoinformes.

Entrevista a la madre y al niño

Se aplicó el *Modelo de Entrevista General para niños, Forma para Padres del Centro de Psicología Aplicada de la UMH*. Ésta recaba información en primer lugar sobre los datos personales del niño, fecha de nacimiento, teléfono de contacto, lugar de nacimiento, lugar de residencia, colegio, etc. En segundo lugar, se centra en el motivo de consulta, y por último la entrevista recoge información

sobre el área de salud, área familiar y social, área escolar y área de ocio e intereses.

De la entrevista se extrae la siguiente información. La madre de Mario no tuvo problemas en el embarazo y parto, Mario no ha sufrido ningún tipo de enfermedad en la infancia temprana, ni tampoco sufrió ningún accidente ni intervención quirúrgica. Ha recibido ayuda psicológica por los problemas de conducta que presentaba. Cuando tenía 3 años, el equipo de orientación del colegio informó a los padres acerca de la posibilidad de que Mario tuviese un síndrome de Asperger o un Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, aunque en ningún momento se le realizó una valoración y nunca se confirmó esta impresión diagnóstica.

Mario es un niño que no presenta problemas con la comida, realizando cinco comidas al día, con una alimentación variada y de tipo mediterránea. Duerme un total de 8 horas, aunque la madre informa que en las últimas semanas, se despierta antes y cansado.

Una vez terminada la entrevista con la madre, y recogida toda aquella información relevante, se procedió a realizar la entrevista con el niño. Ésta se llevó a cabo a través de la *Entrevista sobre la Historia Personal Clínica*. Dicha entrevista se inicia recogiendo información general y específica sobre el motivo de consulta (10 ítems). Además se divide en un área familiar (9 ítems), área personal sobre la salud física y emocional (22 ítems) y un área de estudios (11 ítems). Cabe destacar que Mario es totalmente consciente de los comportamientos negativos que tiene, comenta no poder evitar portarse mal, le gustaría no hacerlo para que sus padres y su hermano estuvieran bien con él, pero no sabe cómo. En el área de estudios, le encantan las matemáticas y el inglés, y afirma que cuando molesta en clase es porque se aburre ya que termina los ejercicios el primero. Comenta que suele estar muy cansado y que se despierta a veces a media noche debido a tener pesadillas.

Entrevista con la tutora

Se realizó una entrevista telefónica con la tutora. Ésta confirma el cambio de comportamiento de Mario en el último trimestre, unido a un descenso en el rendimiento escolar. Comenta que *“Mario es un niño muy inteligente”*, cree que Mario puede ser un niño con altas capacidades. El departamento de orientación del colegio está al tanto del caso, pero no han podido proceder aún a evaluarlo. Es un niño muy

competitivo y tiene baja tolerancia a la frustración. La tutora asegura que en el aula tiene *“explosiones de ira”*. Informa que *“a primera hora de la mañana está bien y tranquilo y de repente empieza a molestar en clase, se levanta, no obedece, quita el material de los compañeros, etc.”* Tiene la impresión de que no puede controlar ese comportamiento y todos los profesores tienen la misma queja sobre él. Para finalizar, la tutora comenta que Mario asiste al mismo colegio desde los 3 años y cree estar *“encasillado”*. Considera que *“siempre han creído que era un niño especial”*. Ella no está de acuerdo con esto último, pero sí cree que le puede afectar.

Autoinformes

Se tomó la decisión de aplicar a Mario los siguientes autoinformes tras la información recabada en la entrevista clínica. Ambos se administraron en la segunda sesión de evaluación.

- *Autoinforme de Sueño Infantil* (Orgilés, Owens, Espada, Piqueras y Carballo, 2012). Evalúa los hábitos y problemas relacionados con el sueño en niños de 8 a 12 años. Está formado por 16 ítems y cuatro subescalas. Los ítems se puntúan del siguiente modo: normalmente (2), algunas veces (1) y pocas veces (0). Los resultados obtenidos por Mario no parecen ser relevantes ya que obtuvo una puntuación de 10 sobre 32.
- *Escala de Ansiedad Infantil de Spence* (Orgilés, Méndez, Spence, Huedo-Medina y Espada, 2011). Compuesta por 45 ítems y 6 subescalas (ansiedad por separación, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, pánico/agorafobia, miedo al daño físico y ansiedad generalizada). Se aplicó únicamente la subescala de ansiedad generalizada. Mario obtuvo una puntuación de 12 sobre 18, lo que significa que tiene un elevado nivel de ansiedad.

Registro de observación

Con ayuda de la madre se registraron las conductas problema en el ámbito familiar. Se diseñó un modelo de registro (Tabla 1) donde la madre recogería información sobre el día y la hora en la que se producía la conducta problema, la situación (la conducta problema), qué hace o dice la madre, la duración (en minutos) y la intensidad (rango: 0-10, donde 0 es el mínimo y 10 el máximo). Se diseñó el mismo registro de observación para que lo cumplimentasen en el ámbito escolar, pero no se pudo llevar a cabo.

Tabla 1. Registro de observación en el ámbito familiar

Día y hora	Situación ¿Qué ocurre?	¿Qué hago o digo? (madre)	¿Cuánto dura la conducta problema? (minutos)	¿Qué intensidad tiene? (0-10)

Análisis topográfico

En relación a los datos obtenidos mediante la evaluación, podemos concluir que Mario presentaba conductas desobedientes y disruptivas en cuanto al cumplimiento de normas en el ámbito familiar. Las conductas más problemáticas, es decir, aquellas que tienen mayor frecuencia, intensidad y duración, se daban a la hora de realizar las tareas escolares, comer, hacer la cama, ducharse e ir a dormir, además de las peleas con el hermano. Las conductas desobedientes y las peleas

con el hermano menor se presentaban todos los días, una o dos veces. La intensidad media era de ocho y la duración aproximada de entre 15 y 20 minutos. Estos comportamientos disruptivos aumentaban los fines de semana.

Análisis funcional

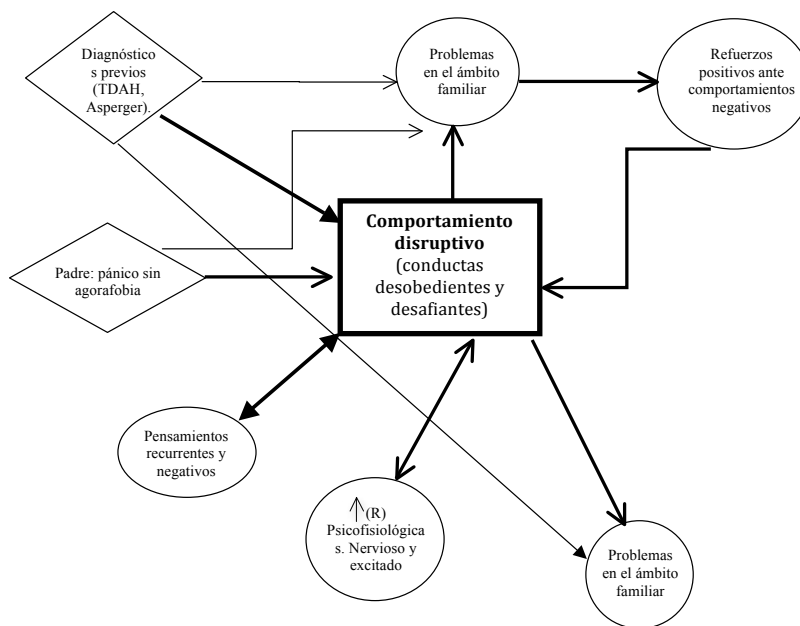
El estudio del análisis funcional permitió identificar las variables antecedentes y consecuentes que controlaban y mantenían

las conductas problema. En la Figura 1 se presenta el diagrama analítico funcional del caso (FACCD) sobre los problemas de Mario. Se ilustran varios problemas de comportamiento, su grado de importancia, sus relaciones funcionales, el grado de modificabilidad de las variables causales y su relación con los problemas (basado en Haynes, Mumma, y Pinson, 2009; Haynes, Godoy y Gavino, 2011). Los estímulos antecedentes inmediatos que provocaban las respuestas desadaptativas de Mario eran sobre todo de tipo externo: principalmente la madre, y en menor frecuencia el padre y el hermano. De igual modo, los comportamientos disruptivos de Mario en el contexto escolar hacia sus compañeros se daban siempre en presencia de algún profesor. En cuanto a los antecedentes históricos se puede indicar que desde muy pequeño Mario fue mal diagnosticado de algún tipo de trastorno (Asperger, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante) lo que preocupa mucho a los padres y, en consecuencia, durante años visitan a varios especialistas. Por otra parte el padre está diagnosticado de un trastorno de pánico sin agorafobia (en la actualidad sigue con el tratamiento psicológico). Mario ha presenciado en ocasiones algunas crisis que el padre padece.

Respecto a las respuestas psicofisiológicas del niño, según indica la madre, se muestra nervioso y excitado; con sudoración, aumento de la frecuencia cardiaca y aumento de la frecuencia respiratoria. Cuando Mario se encuentra ante situaciones en las que su madre le demanda el cumplimiento de sus obligaciones, como realizar tareas escolares, comer, hacer la cama, ducharse e ir a dormir, se desencadena en él una serie de respuestas motoras; gritos, iniciar rabietas, conductas desafiantes y desobedientes. En referencia al componente cognitivo, Mario piensa que su madre le demanda demasiadas obligaciones, además reconoce tener pensamientos negativos y recurrentes sobre su mal comportamiento.

Por lo que respecta a los consecuentes, la ausencia de normas, límites y refuerzos positivos ante conductas adaptativas, unido a la aplicación de castigos desmesurados e inconsistentes, han dado origen a las conductas disruptivas de Mario en el ámbito familiar. Dado que la madre suele acabar cediendo y realizando ella las obligaciones que le encomienda a Mario, las conductas disruptivas son reforzadas. Para que el niño obedeciera tenía que prometerle algo a cambio. Cuando no obedecía la madre levantaba la voz y utilizaba en ocasiones la amenaza, lo que producía en Mario un comportamiento desafiante y de negación hacia la petición de su madre.

Figura 1. FACCD sobre los problemas de Mario



Aplicación del tratamiento

En relación a los datos obtenidos en la evaluación, se plantea como principal objetivo terapéutico la disminución o eliminación de las conductas disruptivas del niño en el ámbito familiar, a través del entrenamiento a padres en habilidades de control del comportamiento mediante estrategias de modificación de conducta. Las tres primeras sesiones fueron destinadas a la evaluación y el plan de intervención se desarrolló en 3 fases, con un total de 11 sesiones distribuidas una por semana con una duración de 60 minutos.

Fase de Psicoeducación (3 sesiones)

La primera sesión de esta fase fue destinada a la explicación del análisis funcional y a concretar las primeras conductas a modificar en

el ámbito familiar (obedecer a la orden de hacer las tareas escolares, obedecer a la orden de ir a dormir, hablar sin gritar y ayudar a poner y quitar la mesa), seguidamente se estableció un horario de actividades para casa.

En la segunda y tercera sesión se marcó como objetivo proporcionar información a los padres sobre el origen, desarrollo y mantenimiento de las conductas desobedientes en la infancia, fundamentado en la Teoría de la Coerción de Patterson (1982). Además, se les informó sobre los principios del aprendizaje social, y la importancia de éste sobre la adquisición de conductas adaptativas.

Para tener constancia sobre la evolución de las conductas disruptivas del niño en el hogar, se estableció como tarea para casa el registro diario de la frecuencia, duración e intensidad de las conductas específicas anteriormente descritas.

Fase de entrenamiento a padres (6 sesiones)

En esta fase se propuso como objetivo que los padres aprendieran orientaciones y pautas educativas, a través de la adquisición de dar órdenes correctamente y establecer rutinas y normas concretas en casa (ir a la cama a las 22.30, hacer la cama por la mañana, ir a la ducha sin gritar, realizar las tareas escolares en un tiempo máximo de 60 minutos). Se les enseñaron técnicas de modificación de conducta (refuerzos, tiempo fuera, extinción, etc.) y se les entrenó en técnicas de resolución de problemas. Finalmente se trabajó la forma de abordar diferentes situaciones y problemas a través del manejo de contingencias. Una vez entendido y explicado el procedimiento se destinaron los últimos minutos de las sesiones a la puesta en práctica de lo aprendido a través de un role-playing.

Fase de prevención de recaídas y seguimiento (2 sesiones)

Se estableció una sesión de prevención de recaída con el fin de valorar las técnicas aprendidas, la evolución de las conductas problemáticas del niño en casa y la probabilidad de encontrar problemas futuros. No obstante, se programó una última sesión de seguimiento, al mes de finalizar el tratamiento, con el objetivo de saber cómo evolucionaba el caso. Fue entonces cuando la madre comu-

nicó estar en proceso de separación con el padre del niño. Se le dieron estrategias de comunicación para informar a los hijos sobre la situación de separación de los padres. Se propuso una última sesión que se realizó telefónicamente, donde la madre informó sobre cómo habían comunicado el acontecimiento a los hijos. En esta sesión se procedió a informar sobre las posibles situaciones futuras y se le facilitó información sobre la manera abordarlas.

Resultados

En base a los registros de observación de las conductas problemáticas realizados durante todo el proceso de intervención, se puede observar un descenso significativo en la tercera sesión de las conductas disruptivas que presentaba el niño en el ámbito familiar (Figura 2). En la sesión 5 se percibe un ligero aumento de dichas conductas, quizás debido a la nueva implantación de normas y a la utilización de técnicas de modificación de conducta (extinción, refuerzos, tiempo fuera) de los padres sobre el niño. No obstante la frecuencia de los comportamientos negativos desciende de nuevo hasta las dos últimas sesiones dedicadas a la prevención de recaídas y seguimiento, donde se observa la ausencia de dichos comportamientos.

Figura 2. Evolución de la frecuencia de las conductas disruptivas

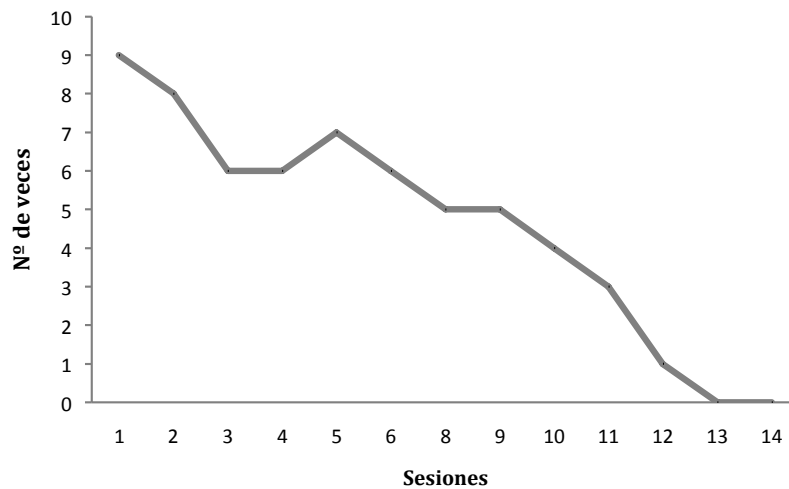


Figura 3. Evolución de la duración en minutos de las conductas disruptiva

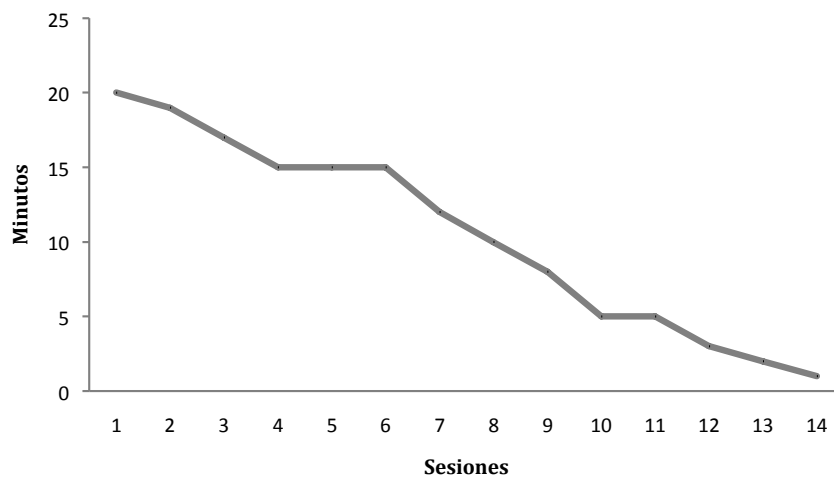
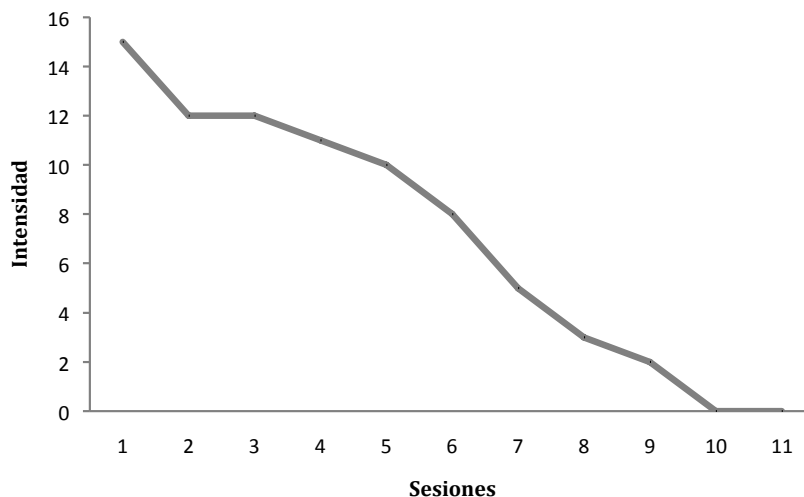


Figura 4. Evolución de la intensidad de las conductas problema



En relación a la duración se obtienen datos similares a los aportados sobre la frecuencia. Se observa un descenso progresivo en relación al tiempo registrado en minutos de los comportamientos disruptivos del niño (Figura 3). Para finalizar, respecto a la intensidad de las conductas problema, observamos un descenso significativo a lo largo de las sesiones de tratamiento (Figura 4).

Discusión

Según los datos mostrados anteriormente, en relación a la frecuencia (nº de veces), duración (tiempo en minutos) e intensidad (0-10) de las conductas disruptivas de Mario, recogidos diariamente por los padres en el contexto familiar, desde las primeras sesiones se puede observar un ligero descenso progresivo de dichos comportamientos. La fase de psicoeducación y de entrenamiento a padres fueron decisivas en la reducción significativa de los comportamientos disruptivos de Mario.

Estos resultados muestran el cumplimiento de la mayor parte de los objetivos establecidos en las fases del tratamiento. Los padres aprendieron el origen, desarrollo y mantenimiento de las conductas desobedientes en la infancia, aprendieron orientaciones y pautas educativas, técnicas de resolución de problema, técnicas de modificación de conducta (refuerzos, extinción, tiempo fuera). Asimismo, trabajaron la forma de abordar diferentes situaciones y problemas a través del manejo de contingencias.

Son diversos los estudios que han demostrado la eficacia sobre el entrenamiento dirigido a padres. Robles y Romero (2011) a través de una revisión de programas de entrenamiento a padres de niños con problemas de conducta, comentan la eficacia de este tipo de intervención, cuyo principal fin es enseñar a los padres a reforzar conductas adecuadas, debilitando las no deseadas y mejorar las interacciones diarias entre padres e hijos.

Los resultados obtenidos en este caso clínico mantienen una coherencia con los propuestos por Froján, Calero y Montaña (2011), donde analizaron un caso de conductas disruptivas en la infancia que mostraron resultados positivos tras la aplicación del tratamiento.

Se resalta la implicación y predisposición de la madre en cada una de las sesiones del tratamiento, este comportamiento ha sido decisivo a la hora de hallar unos resultados tan exitosos. Además, aunque presentamos un tratamiento indirecto hacia el niño, éste también se mostró colaborador y dispuesto a aceptar las nuevas normas y rutinas establecidas en casa.

Las principal dificultad encontrada a lo largo del tratamiento fue la baja implicación del padre. Esto supuso un problema ya que a la hora de establecer rutinas y normas concretas en casa, éste se mostraba reacio y poco colaborador. Finalmente, la poca implicación del padre y la separación de ambos progenitores puede ser uno de los motivos principales por los que podría acaecer una recaída. Otra dificultad encontrada a lo largo del tratamiento fue la imposibilidad de poder intervenir en el ámbito escolar, por lo que las conductas disruptivas en éste contexto no pudieron ser abordadas terapéuticamente.

En el futuro se debería seguir con el entrenamiento a la madre en técnicas de modificación de conducta. Sería conveniente establecer un tratamiento multimodal, actuando en el ámbito escolar y entrenando a Mario en habilidades sociales, resolución de problemas, autoinstrucciones y técnicas de relajación. Podemos concluir, basándonos en los resultados, que el tratamiento es eficaz en el momento del postest, quedando pendiente evaluar el seguimiento con el objetivo de comprobar que los cambios obtenidos perduran en el tiempo.

Artículo recibido: 19/12/2013

Aceptado: 5/03/2014

Referencias

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 126-141.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª. Ed. Revisada). Washington, DC: APA (trad. Masson, 2002).
- Edwards, R. T., Ceilleachair, A., Bywater, T., Hughes, D. A., y Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 334, 682-682.
- Froján, M. X., Calero, A. y Montaña, M. (2011). Análisis de un caso de conductas disruptivas en la infancia. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (Eds). *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (pp. 343-363). Madrid: Pirámide.
- Gil-Iñiguez, A. (2014). Intervención en un caso de un adolescente con problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1, 61-67.

- Haynes, S. N., Godoy A., y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Haynes, S. N., Mumma, G. H., y Pinson, C. (2009). Idiographic assessment: conceptual and psychometric foundations of individualized behavioral assessment. *Clinical Psychology Review*, 29, 179-191.
- Meléndez-Moral, J. y Navarro-Pardo, E. (2009). Desarrollo infantil y adolescente trastornos psicológicos más frecuentes. *Interpsiquis*. 10º congreso virtual de psiquiatría. *Psiquiatría.com*
- Mooney, S. (1995). Parent training: a review of Adlerian, Parent Effectiveness Training, and behavioral research. *Family Journal*, 3, 218-230.
- Moreno, M. C. (2006). Desarrollo y conducta social. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll. *Desarrollo psicológico y educación 1. Psicología evolutiva*. (pp. 305-323). Madrid: Alianza Editorial.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Parent training education programmes in the management of children with conduct disorders*. London: Author.
- Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B. y Espada, J. P. (2011). Spanish validation of the Spence Children's Anxiety Scale. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 271-281.
- Orgilés, M., Owens, J., Espada, J. P., Piqueras, J. A., y Carballo, J. L. (2012). Spanish version of the Sleep Self-Report (SSR): factorial structure and psychometric properties. *Child: Care, Health and Development*, 39, 288-295.
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Pine, D. y Cohen, E. (1999). Therapeutics of aggression in children. *Pediatric Drugs*, 1, 183-196.
- Reid, J. B., Patterson, G. R. y Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27, 86-101.
- Serrano, I. y Sanchez, Y.N. (2002). Desarrollo de un programa multicomponente en el ámbito infantil y adolescente. *Análisis y modificación de conducta*, 28, 725-747.
- Trianes, M. V. (1996). *Educación y competencia social. Un programa en el aula*. Málaga: Aljibe.
- Valero, L. y Ruiz, M. A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11-18.

