



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO
DE CONDUCTA EXTERNALIZADA. ESTUDIO DE CASO.**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

VANIA BELEN ARTEAGA BADILLO

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES

COMITÉ: DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA

DRA. BLANCA INÉS VARGAS NUÑEZ

MTRA. MÓNICA ESTHER NIETO VÁZQUEZ

MTRA. KARINA SERRANO ALVARADO



CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres, quiénes con amor, apoyo y comprensión, me han guiado y acompañado en el camino de la vida. Los amo y les agradezco todo lo que me han dado.

A mis hermanos, por ser parte esencial en mi vida.

A mis abuelos, por su amor, cariño y protección.

A Javier, mi compañero y amado cómplice. Te amo infinitamente

A Berenice, por tantos años de amistad incondicional y estar conmigo en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México. Gracias por permitirme desde el bachillerato, formar parte de la máxima casa de estudios, un honor, orgullo y placer ser puma.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Gracias por abrirme sus puertas dentro de la carrera de Psicología y formarme con calidad, principios éticos y conocimientos científicos.

Dr. Juan Jiménez Flores. Gracias por las enseñanzas y el aprendizaje constate, por todo el apoyo y por ser mi guía principal en Psicología. La motivación y confianza que depositaste en mí, fue un pilar para llegar a este momento tan importante. ¡Gracias!

Dra. Luz María Flores Herrera. Gracias por el apoyo y dirección en este trabajo. Su honorable conocimiento y admirable dedicación son un ejemplo a seguir.

Dra. Blanca Inés Vargas Núñez. Gracias por las enseñanzas en Psicología Clínica, por su profesionalismo y orientación en el proceso de intervención cognitivo-conductual, así como el apoyo dentro y fuera de la FES. Sus valores y calidad humana hacen de usted una excelente doctora y persona.

Mtra. Mónica Esther Nieto Vázquez. Gracias por el compromiso con el presente trabajo, por su conocimiento y excelentes estrategias de enseñanza y aprendizaje implementadas en cada clase que tomé con usted, nunca olvidaré la dedicación que ponía dentro del aula y todo lo que me llevé de las mismas.

Mtra. Karina Serrano Alvarado. Gracias por aceptar formar parte de este jurado y proporcionar su apoyo y conocimiento en cada observación.

Ing. Javier Alfonso Bonilla Chávez. Gracias por estar cerca de mi en todo momento durante el curso de mi carrera universitaria y continuar en mi vida haciéndola más bella. Gracias por las sonrisas, por los abrazos y por tu entrega total; por motivarme en los momentos más difíciles e impulsarme a dar más. Eres el amor de mi vida, te amo infinitamente.

Lorena Berenice Vázquez Flores. Gracias por tu amistad, por el apoyo y seguimiento a todo lo que hago, eres una gran persona y amiga. Te amo.

A mis grandes amigos de la Universidad, Karina Quiroz Gutiérrez, Ángel Daniel Guerrero Hernández, César Flores Reséndiz, Jonathan Uriel Munive, Armando Martínez, Edgar Eduardo y Verania Martínez. Gracias por cada momento a su lado, por la confianza, por el apoyo incondicional y las grandes experiencias a su lado. Sin duda alguna, la carrera universitaria no hubiera sido la misma sin ustedes, mis amados Psicólogos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL.....	5
1.1. Modelo categórico de la psicopatología	5
1.2. Modelo dimensional de la psicopatología	6
1.3. Trastornos externalizantes	10
CAPÍTULO II	
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.....	12
2.1. Definición del Trastorno Negativista Desafiante	12
2.2. Etiología del Trastorno Negativista Desafiante.	13
2.2.1 Modelo de los cuatro factores de la conducta de negativista de Russell Barkley.....	14
2.3. Conducta Agresiva.....	20
CAPÍTULO III	
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL	22
3.1. Medidas con referencia a la norma	23
3.1.1. Entrevista	23
3.1.2. Observaciones conductuales	24
3.1.3. Procedimientos informales de evaluación.....	24
CAPÍTULO IV	
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	25
4.1 Técnicas cognitivo-conductuales.	26
4.1.1. Relajación Progresiva	26
4.1.2. Economía de fichas	27
4.1.3. Entrenamiento en habilidades sociales.....	27
4.1.4. Reestructuración cognitiva.....	28
4.1.5. Autoinstrucciones.....	28
4.1.6. Solución de Problemas	28

4.2 Entrenamiento a padres.....	29
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	31
1) IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.....	31
2) ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	31
3) HISTORIA DEL PROBLEMA.....	33
4) ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA.....	36
5) ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO Y OBJETIVOS TERAPEUTICOS.....	38
6) SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO	40
7) EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	42
8) APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO	44
8.1 Entrenamiento a padres.....	49
9) RESULTADOS Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO.....	51
10) SEGUIMIENTO Y OBSERVACIONES.....	53
11) CONCLUSIONES.....	54
ANEXO 1. Autoregistros	56
ANEXO 2. Actividades.....	62
ANEXO 3. Diagnóstico	68
REFERENCIAS.....	69

INTRODUCCIÓN

A lo largo del desarrollo humano, se pueden presentar una serie de alteraciones que limitan el curso de la vida normal y afectan el área física, psicológica, afectiva y social del individuo. Así mismo, la infancia es una etapa que se ve afectada por diferentes factores individuales y ambientales, por lo que uno de los motivos por los que los padres de familia llevan a sus hijos a atención psicológica son por problemas de comportamiento y agresividad, que se manifiestan en ambientes escolares y en el hogar (Caraveo, 2007).

Los trastornos externalizados son problemas de conducta en los que la característica principal, subyace a un patrón de comportamiento disruptivo, agresivo y perturbador que afecta no sólo al niño, sino a las personas que se encuentran a su alrededor y con las cuáles interactúa dentro de su ambiente. Éstos comprenden una dimensión de la psicopatología infantil, que constituye algunos de los problemas más frecuentes de inicio en la niñez (De la Peña & Palacios, 2011).

Se ha considerado que si un niño “se porta mal” o presenta conductas que están fuera de los lineamientos sociales, se le debe corregir con golpes, insultos o cualquier tipo de agresión física o verbal, o bien, otra solución es excluirlos de su ambiente sin contemplar las consecuencias negativas que esto pueda generar, tales como el desarrollo de problemas emocionales o conducta desafiante y la evolución a otros trastornos más graves de tipo psiquiátrico que pueden presentarse en la adolescencia o en la edad adulta. Así mismo, se hace necesaria la participación de los padres en el establecimiento de comportamiento adaptativo y la importancia de los estilos de crianza utilizados para modular la conducta en los niños.

Lo anterior, sugiere la importancia que tiene el estudio de los problemas de comportamiento en la infancia, en términos correctivos y de prevención, por lo que, la investigación científica enfocada al estudio de las alteraciones

conductuales que se presentan en determinada etapa del desarrollo, ha permitido explicar por qué un infante manifiesta una serie de problemas que afectan el área física, psicológica, afectiva y social, sus consecuencias a corto y largo plazo, así como los métodos de evaluación e intervención eficaces para corregirlos.

La forma de entender la agresividad, la conducta disruptiva y negativista no comprende un análisis aislado que sugiera la existencia de un solo factor que determine las conductas disfuncionales en el ambiente, se trata de concebir variables biológicas, psicológicas y sociales que interactúan entre sí para desarrollar o potencializar el problema, de manera que, hoy en día se sabe que algunos de los factores que influyen en el desarrollo de psicopatología infantil externalizada, se deben no sólo a los estilos de crianza ejercidos por los padres, sino también al estilo de comportamiento del niño en términos temperamentales y de carácter, las experiencias vitales y cuestiones contextuales internas y externas, entre otras (Barkeley, 1999).

El estudio de los trastornos psicológicos en la infancia y la adolescencia desde el marco de la psicopatología evolutiva o del desarrollo, permiten dar un paso del uso del modelo categórico al uso del modelo dimensional y en su conjunto con el enfoque transdiagnóstico, para explicar el origen, desarrollo y repercusión de los diferentes problemas que se presentan en edades tempranas y así facilitar no sólo la evaluación y diagnóstico, sino también la intervención (Sandín, Chorot & Valiente, 2012).

Esta aportación del enfoque transdiagnóstico al estudio de la psicopatología infantil, es relevante porque permite establecer parámetros cuantitativos que sirven de guía para hacer frente a la solución de los problemas en los que se manifiestan alteraciones conductuales y a su vez, sugiere el uso de un sistema de clasificación, buscando eliminar las limitaciones del modelo categórico puro y favoreciendo en la aplicación de métodos de evaluación eficientes, así como intervenciones que aseguren el cambio en el comportamiento.

En cuanto a la intervención, las técnicas derivadas del modelo cognitivo conductual, han demostrado ser efectivas para trabajar los casos de

psicopatología externalizada, mismos que están orientados a la solución de problemas y desarrollo de habilidades sociales que favorecen un óptimo desarrollo psicosocial en los niños y que fomenten la prevención de riesgos a largo plazo; por lo que, desarrollar programas de intervención validados empíricamente que involucren la participación activa de los padres, simultáneos con el tratamiento a los menores, supone una reducción de los síntomas y evita consecuencias futuras (Bunge, Gomar & Mandil, 2009).

Los problemas externalizados en un niño tienen importantes implicaciones para la sociedad y para sí mismo, ya que tienen una menor aceptación por sus pares, presentan bajo rendimiento académico, no se integran en las labores del hogar, recurrentemente expresan emociones negativas, no establecen relaciones interpersonales adecuadas y suelen ser agresores de otros (Mendoza, 2010). Esto sugiere la importancia de una detección temprana de la presencia de estos síntomas en la infancia, debido a que la agresividad hacia los demás, las pocas conductas prosociales, altos grados de impulsividad, alto concepto negativo y pocas cogniciones no prejuiciosas son consideradas variables predictoras de la conducta antisocial (Garaigordobil, 2005).

Es decir, el comportamiento clínicamente grave incluye no sólo la agresión, sino el mentir, robar, cometer actos vandálicos, prender fuego, escaparse y ausentarse de clases (Kazdin, 1993). En sí misma, la conducta antisocial es un factor de riesgo para involucrarse en la delincuencia y criminalidad (Piquero, Welsh & Jennings, 2009).

Lo anterior hace necesario el papel del psicólogo en el diseño de intervenciones a manera de prevención de riesgos psicosociales a futuro y disminución de síntomas actuales. Sin embargo, esto sugiere la aplicación de técnicas no sólo a los niños, sino también se resalta la importancia del trabajo en conjunto con los padres de familia que ejercen una serie de estilos de crianza que influyen directamente sobre el comportamiento de los menores, por lo que el reto es aún más grande en la adecuación de planes y programas que apoyen la idea del

tratamiento combinado para la reducción de la agresividad y sobre todo que resulten ser eficaces bajo procesos científicos.

Comprobar los efectos de los tratamientos psicológicos permite ofrecer servicios de calidad que aseguran el bienestar de los individuos sin caer en la aplicación de procedimientos que carecen de validez empírica y que se basan en fundamentos pragmáticos, místicos o religiosos, por lo que el profesional de la psicología se encuentra obligado a actualizarse y regir su trabajo bajo fundamentos teóricos, metodológicos, científicos y éticos.

Esto invita a tomar en cuenta las consecuencias físicas, psicológicas y sociales a corto y a largo plazo que implica la agresividad infantil y el desarrollo de la práctica clínica, a tomar seriedad del problema y trabajar en conjunto.

Por lo tanto, en el presente trabajo se dará a conocer el estudio y análisis de caso de un menor de edad que manifiesta las características clínicas que subyacen al Trastorno Negativista Desafiante, para el cuál, bajo el enfoque transdiagnóstico de la psicopatología (Sandín, Chorot & Valiente, 2012), se realizó una formulación de caso basado en problemas a través de un análisis funcional de la conducta (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006) y se aplicó el instrumento de evaluación CBCL (Achenbach & Rescorla 2001) para poder así, diseñar e implementar una intervención cognitivo conductual para el niño y un entrenamiento a la madre con el objetivo de disminuir los síntomas externalizados referentes al trastorno.

CAPÍTULO I.

PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

La psicopatología infanto-juvenil incluye una serie de trastornos clínicos que, para poder intervenir en ellos, es importante conocer su naturaleza, cómo se originan y bajo qué condiciones hacen más vulnerable su aparición; por lo que en el presente capítulo se revisarán aspectos teóricos conceptuales que subyacen a los modelos explicativos de la psicopatología, así como la descripción de los problemas externalizados.

Por otro lado, se conocerá acerca del modelo dimensional y el modelo categórico de la psicopatología través del enfoque transdiagnóstico, mismo que supone la inclusión de ambos modelos para realizar evaluación e intervención psicológica (Sandín, Chorot & Valiente, 2012).

1.1. Modelo categórico de la psicopatología

El modelo categórico que utiliza los sistemas de clasificación diagnóstica de la psicopatología como el DSM-IV o CIE-10 es una forma práctica y concreta de evaluación que se ha ido utilizando a través del tiempo y que surge en el marco de la psiquiatría bajo la perspectiva médica que se ha dedicado a delimitar características sintomáticas concretas, únicas y distinguibles para cada entidad diagnóstica, categorías que son establecidas por consenso y que permiten identificar síntomas para agruparlos y suponer el padecimiento de trastornos mentales (Belloch, 2012).

El modelo categórico no termina de explicar y de precisar el problema de la comorbilidad en la psicopatología, es decir, el fenómeno en el que diferentes trastornos comparten características en común, como es el caso de la ansiedad y la depresión en los problemas internalizados o de la conducta agresiva en los externalizados, así mismo, el modelo no permite considerar el sufrimiento humano

como un todo y choca con la noción de dimensión o continuidad entre la normalidad y la psicopatología (Sandín, Chorot & Valiente, 2012; Belloch, 2012).

Es por ello que los avances en el estudio de la psicopatología han ido incursionando al modelo dimensional para dar explicación a estos límites del modelo categórico, ya que plantea la existencia de variables o dimensiones que influyen en otros factores teniendo efectos sobre la experiencia subjetiva, la actividad mental, el comportamiento, la red social y la salud (Belloch, 2012). Sin embargo, aunado a esto no se puede eximir de la existencia de un sistema de clasificación (Sandín, Chorot & Valiente, 2012).

1.2. Modelo dimensional de la psicopatología

El desarrollo humano es considerado un proceso multidireccional, producido por diferentes causas y niveles, por lo que es considerado un proceso complejo. La teoría conductual de sistemas (Novak, 1998) permite explicar el desarrollo psicológico a través de condicionamiento operante y como una ciencia natural que estudia los cambios progresivos de las interacciones entre la persona y el ambiente; por lo tanto, el desarrollo es el resultado de constantes cambios e interacciones bidireccionales organismo-ambiente producidos en un continuo y no por cambios lineales.

El desarrollo psicológico se concibe como resultado de un determinado número de tareas importantes para cada edad y estadio, donde la resolución satisfactoria de algo en un estadio temprano, aumenta la probabilidad de una adaptación exitosa a largo plazo, de lo contrario, se asocia a problemas que pueden manifestarse a través de trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia. Estos se identifican dentro del marco de la psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo, en la cual, la conducta normal y anormal se entienden como variaciones de un continuo de características que se dan a lo largo del ciclo vital y no como fenómenos dicotómicos (Lemos, 2003).

La psicopatología evolutiva o del desarrollo es entendida como el estudio de los orígenes y el curso de los patrones individuales de desadaptación conductual, cualquiera que sea el comienzo, las causas o transformaciones de su manifestación de la conducta y cualquiera que sea el patrón del curso evolutivo (Stroufe & Rutter, 1984); puede tener sus inicios durante la infancia y se manifiesta a través de comportamientos observables hacia el entorno, es una dimensión del desarrollo humano que aparece a partir de experiencias vitales del individuo, la transacción con el ambiente explica el desarrollo de la conducta disfuncional (Hernández-Guzmán, 1999).

La psicopatología evolutiva o del desarrollo se caracteriza por comprender en forma dinámica y compleja el efecto de los factores de riesgo y protección en el desarrollo normal y anormal (Cova, 2004); permite conocer a qué proceso del desarrollo subyacen a todos los ámbitos del funcionamiento y cómo se produce la integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales para explicar la conducta adaptada y desadaptada (Lemos, 2003).

En la actualidad, la psicopatología evolutiva viene a ser el paradigma dominante en la conceptualización de los trastornos mentales, a través del abordaje de 4 áreas de interés: 1) la identificación de cadenas causales en las que los factores de riesgo impactan en el desarrollo y la psicopatología; 2) variables individuales y psicosociales relacionadas con la resistencia a la influencia que tienen en las personas y el efecto de los factores de riesgo; 3) relación que existe entre elementos biológicos y psicosociales para influir en el desarrollo humano y; 4) el estudio de los factores de riesgo y protectores que se encuentran vinculados con problemas y trastornos específicos (Cova, 2004).

Entre sus objetivos, se encuentra el desarrollo de modelos que identifiquen los mecanismos de riesgo y protección y determinen la manera en que operan las diferentes variables a las que se encuentra expuesto el individuo.

Friedman y Chase-Lansdale en 2002; plantean un modelo que busca establecer los procesos subyacentes a la relación entre adversidades psicosociales y psicopatología, en el cual, las consecuencias positivas o negativas de los

procesos de desarrollo en el niño, dependen de procesos interpersonales, tales como patrones de apego, seguridad afectiva, regulación emocional, representaciones internas, valoraciones subjetivas y sistemas fisiológicos; por lo que, la relación del ambiente con dichas variables, son responsables de las consecuencias que pueden ser observadas en el desarrollo (Cova, 2004).

Sin embargo, el modelo refiere una serie de limitaciones como el no considerar que las conductas son influyentes en el contexto, no contemplar el efecto de la temporalidad y que las consecuencias no permiten identificar que puede llevar a unas o a otras (Cova, 2004).

Lo anterior establece un panorama diferente en cuanto a la forma en la que se explican los trastornos psicológicos, que se apartan de la perspectiva categórica que se ha implementado a lo largo del tiempo a través del uso de sistemas de clasificación diagnóstica como el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, APA, 2004) y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, OMS), para adoptar la aplicación del modelo dimensional, dónde la dimensión se entiende como el conjunto de magnitudes que sirven para definir un fenómeno psicológico (Hernández-Guzmán, Del Palacio & Freyre, 2011).

El modelo dimensional, es un modelo psicológico, que a diferencia del modelo categórico que se ha implementado en la medicina y este establece parámetros dicotómicos diagnósticos, permite identificar diferencias individuales en cuanto al número, intensidad de las quejas y las dimensiones psicológicas que componen el perfil del funcionamiento de las personas, tales como la personalidad, autoestima, emociones, inteligencia y estrategias de afrontamiento, de manera que, el número de características diagnósticas es un índice de gravedad que toma en cuenta el efecto en la forma de funcionar en el ambiente (Hernández Guzmán, Del Palacio & Freyre, 2011).

El enfoque dimensional tiene ventajas tales como, reducir las categorías diagnósticas al establecer un conjunto de dimensiones, dando importancia a la gravedad del trastorno; también incluye factores de orden superior y factores específicos que permiten proporcionar diferentes tipos de información a través del

uso del transdiagnóstico, que consiste en entender los trastornos mentales sobre una base de procesos cognitivos y conductuales causales y/o mantenedores de problemas o de grupos consistentes de trastornos mentales (Sandín, Chorot & Valiente, 2012).

El enfoque transdiagnóstico tiene su base dentro del modelo dimensional de la psicopatología pero no tiene un rechazo en el modelo categórico, ya que supone la existencia de un sistema de diagnóstico y una integración, en la cual es posible entender, clasificar e integrar los diferentes síntomas a través de dimensiones/factores, puesto que la oposición entre modelos cae en una falsa dicotomía (Sandín, Chorot & Valiente, 2012).

Dentro de las aportaciones al enfoque transdiagnóstico, el modelo multiaxial basado empíricamente de Achenbach (1990) que deriva del modelo dimensional al estudio de la psicopatología, supone un enfoque taxonómico y evaluativo de tipo empírico y multiaxial; empírico porque los síntomas que conforman las taxonomías son extraídas de los análisis multivariados efectuados sobre datos estandarizados de conductas infantiles, y multiaxial porque se basa en el análisis de ejes múltiples configurados sobre los diferentes fuentes de información y bases de datos (López, et al., 1995). Dicho modelo establece cinco ejes de evaluación en la infancia y desarrolla taxonomías psicopatológicas de alteraciones en el comportamiento y emociones, de la cual se obtienen ocho factores que se ubican en trastornos internalizantes (retraimiento, quejas somáticas y ansiedad-depresión), trastornos externalizados (comportamiento agresivo y comportamiento delincuente) y problemas mixtos (problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención).

Las taxonomías empíricas propuestas por Achenbach, son equivalentes a una serie de trastornos incluidos en el Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR, 2000) siendo parte de los problemas internalizados el Trastorno de Ansiedad, la Depresión y el Trastorno Obsesivo Compulsivo, mientras que dentro de los trastornos externalizados se encuentra el Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el

Trastorno Disocial o de Conducta (López, Castro, Alcántara, Fernández & López, 2009).

1.3. Trastornos externalizantes

Los trastornos externalizantes se caracterizan por comportamientos desajustados, tales como la agresividad, agitación psicomotora, desobediencia, comportamiento delincuente (Achenbach & Rescorla, 2001) oposicionismo, hiperactividad y conducta antisocial (López & Freixinos, 2001).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR, 2000) se describe al trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) como un patrón recurrente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad que se ve reflejado en casa o en la escuela, de manera que existan pruebas claras de interferencia en la actividad social y académica. Este trastorno manifiesta problemas para prestar atención a los detalles y para concluir actividades, no siguen órdenes ni instrucciones y suelen cambiar de actividades de manera continua y repentina.

La hiperactividad se identifica a través de inquietud, exceso de motricidad y habla en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo, experimentando dificultades para dedicarse tranquilamente a ciertas actividades, mientras que la impulsividad correspondiente al TDAH se caracteriza por impaciencia, dificultad para aplazar acciones, así como para esperar su turno, interrumpir constantemente a otros provocando problemas en diferentes ambientes, también tocan cosas que no deberían y se comportan de forma “payasa”. La impulsividad es una característica clínica que puede dar lugar a accidentes e incurrir en actividades peligrosas sin considerar consecuencias o riesgos (DSM IV-TR, 2000).

Otro de los trastornos externalizantes es el Trastorno Disocial o de Conducta (TD/TC) mismo que se define a través de un comportamiento repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los demás, así como las normas sociales. Los comportamientos típicos del TD son la agresividad que causa daño físico o

amenaza con él a otras personas o animales, también se presenta agresividad, daños a la propiedad, robos, fraudes y violaciones graves de normas, de manera que provocan deterioros significativos de la actividad social o académica (DSM IV-TR, 2000).

Un niño con Trastorno Disocial o de Conducta, manifiesta comportamiento amenazador, intimidatorio, pelea frecuentemente, utiliza armas para dañar, es cruel con personas y animales, destruye propiedades de otras personas, mienten y se escapan de su casa.

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) es un problema que también forma parte del grupo de los externalizantes y que también puede presentarse en el curso de otros trastornos como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (De la Peña & Palacios, 2011), mismo que será el elemento de estudio del presente trabajo, por lo que a continuación, se describirán sus características clínicas.

CAPÍTULO II.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

Para poder intervenir adecuadamente en términos psicológicos, es importante conocer el problema, sus orígenes y síntomas que se presentan en el niño y que impactan directamente en su ambiente; por lo que el presente capítulo está enfocado a conocer la definición y características clínicas que subyacen al trastorno, así como el modelo explicativo de la conducta negativista; con el propósito de tener una revisión teórica conceptual que permita entender el Trastorno Negativista Desafiante e identificarlo.

2.1. Definición del Trastorno Negativista Desafiante

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) se encuentra dentro de la categoría de los trastornos externalizados o de la conducta perturbadora y en el DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) se define por un patrón recurrente de comportamiento negativista, con rabietas, sentimientos de enojo y resentimiento, que causa un deterioro clínicamente significativo, manifestado por un comportamiento desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad (padres, maestros, tutores o cuidadores), que debe presentarse de forma continua por un periodo mayor a seis meses.

El rango de edad en el que suelen presentarse los síntomas es entre los 4 y 8 años de edad y cómo cualquier trastorno externalizado, es más común en el sexo masculino que en el femenino (Giraldo, Giraldo & Palacio, 2008).

Las características de los niños y adolescentes que presentan el trastorno negativista desafiante, se identifican por perder el control y enojarse fácilmente, así como ser discutidores, desafiantes y provocadores, de tal forma que su comportamiento interfiere en sus relaciones interpersonales y en su rendimiento académico (Vásquez, Feria, Palacios & Peña, 2010).

Así mismo, el DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) refiere un comportamiento negativista, hostil y desafiante que se ve manifestado a través de encolerizaciones y pataletas, el menor discute con adultos, los desafía y se rehúsa a cumplir sus demandas, suelen molestar a otras personas, acusan a los demás de sus errores o conducta inadecuada, conductas que los hacen susceptibles de ser molestados por sus pares. Ser colérico, resentido, rencoroso y vengativo, son también otras características típicas del trastorno.

Las variedades de síntomas presentes en el TND se pueden identificar en el ámbito familiar, social y en el académico, dónde un criterio importante es que dichos síntomas se presenten por un periodo mayor a 6 meses y con mayor intensidad que otros niños y adolescentes de la misma edad (DSM IV-TR, 2000)

El TND cuenta con una incidencia que fluctúa entre el 2 y el 16% de la población, variando de acuerdo con la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación (Vásquez, Feria, Palacios & De la Peña, 2010).

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) constituye un antecedente evolutivo del Trastorno Disocial o de Conducta, lo que hace importante y necesaria su intervención temprana, ya que como se ha mencionado anteriormente, el TD es un problema más grave que sigue avanzando.

2.2. Etiología del Trastorno Negativista Desafiante.

Los estudios sobre el origen, desarrollo y curso del trastorno negativista desafiante que se inicia en la infancia y/o adolescencia, se encuentra ligado a diversos factores, de los cuáles se han identificado los biológicos, psicológicos y sociales.

Los factores biológicos se refieren a aquellos patrones familiares de psicopatología y temperamento difícil en los niños; los elementos psicológicos que se asocian son el apego inseguro y cuidados parentales deficientes, así como fallas en el reconocimiento de las claves sociales y carencia de habilidades

sociales; finalmente los factores sociales involucrados derivan de condiciones de pobreza, falta de estructura social y violencia en la comunidad (De la Peña & Palacios, 2011).

La conducta oposicionista puede ser normal en algunas etapas del desarrollo y la sintomatología negativista puede ser producto de una enfermedad, reacción a un accidente, posterior a un evento traumático o una defensa contra sentimientos de incapacidad, incompetencia, ansiedad o pérdida de autoestima, sin embargo, es importante reconocer los factores que intervienen para lograr una adecuada intervención (Vásques, Feria, Palacios & De la Peña, 2010).

La teoría biológica-fisiológica plantea el origen del TND a través de la existencia de factores heredados de tipo neurofisiológico, psicofisiológico y bioquímico que predisponen a la baja tolerancia a la frustración y conductas inmaduras; mientras que la teoría del aprendizaje sostiene que las características del trastorno derivan del aprendizaje de lo que observan y viven en casa y con figuras de autoridad, buscando obtener atención, tiempo y preocupación por parte de sus padres (Giraldo, Giraldo & Ortiz, 2008; Vásques, Feria, Palacios & De la Peña, 2010).

Ahora bien, dentro de los factores de riesgo asociados al TND destacan los elementos genéticos, déficits cognitivos y lingüísticos, pobre funcionamiento familiar, problemas conyugales, maltrato y abuso infantil, depresión en la madre, desorden de personalidad antisocial parental, problemas socioeconómicos, mala relación con los pares, redes sociales limitadas y violencia en el medio, mientras que los factores protectores involucran la conducta prosocial, inteligencia, apoyo social y áreas de competencia extraescolares (Giraldo, Giraldo & Ortiz, 2008).

2.2.1 Modelo de los cuatro factores de la conducta de negativista de Russell Barkley

La conducta negativista desafiante, propia y característica del TND se explica a través de un modelo desarrollado en 1999 por Russell Barkley, quien ha estudiado

en diversas investigaciones la conducta desafiante y ha diseñado programas de reforzamiento para modificación conductual.

El modelo de cuatro factores de la conducta negativista (Barkley, 1999 *en Portugal & Vilar, 2004*) explica la aparición del patrón perturbador que subyace al TND, mismo que se desarrolla y mantiene a través de una serie de factores que interactúan entre sí. El modelo permite explicar etiológicamente los trastornos de conducta a través de las causas que se han identificado en estudios de investigación.

De acuerdo con Barkley, (1999) son cuatro los factores implicados: (1) prácticas de crianza ejercidas por los cuidadores, (2) características individuales del niño o adolescente, que incluyen rasgos temperamentales y de personalidad, (3) características individuales de los padres y (4) los factores contextuales internos y externos cómo vivir con una madre soltera, los problemas maritales, aspectos socioeconómicos y ambiente escolar hostil, que contribuyen a aumentar el riesgo de conducta desafiante y agresión, además de factores de riesgo relacionados con la disciplina irritable explosiva y la conducta agresiva del padre por la desobediencia del niño (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro & Barragán, 2002). A continuación, se explican los factores del modelo:

1) *Prácticas de crianza:*

Los estilos de crianza son métodos para moldear el carácter de los niños, enseñarles a ejercer autocontrol y presentar conducta aceptable, es un conjunto de actitudes y patrones generales de comportamiento de los padres hacia los hijos que están dirigidas a establecer habilidades y comportamientos específicos (Aguilar, Valencia & Romero, 2004).

Las relaciones padres-niño, padres-adolescentes se encuentran asociadas con la gravedad de la desobediencia, el desafío y la conducta agresiva, así como la persistencia de dichas conductas a lo largo del desarrollo se asocian con el riesgo de delincuencia a largo plazo. Los niños

con conducta negativista carecen de apego hacia los padres y estos a su vez, muestran inconsistencia en la que refuerzan positivamente la conducta desviada (Barkeley, 1999).

Las prácticas disciplinarias severas e irregulares que se manifiestan en una menor aceptación hacia los hijos, menos afecto, apego, apoyo emocional, poca participación en actividades como familia y un dominio de un cierto familiar, conducen a las conductas antisociales y de agresión (Kazdin, 1993), es por ello que el estilo autoritario que hace hincapié en el control y la obediencia donde se castigan de manera enérgica y los padres adoptan patrones de conducta más distantes y fríos con sus hijos, se asocian a la conducta agresiva (Papalia, Feldman & Martorell 2010).

El castigo inconsistente e impredecible de las conductas prosociales y antisociales que ejecutan los niños, así como la recompensa intermitente, se caracteriza porque el niño adolescente es castigado tanto si obedece como si no lo hace, de acuerdo con Dumas y Wahter (en Barkeley, 1999) el uso indiscriminado de consecuencias por parte de los padres, crea impredecibilidad social dentro de la familia y en la relación padres – hijos, provocando así una sensación aversiva; de tal forma que, una respuesta desafiante, agresiva o cualquier otra que consiga reducir dicha impredecibilidad, será reforzada negativamente e incrementará su respuesta.

Patterson (en Barkeley, 1999) propone que en familias donde hay niños con trastorno de conducta, los padres y los hijos se refuerzan negativamente por comportarse de manera agresiva y coercitiva con el otro, puesto que la conducta negativa de uno sirve para terminar con la conducta negativa del otro, reforzándose así, negativamente la conducta coercitiva del primero.

Los efectos dañinos del castigo físico, cuya manifestación de desaprobación ocurre en forma de gritos y golpes, tiene repercusiones directas sobre la conducta agresiva (Gómez-Guadiz, Straus, Carrobes, Muñoz-Rivas & Almendros, 2010), al igual que el estrés parental que propicia un trato rudo hacia los niños (Cabrera, González & Guevara, 2010) y los factores de crianza de hostilidad, negligencia y permisividad y la inestabilidad emocional (Tur-Porcar, Mestre, Samper & Malonda, 2012).

El rechazo definido como la expresión de críticas y desaprobación, incluyendo enojo, negligencia, hostilidad y abuso verbal, comunica y genera afecto negativo (Johnson, Cohen, Chen, Kasen, & Brook, 2006). El afecto negativo implicado en el rechazo de los padres se ha revelado como un mediador entre la personalidad de los padres y los problemas conductuales infantiles y entre la depresión de los padres y la depresión de los hijos (Wilson & Durbin, 2009).

Como otra forma de expresión de afecto negativo, el castigo genera afecto negativo en los hijos, lo que daña su salud emocional y su capacidad para regular las emociones, por lo que el afecto negativo y la incapacidad para regularlo desempeñan un papel mediador entre el castigo y algunos desenlaces, tales como la agresividad de los hijos (Chang, Schwartz, Dodge & McBride-Chang, 2003).

Por otra parte, el apoyo, la satisfacción con la crianza, el vínculo de comunicación, la disciplina de los padres y el compromiso, son aspectos que se relacionan con las bajas en la agresividad (Raya, Pino & Herruzo, 2009), por lo que la implementación de un estilo autoritativo de crianza es la opción para regular la conducta de los niños (Papalia, Feldman & Martorell, 2010).

2) *Características del niño o adolescente:*

Los niños y los adolescentes cuentan con ciertas características que los diferencian unos de los otros en cuanto a temperamentos y cognición, mismas que los invitan a ser más vulnerables a mostrar conductas coercitivas y a desarrollar desobediencia, así mismo influyen en el desafío y la agresión.

Las características temperamentales negativas como la propensión a reaccionar a respuestas de alta emotividad, irritabilidad, mecanismos deficientes de control, actividad motora excesiva y desatención tienen mayor probabilidad de tener algún trastorno de conducta disruptiva y desafiante (Barkeley, 1999).

Por otro lado, es también importante reconocer la diferencia entre sexos y los efectos del temperamento en la primera infancia, ya que el temperamento negativo en niños pequeños puede ser predictor de alto riesgo para la conducta desafiante, mientras que en las niñas predice menor riesgo en este tipo de conductas externalizadas, pero aumenta para problemas internalizados (Barkeley, 1999).

3) *Características de los padres:*

Las importantes contribuciones que tienen los padres en el desarrollo de la desobediencia o desafío de sus hijos, deriva de características temperamentales y cognitivas negativas; de tal forma que si un padre es inmaduro, inexperto, impulsivo, desatento, deprimido, hostil, rechazante, etc., tiene más probabilidad de tener niños o adolescentes desafiantes y agresivos (Barkeley, 1999), en particular, el trastorno antisocial y la delincuencia en los padres, tiene mayor asociación con los problemas externalizados.

Tales características negativas de los padres, en conjunto con experiencias previas y aprendizaje del ambiente, los conducen a utilizar estrategias de manejo inconsistente con mayor irritabilidad y hostilidad hacia sus hijos, proporcionando menor refuerzo para la conducta prosocial y a su vez, los niños experimentan éxito periódico y es así como la conducta coercitiva y negativista se refuerza para generar trastornos.

El modelo de aprendizaje social, vicario o por imitación explica también como las características de los padres influyen en el de origen de los problemas externalizados a través del uso de la conducta coercitiva por parte del padre o madre hacia otras personas, donde ocupan un papel mediador de modelo que es imitado por los hijos.

De acuerdo con Barkeley (1999) la genética de los padres que se ve manifestada a través a través de poseer ciertas características psicológicas que aumentan la probabilidad de crear ambientes familiares hostiles; entonces, cuando dichas características tienen base genética importante, existe una alta probabilidad de que los niños tengan características similares. Por lo tanto, el conflicto en una relación padre –hijo puede no deberse por completo a un efecto causal directo de las características de los padres, sino también a un riesgo genético compartido.

4) *Factores contextuales:*

Los acontecimientos internos y externos del contexto son otro elemento que contribuye a aumentar el riesgo de conducta desafiante y agresión en los adolescentes, tales factores son el aislamiento social de la madre, el estado civil del cuidador del niño, la discordia matrimonial, las desventajas sociales de las familias como el divorcio (Barkeley, 1999)

Las madres con trastorno depresivo, controladoras y padres pasivo-agresivos, tienen más posibilidades de que su hijo tenga conducta negativista desafiante (Vásques, Feria, Palacios & De la Peña, 2010)

2.3. Conducta Agresiva

Existen variables personales y variables ambientales que interactúan en el desarrollo de la agresividad, tales como una predisposición fisiológica que se ve reflejada en un alto arousal y el temperamento, cuestiones cognitivas afectivas como la atribución de intención hostil, culpabilizar a otros de algo, bajo nivel de razonamiento moral, habilidades interpersonales como la ausencia de control y manejo adecuado de la ira y alternativas de habilidad prosocial; el contexto cultural con sus tradiciones sociales que aumenta/moderan la agresión; el entorno interpersonal inmediato que involucra a los padres, amigos historia de delincuencia, videos o películas con personajes violentos, el entorno físico inmediato que incluye factores de temperatura del ambiente, ruido, muchedumbre, tráfico; cualidades personales de autocontrol, habilidades sociales y comportamiento prosocial; desinhibidores como el alcohol y drogas; la presencia de medios como pistolas, cuchillos y otras armas y la presencia de víctimas como esposa, hijos, ancianos, etc. (Goldstein, 1999, citado en Pelegrín, 2002)

De acuerdo con un estudio realizado por Patterson, Littman y Bricker (1976) en Wicks-Nelson y Allen, (1997) identificaron que los niños pueden aprender a ser agresivos si son recompensados por dicho comportamiento, esto surgió a través del análisis entre niños de guardería en los que los actos agresivos que iban seguidos de consecuencias positivas como el llanto o pasividad por parte de la víctima, tenían mayor probabilidad de repetirse, mientras que los que iban de consecuencias negativas como represalias o contárselo al profesor, daba como resultado que se cambiara la víctima o la conducta.

Sin embargo, también encontraron que los niños más pasivos y poco asertivos se utilizaban continuamente como víctimas y quienes no se mostraban agresivos, eran reforzados por consecuencias positivas y aumentaban la frecuencia de esos comportamientos.

La agresividad en los niños no sólo se explica a través del refuerzo, sino también a través de la imitación de modelos de agresión, tal como lo demostró Bandura en 1965 con su estudio de "Bobo", el modelo agresivo filmado en el que las consecuencias que sufría el modelo, afectaban la ejecución pero no el aprendizaje de la conducta de la agresión, aunado a esto, los niños pueden aprender respuestas nuevas y originales observando un modelo de agresión, pero también las respuestas agresivas ya existentes en el repertorio conductual del niño, pueden producirse con mayor probabilidad (Wicks-Nelson & Allen, 1997)

La agresividad benigna, entendida como una reacción espontánea y breve, cumple la función de protección al peligro, como una forma de supervivencia, sin embargo, esta puede considerarse maligna o patológica en la medida que satisfaga el deseo de dañar a los demás por un placer puramente sadista (Ostrosky, 2001). En el caso de los niños, la agresividad se caracteriza por una conducta que implica arrebatos explosivos de destrucción, daño físico o verbal a otros, a él mismo o a propiedades (Fajardo-Vargas & Hernández-Guzmán, 2008), mismos que varían en términos de frecuencia, gravedad, cronicidad e impacto sobre el individuo, la familia y el entorno (Kazdin, 1993).

CAPÍTULO III.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL

La toma de decisiones eficiente dentro de una evaluación clínica y psicoeducativa consiste e implica que el evaluador cuente con información de pruebas y medición, estadística, desarrollo infantil, teorías de la personalidad, psicopatología infantil e intervención; de tal forma que todo lo anterior, le permita llegar a conclusiones precisas (Sattler, 2010).

Así mismo, el evaluador debe contar con una serie de habilidades técnicas que consisten en:

- Seleccionar una batería de evaluación apropiada
- Considerar propiedades psicométricas de las pruebas
- Establecer un rapport con los niños y padres
- Observar, registrar y valorar la conducta
- Llevar a cabo evaluaciones informales
- Entrevistar a personas significativas del niño
- Aplicar y calificar pruebas de evaluación
- Interpretar los resultados de la evaluación
- Tomar en cuenta las variables étnicas y culturales
- Desarrollar intervenciones de acuerdo con los hallazgos
- Comunicar sobre los resultados de evaluación
- Colaborar con otros profesionales
- Acatar estándares éticos
- Mantenerse actualizado en literatura
- Conocer leyes y reglamentos federales y estatales relacionados con la evaluación.

De acuerdo con lo anterior, es importante saber que para realizar una evaluación infantil se deben hacer evaluaciones multimétodo, mismas que son ideales porque a partir de diferentes fuentes de datos y técnicas de evaluación, se

obtiene información de diferentes áreas del desarrollo. En la evaluación infantil, son cuatro los pilares que se consideran claves para tomar decisiones y que se complementan entre sí, debido a que proporcionan información acerca de los conocimientos, habilidades, conducta o rasgos de personalidad de los niños: 1) medidas con referencia a la norma, 2) entrevistas, 3) observaciones conductuales y 4) procedimientos informales de evaluación (Sattler, 2010).

3.1. Medidas con referencia a la norma

Son aquellas que se caracterizan por ser estandarizadas mediante un grupo normativo, es decir, un conjunto de individuos representativos en edad, sexo, origen étnico, nivel socioeconómico o región, que han hecho la prueba. Estas pruebas permiten identificar una comparación justa y equitativa entre niños, y proporcionan puntuaciones objetivas de corte cuantitativo que describen el funcionamiento presente y a su vez, una base para medir el progreso durante y después de una intervención (Sattler, 2010).

3.1.1. Entrevista

La entrevista es Psicología es una herramienta clave para la obtención de información, tiene el objetivo de comprender a un individuo, a un grupo de individuos o para que ellos mismos puedan comprenderse, así mismo se permite que los entrevistados comuniquen información en sus propias palabras y que los entrevistadores planteen preguntas (Esquivel, Heredia & Lucio, 2007).

Respondiendo a la estructura, una entrevista psicológica puede ser en dos tipos, abierta y cerrada:

La entrevista abierta se caracteriza por ser totalmente flexible, en donde las preguntas derivan de la interacción o bien, en la que hay pocas preguntas o ninguna y al entrevistado se le permite expresarse libremente; mientras que en la

entrevista cerrada, se sigue un esquema de preguntas que no puede ser alterado; aunado a esto, también se puede utilizar la entrevista semiabierta en la que se pueden investigar áreas con preguntas flexibles bajo un esquema ya establecido (Esquivel, Heredia & Lucio, 2007).

3.1.2. Observaciones conductuales

El uso de la observación de la conducta permite obtener información del niño a lo largo de la evaluación formal y dentro de su entorno natural, como en la escuela, el juego y el hogar, así como a identificar la motivación al cambio por parte de los padres; los métodos utilizados son los registros conductuales, videos y acudir al lugar específico (Sattler, 2010).

Dentro de la perspectiva conductual, también se implementan entrevistas a los padres, éstas hacen hincapié en preguntar ejemplos específicos de la conducta problema, refiriendo con precisión que pensamientos, sentimientos y acciones suceden en presencia de la conducta problema; por lo tanto, la frecuencia, duración e intensidad de las conductas son clave para la evaluación, así como el impacto que estas tienen en el niño (Esquivel, Heredia & Lucio, 2007).

3.1.3. Procedimientos informales de evaluación

Los procedimientos informales de evaluación son datos adicionales que permiten complementar las mediciones con referencia a la norma y así tener un panorama más global de la situación; estos pueden ser desde un documento de canalización escolar, informes de trabajo social, historiales médicos hasta evaluaciones y expedientes escolares anteriores y presentes (Sattler, 2010).

Una vez comentados los métodos de evaluación, se conocerán acerca de la terapia cognitivo-conductual y de las técnicas que se utilizan para el diseño de programas de intervención para conducta externalizada.

CAPÍTULO IV.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La intervención sobre el procesamiento individual de información presenta importante incidencia sobre las manifestaciones emocionales y comportamentales (Beck & Clark, 1997).

La terapia cognitivo conductual (TCC) parte del postulado de que los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta, de tal forma que los individuos responden al significado que le dan a las situaciones y no al evento en sí mismo (Bunge, Gomar & Mandil, 2009).

Cuando un niño presenta síntomas graves y recurrentes de agresividad y conducta disruptiva que afectan las diferentes áreas de su vida que involucran el ámbito escolar, familiar e interpersonal, es necesaria la intervención psicológica; de acuerdo con Olivares (2005) la terapia cognitivo-conductual ha aportado técnicas y estrategias que han demostrado ser efectivas debido a que proporcionan habilidades al paciente para poder reestructurar conductas, cogniciones y emociones que afecten su desarrollo personal; desde técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales.

Vallejo (1998) incluye una variedad de modelos que representan esquemas mentales, creencias, estructuras cognitivas, procesamiento de información y otros constructos, siendo así, el cambio psicológico que orienta al cambio de sistema representacional supuesto como condición para modificar pensamientos y conductas que resultan ser las más eficaces para reducir la agresividad, puesto que esta no se da sólo por eventos ambientales, sino que también influyen procesos cognitivos que implican las valoraciones que hace el niño sobre la situación, de las reacciones de los otros y de las autoverbalizaciones en respuesta a dichos eventos (Kazdin, 1993).

Los programas de intervención cognitivo conductuales que más se utilizan y han resultado efectivos en el tratamiento de los problemas de agresividad infantil

incluyen el entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y autoinstrucciones (Betancur, Mahecha, Ramírez & Ruíz, 2005; Calderón, 2001; Kazdin, 1995; Mendoza, 2010) y la relajación (Ayala et al., 2001).

En un estudio de revisión sistemática realizado por Fullana, Fernández, Bulbena y Toro (2012) la terapia cognitivo conductual resultó ser el tratamiento de primera elección por su eficacia para el tratamiento de trastornos emocionales y de conducta.

Por otro lado, Rizo (2014) demostró que la intervención cognitivo-conductual que incluye técnicas de reestructuración cognitiva, relajación, autocontrol, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y valores prosociales, así como el entrenamiento familiar, resultaron ser eficaces para disminuir las conductas desadaptativas propias del trastorno negativista desafiante en una niña.

Así mismo, Ramírez (2015) demostró la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de un niño con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno negativista desafiante, a través de la implementación de un tratamiento en contexto escolar interviniendo con el niño y proporcionando un entrenamiento al profesor.

4.1 Técnicas cognitivo-conductuales.

A continuación, se revisan de manera general y descriptiva algunas de las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizan para diseñar programas de intervención para el manejo de conducta externalizada.

4.1.1. Relajación Progresiva

La relajación muscular progresiva implica que el niño aprenda a distinguir entre sus estados de activación fisiológica, de tensión y distensión, de manera que

pueda relajarse en momentos de estrés, ira o enojo y ayudando a que la percepción de autocontrol y valoración de la autoeficacia impacten sobre las situaciones de tensión y conflicto (Ayala, et al., 2001; Mendoza, 2010), la respiración diafragmática es otra técnica útil de relajación.

De acuerdo con Mendoza, (2010), la relajación debe de contemplarse dentro de las primeras sesiones de la Terapia cognitivo-conductual, ya que permite generar una alianza entre paciente-terapeuta, además de que facilita el aprendizaje y aplicación de otras técnicas psicológicas para el desarrollo de habilidades que permiten afrontar eventos estresantes.

4.1.2. Economía de fichas

Es un plan de intervención conductual que refiere a un sistema motivacional que permite modificar conductas específicas y mejorar su adaptación al medio ambiente, haciéndose valer del uso de programas de reforzamiento, en el cual la ocurrencia de conductas apropiadas o la ausencia de conductas problemáticas se mantiene por refuerzo secundario a través de fichas durables que pueden cambiarse por otros reforzadores (Alvord, 1974; en Soler, Herrera, Buitrago & Barón, 2009).

4.1.3. Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales en el marco de la psicoterapia infantil permiten el desarrollo de estrategias para fomentar la asertividad y la empatía que se ve disminuida en los niños con conducta agresiva (Mendoza, 2010).

El modelamiento por parte del terapeuta es otra estrategia de intervención dónde se modelan las habilidades sociales, de solución de problemas y autoafirmaciones al niño, esto para mejorar el aprendizaje de las demás estrategias (Kazdin, 1995).

4.1.4. Reestructuración cognitiva

De acuerdo con Nezu, Nezu y Lombardo (2006), la reestructuración cognitiva busca cambiar distorsiones de percepción e interpretación errónea de un evento, situación o estímulo, de tal forma que el individuo cambie la percepción e interpretación de una situación evitándola ver como amenazante. Dicho proceso, implica modificar pensamientos automáticos.

4.1.5. Autoinstrucciones

Las autoinstrucciones o autoverbalizaciones son una técnica dirigida a enseñar a los niños autoadministrarse sugerencias para guiar su conducta a través del lenguaje interno, dándose afirmaciones positivas y autorreforzamiento para lograr la modificación de conductas agresivas e impulsivas (Kazdin, 1995; Mendoza, 2010).

Las autoinstrucciones parten de las investigaciones realizadas por Luria (1961, en Mendoza, 2010) en las que identificó tres etapas que están involucradas en la iniciación e inhibición de conductas motoras voluntarias bajo un control verbal, siendo así Donald Meichenbaum en 1977, quien menciona a la primera etapa como la conducta verbal que usan los adultos para dirigir la conducta de los niños, la segunda son las verbalizaciones que usa el menor para dirigir su propia conducta y la tercera cuando el niño utiliza un diálogo encubierto para dirigir su conducta.

4.1.6. Solución de Problemas

El entrenamiento en soluciones de problemas desarrolla una serie de habilidades cognitivas que permiten a los niños identificar problemas y paso a paso dar solución a los mismos a través de la selección de múltiples posibilidades,

de evaluar sus consecuencias y de guiar su pensamiento (Kazdin, 1993; Mendoza, 2010).

La solución de problemas permite que el individuo aumente la capacidad de afrontamiento, generando recursos propios que faciliten la resolución efectiva de situaciones conflictivas a través de modificar aspectos cognitivos y expectativas de capacidad de solución, así como el compromiso para autorreforzar sus logros (Nezu, Nezu & Lombardo. 2006)

4.2 Entrenamiento a padres

Debido a la influencia que ejercen los padres sobre la conducta agresiva, los tratamientos dirigidos a la disminución de esta, involucran un entrenamiento a padres que se refiere a los procedimientos por los cuáles el cuidador debe aprender para modificar la conducta de sus hijos en casa e identifiquen, definan y observen los conductas problemas (Kazdin,1995). El establecimiento de interacciones democráticas entre el padre de familia y el niño, favorecen la disminución de la agresividad (Rodríguez & Hernández, 2011). El entrenamiento a padres en combinación con el tratamiento cognitivo conductual infantil ha demostrado mejorías de la conducta infantil en casa y en la escuela (Díaz-Sijaba, Trujillo, Mencheta & Pérez, 2008; Kazdin,1993)

El entrenamiento a padres involucra la psicoeducación de normas, establecimiento de límites y estilos de crianza (Guerra, Campaña, Fredes & Gutiérrez, 2001) y técnicas que permiten el control conductual en casa, mismas que incluyen estrategias de economía de fichas que implica la administración de recompensas a través de estímulos canjeables que refuerzan las conductas positivas del infante; otra son las contingencias de reforzamiento social que consiste en el uso sistemático del refuerzo social para moldear y mantener niveles elevados de habilidad del niños (Kazdin, 1993).

Los programas de intervención que capacitan a los padres para favorecer un ambiente familiar sano funcionan como factores protectores de la agresividad

infantil (Cabrera, González & Guevara, 2010), así como los grupos para padres en la reducción de la conducta antisocial (Scott, Spender, Doolan, Jacobs & Aspland, 2001). El tratamiento conductual resulta ser efectivo en la disminución de conductas disruptivas y en el favorecimiento de las conductas prosociales (Corsi, Barrera, Flores, Perivancich & Guerra, 2009) con técnicas de solución de problemas y habilidades sociales (Fajardo-Vargas & Hernández-Guzmán, 2008).

De acuerdo con la literatura revisada, es preciso identificar la implicación que tienen diversas variables como las prácticas parentales, los rasgos de personalidad y las condiciones socioambientales para el desarrollo y el curso de la conducta externalizada. Por lo tanto, en el presente trabajo se dará a conocer el estudio y análisis de caso de un menor de 11 años de edad que manifiesta las características clínicas que subyacen al Trastorno Negativista Desafiante, para el cuál, bajo el enfoque transdiagnóstico de la psicopatología (Sandín, Chorot & Valiente, 2012), se realizó una formulación de caso basado en problemas a través de un análisis funcional de la conducta (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006) y se aplicó el instrumento de evaluación CBCL (Achenbach & Rescorla 2001) para poder así, diseñar e implementar una intervención cognitivo conductual para el niño y un entrenamiento a la madre con el objetivo de disminuir el enojo, variable que impactaba y potenciaba los síntomas externalizados referentes al trastorno.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Intervención cognitivo-conductual de un niño con Trastorno Negativista Desafiante.

1) IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: AAP

Edad: 11 años 4 meses

Sexo: Masculino

Nivel de Estudios: Educación Primaria en Curso (6° grado)

Sexo: Masculino

Lugar de residencia: Cd. Nezahualcóyotl, Edo. México.

Nivel Socioeconómico: Medio

2) ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA (antecedentes relevantes del problema, sintomatología descrita por el paciente a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, demanda del paciente y resistencia al cambio).

La madre trae a su hijo AAP de 11 años 4 meses de edad, al servicio de atención psicológica de la Clínica Multidisciplinaria de la UNAM FES ZARAGOZA, quien toma la decisión sin el consentimiento de su esposo debido a que el padre del niño no se encuentra de acuerdo con que el niño sea atendido psicológicamente. El motivo por el cual se solicita la intervención es porque desde hace un par de años y en la actualidad, el menor presenta conductas de irritabilidad y enojo injustificables, constantemente se encuentra de mal humor y responde de manera grosera a los llamados de figuras de autoridad, tales como la profesora de la escuela, trabajadora doméstica de su hogar, hermanos y mamá; incurre a las rabietas y suele ser vengativo en presencia de amenaza.

El niño no presenta enfermedades físicas, tampoco alguna alteración fisiológica, la impresión física que da es adecuada de acuerdo con lo esperado para su edad.

Se reporta que AAP presenta dificultades para comunicarse con su mamá y tienen una relación conflictiva; de igual forma sucede con su hermana de 8 años, con la cual mantiene una relación inadecuada, en la que AAP suele hacerle bromas, la golpea y la lastima a través de destruir sus cosas o decirle groserías y no siente culpa, sólo le da risa y disfruta ver como se enfada y entristece por lo que le hace.

En particular, desafía a su madre y profesora, no obedece y discute a menudo por todo; trabaja en la escuela cuando quiere, no cumple con sus tareas y presenta bajo rendimiento académico. Acompañado a esto, presenta conducta agresiva hacia sus compañeros, los golpea y se lleva pesado con ellos.

AAP menciona ser un niño alegre pero muy enojón, se estresa fácilmente puesto que no le gusta el escándalo. En la escuela, no le gusta ver a su profesora molesta y se lleva mal con algunos de sus compañeros, admite ser agresor en conjunto con otros niños.

En lo que respecta a la situación académico escolar, comenta que se aburre fácilmente, puesto que le enseñan cosas que ya sabe o que se le hacen muy sencillas y al final no tiene nada que hacer, además que hay veces que no le gusta asistir, dado que le molesta mucho el escándalo que hay en el salón.

En cuanto a la relación con su mamá, APP dice no quererla, que es muy enojona y siempre lo regaña con groserías, mientras que con su papá se lleva de maravilla, es quien lo quiere, lo consciente, le compra cosas y juega con él.

De acuerdo con APP, le gusta jugar con su hermano menor de 6 años, pero su hermana de 8 años le cae "gorda" dice que es chismosa, especial, grosera y que se parece a una niña de su salón que también le cae mal.

La madre de APP tiene una completa disposición para que se realice la intervención a su hijo, sin embargo, al niño le da igual asistir, en realidad no percibe ni sabe el motivo por el cual su mamá lo está llevando a la clínica, menciona que quizá es porque en ocasiones se porta mal, pero si hay algo que le gustaría cambiar de su persona, es su enojo, se enoja mucho todo el tiempo.

3) HISTORIA DEL PROBLEMA

APP es el hijo mayor de 3 hijos de una familia nuclear biparental con un estatus socioeconómico medio, en dónde el padre ejerce labores profesionales y es quien provee la manutención de la familia.

La madre de AAP reporta haber tenido un embarazo tranquilo, refiriendo que su esposo y ella esperaban con amor la llegada de su hijo, pero a ella le hacía falta la compañía y apoyo de su marido; desde que nació el niño y en la actualidad, la relación que mantienen sus padres como pareja, se caracteriza por una carente comunicación y acuerdos entre ellos, lo que ha intervenido en la educación del menor.

El parto fue muy largo, pero el bebé no presentó ninguna complicación prenatal, perinatal y posnatal, sin embargo, desde que nació fue un niño que no se podía dormir por periodos largos de tiempo, a su madre se le dificultaba que estuviera tranquilo, ya que cualquier ruido lo despertaba y comenzaba a llorar, por lo que, en ocasiones frustraba a su madre y lo dejaba llorando.

En la medida que fue creciendo se mostraba enojado y no convivía con cualquier niño de su escuela, además de que no expresaba sus sentimientos y casi no sonreía, cuestión que a la fecha sigue presente.

Cabe destacar que, a diferencia de su madre, el niño siempre ha mantenido buena relación su padre. La mamá de APP refiere que su esposo “batea” todo lo relacionado con el niño en cuestión escuela, conducta y actitud, en la medida que lo consiente con tecnología que no merece, además de que a lo largo de su desarrollo, le ponía películas de espantos y agresivas, al igual que juegos de Play

Station con la misma temática; la señora considera que su esposo siempre la hace ver como la mala ante AAP y le hace sentir culpable de los problemas.

La madre reporta que a los 4 años, AAP se molestó mucho cuando nació su hermana, puesto que quería que fuera varón y al ver que fue niña, padeció una crisis de enojo y rencor hacía su madre, por no haberle dado un hermano y constantemente le reclamaba el por qué no había tenido un niño con quien él pudiera jugar.

Posteriormente, AAP ha mantenido una relación inadecuada con su hermana, la mamá menciona que él es un factor importante en la baja autoestima de la niña, puesto que la suele insultar y hacer llorar con verbalizaciones atemorizantes; también le hace maldades pesadas y bien formuladas en las que ataca sus cosas personales, de la escuela y a ella misma. AAP tiene otro hermano menor de 6 años con quien le gusta jugar, pero lo hace de una manera pesada y en ocasiones lo hace llorar.

La mamá de AAP comenta que su hijo desde pequeño ha sido inexpresivo, no sonrío y se enoja muy fácilmente, desafía su autoridad, en la medida que atiende a lo que le dice y suele retarla, además de que no siente culpa cuando les hace daño a otras personas, sólo se ríe y disfruta ver como sufren y fracasan, misma risa que le colma la paciencia a su madre e incurre en reprenderlo con groserías o alguna nalgada, además de que no asume la responsabilidad de lo que hace.

Una anécdota que tiene muy presente su madre es que una ocasión ya se hizo daño él sólo, pues no quería hacer tarea y se dejó caer de la silla y se lastimó dejándose un “chipote” en la frente.

Por lo general, AAP es voluble con su mamá, casi no le habla, no platican, la ignora y cuando lo reprende, es grosero y retador; en casa cuentan con una trabajadora doméstica quien les ayuda en los quehaceres del hogar y la comida, AAP suele ser grosero con ella, le manda y le trata de menos, con el afán de molestarla y hacerle sentir mal, puesto que su madre menciona que es un niño muy ordenado con sus cosas.

En cuanto a la cuestión académica, la profesora menciona que es un niño inteligente pero que no trabaja, no cumple con sus tareas y se pelea muy seguido a golpes con sus compañeros, aunado a esto, en el transcurso de sus periodos escolares, la mamá de AAP siempre ha recibido quejas y citatorios por su conducta inadecuada y quebrantamiento de reglas, al igual que con anterioridad lo han remitido a atención psicológica, misma que ha sido difícil obtener puesto que, su padre considera que su hijo no tiene ningún problema, sin embargo, la madre de AAP no se ha limitado a llevarlo, ha acudido al IMSS e incluso con brujos, pero reporta que nadie ha podido ayudarlo a que su hijo mejore y con el paso del tiempo sigue igual.

AAP reporta que no quiere a su madre, porque es muy enojona y lo reprende a gritos y groserías, además de que cuando tenía 6 años, su mamá le quitó su perro para dárselo a una amiga que posteriormente lo mataría, lo cual le causó mucho dolor y rencor, dado que su madre le mintió y él tuvo que enterarse tras escucharla hablar por teléfono.

Su hermana menor le cae mal a AAP, puesto que dice que es chismosa y se parece a otra niña que también no es de su agrado, asume que le hace maldades y que prefiere jugar con su otro hermano que con ella.

En la escuela, a AAP le molesta mucho el ruido y escándalo, cuestión que le genera molestia, también dice no trabajar porque se aburre, ya que son cosas que él ya sabe o las termina rápido; en cuanto a sus relaciones interpersonales, tiene varios amigos con los cuáles golpean a otros niños que les caen mal, entre ellos se llevan pesado, pero son unidos, además de que tiene novia a quien quiere mucho.

4) ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA.

De acuerdo con la información de AAP y de su madre, se logró hacer un análisis de las conductas problemas, así como de las variables relacionadas con la aparición y mantenimiento de estas. Para ello, se utilizó el modelo de resolución de problemas (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006) para la formulación de caso, misma que se ve reflejada en un mapa clínico de patogénesis (Figura 1) que se muestra a continuación.

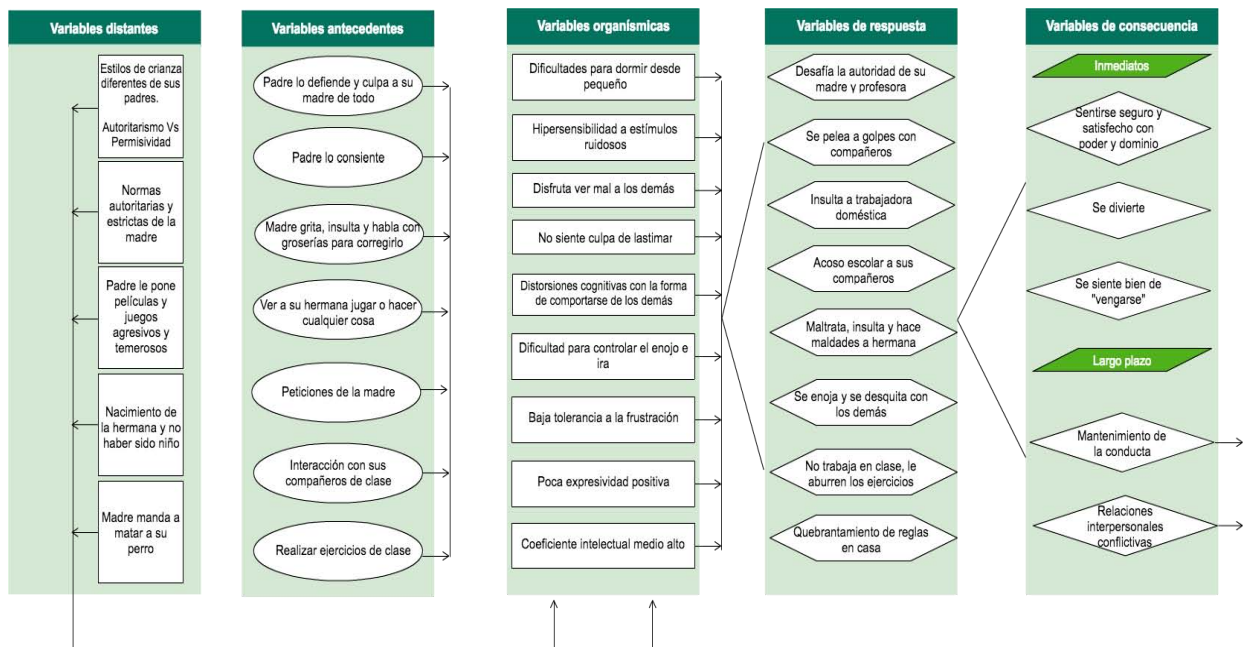


Figura 1. Mapa clínico de patogénesis (MCP)

Se identificaron variables distantes en AAP que corresponden a factores de desarrollo o históricos que se asocian con la manifestación de conductas que hoy son problema y con variables de vulnerabilidad orgánica, tales como los estilos de crianza de sus padres, dónde la madre aplica una forma autoritaria en la que fomenta una serie de reglas estrictas y le habla con gritos e insultos, mientras que su padre adopta una forma permisiva en la cual, no le corrige su conducta inadecuada y le consiente comprándole artículos tecnológicos en los que juega con temáticas agresivas y de espanto, al igual que las películas que ven, por lo

tanto, AAP ha aprendido a comportarse a su conveniencia cuando está con uno y con otro, del tal forma que, AAP mantiene una relación inadecuada con su madre, dónde la comunicación es deficiente. Otra variable distante que influye en la relación de AAP con su madre, es el hecho de que el niño a los 6 años se enteró que su mamá mandó matar a su perro que le habían regalado y se lo ocultó a través de mentiras, cuestión que le hizo sentir rencor hacia su madre.

Por otro lado, un evento significativo en la historia de desarrollo de AAP, fue el embarazo de su madre, en el cual él afirmaba lleno de ilusión que nacería un niño con el cuál iba a jugar, al cabo de los 9 meses, nació una niña y su reacción fue de enojo y rechazo hacia su hermana.

Desde temprana edad, a meses de nacimiento, AAP tenía dificultades para dormir y una alta sensibilidad a estímulos ruidosos, así como dificultad para controlar el enojo y con ello, una baja tolerancia a la frustración, siendo factores que a la fecha actual viven presentes y que se ven reflejados en su vida diaria, por ejemplo, no soporta el ruido en el salón de clases, cuestión que le enoja e irrita y se desquita con los demás, aunado a esto, AAP hace travesuras muy elaboradas para “vengarse” de la gente que él piensa, le hace daño. Dentro de esta serie variables orgánicas propias del niño, también se identificaron las distorsiones cognitivas relacionadas con la forma de comportarse de los demás, la ausencia de culpa al hacerle daño a otras personas y el goce de ver a otros sufrir.

En las variables antecedentes o desencadenantes se encuentran situaciones que detonan una respuesta en AAP, tales como cuando el padre lo defiende y culpa a su madre de todo; cuando su mamá le grita, insulta y habla con groserías para corregirlo, y cuando tiene a su hermana cerca, ya sea que la vea jugando o hacer cualquier cosa; otra variable antecedente es cuando se encuentra en la escuela a la hora del recreo o cuando la maestra se sale, ya que lo ve como un momento clave para pelearse o molestar a ciertos de sus compañeros. Estos eventos antecedentes, están relacionados con las variables de respuesta de AAP, las cuáles caracterizan al conjunto de síntomas del Trastorno Negativista Desafiante, estas respuestas son desafiar la autoridad de su madre, discutir por

todo con adultos, pelearse a golpes con sus compañeros de clase e integrarse a un grupo de amigos que en conjunto con él, son agresores de acoso escolar, maltratar e insultar a su hermana, enojarse y al no poder controlarlo desquitarse con los demás, actuar de manera rencorosa y vengativa, así como la planeación y ejecución de travesuras hacia su hermana menor.

Aquellas reacciones a las respuestas, evocan en las variables de consecuencia, mismas que operan a través de refuerzo para aumentar o disminuir la probabilidad de que se presente determinada conducta en el futuro (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006), en el caso de AAP, el sentirse seguro, satisfecho de poder y dominio, hacer lo que él quiere y su padre le consienta, refuerzan el desafiar a la autoridad y quebrantar las reglas, así como el “vengarse” cuando piensa que le han hecho algún daño, ya sea con su hermana , madre o amigos.

Por otro lado, la diversión y prestigio social que le genera el agarrarse a golpes, es también un reforzador positivo de que se siga presentando dicha conducta, así como el de ser agresor en el grupo escolar, siendo estas las consecuencias inmediatas; mientras que en las consecuencias a largo plazo, se encuentran el mantenimiento de la conducta agresiva, relaciones interpersonales conflictivas y poco control del enojo y la ira.

5) ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO Y OBJETIVOS TERAPEUTICOS.

Para llevar a cabo la intervención adecuada para AAP, se trazó un mapa de alcance de metas (Figura 2), el cual permite identificar las metas de resultados instrumentales o también llamados “objetivos del tratamiento” y metas de resultados finales para llevar a cabo la toma de decisiones clínica sobre la intervención (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Las metas del tratamiento que se establecieron en conjunto con APP y su madre, incluyen alcanzar una buena relación entre ellos y su hermana, disminuir la

conducta disruptiva y agresiva aprendiendo a controlar su enojo y que cumpla las reglas y labores académicas y del hogar.

Las metas de resultados instrumentales u objetivos del tratamiento para AAP fueron el control del enojo, la tolerancia a la frustración, los pensamientos irracionales, las relaciones interpersonales conflictivas, el quebrantamiento de reglas y la conducta agresiva y disruptiva.

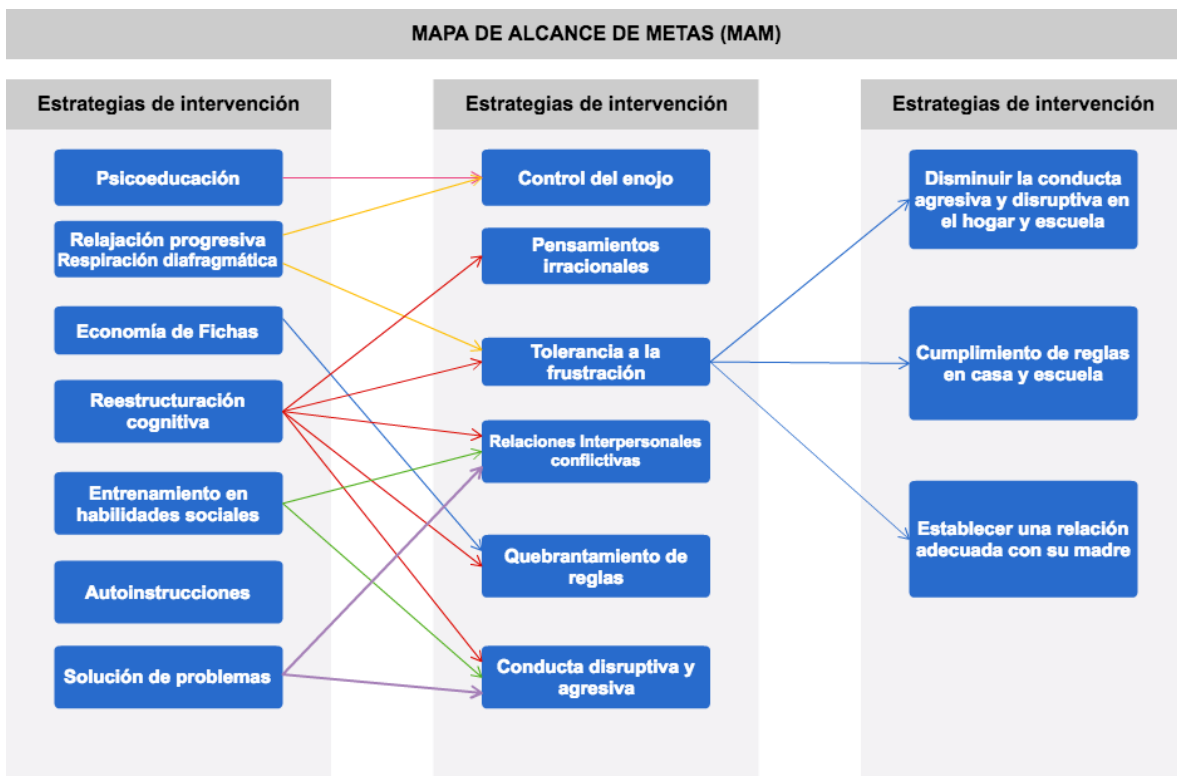


Figura 2. Mapa de alcance de metas (MAM)

6) SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

Una vez analizada la información obtenida, se procedió a seleccionar un tratamiento cognitivo- conductual de tipo combinado que incluye, intervención al niño y entrenamiento a la madre, utilizando diversas técnicas para cada problema en específico.

Para trabajar el autocontrol del enojo, se utilizó psicoeducación con apoyo de recursos metafóricos, relajación progresiva y respiración diafragmática, para la disminución de la conducta disruptiva y agresiva, así como la mejora de las relaciones interpersonales, incluido el vínculo con su madre, se seleccionaron una serie de técnicas, tales como economía de fichas para el cumplimiento de sus obligaciones en la casa y en la escuela; entrenamiento en habilidades sociales a través de modelados, ensayos conductuales y formulación hipotética de situaciones; reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos irracionales relacionadas con la madre, hermana y en general de las personas a su alrededor y de lo que le producía enojo; técnica de autoinstrucciones para realizar de manera correcta y efectiva sus tareas y actividades en casa; finalmente se seleccionó el aprendizaje de solución de problemas, para identificar la serie de pasos a tomar para resolver problemas de su día a día.

El entrenamiento a la madre se abordó a partir de psicoeducación del trastorno negativista desafiante y las conductas problemáticas específicas, estilos de crianza y reforzamiento para la economía de fichas aplicada en casa (Figura 3).

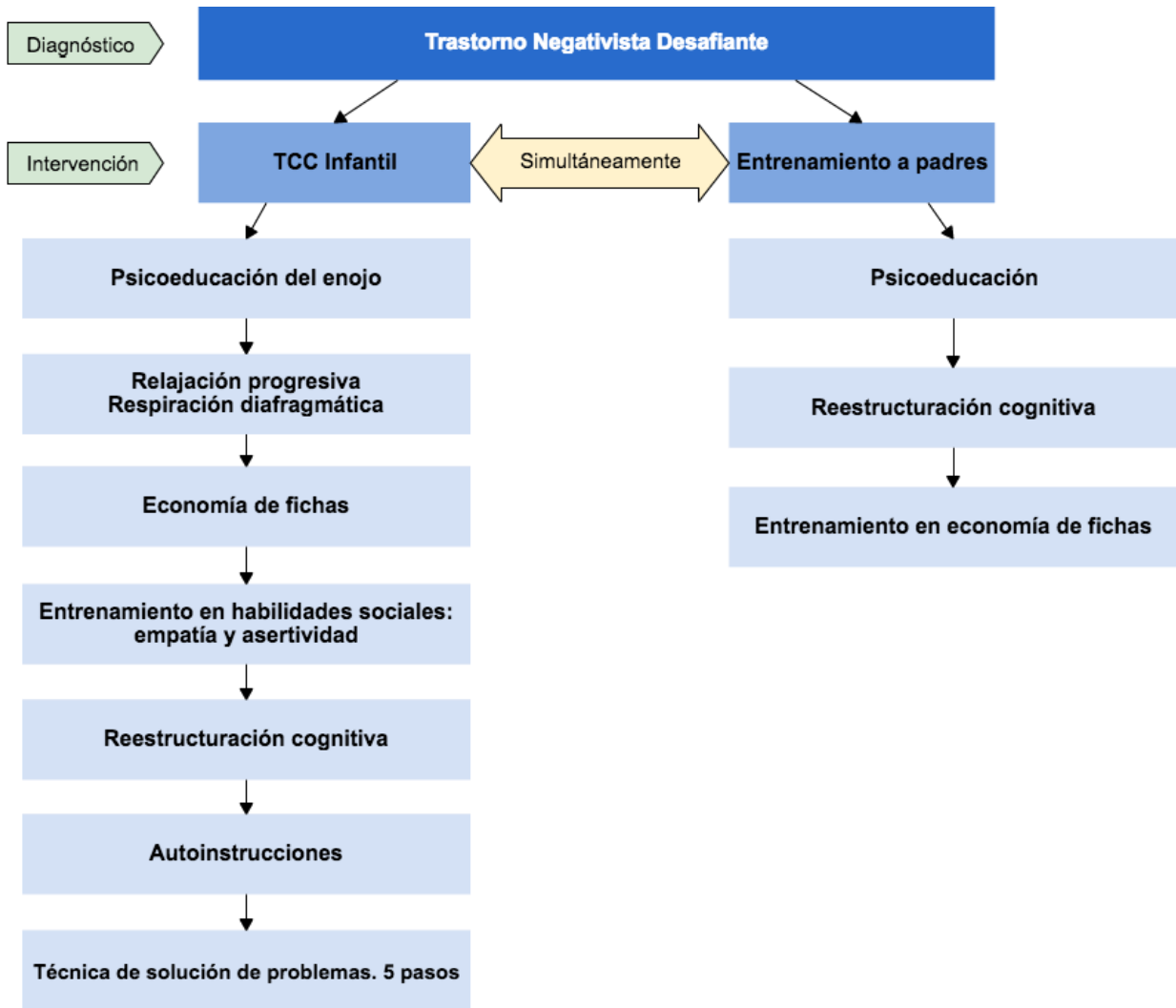


Figura 3- Diseño de intervención

7) EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evaluación se llevó a cabo en un periodo de 4 sesiones a través de las siguientes técnicas:

A) Historia clínica del Programa de Prevención Psicológica UNAM FEZ ZARAGOZA

B) Entrevista para padres del Programa de Prevención Psicológica UNAM FES ZARAGOZA

C) Entrevista para el niño del Programa de Prevención Psicológica UNAM FES ZARAGOZA

D) Registros conductuales ACC: Los registros permitieron conocer la intensidad y frecuencia de las conductas inapropiadas de AAP que se asociaban a problemas en su entorno social. Se encontró que el niño se enojaba de 2 a 3 veces en el día durante toda la semana, por lo menos 1 vez en el día molestaba o insultaba a su hermana, no realizaba sus tareas y se peleaba en clase.

E) Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001): Puntaje en rango clínico en la subescala de retraído/depresivo, conducta disruptiva/quebrantamiento de reglas y conducta agresiva. En esta evaluación, se omitió algún indicador relevante de la línea de retraído/depresivo, debido a que se encontró que AAP se comportaba de esa forma por motivos de conducta desafiante y de rasgos de personalidad, en el afán de retar a su mamá y profesora, pero no por causa de un trastorno emocional o de déficit de atención, ya que el mismo niño reportó siempre escuchar cuando se le hacían peticiones, pero él prefería ignorarlas y no atender a ello; además de que reportaba aburrirse en la escuela ya que sabía hacer las cosas.

Como marco de referencia, se utilizaron los criterios diagnósticos que establecen el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; APA, 2000) para el Trastorno Negativista Desafiante (Tabla 1)

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico del Trastorno negativista desafiante.	
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	5. A menudo molesta deliberadamente a otras personas
2. A menudo discute con adultos	6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa a cumplir sus obligaciones	7. A menudo es colérico y resentido
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas	8. A menudo es rencoroso o vengativo
B. El trastorno de conducta provoca el 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.	

En el cuál, cumple con 7 de los 8 criterios, siendo excluyente el criterio 6, de tal forma, se constató lo encontrado en la evaluación y se identificaron también dentro del diagnóstico, problemas sociales relativos a la enseñanza (conflicto con el profesor y compañeros) y problemas relativos al grupo primario de apoyo (disciplina inadecuada).

El diseño que se utilizó fue un diseño A-B individual, en el cual se dio una fase de evaluación y otra de intervención.

8) APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

La intervención cognitivo conductual que se aplicó, fue basada en el control del enojo (Mendoza, 2010) y se llevó a cabo en un periodo de 12 sesiones, con una duración de 1 hora con 20 minutos; siendo un tratamiento de tipo combinado en el que se incluyó entrenamiento a la mamá de AAP.

La reestructuración cognitiva venía integrada durante todo el tratamiento, cada que AAP comentaba situaciones de la semana y se identificaban pensamientos irracionales. Para ello, se realizaron pruebas de evidencia, formulación de situaciones hipotéticas y debates que no llevaban más de 20 minutos. En cada sesión se hacía una recapitulación de lo visto anteriormente, de tal forma que AAP no olvidara lo aprendido.

Sesión 1: Psicoeducación ¿Qué es enojo?:

La psicoeducación se realizó a través de metáforas, dibujos y ejemplos, para identificar cuando se sentía enojado y por qué, a partir de reconocer sus manifestaciones fisiológicas, psicológicas y comportamentales, ya que, mediante el conocimiento de su estado de enojo e ira, de manera consciente, podía cambiar todo.

En la psicoeducación se hacía importante interiorizar que todas las personas se pueden enojar, debido a que es una emoción y es algo normal, pero era necesario aprender a controlarlo para evitar consecuencias en las que pueda lastimar a los demás, a las personas que quiere y así mismo.

Para ello, se le explicaba la definición de enojo, cómo su cuerpo cambia a nivel fisiológico cuando se siente enojado, cómo su cuerpo experimenta calor y emociones intensas. La metáfora que se empleó fue la de una botella de agua cerrada, “¿Qué pasa si esa botella se encuentra cerrada y por arte de magia, sigue apareciendo más y más agua?”.

Sesión 2 y 3: Respiración Diafragmática y Relajación Progresiva:

Se le enseñó la técnica correcta para aprender a respirar adecuadamente, a través de varios ensayos de un ejercicio por tiempos, explicándole la importancia de que lo haga cuando se encuentra enojado.

Una vez que aprendió a respirar, se le dijo la forma en la que debe reconocer los estados de tensión y distensión de los músculos de su cuerpo, ya que, a través de ello identificará el momento en el cual se encuentra relajado y la importancia que esto tiene para controlar el enojo. Se le enseñó la técnica iniciando desde su cara, extremidades superiores, estómago y extremidades inferiores.

Posterior a la sesión, se le solicitó que lo practicara en casa y se acordó con su mamá, supervisar que se estuvieran llevando a cabo los ejercicios adecuadamente.

Sesión 4: Economía de Fichas:

De inicio, AAP no quería llevar a cabo el ejercicio en casa, por lo que fue necesario emplear reestructuración cognitiva a través de debate de pensamientos automáticos que el niño tenía sobre el cumplir con sus tareas. AAP tenía la idea de que no era necesario hacerlo, ya que para eso estaba la trabajadora doméstica y su mamá; también se emplearon ejemplos de situaciones de la vida cotidiana en la que tenía que identificar la diferencia entre derechos y obligaciones y cómo estos están inmersos en la vida de todas las personas y de la importancia de aprender a llevarlos a cabo.

La economía de fichas se llevó a cabo hasta el final del tratamiento, cada sesión, la madre de AAP traía la lámina y el reporte de las actividades que se estaban cumpliendo, de manera progresiva, fueron aumentando considerablemente el número de actividades realizadas y la implementación de más tareas y horarios para cada una.

Dentro de las tareas establecidas se encontraba el levantarse a tiempo para ir a la escuela, desayunar, comer y cenar en el tiempo establecido y en el comedor (debido a que, en ocasiones quería comer en su cuarto por estar jugando Xbox), recoger su cuarto, realizar sus tareas escolares, lavar los trastes y acomodar su ropa para la escuela

Sesiones 5, 6, 7 y 8: Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Se llevaron a cabo a través de ensayos conductuales, modelado, demostración de videos y formulación hipotética de situaciones para reflexionar.

Sesión 5: Empatía.

Se le explicó la definición del concepto y se retomaron situaciones hipotéticas en las que el menor tenía que identificar las emociones y sentir de los personajes e imaginarse en su lugar y exponer su sentir; así mismo se reflexionó sobre la importancia de entender a los demás, ayudarlos en caso de que lo requieran y no ser injustos.

Sesión 6: Comunicación Asertiva y Empatía.

En esta sesión, se le dio la definición de comunicación asertiva, se retomaron las situaciones hipotéticas y se le enseñó una técnica de 3 pasos para ser asertivo (Mendoza, 2010), la técnica consistía en:

1. Mirar a los ojos
2. Decir lo que pienso y siento (aunque sea negativo o positivo)
3. Sonreír

La técnica se le enseñó con una figura de un rostro de un niño y una niña a la cual se le iban colocando los ojos para recordar mirar, la nariz para recordar hacer el comentario y la boca para sonreír siempre.

Con las situaciones hipotéticas, se hicieron ejercicios de modelado y ensayos conductuales sobre la asertividad y empatía. AAP fue consciente que el ser asertivo implica una serie de reglas como no pasar por encima de los demás y no lastimar a nadie para decir lo que piensa y siente, de la misma forma supo que ser asertivo implica decir tanto cosas positivas como negativas.

Sesión 7: Comunicación Asertiva y Empatía (Sesión compartida con la madre)

Esta sesión fue compartida con la madre, AAP no sabía que su mamá estaría ahí. La intervención consistió en una confrontación cara a cara con su mamá, con la cual tenía problemas y expresaba no querer y caer mal. Con ayuda de los rostros de niña y niño y llevando a cabo la técnica de 3 pasos, ambos se dijeron lo que les gustaba y lo que no les gustaba uno del otro, que imagen tenían de sí mismos y como lo podían solucionar.

Durante la sesión, AAP se puso a llorar al igual que su madre y pactaron mejorar su relación con acciones que ambos realizarían, bajo un compromiso y por el amor que se tienen.

Sesión 8: Asertividad y Empatía (Sesión compartida con la madre)

Durante esta sesión, se revisaron los avances en cuanto a sus acuerdos mutuos para mejorar la relación entre ellos y se siguieron implementando mejoras en las que se propiciaba la convivencia en casa.

Ambos refirieron sentirse mejor y más tranquilos, la relación con su madre comenzaba a ser favorable, con cariño y buenos tratos y así fue hasta el final de la intervención, aunado a esto, se mencionó que AAP comenzó a trabajar en clase y a recibir buenas notas. La madre reportaba que había estado muy tranquilo en casa.

Sesión 9: Entrenamiento en Autoinstrucciones

El entrenamiento en autoinstrucciones permitió que se facilitara la realización de las actividades establecidas en la economía de fichas y evitar conflictos con sus compañeros de escuela.

Se utilizaron 3 pasos para las autoinstrucciones:

1. Relajación y respiración ante la situación conflictiva
2. Desarrollo de frases de autocontrol
3. Autoverbalización y palabra asertiva

Durante la sesión se le explicó a AAP como realizar la técnica, en qué consistía y cuál era su objetivo. Se utilizó la metáfora del “Semáforo” de acuerdo con los 3 puntos. Se pusieron situaciones hipotéticas y se realizaron prácticas de la técnica.

Sesión 10: Entrenamiento en Solución de Problemas

En este apartado, se revisó y enseñó a AAP la técnica de 5 pasos para solucionar problemas poniendo en práctica todo lo que ya había aprendido en sesiones anteriores, se utilizaron ensayos conductuales, modelado y situaciones hipotéticas (D' Zurilla & Nezu, 2007).

El desarrollo de la intervención fue a través de una diapositiva que era presentada en una Tablet, la cual tenía los 5 pasos para solucionar problemas:

1. Orientación al problema
2. Definición del problema (responde a las preguntas ¿Qué, cómo, cuándo, dónde y por qué?)
3. Soluciones alternativas (Toda alternativa es válida, buscar variedad de soluciones y gran cantidad de ellas)
4. Identificar y valorar las consecuencias (Se toma una decisión y se reflexionan y razonan).
5. Ejecución de la solución y evaluar si funciona.

Para llevar a cabo el entendimiento de la técnica, se utilizó una situación hipotética en la que ponía en práctica todos los elementos antes vistos y la solución de problemas. Esta sesión se orientó más hacia el aprendizaje y el debate. Se le solicitó a AAP comenzar a ponerla en práctica.

Sesión 11: Entrenamiento en Solución de Problemas

La sesión 11 fue la práctica y el retomar el entrenamiento en solución de palabras con la técnica de los 5 pasos y todo lo antes aprendido.

Sesión 12: Cierre de Intervención

La sesión 12 fue la última intervención con AAP, donde se retomó todo lo aprendido y se le elogió por haber concluido satisfactoriamente su intervención.

8.1 Entrenamiento a padres.

El entrenamiento implementado en la intervención de AAP fue tomado por su madre, quien era la persona que estaba como cuidador de AAP y quien acudía a la clínica.

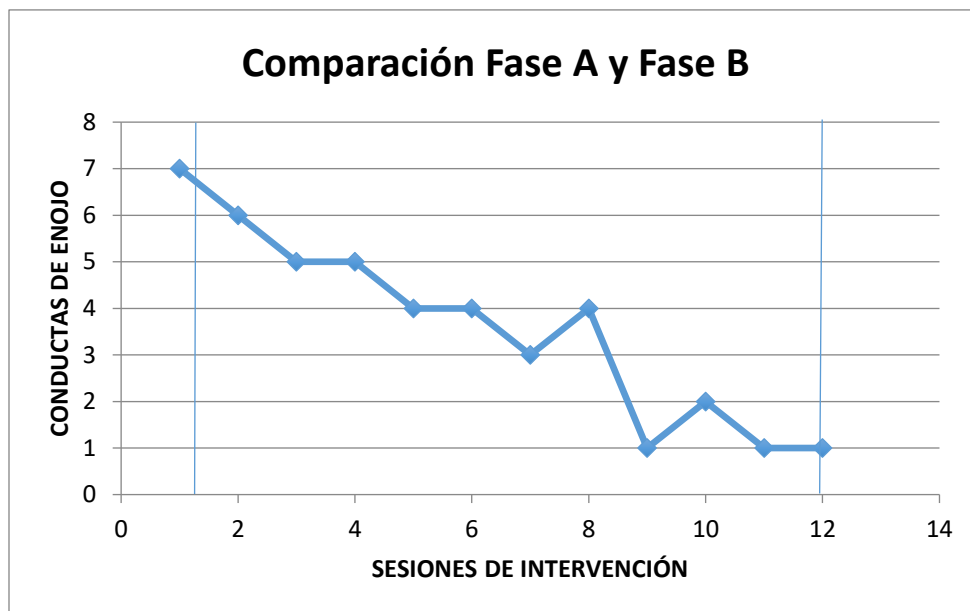
Día con día, la madre daba el reporte de AAP en casa y se mantenía al tanto de lo que sucedía en la escuela. El entrenamiento fue de tipo conductual y se enfatizó a enseñarle a implementar adecuadamente los reforzadores de la Economía de Fichas de AAP, así como psicoeducación constante de estilos de crianza y sus implicaciones en los niños:

1. Estilo de crianza autoritario
2. Estilo de crianza autoritativo
3. Estilo de crianza permisivo.

Conforme AAP avanzaba en su intervención, a la madre se le daba orientación sobre cómo entender y aceptar a su hijo tal cual es, quererlo y respetarlo en sus decisiones y formas de actuar, ya que, por rasgos de personalidad AAP es niño serio y reservado.

9) RESULTADOS Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

El tratamiento basado en las técnicas cognitivo-conductual mostró una mejoría clínicamente significativa, habiendo una tasa de respuesta de 6 conductas desadaptativas de enojo durante la fase A de evaluación y al inicio de la intervención, reduciendo para la fase B considerablemente la tasa de respuesta a 3 conductas, lo que demuestra la eficacia de la intervención (Gráfico 1).



De manera cualitativa, se observó que APP mejoró considerablemente la relación con su madre, conversaban, convivían y ya no peleaban a gritos y golpes como solían hacerlo. Cuando tenían alguna inconformidad, lo hablaban y buscaban soluciones, en caso de que estuvieran muy enojados, mejor se evitaban por el momento hasta que se pasara la sensación de desagrado, pero dichas situaciones ya no eran cotidianas, sólo presentaban en casos extraordinarios.

Aún había situaciones en la escuela que a AAP le enojaban, aún se enojaba, pero aprendió a controlar satisfactoriamente sus emociones negativas y el comportamiento disruptivo que se presentaba en determinada situación. AAP disminuyó considerablemente la conducta agresiva que manifestaba al estar enojado, así como la conducta conflictiva en la escuela, de tal forma que se alejó

de su círculo de amigos con el cuál agredía a otros; aunado a esto se propuso el reto de no pelearse ni una sola vez en su estancia en la secundaria.

En la cuestión académica, comenzó a cumplir con sus tareas, lo que conllevó a recibir elogios por su profesora debido a su buen rendimiento en el último mes y participó en el concurso de “La olimpiada del conocimiento” que organiza la SEP.

10)SEGUIMIENTO Y OBSERVACIONES

El presente estudio de caso permite conocer los alcances y la eficacia de una intervención cognitivo conductual aplicada al manejo de conducta externalizada en AAP, quien mostró un cambio y control en la conducta desadaptativa.

A lo largo de la intervención se observaron notablemente los cambios y el apoyo e interés por parte de la madre y el niño para alcanzar el objetivo del control del enojo.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra que, por cuestiones de tiempo, de cambio de clínica y periodo vacacional, no se le pudo dar seguimiento al caso; de tal forma que no fue posible medir y evaluar a largo plazo los efectos de la intervención. Dicha situación, no permite obtener datos más confiables de efectividad del tratamiento y de poder identificar si al paso del tiempo las conductas se mantienen, hay cambios en la misma o bajo qué condiciones se dan las recaídas.

Por lo tanto, para futuros estudios de caso se sugiere realizar evaluaciones longitudinales para ver la consistencia de la eficacia de la intervención y que tanto tiempo se mantienen las conductas nuevas que se aprendieron, para llevar un control de recaídas y reforzar conductas que empiezan a extinguirse.

11)CONCLUSIONES

El presente estudio de caso permite conocer los alcances y la eficacia de una intervención cognitivo conductual aplicada al manejo de conducta externalizada en la niñez, en el que para poder alcanzar los objetivos, se requiere del uso de un modelo de entendimiento de la psicopatología que permita evaluar y llegar a un diagnóstico de precisión, como lo permite alcanzar el enfoque transdiagnóstico a través de la evaluación dimensional y de un sistema de clasificación (Sandín, Chorot & Valiente, 2012).

De tal forma que, en este enfoque es importante identificar todas las variables que impactan e influyen en el desarrollo y mantenimiento de conductas adaptivas, mismas variables que no son sólo individuales, sino también ambientales, tal como lo señala el modelo de los cuatro factores de la conducta desafiante (Barkley,1999). Dichas variables se pueden identificar a través del análisis funcional en un modelo basado en problemas (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006) que proporciona información del desarrollo y la interrelación y asociación de conductas que se han aprendido a través del tiempo por medio de contingencias ambientales y que, a su vez son una herramienta del psicólogo que permite diseñar programas de intervención clínica orientados a modificar y controlar conductas específicas.

Las intervenciones psicológicas derivadas del modelo cognitivo conductual, resultan eficientes y eficaces para el manejo de conducta externalizada, tal como lo han demostrado en otros estudios de caso en niños y/o adolescentes con diagnóstico de trastorno negativista desafiante y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Riso, 2014; Ramírez, 2015) ya que sus técnicas están orientadas a la modificación del pensamiento para lograr el cambio en la conducta humana y así mismo desarrollar a través de estrategias sólidas, un repertorio de aprendizaje de habilidades sociales como la empatía y la comunicación asertiva, que son claves para entender y relacionarte interpersonalmente y en la solución efectiva de problemas.

Finalmente, los hallazgos encontrados en el presente estudio de caso para el manejo de la conducta externalizada, permiten conocer una vez más que la conducta desafiante, agresiva y disruptiva, es producto de variables individuales como los rasgos de personalidad del niño, variables ambientales como las condiciones de vida, características de los padres y sobre todo los estilos de crianza que ejercen los cuidadores en los niños, lo que hace importante el entrenamiento a padres dentro de la intervención. Por lo que el diseño de programas cognitivo-conductuales basados en técnicas con evidencia empírica, pronostican una mejora continua en los niños.

Conducta que se registrará: Enojo

Fecha.	
Antecedente.	iba a trapear mi cuarto y le eche jabuloso al agua cuando emese a trapear salio espuma y mi mama me regaño porque ella pensaba que le eche jabon
Conducta.	enojado porque me habia echado la culpa por sin razon
Consecuente.	me regaño y me echo la culpa
Lugar.	Mi casa
Personas presentes.	Mi mama y mis hermanos

ANEXO 1. Autoregistros

Conducta que se registrará: estres

Fecha.	
Antecedente.	estaba en mi casa con mis hermanos y yo ya tenia hambre pero mi mama no abia llegado y me comi la carne y al dia siguiente me regañó porque era lo que (bueno) a comer en la escuela
Conducta.	estresado porque no tenia nada de comer
Consecuente.	mi mama me regañó por comerme la carne
Lugar.	Mi casa
Personas presentes.	

Conducta que se registrará: Nervios

Fecha.	
Antecedente.	Estaba en la esc Don Aguilera Erdan haciendo el examen de la olimpiada del conocimiento
Conducta.	Nervios porque eran muchos niños y no sabía como seria el examen
Consecuente.	no podia contestar bien
Lugar.	Esc
Personas presentes.	alumnos de otras escuelas

Conducta que se registrará: enojado

Fecha.	
Antecedente.	estaba en my cuarto viendo la tele y cuando lo apage my mama no me queria dar de comer porque no baje a tiempo
Conducta.	enojado por que no me dio de comer
Consecuente.	me fui sin comer
Lugar.	My casa
Personas presentes.	

Conducta que se registrará: Desesperado y enojado

Fecha.	
Antecedente.	estaba en la escuela trabajando y ya estaba cansado y no era hora de recreo y paso el tiempo y tampoco era la hora asta que me desespere y luego me enoja y cuando toco el timbre no queria ablar con nadie
Conducta.	estresado por todo el tiempo en el salón
Consecuente.	no queria hablar con nadie
Lugar.	la escuela
Personas presentes.	mis compañeros

Ficha de Actividad 1.

Registro de Autorreporte: ¿Qué hago cuando me enojo?

Nombre: _____

1.- ¿Qué haces cuando te enojas?

golpeo mi pared con los nudillos pateo el suelo presiono la tele en maximo volumen y trato de calmarme

2.- ¿Qué le pasa a tu cuerpo cuando te enojas?

danso personal incremento de temperatura se me surge la adrenalina frecuencia cardiaca

3.- ¿Qué hacen las personas cuando te enojas?

me evitan y en ocasiones no me ven enojado

ANEXO 2. Actividades.

Act. 2.

Ficha de Actividad 2.

Hoja de Identificación de conductas positivas y negativas.

Instrucciones.

Escribe en la columna "Me hace sentir bien", el comportamiento de los demás o las cosas que dicen o hacen para hacerte sentir bien. Escribe debajo del título "Me hace enojar" el comportamiento de los demás o las cosas que te dicen o hacen para hacerte enojar.

ME HACE SENTIR BIEN.

que mi amigo me
anima porque
es muy simpá-
tico que mi
noria me abraza
y me diga todo
lo bueno y especial
que tengo

ME HACE ENOJAR.

que se enoje
mi mamá con
migo. que una persona
le hable mi noria

Act. 2.

Ficha de actividad 3.

Hoja de expresiones positivas y negativas.

Escribe debajo del título "Expresiones y conductas positivas" las expresiones o el comportamiento que haces para hacer sentir bien a la gente que te rodea (cómo tus papás, tus hermanos, tus amigos, la maestra).

Escribe debajo del título "Expresiones y conductas negativas" lo que dices o haces, provocando enojo en la gente que te rodea (papás, hermanos, amigos, maestra).

EXPRESIONES Y CONDUCTAS POSITIVAS:

Entregar trabajos y tareas

mi mamá a ser mis labores obligaciones y labores

EXPRESIONES Y CONDUCTA NEGATIVAS:

no entregar, no entregar mi tarea
no hacer mis obligaciones

Ilustración 1 y 2. Niños del mundo/expresión facial y corporal de enojo.



Ilustración 2: Enojo y Consecuencias.

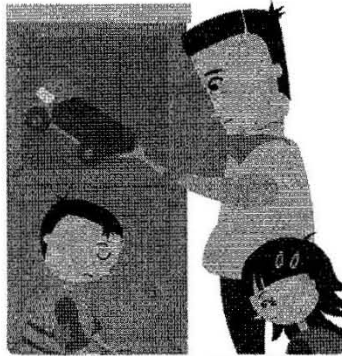
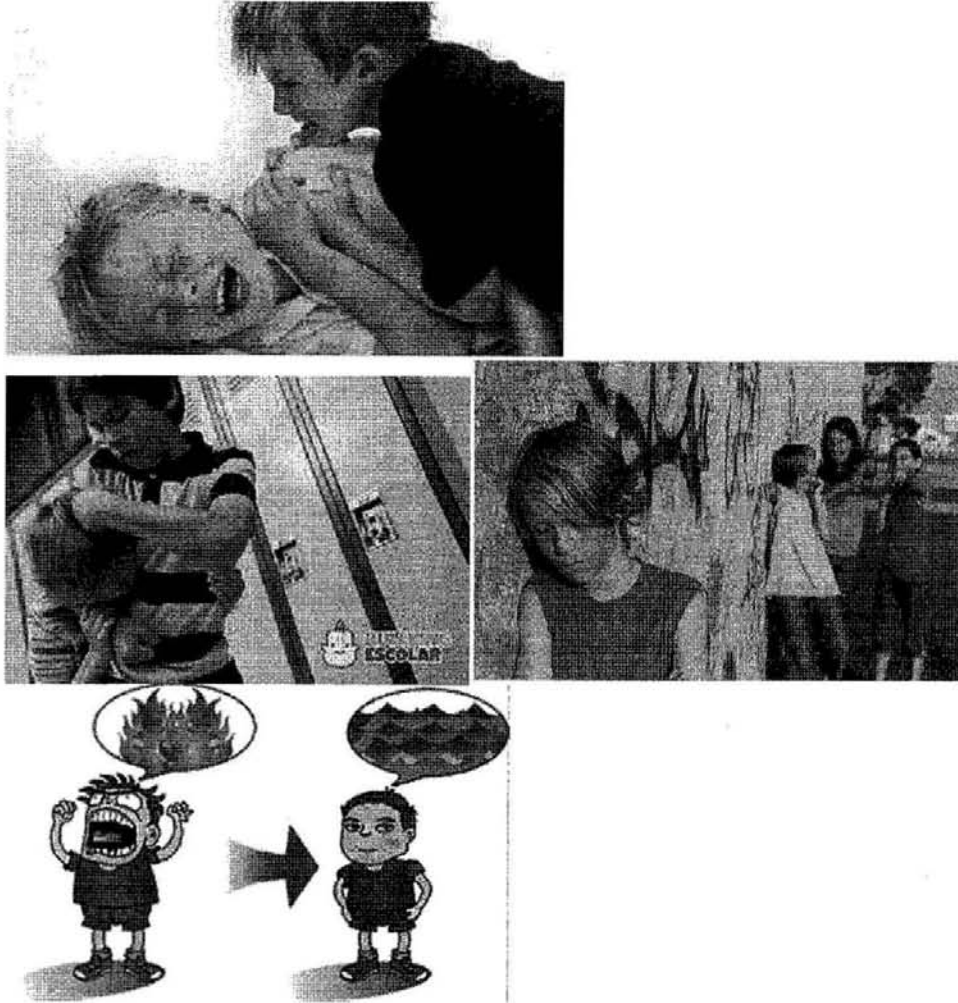


Ilustración 3: Expresión de enojo con agresión.



Ficha de actividad 10.

Frases positivas.

¡Bien, lo hiciste muy bien!

Gracias por ayudarme, gracias por cuidarme, gracias por enseñarme, gracias por servirme, gracias!

¡Excelente esfuerzo!

Eres una gran amigo/a

¡Maravilloso!

¡Muy buena idea!

¡Sensacional, lo hiciste muy bien!

¡Felicidades, eres un ganador!

¡Eres un buen deportista!

¡Que padre lo hiciste!

¡Lo hiciste bien y estoy segura que puedes hacerlo mejor!

Frases Negativas.

¡No quiero ser tu amigo!

¡Siempre te equivocas y perdemos por tu culpa!

¡No te queremos en nuestro equipo!

No juegues con nosotros.

¡Eres un idiota!

¡Vete de aquí, no te queremos!

Eres un estúpido.

Eres ton o ¿qué te pasa?

Eres un menso, baboso, etc.

¡Vete al diablo!

¡Todo me sale mal por tu culpa!

Tonto, burro, enano, marrano, chimuelo, etc.

ANEXO 3. Diagnóstico

DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

Nombre del paciente:

Edad: 11 años 10 días

EJE I: Trastornos Clínicos

F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que duro por lo menos 6 meses.

- 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 acuso a otros de sus errores o mal comportamiento
- 6.- A menudo es colérico y resentido
- 7.- A menudo es rencoroso o vengativo

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social y escolar.

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 cumple los criterios de trastorno disocial y si el sujeto tiene 18 año o mas tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

EJE II: Trastorno de la personalidad y retraso mental

Z03.2 Sin diagnóstico en el eje II [V71.09]

EJE III: Enfermedades médicas

Ninguno

EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales

Problemas relativos a la enseñanza (conflicto con el profesor o los compañeros de clase).

REFERENCIAS.

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist*. ASEBA: EEUU.
- Aguilar, J., Valencia, A. & Romero, P. (2004). Estilos parentales y desarrollo psicosocial en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Psicología*, 21(2), 119-129.
- American Psychiatric Association (2004). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV-TR*. México: Masson.
- Ayala, H., Pedroza, F., Morales, S., Chaparro, A. & Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*, 25(3), 27-40.
- Barkley, A. (1999). *Defiant teens. A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*. New York: A Guilford Press.
- Beck, A. & Clark, D. (1997). An information processing modelo of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behavior Research and Therapy*, 35(1), 49-58.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311.
- Betancur, A., Mahecha, J., Ramírez, A. & Ruiz, S. (2005). Estructura de los programas de prevención de conducta agresiva y promoción de conducta prosocial: ejes, evaluación y efectividad. *Suma Psicológica*, 12(2), 127-155.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

- Cabrera, V., González, M. & Guevara, I. (2010). Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. *Universitas Psychologica*, 11(1), 241-254.
- Calderon, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32(4), 79-98.
- Caraveo, J. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, 1(30), 49-55.
- Chang, L., Schwartz, D., Dodge, K. & McBride-Chang, C. (2003). Harsh parenting in relation to child emotion regulation and aggression. *Journal of family Psychology*, 17, 598-606.
- Corsi, E., Barrera, P., Flores, C., Perivancich, X. & Guerra, C. (2009). Efectos de un programa combinado de técnicas de modificación conductual para la disminución de la conducta disruptiva y el aumento de la conducta prosocial en escolares chilenos. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 67-76.
- Cova, F. (2004). La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: El desarrollo de una mirada procesual. *Revista de Psicología*, 8(1), 93-101.
- De la Peña, F. & Palacios, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y en la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34, 421-427.
- Díaz, M., Trujillo, A., Peris, L. & Pérez, L. (2008). Tratamiento de los problemas de conducta mediante un programa protocolizado de escuela de padres. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 8(1), 12-20.
- 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.

- Esquivel, F., Heredia, M. & Gómez, F. (2007). *Piscodiagnóstico clínico del niño*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Fajardo-Vargas V., & Hernández, G. L. (2008). Tratamiento Cognitivo Conductual de la conducta agresiva Infantil. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 371-389.
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A. & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.
- Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: correlatos socio-emocionales, predictores y diferencias de género. *Psicología Conductual*, 13, 197-215.
- Giraldo, B., Giraldo, C. & Palacio, J. (2008). Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados. *Latreia*, 21(1), 54-62.
- Gómez, M., Straus, M., Carrobles, M., Muñoz, J. & Almendros, C. (2010). Corporal punishment and long-term behavior problems: the moderating role of positive parenting and psychological aggression. *Psichotema*, 22, 529-536.
- Guerra, C., Campaña, M., Fredes, V., Gutiérrez, L. & Plaza, H. (2001). Regulación de la agresividad entre preescolares mediante el entretenimiento a madres y profesoras. *Terapia Psicológica*, 29(2), 197-211.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). Niños socialmente competentes. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández-Guzmán, L., Benjet, C., Andar, M. A., Bermúdez, G. & Gil, M. (2010). *Guías clínicas para la atención de trastornos mentales psiquiátricos en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

- Hernández, L., Del Palacio, A., Freyre, M. & Alcázar, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 111-120.
- Johnson, J., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S. & Brook, J. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 63(5), 79-87.
- Kazdin, A. (1993). Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en niños. Avances en la investigación. *Psicología Conductual*, 1, 11-114.
- Kazdin, A. (1995). *Conduct disorder in childhood and adolescence*. EU: Developmental Clinical Psychology and Psychiatry.
- Lemos, G. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 9-28.
- López, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V. & López, V. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psichotema*, 21(3), 353-358.
- López, C. & Freixinós, A. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología*, 17, 177-188.
- López, C., García, C., Murcia, L., Martín, C., Cortegano, M., López, I. & López, G. (1995). Problemas psicopatológicos en una muestra de niños-niñas. Taxonomías empíricas. *Anales de Psicología*, 11(2), 129-141.
- Mendoza, B. (2010). *Manual de autocontrol del enojo. Tratamiento cognitivo-conductual*. México: Manual Moderno.
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno.

- Novak, G. (1998). Behavioral systems theory of development. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 24(2), 181-196.
- Olivares, J. (2005). *Terapia Psicológica: Casos Prácticos*. España: Pirámide Ediciones.
- Ostrosky, F. (2011). *Mentes asesinas. La violencia en tu cerebro*. México: El Manual Moderno.
- Papalia, D., Feldman, R. & Martorell, G. (2010). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
- Pelegrín, A. (2002). Conducta agresiva y deporte. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(1), 39-56.
- Piquero, A., Farrington, D., Welsh, D., Tremblay, R. & Jennings, W. (2009). Effects of early family parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 5(2), 83-128.
- Portugal, F., & Vilar, A., (2004). El modelo de Russell Barkley. Un modelo etiológico para comprender los trastornos de conducta. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del Adolescente*, 4(1), 54- 64.
- Ramírez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 2(1), 45-54.
- Raya, A., Pino, M. & Herruxu, J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 211-222.
- Rizo, A. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 1(1), 89-100.

- Rodríguez, D. & Hernández, I. (2011). Intervención clínica a díadas madre-hijo para mejorar la conducta social y el aprovechamiento escolar en nivel básico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 68-89.
- Sandín, B., Chorot, P. & Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sattler, J. (2010). *Evaluación infantil: fundamentos cognitivos*. México: Editorial Manual Moderno.
- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B. & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal*, 323, 194.
- Soler, F., Herrera, J., Buitrago, S. & Barón, L. (2009). Programa de economía de fichas en el hogar. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 373-390.
- Stroufe, L. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 17-29.
- Tur-Porcar, V., Mestre, V., Samper, P. & Malonda, E. (2012). Crianza y agresividad de los menores: ¿es diferente la influencia del padre y de la madre?. *Psicothema*, 24 (2), 2884-288.
- Vallejo, M. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Tomo 1. Madrid: Dykinson.
- Vásquez, J., Fera, M., Palacios, L., De la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Wicks-Nelson, R. & Allen, I. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. México: Prentice-Hall.
- Wilson, S. & Durbin, E. (2010). Effects of paternal depression on fathers parenting behaviors. A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 167-180.