

Universidad de Palermo

Trabajo Final Integrador.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

***“Tratamiento cognitivo-conductual en un caso con trastorno
negativista desafiante”***

Profesora: Lic. María Laura Luppano

Tutora: Lic. Gabriela Ramos Mejía

Autor: Natalia Soledad Codinardo

01-01-2013

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| ÍNDICE..... | 2 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| 2. OBJETIVOS..... | 5 |
| 2.1 Objetivo general..... | 5 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 5 |
| 3. MARCO TEÓRICO..... | 6 |
| 3.1 Trastorno negativista desafiante..... | 6 |
| 3.1.1 Etiología..... | 9 |
| 3.1.2 Comorbilidad..... | 10 |
| 3.2 Terapia Cognitivo Conductual..... | 10 |
| 3.2.1 Conceptualización cognitiva..... | 12 |
| 3.2.2 Terapia cognitivo conductual en niños..... | 14 |
| 3.2.3 Rol del terapeuta..... | 15 |
| 3.3 Tratamiento..... | 16 |
| 3.3.1 Etapas de un tratamiento cognitivo comportamental..... | 16 |
| 3.3.2 Trabajo con niños y con padres..... | 16 |
| 3.3.3 Tratamiento en niños con problemas de conducta..... | 17 |
| 4. MÉTODO..... | 23 |
| 4.1 Tipo de estudio..... | 23 |
| 4.2 Participantes..... | 23 |
| 4.3 Instrumentos..... | 23 |
| 4.4 Procedimiento..... | 24 |
| 5. DESARROLLO..... | 24 |
| 5.1 Presentación del caso..... | 24 |
| 5.2 Características del trastorno negativista desafiante en la paciente..... | 25 |
| 3 | |
| 5.2.1 Descripción de las características del Trastorno negativista desafiante (TOD) de la paciente. | 25 |
| 5.2.2 Diagnóstico diferencial y Comorbilidad..... | 27 |
| 5.3 Descripción de las estrategias y técnicas terapéuticas que utiliza el Terapeuta para el tratamiento del Trastorno negativista | |

| | |
|--|----|
| desafiante en la niña..... | 28 |
| 5.4 Evaluación los cambios en las características del comportamiento de la paciente. | 34 |
| 6. Conclusiones..... | 36 |
| 7. Referencias Bibliográficas..... | 39 |

1- INTRODUCCIÓN

La residencia fue realizada en una fundación sin fines de lucro integrada por un grupo de psicólogos especializados en el abordaje clínico de problemáticas en niños y adolescentes.

4

Las 250 horas que se debieron cumplimentar fueron abarcadas en: la presencia y participación de cursos de especialización: Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de Ansiedad y del Estado de ánimo (Nivel Inicial y Avanzado), Terapia Cognitiva Conductual de los problemas de conducta y trabajo con la familia (Nivel Avanzado) y Trastornos Generalizados del desarrollo, entrenamiento en técnicas de abordaje. Todos los cursos constan de una parte teórica y práctica. También incluyó: la participación en los grupos de supervisión y en un grupo de investigación en psicología positiva, observación participante en un grupo de habilidades con adolescentes que padecen Asperger, la realización de la traducción de un manual de Terapia Cognitiva Conductual, la traducción y subtitulado de videos con sesiones terapéuticas.

El tema elegido para la presente tesis surgió por el interés que se generó sobre el abordaje terapéutico del caso de una paciente de 12 años con trastorno oposicionista

desafiante, que uno de los terapeutas presentó en una reunión de supervisión.

Con el fin de proteger la identidad de la paciente se la llamará la niña o la paciente.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir y analizar un caso clínico de una niña de 12 años con Trastorno negativista desafiante que inicia tratamiento cognitivo –conductual

5

2.2 Objetivos específicos

Describir las características del Trastorno negativista desafiante que tiene la paciente.

Describir las estrategias y técnicas terapéuticas que utiliza el terapeuta para el tratamiento del Trastorno negativista desafiante en niña.

Evaluar los cambios en las características del comportamiento de la paciente.

3-MARCO TEÓRICO

3.1 Trastorno negativista desafiante (TND)

Muchos niños presentan conductas disruptivas a nivel escolar y/o familiar que preocupan a sus padres. La mayor parte de ellos no padecen un trastorno oposicionista desafiante (TOD). Es por esta razón que las clasificaciones ayudan al terapeuta a pensar sobre problemas mentales y de comportamiento, acercándolos a un diagnóstico. De esta manera, el uso de clasificaciones ayuda a comunicar al psicólogo con otros profesionales, y desarrollar un plan para el niño. También, su uso ayuda a pensar en

6

otros posibles trastornos y generar una búsqueda relacionada con el problema del niño.

Todas las clasificaciones deben ser tomadas como tentativas, ya que el avance en el conocimiento e investigación acerca de la etiología, tratamientos, cursos y resultados pasan por continuas modificaciones y revisiones (Sengupta & Shivalkar, 2007).

La incidencia del trastorno negativista desafiante en niños es muy alta, los informes sitúan un inicio temprano de problemas de conducta en niños preescolares en tasas que van del 4-6% (Egger & Angold, 2006). En una investigación de Webster-Stratton y Hammond (1998) se establece que hay una incidencia del 35% en las familias de bajos ingresos. La prevalencia del TND varía según la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación. Se han hallado tasas de trastorno negativista desafiante situadas entre el 2 y el 16 % (Vásquez, Feria, Palacios & De la Peña, 2010). Belloch (1999) define el trastorno oposicionista desafiante como un patrón de

conducta negativista, hostil y desafiante, sin llegar a transgredir normas sociales. Según el manual DSM IV TR (A.P.A., 2003) la característica diagnóstica principal de este trastorno está caracterizada por un comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, cuya duración deberá tener como mínimo seis meses. Los niños y adolescentes que poseen este trastorno son discutidores, desafiantes, provocadores, se enojan y pierden el control con facilidad. A diferencia del Trastorno social, no hay violaciones de las leyes ni de los derechos básicos de los demás (Vásquez, Feria, Palacios & De la Peña 2010). Según Vásquez, Feria, Palacios y De la Peña (2010), las dos clasificaciones de los trastornos mentales más ampliamente utilizadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición (CIE-10) y la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR).

El DSM-IV-TR y la CIE comparten idénticos criterios diagnósticos, pero difieren en sus condiciones diagnósticas. El DSM-IV-TR, lo incluye en los trastornos por conducta perturbadoras, mientras que en la CIE-10 se considera un subtipo menos grave de trastorno disocial (“trastorno disocial desafiante y oposicionista”).

Todos los niños en ciertas ocasiones se pueden mostrar desafiantes o desobedientes con sus padres, sus profesores o con otros adultos, principalmente cuando

7

se encuentran cansados. Es por esto que para poder diagnosticar TOD hay que observar si al menos cuatro de las siguientes conductas se manifiestan: accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar altivamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevar deliberadamente actos que molestarían a otras personas, acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, ser quisquilloso o sentirse fácilmente molesto por otros, mostrarse iracundo y resentido o ser rencoroso o vengativo. Para calificar el trastorno negativista desafiante, los comportamientos deben aparecer con más frecuencia de la típicamente observadas en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables y deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

Según Barkley y Benton (2000) la conducta desafiante es un problema que suele angustiar, que se presenta bajo múltiples formas y que se puede definir, en general, como el fracaso del niño o de la niña para cumplir las órdenes y peticiones, acabar las

tareas que se le encomiendan y seguir las reglas que, de manera clara, han aprendido y comprendido. Esto puede hacer su vida difícil y se requiere algún tipo de acción correctora cuando estas conductas duran más de seis meses, no están relacionadas con una fase del desarrollo o con un acontecimiento estresante, son relativamente graves, y tienen un efecto negativo sobre la vida del niño y de su familia.

La prevalencia del trastorno está dada en familias donde los cuidados del niño se ven interrumpidos por la sucesión de diferentes cuidadores o en familias cuyas prácticas educativas son severas e incongruentes.

APA (2003) especifica que los terapeutas deben ser muy cuidadosos al establecer el diagnóstico de trastorno negativista desafiante, ya que es muy frecuente observar comportamientos negativistas de carácter transitorio en niños en etapa preescolar y que cursan la adolescencia. Se deberá tener en cuenta que si bien los síntomas suelen ser similares para ambos sexos, en los hombres puede desarrollarse más variedad de comportamientos y ser más persistentes. Habrá que considerar que los comportamientos disruptivos no aparezcan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo. Se establecerá como diagnóstico siempre y cuando no se cumplan los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más.

8

Por lo general la edad de inicio es a los 8 años y no más tarde del inicio de la adolescencia. Los síntomas negativistas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual, manteniéndose a lo largo de meses y años.

Barkley y Benton (2000) determinan que la conducta desobediente y desafiante que se sitúa en el extremo del continuum se puede diagnosticar como trastorno negativista desafiante (TND) o trastornos disocial (TD). Tienen en cuenta que aunque hay algunos chicos que dejan de presentar conductas desafiantes cuando crecen, hay un número considerable que avanza hacia el trastorno disocial, incrementándose los conflictos familiares a medida que persiste la conducta desafiante.

Hay una alta prevalencia de problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia que requieren tratamiento para que no sigan causando considerables perturbaciones a lo largo del tiempo. Afortunadamente, muchos de ellos pueden ser abordados a partir de modelos psicoterapéuticos basados en la evidencia como lo es la terapia cognitiva conductual (Bunge, Gomar & Mandil, 2010).

Según Kendall (2000) el abordaje cognitivo conductual de niños y adolescentes integra intervenciones de reestructuración cognitiva y resolución de problemas con estrategias conductuales como el manejo de contingencias y el modelado. El objetivo principal consiste en modificar o mejorar las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales desadaptativas del niño o el adolescente del entorno.

Hay estudios que afirman que cuanto más joven sea un niño al momento de intervención, más positivo es el cambio conductual en su hogar y en su escuela (Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001). Es por esto que los programas de tratamiento como *Los años increíbles* (LAI) fueron diseñados para frenar y tratar los problemas de conducta cuando comienzan (infante/niño a lo largo de la escuela primaria) e intervenir en múltiples áreas a través del entrenamiento a padres, maestros y niños (Webster-Stratton, Reid & Stoolmiller, 1998). Los autores creen que la intervención temprana puede ayudar a prevenir una trayectoria de desarrollo hacia conductas cada vez más agresivas y violentas.

3.1.1 Etiología

9

Vásquez, Feria, Palacios y De la Peña (2010) explica que la conducta oposicionista puede ser normal en ciertas etapas del desarrollo, ya que es necesaria para asumir una individualidad y poder establecer normas y controles internos. Pero cuando no se puede expresar abiertamente la agresión ésta es bloqueada, entonces puede expresarse como una resistencia pasiva, es decir: no coopera, no sigue instrucciones, así se convierte en una forma de manejar el estrés para el niño o el adolescente. De esta manera, estas conductas se convierten en parte de las manifestaciones que persisten aún después de que su función “adaptativa” hubiera terminado. En algunos niños y adolescentes, la sintomatología negativista puede aparecer como reacción a un accidente, enfermedad, después de un evento traumático, o puede ser una defensa contra sentimientos de incapacidad, incompetencia, ansiedad, pérdida de autoestima o tendencias de sumisión.

Hay dos teorías citadas por Vásquez, Feria, Palacios y De la Peña (2010): teoría biológica-fisiológica y la teoría del aprendizaje. La primera se refiere a que la conducta agresiva está relacionada con factores bioquímicos, hormonales. Mientras que la segunda teoría plantea que las características negativas del trastorno son actitudes que los jóvenes aprenden de las técnicas negativas empleadas por los padres y figuras de autoridad (castigos, gritos, golpes, ignorarlos, etcétera).

Según Barkley y Benton (2000) en general hay cuatro factores relacionados con su origen: el primero sería el temperamento del niño y otras características. En segundo lugar podría ser el tipo de interacción entre padres e hijo. La personalidad de los padres sería el tercer factor y por último nombran las presiones del entorno familiar. Cada uno de los factores influye en los otros y, de hecho, es bastante típico que las conductas de padres e hijos se influyan recíprocamente, intensificándose los conflictos individuales y empeorando las conductas desafiantes del niño y su relación con su hijo a lo largo del tiempo.

3.1.2 Comorbilidad

Según Belloch (1999) la comorbilidad alude al solapamiento o asociación que suele existir entre los Trastornos de conducta perturbadores, trastorno de conducta y el oposicionismo desafiante, y el TDAH. La comorbilidad en los Trastornos de conducta

10 es muy alta (entre un 40 y un 60% según los estudios). El diagnóstico psiquiátrico comórbido más frecuente es el TDAH (hasta un tercio de los niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH cumplen también criterios de TC). Además, es frecuente la presencia de episodios depresivos y trastornos de ansiedad. También existe una comorbilidad alta entre los trastornos de conducta y los problemas específicos de aprendizaje, el retraso mental ligero y los trastornos generalizados del desarrollo (Javaloyes Sanchos & Redondo Romero, 2005).

3.2 Terapia cognitivo conductual

Las dificultades de orden psicológico que se padecen durante la infancia y la adolescencia son altamente frecuentes y pueden causar considerables perturbaciones a lo largo del tiempo. Desde los modelos psicoterapéuticos basados en la evidencia muchos de ellos pueden ser abordados con grandes probabilidades de éxito ya que cuentan con apoyo empírico para su uso.

Este modelo directriz surge en la década del setenta como un abordaje de tratamiento para la depresión desarrollado por el psiquiatra norteamericano A. T. Beck (1979). Dicho surgimiento fue el punto de partida para que se comenzaran a investigar su eficacia para diversos trastornos, primordialmente en los que se refieren al estado de ánimo y ansiedad (como se cita en Bunge, Mandil & Gomar 2010).

J. Beck (2000), expresa como postulado fundamental de la *Terapia Cognitiva Conductual (TCC)* que las emociones y la conducta de las personas están influenciadas

por la forma en que se interpretan las situaciones. Esto implicaría una relación circular de interacción mutua entre los pensamientos, las emociones y la conducta.

La terapia cognitiva está basada en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante (Hart & Morgan, 1993) (como se cita en Friedberg & McClure, 2005).

Se puede decir que lo que se toma de la teoría del aprendizaje social está basado en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y que la conducta es un

11

fenómeno dinámico y en constante evolución. Los contextos influyen en la conducta y la conducta a su vez da forma a los contextos; en ocasiones, son los contextos los que ejercen una mayor influencia sobre la conducta de la persona, y otras veces, son las preferencias, las disposiciones y las características personales que determinan la conducta (Bandura, 1982).

3.2.1 Conceptualización cognitiva

J.Beck (2000) señala que la conceptualización cognitiva provee al terapeuta de un marco necesario para comprender al paciente. Al iniciar todo proceso terapéutico deberá plantearse una serie de preguntas para poder abordar el caso de forma precisa. Las mismas deberán realizarse sobre: tipo de diagnóstico del paciente, problemas actuales (desarrollo y persistencia), pensamientos y creencias disfuncionales asociados con los problemas, tipo de reacciones (emocionales, fisiológicas y/o del comportamiento) se asocian con estos pensamientos.

A partir de contestadas las preguntas, el terapeuta deberá desarrollar una hipótesis sobre el modo en que el paciente desarrolló su particular trastorno psicológico. Desde el primer contacto, el terapeuta comienza a construir una conceptualización cognitiva del paciente y la sigue profundizando hasta la última sesión. Este marco, orgánico y siempre en evolución, lo ayuda a planificar una terapia eficaz y eficiente (Parsons, 1989) (como se cita en Beck, 2000).

Según esta terapia hay cinco elementos interrelacionados que hay que tener en cuenta al conceptualizar las dificultades psicológicas del ser humano (Beck, 1985; Beck, 1995; Padesky & Greenberg, 1995) (como se cita en Bunge, Mandil & Gomar 2010). El contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo son factores que interaccionan entre sí generando un sistema

dinámico y complejo. Estos elementos se presentan en un contexto interpersonal/ambiental que dirige la atención de los profesionales hacia las circunstancias particulares de cada niño a la hora de realizar su evaluación y tratamiento, interviniendo a nivel cognitivo-conductual para influir en los patrones de pensamiento, conducta, emoción y reacción corporal (Alford & Beck, 1997). La forma en que los niños interpretan sus experiencias determinará su funcionamiento emocional (como se cita en Bunge, Mandil & Gomar 2010).

Según Friedberg y McClure (2005) el problema de la interpretación no radica en su verosimilitud o la carencia de ella, sino en las consecuencias comportamentales y emocionales que se desprendan de allí, especialmente cuando el mismo estilo se utiliza frecuentemente y de modo rígido en diferentes situaciones. Determinar cuándo estos procesos reflejan cogniciones significativas para el paciente suele ser un desafío para los profesionales de la mente.

Bunge, Mandil y Gomar (2010) explican que la terapia cognitiva conceptualiza los desórdenes psicopatológicos como formas de atribución de significado o procesamiento de la información con tendencia a ser sesgados, rígidos y desadaptativos para las personas. Su objetivo constituye en flexibilizar los modos patológicos del procesamiento de la información, permitiendo a la persona sentir y actuar de una manera más adaptativa.

Friedberg y McClure (2005) sostienen que los niños elaboran activamente la información obtenida de los estímulos ambientales seleccionando, codificando y explicando las cosas que les suceden a sí mismos y a los demás. Describen la existencia de una jerarquía que organiza la forma en que las personas procesan la información. En primer lugar Beck (2000) define a los *esquemas* como estructuras nucleares funcionales

de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, más o menos permanentes, que guían la búsqueda, codificación, almacenaje y recuperación de la información.

En los trastornos psicológicos se activan esquemas idiosincrásicos desadaptativos que se activan ante determinadas circunstancias y determinan la interpretación de las demandas ambientales en forma rígida, impermeable, global y concreta.

A su vez, los esquemas tienen un aspecto cognitivo que se subdivide en: las

creencias nucleares, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos.

A las representaciones de la realidad que son estables y profundas, consideradas por las personas como verdades absolutas, son a lo que los autores denominan creencias nucleares.

13

Las creencias intermedias pueden ser de tres tipos (Beck, 1995): a-presunciones o enunciados condicionales del tipo: “si...entonces...”; b-reglas o expectativas; y c-actitudes.

Tienen una tendencia a la auto-confirmación.

En cuanto a los pensamientos automáticos, son pensamientos o imágenes que forman parte del flujo de conciencia, que varían según la situación; suelen ser rápidos, casi imperceptibles para las personas (Friedberg & McClure, 2005).

3.2.2 Terapia cognitivo conductual en niños

Bunge, Mandil y Gomar (2010) aclaran que los motivos de consulta infanto juveniles por lo general se caracterizan por ser multiproblemáticos, más que específicos, a la vez que incluyen diferentes multideterminantes contextuales.

Según Kendall (2000), las expectativas anticipatorias, el procesamiento cognitivo de la información y los estados emocionales asociados al evento son elementos que influyen en el cambio conductual. Todo terapeuta cognitivo deberá analizar estos elementos adaptándose al estadio evolutivo del joven y contemplar las diferencias propias de cada etapa.

Sostiene que dicha terapia está orientada a la resolución de problemas y cuenta con las siguientes características: centrado en el procesamiento cognitivo de la información, sin dejar de lado el plano emocional, social e interpersonal; se utilizan tratamientos estructurados y manualizados; enfatiza las intervenciones basadas en el desempeño y la práctica. Se debe aclarar que la TCC es un tipo de abordaje que suele contar con tratamientos específicos para trastornos específicos.

Según Levy y Wilner (2000) el mundo infantil ofrece un campo fértil para sembrar y ver crecer frutos. Es por ello que cuando una familia llega al terapeuta, el punto de partida será el diagnóstico individual del niño desde el punto de vista intrapsíquico y el diagnóstico familiar desde el punto de vista interaccional, para establecer el motivo de consulta y definir el foco que permita planificar el abordaje más conveniente. Estos autores señalan como importante investigar cuál es la visión que tienen del problema, qué soluciones intentaron y con qué resultados, qué es lo que están

buscando, qué aspiraciones tienen y hasta dónde quieren llegar. Las recurrencias y
14

convergencias sostienen la validez de inferencias que permiten al psicólogo construir una impresión diagnóstica individual y familiar, al mismo tiempo que se indaga las construcciones de los consultantes. Luego, estas hipótesis son confirmadas o refutadas según la retroalimentación que se genera en la devolución con los padres y con el niño (como se cita en Baringoltz, 2000).

3.2.3 Rol del terapeuta

La tarea del terapeuta será ayudar a los consultantes a revisar sus creencias y cuestionarlas, expandiendo así su comprensión del problema y flexibilizando las alternativas de solución (Levy & Wilner 2000) (Como se cita en Baringoltz, 2000).

Beck y Clark (1997) denominan *Empirismo colaborativo* a la relación en la cuál terapeuta y paciente trabajarán juntos, como en equipo, en busca de evidencias que les permitan someter a revisión aquellas creencias disfuncionales.

Las intervenciones realizadas por el profesional desde la clínica cognitiva son efectuadas a través de la psicoeducación, la implementación de registros organizados de pensamientos, técnicas de cuestionamiento guiado inspiradas en la mayéutica socrática y la realización de “tareas para el hogar” estructuradas a la manera de experimentos, con el fin de corroborar o falsar los presupuestos a partir de los cuales el sujeto adjudica sentido a su mundo de experiencias (Bunge, Mandil & Gomar 2010).

El terapeuta cognitivo conductual debe adoptar una postura activa cumpliendo diversas funciones como las de diagnosticador, consultor y educador. Los diferentes momentos y problemáticas requerirán del profesional tratante la flexibilidad necesaria para alternar entre estas formas de trabajo (Kendall, 2000). Bunge, Mandil y Gomar (2010) agregan una cuarta función: mediador. La cual adquiere especial relevancia al momento de trabajar con familias y escuelas.

Los terapeutas no son los protagonistas del problema ni los dueños del saber para resolverlo; funcionan simplemente como articuladores orientados a favorecer en los consultantes el desarrollo de sus propios recursos para generar alternativas de resolución más plásticas y operativas (Levy & Wilner, 2000) (como se cita en Baringoltz 2000) .

15

3.3 Tratamiento

En terapia con adultos, se estima que la modificación de las creencias fundamentales disminuye las posibilidades de recaídas en el futuro (Beck, 2000). Según Friedberg y

McClure (2005) los esquemas se desarrollan en edades tempranas, se refuerzan a medida que pasa el tiempo y se consolidan en la adolescencia. Por estar en formación dichos esquemas Barret, Dadds y Rapee (1996) recomiendan que un trabajo con los estilos de interacción familiar, sumado a la transmisión cultural de sesgos idiosincrásicos y los patrones de aprendizaje desadaptativo suscitados en los contextos de referencia sea un factor de importancia para la promoción de la estabilidad y la generalización de los resultados en terapia cognitiva infanto juvenil. (Como se cita en Bunge, Mandil & Gomar 2010)

Barkley y Benton (2000) establecen que el trabajo con niños y adolescentes que sufren trastornos de conducta suele implicar procesos deliberados largos y lentos. Es importante transmitirle al consultante que se trata de un trabajo a largo plazo.

3.3.1 Etapas de un tratamiento cognitivo comportamental

Bunge, Mandil y Gomar (2010) especifican que lo primero que debe realizarse cuando consultan los padres será la evaluación diagnóstica. En una etapa posterior se realizará la psicoeducación; la cual consiste en darle al paciente una breve explicación acerca del trastorno y el tratamiento. Luego comenzarán las intervenciones cognitivas, que apuntan a un aprendizaje experiencial.

Algunas de las estrategias para el cambio cognitivo que se siguen en los abordajes terapéuticos son las relacionadas con: entrenamiento en el reconocimiento de emociones, identificación y monitoreo de pensamientos automáticos; reconocimiento de la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta; reestructuración

16

cognitiva (Bunge, Mandil & Gomar, 2010). En las fases finales de los tratamientos cognitivos se suele realizar un trabajo de prevención de recaídas y cierre.

3.3.2 Trabajo con niños y con padres

De acuerdo a cuál es el trastorno que llevó a la familia a consultar se enfatizan las intervenciones con los padres o con los niños. Ante los problemas de conducta, las intervenciones por lo general hacen énfasis en el entorno familiar y las instituciones educativas (Bunge, Mandil & Gomar, 2010). Vásquez, Fera, Palacios y De la Peña (2010) especifica para el tratamiento del TOD la psicoterapia individual, familiar y grupal. En la psicoterapia individual suele emplearse un enfoque cognitivo conductual para aumentar la capacidad del paciente para resolver los problemas y sus habilidades de comunicación y de control de la ira y el impulso. En la terapia familiar se establece como objetivo la introducción de cambios en la familia, como por ejemplo, mejorar la

capacidad de comunicación y fomentar la interacción entre los miembros de la familia. La crianza de estos niños suele ser una tarea muy difícil para los padres, quienes necesitan apoyo, comprensión y habilidades que les permitan desarrollar enfoques más eficaces para la crianza de los hijos. Por último, en la terapia de grupo con niños o adolescentes de su misma edad y problema, a menudo, se centra en el desarrollo y utilización de las habilidades sociales e interpersonales.

Los programas desarrollados por Webster-Stratton y Hammond (1997) para niños con conducta disruptiva son un ejemplo de ello; cuentan con intervenciones focalizadas en los padres y en la escuela principalmente. Eyberg, Nelson y Bogas (2008) recomiendan usar el entrenamiento a padres como tratamiento de primera línea y reservar el entrenamiento con los pacientes para los niños que por tener una edad más avanzada hayan desarrollado mayores capacidades para beneficiarse de las intervenciones cognitivo conductuales (como se cita en Britt Drugli; Larsson; Fossum & Willy-Tore, 2010).

17

3.3.3 Tratamiento en niños con problemas de conducta

Britt Drugli, Larsson, Fossum y Willy-Tore (2010) afirman que si bien los efectos a corto plazo del entrenamiento a padres con niños con oposiciónismo desafiante ha sido extensamente evaluado, los resultados a largo plazo son muy limitados. En un trabajo realizado por dichos autores investigaron los efectos a largo plazo (5 a 6 años después del tratamiento) en chicos con severos problemas de conducta. Utilizaron el programa de entrenamiento a padres Los años increíbles con o sin tratamiento a chicos. Los resultados a los que arribaron fueron que mientras que todos los chicos de la muestra tenían diagnóstico de oposiciónismo desafiante previo al tratamiento; luego de 5 o 6 años dos tercios de esa población (n=21) ya no tenía ese diagnóstico. También pudieron determinar predictores en el mantenimiento del diagnóstico de O.D. a los 5-6 años después del tratamiento. Dichos predictores fueron: vivir solamente con la madre, ser una niña, un diagnóstico de desordenes de conducta (CD) y altos niveles de problemas internalizadores en el niño. Este resultado concuerda con el desarrollado en 1990 por Webster-Stratton, en el cual encontraron que el 80% de los chicos en familias de un solo padre no respondían al tratamiento luego de tres años. Según Britt Drugli, Larsson, Fossum y Willy-Tore (2010) estos resultados indican que una familia compuesta por una madre y un padre puede llegar a beneficiar en mayor medida a un tratamiento exitoso. Si bien algunas pocas chicas fueron incluidas al estudio, pudieron

observar que los problemas de conducta en el género femenino es más dificultoso de manejar para los padres.

Los chicos con problemas internalizadores y externalizadores han sido documentados como con gran riesgo de mantener problemas mentales. Es por esto que los investigadores recomiendan un seguimiento extendido en el tiempo y debería ofrecérseles a estas familias un cuidado para rastrear y posiblemente prevenir recaídas de las ganancias positivas alcanzadas.

Luego del tratamiento, los chicos con altos niveles de problemas internalizadores y chicos con madres con alto nivel de estrés y síntomas depresivos también son un grupo de riesgo de mantenimiento del diagnóstico de OD luego de 5 a 6 años. Estos predictores lo que demuestran es que los padres con baja energía y problemas psicológicos tienen una capacidad reducida para continuar las practicas

18
requeridas en el programa de entrenamiento. Reid et al. (2003) también señalan la importancia y estabilidad de síntomas depresivos en la madre como predictor de una no respuesta al tratamiento luego de 2 años de seguimiento (como se cita en Britt Drugli, Larsson, Fossum & Willy-Tore, 2010).

Los autores recomiendan que el seguimiento antes y luego del tratamiento de estrés y síntomas depresivos no solo deba realizarse al niño, sino que también a los padres. El tratamiento deberá tener en cuenta las necesidades del niño, la familia y el contexto. Como limitación al trabajo que realizaron, señalan que los resultados obtenidos en el estudio podrían ser debido al curso natural del trastorno.

La orientación del tratamiento aportada por Friedberg y McClure (2005) especifica que la mejor estrategia es aplicar paquetes multimodales de tratamiento, ya que los trastornos de conducta se caracterizan por la presencia de problemas de conducta. El primer paso es presentar el modelo de tratamiento. Los niños y adolescentes que presentan trastornos de conducta no suelen estar motivados para cambiar cuando llegan a terapia. Lo habitual es que quieran que cambien los demás. El segundo paso es enseñar habilidades básicas de conducta al pequeño y sus cuidadores, según las conductas disruptivas que presente. Pueden ser técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales o la relajación, resolución de problemas. En el tercer paso se introducen técnicas más sofisticadas. Se enseñan habilidades autoinstruccionales para ayudar a los niños a reflexionar sobre las situaciones y a reemplazar los diálogos internos que les mueven a actuar por otros que les tranquilicen.

De ser necesario también se puede añadir el entrenamiento en empatía. En cada paso, la adquisición de habilidades específicas debe ir seguida de logros en la ejecución.

Los aspectos relacionados con las relaciones entre padres e hijos influyen en la manifestación y en el mantenimiento del malestar emocional y en el actino out de los niños. Por lo tanto, la implicación de los padres en el tratamiento es un componente lógico al que no hay que restar importancia. Los padres suelen ser quienes tienen el control de los refuerzos en la mayor parte del entorno de los hijos. Proporcionando información a los padres y colaborando con ellos para identificar conductas y habilidades objetivo en los niños, los terapeutas pueden enseñarles a entregar refuerzos positivos y a apoyar a su hijo en la generalización de conductas fuera de las sesiones de terapia. Esto debería aumentar la frecuencia de conductas apropiadas en los pequeños.

19

Además los padres pueden hacer observaciones muy valiosas del comportamiento de los niños fuera de las sesiones de terapia. Los padres suelen intentar hacer lo mejor para sus hijos. Sean cuales sean las estrategias disciplinarias y educativas que utilicen, su objetivo es mejorar la conducta del niño (Friedberg & McClure, 2005).

Otro de los programas más usados es el *programa Defiant Children*, adaptado por Barkley y Benton (2000), cuyos objetivos están dirigidos a mejorar la conducta del niño, las relaciones sociales y la adaptación general en casa, consiguiendo que el niño adquiera un abanico de conductas positivas que le ayuden a alcanzar el éxito en el colegio y en sus relaciones sociales, reduciendo el comportamiento oposicionista y aumentando las conductas de colaboración.

Este programa se basa en la suposición de que las conductas positivas tenderán a incrementarse si el niño recibe un premio por ellas, mientras que las conductas negativas tenderán a extinguirse si son ignoradas o reciben consecuencias negativas. Lo clave de este enfoque es la colaboración y esfuerzo de los padres.

Los métodos utilizados para modificar la conducta son los siguientes:

- Definir una lista de conductas (la prioridad es el cumplimiento)
- Un menú de premios y castigos (ignorar conductas inadecuadas, tiempo fuera).
- Un sistema de fichas.

El terapeuta y los padres deberán aplicar las consecuencias:

-de manera inmediata: No habrá que esperar a que repita una mala conducta para dar

una respuesta. Se deberá estar atento a las conductas positivas para dar un refuerzo inmediato. Cuanto más inmediata sea la consecuencia de una conducta, más eficacia tendrá como intervención que favorece el control.

-en forma específica: Tanto el premio como el castigo deben estar dirigidos a una conducta específica, nunca a aspectos generales. El castigo debe ser proporcionado a la transgresión, no al grado de impaciencia o frustración que haya generado en los padres.

-constantemente: Independientemente del entorno, la consecuencia debe ser la misma. Si una conducta se ha considerado intolerable un día, también debe recibir la misma consideración otro día.

Es importante que el terapeuta transmita a los padres la importancia de que deben dar la misma respuesta. Para ello es clave planificar en terapia un programa de 20

incentivos antes de utilizar los castigos, planificar previamente la actuación ante posibles malas conductas, anticipando, analizando y, si en la medida de lo posible, previniendo.

Se debe proporcionar un espacio en terapia para que los padres logren reconocer y aceptar que las interacciones dentro de la familia son recíprocas, y que puedan reconocer que su conducta está muy influenciada por la conducta del niño y viceversa. Berkley establece que es poco productivo atribuir culpas.

Rigau-Ratera, García Novell y Artigas-Pallarés (2006) seleccionan como otro tratamiento posible para el TOD el modelo *Collaborative Problem Solving (CPS)* desarrollado por Greene que parte de la idea de que la conducta del niño se debe a un retraso en el desarrollo de habilidades cognitivas concretas. Está centrado más en la cognición que en la conducta y permite que el adulto pueda comprender que la conducta explosiva no es intencional. El objetivo principal es identificar las habilidades cognitivas que necesitan entrenarse, sin descuidar las relaciones recíprocas existentes entre el niño y el adulto. Desde este enfoque se enfatiza que la regulación de las emociones, la tolerancia a la frustración y la habilidad para resolver problemas por parte del niño no se desarrollan independientemente, sino que dependen, de la manera y de los modelos usados por los adultos para enseñar a los niños. Este modelo cree que el resultado de la conducta depende del grado de compatibilidad entre las características del niño y las del adulto.

Desde esta perspectiva, el comportamiento oposicionista debe considerarse

influenciado por una incompatibilidad entre padres e hijos, lo que contribuye a comportamientos desadaptativos. Por tanto, el primer objetivo consiste en resolver aquellos puntos en los que se observan incompatibilidades entre las dos partes.

La conducta explosiva se da cuando las demandas cognitivas superan la capacidad del niño para responder de forma adaptativa. Si se conocen cuáles son los desencadenantes de aquella reacción, se ayuda a los adultos a entender que el niño, cuando actúa de forma explosiva, no es intencional ni manipulador y se reconocen las habilidades cognitivas que han de entrenarse.

Los objetivos del programa son entender los déficits ejecutivos que están debajo de los comportamientos oposicionistas, ayudando a su vez al adulto a identificar y usar las tres estrategias básicas para mejorar las habilidades que requiere el niño para

21

“aprender” las conductas correctas, ofreciendo un espacio en el que, a través de la empatía, la negociación y el lenguaje, se favorezca la resolución conjunta de la situación problemática.

La puesta en práctica del CPS requiere ubicar cada una de las conductas en una de las siguientes tres categorías (cestos):

A. Riesgo de hacerse daño, agresión física a otro, riesgo de romper o estropear, atentar contra la propiedad ajena (Ejemplos: pegar, robar).

Para este tipo de conductas simplemente se deberá reprimirlas, sin discutir, ni argumentar, ni gritar. De esta manera el adulto impone su autoridad.

B. Conductas sin riesgo propio o ajeno, pero que generan problemas importantes en la dinámica familiar (Ejemplos: negarse a ir con la familia a un evento, demandas desmesuradas).

En estos casos se intentará resolver el problema de forma conjunta, utilizando la empatía y las estrategias de resolución de problemas. A partir de tales situaciones se intenta que el niño sea capaz de modular su conducta basándose en la reflexión, flexibilidad y autocontrol.

En el último conjunto de conductas disruptivas **(C) se ubican las c** conductas inadecuadas que no generan riesgos por sí mismas y no generan problemas importantes en la dinámica familiar (Ejemplos: no querer comer lentejas, no seguir las normas de “urbanidad”, comer con los dedos, levantarse de la mesa). Son las más frecuentes y, por tanto, la causa más común de discusiones domésticas. La creencia es que si los padres

no intervienen, pierden su autoridad, pero, los padres también van a perder su autoridad si intentan reprimir la conducta y no lo consiguen.

La respuesta sugerida por el programa a este tipo de comportamientos es la de ignorar determinadas conductas.

Por último, se debe tener en cuenta, como afirma Greene, que “la mayor premisa de esta aproximación es considerar que el niño no escoge ser explosivo o ir en contra de las normas –de la misma manera que un niño no escoge tener dificultades en la lectoescritura–, sino que presenta un retraso en estas habilidades que son cruciales para ser flexible y tolerar la frustración” (como se cita en Rigau-Ratera, García Nonell & Artigas-Pallarés, 2006, p. 68).

22

4. Método

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo. Descripción de caso único.

4.2 Participantes

Niña de 12 años con diagnóstico oposicionista desafiante. Siguió un tratamiento cognitivo conductual

Información sociodemográfica: Grupo conviviente: Abuela, madre (edad 30 años), hermano (edad 4 años), pareja de la madre. El papá falleció cuando tenía 9 años.

4.3 Instrumentos

Se analizó una parte de la Historia clínica de la paciente: Configuración familiar, síntomas de la niña, curso del trastorno, antecedentes familiares.

Se realizó una entrevista semidirigida al terapeuta.

Las áreas a explorar en la entrevista fueron: síntomas, características del diagnóstico, dispositivo utilizado, actitud ante el tratamiento, estrategias terapéuticas implementadas a lo largo del tiempo, abordaje de la comorbilidad, evolución, pronóstico: dificultades y fortalezas.

4.4 Procedimiento

En el transcurso de la residencia, dentro del marco de la carrera de Psicología, la tesis se contacta con el Licenciado R.

Quien puso a su disposición la información necesaria del caso para el desarrollo de la presente exposición, protegiendo el deber de estricta confidencialidad, exigido normativamente.

En este sentido se ha realizado múltiples entrevistas semidirigidas (4) al

terapeuta en su consultorio , cuya duración fue de treinta minutos aproximadamente cada una. En este contexto se analizó parte de la Historia Clínica de la paciente, accediendo a la misma en tres ocasiones. En relación a su contenido, contaba con información sobre los datos personales de la paciente así como también

24

describía detalles sobre su historia personal. Los apartados leídos fueron los que involucran datos personales, el motivo de consulta, un genograma, diagnóstico presuntivo, pronóstico y tratamiento.

Se debe señalar que la tesista solo pudo acceder a la historia clínica y al relato del profesional, ya que la niña estuvo en terapia por 4 meses y los padres no firmaron el consentimiento para que las entrevistas pudieran ser grabadas.

5. Desarrollo

5.1 *Presentación del caso*

De acuerdo a los dichos de la madre volcados en la historia clínica, el motivo de consulta fue el bajo rendimiento escolar. La madre manifestó que el trastorno tuvo su punto de origen al momento de fallecimiento del padre. En la misma entrevista agregó que su hija presencié la muerte de su padre electrocutado por el lavarropa hace 4 años; hecho al cual nunca hizo referencia con posterioridad al suceso.

“Ella presencié como murió electrocutado por el lavarropa, y nunca habló del tema del accidente. Ahora, está insoportable, es mala con todos.”- la madre agrega- “no sé si le molesta mi pareja actual. Antes en el colegio estaba perfecta, tenía buenas notas y realizaba la letra en forma prolija. Ahora, todo lo contrario, está abandonada. No me hace caso, las notas bajaron. En el colegio se distrae, habla en clase y no se puede quedar quieta”.

El grupo conviviente está formado en primer lugar por la madre, quien trabaja la mayor parte del día (9 horas) fuera de la casa familiar, quedando la niña al cuidado y crianza de la abuela. De acuerdo a la presunción del terapeuta, la misma estaría transitando un trastorno de depresión. Asimismo su padrastro, quien ejerce el oficio de operario en una empresa , prefería no involucrarse en los conflictos que se desarrollaban en la casa, manteniéndose al margen de la relación de la madre con la niña, y de la puesta de límites ya que de acuerdo a dichos de la madre explicitados en la Historia Clínica, no consideraba ser la persona adecuada para ejercer la autoridad en ese contexto.

25

En la historia clínica figura que hubieron 2 tratamientos psicológicos anteriores (a los 8 y a los 9 años) que fueron abandonados a las dos sesiones de comenzados. En ninguno de los dos la niña quería ingresar al consultorio y quedarse con el terapeuta.

5.2 Características del trastorno negativista desafiante en la paciente.

Se describen los principales síntomas que presenta la paciente siguiendo la conceptualización del manual DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2003).

Esta descripción no es exhaustiva, sino de los síntomas más salientes.

5.2.1 Descripción de las características del Trastorno negativista desafiante (TOD) de la paciente.

El psicólogo indica en la historia clínica que la niña presenta: conductas disruptivas a nivel escolar y familiar que preocupa a su madre y al colegio; caracterizadas por un comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad. Estas figuras son la abuela, las autoridades escolares, no así con sus pares. La mamá contó que es discutidora, cuesta que haga caso y se enoja con facilidad ante cualquier situación que le cause alguna molestia o perturbación.

Según la historia clínica, en el informe presentado por el colegio al terapeuta la niña mantenía buena relación y manejo con sus pares, el problema se presentaba cuando tenía que tratar con figuras de autoridad, presentando muchas dificultades para respetar los límites que se le marcaban; se escapaba de la clase y una vez fue encontrada fumando en el baño del establecimiento. Podemos recordar que este patrón de conducta negativista, hostil y desafiante, sin llegar a transgredir normas sociales es lo que Belloch (1999) definió como trastorno oposicionista desafiante.

Según comenta el psicólogo tratante la paciente se mostró solícita en las sesiones y en ningún momento aparecieron conductas desafiantes y oposicionistas.

Por lo desarrollado se estableció que la niña presentaba un sustancial detrimento en su desempeño escolar, lo cual es otro factor para pensar en un diagnóstico de TOD;

26

ya que según el DSM-IV TR (2003) los comportamientos deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral. En este caso el trastorno perjudica su desempeño escolar (prolijidad, baja nota en los dos últimos exámenes antes de comenzada la terapia) e incide en la relación de la niña con sus familiares más cercanos.

La niña ha tenido inicio de terapias fallidos a los 8 y a los 9 años. Esto corresponde con lo establecido en el DSM IV TR (2003), el cual indica que por lo

general la edad de inicio es a los 8 años y no más tarde del inicio de la adolescencia. Los síntomas negativistas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual, manteniéndose a lo largo de meses y años. Según el relato de la madre transcrito en la historia clínica, la niña tuvo un carácter difícil en su casa a partir del fallecimiento del padre, y en el último tiempo esto lo vio reflejado en el ámbito escolar en el trato con sus profesores, preceptores y rector.

5.2.2 Diagnóstico diferencial y Comorbilidad

El terapeuta transmite que en la primer entrevista su diagnóstico presuntivo fue Trastorno de Estrés post traumático (TEPT). Esto lo infirió por lo que la mamá de la niña le contó sobre el accidente que tuvo su padre, presenciado por la niña. En la segunda entrevista su diagnóstico vira hacia el Trastorno oposicionista desafiante, ya que al conversar con la niña y realizarle preguntas específicas del trastorno de estrés post traumático indaga que no tienen ninguna dificultad ni inconveniente de pasar diariamente por el lugar donde el padre había fallecido, tampoco presentaba síntomas de querer evitar el lugar del accidente. Otro elemento que descartó el primer diagnóstico es que la niña en ningún momento refería que quería dejar de pensar en lo ocurrido. No presentaba preocupaciones excesivas, anticipación negativa, angustia, queja recurrente, 27

dificultad para resolver problemas y dificultad para priorizar (todos síntomas desarrollados en el DSM-IV para el TEPT).

El psicólogo también descartó retraso mental ya que la niña tenía un rendimiento medio, sin presentar problemas de aprendizaje, y nunca había repetido. Belloch (1999) expresa que el diagnóstico psiquiátrico comórbido más frecuente es el TDAH (hasta un tercio de los niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH cumplen también criterios de TC). Si bien el psicólogo refiere que no llegó a hacer esa diferenciación diagnóstica con exhaustividad, hubo ciertos elementos que le hicieron pensar que la niña no tenía TDAH. No era muy lábil atencionalmente, podía realizar las tareas escolares en casa sin supervisión. Los tiempos de atención no eran fluctuantes ni lábiles. La conducta era primordialmente negativista. Si bien en el consultorio no lo demostró, no tenía impulsividad, sino oposición. Era una chica externalizadora, que ubicaba la responsabilidad de lo que le acontecía siempre en el exterior (“la niña se preguntaba: ¿Por qué iba a ser culpa mía?”).

Se descartó trastorno antisocial ya que no hubo conductas vandálicas ni

agresivas de ningún tipo ni en ningún ámbito.

El psicólogo transmitió en la entrevista haber descartado cualquier tipo de comorbilidad con problemas específicos de aprendizaje, el retraso mental ligero y los trastornos generalizados del desarrollo (Javaloyes Sanchos & Redondo Romero, 2005).

5.3 Descripción las estrategias y técnicas terapéuticas que utiliza el terapeuta para el tratamiento del Trastorno negativista desafiante en la niña.

El tratamiento que se llevó a cabo en la paciente está basado en la terapia cognitivo conductual, que es el tratamiento más eficaz según lo estudiado para este tipo de trastornos conductuales (Webster-Stratton & Hammond, 1997). Es un tipo de abordaje que suele contar con tratamientos específicos para trastornos específicos. (Kendall, 2000).

Como recomiendan Eyberg, Nelson y Bogas (2008), el terapeuta usó el *entrenamiento a padres* como tratamiento de primera línea y el *entrenamiento con los*

pacientes para la niña que por tener una edad más avanzada ya había desarrollado
28

mayor capacidad para beneficiarse de las intervenciones cognitivo conductuales (como se cita en Drugli, Larsson; Fosum & Willy-Tore, 2010).

Drugli, Larsson, Fosum y Willy-Tore (2010) afirman que si bien los efectos a corto plazo del entrenamiento a padres con niños con oposicionismo desafiante ha sido extensamente evaluado, los resultados a largo plazo son muy limitados.

Los dispositivos utilizados por el terapeuta, según refiere en la historia clínica fueron: programa de Berkley, refuerzo positivo, psicoeducación, condicionamiento operante, modelado. Por ser una chica externalizadora, cuya responsabilidad siempre colocaba en el exterior, se trabajó con las consecuencias de su conducta, cómo ella veía lo que le ocurría, resolución de problemas con sus compañeras, profesores y familiares. La tarea del terapeuta es ayudar a los consultantes a revisar sus creencias y cuestionarlas, expandiendo así su comprensión del problema y flexibilizando las alternativas de solución (Levy & Wilner, 2000) (Como se cita en Baringoltz, 2000).

También utilizó algunas de las estrategias para el cambio cognitivo: entrenamiento en el reconocimiento de emociones, identificación y monitoreo de pensamientos automáticos; reconocimiento de la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta; reestructuración cognitiva (Bunge, Mandil & Gomar, 2010). Desde la primer sesión con la niña el terapeuta deja constancia en la historia clínica que junto con la paciente

armaban una grilla en la cuál había cuatro columnas: situación, pensamiento, conducta, consecuencia. Esta estrategia utilizada por el terapeuta está basada en el modelo ABC de la conducta (Barkley & Benton, 2000). Una de las tantas grillas que aparecen en la historia clínica trató sobre responder de mala manera a la abuela ante un requerimiento de ayuda por parte de la anciana. Según la niña, su abuela “le hacía la vida imposible”. Aquí se ve la visión externalizante que la niña tenía de su problema.

Como primer paso, el terapeuta le pidió que defina la conducta de hacerle la vida imposible. Para ella, eran los gritos, los castigos, la insistencia de su abuela. Luego el terapeuta indagó qué es lo que sigue a la conducta de su abuela (la niña no obedece, lo que aumenta la intensidad o la frecuencia de las consecuencias desagradables). A continuación, evaluó las cosas que la niña hacía para elicitarse la conducta de insultar de su abuela (Ejemplo de ello era llegar tarde a la casa, no escuchar lo que le dicen). Una vez que la niña pudo ver en el registro lo sucedido el terapeuta comenta que pudo desarrollar otro tipo de respuesta menos irracional. De este modo, esta estrategia le permitió ilustrar al profesional de un modo sencillo cómo la conducta de la niña

29

contribuía al problema. Este ejercicio aparentemente ayudó a que la niña cuando sintiera ganas de responder de forma impertinente o evadiera la situación, pudiendo dirigirse de manera afable ante un requerimiento de un adulto.

Como sugiere Barkley y Benton (2000), la adquisición de habilidades específicas debe ir seguida de logros en la ejecución. La niña comentó en una entrevista posterior con su terapeuta que pudo cambiar la consecuencia de su respuesta, su abuela por primera vez la felicitó por quedarse a levantar los platos de la mesa (la felicitación fue un reforzador positivo). La paciente, sin saberlo, pudo reducir la conducta problemática de su abuela modificando sus propios patrones de conducta en un contexto de activación emocional negativa, es allí cuando tienen más éxito de poder mantenerse la habilidad adquirida. Asimismo esto se vio reflejado en la relación con la madre, quien con posterioridad, en el marco de una entrevista, refiere que ha quedado sorprendida ante el requerimiento que le hace a la niña de ordenar el cuarto y la respuesta de la misma fue acatar al pedido sin iniciar conflicto alguno o evadir la tarea. En consecuencia, la madre pudo darse cuenta de este cambio de conducta y la reforzó en forma positiva conversando con la niña y preguntándole sobre el transcurrir de su día; generando de esta manera un espacio diferente de interrelación entre ambas. Para los refuerzos en terapia, el terapeuta relata que prefería premiarla con

dulces, ya que debido al estrato social bajo del cual la niña procedía, era un gusto muy valioso para ella. Así como también organizaba salidas al kiosco y le permitía el uso de su computadora para navegar por internet los últimos momentos del encuentro. Con esto el psicólogo se garantizó el establecimiento de una muy buena alianza terapéutica, ya que sabía que en los intentos previos de terapia la falta de *rapport* había resultado contraproducente para el desarrollo de un vínculo empático de confianza, y de esta manera provocó un corte abrupto de dichas terapias.

En las entrevistas que tenía con la niña, el terapeuta aprovechando que tenía buen nivel cognitivo realizaba *análisis en cadena* cuando la niña refería alguna situación complicada sufrida como consecuencia de su conducta disruptiva. En la entrevista realizada al terapeuta, este refiere la realización de dicho análisis sobre el hecho de haber fumado en el baño del establecimiento escolar. Primero la chica refirió lo que había pensado (“me quiero ir del aula”), no pudo expresar que había sentido (“sentí ganas de irme, me aparecieron de golpe”), su conducta fue irse del aula al baño a fumar. Este fue uno de los primeros análisis realizados junto al psicólogo. A partir de 30

esta actividad el terapeuta decidió dedicar un encuentro a la psicoeducación de emociones. Trató de que la niña pudiera reflexionar sobre que siente en el cuerpo cuando: se enoja, se pone triste, se angustia, está alegre, se aburre, etcétera. Este ejercicio lo realizó a partir de la observación de imágenes de jóvenes en una revista para adolescentes. La niña tenía que asociar la cara y postura de las personas a emociones que creía que estaban sintiendo en ese momento. De esta manera generó en ella más autoconciencia de lo que le sucedía y así facilitó un mejor manejo de sus emociones, en especial aquellas que generaban las conductas disruptivas.

Luego de varias entrevistas, el terapeuta dijo que pudo establecer junto con la paciente las emociones que desencadenaban dichas conductas: enojo y tristeza. La paciente en varios registros expresó que ante la tristeza que sentía al ver que la trataban de forma despectiva (era lo que ella percibía cuando los adultos se dirigían a ella, sobre todo el marido de su madre) generaba en ella un deseo de irse del lugar o situación.

Aquí el terapeuta desarrolló nuevamente el modelo ABC de la conducta, esta vez en la grilla agregó una columna que refiere a las emociones que sintió la paciente en la situación. En una entrevista el profesional explica que la columna fue agregada una vez realizada la psicoeducación en emociones con la niña. El profesional comentó que la idea que le transmitió era que cuando se sintiera enojada o triste escribiese en un diario

de pensamientos lo que le ocurriese; pero no pudo sostenerlo en el tiempo ya que la niña se olvidaba realizarlo. El psicólogo creía que al menos la paciente había aprendido a automonitorizar sus conductas a partir del análisis que hacían en el consultorio de los antecedentes y consecuencias de sus conductas perturbadoras.

Otra estrategia utilizada fue la resolución de problemas. El terapeuta le preguntó a la niña si había algo que quisiera que le sucediera. La niña le respondió que le gustaría que la mamá la tratara bien. A partir de aquí el psicólogo comentó en la entrevista que trató de generar un diálogo socrático vinculando la conducta de la paciente a sus consecuencias más directas. Ella quería que su madre, al llegar a casa luego de trabajar todo el día, la tratara bien, no le gritara ni la insultara; pero lo único que conseguía era que se enojara aún más con ella. El profesional fue capaz de ayudarla a ver cómo su conducta le traía problemas con los adultos más cercanos. Junto a la niña pudieron establecer que cuando la mamá llegaba a la casa, ella tendría que tener una actitud más solícita y menos confrontadora ya que esto generaba en la madre una reacción contraproducente y no permitía que la madre pudiera ver en la niña lo bueno.

31

Beck y Clark (1997) denominan *Empirismo colaborativo* a la relación en la cuál terapeuta y paciente trabajan juntos, como en equipo, en busca de evidencias que les permitan someter a revisión aquellas creencias disfuncionales.

Es por ello que las intervenciones realizadas por el profesional desde la clínica cognitiva son efectuadas a través de la psicoeducación, la implementación de registros organizados de pensamientos, técnicas de cuestionamiento guiado inspiradas en la mayéutica socrática y la realización de “tareas para el hogar” estructuradas a la manera de experimentos, con el fin de corroborar o falsar los presupuestos a partir de los cuales el sujeto adjudica sentido a su mundo de experiencias (Bunge, Mandil & Gomar 2010). El psicólogo contó que las tareas para el hogar muchas veces no eran realizadas por la niña, entonces usaba el espacio de la terapia para trabajarlas allí. El mayor problema que enfrentó fue que la madre nunca realizaba las consignas que le indicaba. Drugli, Larsson, Fossum y Willy-Tore (2010) encontraron como posibles predictores para el mantenimiento del diagnóstico de T.O.D.: vivir solamente con la madre, ser una niña, un diagnóstico de desorden de conducta (CD). Cabe recordar que este resultado concuerda con el desarrollado en 1990 por Webster-Stratton, en el cual encontraron que el 80% de los chicos en familias de un solo padre no respondían al tratamiento luego de tres años. Si bien la madre estaba en pareja al momento de iniciarse el tratamiento, en la

entrevista realizada al psicólogo éste explica que la pareja no intervenía en ningún momento en el establecimiento de normas.

El terapeuta decidió realizar orientación a padres con la madre siguiendo el programa Defiant Children de **Barkley**. En el primer encuentro el psicólogo le contó

a la madre como sería el tratamiento, haciendo hincapié en que era de suma importancia su compromiso para ayudar a su hija. De esta manera en forma conjunta en la segunda entrevista definieron una lista de conductas a cumplir por parte de la niña: contestar de buena manera, quedarse en clase, no faltar al colegio sin pedir permiso. El terapeuta refiere que si bien la madre escuchaba y asentía todo lo que él le sugería, tuvo inconvenientes a la hora de ponerlo en práctica en su hogar, ya que al trabajar todo el día y no contar con la ayuda de su pareja, le resultaba complejo poder ser asertiva con la aplicación de límites; más aún le costaba ignorar las conductas inadecuadas por estar cansada luego de una larga jornada laboral. Tal como refieren Barkley y Benton (2000) el castigo debe ser proporcionado a la trasgresión, no al grado de impaciencia o frustración que haya generado en los padres. En una de las entrevistas mantenidas con la

32
paciente, el terapeuta anotó en la historia clínica que la niña había llegado ofuscada a su consultorio debido a que ella había intentado responder bien a lo que la madre le pedía, pero no lo pudo lograr porque según cuenta la niña “ni bien llegó comenzó a llamarme a los gritos y decirme que era una vaga porque había dejado todo tirado”. Luego agrega “no me dio posibilidades de explicarle como me dijiste que haga, me dio tanta bronca que la empecé a insultar”. También la madre expresaba la inconstancia para mantener las mismas consecuencias ante las mismas conductas intolerables que se suscitaban a lo largo de los diferentes días.

Ante esta debilidad del ambiente con la que se encontró el psicólogo, este trató de buscar otros referentes dentro de la familia para que ayudaran a esta mamá: la abuela de la niña, quien era la que estaba con ella durante el día. Lamentablemente, el terapeuta comentó en la entrevista que por problemas de edad y movilidad la abuela no pudo concurrir a las reuniones. Sabiendo esto intentó por medio de la madre de la niña psicoeducar a la abuela. En la historia clínica figura que la niña comenta cambios de actitud de su abuela para con ella que hicieron que se sorprendiera: “Jamás pensé que mi abuela me diría que necesitaba de mi ayuda para cuidar a mi hermano”. El terapeuta quiso fortalecer el apoyo social a la mamá, generando en ella la capacidad de pedir

ayuda en este caso a su propia madre.

Con la madre trabajó habilidades de comunicación, para que pudiera tomarse un tiempo para estar con la niña más allá de los reproches y retos a partir de los cuales giraban sus conversaciones. Otra estrategia conductual que el profesional utilizó con la madre fue enseñarle a reforzar la buena conducta. Como la madre pensaba que había que comprarle cosas, el terapeuta decidió explicarle que el refuerzo es una forma de fomentar conductas y puede implementarse de muchas maneras: dar algo positivo, como un halago, un abrazo, un muñeco o un tiempo de juego, o retirar algo negativo, como tener que ayudar en las tareas domésticas, dar la posibilidad de escoger. La madre se comprometió a comentar lo explicado a su madre y a su pareja para que lo tuvieran en cuenta y pudieran aplicarlo en la medida de sus posibilidades.

El terapeuta cognitivo conductual debe adoptar una postura activa cumpliendo diversas funciones como las de diagnosticador, consultor y educador. Los diferentes momentos y problemáticas requerirán del profesional tratante la flexibilidad necesaria para alternar entre estas formas de trabajo (Kendall, 2000). Bunge, Mandil y Gomar (2010) agregan una cuarta función: mediador. La cual adquiere especial relevancia al

33
momento de trabajar con familias y escuelas. El psicólogo narra en la historia clínica que fue a la escuela para hablar con el gabinete para contarles la problemática de la niña y sugerir algunas estrategias a la hora de poner límites y explicó que sería bueno trabajar con la niña un sistema de refuerzos positivos (dar una felicitación) y negativos (quitarle algo significativo para ella en el colegio).

Los terapeutas no son los protagonistas del problema ni los dueños del saber para resolverlo; funcionan simplemente como articuladores orientados a favorecer en los consultantes el desarrollo de sus propios recursos para generar alternativas de resolución más plásticas y operativas (Levy & Wilner) (como se cita en Baringoltz 2000) .

El psicólogo cuenta en la entrevista que pudo establecer una buena alianza ya que indagó intereses y gustos en las primeras entrevistas con la madre de la niña. Pudo recavar que alguno de esos intereses eran juegos de mesa y navegar en la web para ingresar a facebook.

El psicólogo también refirió que no derivó a la niña a un psiquiatra y que nunca tomó medicación mientras estuvo en tratamiento con él.

5.4 Evaluación los cambios en las características del comportamiento de la

paciente.

El psicólogo si bien refiere en la entrevista que el tratamiento fue interrumpido ya que la mamá de la niña no podía afrontar los costos de la terapia, pudo ver cambios en el desempeño escolar. La paciente pudo levantar las calificaciones que tenía bajas en tres materias. También comentó que en la casa se implementaron algunas pautas de crianza más firmes pero con muchas dificultades de sostener por parte de la madre. La niña no solo aplicó lo aprendido, sino que también pudo llevarlo a otras situaciones fuera del seno familiar. Pudo aprender a automonitorear sus emociones y empezó a entender que sus reacciones generaban consecuencias en los otros.

34

En la historia clínica el psicólogo describe a la madre como una mujer muy difícil, dada la psicopatología depresiva que presentó. Planteó que pensó en trabajar con la abuela pero encontró que era una mujer muy grande con dificultades en la movilidad. El padrastro de la niña nunca se presentó en la consulta, haciendo más difícil aún la orientación a padres encarada por el terapeuta. La madre al trabajar todo el día no podía monitorear ni aplicar con dedicación todas las estrategias terapéuticas trabajadas en la consulta.

A pesar del corte abrupto en el trabajo terapéutico, el psicólogo esgrimió un posible pronóstico estableciendo futuras dificultades y fortalezas. Hubiese tenido pronóstico favorable con consultas favorables, sin tratamiento es probable que tienda a virar a un cuadro antisocial leve. No obstante consideró que la niña es muy inteligente, capaz y escucha cuando se siente apreciada. Esto es tomado como fortalezas que la niña puede desplegar si recibe una orientación adulta adecuada.

Lamentablemente el profesional no pudo seguir desarrollando y afianzando las herramientas terapéuticas y por ende no se desarrolló un trabajo de prevención de recaídas y de cierre, fases finales de toda terapia cognitiva.

6. Conclusiones

Al comenzar este trabajo, se presentaron algunos interrogantes sobre el diagnóstico. A lo largo de la segunda entrevista se pudo esclarecer con mayor precisión un diagnóstico de TOD. En la niña se presentaban todos los predictores explicitados en las investigaciones: madre soltera con probable depresión, pautas de crianza débiles. Se investigó sobre comorbilidad y sobre los diversos criterios para realizar diagnósticos (CIE 10 y DSMIV TR) y se logró determinar formalmente que la paciente padecía un trastorno oposicionista desafiante. Por falta de tiempo no se pudo ratificar

con precisión la posibilidad de tener comorbilidad con TDAH.

35

Los objetivos de este trabajo fueron cumplidos. Ya que, en forma global, se logró describir y analizar en el caso de la paciente, quien presentaba trastorno oposicionista desafiante.

Focalizando en los objetivos específicos para arribar a dicha descripción, se han podido describir las características de los síntomas del trastorno en la paciente, logrando que su psicólogo brindara la información requerida y detalles acerca de cómo se presentó en la paciente puntualmente cada característica.

Lamentablemente no hubo relación ni contacto con la paciente ni con la familia ya que la terapia tuvo una duración de 4 meses y el psicólogo no tuvo el consentimiento informado firmado por la madre para grabar la sesión ni para que pueda ser presenciada por la tesista.

En torno a esto último solo se realizaron tres entrevistas al terapeuta de la niña sobre cuáles eran las características de la paciente y que estilo de interacción con sus autoridades influían en la perpetuación de conductas disruptivas. Es por esto que se encaró un tratamiento conductual y teniendo en cuenta la edad de la niña se pudo trabajar cognitivamente las consecuencias positivas y negativas de su proceder.

Como principal dificultad de la paciente su psicólogo nombró la atribución externa que tiene de sus problemas, ya que eso le impide poder recapacitar sobre sus acciones. Podría agregarse las características negativas de su contexto para llevar a cabo un tratamiento en forma completa. Los bajos recursos económicos fueron la principal causa de abandono, el estado anímico decaído de la madre, estar gran parte del día con su abuela mayor con poca movilidad y que el trabajo a padres haya sido realizado solo con la madre, no haber podido incluir más redes de apoyo para que puedan ayudar a la madre a establecer límites y normas claras.

Esto fue tenido en cuenta en las últimas sesiones, impidiendo una profundización en el armado de redes más asertivas para la aplicación del tratamiento.

Como factores positivos el terapeuta incluye la buena alianza que pudo desarrollar gracias a la obtención de sus pasatiempos y gustos en la primer entrevista con la madre. De esta manera el psicólogo encaraba los encuentros dedicando espacio a los gustos de la niña (navegar Internet, comer golosinas, ir al kiosco).

Si bien se recabo información con investigaciones científicas, las poblaciones utilizadas en dichos estudios remiten a niños y adolescentes de clase media/alta de una

sociedad norteamericana. Sería deseable que se pudiera realizar investigaciones de este calibre en sociedades como la Argentina en distintos sectores que abarquen la particular idiosincrasia de dicho país y sus pobladores.

Lo que no quedó claro es si podría presentar comorbilidad con TDAH ya que según Belloch hay un alto porcentaje (40%-60%) de presentarse dicho diagnóstico asociado con los trastornos de conductas. Tal vez faltaron realizar algún tipo de test específico de dicho trastorno, sabiendo las altas probabilidades de que pudiera existir una comorbilidad con TOD.

El estar bastante tiempo en la Fundación a lo largo de las residencias, permitió conocer los horarios, tiempos, modalidades de cada profesional, para lograr acceso a ellos para hacer consultas. El presenciar los módulos teóricos y las reuniones de supervisión fueron sumamente enriquecedoras para el abordaje del presente trabajo. Con respecto al análisis de las estrategias terapéuticas dirigidas al abordaje del trastorno a lo largo del tratamiento, tal vez hubiera sido productivo acercarse a alguno de los fundadores de la institución, para entrevistarlos acerca de la modalidad de trabajo, dado que se infiere que se trabaja de manera integral en todos los casos, pero hubiera sido muy bueno hablar con ellos para que comenten qué los lleva a abordar de esa manera los casos, algo que puede leerse en los libros que ellos mismos han escrito, pero hubiera resultado enriquecedor mantener una conversación con ellos dado que se hubiera podido tener acceso porque trabajan en el mismo edificio de la Fundación a la cual se asistió.

El último objetivo pudo ser abordado en menor medida ya que el psicólogo comentó que la paciente dejó de ir por motivos económicos. Este dato genera cierto ruido, ya que en ningún momento el psicólogo le da opciones de instituciones con tratamientos más económicos. Al preguntarle por los hospitales, refiere que están colapsados, que posee pocas referencias y que la forma de trabajar no es a la cual él adscribía. Hubiera sido esperable que hubiese dado alguna otra opción antes del abandono completo de la terapia.

En un próximo trabajo de investigación de características similares, se podría analizar la relación del paciente con su familia, aplicar tests al inicio del tratamiento y al final para contrastar con más certeza los cambios producidos en la paciente.

La experiencia de la práctica en sí ha sido muy fructífera, se incorporaron

nuevos conceptos, varios recursos específicos para utilizar en casos de trastornos de conducta en niños y adolescentes, permitió comprender varias cuestiones acerca de la relación terapeuta-paciente, entre otras. Las expectativas de contar con nuevos conocimientos, aprender sobre los trastornos de niños difíciles y clarificar dudas fueron satisfechas y se despertaron otras tantas, la mayoría sobre la práctica de la profesión que generan y son motor del deseo de ejercer.

7. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2003). *DSM IV TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*. Barcelona: Masson S.A.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid; Espasa-Calpe.
- Barkley, R. & Benton, C. (2000) *Hijos Desafiantes y Rebeldes*. Barcelona: Paidós.
- 38
- Baringoltz, S. (2000). Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia. Buenos Aires: Lumiere.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guildford Press.
- Beck, J.& Clark, D. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la Terapia Cognitiva. En I. Cairo, *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Belloch, A. (1999). Manual de psicopatología II. España: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2010). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.
- Bunge, E, Gomar, M. & Mandil, J (2008). *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Aportes Técnicos*. Buenos Aires: Akadia.
- Britt Drugli, M., Larsson, B., Fossum, S. & Willy-Tore (2010). Journal of Child Psychology and Psychiatry 51 (5), 559-566. doi :10.1111/j.1469-7610.2009.02178.x
- 39
- Egger, H.L. & Angold, A. (2006). Children aged 4-8 years treated with parent training

and child therapy because of conduct problems: Generalisation effects to daycare and school settings. *European Child and Adolescent psychiatry*, 15, 392-399.

Friedberg, R. D. & McClure, J.(2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.

Friedberg, R.D. & McClure, J.M. (2010). Conceptualización cognitiva comportamental del caso clínico con jóvenes: una herramienta útil. En: Gomar, M., Mandil, J., y Bunge, E. (Comps.). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.

Javaloyes-Sanchos MA & Redondo Romero AM. (2005). Trastorno del comportamiento: Trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral*, 6: 27-37.

Kendall, P. (2000). *Child and adolescent therapy*. New York London: The Guildford Press.

Levy, R. & Wilner, R.. (2000)Terapia Cognitiva en niños en Baringoltz, S., *Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia*. Lumiere.

Mahoney, M. J. & Freeman, A. (1988). *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós. 40

Rigau-Ratera, E., García Nonell, C. & Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de Neurología*, 42. Recuperado el 29 de julio de 2011, de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/42S02/uS02S083.pdf>

Sengupta, S. & Shivalkar, R. (2007) Validity of Classification of Externalizing Disorders J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health 2007; 3(3): 64-79.

Recuperado el 29 de agosto de 2012 de

<http://www.jiacam.org/0303/externalizationdisorder.pdf>

Vásquez, J., Fera, M., Palacios, L. & De la Peña, F. (2010) Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. México: Recuperado el día 10 de agosto 2012

en

http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastorno_negativista.pdf

Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 283-302.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of The Incredible Years Teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 471-488.

41

42