

Caso clínico de una adolescente con trastorno Negativista desafiante.

Luisa Fernanda Cuadros Garavito

Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Resumen

El presente documento refiere un estudio de caso clínico de una adolescente de 14 años con Trastorno Negativista Desafiante, la cual muestra conductas agresivas, disruptivas, expresiones verbales y físicas ofensivas en el ambiente familiar, con sus iguales y superiores. Con el fin de obtener información sobre los diferentes entornos de la paciente se realizó una entrevista semiestructurada, donde se identificaron diferentes factores que generaron como necesidad la aplicación del inventario de depresión infantil CDI, Inventario de Ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), escala de inteligencia de Wechsler (WISC-V), como métodos de evaluación.

Con el objetivo de reducir la presencia de los síntomas se establece el tratamiento de 11 sesiones, combinando técnicas cognitivo conductual que incluye Psicoeducación, Técnicas operantes - Implementación de refuerzos positivos, reforzamiento continuo, economía de fichas, entrenamiento en autocontrol, terapia de aceptación y compromiso, entrenamiento en resolución de problemas y un plan de prevención de recaída.

Con este plan de tratamiento se espera disminuir la presencia de conductas disruptivas.

Palabras clave: adolescente, trastorno Negativista desafiante, conducta.

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

Abstract

This paper refers to a clinical case study of a 14-year-old girl with Negativist Defiant Disorder. It shows aggressive, disruptive behaviors, offensive verbal and physical expressions in the family environment, with peers and superiors. In order to obtain information about the different environments of the patient, a semi-structured interview was carried out, where different factors that generated the need for the application of the CDI childhood depression inventory, Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown and Steer, 1988), Wechsler intelligence scale (WISC-V), as evaluation methods. With the aim of reducing the presence of symptoms, the treatment of 11 sessions is established, combining cognitive and behavioral techniques that include Psychoeducation, Operant Techniques - Implementation of positive reinforcements, continuous reinforcement, chaining, token economy, self-control training, acceptance and commitment therapy, problem-solving training and a relapse prevention plan.

This treatment plan aims to reduce the presence of disruptive behaviors in the patient.

Keywords: adolescent, oppositional defiant disorder, behavior.

Introducción

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el trastorno Negativista desafiante se caracteriza por un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa. La edad y el nivel de desarrollo cognitivo influyen en la forma en la que un determinado comportamiento es percibido e interpretado por los adultos. Por ejemplo, es poco

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

probable que las conductas agresivas de niños de dos o tres años sean percibidas por sus padres de manera problemática (Díaz et al., 2006). La presencia de conducta desafiante por oposición o agresión social en niños es la más estable de las psicopatologías infantiles a lo largo del desarrollo, y constituye el elemento predictor más significativo de un amplio conjunto de riesgos académicos y sociales negativos, comparado con el resto de las otras formas de comportamiento infantil desviado (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1997).

Durante la adolescencia podemos encontrar conductas desafiantes frente las normas que se establezcan desde los diferentes espacios, casa, colegio; sin embargo, es importante diferenciar entre las conductas que cumplen con las bases para los diagnósticos clínicos y las que se presentan en menor tiempo o espacios. Los adolescentes durante esta etapa presentan más apatía frente las normas o tareas a realizar, presentando conductas de hostilidad. La presencia de conductas agresivas se puede evidenciar a lo largo de la vida, sin embargo, existen algunas que se manifiestan en todos los entornos y es donde nos podemos encontrar con un cuadro clínico.

Los padres de niños de dos o tres años suelen quejarse de las rabietas, pataletas o agresiones de sus hijos, pero las consideran algo transitorio, a lo que suele suceder cuando los niños son mayores (Fernández y Olmedo, 1999).

Se han normalizado conductas disruptivas en niños, pero, hay estudios que demuestran que el motivo principal de consulta son los problemas de conducta, ya que no se acatan normas,

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

se mantienen conductas disruptivas, se da la presencia de estas conductas no de una manera transitoria si no permanente.

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

Teniendo en cuenta lo anterior en este estudio de casos se propone la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual que tendrá como objetivo la disminución de presencia de conductas disruptivas en una adolescente de 14 años.

Descripción del Caso

Identificación del paciente

La paciente es una adolescente de 14 años de edad, cursó 3° de primaria, reprobó dos años (1° y 3°), fue diagnosticada a los 12 años con trastorno Negativista desafiante, por lo cual recibió tratamiento farmacológico intermitente debido a la poca adherencia de la familia al tratamiento. Presenta antecedentes de abuso, maltrato físico y psicológico.

Proveniente de padres separados, es la segunda de tres hermanos, actualmente vive con la madre, hermana menor, hermana mayor, padrastro y pareja de la hermana mayor. Presenta antecedentes de ingreso a diferentes centros de salud mental debido a las conductas relacionadas al trastorno.

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

Motivo de consulta

Paciente remitida por la madre debido a las conductas disruptivas en casa. Al momento del ingreso para identificar motivo de consulta la paciente refiere "yo pedí que me trajeran porque me peleé con mi hermana por haberme ido con el marido, ella me gritó y le pegue porque a mí no me gusta que me griten".

Historia del problema

La paciente presenta buena condición física, ubicada en tiempo y espacio, había estado interna en otras clínicas por aspectos relacionados a su conducta tales como, discusiones en casa, evasión de responsabilidades, agresividad, maltrato al hermano menor, salidas de casa sin autorización, múltiples parejas, en algunos casos obtuvo regalos o dinero a cambio de un momento de intimidad, fue diagnosticada con Trastorno Negativista Desafiante, recibió tratamiento de manera intermitente. Niega ideas o pensamientos suicidas, no se evidencia autolesión, niega consumo de sustancias psicoactivas y solo haber consumido alcohol en pocas cantidades, dos veces en fiestas con la familia, manifestó haber sido víctima de maltrato físico por parte del padre a los 8 años, presentando cicatriz en el brazo izquierdo.

Estuvo viviendo con el papá, con quien la relación está quebrantada, no hay buena comunicación, las maneras del papá corregirla era pegarle con objetos que tuviera cerca. No hay buena relación con la hermana mayor, ya que hace unos meses la hermana en estado de embarazo se mudó a casa de la madre con la pareja y aumentaron las dificultades por no acatar reglas, generar faltas de respeto y tener mayor acercamiento con la pareja de la hermana, con el

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

hermano menor la relación no es buena, ya que lo maltrata de manera continua con objetos que tenga cerca. Expresa que la relación con la madre es de poco respeto, ya que no le gusta acatar normas en casa y al momento de que la madre genera castigos o correctivos se evaden ausentándose de casa. Además, manifiesta que tiene buena relación con el padrastro.

Manifiesta irritabilidad con facilidad al momento en que le asignan alguna responsabilidad de tareas en casa, expresa escuchar los consejos de las amigas, quienes tienen parejas mucho mayores que ellas, expresa intolerancia al cumplimiento de reglas o llamados de atención presentando conductas agresivas en casa con la mamá, la hermana y el hermano menor y que en algunos momentos se siente sola. Además manifiesta haber sido víctima de abuso sexual a los 12 años y que el caso fue remitido a las entidades competentes, donde también le prestaron un servicio de acompañamiento con psicólogos. También expresa que las conductas agresivas se presentan todos los días, debido a la inconformidad cuando le niegan los permisos o le asignan responsabilidades de casa.

Formulación clínica

Análisis y descripción de las conductas problema

Problema I. Problemas en las relaciones familiares.

La paciente manifiesta que no tiene buenas relaciones con la familia porque no la entienden, en casa no le permite hacer lo que quiere, salir con las amigas. Además, expresa que

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

la relación con la hermana no era tan mala, pero que, al momento de vivir en la misma casa con la pareja, el esposo de la hermana se acercó mucho más a ella, le daba regalos y le compraba mecatos, le hablaba de sus partes íntimas e intentaba tener acercamiento más allá del familiar.

Con el papá habla poco, este cuando la corregía generaba maltrato físico dejando cicatrices en el cuerpo de la menor. Todas las dificultades a nivel familiar se presentan por la manera en que se expresa la paciente siendo soez, escapando de casa y manteniendo relaciones sin consentimiento de los padres.

Problema II. Alteración en la conducta – comportamiento disruptivo

La paciente manifiesta que ha sido agresiva con la familia, que en los momentos que se encuentra molesta no controla la rabia y le pega a la pared, lanza objetos. No le gusta que la griten y que le asignen oficios. Así mismo en las clínicas anteriores donde se encontraba interna, expresa haber sido muy agresiva con el personal de apoyo, manifestando que cuando le decían las cosas la gritaban y ella reaccionaba pegando o gritando.

A los dos días de haber ingresado a la actual IPS, estuvo sujeta por agredir a una enfermera y una psicóloga. La paciente reaccionó gritando y golpeando a una de las enfermeras, en ese momento la psicóloga intentó intervenir por medio del diálogo, a lo que la paciente reaccionó usando palabras soeces. La paciente manifiesta que se irrita con facilidad, en cualquier momento y que en algunos momentos siente deseo de venganza por los insultos en casa y ha deseado la muerte de la hermana.

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

En los lugares donde ha estado interna, ha buscado tener una pareja y a pesar de que se le explicaron las normas de la actual IPS, asume actitud de incumplimiento, generando acercamiento con uno de los compañeros, manifestando que es su actual novio, además expresa que le gusta una de las compañeras y había querido besarla. Expresa también que cuando la castigan se escapa de casa, se sienta en un parque del barrio y le habla cualquier hombre que se encuentre e incluso ella se ofrece para tener relaciones sexuales o coloca apodos a las personas que estén cerca generando faltas de respeto.

Selección y aplicación de las técnicas y/o instrumentos de evaluación y resultados obtenidos

Durante la fase de evaluación a la paciente, se generó una entrevista semiestructurada en dos sesiones, con el fin de obtener información detallada de la menor, durante la primera sesión se obtuvo lo relacionado a datos de identificación general, motivo de consulta, antecedentes personales, sin embargo, debido a la poca adherencia de la paciente al proceso de entrevista se estableció una segunda sesión para finalizar la aplicación de la entrevista donde se identificaron aspectos relacionado al ambiente familiar, social, escolar y personal. Teniendo en cuenta la información obtenida durante la entrevista se identificaron diferentes factores de riesgo y dificultades relacionados al diagnóstico.

Se realizó observación de comportamiento en los diferentes espacios de la IPS donde se encontraba interna y en actividades de grupo, con el fin de observar conductas de la paciente en el entorno, también observar el contacto con sus pares (relaciones interpersonales).

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

Surge la necesidad aplicar una serie de instrumentos para abordar de manera más precisa al diagnóstico, los cuales arrojaron información importante para el tratamiento y tener mayor claridad de la veracidad del diagnóstico.

Se aplicó el CDI (cuestionario de depresión infantil), debido a que la paciente en algunos momentos se sentía sola y era necesario identificar signos o síntomas de depresión. La paciente en el cuestionario obtuvo una puntuación de 12 puntos, presentando un resultado moderado, lo cual indica que tener presente objetivos preventivos en la terapia con el fin de que los síntomas no se refuercen.

Así mismo se realizó la aplicación de BAI, este cuestionario presenta una lista de chequeo que permiten identificar síntomas de ansiedad. En la paciente se utilizó este cuestionario para identificar si se presentaban síntomas depresivos, sin embargo, el resultado arrojó una puntuación de 16, es decir, ansiedad muy baja o no presencia de síntomas depresivos.

También se aplicó la WISC-V (escala de inteligencia de Wechsler), para identificar el CI de la paciente, aptitud intelectual. Teniendo en cuenta el nivel académico de la paciente, se aplicó la escala para identificar el CI y generar estrategias con base al resultado, que permitan favorecer el proceso de la paciente. En esta prueba se obtuvo un resultado en el CI de 49 puntos, lo que indica que su coeficiente intelectual está muy por debajo de su edad, lo cual puede ser por la carencia de espacios escolares para la adquisición de aprendizajes académicos. Por lo anterior se generan recomendaciones de apoyo a equipo interdisciplinar con el fin de trabajar fortalecimiento al área cognitiva y valoración por neuropsicología.

Luisa F. Cuadros Garavito.

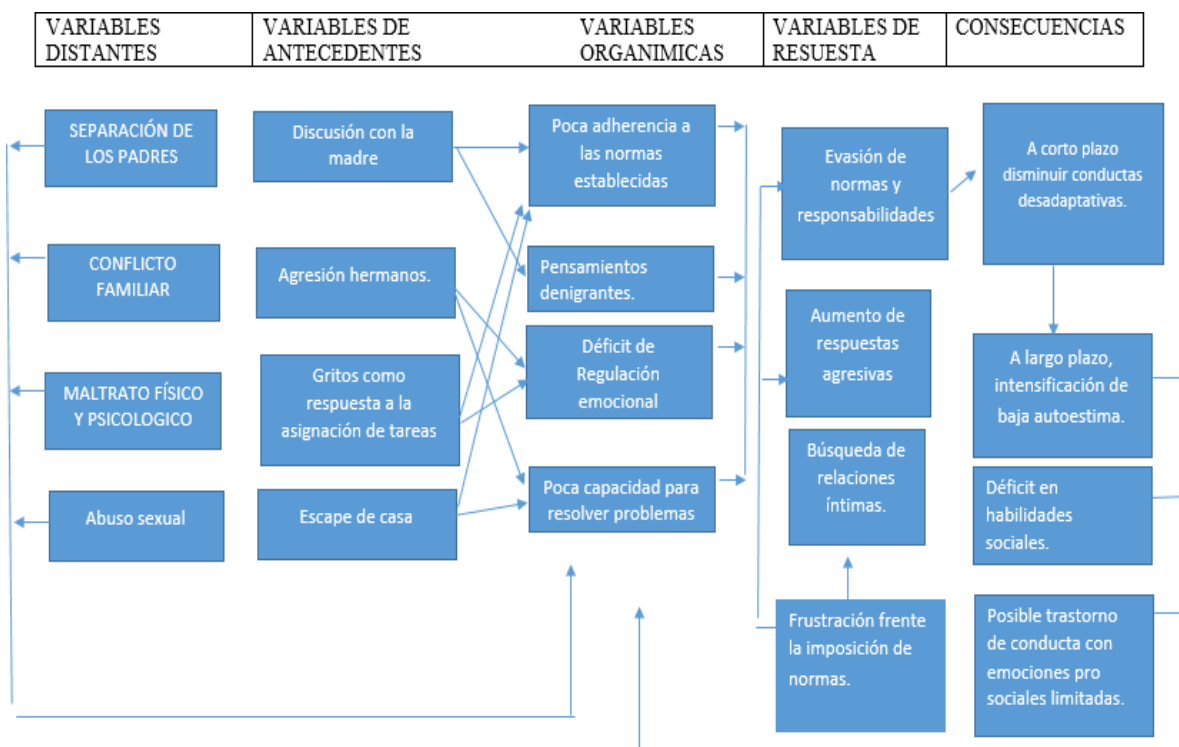
Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

Formulación clínica

Figura 1.

Diagrama analítico funcional del caso.



Como se puede observar en la figura anterior, existen diferentes factores y vivencias que inciden en la problemática de la paciente, quien fue víctima de maltrato físico y psicológico, abuso sexual durante la etapa de la niñez y pre-adolescencia, adicional atravesó la separación de los padres, sosteniendo una relación conflictiva a nivel familiar.

Las diferentes situaciones la llevaron a generar métodos de afrontamiento frente la presencia de los síntomas del propio diagnóstico. Desde temprana edad la menor afrontó

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

situaciones que la llevaron a generar una serie de respuestas agresivas como medida de afrontamiento, llevándola incluso a tener pensamientos denigrantes, evidenciando la poca regulación emocional y el déficit de habilidades para la resolución de problemas. La frustración frente la imposición de normas también desencadenan la evasión de estas, el aumento de respuestas agresivas y búsqueda relaciones íntimas, manteniendo conductas evasivas y disruptivas. Con la evasión de normas y responsabilidad pretende disminuir la presencia de conductas desadaptativas, sin embargo, a mediano plazo está la intensificación de baja autoestima, déficit en habilidades sociales y posible trastorno de conducta con emociones pro sociales limitadas.

Objetivos terapéuticos

- Entrenar a la familia en el conocimiento de signos y síntomas del diagnóstico y programas de refuerzo.
- Disminuir la presencia de conductas disruptivas.
- Prevenir recaída.

Selección del tratamiento adecuado

La terapia cognitivo conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001). Posterior a obtener información del diagnóstico, se estructura un tratamiento basado en técnicas cognitivo conductual, donde se espera que el tratamiento a implementar sea eficaz, ya que se proporcionan técnicas acordes a las necesidades

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

del diagnóstico y se involucra a la familia en plan terapéutico ya que uno de los factores que explican el TND son las prácticas de crianza, propuestas por Barkley et al. (1999), en el sentido que los padres aportan poca atención a los hijos.

Inicialmente es de suma importancia que se conozca y reconozca el diagnóstico tanto por parte de la menor como los miembros de la familia, la presencia de los signos y síntomas en los diferentes contextos, para esto se tiene como referente el Trastorno Negativista desafiante establecido en el DSM-V. Adicionalmente identificar situaciones en las cuales la menor está en riesgo de exposición sexual.

Se utilizan técnicas para el mantenimiento de conductas deseadas tales como las técnicas operantes, reforzadores positivos (Skinner, 1953), para la adquisición de nuevas conductas se utiliza el reforzamiento continuo, donde se busca reforzar siempre que se presente la conducta deseada. Para la adquisición de nuevas conductas se implementa el encadenamiento, donde se presenta la cadena situacional o de actividad total para llegar a la conducta meta (Martin y Pear, 1999).

Continuando con la implementación de técnicas operantes, se establece economía de fichas, "teniendo en cuenta que esta técnica se ha utilizado para el tratamiento de diversas conductas problema y con distintas poblaciones" (Kazdin, 1977; Milan, 1987). No podemos dejar de lado la importancia del autocontrol, por medio de ejercicios de respiración y relajación muscular. "el autocontrol, propiamente dicho, puede entenderse de dos formas: como cambio autoimpuesto (cautela) y como autor restricción o control de la propia impulsividad (Kanfer). Ahora bien, esto último no puede ser absolutizado ya que a veces la impulsividad es la respuesta

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

más adaptativa, y un individuo común debería tener la capacidad de ser impulsivo o controlado en función de qué es lo más adaptable de acuerdo a cada situación" (Logue, 1995). Las técnicas de control de respiración tienen como objetivo enseñar a las personas a mejorar la capacidad funcional de sus pulmones, al tiempo que regulan su ritmo natural respiratorio. Se trata de que la persona aprenda el control voluntario de su respiración, de forma que lo pueda aplicar en las situaciones donde la respiración se encuentra alterada. Al conseguir una respiración diafragmática y un ritmo respiratorio lento se reduce la activación fisiológica y psicológica, suscitándose una sensación de tranquilidad y bienestar (Speads, 1988).

Se busca continuar con la Psicoeducación en autoestima, autoconcepto y empatía, según Vera y Zebadúa (2002), "el autoconcepto se considera una necesidad humana profunda y poderosa, básica para la vida sana, con un buen funcionamiento y para la autorrealización. La autoestima, el autoconcepto físico y la autoeficacia son tres conceptos relacionados". Incluso, se han utilizado los términos de autoestima, autoeficacia y autoconcepto como iguales (Bandura, 1997; García & Musito, 2014).

Se implementa la terapia de aceptación y compromiso, la cual ha sido mencionada en las de tercera generación (Hayes, 2004), se pretende que reconozca sus síntomas y se establezca un compromiso al cambio de conducta adaptativo.

Para finalizar y no menos importante se busca implementar entrenamiento en resolución de problemas, por medio de las técnicas de relajación progresiva y habilidades sociales, favoreciendo vínculos de empatía con otros, minimizando la presencia de conductas disruptivas. A su vez, los programas de entrenamiento en habilidades sociales son indispensables puesto los

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

datos nos alertan de que las consecuencias negativas, de la incompetencia social se relaciona con un variado elenco de desajustes y dificultades como son baja aceptación, rechazo, ignorancia y aislamiento, problemas emocionales y escolares, desajustes psicológicos entre otros (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, y Klein, 1989).

Teniendo en cuenta lo anterior por medio de las técnicas combinadas tanto cognitivo como conductuales, se pretende dar respuesta a los objetivos terapéuticos propuestos para la mejorade conducta de la paciente, teniendo en cuenta las terapias a nivel individual y el trabajo con la familia.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento se establece para 12 sesiones incluyendo plan de prevención de recaída, cabe resaltar que no se logró la aplicación de las técnicas, debido a la ausencia de la paciente en el segundo semestre de la práctica clínica.

Sesión 1 y 2.

Luego de haber obtenido la información por medio de entrevista semiestructurada, se da inicio con la primera técnica de intervención que es la Psicoeducación, con relación a los signos y síntomas que hacen parte del diagnóstico. Se genera en la primera sesión la identificación de conductas disruptivas en casa, colegio y barrio, cuáles han sido las respuestas físicas, respuestas psicológicas y motoras, de tal manera que se tenga mayor claridad de los momentos puntuales donde ha estado la presencia de conductas disruptivas, incluyendo conductas de riesgo de exposición sexual. En la segunda sesión se socializa por medio de presentación de diapositivas,

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

la relación de sus conductas y tiempo de presencia, con el diagnóstico, de tal manera que las respuestas en casa por parte de familiares no refuercen la conducta disruptiva o respuesta de irse a la calle a exponerse con la búsqueda de pareja e identifiquen la presencia de los síntomas y hacerlos conscientes del diagnóstico y la importancia del tratamiento. Identificando los signos y síntomas del trastorno en 4 de 5 situaciones.

Sesión 3 y 4.

Explicación de los diferentes tipos de refuerzos positivos con el fin de mantener las conductas deseadas, relacionar los refuerzos positivos, es decir identificar con la familia los gustos de la menor para generarlos. Explicar que las tareas a realizar deben ser indicadas de manera detallada y tener en cuenta el propósito de esta, por ejemplo organizar la habitación, tiene como finalidad mantener su espacio limpio y organizado, de tal manera que se generen refuerzos positivos adecuados con el fin de mantener la conducta deseada, ya sea la realización de alguna tarea en casa o el acatar normas que se le establezcan, teniendo por lo menos la presencia de refuerzos en 5 o 6 situaciones en las que se evidencie la conducta adecuada o esperada en casa.

Sesión 5 y 6

Teniendo en cuenta lo visto en la sesión anterior se aborda la técnica de economía de fichas, donde se busca establecer en una tabla las tareas a realizar, conductas esperadas y se explica la entrega de fichas figura de corazón cada que se implemente la tarea o se evidencie la conducta deseada. Al momento de cumplir con el mínimo de 4 fichas por día se genera la recompensa.

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

Sesión 7

En esta sesión de entrena en el autocontrol por medio de ejercicios de respiración diafragmática, donde se le enseña cómo controlar los impulsos por medio de la respiración, tomando aire y manteniéndolo mientras se cuenta mentalmente hasta 15, hasta 10 y hasta 5 logrando identificar y controlar los impulsos en 3 o 4 situaciones.

Sesión 8

En esta sesión se busca psicoeducar sobre los pensamientos del valor propio, cualidades, habilidades, proyecto de vida. Fortalecer el valor propio reconociendo fortalezas y valores con los cuales se identifica, por medio de un dibujo donde haga una representación de sí misma y escriba en cada parte de su cuerpo las habilidades que identifique. Reconociendo al menos 4 cualidades y valores, además que logre sentirse mejor consigo misma sin buscar aceptación en otros en por lo menos 4 situaciones.

Sesión 9 y 10.

Terapia de aceptación y compromiso, por medio de un escrito de situaciones específicas, respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas, donde se identifiquen cuales pudieron ser las posibles respuestas y se genere compromiso frente la conducta en las diferentes situaciones y se logre implementar los compromisos de mejora en 4 de 5 situaciones de su vida cotidiana.

Sesión 11.

Entrenamiento en resolución de problemas, utilizando técnicas de relajación, de tal manera que se realicen ejercicios de estiramiento o tensar y destensar los músculos, además de

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

fortalecer habilidades sociales haciendo énfasis en la comunicación afectiva, respuestas no verbales (gestos), favoreciendo vínculos de empatía con las personas en los diferentes contextos.

Plan de prevención de recaída

Finalizado el plan de intervención, hacer seguimiento al mes, luego a los dos y posteriormente a los 3 meses. Realizan seguimiento al cumplimiento de técnicas aprendidas.

Resultados del tratamiento

A partir del plan de tratamiento propuesto se espera que inicialmente tanto la familia como la paciente reconozcan los signos y síntomas del diagnóstico en diferentes situaciones de la vida cotidiana, de tal manera que al momento de identificarlos puedan realizar un abordaje positivo a estos y que no se refuercen las conductas disruptivas. Teniendo en cuenta que se buscó implementar las técnicas acordes a las necesidades del diagnóstico de la paciente, se espera que estas sean aplicadas de manera adecuada generando resultados de mejora en las conductas de la menor.

Con relación a las conductas disruptivas y agresivas que se disminuya la presencia de estas, aplicando las técnicas de entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas, generando mejora también en la relación familiar y social. Se espera que por medio de la técnica de economía de fichas, aceptación y compromiso se favorezca el cumplimiento de las normas y tareas asignadas en casa. Además que la familia implemente de manera adecuada los reforzadores positivos en los diferentes momentos en que se evidencie cumplimiento de tareas o

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

seguimiento a las normas.

Importante resaltar que como resultado del tratamiento también se espera que la autoestima de la paciente se favorezca, reconociéndose así misma con todas sus cualidades, habilidades y valores, generando auto aceptación y no dependiendo de la aprobación o expresión de otros para sentir de agrado a sí misma. Ferguson, Houghton y Stherland en 2008 citados por Leflot, Van Lier, Onghena, Colpin, en 2010, han demostrado que técnicas adecuadas de manejo de la conducta como proporcionar y establecer rutinas, reglas y consecuencias claras, al igual que utilizar refuerzos positivos y recompensas, promueven comportamientos apropiados y reducen las manifestaciones disruptivas.

Discusión

A pesar de que no se logró la aplicación del tratamiento con la paciente otros estudios muestran la eficacia de las técnicas utilizadas para el diagnóstico que se presenta, teniendo en cuenta lo anterior se tiene que entre las limitaciones del tratamiento se encuentra la poca adherencia de la familia y se ha demostrado en numerosos estudios el tratamiento que muestra una mayor eficacia es aquel que se centra en el niño, en los padres y en la escuela (Del Corral, 2003; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica del TDAH, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Pelham y Fabiano, 2008), favoreciendo las relaciones.

El entrenamiento a padres junto con los profesores en técnicas operantes, como señalan diversos estudios, es un tratamiento eficaz y bien establecido cuya principal meta es conseguir que aprendan a llevar a cabo interacciones adecuadas con los niños reforzando las conductas adecuadas y debilitando las no deseadas (Martin y Pear, 1999). Tal como nos indica la

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

investigación al respecto, el programa de entrenamiento a padrecuenta con un alto índice de eficacia, no obstante, en una importante cantidad de casos se producen recaídas (Bunge, Gomar y Mandil, 2009).

En relación a la intervención con el paciente es fundamental realizar un entrenamiento del manejo de la ira, en la que se le dotará de habilidades de afrontamiento y sociales, estableciendo rutinas y reglas, con refuerzo positivo y recompensas se ha demostrado que se reducen los comportamientos disruptivos (Ferguson, Houghton y Stherland, 2008). Diversos estudios han concluido que las personas empáticas presentan menos conductas agresivas por su sensibilidad emocional y habilidad para entender las consecuencias perjudiciales para los otros y para si mismo como consecuencia de la agresión (Bandura, 1987; Hoffman, 1987).

Referencias

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Ana Belen Rizo, estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno Negativista desafiante de una adolescente. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 1. N°. 1 - Enero 2014 - pp 89-100

Aplicación de la terapia de interacción padres – hijos en un caso de Trastorno Negativista Desafiante. Revista de Psicología y Psicología clínica Vol. 15. N° 3. PP 205-2014, 2010.

Cornejo del Carpio, M. F. (2020). Técnicas conductuales en la disminución de conductas disruptivas en niños del centro infantil y la familia. Ancón, 2019.

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com

Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Madrid: Desclée de Brouwer.

Luna, N. C., & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. Revista Electrónica De Investigación Y Docencia (REID), (10). Recuperado a partir de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/991>

Luciano Soriano, M. Carmen; Valdivia Salas & María Sonsoles (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia Papeles del Psicólogo, vol. 27, núm. 2, MADRID.

Rosa, A. I., Sánchez, J., & Olivares, J. (1999). Efectos diferenciales de las técnicas de autocontrol en problemas clínicos y de salud en España: una revisión meta-analítica. Estudios de psicología, 20(62), 23-37

William Montgomery Urdy, (2008). TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y APLICACIONES CLÍNICAS DEL AUTOCONTROL. Revista IIPSI.

Alvis A., Arana, C. M., Restrepo, J. C, & Hoyos, E. (2015). Agresión y empatía en un grupo de niños y niñas diagnosticados con trastorno Negativista desafiante. Katharsis,20, 123-144

Monsalve Robayo, A., Mora Caro, L. F., Ramírez López, L. C., Rozo Hernández, V., & Rojas Puerto, D. M. (2017). Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno Negativista desafiante, una revisión de la literatura. Revista Ciencias de la Salud, 15(1), 105-127.

Luisa F. Cuadros Garavito.

Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente.

Correo electrónico: luisacuadros626@gmail.com