

# **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADOLESCENTE DE 15 AÑOS CON TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DE ANIMO**

Raquel Alexa Barba Argumedo  
Universidad del Sinú – seccional Cartagena

## **Resumen**

El presente trabajo se realizó basado en un estudio de caso, que describe el tratamiento cognitivo-conductual diseñado en 12 sesiones para un adolescente de 15 años, con estados de ánimo deprimido e irritabilidad persistente, asociándose este problema a la evitación del cumplimiento a normas y reglas en el hogar y fuera de este. Se realizó una evaluación mediante entrevista semiestructurada individual para la adolescente y padres o cuidador, se aplicó Inventario de ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) (Trad. Ballester, 1992) y CDI. Inventario de Depresión Infantil. Se llevó a cabo la devolución del análisis funcional, formulación clínica, se plantearon los objetivos de la intervención y se determinaron las técnicas necesarias para conseguir éstos. A lo largo del tratamiento se utilizó, reestructuración cognitiva, activación conductual, estrategias de la respiración diafragmática y la relajación muscular de Koeppen, regulación emocional y psicoeducación a padres. Con la aplicación de la intervención cognitiva-conductual, se logró disminuir el estado de ánimo de la paciente, modificando de creencias irracionales, pensamientos autodestructivos y de minusvalía, logrando así el incremento de actividades placenteras, se disminuyó la activación fisiológica de la paciente (agitación, sudoración) y reducir los niveles de irritabilidad; se fortaleció y fomentó vínculos afectivos entre los miembros del núcleo familiar, a través de Psicoeducación en pautas de crianza.

**Palabras clave:** Trastorno de desregulación del estado de ánimo, adolescente, terapia conductual- cognitiva, Problemas de conducta, estudio de caso, intervención clínica.

### **Abstract**

This article describes the cognitive-behavioral treatment designed in 12 sessions and applied in 7; This is the case of a 15-year-old teenager with depressed mood and persistent irritability, this problem being associated with avoiding compliance with norms and rules at home and outside it. An evaluation was carried out by individual semi-structured interview, semi-structured interview for parents or caregiver, Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) (Trans. Ballester, 1992) and CDI were applied. Childhood Depression Inventory. The return of the functional analysis was carried out, clinical formulation, the objectives of the intervention were raised and the necessary techniques were determined to be achieved. Throughout the treatment, cognitive restructuring, behavioral activation, diaphragmatic breathing strategies and Koeppen muscle relaxation, emotional regulation and psychoeducation for parents were used. With the application of the cognitive-behavioral intervention, the patient's state of mind was decreased, modifying irrational beliefs, self-destructive and handicap thoughts, thus achieving an increase in pleasant activities, the physiological activation of the patient (agitation, sweating ) and levels of irritability were decreased; Parents were strengthened in appropriate parenting guidelines for managing patient's behaviors and fostering affective bonds between members of the family.

**Keywords:** Disruptive mood dysregulation disorder, adolescent, cognitive-behavioral therapy, Behavioral problems, case study, clinical intervention.

## **Introducción**

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (DMDD) es una nueva entidad diagnóstica anexada en el dominio de los trastornos depresivos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición - DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Se caracteriza por irritabilidad no episódica, definida como estado de ánimo persistentemente negativo, y arrebatos de temperamento severos, una condición de propensión a la ira que es desproporcionada a la situación, que consiste en ira y rabia manifestada conductual y/o verbalmente. Los arrebatos de temperamento duran más de un minuto, pero menos de cinco minutos (Potegal et al., 2003). El diagnóstico de TDDEA ha causado disputas por la falta de estudios empíricos válidos y la ausencia de directrices estándar para el tratamiento farmacológico (Parens y Johnston, 2010, Axelson et al., 2011, Stringaris, 2011). El TDDEA se introdujo como una nueva categoría de diagnóstico, debido a un sobrediagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) en la juventud (Baweja et al., 2016), tal vez debido al concepto demasiado inclusivo y más amplio de TAB (Wozniak et al., 1995). La edad de inicio de es de 10 a 12 años en TDDEA. Es importante anotar que, según los estudios de prevalencia de los trastornos infantiles, los principales problemas en la infancia y adolescencia son los trastornos de conducta y los trastornos emocionales tipo ansiedad y depresión. Respecto a los problemas de conducta, estos son uno de los principales motivos por los que los padres acuden a consulta (Meléndez y Navarro, 2009; Valero y Ruiz, 2003). Además, entre los 6 y 12 años son remitidos más niños que niñas. Los datos indican que en esta población la sintomatología más común es la ansiedad y las alteraciones afectivas (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2010).

La gravedad de los problemas conductuales en niños o adolescentes con este trastorno implica la aplicación de un tratamiento amplio que abarque al niño, la familia, la escuela y la comunidad a largo plazo. El tratamiento actual de primera línea utilizado es la terapia cognitivo-conductual (Luiselli, 2002), basada en estrategias orientadas al entrenamiento a padres y profesores, y la terapia individual con el adolescente; además, busca demostrar su eficacia, en un caso con síntomas relacionados al Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (DMDD).

## **Descripción del Caso**

### **Identificación del paciente**

Adolescente de 15 años de edad, sexo femenino, cursa 4to de primaria, diagnosticada por psiquiatra infantil desde los 6 años con: F701 Retraso mental leve, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento y F918 Otros trastornos de la conducta. Por lo cual se encuentra con tratamiento farmacológico. Proviene de tipología familiar extensa (vive con su madre, padre, hermano mayor y abuela), con un estilo de crianza permisivo y autoritario, presenta conductas relacionadas al Trastorno de regulación del estado de ánimo: irritabilidad persistente, agresividad contra sí misma y otras personas, transgresión de normas y figura de autoridad en aumento en el ámbito familiar y escolar.

### **Motivo de consulta**

Paciente remitida desde el área de psicología del centro educativo, argumentando atención especial desde el área de psicología clínica por ser un caso complejo. La psicóloga a cargo del caso informa, que el comportamiento de la adolescente, tanto en este centro educativo como en casa, ha empeorado considerablemente. Tal es el cambio que desde el colegio han animado a la madre a buscar una solución. La madre refiere que en casa las peleas son continuas:

discusiones y desobediencia por parte de su hija e intentos de agresiones físicas hacia ella y los demás miembros de la familia. Desde el centro educativo informan que su comportamiento disruptivo va en aumento y es inmanejable, viéndose una disminución considerable del rendimiento y participación de sus actividades académicas.

### **Historia del problema**

La madre informa que desde hace varios meses viene observando una serie de conductas inadecuadas y desadaptativas por parte de su hija como: comportamientos agresivos contra ella, dificultad para seguir normas, reglas y/o límites e instrucciones dadas por lo adultos; generando preocupación y convirtiéndose en situaciones inmanejables para los padres y profesionales. Según la madre, la adolescente ha exteriorizado los sentimientos con actitudes negativas y esto le genera preocupación. La relación con los otros miembros de la familia es difícil, mantienen continuas discusiones sobre la crianza y la situación de su hija ya que esta tiene amistades con alto riesgo psicosocial. Actualmente, ha cambiado de grupo de amigas, pero las conductas problema y las discusiones en casa continúan. Según la madre, tiene una actitud negativa, agresiva y por todo llora: no recoge la habitación ni hace las tareas, no responde con los deberes dentro del hogar, la comunicación con ella es prácticamente inexistente. La psicóloga del centro educativo, se puso en contacto con la madre por quejas de varios profesores por el mal comportamiento e interrupciones en clase, peleas con compañeros, expulsiones de clase y múltiples suspensos. Finalmente, animan a la madre a pedir ayuda profesional ante esta situación.

### **Formulación clínica**

### **Análisis y descripción de las conductas problema**

Una vez llevado a cabo el análisis funcional, hipótesis y evaluación inicial, se procede a explicar el comportamiento de la adolescente, a través del análisis de la formulación clínica, en estos se identificaron factores históricos relacionados con los problemas actuales de la paciente, como: estilos de crianza inadecuados, refuerzos del comportamiento evasivo y sobre protección de la madre; factores ambientales caracterizados por discusiones y enfrentamientos hostiles entre los miembros de la familia, laxitud en las normas; al igual que aplicación de castigos, acusaciones, juicios o refuerzos no acorde con el comportamiento de la paciente. Es de anotar, que estos son el conjunto de hipótesis que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales y estado anímico ambivalente de la adolescente (tristeza, enojo, rabia, ira), con fuertes reacciones fisiológicas (agitación, enrojecimiento en la piel y sudoración) dificultades personales en el comportamiento y actitud (estados airados e irritables, conducta desafiante, enfrentamientos con las figuras de autoridad) que impactan en el sistema social. Por ende, permite a la paciente, utilizar como variables de respuesta reducir a corto plazo sus estados ansiosos y el manteamiento a largo plazo de conductas disruptivas, trastornos del comportamiento, conductas desafiantes, estados de ánimo depresivos con ideas desvalorizadas de la vida o búsqueda de alternativas contraproducentes para su vida, integridad y salud.

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

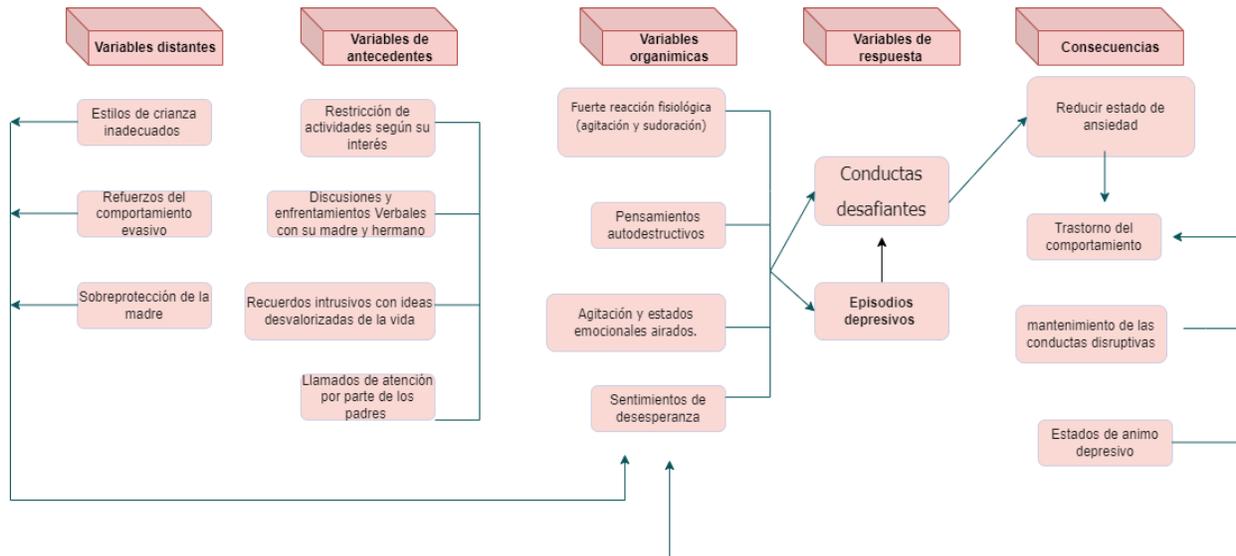
A partir de la aplicación de las pruebas y técnicas de evaluación, se logró identificar lo siguiente: En la entrevista semiestructurada individual y familiar se logró recolectar de modo verbal, la información conductual de la paciente, donde se identificaron comportamientos altamente agresivos por parte de la misma dentro del hogar. Se aplicó el Inventario de ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) para obtener una caracterización de los síntomas de ansiedad presentados en la paciente, donde la puntuación total arrojó 11 puntos equivalente a

síntomas de ansiedad bajo. De acuerdo a la aplicación del CDI. Inventario de Depresión Infantil el puntaje obtenido fue de 27 que según criterios del inventario arroja síntomas de depresión o desregulación del estado de ánimo, ya que la paciente viene experimentando arrebatos frecuentes e intensos de irritabilidad, ira y mal temperamento. La frecuencia manifestada es de 1 o 2 veces al día como estrategias de afrontamiento para combatir sus estados de ánimo depresivos.

### **Análisis funcional molar o formulación clínica**

Las conductas problema se presentaban en dos niveles. A nivel físico, a través de sintomatología de agitación, enrojecimiento en la piel y sudoración y a nivel cognitivo a través de pensamientos negativos-autodestructivos, y sentimientos de desesperanza recurrentes. Esto correspondía con los resultados de las pruebas utilizadas que mostraban un nivel síntomas de depresión o desregulación del estado de ánimo. Las consecuencias inmediatas de las respuestas problema era refuerzo positivo y evasión de la situación problema (Refuerzo negativo) puesto que la adolescente acababa consiguiendo lo que quería, ya que esta era la única solución que encontraba la madre para no seguir discutiendo. Las consecuencias a largo plazo son el malestar general y tensión que se mantenía en casa tras las discusiones constantes. Como factor desencadenante de las respuestas problemas se incluyó la falta de resolución de problemas por parte de los padres, estilos de crianza inadecuados, refuerzo del comportamiento evasivo y sobreprotección de la madre, la relación está muy deteriorada, no existe el respeto, es muy desobediente, casi constantemente llama su atención, y se ven sumergidas en peleas diariamente. La adolescente se siente poco querida; en casa grita y da golpes a las paredes, se enfada con facilidad, insulta a su madre y en ocasiones la intenta empujar, con una frecuencia diaria de 2-3 veces con una duración de 5 a 30 minutos, ocurriendo con mayor frecuencia por las noches. En ocasiones, se va de casa sin avisar, tardando en volver entre 30 minutos y una hora.

**Tabla 1. Diagrama analítico funcional del caso**



*Nota: Una vez llevada a cabo la evaluación, se consideró plantear el Diagrama analítico funcional del caso, que permitiría explicar el comportamiento de la adolescente.*

### Objetivos terapéuticos

Se proponen 5 objetivos terapéuticos los cuales son: 1. Disminuir el estado de ánimo de la paciente, modificando creencias irracionales, pensamientos autodestructivos y de minusvalía, logrando así el incremento de actividades placenteras a través de técnicas Reestructuración cognitiva y Activación conductual. 2. Disminuir activación fisiológica (agitación, sudoración) y reducir los niveles de irritabilidad a través de Entrenamiento en relajación y Regulación emocional. 3. Desarrollar habilidades sociales para disminuir problemas familiares y conductas disruptivas a través de la Psicoeducación a padres: Entrenamiento en pautas de crianza adecuadas para el manejo de conductas de la paciente y fomentar vínculos afectivos entre los miembros del núcleo familiar. 4. Disminuir los comportamientos desobedientes y desafiantes e implementar habilidades sociales que la conlleven a la adquisición de estilos de vida adecuados a través de técnicas de Sobrecorrección restitutiva con la técnica de Economía de fichas, con reforzadores positivos y técnicas de Moldeamiento. 5. Prevenir recaídas de la paciente

brindándole a ella y su familia, herramientas para la resolución de conflictos, que sea capaz de desarrollar alternativas de solución ante los problemas cotidianos a través de técnicas de resolución de problemas.

### **Selección del tratamiento adecuado**

El tratamiento seleccionado consistió en varias técnicas de intervención cognitivo conductual que son comúnmente utilizadas para pacientes con sintomatología de: estados de ánimo deprimido e irritabilidad. Por lo anterior, la proyección del tratamiento consta de 12 sesiones de duración entre 40 minutos a una hora cada una. Por esto, es necesario empezar con la técnica de autorregulación emocional. El objetivo inicial fue disminuir el estado de ánimo deprimido a través de técnicas: inicialmente la Técnica de reestructuración cognitiva la cual esta centradas en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas) En esta categoría se incluyen: la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962) y la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) 2. La Activación Conductual se considera una forma muy efectiva para tratar la depresión. Un estudio con un tratamiento de largo plazo reporta que la Activación Conductuales más efectiva que la terapia cognitiva y produce resultados al Tratamiento farmacológico den casos de depresión clínica Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., Gortner, E., & Prince, S.E. (1996). Y La relajación de Koeppen es una técnica que tiene como finalidad ayudar a niños y niñas a identificar y controlar sus distintos grupos musculares para aprender a tensarlos y destensarlos.

Se emplea técnica de regulación emocional, ya que la evidencia empírica indica que el uso de las estrategias de regulación emocional, tanto de aceptación como de cambio, y también su combinación, son efectivas. Estos datos se han obtenido básicamente en torno a la Terapia

Conductual Dialéctica, cuyo foco central es la regulación emocional (Feigenbaum, 2007; Robbins y Chapman, 2006). En la Terapia de conducta para adolescentes (MacPherson et al., 2013; Miller et al., 2017; Rathus & Miller, 2015) se enfatiza el entrenamiento grupal de las habilidades, así como la participación familiar (i.e., participación de los padres en el entrenamiento de habilidades, terapia familiar) y la enseñanza de dilemas dialécticos adolescentes-familia (permisividad-control autoritario, visión evolutiva-normativa de los síntomas versus visión patológica, autonomía versus dependencia). Por ello se relacionó esta técnica para el trabajo con los padres y por último el Entrenamiento en Resolución de problemas. Se utilizó un Entrenamiento Cognitivo en Solución de Problemas Interpersonales (González, y Pelechano, 1996) en el que, mediante situaciones hipotéticas, se debía buscar soluciones alternativas, hacer una valoración y poner en marcha la más eficaz. Mediante role playing se practicó con otros compañeros del programa de prevención de violencia, utilizando la lluvia de ideas y la consecución grupal de la respuesta con ganancia de fichas refuerzo. D’Zurilla y Nezu (2007). Todo lo relacionado anteriormente asegura una disminución considerable de los síntomas al finalizar las sesiones.

### **Aplicación del tratamiento**

Se realizó proceso de psicoeducación a la paciente con el fin de crear en esta consciencia del problema, a través de la explicación del análisis funcional, la importancia del tratamiento y la metodología de trabajo. En las sesiones 1, 2 y 3; se trabajó la Técnica de Restructuración Cognitiva y activación conductual para que la paciente ponga en práctica pensamientos alternativos realistas en su día a día y fomentar en estos últimos, cambios en su manera de pensar y de interpretar la realidad. Las actividades de control de la ira fueron las más costosas puesto que su respuesta agresiva estaba muy arraigada. 1. Se trabajó Psicoeducación, en el entender bien

qué son las distorsiones cognitivas, cómo actúan, y el poder que tienen para influir en el estado de ánimo. 2. Aumentar la conciencia e identificar las propias distorsiones cognitivas. 3. Y por último el registro de pensamientos como herramienta básica de la Reestructuración Cognitiva. Se utilizó un instrumento o formato prediseñado para el registro de experiencias, junto con los pensamientos, emociones, conductas que las acompañan y como complemento la paciente incluyó los pensamientos alternativos pertinentes a cada registro. Por ejemplo, ella consideraba que al mostrarse con una conducta agresiva iba a ser respetada y valorada por su grupo de iguales (centro educativo) y familia (padre, madre y hermano), mediante discusión cognitiva, la adolescente analizó otras formas de sentirse valorada y respetada, con la que además se sentiría aceptada y querida, puesto que su conducta animaría a un acercamiento positivo. Se orientó y proporcionó a la paciente una serie de habilidades de afrontamiento que le permitieron abordar de modo más eficaz distintas situaciones estresantes. Cabe mencionar que esta técnica para esta primera sesión se ha priorizado en el plan de intervención porque genera más impacto, al observar que una reducción de este síntoma puede ayudar al paciente a mejorar habilidades sociales, familiares y personales en cualquier entorno donde se encuentre.

En la activación conductual mediante el Incremento de actividades placenteras: Se brindó orientación para mejorar el estado de ánimo de la paciente, donde se instruyó de la importancia de desarrollar actividades reforzantes que permitan evitar los pensamientos negativos. Algunos ejemplos son: ejercicios físicos (que nos ayuda a estar en forma y a cuidarnos), actividades artísticas (que nos ayuda a desarrollar nuestra creatividad), escribir y relajar nuestros pensamientos (retomando el registro de pensamientos). Se acompañó en actividades diarias en el centro de atención con el fin de apoyar algunas actividades.

Sesión 4; Entrenamiento de relajación a través de técnicas de Respiración diafragmática y Respiración tranquilizante. Teniendo en cuenta que la respiración se constituye en una forma de controlar la sobre activación de nuestro cuerpo producido por momentos de angustia. Se realizó la técnica de la respiración diafragmática: A Través del método KOOPEN. La paciente practicó el ejercicio y creó compromisos para la aplicación de este en otros espacios y situaciones donde experimente estrés y/o ansiedad; la paciente puso en práctica la relajación a través de respiración a partir de este día, los últimos 10 minutos de cada sesión se reservaron para la relajación hasta la última sesión. También se le entrenó en hábitos de estudio y estrategias de aprendizaje para mejorar su motivación y eficacia en actividades académicas, así como a organizarse.

Sesión 5 y 6; Regulación emocional, el cual consistió en que la paciente identificara a través del autorreflexión sobre comportamientos y pensamientos propios, ante diferentes situaciones estresante que le generen irritabilidad o estados emocionales negativos como el enojo y la rabia, al ser identificados se colocó en práctica estrategias para regular los sentimientos, estados de ánimo y conductas en diferentes situaciones. Inicialmente se le brindó una explicación sobre la habilidad a trabajar: regulación emocional, se propusieron varias emociones y la adolescente debía apuntar dos estrategias de regulación emocional para cada una. Se analizaron con ella las estrategias más útiles para cada emoción. Como tarea para casa realizó un registro (diario positivo) con el objetivo de transmitir de un modo experiencial el efecto beneficioso de reflexionar sobre las cosas positivas que le ocurren. En la sesión 6; se analizaron los registros y se realizó una hoja de trabajo en la que la paciente debía intentar modificar las emociones o el estado de ánimo de otra persona a través de la respuesta a varias opciones de respuesta, explicando su elección. Esta actividad permitió analizar las consecuencias de diferentes estrategias de regulación emocional; además, se analizaron los registros y se realizó un breve

resumen sobre los contenidos más importantes de las últimas sesiones y del programa completo. Con el objetivo de medir la eficacia del programa en cada una de las habilidades desarrolladas, se llevó a cabo la evaluación a través de los instrumentos utilizados de manera previa a la intervención

Es importante mencionar que, a partir de la 7ma sesión, las técnicas previstas no fueron desarrolladas, debido a la misma dinámica del proceso de práctica, (1 asistencias semanal por 8 semanas); como también en una de estas, la adolescente no asistió por motivo de consulta médica; sin embargo, para continuar con el tratamiento y plan de intervención estipulado se dejaron recomendaciones y estrategias para padres y profesores del aula.

Sesión 7; Entrenamiento a padres en pautas de crianza adecuadas para el manejo de conductas de la paciente y fomentar vínculos afectivos entre los miembros del núcleo familiar. A través de la crianza positiva basada en el buen trato generar un estilo de crianza cálido pero firme con resultados positivos entre padres e hijos, enfatizado en la importancia del respeto mutuo, comunicación abierta y el uso de formas positivas de disciplina. Las primeras recomendaciones a brindar son: a) Criar por medio del ejemplo: aplicar valores que los padres quieren que su hija desarrolle. Enseñar cortesía, respeto, empatía, amor propio por los otros, así como por la naturaleza. b) Corregir sin Herir: ser asertivos en el momento de transmitir el mensaje, establecer una comunicación clara respecto a las expectativas, reglas y límites. c) Promover la autoestima: aportar en la construcción del carácter y la autoestima de la adolescente, para la toma de decisiones. d) Generar empatía: reconocer y comprender los sentimientos, emociones y sensaciones de los otros. y e) Promover responsabilidad: ayudar a los niños, niñas y adolescentes a aprender desde sus propios errores. En pocas palabras, los padres positivos apoyan el crecimiento saludable y el espíritu interior de un niño al ser amorosos, solidarios, firmes,

constantes e involucrados. Dichos padres van más allá de comunicar sus expectativas, pero practican lo que predicán siendo modelos positivos a seguir para que sus hijos los emulen.

Sesión 8; Sobrecorrección Restitutiva y Economía de fichas con reforzadores positivos, en esta sesión se busca reducir los comportamientos inapropiados de la paciente, a través uno de los métodos más efectivos cuando se trata de modificar el comportamiento. Esta técnica consiste en exigirle a la adolescente que ha realizado la conducta problemática que restituya o repare el daño ocasionado y sobrecorrija o mejore el estado original de las cosas de manera inmediata. Ej. Pedir disculpa varias veces por haber insultado o molestado a su madre, hermano o haber agredido a su perro, reparar desperfectos ocasionados, recoger los papeles del suelo, que limpie su cuarto si deja su ropa o zapatos tirados en el suelo. Complementando la técnica anterior se emplea el sistema de la economía de fichas con reforzadores positivos, el cual busca instruir a sus padres para que las adolescentes se mantengan motivada y promover nuevas conductas adecuadas y deseadas. Consiste en recompensar a la adolescente en el logro de sus metas en la mañana, durante la tarde y durante la noche o según sus padres lo acuerden. En este orden de ideas se necesita que los padres desarrollen un atractivo menú de recompensas con una variedad de artículos según gustos y preferencias de la adolescente.

Sesión 9 y 10; Técnica de moldeamiento: En dos sesiones se busca mediante el moldeamiento enseñar nuevas habilidades deseadas y reforzar inmediatamente cada ocurrencia de la conducta que se haya seleccionado como punto de partida y no se reforzará las conductas incompatibles e indeseadas a la conducta final. Se emplearán estrategias para mejorar el moldeamiento y ayudar a mejorar la eficacia del moldeamiento. Combinar el moldeamiento con instrucciones, el modelado, la guía física y otras, para facilitar e incrementan la emisión de la respuesta. Ej. Tipos de ayudas (brindar ayudas verbales e instrucciones verbales) ayuda física.

(guiar físicamente a la persona). modelado. (mostramos la acción a realizar el modelo y la persona nos imita) y por ultimo pistas visuales, en imágenes o fotografías.

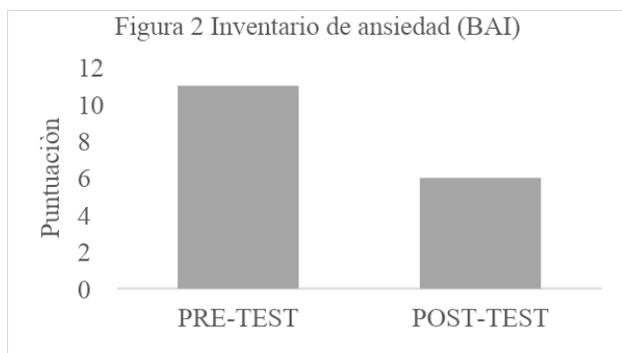
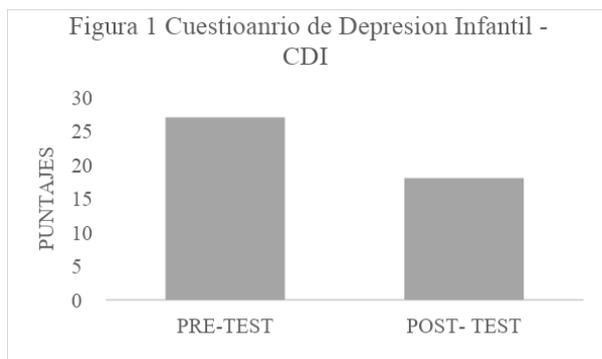
Sesión 11 y 12 Entrenamiento en Resolución de problemas. Utilizar un Entrenamiento Cognitivo en Solución de Problemas Interpersonales (González, y Pelechano, 1996) en el que, mediante situaciones hipotéticas, se busquen soluciones alternativas, hacer una valoración y poner en marcha la más eficaz. Mediante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

### **Resultados del tratamiento**

De acuerdo a las técnicas aplicadas, se pudo identificar según los resultados obtenidos, efectividad de la misma con una alta favorabilidad en la reducción de los síntomas del paciente, donde se logró disminuir y modificar una serie de creencias irracionales y pensamientos autodestructivos, como también la disminución de fuertes reacciones psicológica ante situaciones estresores las cuales eran de difícil manejo y control; el entrenar en estrategias de regulación emocional e inoculación de estrés la paciente logra modular la gestión y expresión de sus emociones, a través de acciones deliberadas que realizo para adaptación mejor a las circunstancias en favor de metas a medio y largo plazo.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras la aplicación del tratamiento, haciendo una comparativa global pre-test, post-test y con los registros de observación. el Inventario de ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) muestra en el pre-test la puntuación total de este arrojo 11 puntos equivalente a síntomas de ansiedad bajo (véase la Figura 2). Y De acuerdo a la aplicación del CDI. Inventario de Depresión Infantil el puntaje obtenido fue de 27 (véase la Figura 1) que según criterios del inventario arroja síntomas de

depresión o desregulación del estado de ánimo, ya que la paciente viene experimentando arrebatos frecuentes e intensos de irritabilidad, ira y mal temperamento. La frecuencia manifestada es de 1 o 2 veces al día como estrategias de afrontamiento para combatir sus estados de ánimo depresivos.



Una vez aplicado el tratamiento, con el inventario de ansiedad (BAI) en el post-test se obtiene una reducción de síntomas con resultados de 6, lo que quiere decir 5 puntos por debajo del resultado inicial (véase la Figura 2) y en el Inventario de Depresión Infantil (CDI) el cual obtuvo inicialmente 27 puntos (véase la Figura 1), también existe una reducción importante con al menos 18 lo que traduce 9 puntos menos. Lo anterior se observa en cuanto a su comportamiento agresivo, el cual ha disminuido, aunque no deja de discutir con profesores o culpar a otros de su comportamiento. Notan un gran cambio en su actitud, ya no se muestra rencorosa y hostil. En la puntuación Pretest todos los ítems marcaban la puntuación más alta, y en post-test se encuentran en las posiciones de intermedio a baja frecuencia de aparición. En el caso de la valoración de la

madre, ha mejorado notablemente su disposición a ayudar en el control de medicamentos y a estar más atenta en las necesidades que la paciente requiera en el centro de rehabilitación integral. Presta más atención a las demandas de su madre, aunque lo evite, acaba haciéndolas. Aunque su conducta agresiva ha disminuido. La adolescente, además, pierde el control en menos ocasiones, sigue teniendo discusiones, y culpa a otros de sus errores. En casa, ya no se muestra tan hostil ni vengativa, bajando la frecuencia de estas conductas notablemente, de “muy frecuente” en casi todos los ítems a “algunas veces”, o “nunca”. También ha mejorado su percepción de la conflictividad, puesto que considera que ya no tiene tantas peleas ni discusiones, y considera que obedece más que antes. En el pre-test considera que tiene problemas en el control de la ira, problemas que parecen resolverse en el post-test, que dice sólo tener de vez en cuando problemas de con personas que no le agradan. En los ítems relacionados con conducta prosocial, que no han de reflejarse en esta gráfica, muestra una baja cooperación y ayuda al prójimo, que una vez aplicado el tratamiento, y el entrenamiento en valores prosociales, muestra mayor flexibilidad, y se plantea el ayudar y beneficiar a otros. La frecuencia de las conductas disruptivas en clase descendió de una frecuencia de 1 o 0 vez al día a una frecuencia de 1-2 veces a la semana, con una duración de la conducta menor, puesto que cuando le llaman la atención, la adolescente rectificaba o cesaba su conducta. En el hogar familiar, han descendido las conductas disruptivas y agresivas, con una frecuencia semanal de 1 o 0 vez al día a una frecuencia de 1-2 veces a la semana, con una intensidad menor, mostrando autocontrol, y ya no suele salir de casa sin avisar cuando está enfadada.

Trabajando la adherencia, la adolescente apartó su resistencia, y trabajó en su mejoría con una actitud positiva. Se denotó que cuando la adolescente intentaba controlar su ira hacia otras personas, utilizó las técnicas que se le enseñaron, descargaba su ira y frustración dando golpes a

objetos, sobre todo en casa, al llegar del instituto, por lo que, enseñándole técnicas de respiración, y practicando actividades lúdicas como bailar, o hacer ejercicio, se esperaba un descenso de la conducta “intentar agredir a su madre biológica”, viéndose disminuida en su frecuencia a lo largo de las semanas. Se espera que a través de las recomendaciones brindadas los avances sean más significativos, logrando que la paciente obtenga las habilidades de afrontamientos necesaria para la superación de su problemática actual.

### **Discusión**

Tras el análisis realizado al proceso de intervención terapéutica, se idéntico que este ha sido satisfactorio a favor de la paciente y su entorno inmediato; si bien es cierto, no se pudo lograr la meta con las 12 sesiones establecidas, se logra una disminución significativa de los síntomas, estados emocionales inestables y conductas disruptivas, no obstante, habría que profundizar y/o alargar algunos entrenamientos para encontrar unos resultados finales firmes, consistentes y sostenibles a lo largo del tiempo. Queda pendiente el haber trabajado conjuntamente con otras especialidades (trabajo social, salud ocupacional, nutricionista y psiquiatría) para hacer un abordaje integral e interdisciplinario. En cuanto a la mediación familiar, habría que seguir trabajando otras temáticas relacionadas con el manejo del diagnóstico, expresión de emociones, prevención de violencia sexual, consumo de sustancias psicoactivas entre otras. No cabe duda de que los trastornos de conducta son un problema en aumento en la sociedad actual. Cada día se presentan más casos, en el entorno familiar, social y escolar, de desobediencia extrema, conducta desafiante, la poca tolerancia a la frustración y comportamientos disociales. Se trata de un campo poco estudiado y poco atendido por los sistemas públicos de salud. Todos los cambios positivos obtenidos fueron posibles gracias al trabajo con la profesora, así como a la predisposición, actitud positiva y ganas de trabajar de la

adolescente. Desde el primer momento se mostró muy colaboradora y dispuesta a aceptar su parte de responsabilidad respecto a la mala relación con su madre. La técnica que mejor aceptación obtuvo fue la técnica de relajación y respiración. Entre las dificultades encontradas se tienen en cuenta la falta de colaboración por parte de los padres. Esto supuso un problema puesto que ellos no aceptan el diagnóstico de su hija y conservan falsas creencias sobre los tratamientos farmacológicos; esto fue valorado como un factor importante a lo largo de la intervención, y puede ser uno de los motivos principales por los que podría haber una posible recaída, puesto que no estaban de acuerdo con todo el proceso psiquiátrico y terapéutico. Este caso se encuentra actualmente en seguimiento. Es importante comentar que a lo largo de todo el tratamiento se tuvo en cuenta que la adolescente está en la etapa de la adolescencia y este podía ser uno de los factores predisponente o desencadenante de los comportamientos problemáticos por su parte y que probablemente serán eliminados totalmente cuando finalice esta etapa de la vida.

## **Referencias**

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

(DSM-5.) 5. Ed Madrid: Editorial medica panamericana, 2014

Axelson D (2013) Taking disruptive mood dysregulation disorder out for a test drive. The

American Journal of Psychiatry 170:136-139

Axelson D, Findling RL, Fristad MA et al (2012). Examining the proposed disruptive mood

dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic

Symptoms study. Journal of Clinical Psychiatry 73:1343-1350.

Baroni A, Lunsford JR, Luckenbaugh DA et al (2009). Practitioner review: the assessment of

bipolar disorder in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry

50:203-215

- Belén, A. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. pp 89-100
- D’Zurilla, A., M. y Nezu, C. M. (2007), técnicas de resolución de problemas. En V. E. Caballo (Dir.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.
- Fernández Parra, A. y Muñoz Manzano, L. (2005). Evaluación de los trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 279-311). Madrid: Pirámide.
- Javier, G. C., Korman, G. P., & Keegan, E. G. (2015). Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (mindfulness) y la tercera ola en Terapias Cognitivo Conductuales. *VERTEX: Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 49-56.
- Luiselli, J. K. (2002). Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Coords.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid. Pirámide.
- McMahon, R. J. (1991). Entrenamiento de padres. En V.E. Caballo (Comp.): *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento*. C.I.E. 10. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid: Meditor.

Ramírez Pérez, M.. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 45-54.