

Intervención Cognitivo Conductual en un Adolescente con Trastorno Negativista Desafiante.

Elizabeth Vergara Peralta
Universidad del Sinú – Seccional Cartagena

Resumen

El presente trabajo es un estudio de caso en un adolescente de 16 años con Trastorno Negativista Desafiante. El objetivo fue analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual, dirigido a modificar las conductas disruptivas en el ámbito familiar y educativo. La evaluación y tratamiento de elección estuvieron basados en un registro de observación conductual, pretest-postest del cuestionario de depresión infantil y cuestionario de autoesquemas. La intervención se programó en 10 sesiones distribuidas en 8 semanas, utilizando técnicas de autorregulación emocional, entrenamiento de relajación, técnicas de moldeamiento, técnica de sobrecorrección restitutiva y programa de reforzamiento de intervalo. Los resultados indican que el tratamiento con el adolescente fue eficaz, observándose un ligero descenso y una reducción significativa de la frecuencia, intensidad y duración de las conductas problema, denotando un mayor autocontrol emocional y respuestas adaptativas.

Palabras clave: Trastorno Negativista Desafiante, terapia cognitivo conductual, adolescente, agresividad.

Abstract

The present work is a case study in a 16-year-old adolescent with Oppositional Defiant Disorder. The objective was to analyze the effects of the application of a cognitive behavioral treatment, aimed at modifying disruptive behaviors in the family and educational environment. The evaluation and treatment of choice were based on a behavioral observation record, pretest-posttest

of the childhood depression questionnaire and self-schema questionnaire. The intervention was scheduled in 10 sessions distributed over 8 weeks, using emotional self-regulation techniques, relaxation training, shaping techniques, restorative overcorrection technique and interval reinforcement program. The results indicate that the treatment with the adolescent was effective, observing a slight decrease and a significant reduction in the frequency, intensity and duration of the problem behaviors, denoting greater emotional self-control and adaptive responses.

Keywords: Disorder Oppositional Defiant, therapy cognitive behavioral, teen, aggressiveness.

Introducción

El Trastorno Negativista Desafiante es un problema de comportamiento con un alto índice de repercusión social. Según la (quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, APA, 2013). El trastorno de este tipo implica una presencia frecuente de irritabilidad, discusiones, oposición y resentimiento. Para llevar a cabo el diagnóstico se debe reflejar un patrón de conducta que persista seis meses, del mismo modo, los criterios del DSM-5, indican que por lo menos, se manifieste cuatro síntomas de las categorías anteriormente mencionadas.

La prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante puede variar del 1 al 11% en la población en general, lo que indica que, hay una media estimada del 33%”. La tasa de este trastorno cambia dependiendo la edad, y el género. Según este estudio, los niños presentan mayor afectación en contraposición que las niñas en un promedio de 1,4:1% antes de la adolescencia. De hecho, este trastorno suele aparecer en la infancia desde los 3 años, y es común que se manifieste durante el grado preescolar. Por otra parte, existen casos entre los 8 y 10 años en niños y entre los 13 y 15 años en las niñas (APA, 2014).

Con relación a una encuesta realizada en el año 2015. Se presentó un dominio del Trastorno Negativista Desafiante en los últimos 12 meses, en población infantil entre 7 y 11 años por sexo, donde la prevalencia para el sexo masculino fue de 0,6% y para el sexo femenino de 0,3% (Carlos et al., 2015).

Como consecuencia de los síntomas principales, los niños, y adolescente con Trastorno Negativista Desafiante se caracterizan por desafiar las órdenes de la autoridad, presentar episodios de ira, mantener una actitud desobediente ante los adultos, explosivas amenazas de agresividad, molestar a los demás con intención, expresar enojo fácilmente y por último, suelen culpar a los demás de sus propios errores o dificultades (Comeche y Vallejo, 2016).

Sanchis y Romero (2012) plantean que las causas de este trastorno no corresponden a un único elemento, sino que surgen en el entorno de un modelo en el que intervienen factores de riesgo y factores protectores.

Dentro de los modelos propuestos para dar explicación a los problemas de conducta, los más apropiados son la teoría de la coerción de Patterson y el programa de Barkley. En primer lugar, el modelo de coerción explica el desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas. A su vez, se enfoca en estilos de crianza y la influencia del entorno familiar (Paterson et al., 1992). Por otra parte, el programa de Barkley enseña una serie de pasos para el tratamiento de Trastorno Negativista Desafiante, el cual, busca modificar la conducta, mejorar las relaciones sociales y el ajuste general en el hogar del niño o el adolescente (Barkley et al., 2001).

Múltiples ensayos clínicos han demostrado la validez del enfoque cognitivo conductual, para el Trastorno Negativista Desafiante, debido a que, se centra en el individuo y a su vez, implican a los padres y la escuela (Mateu y Sanahuja, 2020). Estudios han señalado la utilidad de

las técnicas operantes para el incremento, manteniendo y adquisición de conductas, combinado con técnicas de autorregulación emocional y entrenamiento de relajación (López, 2014; Serrano y Sánchez, 2002). Si bien, la psicoeducación a padres y profesores favorece al adolescente en sus diferentes contextos, logrando así una mayor disminución de los síntomas a través de las técnicas que maneja el enfoque cognitivo conductual (Maciá, 2012).

En conformidad a lo anterior, el objetivo de este estudio de caso fue presentar el proceso de intervención cognitivo conductual en un adolescente con Trastorno Negativista Desafiante, se podría enmarcar dentro de los denominados diseño de caso único (Roussos, 2007).

Descripción del Caso

Identificación del Paciente

El paciente es un adolescente de 16 años de edad, de estatus socioeconómico bajo, pertenece a una familia extensa, la cual está conformada por abuela materna y un primo, tiene una hermana mayor de 24 años, no está escolarizado, pero se encuentra asistiendo a un centro del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICF). Su madre falleció cuando él tenía 7 años, su padre biológico ha permanecido ausente durante todo su desarrollo, siendo el primo quien ha ejercido el rol paterno hasta el momento.

Motivo de Consulta

Abuela materna asiste al centro integral por citación a consulta psicológica, quien refiere que el adolescente presenta “problemas de comportamiento”, especificando que desobedece las normas, refleja actitud agresiva, y discute de forma continua, siendo en el hogar estas dificultades de mayor intensidad. A su vez, indica que recurre a castigos para reducir estos comportamientos, sin embargo, no son llevados a cabo, porque el menor se muestra hostil.

Historia del Problema

Según informa la abuela, el adolescente desde los 3 años de edad muestra comportamientos desafiantes hacia las personas con autoridad, como familiares o profesores, presentando conductas problemáticas para cumplir las normas, asumir las responsabilidades y seguir las rutinas. El desarrollo evolutivo del menor fue dentro de los parámetros normales. Sin embargo, la adquisición del lenguaje fue tardío, donde se conoce información de antecedentes familiares con deterioro cognitivo leve por parte de su familia paterna (padre, tíos y primos).

Los padres se separaron antes de su nacimiento, la acudiente indica que el menor creció en un ambiente con violencia intrafamiliar, evidenciándose actos de maltrato verbal, psicológico, y físico. Con base en lo anterior, el menor desde la infancia ha adoptado formas distintas de comportamientos, llegando a mostrar rabietas con tendencia a mentir y agresividad física hacia los adultos y personas de su entorno social.

En su historia escolar, desde muy temprana edad presentó dificultades a nivel cognitivo y actitudinal. A los siete años le realizan una prueba cognitiva y es diagnosticado por un centro de neuropsicología infantil, con discapacidad intelectual moderada y trastorno de conducta no especificado. En lo que respecta a los reportes clínicos, el menor ingresó a un centro educativo del (ICBF), para estimulación integral, por lo que, finalizó su nivel de escolaridad hasta preescolar.

En el 2014 fallece su madre, la abuela asume el rol como cuidadora bajo la protección del (ICBF). A raíz de este acontecimiento las conductas como; desafiar las reglas y discutir con los demás, incrementaron de forma recurrente en el menor, presentando así poco autocontrol de la ira, una elevada reacción fisiológica y relaciones sociales conflictivas. De hecho, en el hogar se ejerce un estilo de crianza negligente, por la ausencia de normas y límites apropiados.

En la actualidad, para disminuir los comportamientos disruptivos en el adolescente, desde el centro se realizan seguimientos por psicología, en el cual se implementan técnicas de modificación de conducta, y bajo el apoyo de un equipo interdisciplinario se aplican actividades grupales enfocadas en habilidades para la vida.

Formulación Clínica

Análisis y Descripción de las Conductas Problema

Adolescente presenta alteraciones de conducta, caracterizado por transgresión de normas y de figura de autoridad, además, manifiesta un mayor predominio en comportamientos desafiantes. De hecho, estos actos desobedientes son exteriorizados, principalmente cuando su abuela o profesora le asignan responsabilidades, reflejando enfado recurrente, irritabilidad y discusiones, es decir, con frecuencia pierde la calma, molesta con facilidad, grita a la autoridad, desafía activamente, rechaza cumplir las normas y culpa a los demás por sus errores, afectando así sus relaciones intrapersonales e interpersonales.

Selección, Aplicación de las Técnicas, Instrumentos de Evaluación y Resultados Obtenidos

La evaluación inicial se realizó en 5 sesiones, utilizándose como instrumentos: la entrevista con la psicóloga del centro, la abuela, y al adolescente por separado. Posteriormente, el registro de observación conductual, y autoinformes.

Entrevista a la Psicóloga

En la primera sesión se realizó una entrevista no estructurada a la psicóloga con el fin de obtener información relevante del adolescente sobre el motivo de consulta, los antecedentes históricos, reajuste en su historia clínica y la evolución de las conductas problemáticas en el aula. La psicóloga tratante especifica que el menor al ingresar a la entidad ya presentaba

comportamientos disruptivos, siendo usual fomentar peleas, tener discusiones con los demás y negarse a cumplir las reglas solicitadas. Con respecto a las intervenciones, aplican esporádicamente técnicas de modificación de conducta, como los castigos y reforzamientos positivos o negativos, logrando así reducir los actos desafiantes que manifiesta en el aula.

Entrevista a la Abuela

En la segunda sesión se aplicó un formato de entrevista estructurada a la abuela, con relación al adolescente, sobre los datos personales, el motivo de consulta, y los antecedentes que corresponden al área personal, familiar, escolar, conductual y socioafectiva. A partir de la información recolectada se obtuvo lo siguiente: nacimiento normal, hogar disfuncional, dificultades en el aprendizaje, conductas desadaptativas desde la infancia, y problemas de relaciones sociales. Si bien a la fecha no presenta inconveniente en su salud.

Por otra parte, la abuela indica que el menor manifiesta comportamiento agresivo para acatar las órdenes inmediatas en el hogar, llegando a utilizar el castigo de forma que consigue, a corto plazo, controlar sus emociones, y actitudes. Sin embargo, en ocasiones vuelve a manifestarlas con mayor intensidad, expresando un tono de voz hostil. En la realización de la misma, se socializó el consentimiento informado por escrito para llevar a cabo la intervención con el adolescente.

Entrevista al Adolescente

En la tercera sesión se llevó a cabo una entrevista semiestructurada al adolescente, con el fin de establecer una relación terapéutica y recopilar toda información necesaria sobre el motivo de consulta, aspectos relevantes de su historia clínica y conocer los problemas de conducta en el

hogar, en el aula y sus relaciones sociales. Si bien, el adolescente reconoce que su actitud no es adecuada con la autoridad, y considera que sus compañeros no lo tratan muy bien.

El Registro Conductual

Teniendo en cuenta la problemática identificada en el adolescente, se diseñó un cuadro de observación en el ámbito familiar (tabla 1), donde se le indicó a la abuela el proceso para registrar las conductas, por ello se hizo necesario conocer la fecha y la hora, la situación, (qué ocurre), qué hace o dice la abuela, la duración (en minutos) e intensidad (rango: 0-10), en el que, 0 es el mínimo y 10 el máximo.

Tabla 1

Modelo de Registro conductual en el ámbito familiar.

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

A continuación, los datos obtenidos del registro conductual, indican una prevalencia alta en desobedecer (tabla 2), esta conducta se presentaba con una frecuencia de 5 veces al día, con una duración de 16 minutos y una intensidad de 10, ante el cumplimiento de normas y rutinas en el hogar. Por otra parte, se diseñó el mismo registro de observación para el aula, pero no se pudo llevar a cabo.

Tabla 2

Problemas de conducta en el pre-tratamiento.

Conducta	Frecuencia semanal	Duración	Intensidad
Desobedecer	5	16	10
Gritar	4	9	8
Pegar	2	3	6
Discutir	4	10	9
Culpar	2	6	10

Autoinformes

Según los antecedentes y la sintomatología presentada por el adolescente, se hizo pertinente aplicar dos pruebas; inicialmente el cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs, el cual evalúa la sintomatología depresiva en niños, en una edad comprendida entre los 7 y 17 años, está conformado por 27 ítems (Kovacs, 2004). Los resultados en la escala de disforia muestran una puntuación de 70, lo que indica que, el menor manifiesta cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor y en la escala de depresión total arrojó un total de 40, lo que indica ausencia de sintomatología depresiva.

Por otra parte, el cuestionario de autoesquemas de Barrios et al. (1994), el cual, consta de 48 ítems, con una escala que oscila de 1 a 5, comprende tres dimensiones: autoconcepto, autoimagen, autoestima. Los resultados obtenidos muestran una puntuación en percentil por encima de la media, en autoconcepto puntuó 58, autoimagen 40, autoestima 56, lo que indica que el adolescente manifiesta adecuadas creencias acerca de sí mismo.

Análisis Funcional Molar o Formulación Clínica

El estudio del análisis funcional, permitió identificar las variables antecedentes y organísmicas que controlan y mantienen el problema de comportamiento en el adolescente, (Figura 1). Se presenta el diagrama analítico funcional del caso. Por esta razón, se ilustran varias situaciones, su grado de importancia, sus relaciones funcionales, el grado de modificabilidad de las variables causales y su relación con los problemas (Haynes et al., 2009; Haynes et al., 2011).

Las variables distantes comprenden los elementos históricos en la vida del adolescente, es decir, se conoce antecedentes sobre el fallecimiento de su madre, donde, el menor evidenció esta situación catastrófica, lo que precede en las variables antecedentes, aislamiento físico en el hogar al tener recuerdos de su madre, ocasionando tristeza y sentimiento de soledad.

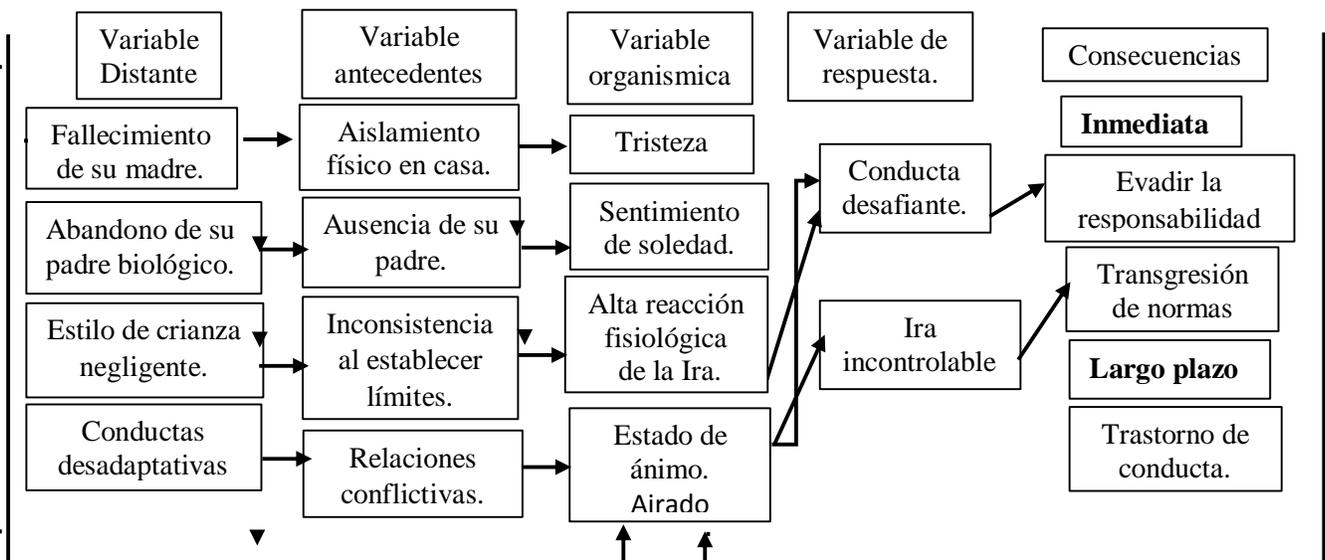
Otro factor fue el abandono de su padre biológico, al negarse en asumir su rol paterno, lo que ha ocasionado ausencia de su figura paterna en su proceso de crecimiento, llegando a desencadenar sentimiento de soledad, de hecho, esto pudo influir en las conductas tempranas del menor. Además, se evidencia un estilo de crianza negligente, debido a que, desde la infancia existen pautas inadecuadas ante el seguimiento de instrucciones, presentándose una inconsistencia al momento de establecer los límites ante las normas que debe cumplir.

Por otra parte, los estímulos antecedentes que provocan las conductas desadaptativas en el menor, surgen por la violencia intrafamiliar en el hogar y la agresividad física como medio para resolver situaciones, lo que ha generado, en el adolescente problemas para socializar con los demás, presentando así, una sucesión de respuestas motoras, en las que aparecen varios problemas de comportamiento; gritos, discusiones, peleas, conductas desafiantes y desobedientes a las demandas de la abuela.

Como consecuencia, la conducta problema se origina cuando el adolescente debe obedecer una orden, y entre las variables que lo mantenían se encuentra el refuerzo que obtiene al conseguir lo que quiere tras la discusión. En cuanto a la reacción fisiológica de ira y estado de ánimo airado, presenta una respuesta desafiante e ira incontrolable, que a corto plazo tienen consecuencias inmediatas en evadir las responsabilidades y transgresión de normas, pero a largo plazo mantienen consecuencias en el adolescente que se pueden consolidar incluso a un trastorno de conducta.

Figura 1

Diagrama analítico funcional del caso



Objetivos Terapéuticos

Disminuir el estado de ánimo airado y reducir la conducta problema en el adolescente, estimulando la emisión de respuestas adaptativas en el ámbito familiar y educativo.

Selección del Tratamiento Adecuado

Para este estudio el tratamiento seleccionado fue el enfoque cognitivo conductual. Este resultó ser el más apropiado para intervenir debido a que aporta técnicas que facilitan al

adolescente aprender a gestionar los problemas conductuales, cognitivos y/o emocionales (Mendoza, 2010). De hecho, este tratamiento ha sido empleado exitosamente para eliminar o disminuir conducta desobediente, y actitud negativa u opositorista.

Este enfoque tiene una mayor eficacia que el resto de tratamientos porque está centrado tanto en el paciente como en su entorno más cercano (familia y escuela). Es decir, a los padres y profesores se les orienta sobre el trastorno, las pautas a seguir y el procedimiento a realizar (Orjales y Polaino, 2004).

Aplicación del Tratamiento

Con respecto a la efectividad de la terapia cognitivo conductual y la relación con el Trastorno Negativista Desafiante, se plantea la siguiente propuesta de intervención, donde se programaron en tres fases, se inicia principalmente con una intervención a la profesora, a la abuela y por último al adolescente, con un total de 10 sesiones, una por semana y con una duración de 60 minutos.

Intervención a la Profesora

Sesión 1. En esta sesión se llevó a cabo un encuadre con la profesora por medio de una psicoeducación sobre datos relacionados al trastorno negativista desafiante, las técnicas seleccionadas y las estrategias para el manejo de contingencia en el aula.

Intervención a la Abuela

Sesión 2. En esta sesión se brindó información a la abuela sobre el origen, desarrollo y mantenimiento de la conducta desafiante y negativista fundamentado en la Teoría de la Coerción de Patterson (1982). Además, se psicoeducó acerca de la intervención cognitivo conductual para la adquisición de conductas adaptativas.

Intervención al Adolescente

Sesión 1 y 2. En estas sesiones se aplicó la técnica autorregulación emocional, por medio de la herramienta tengo un volcán, donde inicialmente se psicoeducó sobre todo el componente emocional, identificando las emociones primarias y secundarias, posteriormente, cuáles eran las respuestas conductuales asociadas a ella, y de manera conjunta se determinó con el adolescente las emociones que prevalecían y cuáles eran los elementos del contexto que lo detonaban. En relación a la información, se estableció una dinámica funcional a partir de las estrategias de intervención para que el menor pudiera apropiarse el esquema adaptativo.

Sesión 3 y 4. En estas sesiones se implementó la técnica de respiración diafragmática, en la que el adolescente aprendió a tomar conciencia plena de la identificación de las partes del cuerpo, donde se da la respuesta de la emoción para poder caracterizar las sensaciones fisiológicas que experimenta ante una situación particular. Esta técnica se tuvo que implementar en dos sesiones con el fin de que el menor lograra una comprensión a cabalidad de cada ejercicio.

Sesión 5. En esta sesión se utilizó la técnica de moldeamiento donde se estructuraron respuestas adaptativas funcionales para que el adolescente las lograra caracterizar al momento que se le presentara una situación compleja, y a partir de ello, hacer la propensión con respecto al comportamiento emocional.

A partir de las sesiones siguientes se proyectarán los resultados esperados, debido a que, por cuestiones de programación y tiempo en el sitio de práctica, se finalizó con las fechas solicitadas, por esta razón, fue necesario plantear expectativas.

Sesión 6. En esta sesión se aplicará la técnica de sobrecorrección restitutiva, en la que se estructuran respuestas adaptativas y se espera que el adolescente sea consciente de reparar la

conducta realizada, esto logrará que disminuya la probabilidad de que vuelva a repetir un acto semejante.

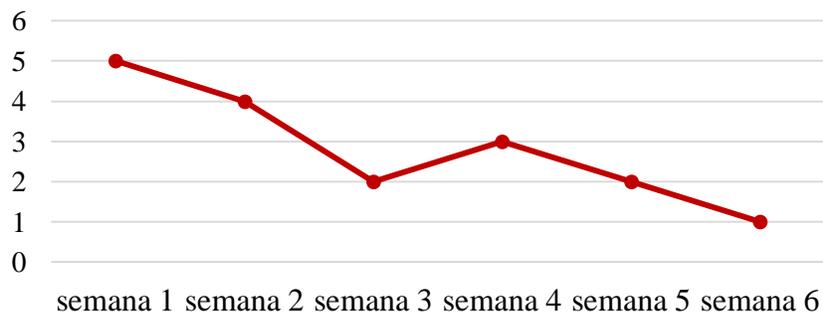
Sesión 7 y 8. En estas sesiones se aplicará el programa de reforzamiento de intervalo, donde se llevará a cabo inicialmente todo el proceso de psicoeducación sobre la finalidad del programa, teniendo en cuenta duración/tiempo e implementación de reforzadores adecuados, se espera que el adolescente logre respuestas adaptativas por medio de un tiempo específico y que muestre respuestas correctas a las instrucciones o peticiones solicitadas.

Resultados del Tratamiento

A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras la aplicación del tratamiento, haciendo una comparativa global sobre el registro de observación conductual, donde se evidencia un descenso significativo sobre la frecuencia semanal que presenta el adolescente ante conductas disruptivas en el hogar (figura 2). Esto indica que en la primera semana, se presentó un aumento persistente en desobedecer, gritar y discutir. Sin embargo, durante el proceso semanal, se logró una disminución favorable con una frecuencia de 1 ante las conductas desafiantes y opositoras.

Figura 2

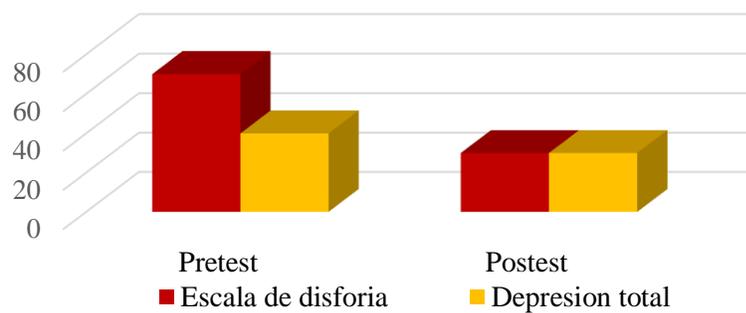
Evolución de la frecuencia de las conductas problema en el hogar.



Con relación a los instrumentos aplicados, el cuestionario de depresión infantil, (figura 3) en la escala de disforia se obtuvo una puntuación en el pretest de 70, y en el postest, de 30. Se observó que hubo una clara disminución con respecto a la línea de base, logrando en el adolescente una mejor regulación emocional y respuestas adaptativas. Posteriormente, en la escala de depresión total, el pretest muestra que se obtuvo una puntuación de 40, y en el postest se observó una puntuación de 30, lo que indica que en ambas hay ausencia de sintomatología depresiva.

Figura 3

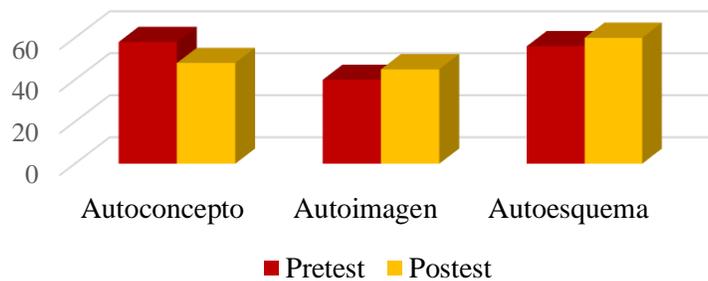
Cuestionario de depresión infantil



En el cuestionario de autoesquemas (figura 4), se obtuvo una puntuación adecuada, mientras que, en el postest, se observó elevados niveles de autoesquemas en autoconcepto, puntuó 48, autoimagen 45, autoestima 60, lo que indica que el adolescente muestra favorables creencias sobre sí mismo.

Figura 4

Cuestionario de auto-esquemas



Discusión

A partir de la intervención cognitivo conductual se observó un ligero descenso en los comportamientos disruptivos y una reducción significativa de la frecuencia, intensidad y duración de la conducta problema, logrando así, de manera satisfactoria, los objetivos planteados en las fases del tratamiento.

Los resultados obtenidos en este caso mantienen una coherencia con otros estudios. La psicoeducación a la abuela y profesora, permitió una adecuada intervención sobre pautas educativas y técnicas cognitivo conductual. A medida que se aplicaba las estrategias aprendidas se pudo comprobar la eficacia del tratamiento, así lo demuestra la disminución de las conductas disruptivas del adolescente en los cambios actitudinales, y las respuestas adaptativas para el seguimiento de las reglas, y realización de tareas (Robles y Romero, 2011). De modo similar, en una investigación realizada sobre entrenamiento a padres y educadores afirman que los menores con Trastorno Negativista Desafiante y la autoridad (padres y profesores) han reducido sus niveles de estrés percibido, aumentando su satisfacción y el sentimiento de autoeficacia respecto a su rol, así mismo, en estrategias específicas que permitieron maximizar el uso de los principios de aprendizaje social (Rojas, 2011).

Es importante mencionar que, para este estudio de caso se eligieron técnicas de autorregulación emocional, entrenamiento de relajación, moldeamiento, sobrecorrección restitutiva y programa de reforzamiento de intervalo, el cual, favorecieron en habilidades, rutinas, reglas y consecuencias claras, logrando una reducción progresiva en la irritabilidad, discusiones, y desobediencia, aumentando así, en las conductas prosociales como ser obediente, compartir momentos agradables, respetar los turnos de palabra, y cumplir las normas de casa.

Otros investigadores como Nelson et al. (2000) obtienen resultados similares con relación a la terapia cognitivo conductual, demostrando que este enfoque logró en los jóvenes interiorizar una serie de normas y rutinas que han ayudado a mejorar la convivencia en casa y también posee una mayor inteligencia emocional. Gracias a las herramientas aprendidas durante todo el tratamiento se han conseguido reducir y eliminar muchas de las conductas disruptivas como desobedecer, contestar mal, interrumpir en las conversaciones, mentir, etc.

A largo plazo, se debería continuar con este tratamiento en el adolescente, asimismo, seguir la psicoeducación con la abuela, y la profesora. Finalmente, los resultados del tratamiento mostraron datos eficaces en el momento del postest, indicando que el menor aprendió a regular sus emociones y mostrar mejor actitud para cumplir las normas, asumir las responsabilidades y seguir las rutinas asignadas por la autoridad.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.

Barrios, J., Fernández, M. y Restrepo, O. (1994). Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4(10),123-135.

Barkley, R. (1999). *Niños hiperactivos: como comprender y atender sus necesidades especiales*. Editorial Paidós.

Barkley, R., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K. (2001). La eficacia de la resolución de problemas, entrenamiento en comunicación solo, entrenamiento en manejo del comportamiento solo, y sus combinación para el conflicto entre padres y adolescentes con TDAH. *Revista de psicología clínica*, 69(2), 926-94.

Carlos et. al, (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 2-8.

Comeche, M. y Vallejo, M. (2016). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia* (3ª Ed.). Dykinson.

Haynes, S., Mumma, G. y Pinson, C. (2009). Evaluación idiográfica: fundamentos conceptuales y psicométricos de la evaluación conductual individualizada. *Revista de psicología clínica*, 29(1), 179-191.

Haynes, Godoy, A., Joseph, K. William, H., Stephen, N. y Aurora, G. (2011). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínico. *Revista clínica y salud*, 24(2013) 117-127.

Kovacs, M. (2004). *Inventario de Depresión Infantil*. Editorial TEA.

López, H. (2014). Un caso de comportamiento disruptivo infantil: Tratamiento conductual en el ámbito familiar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 117-123.

- Mateu, L. y Sanahuja, A. (2020). Evaluación e intervención en TDAH y TND: Un caso abordado en el contexto escolar. *Revista de Psicología clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 52-58.
- Mácia, D. (2012). Tratamiento cognitivo conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 79-88.
- Mendoza, G. (2010). *Manual de Autocontrol del Enojo*. El Manual Moderno.
- Nelson, J. y Roberts, M. (2000) Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. *Revista Ciencia Salud*, 15(1)105-127.
- Orjales, V. y Polaino, L. (2004). Programa de Intervención Cognitivo Conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología clínica infantil*. 1(1), 11-34.
- Patterson, G. (1982) Intervención interactiva en los problemas de comportamiento infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 149-157.
- Patterson, G., Reid, J. y Dishon, T. (1992). Tratamiento cognitivo conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 79-88.
- Rojas, C. (2011). Elementos para el diseño de técnicas de investigación: una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica. *Tiempo de Educar*, 12(24), 277-297.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Revista española de Psicología*, 27(2), 86-101.

Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.

Sanchis, R. y Romero, J. (2012). Psicoterapia Cognitivo Conductual en un Paciente con Trastorno Negativista Desafiante. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 145-152.

Serrano, I. y Sánchez, Y. (2002). Desarrollo de un programa multicomponente en el ámbito infantil y adolescente. *Revista de análisis y modificación de conducta*, 28(1), 725-747.