

Trastorno negativista desafiante en la adolescencia: un abordaje desde la práctica clínica

Jose Luis Ariza Rangel¹

¹Facultad de psicología, universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm. Cartagena, Colombia.

RESUMEN

Se expone un estudio de caso único de un adolescente de 14 años con trastorno negativista desafiante. El adolescente muestra conductas agresivas y desafiantes en los ámbitos escolares, familiares y sociales, reflejando diversos comportamientos disfuncionales asociados a su diagnóstico. Se realizó la evaluación inicial por medio de una entrevista semiestructurada para el paciente y su madre, y se aplicaron el test de trastorno bipolar de la Organización de Consumidores y Usuarios Española (OCU) y el test de observación del comportamiento en sala de clases TOCA - R. La intervención se basó en el modelo cognitivo conductual, utilizando técnicas propias de este tales como el entrenamiento en autocontrol y habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas y el aprendizaje de técnicas de dominio y agrado. Se espera que los resultados de la intervención muestran una mejora en sus conductas agresivas y disfuncionales, así como una mejor relación y convivencia tanto familiar como escolar, disminuyendo significativamente los comportamientos y conductas disruptivas.

Palabras clave: Trastorno negativista desafiante, estudio de caso, adolescente, terapia cognitivo - conductual.

ABSTRACT

A n=1 case study of a 14-year-old adolescent with oppositional defiant disorder is presented. The adolescent shows aggressive and defiant behaviors in school, family and social settings, reflecting various dysfunctional behaviors associated with his diagnosis. The initial assessment was performed by means of a semi-structured interview for the patient and his mother, and the bipolar disorder test of the Spanish Organization of Consumers and Users (OCU) and the TOCA - R classroom behavior observation test were applied. The intervention was based on the cognitive behavioral model, using its own techniques such as training in self-control and social skills, training in problem solving and the learning of mastery and agreeableness techniques. It is expected that the results of the intervention show an improvement in their aggressive and dysfunctional behaviors, as well as a better relationship and coexistence both at home and at school, significantly decreasing disruptive behaviors and behaviors.

Keywords: oppositional defiant disorder, case study, adolescent, cognitive-behavioral therapy.

INTRODUCCIÓN

Según la American Psychological Association (APA), en su manual diagnóstico de trastornos mentales DSM-5, el trastorno negativista desafiante (TND) se puede definir como un patrón de comportamiento recurrente, caracterizado principalmente por presentar conductas de enfado, irritabilidad y actitudes desafiantes, desobedientes, hostiles o vengativas hacia las figuras de autoridad, cuya duración se extiende más allá de los 6 meses. (APA, 2013). El TND suele presentarse regularmente en niños al final de la etapa preescolar o al comienzo de la primaria, sin embargo, también puede iniciar su desarrollo en la adolescencia. (Canino, Polanczyk, Bauermeister, Rohde, Frick, 2010; Rowe, Costello, Angold, Copeland y Maughan, 2010).

Este trastorno, el cual hace parte de los llamados “Trastornos Disruptivos del Control de los Impulsos y de la Conducta”, es uno de los principales problemas de salud pública hoy en día debido a su alcance, ya que no sólo afecta al niño, sino también a la familia, los maestros o los pares; a sus implicaciones, al generar baja autoestima, síntomas depresivos, escasa tolerancia a las frustraciones y dificultades de socialización en quienes lo padecen, entre otras, y a su curso, debido a que en caso de no ser diagnosticado y tratado a tiempo, puede desencadenar problemas mayores de conducta tales como el trastorno disocial o el desarrollo de una personalidad antisocial. (Hipwell et al., 2011; Herpers et al., 2019; Torales, Barrios, Arce y Viola, 2018).

Epidemiología y comorbilidad.

Se estima que entre un 2% y un 16% de la población infantil actualmente presenta el trastorno negativista desafiante, el cual suele aparecer por lo general antes de los 8 años de edad y presenta un curso gradual y

progresivo, expandiéndose en los distintos contextos en los que se desenvuelve el niño que lo padece. (Emberley y Pelegrina, 2011; Torales, Barrios, Arce y Viola, 2018; Zastrow, Martel y Widiger, 2018). Esta prevalencia, sin embargo, puede variar dependiendo de diversos factores, tales como la fuente de información utilizada para el diagnóstico, el tipo de reporte realizado, o por variables sociodemográficas tales como el sexo, la edad, o la condición socioeconómica (López-Villalobos et al., 2014; Quy y Stringaris, 2017; Torales, Barrios, Arce y Viola, 2018), pudiendo encontrar ciertas diferencias en dicha prevalencia dependiendo del país y la cultura analizada.

Así mismo, y sobre la prevalencia de esta patología en población clínica pediátrica, Emberley y Pelegrina (2011) estiman que esta se encuentra en aproximadamente un 18,5% de esta población, encontrando además que las principales características de este trastorno se manifiestan entre los 6 y los 12 años y que existen diferencias significativas entre la prevalencia de esta patología entre niños y niñas. Sobre esto último, diversos autores coinciden al afirmar que la prevalencia de este trastorno es un poco más alta en niños, destacando que existen diferencias notorias en la prevalencia del trastorno negativista desafiante en función del sexo (Demmer, Hooley, Sheen, McGillivray y Lum, 2017; Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011; Trepát y Ezpeleta, 2011).

Por otro lado, y con respecto a las comorbilidades entre el trastorno negativista desafiante y otros trastornos, encontramos que esta patología es altamente comórbida con diversos trastornos depresivos y de ansiedad, al ser este un predictor consistente de estos en etapas posteriores de la vida, (Déry et al., 2017; Fraire y Ollendick, 2013) con trastornos de consumo de sustancias o con otros trastornos de conducta, como el

trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Noordermeer et al., 2017; 2020). De hecho, es muy común que niños diagnosticados con TDAH desarrollen el trastorno negativista desafiante. (Quy y Stringaris, 2017).

Causas.

Con respecto a las posibles causas, y a pesar de las dificultades actuales a la hora de identificar una causa única que explique este trastorno, diversos autores destacan los factores biológicos/genéticos, psicológicos y sociales como las principales áreas a tener en cuenta a la hora de indagar sobre el origen del TND. (Evans et al., 2020; Mikolajewski, Taylor y Iacono, 2017) Sobre el primero, se resaltan a los patrones familiares relacionados con trastornos de humor, de abuso de sustancias o de déficit atencional, como posibles influencias en la adquisición y posterior desarrollo del TND en los niños. Ya en el apartado psicológico, se resaltan las relaciones que se han encontrado entre el TND y el apego inseguro, así como con la ausencia de cuidados parentales eficientes. Por último, y ya abordando los factores sociales, se destacan la pobreza y violencia como principales las causas responsables de la adquisición y curso del TND, al ser estas las que afectan la obtención de un diagnóstico complejo de dicho trastorno al estar este, debido a estas influencias, íntimamente relacionado con otras patologías y los riesgos de las mismas. (Genise, 2014; Riley, Ahmed y Locke, 2016; Torales, Barrios, Arce y Viola, 2018).

MATERIALES Y MÉTODO

Identificación del paciente.

El paciente es un individuo de sexo masculino, de 14 años de edad, de nacionalidad extranjera (venezolano), residente en la ciudad de barranquilla junto

a su madre, su padrastro y sus 3 hermanos. Actualmente cursa décimo grado (10°) en una institución educativa distrital de la ciudad.

Análisis y motivo de consulta

El paciente acude a consulta psicológica remitido por consulta externa, al programa de atención ambulatorio intensivo en psicología de la IPS “Trabajemos juntos”, debido a “peleas constantes con su mamá por el uso del celular”. Se presenta a consulta acompañado de su madre, la cual manifiesta que el paciente “presenta comportamientos desafiantes, agresivos, se pone a discutir, no me trata como su mamá y no está durmiendo bien”.

El adolescente manifiesta que accedió a asistir a consulta psicológica porque le gustaría tener una mejor relación con su mamá y sus hermanos.

Historia del problema.

Paciente masculino de 14 años de edad, venezolano, residente en la ciudad de barranquilla desde el año 2018 y actualmente en secundaria (10° grado), que presenta comportamientos agresivos y disfuncionales desde los 10 años de edad hacia sus compañeros de colegio, profesores, madre, padrastro y hermanos, con bajo rendimiento académico desde los 7 años de edad y constantes conductas desafiantes hacia la autoridad con sus mayores. La madre manifiesta que la muerte del papá biológico del paciente, y el cambio de residencia, fueron las causas principales por las empezaron las conductas y comportamientos agresivos. Tiene 3 hermanos, uno mayor de 18 años y 2 hermanos menores de 5 y 2 años, con los cuales, refiere la madre, suele presentar conductas y actitudes “amenazantes y agresivas”, llegando a amenazar con “cuchilladas” a sus hermanos cuando discuten.

Antecedentes relevantes.

El paciente presenta un diagnóstico previo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el cual le fue diagnosticado desde los 7 años, pero debido a las condiciones socioeconómicas de la familia, no ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico hasta el momento.

Respecto a sus relaciones familiares, la madre refiere que la muerte de su padre biológico fue “traumática” para el paciente, ya que este tenía un fuerte vínculo afectivo con su padre y “se volvió más agresivo y distante” desde ese momento, ya que previamente, debido a la separación de sus padres, había empezado a mostrar ciertos comportamientos desafiantes hacia la madre, aumentando dichos comportamientos cuando su padre falleció. Según la madre, paciente manifiesta que “su padrastro jamás reemplazará” a su papá biológico y debido a esto, en ocasiones, se muestra excesivamente agresivo y hostil con su padrastro.

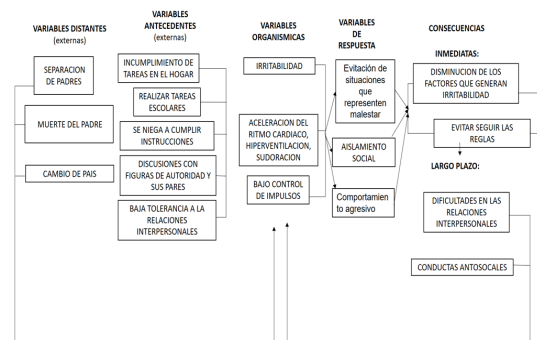
Con respecto a el cambio de residencia, la madre manifestó que el paciente “ha tenido algunas dificultades” desde que residen en Colombia, debido a que se le dificulta relacionarse, no tiene amigos, y suele tener una mala relación “con todo el mundo”. De igual forma, la madre resaltó que el confinamiento por la pandemia del COVID-19 “empeoró la situación”, debido a que esto limitó aún más su interacción social, aumentando los conflictos con su madre, padrastro y hermanos.

Actualmente, y con el retorno a las actividades de manera presencial, presenta relaciones sociales escasas debido a sus constantes peleas con sus compañeros de colegio, las cuales aumentaron después del confinamiento, y por su actitud desafiante hacia su mamá, sus hermanos y las personas adultas en general.

Análisis funcional y descripción de las conductas problema.

Figura 1

Análisis funcional



Cómo variables distantes se pueden identificar: la separación de los padres del paciente, la posterior muerte de su padre biológico y el cambio de país. Estas variables se destacan como las más relevantes en este caso, debido al fuerte impacto que tuvieron en el paciente y el tiempo que llevan afectándolo, al ser tres acontecimientos que sucedieron hace varios años, pero aún influyen en el comportamiento actual del paciente. De igual forma, como variables antecedentes, encontramos el incumplimiento de las tareas del hogar y de la escuela, la negativa a seguir instrucciones de sus mayores, las constantes discusiones y actitudes desafiantes que presenta frente a sus superiores y figuras de autoridad y la poca habilidad para entablar relaciones interpersonales adecuadas, como las conductas o comportamientos presentados por el paciente actualmente y que afectan su relación con su familia y su desempeño en sociedad hoy en día.

Como principales respuestas a estas variables, el paciente suele presentar una activación fisiológica constante, irritabilidad y bajo control de impulsos, lo que lo lleva a evitar dichas situaciones de malestar aislándose socialmente (encerrándose en su habitación, evitando hablar con alguien, etc.) o mostrando comportamientos hostiles y agresivos (agresiones verbales, lanzamiento de objetos, etc.). Dichos comportamientos presentan como consecuencia inmediata la disminución del malestar por parte del

paciente, sin embargo, reflejan un patrón disfuncional a corto, mediano y largo plazo, que puede afectar sus relaciones interpersonales y sus comportamientos en sociedad, existiendo el riesgo de desarrollar conductas antisociales a futuro, como consecuencia de dichos comportamientos.

Diagnóstico Diferencial.

Acorde con los criterios diagnósticos del DSM-5, las conductas disruptivas presentadas por el paciente van acorde a los criterios establecidos para el trastorno negativista desafiante (TND), dado que el comportamiento del paciente no presenta la gravedad propia del trastorno de conducta (TC) y la presencia de conductas de desregulación emocional (irritabilidad o rabia), las cuales no están contempladas dentro del TC.

De igual forma, el comportamiento desobediente del paciente a la hora de acatar ordenes, es consecuencia de los refuerzos negativos recibidos previamente por este, no un comportamiento propio de situaciones que requieran esfuerzo o atención continua. Por lo anterior, se descarta el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) como diagnóstico principal del paciente.

Respecto a los trastornos del estado de ánimo, se descartan como diagnóstico principal debido a que los sentimientos negativos y la irritabilidad presentadas por el paciente se dan en diversas situaciones, sin embargo, no van acompañadas de episodios maníacos o hipomaniacos, alucinaciones o estados de ánimo depresivos.

TRATAMIENTO

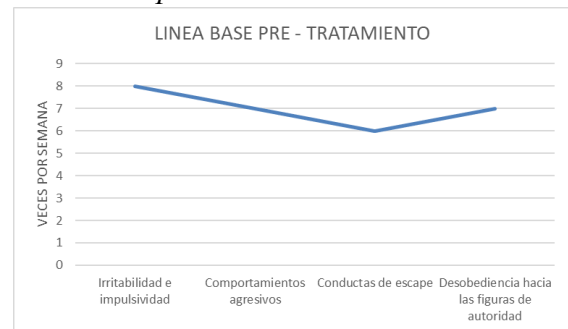
Línea base pre tratamiento.

Con el objetivo de identificar las conductas disruptivas del paciente y la frecuencia semanal con la que se presentan, se utilizaron registros

conductuales realizados por el psicólogo tratante y la madre del paciente. Los resultados de dichos registros se evidencian en la siguiente línea base:

Figura 2

Línea base pre tratamiento



Análisis de resultados línea de base.

En la gráfica, observamos la frecuencia con la que se presentan las conductas disruptivas del paciente durante la semana. Se destaca la irritabilidad e impulsividad como conducta más frecuente en la semana, sin embargo, todas las conductas disruptivas detectadas en el paciente se presentan con alta frecuencia, generando dificultades en la vida diaria del paciente y afectando las distintas áreas de funcionalidad de este.

Propuesta de aplicación del tratamiento.

La evaluación inicial se llevó a cabo por medio de una entrevista semiestructurada con el adolescente y su madre, en la cual además se aplicaron el Test de trastorno bipolar de la Organización de Consumidores y Usuarios Española (OCU), con el propósito de realizar un análisis inicial sobre el comportamiento del niño, y una posible inclinación hacia el trastorno afectivo bipolar, y el test de observación del comportamiento en sala de clases TOCA - R (2005), diligenciado por la madre del paciente, para la observación del comportamiento del adolescente en la sala de clases. También se tuvo en cuenta la observación clínica realizada por el terapeuta durante dicha entrevista.

Con base a los resultados obtenidos, se propuso una intervención de tipo cognitivo conductual, orientada a que el paciente logre una mejora en sus interacciones con sus mayores y sus pares, proponiendo técnicas propias del modelo anteriormente mencionado para mejorar sus habilidades sociales, enseñarle cómo resolver situaciones problema e instruir, por medio de dichas técnicas, para que el paciente sea capaz de reestructurar sus comportamientos y emociones y mostrar una actitud más adaptativa.

Tabla 1
Tratamiento propuesto

Conducta Problema	Conducta Meta	Técnicas De Intervención
Alteración del estado del ánimo de tipo irritante.	Proporcionar habilidades de autocontrol y manejo de autoinstrucciones.	Autorregistros de situaciones positivas. Técnicas de relajación.
Dificultades en la relación su familia y sus pares.	Desarrollar habilidades para mejorar sus relaciones sociales y aprender técnicas de solución de problemas.	Aserción positiva. Aserción negativa. Habilidades de conversación. Entrenamiento en solución de problemas.
Dificultades a la hora de acatar órdenes y respetar a las figuras de autoridad.	Adquirir habilidades para el afrontamiento del estrés y el seguimiento de instrucciones, con el acompañamiento de los	Técnicas de refuerzo positivo y negativo. Entrenamiento en habilidades parentales básicas. Entrenamiento en comunicación

	padres y/o cuidadores.	ión y negociación.
--	------------------------	--------------------

Objetivos del tratamiento.

Los objetivos que se esperan lograr con el tratamiento propuesto son:

1. Reducir el malestar presente en el paciente, para que pueda mejorar su calidad de vida.
2. Lograr una reestructuración emocional en el paciente, buscando generar cambios en la motivación que esté presente a la hora de realizar las diversas actividades de su vida diaria.
3. Orientar al paciente, para que pueda tener unos patrones de comunicación más empáticos y asertivos a la hora de tratar con sus pares y las personas adultas.
4. Mejorar la competencia social del paciente y disminuir su malestar psicológico, buscando que sea capaz de comportarse mejor en sociedad y pueda, a través de las herramientas utilizadas, encontrar soluciones idóneas y positivas para los problemas que enfrenta en su vida diaria.

Selección y aplicación del tratamiento más adecuado.

Para la realización del tratamiento, se seleccionaron una serie de técnicas propias de modelo cognitivo conductual. Estas técnicas, tales como el entrenamiento en soluciones colaborativas, el entrenamiento de autocontrol o de manejo de contingencias, sumadas a una adecuada psicoeducación, permiten una reducción de los síntomas y conductas de riesgo propias del trastorno negativista desafiante. (Genice, 2014; Rizo, 2014).

Este programa de intervención fue desarrollado y realizado en su totalidad por un psicólogo titulado, con experiencia en

población infanto-juvenil y entrenamiento en la aplicación de técnicas basadas en el modelo cognitivo – conductual. El proceso de tratamiento tuvo una duración de 15 horas, distribuidas en 15 sesiones de aproximadamente 1 hora cada una, realizadas 1 vez a la semana (aprox. 3,5 meses de intervención). Para el proceso de intervención, se seleccionaron técnicas propias del modelo cognitivo conductual adecuadas para la etapa vital en la que se encuentra el paciente. En términos cronológicos, todo el proceso de intervención se puede describir a través de 4 etapas o fases, descritas a continuación.

Fase I: Autocontrol y técnicas emocionales.

El objetivo de esta fase, que se desarrolló en las 3 primeras sesiones, consistió en darle al paciente las herramientas necesarias, para regular su comportamiento y aprender una serie de técnicas orientadas a un mejor manejo de sus emociones. Inicialmente, y respecto al entrenamiento en autocontrol, se desarrolló un sistema de autorregistro diario sobre las situaciones y el estado de ánimo consecuente a estas, para que el paciente pudiera identificar estas emociones y aprenda a manejarlas. De igual forma, se trabajó en identificar aquellos reforzadores, tanto internos como externos, que fomenten emociones, actitudes y comportamientos funcionales/positivos, y en cómo el paciente pueda aprender a auto-reforzar estos comportamientos.

Por último, y con respecto a las técnicas emocionales, se buscó reemplazar las emociones negativas presentes en el paciente por unas más adaptativas, con el objetivo de que este aprenda a identificar dichas emociones y sea capaz de proponer y/o desarrollar estados de ánimo y/o conductas alternativas que resulten positivas para él.

Fase II: Técnicas de dominio y agrado.

En esta fase, que abarcó desde la sesión 4 hasta la 6, se buscó que el paciente lograra realizar un registro detallado de aquellas actividades placenteras y/o positivas que pueda encontrar en su día a día. Se espera que logre identificar no solo dichas actividades, sino que sea capaz de asignar un porcentaje de satisfacción a cada actividad seleccionada mientras la realiza y una vez realizada. De igual forma, se buscó realizar un horario de actividades diarias, para lograr que el paciente tenga un mejor manejo del tiempo. Los objetivos principales de esta fase se centraron en que el paciente pudiera identificar por lo menos 2 actividades placenteras diarias que superen el 65% de satisfacción, y que sea capaz de ordenar adecuadamente sus actividades diarias y semanales.

Fase III: Habilidades sociales y solución de problemas.

En esta fase, que comprendió desde la sesión 7 hasta la 12, se dividió en 2 etapas: entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en solución de problemas. Con respecto a las habilidades sociales (sesiones 7, 8 y 9), se buscó que el paciente aprendiera a solucionar los conflictos con sus pares de manera asertiva, buscando reducir conductas agresivas y/o disfuncionales presentes en estas situaciones. De igual forma, se trabajó en la aserción positiva, para que el paciente fuera capaz de expresar afecto y de expresar cumplidos, aprecio y disculpas. También, se trabajaron las habilidades de conversación, para que el paciente pudiera expresarse de manera amable y asertiva a la hora de iniciar y mantener una conversación con sus pares.

Por otro lado, y con respecto a la solución de problemas, se trabajó la reorientación de conflictos y como identificarlos, analizarlos y abordarlos de la mejor manera. Se instruyó al paciente a aprender a generar conductas alternativas ante los problemas que se le presenten y a realizar

una valoración consciente y objetiva de las consecuencias de dichos problemas. Por último, se trabajó en cómo ejecutar soluciones adecuadas y en la validación de dichas soluciones, buscando como objetivo principal que el paciente sea capaz de aplicar estas técnicas regularmente y las adapte a su vida diaria.

Fase IV: Reforzamiento y habilidades parentales

En esta última etapa, se trabajó específicamente con la madre del paciente, en técnicas de reforzamiento tanto positivo como negativo, así como en el entrenamiento de habilidades parentales básicas, buscando a través de esto que la madre tuviera más claridad respecto al diagnóstico del paciente, fuese capaz de comprender su rol dentro del proceso terapéutico y apoyara este último, aplicando las técnicas en casa.

Tabla 2
Desarrollo de las sesiones

Técnica	Objetivo General	Objetivos Específicos	Señal	Indicadores Clínicos
Psicoeducación	Describir el trastorno, explicar el análisis funcional y el plan de tratamiento	Realizar una explicación detallada al paciente y a la madre; explicarle al paciente su trastorno y lo que se trabajará	1	La comprensión completa del trastorno, análisis funcional y plan de tratamiento por parte del paciente y su madre, así

				como su aprobación para desarrollar dicho plan
Técnica de dominio y agradecimiento	Generar cambios en la motivación de algunas actividades que el paciente no realice con frecuencia con otras actividades que el paciente realice con mayor frecuencia	Realizar el registro de actividades placenteras	2	Que el paciente logre realizar con mayor frecuencia
		identificar cuánto por ciento de agrado va a sentir cuando realice la actividad y volver a identificarlo luego de realizarla	3	conductas adaptativas con una mayor motivación
		realizar el horario de actividades para dar un buen manejo del tiempo	4	

Entrenamiento de habilidades sociales	Orientar al paciente a tener una comunicación asertiva con las personas con la cual se relaciona diariamente	Aserción negativa: entrenamiento en cómo defender los derechos vulnerados	5	Lograr que el paciente mejore sus relaciones interpersonales y se sienta bien al realizarlo
		Aserción positiva: expresión de afecto, cumplidos, aprobación, aprecio y disculpas	6	
		Habilidades de conversación: iniciar una conversación, mantenerla, presentarse, dar las gracias, entre otras	7	
Entrenamiento de solución de	Mejorar la competencia social y	Orientar el problema, definirlo	8	Lograr que el paciente encuentre

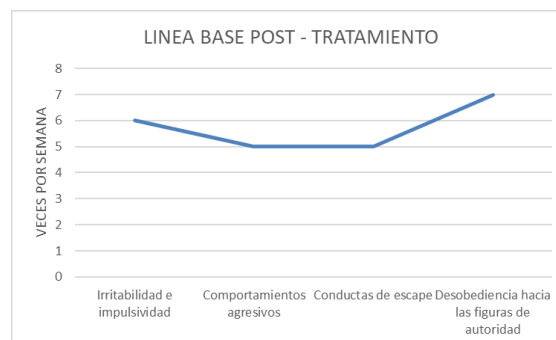
problemas	disminuir el malestar psicológico buscando que haya consecuencias positivas en la solución de problemas	o y formularlo Generar conductas alternativas y valoración de consecuencias	9	re mejores alternativas ante las diferentes problemáticas que pueda experimentar
		Ejecución de la solución y validación	10	
Entrenamiento en autcontrol	Aliviar el malestar en el paciente para que pueda alcanzar una mejor calidad de vida.	Llevar un autorregistro diario de las situaciones positivas y el estado de ánimo asociado, desarrollar objetivos alcanzables e irlos alcanzando	11	Que el paciente ponga en práctica lo trabajado en estas sesiones y controle mejor sus impulsos
		Identificar reforzadores y auto recompensarse; trabajar	12	

		técnicas de relajación		
Técnicas emocionales	Reestructuración emocional	Cambiar la emoción negativa por una más adaptativa	13	Lograr que el paciente esté con un mayor bienestar psicológico y emocional
Entrenamiento para padres	Orientar a la madre del paciente y dotarla de técnicas y herramientas, que le permitan mejorar el trato con el paciente	Entrenamiento en técnicas de reforzamiento.	14	Lograr que la madre del paciente aprenda a
		Entrenamiento en habilidades parentales básicas	15	tratar de una mejor manera con el trastorno que presenta su hijo, y sea capaz de tratar con el niño en cuenta dicha problemática.

RESULTADOS

Con el objetivo de evaluar la efectividad del tratamiento utilizado, tanto la madre del paciente como el terapeuta utilizaron registros conductuales. Los resultados de esta evaluación, se evidencian a continuación a través de la línea de base post tratamiento:

Figura 3
Línea base post tratamiento.



El tratamiento en su totalidad tuvo una duración de aproximadamente 3,5 meses (15 semanas), tiempo en el cual se realizaron las sesiones por medio de la IPS “trabajemos juntos”, a la cual el paciente fue remitido. Los resultados obtenidos una vez finalizadas las 15 sesiones evidencian una disminución en la frecuencia semanal con la que el paciente muestra conductas de irritabilidad o impulsividad, así como en su tendencia a comportarse agresivamente. Esto evidencia la eficacia de las técnicas de autocontrol y regulación emocional dentro del tratamiento para el trastorno negativista desafiante (TND). Cabe resaltar que el paciente siempre mantuvo una actitud positiva y una buena predisposición al tratamiento, lo que, sumado al acompañamiento y la labor del terapeuta, pudo propiciar la reducción de estas conductas durante los 3,5 meses de tratamiento.

Con respecto a las conductas de escape, la línea base post tratamiento revela que la reducción en este apartado fue mínima, sin embargo, esto puede deberse a que el paciente solía presentar con mayor frecuencia conductas agresivas o de irritabilidad, mientras que las conductas de

escape solo surgían ante ciertas situaciones. Debido a esto, la reducción, aunque mínima, de las conductas de escape, también se consideran en este escenario un punto positivo dentro del tratamiento realizado.

Por otro lado, las conductas con el seguimiento de instrucciones y respeto hacia las figuras de autoridad se mantienen estable, lo cual podría explicarse debido a la influencia del contexto escolar donde se desenvuelve el paciente, con el cual fue imposible trabajar, y con el aparente desinterés mostrado por la madre, la cual se mostraba poco colaborativa a la hora de asumir un rol activo en el proceso terapéutico del paciente.

Es posible que dicho desinterés sea un elemento constante dentro del hogar del paciente, por lo que existe la posibilidad de que tanto su madre, como su entorno familiar cercano, representen un factor de riesgo a la hora de trabajar estas conductas con el paciente.

CONCLUSIÓN

Aunque no cabe duda que los trastornos de la conducta son un problema cada vez mayor en nuestra sociedad actual, afectando a la persona que los padece en todas sus áreas de funcionalidad (familiar, social, académica o laboral, etc.) la eficacia de la intervención cognitivo conductual en este campo ha sido demostrada en la literatura científica desde hace varios años (Fullana, de la Cruz, Bulbena y Toro, 2012; Giménez-García, 2014). Así, la propuesta de usar un modelo terapéutico basado en este enfoque, surge de la cada vez mayor evidencia científica del uso y beneficios de la intervención basada en este modelo terapéutico, sobre todo en población infanto-juvenil.

Aunque si bien es cierto que, en este caso particular, haría falta profundizar un poco más en las instrucciones y enseñanzas al paciente para que sea capaz de manejarse adecuadamente en todos los entornos en los que se vea inmerso de ahora en

adelante, se considera que las técnicas y elementos propuestos en el tratamiento pueden mantenerse firmes y consistentes durante los próximos meses, buscando que el paciente los adopte como rutina y sea capaz de incluirlos en su rutina diaria. Queda pendiente abordar las variables psicosociales y educativas del paciente y profundizar en su dinámica familiar, para analizar si el entorno donde se desenvuelve y los comportamientos o actitudes de su círculo cercano, resultan ser factores de riesgo para la manifestación de las conductas disfuncionales asociadas a su trastorno.

Por otro lado, se insta a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, a ofrecer una atención idónea, diferenciada y especializada a la población infantil y juvenil diagnosticada con este tipo de trastornos, buscando no solo mejorar los criterios de diagnóstico, evaluación e intervención, sino también lograr un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, que pueda ser beneficioso para el crecimiento y desarrollo adecuado de los niños, niñas y jóvenes que padezcan este tipo de patologías. Así mismo, se invita a las instituciones educativas a fomentar campañas de formación para profesores y padres, así como programas de entrenamiento y formación en diversas habilidades sociales y de resolución de problemas, sobre todo en los primeros años de escolaridad, al ser en estas edades donde se manifiestan los primeros síntomas asociados con estos trastornos y ser, precisamente los colegios, uno de los lugares donde más se ven reflejadas las conductas disfuncionales asociadas a dichas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J., Rohde, L., Frick, P. (2010) Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(7): 695-704.
- Demmer, D., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J., y Lum, J. (2017). Sex Differences in the Prevalence of Oppositional Defiant Disorder During Middle Childhood: a Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(2), 313–325. doi:10.1007/s10802-016-0170-8
- Déry, M., Lapalme, M., Jagiellowicz, J., Poirier, M., Temcheff, C., y Toupin, J. (2017). Predicting Depression and Anxiety from Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Elementary School-Age Girls and Boys with Conduct Problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(1), 53–62. doi:10.1007/s10578-016-0652-5
- Emberley, E., y Pelegrina, M. (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema*, 23(2), 215-220.
- Evans, S., Cooley, J., Blossom, J., Pederson, C., Tampke, E., y Fite, P. (2020). Examining ODD/ADHD Symptom Dimensions as Predictors of Social, Emotional, and Academic Trajectories in Middle Childhood. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 49(6), 912-929. doi: 10.1080/15374416.2019.1644645.
- Fraire, M., y Ollendick, T. (2013). Anxiety and oppositional defiant disorder: a transdiagnostic conceptualization. *Clin Psychol Rev*, 33(2), 229-40. doi: 10.1016/j.cpr.2012.11.004.
- Fullana, M., de la Cruz, L., Bulbena, A. y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Med Clin*, 138(5), 215-219. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>.
- Genise, G. (2014). Psicoterapia Cognitivo Conductual en un Paciente con Trastorno Negativista Desafiante. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 145-152.
- Giménez-García, L. (2014). 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.
- Herpers, P., Bakker-Huvenaars, M., Greven, C., Wieggers, E., Nijhof, K., Baanders, A., Buitelaar, J., y Rommelse, N. (2019). Emotional valence detection in adolescents with oppositional defiant disorder/conduct disorder or autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 28(7), 1011-1022. doi: 10.1007/s00787-019-01282-z.
- Hipwell, A., Stepp, S., Feng, X., Burke, J., Battista, D., Loeber, R., y Keenan, K. (2011). Impact of oppositional defiant disorder dimensions on the temporal ordering of conduct problems and depression across childhood and adolescence in girls. *J Child Psychol Psychiatry*, 52(10), 1099-108. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02448.x
- López-Villalobos, J., Andrés-De Llano, J., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A., Martínez-Rivera, M., Alberola-López, S., y Sánchez-Azón, M. (2014). Prevalencia del trastorno

- negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(2), 80-87. doi:10.1016/j.rpsm.2013.07.002
- Mikolajewski, A., Taylor, J., y Iacono, W. (2017). Oppositional defiant disorder dimensions: genetic influences and risk for later psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 58(6), 702-710. doi: 10.1111/jcpp.12683.
- Noordermeer, S., Marjolein, L., Weeda, W., Buitelaar, J., Richards, J., Hartman, C., Hoekstra, P., Franke, B., Heslenfeld, D., y Oosterlaan, J. (2017). Risk factors for comorbid oppositional defiant disorder in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26(10), 1155-1164. doi: 10.1007/s00787-017-0972-4
- Noordermeer, S., Luman, M., Buitelaar, J., Hartman, C., Hoekstra, P., Franke, B., Faraone, S., Heslenfeld, D., y Oosterlaan, J. (2020). Neurocognitive Deficits in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With and Without Comorbid Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 24(9), 1317-1329. doi:10.1177/1087054715606216.
- Peña-Olvera, F. d., & Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 421-427.
- Quy, K., & Stringaris, A. (2017). Trastorno negativista desafiante. En A. M.-T. Irrázaval M, (2017). *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (págs. 1-16). Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Rowe, R., Costello, E., Angold, A., Copeland, W., y Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnorm Psychol*, 119(4), 726-738.
- Riley, M., Ahmed, S., y Locke, A. (2016). Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *Am Fam Physician*, 93(7), 586-591.
- Rizo, A. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 89-100.
- Trepát, E, y Ezpeleta, L. (2011). Sex differences in oppositional defiant disorder. *Psicothema*, 23(4), 666-71.
- Torales, J., Barrios, I., Arce, A. y Viola, L. (2018). Trastorno negativista desafiante: una puesta al día para pediatras y psiquiatras infantiles. *Pediatr*: 45(1), 65-73.
- Zastrow, B., Martel, M., y Widiger, T. (2016). Preschool Oppositional Defiant Disorder: A Disorder of Negative Affect, Surgency, and Disagreeableness. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(6), 967-977. doi: 10.1080/15374416.2016.1225504.