**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**
**CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-**
**"MAYRA GUTIÉRREZ"**

# LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS EN LA CONDUCTA Y EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

## (ESTUDIO DE CASO SOBRE EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y LAS ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS PARA SU ADECUADO MANEJO)

**ROSA ENCARNACIÓN PEREZ MARTINEZ DE CHAVARRÍA**

**GUATEMALA, OCTUBRE 2024**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**
**CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-**
**"MAYRA GUTIÉRREZ"**

# LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS EN LA CONDUCTA Y EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (ESTUDIO DE CASO SOBRE EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y LAS ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS PARA SU ADECUADO MANEJO)

POR

**ROSA ENCARNACIÓN PEREZ MARTINEZ DE CHAVARRÍA**

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

**PROFESORA EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

**TÉCNICO UNIVERSITARIO**

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina
**DIRECTOR**

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de de León
**SECRETARIA**

M.A. Karla Amparo Carrera Vela
M. Sc. José Mariano González Barrios

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

Viviana Raquel Ujpán Ordoñez
Nery Rafael Ocox Top
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruiz
**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
24 de julio de 1974

Cc. Archivo

CIEPS 73-2024
UG-461-2024

CODIPs. 3024-2024

**ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN-PEE**

04 de octubre de 2024

Estudiante
**Rosa Encarnación Perez Martinez de Chavarría**
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante **Perez Martinez de Chavarría**:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto DÉCIMO QUINTO (15º.)** del **Acta CINCUENTA Y SIETE - DOS MIL VEINTICUATRO (57-2024)** de sesión celebrada por el Consejo Directivo el 04 de octubre de 2024, que copiado literalmente dice:

**"DÉCIMO QUINTO:** Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado:

**LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS EN LA CONDUCTA Y EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (ESTUDIO DE CASO SOBRE EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y LAS ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS PARA SU ADCUADO MANEJO)**

de la carrera de **Profesorado en Educación Especial,** realizado por:

| | | |
|---|---|---|
| **Rosa Encarnación Perez Martinez de Chavarría** | **Registro Académico** | **81-13666** |
| | **CUI:** | **2400-66790-0101** |

El presente trabajo fue asesorado por **M. Sc. Alba Indira García Lemus** y, revisado por **Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez.**

El Consejo Directivo con base en lo anterior, **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de Graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis con fines de Graduación Profesional".

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CONSEJO DIRECTIVO
USAC

**M. Sc. Julia Alicia Ramírez Orizábal de de León**
**SECRETARIA**

/Bky

UG-461-2024

Guatemala, 27 de septiembre del 2024

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3°.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante **ROSA ENCARNACIÓN PEREZ MARTINEZ DE CHAVARRÍA, CARNÉ NO. 2400-66790-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 81-13666 y Expediente de Graduación No. PEE-01-2024-IC,** ha completado los trámites correspondientes para trámite de graduación profesional del nivel técnico.

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación,** solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación Científica **"LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS EN LA CONDUCTA Y EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (ESTUDIO DE CASO SOBRE EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y LAS ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS PARA SU ADECUADO MANEJO)"**, mismo que fue aprobado por el Lic. Marco Antonio García Enríquez, Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, el 27 de septiembre de 2024.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Atentamente,

**M.Sc. MAYRA LUNA DE ALVAREZ**
**COORDINACIÓN**
UNIDAD DE GRADUACIÓN

CC. Archivo
**Adjunto: Expediente completo e Informe Final en digital e impreso.**

**CIEPs. 073-2024**
**REG. 073-2024**

# INFORME FINAL

Guatemala, 23 de septiembre de 2024

**Señores**
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Marco Antonio de Jesús García Enríquez** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS EN LA CONDUCTA Y EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (ESTUDIO DE CASO SOBRE EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y LAS ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS PARA SU ADECUADO MANEJO)".**

| **ESTUDIANTE:** | **DPI. No.** |
|---|---|
| **Rosa Encarnación Perez Martinez de Chavarría** | **2400667900101** |

**CARRERA: Profesorado en Educación Especial**

El cual fue aprobado el 23 de septiembre de 2024 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 23 de septiembre de 2024, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA COORDINADOR CIEPS USAC

**Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez**
**Coordinador**
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.**
**"Mayra Gutiérrez"**

c. archivo

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas

**CIEPs. 073-2024**
**REG. 073-2024**

Guatemala, 23 de septiembre de 2024

**Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez**
**Coordinador**
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs**
**Escuela de Ciencias Psicológicas**

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS EN LA CONDUCTA Y EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (ESTUDIO DE CASO SOBRE EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y LAS ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS PARA SU ADECUADO MANEJO)".**

| **ESTUDIANTE:** | **DPI. No.** |
|---|---|
| **Rosa Encarnación Perez Martinez de Chavarría** | **2400667900101** |

**CARRERA: Profesorado en Educación Especial**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 23 de septiembre de 2024, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA DOCENTE REVISORIA USAC

**Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez**
**DOCENTE REVISOR**

c. archivo

Guatemala, 18 de septiembre de 2024

***Licenciado***
***Marco Antonio de Jesús García Enríquez***
***Coordinador***
***Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)***
***"Mayra Gutiérrez"***

***Lic. García Enríquez:***

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe de investigación titulado: "***Los trastornos disruptivos en la conducta y el comportamiento de niños y adolescentes (estudio de caso sobre el trastorno negativista desafiante y las orientaciones terapéuticas para su adecuado manejo)"*** realizado por la estudiante ***Rosa Encarnacion Perez Martinez de Chavarria, CUI 2400667900101***.

El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs) "Mayra Gutiérrez", por lo que emito ***DICTAMEN FAVORABLE*** y solicito respetuosamente se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular; me suscribo de usted,

Atentamente,

***MSc. Alba Indira Garcia Lemus de Mérida***
***Maestría en Docencia Universitaria***
***Licda. en Psicología Colegiado No. 5635***
***Terapista del Lenguaje***

**Asesora de contenido**

Licda. Alba Indira García Lemus
Psicóloga y Terapista del Lenguaje
Col. No. 5635

***Guatemala, 18 de septiembre de 2024***

***Lic.***
***Marco Antonio de Jesús Garcia Enríquez***
***Coordinador***
***Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs***
***"Mayra Gutiérrez"***

***Lic. Garcia Enríquez:***

Deseándole éxitos al frente de sus labores, me permito saludarle.

Por este medio informo que la estudiante ***Rosa Encarnación Perez Martinez de Chavarria*** quien se identifica con el ***CUI 2400 66790 0101*** realizó el trabajo de campo de la investigación denominada ***"Los trastornos disruptivos en la conducta y el comportamiento de niños y adolescentes: Estudio de Caso sobre el Trastorno Negativista Desafiante y las orientaciones terapéuticas para su adecuado manejo"*** de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; durante el periodo comprendido del mes de julio a septiembre del presente año en diferentes días y horarios realizando entrevistas y aplicando pruebas psicológicas tanto a la persona evaluada, a la madre del sujeto en estudio y a una maestra de grado.

La estudiante en mención cumplió con los tiempos y requerimientos estipulados en su investigación por lo cual se agradece el tiempo, dedicación y compromiso invertido en este trabajo que es de beneficio a la población infantil y adolescente del país.

***MSc. Alba Indira Garcia Lemus***
***Maestría en Docencia Universitaria***
***Licenciada en Psicología Colegiada No 5,635***
***Terapista del Lenguaje***

*Licda. Alba Indira García Lemus*
*Psicóloga y Terapista del Lenguaje*
*Col. No. 5635*

# MADRINAS DE GRADUACIÓN

***MSc. Mariela Dayane Chavarría Pérez***

Psicóloga

Colegiado No 5,896

***Mily María Alejandra Chavarría Pérez***

Ingeniera Industrial

Colegiado No. 12,482

***DEDICATORIA***

***A Dios***

***Por el privilegio de la vida y por toda su amorosa presencia***

***A mi amada familia***

***Por ser, por existir y por estar allí conmigo***

***A mi esposo, a mi hijo, a mis hijas, mis nietas y mi bisnieto***

***Por el amor, la convivencia y el aprendizaje***

***A mis maestras y mis mentores***

***Porque cada etapa estuvo matizada de saberes y de alegría***

***A mis amigas, amigos y colegas***

***De ayer, de hoy y de siempre***

***A las personas que la vida me permitió***

***Conocer y caminar un trecho en el sendero de la vida***

***A usted***

***Que participa de este humilde aporte***

# AGRADECIMIENTOS

***A la Universidad de San Carlos de Guatemala***

***A la Escuela de Ciencias Psicológicas***

***Al Departamento de Carreras Técnicas***

***Al Instituto Normal Centro América***

***Al Instituto Enrique Gómez Carrillo***

***A la Escuela Marta Bolaños de Prado***

***A la Escuela Federal de Santa Catarina Mita***

***A la Escuela de Párvulos No. 9***

***A todas las madres y padres que acompañan a sus hijas e hijos***

## Índice de tablas

Resumen ..... 1

Prólogo ..... 3

Capítulo I ..... 4

Planteamiento inicial del problema y marco teórico ..... 4

1.1.1. Planteamiento del problema ..... 4

1.1.2. Objetivo general ..... 9

1.1.3. Objetivos específicos ..... 9

Marco teórico ..... 10

1.1.4. Trastornos Disruptivos, del Control de los impulsos y de la Conducta en Niños y Adolescentes ..... 10

1.1.5. Clasificación de los trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta ..... 18

1.1.6. Instrumentos de evaluación psicológica ..... 25

1.1.7. Tratamiento ..... 27

1.1.8. Enfoques tradicionales de tratamiento para el Trastorno Negativista Desafiante (TND) en niños y adolescentes ..... 29

1.1.9. Trastorno Negativista Desafiante (TND), Familia y Estilos Parentales ..... 33

1.1.10. Teoría del Apego y la importancia del Vínculo ..... 39

1.1.11. Consideraciones Contextuales y Culturales ..... 42

1.1.12. Factores que afectan negativamente el manejo adecuado de las emociones y conducta ..... 47

1.1.13. Atención y abordajes de tratamiento de los trastornos disruptivos de la conducta, del comportamiento y del trastorno negativista desafiante ..... 49

*1.1.13.1. Mecanismos para la regulación emocional en los trastornos disruptivos y el trastorno negativista desafiante* ..... 49

1.1.14. La Regulación Emocional (RE) como estrategia personal ..... 51

1.1.15. Tratamiento de Psicoterapia basado en evidencia ..... 55

1.1.16. Entrevista Motivacional de Rollnick y Miller ..... 57

1.1.17. Orientación e involucramiento familiar en el manejo de los trastornos disruptivos y del trastorno negativista desafiante ..... 58

1.1.18. La escuela como escenario de la conducta en niños y adolescentes ..... 65

1.1.19. Disciplina Asertiva en el Aula ..... 66

1.1.20. Consideraciones éticas para el manejo del Trastorno Negativista Desafiante ……...68

1.1.21. Consideraciones éticas ..... 68

Capítulo II ..... 73

Técnicas e instrumentos ..... 73

2. Enfoque, modelo y nivel de investigación ..... 73

2.1. Las técnicas ..... 74

2.1.1. Técnicas de muestreo ..... 74

2.1.2. Técnicas de recolección de datos ..... 76

2.1.3. Las técnicas de análisis: descriptivas, exploratorias y de contrastación ... 77

2.1.4. Instrumentos ..... 79

2.1.5. Entrevista estructurada: Anamnesis ..... 79

2.1.6. Test de Aptitudes para la Organización e Instrucción Escolar, OTIS Intermedio Forma A ..... 80

2.1.7. Test Bender Koppitz ..... 81

2.1.8. Aplicación de lista de cotejo de características clínicas del TND ..... 81

2.1.9. Escala CBCL de Achenbach ..... 82

2.1.10. Escala de Conners para padres de familia y maestros ..... 84

2.1.11. Inventario de pautas de crianza ..... 85

2.1.12. Inventario de conductas parentales ..... 86

2.1.13. Cuestionario demográfico ..... 87

2.1.14. Operacionalización de objetivos, categorías, hipótesis y variables ..... 88

*Operacionalización de objetivos* ..... 88

2.1.15. Entrevista y pruebas psicológicas ..... 89

- Anamnesis ..... 89
- Lista de cotejo de características clínicas del trastorno de TND ..... 89

2.1.16. Premisas ..... 89

Capítulo III ..... 91

Presentación, interpretación y análisis de los resultados ..... 91

3. Características del lugar y de la muestra ..... 91

3.1. Características del lugar ..... 91

3.1.1. Características de la muestra ..... 91

3.1.2. Presentación, interpretación y análisis de los resultados ..... 92

3.1.2.1. Análisis general ..... 92

3.1.2.2. Análisis de pruebas aplicadas ..... 98

Resultados ..... 102

Análisis 104

Cuestionario demográfico ..... 104

Escala de Conners Padres/madres TDAH ..... 105

Escala de Conducta de Conners para profesores ..... 105

Conductas parentales ..... 106

Pautas de Crianza ..... 106

Focalización y jerarquización ..... 107

Capítulo IV ..... 120

Conclusiones y recomendaciones ..... 120

4.1. Conclusiones ..... 120

4.2. Recomendaciones ..... 122

Referencias ..... 123

Anexos ..... 130

## Índice de tablas

Tabla 1 *Clasificación de los trastornos de conducta* ..... 18

Tabla 2 *Estrategias efectivas en la escuela y la casa* ..... 28

Tabla 3 *Estilo, características y comportamiento parental* ..... 35

Tabla 4 *Figura Compleja de Rey puntuación* ..... 99

Tabla 5 *Conductas Internalizantes* ..... 100

Tabla 6 *Conductas externalizantes* ..... 101

Tabla 7 *Otros síndromes o problemas* ..... 101

Tabla 8 *Conductas Internalizantes* ..... 102

Tabla 9 Conductas externalizantes ..... 102

Tabla 10 *Resultados totales* ..... 103

Tabla 11 *Otros* ..... 103

## Resumen

*Autora Rosa Encarnación Perez Martinez de Chavarría*

El presente Informe de investigación se titula "Los trastornos disruptivos en la conducta y el comportamiento de niños y adolescentes: Estudio de caso sobre el trastorno negativista desafiante y las orientaciones terapéuticas para su adecuado manejo", el objetivo de la investigación fue identificar las características de los trastornos disruptivos, de la conducta y del comportamiento en niños y adolescentes; para establecer el diagnóstico y tratamiento buscando profundizar en el conocimiento teórico del Trastorno Negativista Desafiante -TND-, sistematizando información sobre instrumentos de evaluación de los trastornos de conducta, del comportamiento y del Trastorno Negativista Desafiante para explorar propuestas de intervención particularmente; en el TND.

La presencia de niños y adolescentes que presentan conducta disruptiva, problemas de conducta, del comportamiento y el trastorno negativista desafiante en el ámbito familiar y escolar constituyen una dificultad en sí misma, de complicado manejo y que puede constituirse en riesgo para el futuro de quienes presentan esta forma de relacionarse con los demás. Se inscribe en la psicología del desarrollo, porque los niños, adolescentes y jóvenes transitan en su ciclo vital por etapas tempranas del desarrollo humano, se ubica en la psicología educativa por ser una condición que puede afectar el presente y el futuro de quienes lo padecen, constituye una queja frecuente de maestras, maestros, padres y madres de familia y/o cuidadores, de la conducta oposicionista manifiesta, y son causa de estrés, frustración y agotamiento en ellos.

Se utilizó como herramientas para la evaluación: entrevistas, observaciones y pruebas psicológicas; propone en la psicoeducación: el entrenamiento y la capacitación, para la persona

referida se sugiere el acompañamiento psicológico y la psicoterapia desde la psicología educativa y clínica. Se llevó a cabo un estudio de caso para sistematizar la teoría y consolidar los instrumentos de evaluación que dieron información del sujeto, su familia y de su entorno. El enfoque de la investigación elegido fue el cualitativo y la técnica utilizada para seleccionar el caso se llama *muestreo motivado o muestreo teórico*. Se realizó indagación con la anamnesis, evaluación de cociente intelectual (CI), Test Gestáltico Bender, Cuestionario de Conducta: Child Behavior Check List CBCL de Achembach, Escala de Conners; entre otras; para establecer la ausencia o presencia del Trastorno Negativista Desafiante y sugerir su mejor abordaje.

Fue importante obtener previamente el asentimiento y consentimiento informado, en el documento se intenciona el respeto por la persona, la comprensión objetiva del cuadro clínico identificado, la empatía y trato justo hacia quien manifiesta el padecimiento y la solidaridad humana y profesional. Al concluir el estudio se propone el abordaje del TND, la prevención de la violencia, la coexistencia en un entorno seguro, apoyando la inclusión en el sistema educativo y el buen manejo del trastorno en el hogar y la escuela.

La confidencialidad del caso y el anonimato del paciente serán prioridad en la protección de datos para evitar la estigmatización de la persona participante en el presente estudio. Se espera que el conocimiento alcanzado sea de apoyo a los profesionales que atienden este tipo de casos, profundizando en los mismos para tener más y mejores beneficios para esta población y avances para la ciencia de la psicología.

## Prólogo

Durante muchos años la conducta desadaptativa de los niños y niñas desobedientes, rebeldes, irreverentes y poco dóciles ha sido un tema de conversación y discusión entre los padres y madres de familia, las y los maestros y todos aquellos que les acompañan y no han contado con la orientación profesional para abordarlo de mejor manera.

En las últimas tres décadas la población mundial ha aumentado en algún continente y disminuido en otro, los avances tecnológicos superan cualquier predicción que se haya hecho, la naturaleza y el medio ambiente han sido expuestos a una sistemática destrucción, el aumento de la migración y la captura ideológica por los medios masivos de comunicación, el consumismo y los problemas de salud; exponen a los más vulnerables (niños, niñas, adolescentes, personas en condición de discapacidad, personas mayores) a la posesión o a la carencia material de recursos o de condiciones de vida dignas,

La familia y la escuela constituyen un bastión importante para el nacimiento, crecimiento desarrollo y evolución de la población infantil y adolescente; instituciones históricas y con un rol y objetivos definidos, la interacción dinámica y la comunicación entre ellas puede permitir acompañar a los menores en su ciclo vital desarrollando en ellos una vida plena y feliz, ejerciendo sus derechos.

Atender a niñas, niños, adolescentes y jóvenes que presentan alguna dificultad en su desarrollo evolutivo apoyará las acciones de la familia y la escuela para construir una mejor sociedad con iguales oportunidades para todas y todos. Las y los profesionales de la psicología con las especialidades y con los instrumentos adecuados, son quienes asumiendo su compromiso ético y profesional contribuyen a mejorar la vida de la población que los necesita.

# Capítulo I

## Planteamiento inicial del problema y marco teórico

### 1.1.1. Planteamiento del problema

La motivación para realizar el presente trabajo de investigación responde a la necesidad de atender una dificultad que se repite frecuentemente en el hogar y la escuela; la demanda de atención psicológica a nivel profesional y la ausencia de estudios referidos a las conductas problemáticas en la infancia y adolescencia que permitan ser abordadas de manera profesional, objetiva y realista.

En un instituto de diversificado el año recién pasado (2023) se da la amenaza de la eventual expulsión de un adolescente, estudiante del plantel, a causa de su comportamiento hostil, desafiante y por su bajo rendimiento. La madre acude a la llamada del maestro-guía quien reporta la conducta problemática del alumno, la noticia desborda en la madre quien hace una crisis emocional con expresiones de reproche a su hijo, llanto y un discurso que denota mucha frustración y agotamiento. Ella solicita ser atendida por el servicio de psicología, con el que cuenta la institución y de allí inicia el interés por la temática, pues no pudo ser referida a ningún servicio público especializado, tampoco privado o por no estar disponible.

De forma recurrente, la conducta problemática de niños y adolescentes con conductas desadaptativas en casa y en la escuela son uno de los principales motivos de consulta o referencia a servicios profesionales de la psicología educativa y clínica. Los tipos de familia, los roles y dinámicas familiares junto a los patrones de crianza tienen impacto en la manera en que los niños y adolescentes reaccionan a los estímulos del ambiente, las demandas de sus actividades como hijos o alumnos, las expectativas y condiciones de vida los determinan en su manera de actuar.

La reciente pandemia a causa del COVID-19, la presencia, acceso, uso y consumo de tecnología, el tiempo invertido frente a las pantallas, el acceso a internet, los referentes y modelos a imitar, la cultura del ocio y del entretenimiento, la ausencia de experiencias intergeneracionales de aprendizajes desde la cultura y lo familiar han privado a los niños, adolescentes y jóvenes de entrenamiento de la atención y ausencia de autodisciplina, se tornan distraídos, muestran desinterés en actividades escolares o se aíslan en la tecnología, los patrones de crianza negligentes o agresivos los pueden tornar pasivos, inseguros, rebeldes y poco colaboradores y con falta de cortesía y empatía.

En el Trastorno Negativista Desafiante y otras conductas problemáticas se manifiestan actos de desobediencia, impulsividad, déficit de autocontrol, falta de empatía, rompimiento a las reglas, comportamiento cruel y agresivo, ausentismo, fracaso y abandono escolar, consumo de alcohol o drogas, inicio de incendios, recurrir a la mentira o evadir tareas, escaparse de casa o de la escuela, vandalismo, no ocultan el comportamiento agresivo, no tienen amistades verdaderas. Pueden derivar a situaciones como peleas frecuentes, problemas legales, consumo de sustancias psicoactivas, retraimiento, quejas somáticas, problemas sexuales, conducta desafiante y rebelde, ideas suicidas, actos de venganza, problemas de atención, ansiedad, depresión, timidez, callejización, involucramiento en acciones de violencia y delincuencia, además se pueden desarrollar trastornos mentales y de personalidad.

Existe una alta probabilidad de que el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad –TDAH- preceda a un Trastorno Negativista Desafiante -TND- y derive a un Trastorno Antisocial de la Personalidad -TPA-. La Neuropsicología puede también aportar otros elementos en esta discusión académica, la Dra. Elianeth Gómez, (s.d.) neuropsicóloga afirma que el TDAH tiene relación con el TND y que este padecimiento (el TDAH) es un trastorno

neuroconductual que afecta el desarrollo y el aprendizaje, las funciones ejecutivas y su efecto en los procesos psicológicos que alteran la atención; que se manifiesta con inatención, hiperactividad y la presencia de conductas impulsivas, cita a Ostrosky (s.d.) en el sentido que la inhibición y autocontrol de la conducta (asociado a las funciones ejecutivas) presenta una falla en la persona para seguir instrucciones, manifestado con dificultad para contener o refrenar sus conductas impetuosas.

El TND consiste en que la persona que lo presenta manifiesta un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas y hostiles. Son niños y adolescentes discutidores, desafiantes y provocadores, que se enojan y pierden el control con facilidad, y aun cuando no hay violación de las leyes ni de los derechos básicos de los demás, pueden mostrarse crueles e indiferentes con la afectación que provocan. Este comportamiento se presenta más allá de seis meses y con más intensidad que en otros niños o adolescentes de su misma edad.

El sujeto elegido para el estudio de caso se establece mediante un *muestreo motivado*. Es un adolescente masculino de 17 años de edad cronológica, cursante del cuarto grado de carrera de diversificado, pertenece a hogar reintegrado, hijo único de la primera relación de la madre, hijo de madre adolescente (17 a.), es el primero de dos hermanos varones, su padre abandonó el hogar al fallecer el segundo hijo de la primera relación marital de la madre. El hermano menor tiene 12 años de edad y es hijo de la segunda relación marital de la madre, él fue reconocido legalmente por la segunda pareja de la madre, y está separado de la madre. Convive con padrastro, en la actual relación de la madre, no hay hijos.

Vive en una zona urbano marginal, identificada como “zona roja” (zona con inseguridad y altos índices de violencia) convive con la madre, hermano, padrastro, en una familia nuclear y reconstituida, la abuela materna vive en una colonia cercana, la vivienda es alquilada, con todos

los servicios y utiliza el transporte público para movilizarse. Pertenece a clase social media y asiste a instituto público, actualmente estudia en la Escuela para Maestros de Educación Musical.

El abordaje de la presente investigación se realizó mediante entrevistas, observaciones, aplicación de escalas y pruebas psicológicas. Se hizo la indagación con anamnesis, evaluación de cociente intelectual (CI) con el test Otis Intermedio, Test Gestáltico Bender, Escala de Conners (para padres/madres de familia y profesores), Escala Child Behavior Check List CBCL de Achembach, entre otros. El análisis de los resultados de la evaluación permitió construir un informe psicológico y determinar en el diagnóstico; la ausencia o presencia del Trastorno Negativista Desafiante y proponer el tratamiento. Se aportan estrategias para el trabajo, individual y grupal, en casa y en la escuela y para la psicoterapia individual, actividades de capacitación y de psicoeducación para hacer frente al trastorno.

En todo momento se plantean los principios éticos de respeto a la dignidad humana, cuidado competente del bienestar de la persona e integridad en las relaciones que surjan en la investigación. Se asume por parte de la investigadora la responsabilidad profesional y científica con la sociedad y el avance de la ciencia. Se establece además en los derechos de las personas: la protección a la dignidad, autonomía, confidencialidad, privacidad de sus datos y cuidar el ambiente general en su entorno.

Es un estudio de nivel de riesgo Categoría 1, riesgo mínimo sin intervencion o modificación intencional de aspectos físicos, psicológicos o sociales de la persona objeto de estudio. Se busca el bienestar de la persona, sin el menor daño, atendiendo las necesidades identificadas, con respeto a la autonomía personal y la dignidad humana, uso de la conciencia, ejercicio de su libertad y se espera se dé la convivencia en un clima de armonía. Se tiene la expectativa de un sujeto con capacidad de gobernarse a sí mismo, sin coerción, tomando las

decisiones que considere adecuadas, capaz de disfrutar de justicia en igualdad de condiciones, y se espera de la investigadora informe con veracidad de los resultados del estudio y respondiendo a los compromisos ofrecidos.

La presente propuesta de investigación se propuso averiguar ¿Cuál es la importancia de reconocer las diferencias de los Trastornos Disruptivos, los Trastornos de Conducta y el Trastorno Negativista Desafiante? ¿Cuáles son los signos y características del Trastorno Negativista Desafiante y que lo diferencia de los otros Trastornos de Conducta? ¿Qué instrumentos de evaluación permiten establecer la presencia o ausencia de los Trastornos de Conducta y del Trastorno Negativista Desafiante? ¿Por qué es necesario sistematizar los instrumentos de evaluación para los trastornos de conducta en niños y adolescentes? ¿Cuáles son las propuestas de intervencion convenientes en el abordaje para el Trastorno Negativista Desafiante y otros Trastornos de Conducta?

### 1.1.2. Objetivo general

Identificar las características de los trastornos disruptivos, de la conducta y del comportamiento en niños y adolescentes para establecer el diagnóstico y orientar el tratamiento.

### 1.1.3. Objetivos específicos

Profundizar en el conocimiento teórico del Trastorno negativista desafiante TND, en sus signos y características.

Sistematizar información sobre instrumentos de evaluación de los Trastornos de Conducta y del Comportamiento y específicamente del Trastorno Negativista Desafiante.

Explorar las propuestas de intervención frente a la presencia de la conducta disruptiva en niños y adolescentes y particularmente en el TND y elegir la más apropiada para el caso referido.

## Marco teórico

### 1.1.4. Trastornos Disruptivos, del Control de los impulsos y de la Conducta en Niños y Adolescentes

La conducta y el comportamiento son dos conceptos que pueden confundirse; sin embargo, son diferentes, aun cuando ambos son parte de la personalidad y están influidos por el entorno familiar, social y cultural, además de aspectos genéticos, psicológicos y económicos. El comportamiento engloba diferentes grupos de conducta y la conducta como tal responde a una motivación, estas acciones se reflejan en la personalidad y en el trato hacia los demás. Mientras el comportamiento se da en situaciones concretas y puede ser voluntario o no, en tanto que la conducta se considera consciente. Todos los actos de conducta son acciones concretas y el comportamiento es el conjunto de respuestas en relación con el entorno.

Además, la nosografía se complica con la confusión semántica entre los términos comportamiento y conducta. Según la vigésima tercera (23ª) edición del Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), comportamiento se refiere a la forma en que las personas se portan o se comportan, mientras que conducta describe la manera en que los individuos actúan en su vida y el conjunto de acciones con las que un ser vivo responde a una situación. Por consiguiente, en ciertos casos, al hablar de alteraciones del comportamiento, no implicaría necesariamente un trastorno mental. La expresión: alteración en el comportamiento se sitúa entre las referencias educativas y las de la salud mental, lo que en ocasiones puede dificultar un diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado para favorecer la evolución del niño. (Torales et al., 2018)

Los trastornos de conducta y problemas de comportamiento son alteraciones causadas por: no obedecer, negarse a cumplir las reglas, presentar reacciones desafiantes o impulsivas o presentar explosiones emocionales ante situaciones de frustración. Los más habituales *problemas de comportamiento* son: problemas de obediencia, problemas con los estudios, conducta disruptiva, problemas de alimentación, de sueño o problemas en la adolescencia. Entre los *trastornos de conducta* se pueden hallar el trastorno negativista desafiante TND, trastorno explosivo intermitente, trastorno de conducta, trastorno de personalidad antisocial (similar al trastorno disocial) y trastorno en el control de los impulsos.

Entre los problemas más comunes en la primera infancia se pueden identificar problemas de conducta, del control de esfínteres, problemas del sueño, problemas del lenguaje y en la segunda infancia; trastorno de lectoescritura, problemas de conducta, problemas de relaciones sociales y miedos; y en la adolescencia, problemas de las relaciones familiares, problemas de conducta, de rendimiento escolar e identidad.

Las consecuencias de estas problemáticas pueden expresarse en patrones de relación agresiva, ambiente familiar de tensión, estrés, síntomas depresivos, desmotivación escolar, disminución del rendimiento académico o problemas de relación social. (Vaca López y Pozo Muñoz, s/f)

Ambas autoras coinciden en la necesidad de realizar una atención individualizada, previo análisis de la situación; teniendo presentes los aspectos emocionales y el manejo de habilidades de la inteligencia emocional, además la intervención deberá incidir en todos los ámbitos del sujeto: personal, familiar, escolar y social. La intervención se basa en la modificación de la conducta, búsqueda de herramientas adaptadas a lo que cada problemática plantea, con un

protocolo de actuación pautada y deben atenderse los aspectos emocionales, pues, en muchos casos de alteraciones del comportamiento subyace el malestar emocional.

Las causas pueden estar asociadas a maltrato infantil, consumo de drogas y alcohol en los padres, conflictos familiares, trastornos genéticos y pobreza. A menudo se puede asociar con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Los problemas de conducta pueden expresarse en la tendencia a la impulsividad, déficit de control y despreocupación por los sentimientos de los demás. Se manifiestan con el rompimiento a las reglas sin una razón clara, comportamiento cruel y agresivo hacia personas y animales, ausentismo escolar, consumo de alcohol o drogas, inicio de incendios, recurrencia a la mentira para manipular a las personas o evadir tareas, escapes, destrucción de la propiedad privada o vandalismo, no hacer nada por ocultar su comportamiento agresivo, no puede hacer amistades verdaderas. La intervención temprana es clave para un mejor pronóstico y algunas de las consecuencias pueden ser desarrollar un trastorno de personalidad en la vida adulta (Trastorno de Personalidad Antisocial), hay riesgo del uso y consumo de sustancias psicoactivas, involucrarse en problemas legales, tener trastornos mentales: bipolaridad, depresión, riesgo suicida e involucrarse o provocar situaciones de violencia. (medlineplus, 2013)

Los trastornos disruptivos se definen como aquellas conductas que obstaculizan el proceso de aprendizaje y afectan las relaciones individuales y las dinámicas grupales, impactando tanto a la persona que lo padece como a quienes lo rodean. Estas conductas se consideran el resultado de un proceso que genera efectos perjudiciales (Pilar Calvo, 2021). Es decir, estas conductas no surgen de manera aleatoria, sino que son el producto de un proceso que conlleva repercusiones negativas en las esferas significativas del accionar de las personas. En la esfera escolar, estas conductas pueden tener consecuencias más significativas debido a las

exigencias y competencias propias del proceso de enseñanza para alcanzar las metas establecidas por las autoridades, ya sean los padres, madres, docentes, entre otros.

Los trastornos de la conducta disruptiva son una preocupación común y significativa en el ámbito de la salud mental infantil y adolescente. Siendo estos trastornos el motivo de consulta psicológica, como también en neurología y psiquiatría, lo que destaca su impacto en múltiples áreas de la atención médica. (de la Peña-Olvera, y Palacios-Cruz, 2011).

Es por ello que los profesionales de la salud mental deben prestar especial atención a estos trastornos debido a su frecuencia y a la necesidad de intervención temprana y adecuada para abordarlos de manera efectiva.

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, según lo descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, engloban una variedad de trastornos, entre los cuales se encuentran el Trastorno Negativista Desafiante, clasificado en niveles de gravedad que van desde leve hasta grave, el Trastorno Explosivo Intermitente, el Trastorno de la Conducta con subtipos de inicio en la infancia, o en la adolescencia, o sin especificar. Asimismo, se incluyen el Trastorno de Personalidad Antisocial, la Piromanía, la Cleptomanía y otros Trastornos Disruptivos, del Control de los impulsos y de la Conducta especificados, así como el Trastorno Disruptivo, del Control de los Impulsos y de la Conducta no especificado.

Por lo que es importante establecer las diferencias diagnósticas de estos trastornos. El Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el Trastorno de Conducta (TC), se encontraron diferencias diagnósticas significativas. En el caso del TND, se observó una tendencia a comportamientos desafiantes, negativistas y hostiles hacia figuras de autoridad, sin llegar a violar derechos básicos o normas sociales importantes. Por otro lado, el TC se caracteriza por

comportamientos más graves y persistentes, que involucran violaciones de normas sociales, agresión hacia personas o animales, y destrucción de propiedades. Además, el TC tiende a asociarse con un deterioro más pronunciado en el funcionamiento social y académico, así como con un mayor riesgo de desarrollar trastornos más graves en la adultez, en comparación con el TND. (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002)

Así mismo, el Trastorno de Conducta, que se diagnostica regularmente en la etapa de la adolescencia, aun cuando es una condición seria desde sus primeros indicios. Este trastorno está estrechamente relacionado con el temperamento, es decir, con el estado de ánimo y la forma de pensar de quien lo manifiesta. Se caracteriza por conductas como disfrutar causar daño o lastimar a otros, recurrir a la mentira sin remordimientos y, sobre todo, por comportamientos amenazantes hacia los demás, como peleas, acoso escolar y abuso emocional. También se manifiesta en la tendencia a desafiar las reglas o leyes establecidas. (Morin, 2024)

Es importante resaltar que el Trastorno Negativista Desafiante TND, puede tener una aparición típica en la infancia, destacando que sus síntomas son observables en diferentes contextos como el escolar, familiar y social (Morin, 2024). Los síntomas que lo diferencia de otros trastornos es que se presenta un patrón de enfado e irritabilidad, discuten frecuentemente con figuras de autoridad como lo pueden ser los padres, los docentes, etc., además de ser vengativos o rencorosos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

En relación con el Trastorno Explosivo Intermitente, éste se caracteriza por la presencia de arrebatos frecuentes de agresividad desproporcionada, los cuales no son premeditados, pero sí reflejan un claro malestar en la persona. Estos arrebatos pueden generar alteraciones negativas en diversas áreas de su vida, como en el ámbito interpersonal, escolar y laboral. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Por ello, es fundamental diferenciar entre el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el Trastorno de Conducta (TC), ya que el primero implica comportamientos desafiantes hacia la autoridad sin violar normas importantes, mientras que el segundo implica conductas más graves y persistentes, con consecuencias más graves a largo plazo. Además, el TND tiende a manifestarse en la infancia y se caracteriza por la confrontación con autoridades, mientras que el TC se asocia con comportamientos perjudiciales hacia otros desde una edad temprana. Por otro lado, el Trastorno Explosivo Intermitente se distingue por arrebatos agresivos repentinos que reflejan malestar subyacente y pueden afectar negativamente diversas áreas de la vida.

Ruiz (2010) señala que la etiología del trastorno se deriva de una combinación de factores de riesgo y factores protectores que están presentes desde el nacimiento y en el desarrollo del infante. Entre los factores de riesgo destaca el maltrato infantil, la violencia intrafamiliar, el abandono parental y el contexto social, los cuales aumentan la vulnerabilidad y contribuyen a la aparición o manifestación de los trastornos disruptivos en la conducta y el comportamiento. Además, es importante mencionar que el uso inadecuado de la tecnología también puede considerarse un factor de riesgo.

Los factores protectores son fundamentales para promover un desarrollo saludable y el bienestar emocional de niños y adolescentes. Según Ruiz (2010), estos incluyen una buena educación, un entorno familiar de amor, respeto y confianza, relaciones afectivas saludables, un control adecuado del uso de la tecnología, así como las características individuales del niño o niña, como su carácter y personalidad. Además de los factores mencionados, existen otros elementos relevantes que influyen en el desarrollo y la manifestación del trastorno. Estos incluyen factores genéticos, ambientales, prenatales y perinatales, así como aspectos neurobiológicos y aquellos relacionados con la propia personalidad del infante o adolescente.

Estos factores pueden interactuar de manera compleja y variada, contribuyendo a la etiología y la expresión del trastorno.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo cuyos síntomas suelen manifestarse en edades tempranas, antes de los 12 años, según los criterios actuales. Los síntomas principales son inatención, hiperactividad e impulsividad, que se acompañan de dificultades en las funciones ejecutivas como la atención, la planificación, la organización, y el control de impulsos. También se observan alteraciones en los procesos de motivación y recompensa, así como disfunción neuronal, relacionada con la introspección y la autoconciencia. (Rusca-Jordán, F., y Cortez-Vergara, C., 2020).

El TDAH tiene una etiología compleja y multifactorial que abarca factores genéticos, sociales, dietéticos y ambientales. Además, varias áreas cerebrales se relacionan con los síntomas del TDAH, incluyendo el córtex prefrontal dorsolateral, el córtex cingulado anterior dorsal, el córtex motor prefrontal y el córtex orbitofrontal. Actualmente, continúan los estudios como el papel que tienen los micronutrientes y la dieta en el trastorno. (Vázquez Sánchez, et al., 2022)

El diagnóstico es clínico y, aunque comúnmente se hace en la infancia, el TDAH es una condición crónica que también puede presentarse en adultos. Los criterios diagnósticos están establecidos en el DSM-5 y el CIE-11, y hay diversas escalas adicionales para evaluar los síntomas asociados (Vázquez Sánchez, et al., 2022). El TDAH es más prevalente en varones y el subtipo combinado es el más común. Su manejo es multidisciplinar, con la terapia farmacológica como principal tratamiento. Además del tratamiento con medicamentos, se recomienda el apoyo familiar, psicológico y psicopedagógico. La participación activa de la familia y los centros educativos es fundamental en el tratamiento del TDAH. (Rusca-Jordán, F., y Cortez-Vergara, C., 2020).

Parafraseando a Gómez, E. (s.d.) otras zonas relacionadas con la atención y las funciones ejecutivas como la inhibición (autocontrol) son las conexiones entre el lóbulo frontal y los ganglios basales en el córtex prefrontal. Los niños con TDAH pueden además presentar conductas agresivas, y otros trastornos del comportamiento asociados al TND y al Trastorno Disocial. Propone desde este aporte que el análisis de la información debe vincularse a la necesidad de evaluar la gravedad del trastorno, pues la necesaria prontitud del diagnóstico y la adecuada intervención podrá permitir desarrollar con éxito los programas del entrenamiento del perfil cognitivo, comportamental y emocional de cada caso, la evaluación de las características sociofamiliares, la posible presencia de TDAH en uno o ambos padres, así como la presencia de las dificultades de aprendizaje.

Los niños con TDAH pueden presentar entre otros, signos neurológicos menores (en la motricidad manual, la regulación verbal (impulsividad), las habilidades visoespaciales, el razonamiento verbal y la rapidez en las respuestas a cuestionamientos sobre conocimientos acordes a la edad), asociados a madurez tardía en especial de los lóbulos temporales y parietales. (Ramírez B., Yaser 2008)

El Trastorno Negativista Desafiante normalmente suele diagnosticarse en edades tempranas (Ruiz, 2010). Se caracteriza por un patrón repetitivo de comportamientos o conductas poco cooperativas, desafiantes, oposicionistas y negativas. Además, los niños y adolescentes con este trastorno tienden a mostrar irritabilidad y hostilidad hacia las figuras de autoridad, como los maestros, los padres o cualquier otra figura de autoridad. (Vásquez, Palacios, y de la Peña, 2010). Esto puede manifestarse mediante la negatividad a seguir una orden o instrucción, la falta de respeto y la tendencia a culpar a otros por sus acciones o problemas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5, establece criterios diagnósticos para este trastorno: Un patrón persistente de enfado, irritabilidad, discusiones y actitud desafiante que dura al menos seis meses; se manifiesta con al menos cuatro síntomas de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa; los comportamientos se muestran durante la interacción con al menos una persona que no sea un hermano; conlleva malestar en el individuo o en su entorno social, y puede tener un impacto negativo en áreas como lo social, educativo o profesional; los comportamientos no están exclusivamente relacionados con otros trastornos psicóticos, por consumo de sustancias, depresivos o bipolares, ni cumplen los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Siendo el DSM, uno de los manuales más relevantes para diagnosticar este trastorno. (Ruiz, 2010)

### 1.1.5. Clasificación de los trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta

**Tabla 1**

*Clasificación de los trastornos de conducta*

| No | Código DSM IV | CIE 10 | Denominación | Información adicional |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 312.81 | F 91.3 | Trastorno negativista desafiante | Leve, moderado, severo |
| 2 | 312. | | Trastorno explosivo intermitente | |
| 3 | 312.81 | F 91.1 | Trastorno de la conducta | Inicio infantil |
| 4 | 312.82 | F 91.2 | Trastorno de la conducta | Inicio en la adolescencia |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 312.89 | F 91.9 | Trastorno de la conducta | De inicio no especificado<br>Especificar emociones<br>Actual: leve, moderado, grave |
| 6 | 301.7 | | Trastorno de la personalidad antisocial | |
| 7 | 312.33 | | Piromanía | |
| 8 | 312 | | Cleptomanía | |
| 9 | 312.89 | | Otro trastorno disruptivo del control de los impulsos o de la conducta | Especificar |
| 10 | 312.9 | | Trastorno disruptivo del control de los impulsos y de la conducta no especificado | |

Nota. Clasificación de los trastornos disruptivos de control de impulsos y de la conducta. Fuente. American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), indica que los Trastornos Disruptivos del Control de los Impulsos y de la Conducta incluyen afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Los trastornos son singulares en el sentido que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás (por ej.) agresión, destrucción de la propiedad o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad. (461 p.)

Las causas que subyacen en los problemas de autocontrol del comportamiento y las emociones pueden variar sustancialmente dentro de los trastornos y los individuos de una misma categoría diagnóstica.

Todos estos trastornos se manifiestan con problemas de la regulación conductual y emocional, la fuente de variación entre los trastornos es el énfasis relativo en los problemas referentes a los dos tipos de autocontrol:

- Control deficiente de las conductas
- Control deficiente de las emociones

La piromanía y la cleptomanía son menos frecuentes y están asociadas a un control deficiente de los impulsos relacionados con conductas específicas que alivian la tensión interna. Los trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta son más frecuentes en el sexo masculino que en el sexo femenino.

Estos trastornos tienden a manifestarse en la infancia o en la adolescencia hay una relación evolutiva entre el TND y el Trastorno de Conducta según la cual en la mayoría de casos de trastornos de conductas se habrían cumplido previamente los criterios del TND con inicio antes de la adolescencia, sin embargo, no todos los casos de TND acaban desarrollando un Trastorno de Conducta, pero sí existe riesgo de presentar otro tipo de problemas (incluido el Trastorno Depresivo o de Ansiedad).

Muchos de los síntomas que definen los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta pueden suceder en personas con desarrollo normal.

Así pues, es fundamental que se tenga en cuenta

- La frecuencia
- La persistencia
- El grado de generalización de estas situaciones

El deterioro asociado a comportamientos indicativos del diagnóstico (según la edad, el género y la cultura) y se manifiestan según la personalidad como desinhibición, restricción y

emocionalidad negativa, existe un alto nivel de comorbilidad con el abuso de sustancias y el trastorno de personalidad antisocial. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Vásquez et al., (2010) en la Guía clínica para el Trastorno Negativista Desafiante del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de México, coinciden en afirmar que el diagnóstico del TND existe en el DSM V-TR de la American Psychological Association -APA- y en el CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud -OMS- bajo el epígrafe de los Trastornos por Déficit de Atención, junto al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y el Trastorno Disocial, coinciden en sus criterios, pero difieren en considerar al TND menos grave que Trastorno Disocial. Establecen la importancia y necesidad de identificar, evaluar y diagnosticar el TND para diferenciarlo de otras condiciones, así como reconocer su etiología, curso y pronóstico, así como las medidas terapéuticas a implementar.

El TND se caracteriza porque quien lo presenta muestra un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas y hostiles. Son niños y adolescentes discutidores, desafiantes y provocadores, que se enojan y pierden el control con facilidad y a diferencia del Trastorno Disocial, no hay violación de las leyes ni de los derechos básicos de los demás. Este comportamiento se presenta por un período mayor de seis meses y con más intensidad que en otros niños o adolescentes de su misma edad.

Este trastorno interfiere en sus relaciones interpersonales, su vida familiar y su rendimiento escolar, a causa de esto suelen tener baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, ánimo deprimido y estallidos de enojo. Esto provoca un deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

En cuanto a la información epidemiológica, existen datos que ubican el trastorno TND entre el 2 y el 16 % de la población infantil y adolescente y puede aparecer desde los 3 años, pero usualmente aparece a los 8 años y normalmente no después de la adolescencia y es más común en niños varones y adolescentes hombres que en niñas y mujeres, de esa cuenta en la presente investigación se hace referencia al género masculino. Los síntomas afloran en el ambiente familiar, pero con el tiempo trascienden a otros ámbitos, su inicio es gradual y suele mantenerse a lo largo de meses o años y en proporción significativa el TND puede constituirse como antecedente evolutivo del Trastorno Disocial y es más frecuente en familias con un estatus socioeconómico bajo.

Existen aspectos socioculturales en relación con la presencia del TND parece ser más frecuente en familias en donde por lo menos uno de los padres presenta Trastorno del Estado de Ánimo, TND, Trastorno Disocial, TDAH, Trastorno Antisocial de la Personalidad o Trastorno por Consumo de Sustancias, la presencia de una madre con síntomas de Depresión puede procrear y criar hijos con TND, pero aún no se determina si es resultado o causa y es más frecuente en familias con graves conflictos familiares.

El Trastorno (TND) molesta más a quienes rodean al niño o adolescente que a ellos mismos, aun teniendo un nivel de inteligencia normal, su rendimiento académico es bajo, se niegan a participar, se resisten a responder a las demandas externas e insisten en hacer las cosas en solitario. Cuando la agresión está bloqueada puede manifestar agresividad pasiva, no coopera, no sigue instrucciones. Esta condición puede también aparecer como reacción a un accidente, enfermedad, después de un evento traumático o ser un mecanismo defensivo contra sentimientos de incapacidad, incompetencia, ansiedad, pérdida de autoestima, entre otros.

Existen dos teorías que intentan explicar el TND la Teoría Biológica Fisiológica y la Teoría del Aprendizaje; la primera afirma que existen factores heredados de tipo neurofisiológico, psicofisiológico y bioquímico que predisponen a la inmadurez, e infantilismo y la baja tolerancia a la frustración, así mismo la agresión puede tener relación con aspectos bioquímicos y hormonales. Y la del Aprendizaje plantea que los jóvenes con TND exhiben conductas negativas aprendidas de los padres y de las figuras de autoridad; el repertorio incluye castigos, gritos, golpes, ignorar, y las conductas agresivas, groseras y rebeldes que captan la atención, el tiempo, la preocupación y afectan la interacción con los padres.

Un patrón de conducta en los padres y madres de familia que está enfocado en un interés exagerado por el poder y control sobre sus hijos puede incidir también en este trastorno. La presencia de hermanos obstinados, madres deprimidas y controladoras; así como la presencia de padres agresivo-pasivos también se han observado en otros familiares de niños y adolescentes con este padecimiento.

En cuanto al curso y pronóstico del Trastorno Negativista Desafiante TND su aparición a los 8 años o durante el inicio de la adolescencia, su expresión se da en el ámbito familiar primero y luego en el académico y social, tiene un inicio gradual y al instalarse puede permanecer meses y años. Su pronóstico depende de la gravedad del trastorno, puede provocar la presencia de otros trastornos como el Trastorno Disocial, el TDAH, Trastorno del Aprendizaje, Trastorno del Estado de Ánimo y Trastorno por Abuso de Sustancias, cuadros que se ven agravados por la desintegración familiar.

La secuencia más probable es de inicio con TDAH, luego se manifiesta el TND, seguido de Trastorno del Estado de Ansiedad, Trastorno Disocial en la adolescencia, Ansiedad o

Depresión, Consumo de Sustancias Psicoactivas y en la vida adulta puede desarrollar el Trastorno Antisocial de la Personalidad.

La evaluación, diagnóstico y tratamiento de la conducta desobediente o desafiante debe hacerse con ambos padres de familia, maestros u otros adultos, el niño o adolescente. las causas pueden deberse a la edad, condiciones propias del sujeto, el ambiente familiar, la pobreza, el cansancio, experimentar hambre, sueño, estar estresado o preocupado o tener alguna indisposición. También puede ser una expresión de identidad, autonomía, rechazo a la imposición de normas y controles y aspectos propios de su personalidad en desarrollo.

El diagnóstico del TND debe estar basado en la evaluación clínica, tomando en cuenta los criterios diagnósticos, establecidos (DSM-IV TR), lo recabado con los multiinformantes, entrevistas con los padres sobre diferentes etapas del desarrollo y su comportamiento, se requiere una historia clínica completa (antecedentes familiares, personales, patológicos, historia del desarrollo), la interconsulta con un especialista y considerar referir cuando sea necesario.

El TND y TD tienen características similares, pero no se debe diagnosticar el TND si cumple con los criterios del TD. El TND se asocia a Trastornos internalizados (estado de ánimo) y trastornos externalizantes psicóticos con niños y adolescentes y no debe ser diagnosticado separadamente si aparece en el transcurso de un estado o trastorno psicótico.

Los comportamientos negativistas pueden distinguirse del comportamiento perturbador resultante de la desatención y la impulsividad propio del TDAH, si existen ambos deben diagnosticarse los dos. En sujetos con discapacidad cognitiva solo se diagnostica, si el comportamiento negativista es notablemente mayor que lo habitual observado en sujetos de la misma edad, sexo y gravedad de la discapacidad que son comparables.

El TND debe distinguirse de la incapacidad para seguir normas como resultado de una alteración del lenguaje y solamente debe diagnosticarse cuando los comportamientos se dan más a menudo y tienen consecuencias graves y provocan un deterioro significativo de la actividad académica o laboral.

### 1.1.6. Instrumentos de evaluación psicológica

En el campo de la psicología, los instrumentos de evaluación desempeñan un papel fundamental al proporcionar métodos sistemáticos y estructurados para medir y comprender una amplia gama de aspectos del comportamiento humano, emociones, habilidades y procesos mentales. Estos instrumentos son herramientas que permiten profundizar en la comprensión de las complejidades individuales y grupales que influyen en la salud mental y emocional. Desde cuestionarios y entrevistas hasta pruebas estandarizadas y escalas de medición, cada instrumento de evaluación está diseñado para capturar aspectos específicos del funcionamiento psicológico, contribuyendo así al diagnóstico preciso, la planificación del tratamiento y la investigación en el campo de la psicología. A continuación, se describen algunos de estos instrumentos iniciando con el consentimiento informado, que propone Córdoba (2013) para la evaluación:

**Consentimiento informado.** Es un proceso fundamental que respeta la autonomía y la dignidad del paciente. Este proceso no solo implica la entrega de información de la atención detallada, sino que también fomenta una relación de confianza entre el paciente y el profesional de la salud. Al permitir que los pacientes participen activamente en las decisiones sobre su tratamiento, el consentimiento informado promueve un sentido de control y empoderamiento en el paciente, factores psicológicos clave para su bienestar emocional y mental. Además, este proceso facilita una mejor comprensión del tratamiento propuesto, reduciendo la ansiedad y

mejorando la colaboración entre el paciente y el profesional, lo cual es crucial para un resultado favorable y una experiencia de atención integral. (Pope, 2023)

**El Inventario de Conducta de Niños (Child Behavior Checklist, CBCL).** Es un instrumento ampliamente utilizado en la evaluación psicológica de niños y adolescentes. Fue desarrollado por Thomas Achenbach y es utilizado para evaluar una amplia gama de problemas emocionales y de comportamiento en niños y adolescentes. El CBCL consta de una lista de problemas de comportamiento y emocionales, evaluados a través de respuestas proporcionadas por padres o cuidadores sobre la conducta del niño en un período de tiempo específico. Achenbach (1991) señala que el CBCL es "una herramienta para la evaluación de problemas emocionales y de comportamiento en niños" (p. 45).

**El cuestionario demográfico.** Es una herramienta diseñada para recopilar información crucial sobre la estructura familiar y los problemas percibidos en el comportamiento de los hijos. Solicita datos básicos como sexo, edad y composición familiar, incluyendo opciones variadas como la presencia de padres, hijos, abuelos y concubinos. Además, invita a los padres o cuidadores a identificar y enumerar comportamientos preocupantes en sus hijos, utilizando códigos específicos para categorizar problemas como desobediencia, abandono escolar, consumo de drogas y violencia. Este instrumento es útil en contextos clínicos y comunitarios para orientar intervenciones y apoyo adecuados según las necesidades identificadas en la familia y el entorno del niño. (Córdoba, 2013)

**El Inventario de Pautas de Crianza.** Es un instrumento que evalúa cómo los niños y adolescentes perciben las prácticas de crianza de sus padres. Este cuestionario presenta afirmaciones donde los niños y adolescentes deben indicar en qué medida las conductas descritas por sus padres se ajustan a su experiencia personal, clasificándolas como "Se parece", "Se parece

a veces" o "No se parece". Las afirmaciones abarcan varios aspectos de la relación parental, incluyendo el apoyo emocional, la disciplina, la comunicación afectuosa, la colaboración en tareas domésticas, el reconocimiento de logros y la atención dedicada por los padres hacia el niño.

Este tipo de herramienta es útil para comprender las percepciones infantiles sobre la dinámica familiar, identificar áreas de satisfacción o conflicto en la relación con los padres, y potencialmente guiar intervenciones para fortalecer el bienestar emocional y relacional en el entorno familiar. (Córdoba, 2013)

**El Inventario de Percepción de Conductas Parentales.** Es un cuestionario diseñado para que los niños evalúen la frecuencia con la que sus padres llevan a cabo diversas acciones específicas, en los últimos tres meses. Las preguntas están estructuradas en afirmaciones donde los niños deben indicar si las conductas descritas por sus padres ocurren "Nunca", "Poco", "Algunas veces", "Mucho" o "Bastante". Estas acciones abarcan desde el apoyo emocional y la comunicación positiva hasta la disciplina y la crítica negativa. El instrumento busca recoger la percepción de los niños y adolescentes sobre cómo son tratados por sus padres en diferentes situaciones cotidianas, sin que sus respuestas sean reveladas a los padres, asegurando así la sinceridad en las respuestas proporcionadas por los niños y adolescentes. (Córdoba, 2013)

### 1.1.7. Tratamiento

El tratamiento fundamental en TND es la psicoterapia individual, familiar y grupal e implica trabajar con el niño o adolescente, el padre y madre de familia, los maestros. En la psicoterapia individual suele emplearse un Enfoque Cognitivo para aumentar la capacidad del paciente para resolver sus problemas, desarrollar habilidades de comunicación y de control de la

ira y del impulso. La terapia familiar tiene como objetivo la introducción de cambios en la familia, por ejemplo, mejorar la comunicación, fomentar la interacción entre miembros de la familia. La crianza de estos niños y adolescentes puede ser una tarea muy difícil para los padres, por lo que se requiere apoyo, comprensión y habilidades para desarrollar eficacia en la crianza de los hijos.

La Terapia grupal o Terapia de grupo debe ser con niños y adolescentes de su misma edad y problema, se centra en el desarrollo de habilidades sociales e interpersonales.

También se pueden utilizar psicofármacos si hay otros síntomas o trastornos presentes, aun cuando por sí sola no ha demostrado su eficacia, la intervención farmacológica puede inducir a una interconsulta con especialista o su referencia.

**Tabla 2**

*Estrategias efectivas en la escuela y la casa*

| **Estrategias efectivas para el manejo de pacientes con TND en la escuela y la casa** |
|---|
| 1. Explore y escriba cómo el paciente percibe las reglas y figuras de autoridad. |
| 2. Fomente un mayor nivel de confianza con la persona mediante un consistente contacto visual (véalo a los ojos al hablar con él) escuchando activamente, (repetir lo que él -ella- le dice, siendo amable para ayudarlo a incrementar el descubrimiento de pensamientos y sentimientos. |
| 3. Reconozca y elogie las conductas apropiadas e ignore los comportamientos indeseables superficiales. |
| 4. Contribuya a restaurar su autoestima (no le juzgue). |
| 5. Explique a los padres y profesores que siempre es mejor reconocerle las conductas positivas, que castigarlo por conductas negativas, no aplicar castigos excesivos o demasiado rígidos, ya que pueden provocar la aparición de respuestas agresivas por parte del niño o adolescente. Por ejemplo, no castigar sin ver TV por un mes si no se puede cumplir. |
| 6. Comente a los padres y profesores que es mejor escucharle, si hubo algún problema es necesario darle la oportunidad de que explique sus razones, a fin de entender por qué actuó de determinada manera. |
| 7. Establezca y escriba qué comportamientos considera que son aceptables o inaceptables, para sus profesores, compañeros y familia, platique con el paciente para que esto promueva las conductas prosociales (ayudar a otros) y de cooperación. |
| 8. Anímelo a que identifique y hable sobre la conexión entre sus sentimientos y sus conductas desafiantes, negativistas y hostiles; lo mismo que de los sentimientos asociados a las conductas prosociales y de cooperación. |
| 9. Recuérdele que el respeto que pide para él (ella), es el mismo que debe ofrecer para los demás. |
| 10. Identifique los desencadenantes o causas de los sentimientos de enojo, preguntarle y que elabore una lista de los individuos y situaciones que le generan sentimientos de enojo y las razones para esto. |
| 11. Informe a los padres y profesores que deben ser consistentes con los cambios de crianza hacia el paciente, si algunos días es amable y otros agresivos (a), la conducta el chico (a) será peor. |

Nota. Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente Muñiz, 1.

El Trastorno Negativista Desafiante no solo afecta al niño o adolescente sino también a la familia, profesores y compañeros, el patrón persistente de desafío y reto a las normas y reglas lo hace desgastante y agotador. Su origen es tanto biológico como psicosocial, se le asocia con patrones de crianza agresivos, rígidos, inconstantes, y es necesario mejorar la comunicación, haciéndola agradable, amigable y no agresiva. Cuando el TND no se atiende adecuadamente, puede evolucionar hacia un problema de conducta mayor como el Trastorno Disocial o Antisocial.

### 1.1.8. Enfoques tradicionales de tratamiento para el Trastorno Negativista Desafiante (TND) en niños y adolescentes

Ante el diagnóstico del Trastorno del Neurodesarrollo, resulta crucial la intervención de profesionales especializados. En este proceso, la información proporcionada por los padres y los profesores adquiere gran relevancia, ya que puede brindar al profesional datos que permitan una mejor comprensión de la gravedad del trastorno. La intervención temprana se revela como una estrategia beneficiosa en la prevención de posibles problemas futuros que podrían acarrear consecuencias graves. Dada la complejidad del TND, es fundamental que el niño o adolescente afectado reciba tratamiento de manera rápida y oportuna.

Latorre et al. (2010) destacan que el *Enfoque Cognitivo-Conductista* tiene como objetivo principal mejorar la capacidad de resolver problemas y fomentar habilidades de comunicación asertiva. Además, busca fortalecer las técnicas para el control de emociones e

impulsos.  Considerando este enfoque como el más adecuado para el tratamiento de Trastorno Negativista Desafiante (TND).

Asimismo, consideran fundamental la *Terapia Familiar*, la cual favorece los resultados al introducir cambios positivos dentro de la dinámica familiar, mejorando la comunicación y las relaciones entre los miembros de la familia, que se ven afectadas de una u otra manera por la conducta característica del Trastorno Negativista Desafiante (TND). Es importante destacar el *Entrenamiento la Resolución de Problemas*, así como la educación de los padres para saber cómo actuar ante la conducta del menor, es indispensable. Además, resaltan otros tratamientos, como el *Enfoque Centrado en el Niño*, que incluye la *Psicoterapia Individual*, enfocada en las bases intrapsíquicas de la conducta. También la *Psicoterapia de Grupo*, que busca el afinamiento, la retroalimentación y los beneficios indirectos de la *Terapia Grupal*. Así mismo, refieren que el *Tratamiento Farmacológico*, a pesar de lograr una modificación en ciertas conductas, no elimina o reduce en su totalidad la conducta agresiva, ya que depende de otros factores.

Correa (2023), citando a Monsalve et al. (2017), señala que entre las intervenciones recomendadas para el tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante (TND) se encuentra la *Psicología Clínica* con enfoque cognitivo-conductual, incluye el *Entrenamiento de Crianza con los Padres y el Entrenamiento en Habilidades Sociales* en grupos terapéuticos, con el objetivo de mejorar las relaciones con los pares. Además, este autor añade que el *Tratamiento Farmacológico* no se considera eficaz para este trastorno. Ambos estudios resaltan la importancia del Enfoque Cognitivo-Conductista y la Terapia Familiar en el tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante (TND).

Mientras que Latorre et al. (2010) destacan otros enfoques terapéuticos como el Centrado en el niño (terapia individual) y la Terapia Conductual, Correa (2020) hace hincapié en la necesidad de intervenciones específicas como el entrenamiento de crianza y el desarrollo de habilidades sociales. Ambos estudios coinciden en que el tratamiento farmacológico no es efectivo (por si solo) para el TND. Ambos estudios subrayan la importancia de un enfoque terapéutico integral y personalizado para abordar este trastorno.

En su estudio de revisión de literatura, Monsalve et al. (2017) enfatizan que los tratamientos no farmacológicos son más efectivos que los tratamientos farmacológicos en el abordaje del Trastorno Negativista Desafiante (TND). Específicamente, resaltan la eficacia de los tratamientos psicológicos, como la terapia familiar, grupal e individual. El uso de tratamientos farmacológicos para el TND ha sido poco investigado, y actualmente no se consideran eficaces para este trastorno. Además, subrayan la importancia de la vida ocupacional y las actividades entre pares; como aspectos cruciales en el tratamiento, dado que promueven la interacción social, facilitan el moldeamiento de conductas y estimulan comportamientos positivos, adaptados a la edad del niño o adolescente. También hacen hincapié en la necesidad de fomentar modificaciones y adaptaciones en el entorno escolar, mediante la adecuada modulación y organización de sensaciones.

Según Peña y Palacios (2011), uno de los programas ampliamente utilizados en el tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante (TND) es el desarrollado por Russell Barkley. Que tiene por objetivo mejorar la conducta, las relaciones sociales y la adaptación en el entorno familiar del niño. Lo que conlleva que los padres aprendan técnicas específicas, como captar la atención de sus hijos, dar órdenes de manera clara, enseñarles a no interrumpir actividades y aprender a señalar el mal comportamiento de forma constructiva. (Monsalve et al., 2017)

Martínez (2023) cita a Portugal y Araúxo, (2004), al referirse al Modelo de Russell-Barkley para explicar el Trastorno Negativista Desafiante (TND) destaca cuatro factores interrelacionados:

- *Prácticas de crianza*: esto abarca relaciones poco desarrolladas o deficientes entre el menor y sus padres o cuidadores, lo que puede tener consecuencias significativas en su desarrollo. También incluye la inconsistencia en la aplicación de recompensas y castigos, así como la falta de atención hacia las conductas prosociales, es decir, aquellas acciones como compartir, ayudar, mostrar solidaridad, empatía y altruismo. Estas deficiencias pueden reforzar comportamientos desviados y negativos en el niño o adolescente.
- *Características del niño o adolescente:* como la tendencia a experimentar las emociones de forma intensa y frecuente, irritabilidad, dificultades en la regulación emocional, alta actividad e impulsividad. Estas características temperamentales son factores de riesgo para el desarrollo del TND.
- *Características de los padres*: la desatención, depresión, hostilidad, impulsividad o rechazo de los padres hacia sus hijos. Las prácticas parentales inconsistentes y la irritabilidad afectan negativamente las conductas prosociales de los hijos.
- *Factores ambientales*: como la discordia matrimonial, desventajas sociales o estrés ambiental, que pueden influir en la internalización de conductas desafiantes o coercitivas.

En este modelo, se evidencia que las prácticas parentales inadecuadas, influenciadas por las características de los padres, y los factores temperamentales del niño, son los principales

impulsores del TND. Además, sugiere que trabajar en la inteligencia emocional del niño, puede reducir el riesgo asociado con estas características temperamentales.

### 1.1.9. Trastorno Negativista Desafiante (TND), Familia y Estilos Parentales

La familia constituye un elemento importante que incide en la presencia del TND en niños y adolescentes presentes en estas configuraciones y dinámicas familiares. Córdoba, psicóloga argentina en el año 2013 presenta una investigación que vincula los estilos de crianza a los comportamientos problemáticos de niños y adolescentes, trabajo que permite establecer que los estilos parentales son fundamentales para el desarrollo cognitivo, emocional y social de los hijos.

La inexistencia de estudios que planteen la presencia de comportamientos problemáticos en la infancia y adolescencia, y las afectaciones que esto provoca en varios ámbitos, debe generar una respuesta de atención y vigilancia ante la presencia de una situación social (problema o conflicto) existente que debe ser atendida.

Las competencias parentales y los comportamientos problemáticos, la interacción en curso, la interacción entre padres e hijos; así como la utilización de estrategias efectivas para reducir riesgos en el desarrollo de niños, adolescentes y jóvenes, (aun cuando los hijos desconocen la predominancia de un estilo particular); están relacionados con lo tradicional y la cultura, también asociado al género y complejizado por la conflictiva entre cónyuges y el ejercicio de sus roles como padres y exacerbado por la situación económica familiar.

Los estilos de crianza son acciones y habilidades cotidianas que los padres y madres manifiestan en respuesta a las demandas de sus hijos, estas son: formas y manifestaciones de afecto (manifiesto), el accionar disciplinario (reglas de comportamiento), el clima educativo, la

comunicación familiar, la atención a las necesidades del niño, las competencias de los padres (en ejercer su rol), así como la organización y estructura familiar.

La detección temprana y la atención a problemas psicosociales permite que temas como la salud mental, dadas las condiciones políticas y sociales, puedan apoyar el desarrollo humano. Los factores psicosociales en relación con los desórdenes mentales previenen las enfermedades mentales y los trastornos del desarrollo, condiciones de por sí determinantes a lo largo de la vida.

Temas como familia, crianza y parentalidad hacen necesario su entendimiento en la prevención de comportamientos problemáticos. Ceberro, Watzlawick y Najmanovich; citados por Córdova (2014) establecen que el entorno más próximo e influyente para sus miembros es la familia. Coinciden en establecer que en las interacciones familiares nada es absolutamente independiente, todo es producto de un juego social en una cultura dada. Y López, S., Peña Calvo, J. y Rodríguez M. en 2014 aportan en este tema que los estilos de interacción familiar son además procesos interactivos bidireccionales.

Botero, P., Salazar M. y Torres, M. (2013) aseveran que las prácticas de crianza oscilan entre lo moderno y lo antiguo, de un estilo autoritario a uno más permisivo, que no necesariamente incluye el castigo físico como acción de crianza; reconociendo actualmente el papel de los hijos (en la familia) y el goce de sus derechos.

Los estilos autoritarios y permisivos tienden a variar en función del contexto y del afecto familiar, las pautas de crianza, la ética del cuidado de los niños, la condición de vulnerabilidad, evitación del maltrato, de la violencia y la prevención de la exclusión social. La crianza en el proceso de socialización, según Córdoba (2013) citando a Rink y Rodríguez, implica también comunicación mutua (entre padres e hijos), cuidado de la salud, condiciones adecuadas de vivienda, buen clima de convivencia y una relación social favorable a la socialización,

La crianza se refleja en el tipo de disciplina, en lo relacional, la comunicación y las expresiones de afecto. Si los procesos de crianza se establecen como constructos psicológicos multidimensionales cuyo propósito es regular conducta y establecer parámetros como referentes de comportamiento y actitudes deseables en los hijos.

El adulto, a criterio de Aracena, M., Balladares, A. y Weiss, R. (2002) se desempeña en su papel como padre/madre según su estado emocional, el nivel de tensión familiar, las expectativas de los padres (respecto a sus hijos), nivel educativo, dificultades económicas e historia de vida de los padres. Diana Baumrind propone cuatro estilos clásicos de crianza: autoritario, democrático, permisivo e indiferente-negligente, que reúnen un conjunto de conductas parentales como calidez (afectiva), exigencia paterna (control) y autonomía otorgada.

**Tabla 3**

*Estilo, características y comportamiento parental*

| ESTILO | CARACTERÍSTICA | COMPORTAMIENTO |
|---|---|---|
| **Autoritario** (Too Hard) | Hay baja sensibilidad, alta exigencia y bajo nivel de autonomía otorgada | El padre autoritario es rígido, duro y exigente |
| **Permisivo** (Too Soft): | Hay baja exigencia, con alta capacidad de respuesta | El padre permisivo es excesivamente sensible a las demandas del niño, y bajo nivel de exigencia paterna |
| **Democrático** | Se caracteriza por alta sensibilidad, alta exigencia y autonomía otorgada | El padre democrático se involucra e interesa por las actividades y el bienestar del hijo, permitiendo autonomía y expresión |

| | | |
|---|---|---|
| **Negligente** | Hay bajo nivel tanto de calidez como de exigencia paterna y autonomía otorgada. | El padre negligente es poco comprometido, que muestra bajos niveles tanto de calidez como de exigencia paterna y autonomía otorgada. |

Nota: estilos, características, y comportamiento parental.

Fuente: Córdoba, J. (2013). Estilos de crianza vinculados a comportamientos problemáticos de niñas, niños y adolescentes. Universidad Nacional de Córdoba.

En los estilos parentales se distinguen cuatro principales: autoritario, permisivo, democrático y negligente. El estilo autoritario se caracteriza por ser rígido y exigente, con baja sensibilidad y autonomía otorgada al niño. En contraste, el estilo permisivo muestra baja exigencia y alta capacidad de respuesta a las demandas del niño. El estilo democrático combina alta sensibilidad con exigencia y autonomía otorgada y equilibradas, mientras que el estilo negligente se caracteriza por bajos niveles tanto de calidez como de exigencia paterna.

La percepción de los niños sobre estos estilos influye significativamente en su adaptación personal y social. Por ejemplo, el estilo autoritario se asocia con niveles más altos de inadaptación, a pesar de su estructura rígida. También se ha observado que el estilo democrático, aunque en general es positivo, puede no ser adecuado en todas las situaciones, mostrando relaciones complejas con la adaptación personal y la sintomatología psicopatológica. La edad del adolescente también influye en cómo perciben los estilos parentales, así como en su sintomatología psicopatológica y autoestima. (Córdoba, 2013)

Cardona (2014), refiere que, en contextos socioeconómicos medios, se ha demostrado que los estilos parentales de aceptación y empatía influyen positivamente en la conducta prosocial de los hijos, mientras que el control psicológico lo hace de manera negativa. Estos

hallazgos subrayan la importancia de considerar las estrategias de socialización y las prácticas de crianza en el desarrollo de los niños, influidas por factores individuales, familiares y sociales.

El concepto de crianza abarca prácticas, pautas y creencias que varían culturalmente y afectan cómo se educan a los hijos, incluyendo normas sociales, límites y valores transmitidos. Estas dimensiones están influidas por contextos socio-históricos y económicos, y son fundamentales para comprender cómo se desarrollan y mantienen las interacciones familiares y sociales. (Córdoba, 2013)

Ison citado por Córdoba (2013), comparó niños que residían en zonas socialmente vulnerables que presentaban o no conductas disruptivas, establece que en los niños con tales comportamientos predomina un estilo vincular agresivo, con conductas físicas y psicoafectivas negligentes y disciplina parental rígida, con esto concluyó que los modelos parentales disfuncionales favorecen la aparición de déficits en ciertas habilidades sociales cognitivas implicadas en la autorregulación de la conducta infantil.

Las prácticas de crianza incluyen el tono emocional de la relación padres e hijos y las conductas para controlar la disciplina, una motiva la autonomía, la autoafirmación y la autorregulación y la otra tiene el objetivo de lograr la adaptación social de los hijos.

Las pautas de crianza incluyen otros aspectos relevantes como los valores de la sociedad, la visión y relación con el mundo, los límites y normas sociales, la apreciación de sí mismo y la relación afectiva entre las partes. Las creencias y los valores, los mitos y los prejuicios frente a los roles e identidades, marcarán las tradiciones culturales y de género en diferentes contextos. (p. 26)

Los comportamientos problemáticos se reflejan por el fracaso escolar, la incapacidad de adaptarse a las normas escolares y culturales, la falta de confianza en sí mismo, el rechazo de los

compañeros y las conductas violentas (Córdoba, 2013). Son patrones disfuncionales que si se mantienen en el tiempo pueden ser indicadores de trastorno psiquiátricos. Conducta como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, percepciones de sensación de peligro, relaciones sexuales sin cuidados, violencia, intentos de suicidio, conductas delictivas son razones de morbilidad y mortalidad en los adolescentes.

Julia Córdoba (2014) afirma, en su tesis, que las normas de la autoridad permiten afrontar la ansiedad, la frustración y las demandas sociales durante la transición a la adultez. Las conductas problemáticas constituyen un riesgo de salud a causa de los comportamientos perturbadores y agresivos, patrones de agresividad o falta de regulación social. La autora establece diferencias, por un lado, de los *trastornos de interiorización*; como la ansiedad, timidez, retraimiento, depresión, etc. y, por otro lado; los *trastornos o desórdenes exteriorizados* que se identifican como actitudes desafiantes, desobediencia y destructividad. Lo internalizado es más difícil de detectar y lo externalizante son conductas perturbadoras visibles como la agresividad, la hiperactividad y ser proclive a participar en actos delictivos.

Analizando variables como el sexo y la edad según Palacio, J. y Andrade, P. citados por Córdoba (pág. 33) se establece que la conducta antisocial y delictiva se presenta más en hombres y el intento suicida es más común en mujeres, el consumo de sustancias y la conducta sexual se ha incrementado en mujeres. Los autores identifican factores protectores para jóvenes con ideas suicidas, que a criterio de la investigadora pueden generalizarse a indicadores de salud psicológica y mental, estos son: autoestima, aceptación parental, autonomía psicológica parental, calidad en la relación con la madre, calidad en la relación con el padre, amabilidad parental, expresión de afectos físicos, monitoreo paterno y participación en las decisiones familiares.

Raya Trenas, F.A. (2008) establece una relación causal entre el estilo parental permisivo y las conductas agresivas en los niños. La dinámica del funcionamiento de la estructura del sistema familiar, los factores estresantes y los conflictos son también influencias adversas (Ramírez, M. 2005). Los conflictos matrimoniales, los problemas de pareja, las prácticas de crianza negativas (afecto negativo, castigos no físicos, énfasis en el logro, problemas de abuso de sustancias en los padres, prácticas de abuso o negligencia infantil, interacciones problemáticas entre los padres e hijos, disciplinas parentales inadecuadas (excesivas órdenes, numerosas críticas, instrucciones o normas dadas de manera airada, humillante y escaso aprecio a las conductas apropiadas de los hijos), tienen efectos negativos en la persona, tanto el castigo físico severo como la permisividad excesiva, favoreciendo el desarrollo de conductas antisociales o la inmadurez (con escaso autocontrol personal, falta de independencia, poca disposición para tomar responsabilidades).

La falta de expresiones afectivas físicas también provoca impulsividad, baja tolerancia a la frustración; los conflictos entre los padres también afectan la seguridad emocional del niño y del adolescente. La conyugalidad y la parentalidad ambas dimensiones de los roles de pareja y de paternidad son el modo de interacción de la pareja al ejercer sus funciones y la interacción de quienes ejercen las funciones parentales. Se concluye entonces que existe una relación entre las prácticas parentales y las conductas problemáticas en niños, niñas y adolescentes.

### 1.1.10. Teoría del Apego y la importancia del Vínculo

La teoría del apego, formulada por John Bowlby (1986, 1998), subraya la predisposición innata de los seres humanos a establecer vínculos afectivos estables, especialmente con figuras de cuidado primario a lo largo de la vida. Bowlby argumentó que las primeras experiencias con

los padres o cuidadores son cruciales para desarrollar modelos internos de apego, que son esquemas cognitivos y emocionales que guían las interacciones futuras (Garrido-Rojas, 2006). Estos modelos permiten a los individuos anticipar, interpretar y responder a las conductas de las figuras de apego, integrando tanto experiencias pasadas como presentes.

La investigación inicial de Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) identificó tres patrones principales de apego infantil: seguro, evitativo y ambivalente. Los bebés con apego seguro muestran una disposición a explorar activamente su entorno, presentan una ansiedad moderada ante la separación y se consuelan efectivamente al reunirse con el cuidador. En contraste, los bebés con apego evitativo tienden a evitar el contacto cercano y muestran una respuesta emocional limitada ante la separación, mientras que los bebés con apego ambivalente, experimentan una angustia intensa, protestan enérgicamente y tienen dificultades para calmarse al reunirse con el cuidador. Posteriormente, se añadió una categoría adicional de apego desorganizado para bebés que muestran respuestas contradictorias o confusas en presencia del cuidador (Garrido-Rojas, 2006).

Para entender los estilos de apego en relación con las emociones, es esencial examinar cómo cada uno se manifiesta y difiere en la experiencia emocional de las personas. El apego seguro se caracteriza por emociones predominantemente positivas y una capacidad efectiva para regular el estrés (Martínez y Santelices, 2005, citado por Garrido-Rojas, 2006). Estos individuos muestran tranquilidad y confianza en las interacciones sociales, reflejando seguridad en sí mismos y en sus relaciones. Además, son menos propensos a experimentar emociones negativas como la vergüenza o la rabia, y demuestran una mayor habilidad para manejar constructivamente emociones como la ira.

En contraste, el apego ansioso ambivalente se caracteriza por una alta sensibilidad al estrés y la ansiedad (Ainsworth et al., 1978). Estos individuos experimentan angustia intensa ante la separación y tienen dificultades para recuperar la calma al reunirse con el cuidador. Suelen manifestar fluctuaciones emocionales marcadas, alternando entre el enojo, la preocupación y una intensa necesidad de cercanía. También muestran una mayor tendencia a experimentar emociones negativas como el miedo y la vergüenza, y tienen dificultades para regular estas emociones de manera efectiva. (Garrido-Rojas, 2006)

Por último, el apego ansioso evitativo se caracteriza por una evitación emocional y una expresión limitada de afecto positivo. Estos individuos parecen indiferentes ante las separaciones y muestran una respuesta emocional mínima al reunirse con el cuidador. Aunque aparentemente no muestran ansiedad, estudios han demostrado que experimentan altos niveles de estrés a nivel fisiológico durante situaciones de separación prolongada. (Garrido-Rojas, 2006)

Estos estudios resaltan cómo los estilos de apego no solo afectan la manera en que las personas se relacionan, sino también cómo experimentan y manejan sus emociones en diferentes situaciones interpersonales y de estrés.

La teoría del vínculo, en el contexto afectivo, se centra en los tipos de apego que se establecen entre los individuos, especialmente en las relaciones primarias como las que ocurren entre padres e hijos. Según Bowlby (1969), el vínculo afectivo es fundamental para el desarrollo emocional y social del individuo, influenciando la forma en que este percibe y responde a las relaciones interpersonales a lo largo de su vida. Esta teoría postula que los primeros años de vida son críticos para la formación de un apego seguro, el cual se caracteriza por la disponibilidad y sensibilidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales del niño de manera consistente (Bowlby, 1973).

El concepto de apego seguro se basa en la idea de que la relación de confianza y afecto entre el niño y el cuidador primario proporciona una base segura desde la cual el niño puede explorar el mundo y enfrentar nuevas experiencias (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

En contraste, los niños que experimentan un apego inseguro pueden mostrar ansiedad, evitación o ambivalencia en las relaciones sociales debido a experiencias inconsistentes de cuidado y apoyo emocional (Ainsworth et al., 1978). La teoría del vínculo, por lo tanto, subraya la importancia de las interacciones tempranas en la configuración del desarrollo emocional y en la capacidad del individuo para establecer relaciones saludables a lo largo de la vida (Bowlby, 1980).

### 1.1.11. Consideraciones Contextuales y Culturales

La importancia de considerar el contexto familiar en el tratamiento de los trastornos disruptivos en niños y adolescentes radica en su impacto significativo en el desarrollo y manifestación de estos trastornos, así como en la efectividad de las intervenciones terapéuticas. Un artículo reciente revisa la literatura empírica sobre los tratamientos basados en la familia para niños y adolescentes con problemas de conducta disruptiva (Smith y Johnson (2021)

Smith y Johnson (2021) cita a Ghandour et al. (2019), al referir que los adolescentes experimentan problemas de comportamiento o conducta, y muchos de ellos no reciben tratamiento adecuado. Además, estos adolescentes tienen un riesgo aumentado de enfrentar una variedad de resultados adversos a largo plazo, desde la deserción escolar hasta problemas de salud mental y relaciones familiares. Por lo tanto, es esencial que los tratamientos consideren el contexto familiar, escolar y cultural de cada individuo para lograr resultados óptimos.

Es por ello que considerar el contexto familiar es fundamental en el tratamiento de los trastornos disruptivos en niños y adolescentes, ya que ayuda a adaptar las intervenciones terapéuticas a las necesidades específicas de cada individuo, mejorando así su efectividad y reduciendo los riesgos asociados a estos trastornos.

Según Kieling et al. (2010), la relevancia del contexto cultural radica en comprender cómo las diferencias culturales pueden influir en la presentación y gestión de los trastornos de conducta disruptiva en niños y adolescentes. Se reconoce que las normas, valores y prácticas culturales tienen un impacto en la expresión de estos trastornos, así como en las estrategias de intervención empleadas.

Además, se destaca la importancia de la sensibilidad cultural en el proceso de evaluación y tratamiento de los trastornos de conducta disruptiva. Esto implica no solo considerar las diferencias culturales en el diagnóstico y la planificación de intervenciones, sino también reconocer y respetar las creencias, valores y prácticas de cada comunidad. Esta sensibilidad cultural es esencial para garantizar que las intervenciones sean efectivas y apropiadas para el contexto cultural específico en el que se aplican.

Es decir, que es fundamental adoptar una perspectiva global y culturalmente sensible al abordar los trastornos de conducta disruptiva, reconociendo la diversidad cultural y promoviendo prácticas clínicas que respeten y se adapten a las particularidades de cada comunidad.

La *Teoría Ecológica* de Urie Bronfenbrenner aporta un enfoque que considera que el desarrollo infantil está influenciado por diversos sistemas interrelacionados que abarcan desde los más cercanos hasta los más distantes del niño. Estos sistemas, conocidos como microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema, según Bronfenbrenner, juegan un papel crucial en la configuración de la personalidad del niño. Por ejemplo, un cambio en cualquiera de

estos sistemas, como mudarse a una nueva cultura o cambiar de rol dentro de un sistema, puede tener un impacto significativo. Específicamente, el macrosistema engloba los valores, normas y creencias de una cultura o subcultura, que definen las expectativas y normas de comportamiento en los sistemas más cercanos. De esta manera, el entorno cultural desempeña un papel fundamental en el modelado de las experiencias y el desarrollo del niño.

La perspectiva de Bronfenbrenner ha sido fundamental para comprender cómo las interacciones entre estos sistemas, especialmente los culturales, influyen en la vida de las personas. Este enfoque ha sido invaluable para múltiples disciplinas, subrayando la importancia de considerar el entorno y los contextos culturales para comprender completamente el desarrollo infantil. Aunque su teoría no abarca todas las dimensiones del desarrollo, sigue siendo una referencia clave en la psicología evolutiva y en estudios sobre la influencia del entorno en el comportamiento humano (Rodríguez, 2023).

Existen diferencias culturales en la expresión y manejo de las emociones en los trastornos disruptivos. Según Chung et al., (2009), quien cita a Martínez et al. (2019), la asociación entre los conflictos familiares cotidianos y niveles más altos de angustia emocional en los adolescentes puede interferir significativamente en la calidad de las interacciones familiares y tener un impacto considerable en su bienestar psicológico. Esta relación es especialmente relevante durante la adolescencia, una etapa caracterizada por importantes cambios emocionales y sociales.

Por ello es crucial reconocer que las diferencias culturales moderan la relación entre el conflicto familiar y la angustia emocional. Los adolescentes de diferentes orígenes culturales pueden experimentar y manejar el conflicto familiar de maneras distintas, lo que influye en su respuesta emocional. En algunos casos, la relación entre el conflicto familiar y la angustia

emocional puede ser más pronunciada entre adolescentes de ciertos orígenes culturales en comparación con sus pares de otros contextos.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar las dimensiones culturales al abordar el conflicto familiar y su impacto en la salud emocional de los adolescentes. Reconocer las diferencias culturales en la expresión y gestión del conflicto familiar puede ayudar a los profesionales de la salud mental a desarrollar intervenciones más efectivas y culturalmente sensibles, promoviendo así el bienestar emocional de los adolescentes de diversos orígenes culturales.

En los últimos años, ha aumentado el interés por la contribución de Lev Vygotsky a la psicología y la educación, especialmente por su enfoque en el impacto social en el desarrollo humano. Vygotsky destacó la importancia de la historia y la cultura en la formación de los procesos psicológicos, basándose en el materialismo histórico y dialéctico. Su teoría sociocultural considera que el desarrollo psicológico del individuo está profundamente influenciado por las interacciones sociales y culturales. (Carrera y Mazzarella, 2001).

Vygotsky enfatizó el papel de los instrumentos y signos como mediadores en la comprensión de los procesos sociales y la construcción del conocimiento. Introdujo el concepto de la zona de desarrollo próximo, que refleja la distancia entre el nivel de desarrollo real y el nivel de desarrollo potencial, ambos determinados por la interacción social. Además, de la importancia que atribuye a los procesos psicológicos solo pueden ser comprendidos plenamente mediante el estudio de su desarrollo histórico y social, lo que implica un análisis detallado de cómo las intervenciones y las interrupciones en estos procesos afectan al individuo. (Carrera y Mazzarella, 2001).

Entre las implicaciones para el diseño de intervenciones culturalmente sensibles que aborden tanto los trastornos disruptivos y de la conducta en niños y adolescentes que son motivos de consulta bastante comunes, se debe considerar el entorno y la pertinencia de la intervencion, así como su puesta en acción. En el caso del Trastorno Negativista Desafiante (TND), la *Terapia Psicosocial* es la primera opción de tratamiento. Los programas conductuales intervienen en los ámbitos familiar, escolar y personal del niño o adolescente. Es esencial que el clínico considere información de otros informantes, como maestros, para crear un plan de tratamiento personalizado. Las recomendaciones a los padres deben basarse en evidencia científica sólida. Los medicamentos pueden complementar las intervenciones psicosociales para el tratamiento sintomático y comorbilidades. Cuando el TND es severo y persistente, se necesitan tratamientos prolongados e intensivos, ya que las intervenciones breves suelen ser ineficaces. (de la Peña-Olvera, & Palacios-Cruz, 2011).

Los tratamientos psicosociales que han sido adecuadamente evaluados:

- El entrenamiento para padres (*y madres de familia*)
- El entrenamiento cognitivo en habilidades para resolver problemas
- La terapia multisistémica (de la Peña-Olvera, & Palacios-Cruz, 2011)

Es decir, que los trastornos externalizados como el TND representan problemas frecuentes y graves en la infancia y adolescencia. Su tratamiento debe ser multimodal, incorporando enfoques psicoeducativos, psicoterapéuticos y farmacológicos, aunque este último es cuestionado en su eficacia por varios autores.

### 1.1.12. Factores que afectan negativamente el manejo adecuado de las emociones y conducta

Los factores que afectan negativamente el manejo adecuado de las emociones y la conducta en las interacciones entre personas son variados y complejos. Cada individuo está expuesto a diferentes factores de riesgo y protección, y las reacciones a los mismos estímulos pueden diferir significativamente entre personas. Estos factores pueden ser influenciados por una variedad de elementos externos. A continuación, se detallan algunos de los principales factores que pueden impactar negativamente la regulación emocional y conductual:

Las deficiencias en habilidades de regulación emocional, como la incapacidad para reconocer, comprender y gestionar las propias emociones, puede llevar a respuestas emocionales desproporcionadas o inapropiadas en situaciones sociales. Estas deficiencias pueden ser el resultado de una falta de educación emocional o de experiencias de vida limitadas que no han permitido desarrollar estas habilidades. (Gresham y Kern, 2004)

Morris et al. (2007) refieren que los modelos de conducta inadecuados son factores negativos. Los comportamientos y estrategias de regulación emocional observados en los cuidadores o personas significativas pueden influir negativamente. Si los modelos a seguir no manejan adecuadamente sus propias emociones, es probable que los niños adopten patrones similares, lo que perpetúa una dinámica de comportamiento disfuncional.

Así mismo, un entorno familiar caracterizado por conflictos, falta de comunicación efectiva y apoyo emocional insuficiente puede afectar negativamente el desarrollo emocional y conductual de los individuos. Los niños que crecen en estos entornos pueden desarrollar problemas emocionales y conductuales debido a la falta de estabilidad y seguridad.

La falta de habilidades sociales, que abarca la incapacidad para interactuar efectivamente con otros, como el resolver conflictos y comunicarse asertivamente, puede llevar a dificultades en la regulación emocional y conductual. Las habilidades sociales inadecuadas pueden dar como resultado aislamiento social, conflictos interpersonales y baja autoestima. (Domitrovich, et al., 2007)

Igualmente, los altos niveles de estrés y ansiedad pueden desbordar la capacidad de una persona para regular sus emociones, dando como resultado conductas impulsivas o agresivas. El estrés crónico puede alterar la fisiología del cerebro, afectando áreas cruciales para la regulación emocional. (Compas, 2014).

Además de los factores mencionados anteriormente, los factores neurobiológicos también son relevantes. Las disfunciones en los sistemas neurobiológicos que afectan la regulación del *arousal*, la reactividad emocional y el funcionamiento ejecutivo pueden predisponer a dificultades en la regulación emocional y conductual. Estas disfunciones pueden ser el resultado de factores genéticos, lesiones cerebrales o trastornos del desarrollo (Matthys et al., 2013).

Además, no menos importante es el ambiente en el que se desarrolla el menor, donde la exposición a entornos violentos puede ser un factor desencadenante de traumas. La exposición a situaciones traumáticas o violentas puede afectar profundamente la capacidad de una persona para manejar sus emociones y comportamientos de manera adecuada. Los traumas pueden dar como resultado respuestas emocionales exageradas o en *entumecimiento* emocional (Cicchetti y Toth, 2005), vulnerando la estabilidad emocional del niño o adolescente.

En las interacciones con compañeros exhiben comportamientos disruptivos o negativos que pueden afectar negativamente la conducta y la regulación emocional de una persona. La

presión social y el deseo de pertenecer al grupo pueden llevar a la adopción de conductas inapropiadas. (Dishion y Tipsord, 2011)

Estos factores subrayan la importancia de un enfoque holístico y multidimensional para abordar las dificultades en la regulación emocional y la conducta, considerando tanto los aspectos individuales como las influencias contextuales y relacionales.

### 1.1.13. Atención y abordajes de tratamiento de los trastornos disruptivos de la conducta, del comportamiento y del trastorno negativista desafiante

#### *1.1.13.1. Mecanismos para la regulación emocional en los trastornos disruptivos y el trastorno negativista desafiante*

Entre los mecanismos influyen en sostener la regulación emocional en los trastornos disruptivos y el trastorno negativista desafiante (TND), basados en la literatura científica, destacan los siguientes:

*Entrenamiento en habilidades emocionales:* Este enfoque enseña a los niños y adolescentes a reconocer, comprender y gestionar sus emociones. Se ha demostrado que las intervenciones que incluyen el entrenamiento en habilidades emocionales pueden mejorar significativamente la regulación emocional en niños con TND y trastornos de conducta. (Gresham y Kern, 2004).

*Terapia cognitivo-conductual (TCC)*: se centra en cambiar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales. Las técnicas de reestructuración cognitiva pueden ayudar a las personas a manejar mejor sus respuestas emocionales y reducir los comportamientos disruptivos. (Graziano et al., 2018)

*Mindfulness y técnicas de relajación:* debido a los aportes y beneficios en quienes la practican desarrolla una mayor conciencia de sus estados emocionales y a responder de manera más calmada ante situaciones estresantes. Esto puede ser particularmente útil en la regulación emocional y la reducción de la impulsividad. (Burke, 2010)

*Intervenciones familiares y de socialización emocional:* la socialización emocional por parte de los padres, que incluye la modelación y la enseñanza de estrategias de regulación emocional, puede mejorar la capacidad de respuesta para manejar sus emociones. La terapia de interacción padre-hijo es una intervención eficaz en este contexto. (Morris et al., 2007)

*Intervenciones escolares y programas de manejo del aula*: mediante los programas escolares que fomenten las habilidades socioemocionales y proporcionen un entorno estructurado pueden ayudar a los niños y adolescentes el aprender a regular sus emociones y comportamientos. Esto incluye el entrenamiento en habilidades sociales y programas de intervención conductual en el aula. (Domitrovich et al., 2007)

*Neurofeedback y biofeedback:* Estas técnicas pueden ayudar a los participantes a aprender a controlar sus respuestas fisiológicas al estrés, mejorando la regulación emocional y reduciendo los comportamientos disruptivos. (Monastra et al., 2002)

Estos mecanismos proporcionan una variedad de enfoques para mejorar la regulación emocional en niños y adolescentes con TND y trastornos disruptivos, ofreciendo un marco para intervenciones efectivas basadas en la evidencia.

### 1.1.14. La Regulación Emocional (RE) como estrategia personal

La inteligencia emocional, según Goleman (2015), consta de varios elementos como el autoconocimiento emocional, el autocontrol emocional, la automotivación, el reconocimiento de las emociones en los demás y las relaciones interpersonales. Olvera- Juanico y Ángeles- Arteaga (2022) cita a Salovey y Mayer (sf), al destacar la capacidad de percibir y distinguir los sentimientos propios y ajenos, usando esa información para guiar el pensamiento y la conducta. Su modelo multidimensional incluye tres procesos: percepción/atención, comprensión/claridad, y regulación/reparación de las emociones.

La percepción implica ser consciente de las propias emociones y etiquetarlas adecuadamente. La comprensión se refiere a integrar pensamientos y sentimientos, reconociendo los cambios emocionales. La regulación implica manejar las emociones de manera efectiva, ya sean positivas o negativas. También citan a Ekman (1972) al referirse a las seis emociones básicas: ira, alegría, sorpresa, asco, tristeza y miedo, que son universales en diferentes culturas. Asimismo, cita a Otero (2006) quien considera las emociones funcionales para la regulación vital, ayudando a evitar peligros, aprovechar oportunidades y facilitar relaciones sociales.

Desde un enfoque psicofisiológico, las emociones son reacciones complejas, rápidas y difíciles de controlar, que alteran el comportamiento y preparan para la acción. Estas habilidades emocionales son cruciales en el proceso de socialización, donde los individuos interiorizan conductas, situaciones y sentimientos sobre lo que se espera de ellos en la sociedad. Las sociedades estructuran y construyen su cultura en torno a la diferencia sexual, determinando las acciones que hombres y mujeres deben desempeñar. (Olvera- Juanico & Ángeles- Arteaga, 2022).

La adolescencia es una etapa crucial marcada por intensos cambios físicos, emocionales, sociales y culturales que influyen en la construcción de la identidad. Este periodo, según García y Parada (2018), es vulnerable y puede afectar tanto la salud física como mental, influenciado por factores socioeconómicos, biológicos, psicológicos y políticos. La autoestima juega un papel fundamental durante la adolescencia, definida por Rosenberg (1989) como la valoración positiva o negativa que un individuo tiene de sí mismo. (Rojas Cuastumal & Pilco Guadalupe, 2023)

La autoestima, además de ser esencial para el bienestar general, se relaciona inversamente con síntomas de depresión, ansiedad y otros trastornos psicopatológicos (Rojas et al., 2009). Durante la adolescencia, los cambios físicos pueden afectar el autoconcepto y la percepción de uno mismo, a menudo influenciados por la retroalimentación de la familia y el grupo de iguales.

Entonces se comprende que las Habilidades sociales, como las Habilidades cognitivas, facilitan la comprensión de los problemas interpersonales propios y ajenos, promoviendo comportamientos efectivos y apropiados en la interacción social. El desarrollo de estas habilidades es decisivo para prevenir problemas de salud mental como trastornos de la conducta, ansiedad y depresión, así como comportamientos de riesgo como el consumo de sustancias. (Rojas Cuastumal & Pilco Guadalupe, 2023)

En la Regulación Emocional (RE) la habilidad para regular las emociones se destaca como una competencia clave para el bienestar y la salud general, especialmente en la adolescencia. La capacidad de los adolescentes para manejar sus emociones puede mitigar la aparición de síntomas emocionales o físicos, lo que a su vez mejora su bienestar. (Schoeps, 2022)

Schoeps (2022) señala una asociación positiva entre la Regulación Emocional (RE) y el bienestar, así como una relación negativa con los síntomas emocionales y físicos. Destaca que la depresión actúa como mediador en la relación entre la regulación emocional y el bienestar. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar los síntomas depresivos y la importancia del diseño de programas de educación emocional efectivos en la promoción de la salud y el bienestar entre los adolescentes.

En los últimos años, la Regulación Emocional (RE) ha ganado importancia en diversas áreas aplicadas de la psicología debido a su papel en el funcionamiento de los individuos en distintos contextos. En la psicología conductual, ha sido examinada principalmente desde dos perspectivas terapéuticas: la *Cognitivo-Conductual* y el *Análisis Clínico Conductual*. Mientras que la primera se enfoca en aspectos mediacionales, la segunda aborda conceptos del análisis del comportamiento. (Vargas, & Muñoz, 2013)

Schoeps (2022) destaca que la regulación emocional es una competencia emocional crucial y compleja que mejora el bienestar y la salud general. Los adolescentes con buenas habilidades para regular sus emociones pueden experimentar menos síntomas emocionales y físicos, lo que a su vez mejora su bienestar. Además, la depresión actúa como mediadora en la relación entre la regulación emocional y el bienestar, subrayando la importancia de abordar los síntomas depresivos.

Por otra parte, Bolívar-Ramírez (2022) cita a Sagardoy et al. (2014) al afirmar que los adolescentes que regulan adecuadamente las emociones tienden a disfrutar de bienestar emocional, físico y psicológico. Esto debido a que manifiestan menor sintomatología física y bajos niveles de ansiedad, depresión, ideación e intento de suicidio. No obstante, en caso

contrario, cuando no posee la habilidad de regular las emociones, es más probable que estos síntomas aparezcan y afecten la salud del adolescente.

Gómez Pérez y Calleja Bello (2017) señalan que existen tres procesos básicos indispensables para la regulación emocional:

- Mecanismos autorregulatorios intrínsecos: las emociones cuentan con mecanismos de autorregulación. Es improbable que una persona pueda permanecer enojada o feliz durante períodos prolongados, dado que esto conlleva una carga cognitiva considerable y un desgaste físico significativo.
- Intensidad de las emociones: Las emociones, según su intensidad, pueden tener efectos movilizadores o paralizantes. Las acciones de acercamiento o evitación hacia diferentes estímulos emocionales pueden alterar la experiencia emocional, ya sea aumentando, reduciendo o modificando por completo la respuesta al estímulo.
- Estrategias de regulación emocional: las estrategias específicas que se emplean para regular las emociones pueden cambiar la experiencia emocional.

Las emociones son reguladas con el fin de conservar energía y lograr objetivos personales y sociales del individuo. Los procesos involucrados en la modificación de las emociones pueden ser automáticos o deliberados, y están dirigidos a cambiar tanto la emoción propia como la situación, dependiendo de las necesidades individuales y las exigencias del entorno. Este proceso de regulación emocional es fundamental para adaptarse eficazmente a diversas situaciones y contextos sociales. (Gómez Pérez y Calleja Bello, 2017)

Gómez Pérez y Calleja Bello (2017) citan a Eisenberg y Spinrad (2004) al destacar que el éxito en la regulación emocional marca un hito en el desarrollo personal, ya que implica la

acumulación de experiencia vital. Este proceso es gradual y conlleva la internalización de estrategias reguladoras, lo que capacita al individuo para tomar decisiones efectivas respecto a sus propias emociones y las de los demás. Aunque inicialmente puede ser explícita, como en el caso de la regulación emocional, se vuelve más internalizada con el tiempo y el uso constante de las estrategias.

Así mismo, cita a Adrian et al. (2011), al referir que la meta de la regulación emocional es modificar la intensidad y duración de las emociones, lo que puede afectar varios aspectos emocionales, como la experiencia, expresión, comportamiento o fisiología. Además, subrayan que la evaluación de la regulación emocional no se basa en una dicotomía de buena o mala, sino en su adaptabilidad, que está determinada por las demandas del entorno y los objetivos individuales o sociales perseguidos.

Entre los factores que influyen, Bolivar-Ramirez (2022), destaca que la regulación emocional puede afectar el bienestar de las personas a través de dos procesos principales. El primero se centra en la generación de la emoción y regula los antecedentes emocionales, mientras que el segundo se ocupa de modular la respuesta emocional, lo que implica reducir el impacto de las emociones negativas y fortalecer las positivas. Estos procesos cubren desde la generación inicial de las emociones hasta su impacto en la persona, así como la selección de comportamientos para responder al estímulo emocional.

### 1.1.15. Tratamiento de Psicoterapia basado en evidencia

Los tratamientos basados en la evidencia, comprobados científicamente, están ganando reconocimiento en la salud mental. La American Psychological Association APA, ha creado

listas de estos tratamientos, y organismos de financiación los utilizan como referencia para reembolsos de los seguros de salud en países desarrollados.

En el libro "Planes de tratamiento para la psicoterapia con adolescentes," se destacan objetivos a corto plazo y terapias con eficacia demostrada, que incluyen manuales que describen estos tratamientos detalladamente. Además, se reconocen y se incluyen prácticas comunes que aún no han sido empíricamente examinadas, ofreciendo una variedad de opciones de tratamiento. Estos tratamientos suelen ser a corto plazo y se enfocan en resolver problemas actuales que causan sufrimiento o incapacidad, permitiendo flexibilidad en su aplicación. Cada capítulo permite añadir objetivos o intervenciones adicionales no listadas. (Jongsma et al. 2014)

La eficacia de los planes de tratamiento depende de su adaptación a las necesidades individuales de cada cliente. No se deben estandarizar, incluso si los problemas son similares. Es crucial considerar los puntos fuertes y débiles, factores de estrés, red social, circunstancias familiares y patrones de síntomas de cada persona al desarrollar una estrategia de tratamiento.

Basándose en su experiencia clínica, los autores han recopilado diversas opciones de tratamiento que se pueden combinar en muchas variaciones para crear planes detallados. Los médicos, usando su criterio, pueden seleccionar los enunciados más adecuados para cada cliente. Además, se alienta a los lectores a añadir sus propias definiciones, metas, objetivos e intervenciones a las propuestas en el libro. Este enfoque busca promover una planificación de tratamiento efectiva y creativa, beneficiando a clientes, médicos y a todos en el campo de la salud mental. (Jongsma et al. 2014)

Jongsma et al. (2014) sugiere que, para utilizar este libro en la elaboración de planes de tratamiento, es necesario seguir los siguientes pasos; primero, seleccionar los problemas

principales a tratar, centrándose en unos pocos seleccionados; luego, definir cómo se manifiesta cada problema en el cliente, relacionándolo con los criterios del DSM-IV. Desarrollar metas amplias a largo plazo y establecer objetivos específicos y cuantificables para medir el progreso. Crear intervenciones para ayudar al cliente a alcanzar estos objetivos, ajustándolas según sea necesario y añadiendo nuevas si es preciso. Finalmente, determinar el diagnóstico comparando los síntomas del cliente con los criterios del DSM-IV. Con estos pasos, obtener un plan de tratamiento completo e individualizado, listo para implementarse y presentarse al cliente.

### 1.1.16. Entrevista Motivacional de Rollnick y Miller

Según Rollnick & Miller (1996) refieren que la Entrevista Motivacional (EM) es un *Enfoque Terapéutico Centrado en el Cliente*, diseñado para generar un cambio de comportamiento al abordar ambivalencias internas y motivaciones intrínsecas. Surgida inicialmente como una herramienta para tratar problemas relacionados con el consumo de alcohol, la EM ha evolucionado para aplicarse en diversas áreas y poblaciones. En este método, el terapeuta actúa como guía, facilitando que el cliente explore sus propias motivaciones y resuelva conflictos internos a través de técnicas como la escucha reflexiva y el refuerzo de las declaraciones de automotivación del cliente.

A diferencia de enfoques más directivos o coercitivos, la EM evita la persuasión directa y la coerción externa, enfocándose en fortalecer la autonomía y respetar la libertad de elección. Investigaciones han respaldado la eficacia de la EM en inducir cambios significativos en el comportamiento, especialmente entre aquellos menos inclinados inicialmente al cambio. Además del tratamiento del alcoholismo, se ha implementado con éxito en áreas como la gestión de

enfermedades crónicas, la rehabilitación cardíaca y la prevención de conductas de riesgo. (Rollnick, S., & Miller, W. R., 1996)

Es decir, que la Entrevista Motivacional representa una estrategia terapéutica prometedora que combina empatía, colaboración y un enfoque no confrontativo para fomentar el cambio de comportamiento desde las motivaciones internas del cliente

### 1.1.17. Orientación e involucramiento familiar en el manejo de los trastornos disruptivos y del trastorno negativista desafiante

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) es una condición que se caracteriza por un patrón persistente de comportamiento desobediente, hostil y desafiante hacia figuras de autoridad, comúnmente observado en niños y adolescentes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). La presencia de un miembro con TND en la familia puede complicar la convivencia familiar y desafiar la disciplina, haciendo que el estilo parental y el patrón de crianza sean factores cruciales en la gestión del comportamiento y el ambiente familiar.

Por lo tanto, es crucial comprender los estilos parentales en la crianza de los niños y adolescentes, que están en una etapa de desarrollo y que necesitan pautas adecuadas para el crecimiento saludable de los menores. En los estilos de crianza se encuentra el autoritario vs. Democrático, que es un estilo que se caracteriza por alta exigencia y baja sensibilidad, puede agravar los comportamientos desafiantes en niños con TND. Los niños pueden responder a la rigidez con mayor resistencia y hostilidad. Por otro lado, un estilo democrático, que equilibra expectativas claras con apoyo emocional, es más efectivo para manejar el comportamiento desafiante. Este enfoque fomenta una mejor comunicación y relaciones familiares más saludables. (Burke et al., 2002)

Además, la consistencia en la aplicación de reglas y el uso de disciplina positiva son esenciales. La disciplina positiva se enfoca en reforzar comportamientos adecuados en lugar de castigar los negativos. Técnicas como el refuerzo positivo y las consecuencias lógicas pueden ayudar a mejorar la conducta de los niños con TND. Los estudios muestran que los padres que aplican estas estrategias ven mejoras significativas en la conducta de sus hijos (Kazdin, 2005).

También es relevante el involucramiento en las intervenciones terapéuticas y el entrenamiento de los padres y madres en el tratamiento del familiar con TND. Las intervenciones pueden abarcar el entrenamiento para padres en estrategias de manejo del comportamiento son eficaces para reducir los síntomas del TND y mejorar la dinámica familiar. Este entrenamiento ayuda a los padres a establecer límites claros, mantener la calma en situaciones conflictivas y aplicar técnicas de resolución de problemas. Programas como El entrenamiento en manejo parental; han mostrado resultados positivos en la modificación del comportamiento desafiante (McMahon y Forehand, 2003).

Es por ello que la gestión eficaz del comportamiento de un niño o adolescente con TND dentro del contexto familiar depende en gran medida del estilo parental y los patrones de crianza. Un enfoque democrático, combinado con técnicas de disciplina positiva y consistencia, puede mejorar significativamente la convivencia familiar y reducir los comportamientos desafiantes. El entrenamiento para padres y las intervenciones terapéuticas también son herramientas cruciales para ayudar a los padres a manejar estos desafíos de manera efectiva, promoviendo un ambiente familiar más armonioso y colaborativo.

En la Guía para la familia, Hijos desafiantes y negativistas, las autoras Trepat, E., Ezpeleta, L., y de la Osa, N., (2023) de la Universidad Autónoma de Barcelona informan que entre los años 2010 a 2021 en la Unidad de Epidemiologia y de Diagnóstico en Psicopatología del Desarrollo

ha estudiado los comportamientos disruptivos de la infancia y la adolescencia y que alteran el funcionamiento cotidiano en casa, en la escuela y en la comunidad, estos comportamientos son difíciles de controlar y generan malestar.

La guía da estrategias para los padres para utilizarlas en el entorno familiar, para manejar los arranques de ira y la desobediencia, para reducir los riesgos que esto representa, para un mejor manejo e incrementar un comportamiento deseable y facilitar la convivencia familiar.
Es importante considerar la psicoeducación pues entender el trastorno y como se expresa; habilita a los padres de familia a ejercer mejor su rol, entre el 1% y el 11% de la población infantil presenta características temperamentales que hacen difícil la crianza, son niños a los que les cuesta obedecer, se muestran irritables, reaccionan negativamente ante las órdenes de los adultos, les cuesta manejar la frustración y su conducta es dificultosa de manejar.
El Trastorno Negativista Desafiante TND es un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad que dura por lo menos 6 meses y presenta al menos 4 de los siguientes síntomas;

a. *Enfado/irritabilidad:* pierde a menudo la calma por motivos triviales, se muestra susceptible o se molesta fácilmente, frecuentemente se enfada y es resentido.
b. *Discusiones/actitud desafiante:* con frecuencia discute con los adultos o figuras de autoridad, desafía activamente a los adultos o rehúsa activamente cumplir sus demandas a menudo, molesta deliberadamente a os otros, culpa a los demás de sus errores o de su mal comportamiento.
c. *Venganza:* Se manifiesta rencoroso o vengativo.

Estos niños no obedecen, muestran resistencia pasiva, quieren aparentar que no oyen y no hacen caso. En otras ocasiones su desafío es activo y gritan, profieren insultos, se quejan, quieren tener la última palabra.

Los niños y adolescentes que presentan TND también pueden mostrar: dificultad para controlar sus emociones, baja tolerancia a la frustración, baja capacidad de flexibilidad y de adaptabilidad, muestran tendencia a pensar de forma polarizada.

En casos leves los síntomas se dan en el ámbito familiar, en casos moderado o graves la sintomatología se muestra en dos o más ambientes.

Muestran un temperamento problemático, les cuesta tranquilizarse, su reactividad es alta, hacen caprichos, berrinches o rabietas, y muestran mayor actividad motora. Experimentan baja autoestima, muestran labilidad emocional, utilizan lenguaje soez, dicen grosería o vulgaridades, tienen conflictos con los padres, con los maestros y compañeros.

Algunas conductas pueden considerar naturales o propias de la edad como el enfado, la exigencia, sentir frustración, pueden carecer de lenguaje y esto les provoca enojo, no tienen control sobre sus emociones, hacen rabietas y pueden reaccionar con agresiones físicas, les cuesta compartir sus cosas, no entienden a las demás personas, pueden iniciar pleitos con otros niños, reaccionan también cuando sienten rechazo, criticas, discriminación o incomprensión, pueden causar daño para vengarse o ejercer dominio y amenazan o gesticulan para intimidar a otros.

Tienden a ser sensible a las críticas, son impulsivos, discutidores, muestra casi siempre una opinión contraria a su interlocutor.

Existen algunas teorías que explican este comportamiento desadaptativo, como el tener un temperamento fuerte o carecer de regulación emocional, son reactivos y con baja tolerancia a

la frustración, muestran enfado e irritabilidad. Entre los factores biológicos se consideran la frecuencia cardiaca, menor reactividad en la piel, reducción en cortisol basal, anormalidades en el córtex prefrontal y la amígdala.

La historia de aprendizaje en la familia es un factor a considerar, pues el trastorno afecta la manera en la que se intenta resolverlo y al dejar de corregirlo y al ver que nada funciona el patrón de crianza se vuelve inconsistente, ya no se actúa para evitar el conflicto y entonces se instala la negligencia y la indiferencia. El estilo educativo (democrático, autoritario, negligente y el permisivo) permite establecer el equilibrio, el control y el establecimiento de límites y las demostraciones de afecto y calidez. Es importante establecer las consecuencias inmediatas al mal comportamiento del niño o adolescente pues al dejar de hacerlo la conducta inadecuada se refuerza,

Los estudios e investigaciones demuestran que la prevalencia del TND se está incrementando y es necesario tratarlo para evitar que otros trastornos se presenten, tales como el trastorno de conducta, el consumo de sustancias psicoactivas, las alteraciones del estado de ánimo; resulta necesario e importante detectar si además padece del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH.

Entre los tratamientos eficaces del TND se recomienda el Tratamiento psicológico, que incrementa las conductas adaptativas y reduce las conductas de desobediencia, desafío y negativismo. Se trabaja con Autorregulación de la conducta y de las emociones, identificación de sentimientos, control de la ira, reducción de la irritabilidad, mejora de la cognición social, la conciencia y la interacción, solución de problemas y mejora en sus habilidades sociales.

El Tratamiento farmacológico es recomendado solamente si hay un trastorno grave asociado, presencia de TDAH, depresión, agresividad, impulsividad. En relación al Tratamiento

Pedagógico se debe dar apoyo en los problemas de aprendizaje, bajo rendimiento escolar, tutorías y reeducación pedagógica y entrenamiento a la familia.

La Psicoeducación y Entrenamiento en Modificación de Conducta, se debe enseñar a los padres a actuar más eficazmente con sus hijos, aplicar consecuencias de forma sistemática (conductas positivas y conductas negativas) fomentar conductas deseables y utilizar medidas de disciplina positiva en oposición al castigo tradicional, preveer las situaciones dificultosas y anticipar las respuestas.

Es necesaria la Coordinación con la escuela en una acción conjunta en las aulas escolares debe explicar a los docentes las estrategias que pueden apoyar en el entorno escolar y aplicar reglas con más eficiencia y eficacia.

*Pautas psicoeducativas para las familias en el manejo del TND*

*Pautas generales*

Trato afectuoso, escucha activa, mostrar interés por sus asuntos, favorecer su autonomía personal, favorecer el cuidado de sus objetos y posesiones, pedir colaboración en los quehaceres de la casa, no exigir perfección, ni rapidez, no hacer comentarios a las personas de sus dificultades, valorar sus aspectos positivos, sus aprendizajes, aficiones, progresos, cualidades, actuar de manera equilibrada, hacer advertencias y razonar los acuerdos, tomar decisiones compartidas de acuerdos, no perder la calma, no insultarlo, no acariciarlo ni consolarlo cuando hay una situación de conflicto, no ceder, no compararlos con los hermanos u otros menores o iguales, decirle siempre la verdad y evitar la coacción.

Ser contingente, consistente y coherente, plantear responsabilidades en lenguaje positivo sobre las conductas esperadas, definir de forma cordial lo que se le solicita, clarificar normas, informar que está permitido y que no está permitido, delegar responsabilidades e informar de las

consecuencias tanto de conductas positivas como negativas, dar una sola orden a la vez de forma sencilla, hacer contacto ocular, no repetir la orden, pedirle que repita lo que escuchó, reducir las distracciones.

Se deben incrementar las conductas deseadas: con el refuerzo positivo, a las conductas deseadas, evitar darle atención negativa, elogiarle, escucharle, jugar, mostrar afecto con señales no verbales (abrazo, caricias, suaves palmadas, sonreír. También conceder "tiempo especial" (exclusivo) para jugar (20 ¨minutos), permitirle elegir el juego, relajarse, no hacer preguntas ni dar órdenes, dejar de presar atención si hay un mal comportamiento (tiempo fuera) practicar la Economía de puntos y hacer contratos conductuales, identificar las conductas a modificar, realizar horarios diarios o semanales, establecer reforzadores o premios elegidos por el niño o adolescente, motivarle, dar refuerzo estimulando su buena conducta y liberarlo de alguna tarea o responsabilidad delegada.

*Estrategias para eliminar conductas inadecuadas*

Usar técnicas de obediencia y disciplina positiva, extinción de conductas no deseadas, usar el "tiempo fuera", la sobrecorreción, y aplicar retirada de privilegios. No se debe acusar, insultar, amenazar, sermonear, victimizar, comparar, usar la ironía, hacer promesas.

*Buena comunicación:*

Atender a sus sentimientos, hacerle sentir querido, animarlo a expresar necesidades, dialogar. Para mejorar la comunicación se puede posponer la conversación si está nervioso o alterado, describir la situación y sentimientos asociados, no imponerse, no atacar, no culpabilizar, se pueden también hacer negociaciones para resolver una situación o un problema, dejarlo hablar primero, mostrar empatía, buscar acuerdos, tener buen sentido del humor. Si se

dan explosiones conductuales se le puede preguntar que le disgusta, escucharle, validar sus sentimientos, mostrar afecto y dar reconocimiento.

Se pueden ofrecer opciones, distraerlo, recordarle las normas, límites y consecuencias establecidas previamente, dar informacion, aceptar sus sentimientos, describir el problema, sustituir el no por un sí, dejarlo pensar, evitar el enfrentamiento, no entrar en argumentaciones, no caer en luchas de poder, mantener la calma, ser firmes, analizar el problema, aplicar estrategias de resolución de problemas y aplicar consecuencias.

### 1.1.18. La escuela como escenario de la conducta en niños y adolescentes

La escuela es un entorno valioso para el desarrollo de niños y adolescentes, especialmente aquellos con Trastorno Negativista Desafiante (TND). En el contexto escolar, las normas de convivencia, la intervención eficaz y la disciplina asertiva son fundamentales para manejar el comportamiento desafiante y promover un ambiente educativo positivo.

Dada la importancia que tienen estos factores a continuación, se abordarán el manejo de las normas de convivencia, intervención y disciplina para promover un ambiente escolar adecuado.

El establecimiento y el mantenimiento de normas de convivencia claras y consistentes son esenciales para manejar el Trastorno Negativista Desafiante (TND) en el ámbito escolar. Estas normas contribuyen a crear un entorno estructurado en el que los estudiantes comprenden qué se espera de ellos y las consecuencias de sus acciones. Según Burke, Loeber y Birmaher (2002), las reglas claras y las consecuencias consistentes pueden reducir significativamente los comportamientos desafiantes en niños con TND.

Para abordar eficazmente el Trastorno Negativista Desafiante (TND), es crucial la colaboración entre docentes, personal escolar y padres. Un enfoque colaborativo asegura que todos los adultos involucrados compartan las mismas expectativas y estrategias, ofreciendo una respuesta unificada al comportamiento del niño. Las reuniones regulares entre padres y maestros para evaluar el progreso y ajustar las tácticas son fundamentales para el éxito de estas intervenciones.

Una intervención eficaz para el Trastorno Negativista Desafiante (TND) en el entorno escolar requiere la implementación de técnicas de manejo del comportamiento que sean coherentes y basadas en la evidencia. Es fundamental que los educadores reciban entrenamiento en asertividad para poder manejar situaciones conflictivas de manera calmada y controlada. Según Kazdin (2005), la formación en habilidades de manejo del comportamiento proporciona a los maestros las herramientas necesarias para gestionar las conductas desafiantes de manera efectiva y reducir la incidencia de conflictos en el aula.

### 1.1.19. Disciplina Asertiva en el Aula

La disciplina asertiva en el aula se enfoca en establecer expectativas claras y en aplicar las reglas de manera justa y consistente. Esto incluye el uso de técnicas de refuerzo positivo para fomentar comportamientos adecuados y la aplicación de consecuencias lógicas y predecibles para conductas inapropiadas. Según McMahon y Forehand (2003), una disciplina asertiva ayuda a los estudiantes con Trastorno Negativista Desafiante (TND) a comprender mejor las expectativas y a desarrollar habilidades de autocontrol.

La organización del entorno escolar es fundamental para manejar el Trastorno Negativista Desafiante (TND). Un entorno bien estructurado y predecible puede ayudar a reducir

la ansiedad y los comportamientos desafiantes en los estudiantes con TND. Esto abarca la disposición del aula, la planificación de actividades y la implementación de rutinas diarias claras. Patterson y Chamberlain (1994) señalan que un entorno organizado y estructurado puede mejorar significativamente el comportamiento de los estudiantes con trastornos del comportamiento, como el TND.

Es decir, la escuela desempeña un papel crucial en el manejo del Trastorno Negativista Desafiante (TND) mediante la implementación de normas de convivencia claras, intervenciones efectivas, disciplina asertiva y una adecuada organización del entorno escolar. Estas estrategias no solo mejoran el comportamiento de los estudiantes con TND, sino que también fomentan un ambiente educativo más positivo y productivo.

En el contexto escolar, el acoso escolar representa una amenaza significativa para la seguridad y el bienestar de los niños y adolescentes. Este fenómeno, caracterizado por la agresión física o psicológica repetida y deliberada hacia un estudiante por parte de sus pares, ha ganado una preocupación creciente en la sociedad actual debido a su impacto negativo en las víctimas a corto y largo plazo (Begidova & Khabakhu, 2022).

Las consecuencias del acoso escolar pueden ser devastadoras, afectando no solo el rendimiento académico y la autoestima de los estudiantes, sino también su salud mental y emocional. Las víctimas frecuentemente enfrentan niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión, lo cual puede llevar a problemas más graves como el suicidio en casos extremos (Begidova & Khabakhu, 2022).

Para abordar este problema de manera efectiva, es esencial implementar estrategias preventivas en las escuelas. Esto incluye la capacitación regular de maestros y personal educativo en la identificación temprana y la intervención adecuada ante casos de acoso. Además,

fomentar un ambiente escolar inclusivo y respetuoso, donde se promueva activamente la empatía y se desaliente cualquier forma de violencia entre los estudiantes, es fundamental (Begidova & Khabakhu, 2022). La colaboración entre maestros, padres y especialistas en psicología escolar también juega un papel crucial en la creación de un entorno seguro y protector para todos los estudiantes.

### 1.1.20. Consideraciones éticas para el manejo del Trastorno Negativista Desafiante

La Guía clínica para el Trastorno Negativista Desafiante del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2010), refiere que es importante la consideración de los aspectos éticos en el ámbito de la salud es fundamental para llevar a cabo una práctica profesional óptima y para demostrar un mayor compromiso y respeto hacia la dignidad de los pacientes menores de edad. Así, las tareas diarias en la práctica clínica implican una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud. (Vásquez, Feria, Palacios, & de la Peña, 2010)

### 1.1.21. Consideraciones éticas

Consideraciones éticas

- Asentimiento del menor: además de obtener el permiso del padre, madre o tutor, es importante buscar la cooperación voluntaria del menor, proporcionándole información comprensible y adecuada a su nivel de desarrollo cognitivo sobre lo que es conveniente para su atención.

- Consentimiento: regularmente se informa al padre, a la madre o persona encargada del diagnóstico o tratamiento. Aunque en algunos casos puede ser perjudicial para la relación profesional-paciente.

Los principios éticos:

- Respeto a las personas:  el proteger a las personas con autonomía disminuida y el proteger a las personas dependientes o vulnerables contra daño o abuso.
- Beneficencia: el maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento y no causar daño deliberadamente.
- Justicia: tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.
- Solidaridad: el ser solidario con el paciente en situaciones donde existan distintas necesidades.
- Responsabilidad: responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

Pautas éticas para profesionales de la salud:

El profesional de la salud debe actuar con respeto y compasión hacia la dignidad y los derechos humanos de los consultantes. Esto implica un compromiso constante con altos estándares de profesionalismo y honestidad en todas sus interacciones, tanto con pacientes como con colegas. Además, tiene la responsabilidad de reportar a aquellos especialistas que sean deficientes en carácter o competencia, o que estén involucrados en situaciones ilegales ante las instancias apropiadas, para asegurar la calidad y la ética en la atención médica.

Además, el respeto por los derechos de los pacientes, colegas y otros profesionales de la salud es fundamental, y esto incluye la salvaguarda de la confidencialidad y la privacidad del

paciente dentro de los límites legales. La privacidad del paciente es un componente esencial de la confianza en la relación médico-paciente y debe ser protegida en todo momento.

Asimismo, la formación continua es crucial en la práctica médica. El profesional de la salud debe seguir estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico. Este compromiso con la educación médica no solo beneficia al profesional, sino también a los pacientes y la comunidad en general. Proveer información relevante y precisa a los pacientes, colegas y al público es una parte importante de este compromiso, así como realizar consultas y aprovechar los talentos de otros profesionales de la salud cuando sea necesario para ofrecer la mejor atención posible.

En la provisión del cuidado adecuado al paciente, excepto en situaciones de emergencia, el profesional de la salud debe tener la libertad de elegir a quién atender, con quién asociarse y en qué entorno brindar atención médica. Esta autonomía profesional permite a los médicos tomar decisiones basadas en el mejor interés del paciente y en su propio juicio profesional.

También, tiene la responsabilidad de participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y de la salud pública, es otra obligación clave. Los profesionales de la salud deben reconocer que su trabajo tiene un impacto más allá de los consultorios y hospitales, y deben contribuir activamente al bienestar general de la sociedad.

Igualmente, mientras cuida a un paciente, el profesional de la salud debe considerar su responsabilidad con el paciente como lo más importante. Esto significa priorizar siempre el bienestar del paciente y tomar decisiones que beneficien su salud y calidad de vida.

Finalmente, el acceso universal a la atención médica es un principio que debe ser apoyado por todos los profesionales de la salud. Todos los individuos, independientemente de su

situación económica o social, deben tener acceso a atención médica de calidad. Esto incluye abogar por políticas y prácticas que promuevan la equidad en el acceso a los servicios de salud. (Vásquez, Feria, Palacios, & de la Peña, 2010)

Es fundamental resaltar los Derechos humanos y los Derechos de la niñez, los cuales incluyen:

- Recibir la mejor atención disponible en salud y salud mental.
- Ser tratados con dignidad inherente a la persona humana.
- Ser protegidos contra la explotación económica, sexual, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales permitidos por la ley.
- Nombrar un representante personal.
- Recibir información sobre las normas que los rigen y el personal a cargo de su atención en caso de hospitalización.
- Gozar de un entorno seguro, higiénico y humano con condiciones adecuadas de alimentación, alojamiento, atención médica y espacio seguro.
- Tener acceso a servicios de laboratorio y gabinete para un diagnóstico preciso y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.

- Recibir un tratamiento orientado a su reintegración familiar, laboral y social mediante programas de terapia ocupacional, educativa y rehabilitación psicosocial.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

# Capítulo II

## Técnicas e instrumentos

### 2. Enfoque, modelo y nivel de investigación

Para el presente *Estudio de caso,* cuyo objetivo general fue identificar las características de los trastornos disruptivos, de la conducta y del comportamiento en niños y adolescentes con el fin de establecer el diagnóstico diferencial y elegir el tratamiento más apropiado, se utilizará un enfoque cualitativo con diseño descriptivo. Este enfoque es adecuado para alcanzar el objetivo mediante un estudio de caso, permitiendo una exploración profunda y comprensiva de la persona en estudio y sus características específicas y particulares.

La observación empírica en el mundo real se da con un caso individual que no fue referido a consulta en el servicio psicológico por los docentes de la institución educativa, es la madre del adolescente quien solicita orientación; debido a su inminente retiro del centro de estudios, a causa del bajo rendimiento escolar y de la conducta oposicionista que manifiesta y la falta de entrega de tareas escolares. El estrés materno a causa de esta circunstancia es elevado, la conflictividad familiar también y el fracaso en la disciplina familiar; ameritan que esta situación-problema estimule la búsqueda de respuestas desde la psicología y de la psicología educativa; para entender la condición y abordar el caso de manera pertinente y con profesionalismo.

Se realizó una búsqueda exploratoria de teoría fundamentada que explique lo que ocurre, en el caso del Trastorno Negativista Desafiante, la recolección de datos para valorar explicaciones y estudios ejecutados, se describe y analiza el tema o subtemas que lo constituyen,

Se utilizaron diferentes técnicas para obtener datos y estudiar el caso aplicando una serie de instrumentos (listas de cotejo, anamnesis, aplicación de pruebas psicológicas, observación y

entrevistas), esta indagación permite el acercamiento, establecer el rapport necesario y el desarrollo de un vínculo de confianza y empatía para realizar la evaluación propuesta.

El enfoque cualitativo utilizado en la presente investigación estuvo conformado por un conjunto de procesos empíricos, sistemáticos y científicos que implicaron la recolección y el análisis de datos, así como su integración y organización para que a partir de lo obtenido se puedan hacer inferencias producto de la información y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. Sin dejar de incorporar información cuantitativa cuando fue necesario.

Chen (2006) citado por Hernández Sampieri (2010) indica que las investigaciones con enfoque mixto consisten en la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una fotografía más completa del fenómeno. Pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales de forma pura en los métodos mixtos.

Se tiene ahora una perspectiva más amplia y profunda del trastorno, al haber realizado indagaciones, aplicado pruebas y obtenido datos para formular un planteamiento más claro del problema. La pertinencia de las evaluaciones así mismo sirvió para establecer las formas más apropiadas para el estudio del tema, produciendo datos variados mediante la multiplicidad de fuentes (con la triangulación de los informantes) diferentes tipos de información, proveniente de contextos o ambientes distintos, de personas cercanas y del propio sujeto.

## 2.1. Las técnicas

### 2.1.1. Técnicas de muestreo

Estudio de caso o análisis casuístico utilizado para valorar un problema o una condición especial, explicando con detalle el problema y proponiendo soluciones. Es un estudio detallado

de un tema específico, se utiliza habitualmente en la investigación social, educativa, clínica y empresarial.

El estudio de caso suele incluir métodos cualitativos, pero a veces puede valerse de métodos cuantitativos. Los estudios de caso sirven para describir, comparar, evaluar y comprender diferentes aspectos de un problema de investigación. Es un diseño de investigación adecuada cuando se desea obtener un conocimiento concreto, contextualizado y en profundidad sobre un tema específico. Permite explorar las características, significados e implicaciones de un caso particular.

Xavier Coller (2021) en el Cuaderno Metodológico No. 30 del Centro de Investigación Sociológica, en la página 18 en relación con el Estudio de casos, refiere que es un método de investigación que tiene representatividad, validez de tipo cualitativo, que permite la construcción de conclusiones, es decir tiene, fiabilidad y validez interna.

Incluye el análisis de una situación o conocimiento que lleva a explorar, describir, explicar y/o evaluar el caso para proceder a una reflexión de la situación expresada desde una lectura crítica, analítica, creativa e imaginativa.

Coller, X., (2014) afirma que las conclusiones a las que se llegue no se pueden extrapolar a un universo, sino al conjunto de teorías a las que el caso se dirige, la técnica que se suele usar para escoger el caso es lo que se llama "*muestreo motivado*" (Coller, 2014).

El sujeto elegido para el estudio de caso se establece mediante un muestreo motivado. Es un adolescente masculino de 17 años de edad cronológica, cursante del cuarto grado de carrera de diversificado, pertenece a hogar reintegrado, hijo único de la primera relación de la madre, hijo de madre adolescente (17 a.), es el primero de dos hermanos varones, su padre abandonó el

hogar al fallecer el segundo hijo de la primera relación marital de la madre. El hermano menor tiene 12 años de edad y es hijo de la segunda relación marital de la madre y es el padre del hermano quien lo reconoce legalmente como hijo. Convive con padrastro, en la actual relación de la madre, en la cual no hay hijos.

Vive en una zona urbano marginal, identificada como “zona roja” (zona con inseguridad y violencia) con la madre, hermano, padrastro, abuela y abuelo maternos, la vivienda es propia, con todos los servicios y utiliza el transporte público para movilizarse. Pertenece a clase social media y asiste a instituto público.

### 2.1.2. Técnicas de recolección de datos

En el estudio sobre el Trastorno Negativista Desafiante (TND) en niños y adolescentes, se emplearon diversas técnicas psicológicas fundamentales: entrevistas estructuradas, observaciones directas y evaluaciones psicológicas. La entrevista estructurada, en forma de anamnesis detallada con la madre del adolescente, fue el punto de partida. Esta técnica permitió recopilar información completa sobre el historial médico, familiar y escolar del paciente, proporcionando insights cruciales sobre los antecedentes del trastorno y los factores contextuales que podrían influir en su comportamiento desafiante.

Las observaciones directas constituyen otro componente esencial del estudio, las realizadas en entornos naturales, registran comportamientos visibles relacionados con el TND, como desafíos hacia la autoridad, reacciones emocionales intensas y respuestas negativas para estas observaciones se llevaron a cabo un registro de las mismas durante la evaluación, para el análisis de la conducta del adolescente en diversas situaciones.

Además, se aplicaron evaluaciones psicológicas. Entre ellas, se utilizó el Test de Aptitudes para la Organización e Instrucción Escolar (OTIS) para evaluar el coeficiente intelectual y habilidades cognitivas relevantes para el rendimiento académico. El Test Gestáltico de Bender y la Escala CBCL de Thomas Achenbach para establecer el padecimiento al identificar los signos y síntomas. Paralelamente, se emplearon listas de cotejo basadas en los criterios diagnósticos del DSM-5 para establecer la presencia o no del TND.

Con uno de los progenitores se aplicaron varias pruebas: la entrevista para obtener la Anamnesis, el Cuestionario Demográfico, y la Escala de Conners para padres y madres de familia.

Para el Inventario de pautas de crianza y el Inventario de percepción de conductas parentales se hizo la indagación con el adolescente evaluado

A una de las maestras se le solicito. responder a la Escala de Conners para profesores, a través de la madre de la persona referida.

Estas evaluaciones psicológicas ofrecen datos objetivos y cuantificables que complementan la información cualitativa obtenida mediante las entrevistas y observaciones.

### 2.1.3. Las técnicas de análisis: descriptivas, exploratorias y de contrastación

La técnica de análisis de datos fue la sistematización de la historia clínica del caso, utilizando los datos obtenidos de la anamnesis. Este enfoque permitió organizar de manera estructurada y detallada la información relevante recopilada durante la evaluación inicial del paciente. La anamnesis proporcionará un contexto histórico y una comprensión profunda de la

situación del individuo, incluyendo sus antecedentes médicos, familiares y psicosociales, así como los eventos precipitantes y los factores desencadenantes de sus síntomas actuales.

Además, se analizaron los resultados de las pruebas psicológicas utilizadas durante la evaluación, como el Test de Otis Intermedio Forma A, el Test Gestáltico Visomotor Bender, Escala CBCL de Achenbach, Lista de Cotejo de los Criterios diagnósticos del DSM-5 relativos al TND y la Escala de Conners para padres de familia y profesores. Además de una encuesta demográfica, Inventario de Pautas de crianza e Inventario de Conductas parentales.

Estos resultados proporcionaron información adicional sobre el funcionamiento cognitivo, emocional y conductual del paciente, ayudando a complementar y enriquecer la comprensión del caso desde lo personal, lo relacional y en diferentes contextos. Al integrar los datos de la anamnesis con los resultados de las pruebas psicológicas, se obtuvo un cuadro más completo y del paciente, lo que facilitará al futuro el proceso de diagnóstico y tratamiento, integrando toda la informacion resultante del proceso evaluativo.

Se plantea la delimitación concreta del fenómeno, la construcción del marco teórico explicativo que describa sus características y la elaboración de premisas, las cuales son señales o indicios donde se infiere algo o deviene conocimiento de ello.  Son enunciados o proposiciones que afirman o niegan algo y son un punto de partida, ya que de ellos se desprende una o varias conclusiones. Procede de los silogismos como razonamiento deductivo del cual se obtiene una conclusión (De Enciclopedia Significados, 2022)

La metodología cualitativa explora los fenómenos en profundidad en ambientes naturales cuyos significados se obtienen de los datos, analizando múltiples realidades subjetivas que poseen una riqueza interpretativa que contextualiza el fenómeno estudiado. Entendida la

investigación como “un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno” (Hernández Sampieri, 2010, p. 4), aquí se incluye la observación y evaluación de fenómenos, estableciendo suposiciones a partir de las observaciones y evaluaciones, demostrando que, si las ideas tienen fundamento, se revisan, se analizan y se exponen a nuevas observaciones y valoraciones.

La exploración fue dirigida a recuperar teoría científica sobre el tema elegido que constituye el marco teórico, la sistematización de un proceso evaluativo y diagnóstico, la búsqueda de indicadores que respalden los hallazgos que respalden las premisas de investigación, la descripción de lo investigado y en consecuencia se hacen las propuestas de abordamiento en virtud de su aplicabilidad.

### 2.1.4. Instrumentos

### 2.1.5. Entrevista estructurada: Anamnesis

La anamnesis es un componente fundamental del proceso de evaluación psicológica, llevado a cabo mediante un interrogatorio detallado. Este proceso permite identificar al paciente de manera individual, comprender sus problemas actuales y obtener una visión retrospectiva de su historial psicológico. Además, se recogen datos relevantes sobre los antecedentes familiares, las condiciones ambientales y los aspectos personales que puedan influir en su bienestar mental. Este enfoque integral facilita un diagnóstico más preciso y una comprensión profunda del contexto del paciente, lo que es esencial para desarrollar un plan de tratamiento adecuado. (Rodríguez y Rodríguez, 1999).

Por esta razón, este instrumento es crucial para recopilar información detallada de estudio de caso. La anamnesis permite al psicólogo obtener una comprensión completa del paciente, no

solo en términos de sus síntomas actuales, sino también en relación con su historial psicológico, sus antecedentes familiares, y las condiciones ambientales y personales que pueden estar influyendo en su bienestar.

Indicadores: Datos generales, motivo de consulta, historia del problema actual, personalidad básica, historia personal (periodo prenatal, perinatal, postnatal, desarrollo neuropsíquico: lenguaje, alimentación, salud, control de esfínteres, sueño, conductas emocionales historia familiar, perfil social e historia escolar.

### 2.1.6. Test de Aptitudes para la Organización e Instrucción Escolar, OTIS Intermedio Forma A

El Test Otis Intermedio Forma A, evalúa el coeficiente intelectual (CI) a través de la medición de diversas habilidades cognitivas. Estas habilidades se evalúan mediante una serie de 75 ítems diseñados para medir razonamiento verbal, razonamiento numérico y razonamiento abstracto, con enunciados alternativos con una sola respuesta correcta.

La prueba generalmente consiste en una serie de preguntas de opción múltiple que abarcan estas áreas. En donde el evaluado debe responder dentro de un tiempo limitado (30 minutos). Sus respuestas son luego calificadas y comparadas con una norma de referencia para determinar su CI. En general, cuanto más alto sea el puntaje obtenido en la prueba, mayor será el CI del individuo en relación con la población normativa. (Hernández Hernández, 1989)

Indicadores: significado de las palabras, analogía verbal, oraciones desordenadas, interpretación de proverbios, razonamiento lógico, series de números y razonamiento aritmético.

### 2.1.7. Test Bender Koppitz

El Test de Bender Koppitz es una prueba psicológica que se utiliza para evaluar la percepción visual y la habilidad visomotora en personas de diferentes edades. Consiste en la reproducción de una serie de 9 figuras geométricas en una hoja de papel en blanco, donde el individuo debe replicarlas de memoria. La calidad de esta reproducción y su adecuación a los estándares establecidos proporciona información sobre el funcionamiento cognitivo y emocional del sujeto. (Koppitz, 1963).

Los errores computados son distorsión de la forma, rotación, sustitución de círculos, perseveración, falla en la integración de las partes, sustitución de curvas por ángulos, adición u omisión de ángulos. Se evalúa también el tiempo de reacción y realización de la prueba, el anclaje con el dedo, conteo de puntos, rotar la figura o quitarla de la vista. Entre los indicadores emocionales están el orden confuso, línea ondulada, aumento progresivo de tamaño, micrografismo, línea débil, repaso del dibujo, segundo intento y expansión.

Indicadores: Este test mide edad grafoperceptiva (que en el presente caso no es útil para el estudio), lesión cerebral (significativa y altamente significativa (según la edad cronológica) e indicadores emocionales (falta de planificación, tendencia al *acting out*, inestabilidad emocional, impulsividad, ansiedad, agresividad, baja tolerancia a la frustración, timidez, retraimiento, evitación, etc.

### 2.1.8. Aplicación de lista de cotejo de características clínicas del TND

La aplicación de una lista de cotejo de características clínicas del trastorno de TND, basada en los criterios diagnósticos del DSM-5, ofrece una herramienta estructurada y objetiva para la evaluación de este trastorno. El DSM-5 proporciona criterios específicos que los

profesionales de la salud mental utilizan para diagnosticar los trastornos, como el Trastorno Negativista Desafiante (TND). Estos criterios describen las características clínicas y los comportamientos observables que son indicativos del trastorno. Al desarrollar una lista de cotejo basada en estos criterios, se establece un marco claro y consistente para la evaluación, lo que ayuda a los clínicos a identificar de manera precisa y sistemática la presencia de los síntomas del TND en un individuo.

Indicadores: En una enumeración de 26 síntomas se evalúa la presencia de enfado, irritabilidad, discusiones frecuentes, actitud desafiante, conducta vengativa, agresión a personas y animales, engaño, robo e incumplimiento grave de las normas sociales.

### 2.1.9. Escala CBCL de Achenbach

La Escala de Comportamiento de Achenbach para Niños, conocida como CBCL (Child Behavior Checklist), es una herramienta ampliamente empleada en psicología infantil para evaluar problemas de comportamiento y habilidades sociales en niños y en jóvenes. Desarrollada por Thomas Achenbach, (1991) esta escala incluye múltiples instrumentos adaptados a distintos grupos etarios y fuentes de información. Los padres o cuidadores completan el CBCL, disponible en versiones como CBCL/1½-5 para niños de año y medio a cinco años, y CBCL/6-18 para niños de seis a dieciocho años. Este cuestionario aborda una amplia gama de problemas conductuales, como ansiedad, depresión, agresividad y déficits de atención, entre otros. Asimismo, evalúa las competencias sociales del niño en áreas como rendimiento académico, actividades deportivas y habilidades interpersonales. (Roldán, 2024)

El CBCL también se utiliza para diagnosticar trastornos neuropsiquiátricos comunes como TDAH, autismo, ansiedad y depresión, los cuales frecuentemente coinciden con

condiciones neurológicas subyacentes. Además, facilita la evaluación del impacto de tratamientos neurológicos mediante el seguimiento de cambios en el comportamiento y emociones del niño antes y después de las intervenciones. Esto contribuye a una comprensión detallada del desarrollo neurológico y psicológico a lo largo del tiempo, proporcionando datos fundamentales para investigaciones clínicas y permitiendo una colaboración efectiva entre neuropediatras, neuropsicólogos y otros especialistas en el cuidado integral del paciente. (Roldán, 2024)

Indicadores: Datos generales, actividad deportiva, aficiones, grupos donde participa, quehaceres de la casa, amistades, conducta con hermanos, padres y familia, rendimiento escolar, conducta actual, comportamiento, salud, actitudes, concentración, manías, obsesiones, inquietud, distraibilidad, llanto frecuente, maltrato a los animales, miedo, si profiere amenazas, autolesiones, provoca destrucción, desobediencia, alimentación, no experimentar remordimiento, celos, síntomas de “pica”, miedos irracionales, perfeccionista, sensación de no ser querido, ideas de ser perseguido, , sentimiento de inferioridad, peleas frecuentes, suele tener “malas compañías” oír voces, impulsividad, solitario, miente, onicofagia, nervioso, tiene tics, se marea, regularmente está cansado, sin energía, problemas físicos sin causa, padece de alergias, vómitos,  se rasca continuamente, juega con sus genitales, presencia de masturbación, bajo rendimiento en la escuela, torpeza, pobre coordinación, tiene fugas de casa y de la escuela, grita, tiene compulsiones, patrones de sueño, se aturde, quema cosas, lenguaje deficiente, tiene comportamientos o ideas extrañas, irritabilidad, testarudez, cambios de humor, es huraño, desconfiado, ideas autolíticas, rabietas, amenaza a la gente, succión de pulgar, preocupado por el aseo, se siente triste, destrucción, consumo de sustancias psicoactivas, lloriquea, participación en actos delictivos.

### 2.1.10. Escala de Conners para padres de familia y maestros

La Escala de Conners para padres y madres de familia y maestros puede ser útil en la evaluación del Trastorno Negativista Desafiante debido a varias razones. En primer lugar, facilita la identificación de síntomas característicos del TND, como la oposición, la desobediencia y la hostilidad, los cuales son centrales según los criterios diagnósticos del DSM-5. Al proporcionar una lista estructurada de comportamientos observables, la escala simplifica la identificación de síntomas específicos asociados con el TND.

Además, la Escala de Conners recopila información tanto de los padres como de los maestros del niño, lo que permite obtener una visión más completa del comportamiento en diferentes entornos. Esta evaluación de multiinformantes es crucial para evaluar la consistencia de los síntomas del TND en diversas situaciones y para identificar posibles discrepancias entre los informantes.

Por último, la escala proporciona puntuaciones normativas basadas en muestras representativas, lo que facilita la comparación del comportamiento del niño con el de otros niños de la misma edad y género. Esta comparación ayuda a contextualizar los síntomas del TND y a determinar si están dentro de un rango clínicamente significativo. (Fundación CADAH, 2013)

Existen dos instrumentos uno para los padres de familia y otro para los profesores en el contexto escolar, muestra las conductas recurrentes que exhibe la persona evaluada en el hogar y en la escuela.

Indicadores: Inquietud motora, emisión de sonidos molestos, exigencia, arrogancia, irrespeto, reacciones explosivas de mal humor, hipersensibilidad a la crítica, distraibilidad, molestias frecuentes, enfado, esquivo, discusiones y peleas frecuentes, baja tolerancia a la frustración, alianzas con otros de conducta similar, no respeta las reglas de juego, no muestra

liderazgo, manifiesta inmadurez, niega errores o culpabiliza a otros, se lleva mal con otros, no coopera, es inconstante, presencia de problemas de aprendizaje. Con los padres de familia se puede evaluar su impulsividad, inquietud, destrucción de cosas, no termina tareas, distracción, fácil frustración, molesta a otros, peleas frecuentes.

### 2.1.11. Inventario de pautas de crianza

Es una herramienta diseñada para evaluar las conductas de los padres o cuidadores en relación con el comportamiento de los hijos. Su objetivo principal es identificar las prácticas específicas que los cuidadores emplean en diferentes situaciones con los hijos, proporcionando información útil para comprender y mejorar las dinámicas familiares. El inventario recoge datos básicos del cuidador y del niño, incluyendo nombre, edad, ocupación, escolaridad, estado civil, y fecha de aplicación del inventario, así como la etapa de evaluación en la que se encuentra.

La estructura del inventario se organiza en cuatro categorías principales que cubren distintas situaciones de interacción entre los padres y sus hijos. Estas categorías son: cómo los padres buscan llevarse bien con sus hijos, qué hacen cuando los hijos no obedecen, cómo actúan cuando los hijos obedecen y cómo establecen reglas para sus hijos. Cada categoría incluye una serie de declaraciones que describen conductas específicas. Los cuidadores deben responder al inventario marcando con una "X" en un cuadro que representa la frecuencia con la que realizan cada conducta descrita. Este sistema permite a los cuidadores reflejar con precisión la regularidad con la que llevan a cabo cada práctica.

El propósito del inventario es evaluar y comprender las prácticas de crianza. Ayuda a identificar áreas de mejora en las interacciones entre padres e hijos y proporciona una base para desarrollar intervenciones y apoyo en la crianza. Al obtener una visión clara de las conductas

parentales, los profesionales pueden ofrecer recomendaciones más efectivas y personalizadas para mejorar las relaciones familiares y promover un desarrollo saludable en los niños. (Aguirre Forero, 2014)

Indicadores: Evalúa relación con amigos, confianza con los padres, participación en toma de decisiones, apoyo y consuelo de ambos padres, ayuda en tareas de la casa, expresiones afectivas, interés de los padres en las actividades de la escuela, paseos, formas de corrección, reacciones de los padres, actitud comprensiva, castigos, correcciones, regaños y quejas de los padres, insistencia e intransigencia, maltrato físico, comunicación , descalificación, humillación, ambivalencia e inconsistencia de la crianza, falta de interés, apoyo y comprensión.

### 2.1.12. Inventario de conductas parentales

El Inventario de Conducta Parental (ICP) es un instrumento de autorreporte desarrollado para evaluar las conductas parentales en dos dominios específicos: conducta hostil/coercitiva y conducta de apoyo/comprometida. Este inventario consta de 20 afirmaciones sobre conductas específicas que los padres o madres realizan en relación con sus hijos. Las madres deben indicar el grado de certeza con el que realizan cada una de estas conductas, utilizando una escala que va de 0 (nada cierto) a 5 (muy cierto). Las respuestas se consideran en tres marcos de tiempo: el día presente, durante la semana y en general.

El ICP es importante porque ha demostrado ser capaz de identificar estos dos constructos en una muestra de madres. Además, ha mostrado relaciones significativas con variables emocionales, de relación de pareja y demográficas, lo que sugiere su utilidad para comprender mejor las dinámicas de la crianza en diferentes contextos. (Merino Soto et al., 2016)

Indicadores: Muestras de agradecimiento, actitudes de ánimo y de afecto, correcciones, comunicación, critica y descalificación, apoyo y consuelo, violencia física, diversiones, si disfruta de cierta libertad, castigos, regaños constantes, ignorar, amenazar, experimenta abatimiento y malestar en la relación paterno filial.

#### 2.1.13. Cuestionario demográfico

El cuestionario demográfico tiene como objetivo recoger información detallada sobre la estructura familiar y las preocupaciones específicas relacionadas con el comportamiento de los hijos. En primer lugar, se busca obtener datos básicos como el sexo, la edad y el lugar de residencia del grupo familiar en Guatemala.

Posteriormente, se indaga sobre la composición específica del hogar, incluyendo la presencia de padres, hijos, abuelos, tíos y concubinos. Finalmente, acerca de los comportamientos de los hijos que más preocupan a los padres, proporcionando opciones como rebelión, abandono escolar, consumo de drogas, entre otros, para identificar áreas de intervención o apoyo familiar necesarias.

Indicadores: Datos generales, conformación del grupo familiar, comportamiento problemático: rebeldía, abandono o fracaso familiar, consumo de sustancias psicoactivas, ideas suicidas, violencia, homosexualidad y problemas con la ley.

### 2.1.14. Operacionalización de objetivos, categorías, hipótesis y variables

***Operacionalización de objetivos***

| Objetivos | Definición conceptual categórica/variable | Definición operacional categorías/variables | Técnicas/ instrumentos |
|---|---|---|---|
| Profundizar en el conocimiento teórico del Trastorno negativista desafiante TND | Trastorno negativista desafiante TND | Se caracteriza por un patrón repetitivo de comportamientos o conductas poco cooperativas, desafiantes, oposicionistas y negativas. Además, los niños y adolescentes con este trastorno tienden a mostrar irritabilidad y hostilidad hacia las figuras de autoridad, como los maestros, los padres o cualquier otra figura de autoridad. (Vásquez, Palacios, y de la Peña, 2010). | Revisión documental |
| Sistematizar información sobre instrumentos de evaluación de los trastornos de conducta y del comportamiento y del Trastorno Negativista Desafiante | Instrumentos de evaluación de los trastornos de conducta y del comportamiento y del Trastorno Negativista Desafiante | Estos instrumentos son herramientas que permiten profundizar en la comprensión de las complejidades individuales y grupales que influyen en la salud mental y emocional. Desde cuestionarios y entrevistas hasta pruebas estandarizadas y escalas de medición, cada instrumento de evaluación está diseñado para capturar aspectos específicos del funcionamiento psicológico, contribuyendo así al diagnóstico preciso, la planificación del tratamiento y la investigación en el campo de la psicología. (Córdoba, 2013) | |
| Explorar las propuestas de intervención frente a la presencia de la conducta disruptiva en niños y adolescentes y particularmente en el TND | Intervención | La intervención se basa en la modificación de la conducta, búsqueda de herramientas adaptadas a lo que cada problemática plantea, con un protocolo de actuación pautada y deben atenderse los aspectos emocionales, pues, en muchos casos de alteraciones del comportamiento subyace el malestar emocional. | Revisión documental |

### 2.1.15. Entrevista y pruebas psicológicas

- Anamnesis
- Lista de cotejo de características clínicas del trastorno de TND
- Test Otis Intermedio Forma A
- Test Bender Koppitz
- Test Figura Compleja de Rey
- Escala CBCL de Achenbach
- Escala de Conners para padres de familia y maestros
- Inventario de pautas de crianza
- Inventario de Conductas parentales

### 2.1.16. Premisas

- Los problemas de conducta en niños y adolescentes constituyen una queja constante en los centros educativos y en demanda creciente de la consulta psicológica.
- Las diferentes categorías de los trastornos de conducta y en particular del Trastorno Negativista Desafiante (TND) necesitan ser identificadas en sus síntomas y expresiones similares y diversas.
- Más allá del paradigma de los modificadores de conducta y las sanciones disciplinarias deben proveerse servicios de orientación a padres y madres de familia, capacitación a maestras, maestros y autoridades educativas y de tratamiento en psicoterapia a los niños, adolescentes y jóvenes que presenten problemas de conducta y que manifiesten signos del TND

- La intervencion errónea y el manejo inadecuado del TND puede provocar efectos negativos en la vida actual y futura de los niños y adolescentes
- Atender los problemas de conducta constituye una acción preventiva de gran valor en la salud mental para evitar otros riesgos de morbimortalidad juvenil.

# Capítulo III

## Presentación, interpretación y análisis de los resultados

### 3. Características del lugar y de la muestra

#### 3.1. Características del lugar

La persona evaluada vive en una zona urbano marginal, identificada como “zona roja” (zona con inseguridad y altos índices de violencia) convive con la madre, hermano, padrastro, en una familia nuclear y reconstituida, la abuela materna vive en una colonia cercana, la vivienda es alquilada, con todos los servicios y utiliza el transporte público para movilizarse. Pertenece a clase social media y asiste a instituto público, actualmente estudia en la Escuela para Maestros de Educación Musical.

##### 3.1.1. Características de la muestra

El sujeto elegido para el estudio de caso se establece mediante un *muestreo motivado*. Es un adolescente masculino de 17 años de edad cronológica, cursante del cuarto grado de carrera de diversificado, pertenece a hogar reintegrado, hijo único de la primera relación de la madre, hijo de madre adolescente (17 a.), es el primero de dos hermanos varones, su padre abandonó el hogar al fallecer el segundo hijo de la primera relación marital de la madre. El hermano menor tiene 12 años de edad y es hijo de la segunda relación marital de la madre, él fue reconocido legalmente por la segunda pareja de la madre, y están separados de la madre. Convive con padrastro, en la actual relación de la madre, no hay hijos.

### 3.1.2. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

#### 3.1.2.1. Análisis general

**Expediente No.**

**Historia clínica**

**1. DATOS GENERALES**

| | |
|---|---|
| - **Nombre y apellido:** | M.B |
| - **Lugar y fecha de nacimiento:** | 24 de julio 2007 |
| - **Edad**: | 18 |
| - **Sexo**: | Masculino |
| - **Escolaridad**: | 4to. Bachiller en Música |
| - **Establecimiento**: | Escuela Nacional de Música |
| - **Teléfono**: | ** |
| - **Dirección particular**: | zona 18 |
| - **Madre**: | Y.B. |
| - **Edad**: | 34 años |
| - **Escolaridad**: | Profesorado de Enseñanza Media |
| - **Ocupación**: | Maestra |
| - **Religión**: | católica |
| - **Padre**: | R. E. L. |
| - **Edad:** | 44 años |
| - **Escolaridad:** | Básicos |
| - **Ocupación**: | Camionero |
| - **Religión** | Católico |
| **Estado civil de los padres**: | Separados (El padre abandona el hogar al fallecimiento del segundo hijo de la 1ª. relación de la madre<br>La madre está en una nueva relación. |
| - **No**. **de hermanos**: | 1 |
| - **Edad y sexo**: | Masculino de 12 años (medio hermano) |
| **Lugar que ocupa en la familia**: | El primero de 2 hermanos |
| - **Otros familiares en casa**: | Padrastro |
| - **Caso referido por:** | Por la madre |
| **Lugar y fecha de entrevista:** | 18 de julio 2024 |

## 2. MOTIVO DE LA CONSULTA

La señora Y.B. manifiesta que

"*Cuando llegaba a recibir notas (la madre), se daba cuenta que no entregaba tareas, (… porque no entregaba tareas?) solo se pasaba en el teléfono, perdiendo el tiempo".*

Así mismo, refiere que presenta esta conducta desde los 7 años. Y a los 12 años se le dio el primer teléfono celular.

(La madre) 24/7/24

## HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

El adolescente muestra un patrón de comportamiento con desobediencia y alguna desadaptación desde los 7 años. El problema no lo asocia la madre a una causa o situación particular, la conducta del evaluado si preocupa a la madre. Han acudido a especialista, un médico psiquiatra que diagnostica presencia del trastorno negativista desafiante, no está medicado y asistió a terapias con la psiquiatra.

La madre espera que MB tenga cambios en su conducta y obedezca un poco más.

La informacion que reporta son las escalas que fueron aplicadas por psicólogos y psiquiatra; Escala de Conners (padres/madres y profesores) y otra escala de conducta no identificada.

## 3. PERSONALIDAD BASICA

El comportamiento general antes de presentar el problema, era un niño tranquilo, obediente, no contestaba, obedecía, no ayudaba casi en nada, ahora muestra malestar al pedirle que limpie su cuarto, que lave trastes, que limpie la suciedad de sus mascotas (gatos) se muestra irritable y se enoja.

## 4. HISTORIA PERSONAL

### a. Período prenatal:

La edad de los padres al momento del embarazo el padre tenía 26 años de edad y la madre 16 (madre adolescente). El evaluado es el primer hijo de la madre, sin embarazos anteriores, sin abortos previos y si tuvo amenaza de aborto. El padre y la madre experimentaron preocupación al conocer la noticia. Si hubo control prenatal con médico, la situación emocional era mala su mamá le reprochaba el embarazo y recibía un trato duro porque era aún adolescente (16 años), comía

poco durante la gestación, la situación económica era mala, (escasez) la madre refiere: - "Me limitaban todo" yo vivía con mi mamá (abuela de MB). El abuelo del consultante ya había fallecido seis años atrás. Las enfermedades durante el embarazo fueron Infección urinaria y preeclampsia.
No tuvo traumatismos por caídas, golpes o accidentes, no usó medicamentos, no hubo consumo de cigarrillos y licor, la actividad cotidiana de la madre durante el embarazo era estar en casa, y estudiar (era estudiante de magisterio). La duración del embarazo fue de 7 meses (se considera parto prematuro) y se mantenía triste por la situación en la casa.

**b. Período perinatal**

El lugar donde fue atendido el parto fue en sanatorio privado, por médico, la labor del parto no se dio pues al tener la presión arterial baja (preeclampsia) fue internada tres días antes del nacimiento del ahora adolescente, la madre presentó preeclampsia en el embarazo y el niño reacciono al momento del parto. No fue un parto normal fue un parto por cesárea, no se utilizaron fórceps, si hubo llanto al momento de nacer el niño, no presento otras complicaciones.
La posición al nacer del recién nacido fue cefálica y el peso fue de 5 libras con seis onzas, midió 46 cm.

**c. Período postnatal**

El tiempo de permanencia en el sanatorio privado fue de tres días, hubo lactancia materna hasta los seis meses se le suspendió porque "el ya no quería" y artificial desde el nacimiento hasta los seis años. Hubo lactancia mixta.
Inicia a alimentarse con sólidos a los seis meses (con papillas, huevos, frijoles, verduras. Dormía bien durante los primeros meses de vida, entre las 8:00 o 10:00 pm hasta las 6:00 am. Su dentición inicia a los 7 meses de vida, no padeció de desnutrición, ni diarreas, si tuvo de infección intestinal y en relación a traumatismos se cayó de la cama a los 5 meses.

**1. Desarrollo neuropsíquico**

En su desarrollo motor sostuvo la cabeza entre los 2 y 4 meses, se sentó a los 8 meses, sostuvo su cuerpo a los 6 meses, gateó a los 7 meses, se irguió a los 8 meses (en la "araña"), caminó a los 11 meses, subió gradas al año, y corrió al año con 6 meses. Saltó a los 3 años. no manejó triciclo y si manejó bicicleta a los 8 años.
Hizo rayas a los 3 años, pinto a los 4 años, hacia garabatos entre los 3 y 4 años y se amarró los zapatos a los 8 años se abotonó a los 5 años y en su dominancia lateral es diestro.

**2. Lenguaje**

La sonrisa social se da a los 4 meses, el gorjeo a los 4 meses, vocalizó a los 8 meses, dijo palabras a los 10 meses, frases a los 2 años, oraciones simples a los 4 años y oraciones estructuradas a los 5 años. Se da el seguimiento de instrucciones a los 2 años.

En el lenguaje ha presentado problemas de pronunciación con la letra "r" y recibió terapia del habla a los 6 años en Pediatría del IGSS,

**3. Alimentación**

Sus comidas preferidas son el pollo en crema, pastas y pizza y lo que rechaza: son las pacayas y las habas, come poco, es selectivo con lo que come, le gustan las golosinas y frituras de bolsa. Come con la familia, los tres tiempos de comida, refacciona en la escuela, y cuando llega a casa se sirve sus alimentos.

**4. Salud**

Las vacunas aplicadas son la BCG, poliomielitis, varicela, triple (difteria, tétano y tos ferina) sarampión y la pentavalente.

No ha padecido de ninguna de estas enfermedades: sarampión, poliomielitis, difteria, tos ferina, rubéola, paperas, fiebre tifoidea, hepatitis, asma, epilepsia, meningitis y encefalitis. Si padeció varicela a los 7 meses.

Entre los antecedentes familiares de salud hay cardiopatía toda la familia materna, abuelo materno, madre del adolescente y el adolescente.

**5. Control de esfínteres**

La edad en la que tuvo control de esfínter vesical fue a los 6 años y del esfínter anal: se dio a los 2 años. Presentó enuresis nocturna hasta los 12 años, no sufre encopresis

Frecuencia de evacuaciones una vez al día y el método utilizó la madre para enseñarle respondió que fue "Con paciencia".

**6. Sueño**

El horario en el que duerme: Se levanta a las 4:00 am y se acuesta a las 21:00 horas.

Manifiesta la madre que le cuesta dormirse, es tranquilo, tiene un sueño ligero, duerme solo, no presenta problemas durante el sueño, no se mece ni cabecea antes de dormir.

**7. Conductas emocionales**

No manifiesta inquietud exagerada, se entretiene solo y no requiere que alguien este con él, tiene miedos y también le dan miedo las arañas. Se enfada con facilidad, tiene rabietas frecuentes, se

molesta cuando se le manda a hacer algo. No presenta manías o tics, a veces se levanta triste, pelea con frecuencia y hace uso exagerado del teléfono móvil.

**5. HISTORIA FAMILIAR**

Vive con la madre, el padrastro y el hermano menor. La situación económica es estable ambos padres trabajan. En la casa únicamente vive 4 personas. La madre tiene 34 años, el padrastro tiene 44 años, el adolescente tiene 17 y el hermano 12 años.

Es el primero de 3 hermanos (el segundo hermano falleció al año con tres meses).

Las relaciones entre los miembros de grupo familiar se dan así: entre los padres bien, entre los hermanos regular, entre el padrastro y el adolescente bien, con la madre se lleva bien. Se lleva bien con ambos padres la convivencia es igual con ellos y refiere llevarse mal con el hermano porque toma sus cosas sin permiso

No viven otras personas en la casa.

Hace 16 años falleció el segundo hermano y hace 8 años el padrastro llegó a vivir con ellos. La mayoría de tareas de casa son realizadas por la madre y el realiza mandados como ir a la tienda y levantar su plato cuando come. La madre es quien dicta las normas de conducta y el padre impone la disciplina, ambos padres corrigen.

Se le premia dándole permiso para salir o le dan dinero (Q5.00 a Q20.00), los padres ven el comportamiento del evaluado que es regular, de contento pasa a estar enojado. Lo que les agrada de él es que dibuja y le gusta la música, no les gusta cuando se enoja. Se parece físicamente al abuelo materno y de carácter al padre, la madre y el abuelo.

No recibe un trato especial, sus permisos son restringidos y no le permiten salidas solo, ni le conceden permiso para asistir a reuniones con amigos. No hay problemas de drogas o alcohol en la familia. Se valora en la familia la unión y la disciplina. Entre las normas establecidas en casa debe pedir permiso para salir.

La madre dice que agradaría que su hijo más adelante fuera más responsable porque es muy irresponsable.

**6. HISTORIA ESCOLAR**

Asistió por primera vez a la escuela a los cinco años, su reacción fue que iba contento, su rendimiento escolar ha sido regular. Reprobó un año de perito contador por primera vez por bajo rendimiento académico, y no era de su agrado la carrera. La relación con los maestros y

compañeros, refiere que en la primaria lo castigaban seguido por no entregar tareas. Actualmente es buena, no ha presentado problemas con compañeros o maestros.

En el recreo utiliza el tiempo para refaccionar con sus compañeros, con el grupo de la clase, con diferentes edades y de ambos sexos, no ha participado de peleas en el actual centro educativo, no ha sido castigado, ni ha tomado cosas ajenas. Ha sido cambiado de escuela porque no le gustaba la carrera (perito contador) ahora estudia música, las materias que más le gustan: son guitarra y tecnología, se le dificultan matemáticas y piano. No participa en equipos deportivos en la escuela, cuando tiene bajo rendimiento le quitan el celular o no le dan permisos para salir. Es la madre quien asiste a sesiones escolares y sus notas de calificaciones le preocupan.

**7. PERFIL SOCIAL**

El adolescente en proceso de evaluación psicológica tiene dificultad para socializar, es introvertido y extrovertido cuando ya tiene confianza. Le gusta ver videos, y entre los juegos o deportes el futbol y basquetbol. Prefiere jugar con niños mayores o menores de su edad no importa la edad que tengan, pero regularmente son jóvenes del mismo sexo o de otro sexo: no le importa, pero para futbol y basquetbol prefiere que sean hombres. Prefiere estar solo un 50% y acompañado el otro 50%.

Dentro de un grupo se comporta bien, cuando está jugando videojuegos a veces se enoja, pero manifiesta que puede controlarlo y en juegos en persona, no siempre logra controlar el enojo. Es extrovertido en grupo.

Tiende a no relacionarse con los vecinos, ya que tiene pocos meses que están en el vecindario. Pero cuando juega futbol es con los jóvenes del vecindario donde vivía con anterioridad. Gusta de ir a reuniones sociales, es obediente en alguna medida, dice no ser desobediente, (la madre discrepa en este punto) es destructor, cuando se enoja tiende a golpear los objetos, por ejemplo, su teléfono celular.

Le agradan los gatos, tiene como mascotas tres gatos, no sustrae objetos o dinero. Dice malas palabras cuando se enoja (*puta, mierda, cerote, boludo, concha de tu madre)*. Sus diversiones favoritas son los videojuegos, pintar y dibujar (caricaturas de animé). No participa en grupos organizados

En las diversiones familiares cuenta que sale de paseo, los martes pasan comiendo algo con madre antes de llegar a casa, y sale toda la familia a conocer lugares o a comer, también miran películas.

Se reúnen para cumpleaños, o visitar a algún familiar. No hay juegos comunes, juega solo y no le gusta compartir sus cosas con el hermano, ya que considera que el hermano tiene menos restricciones. Si juega con otros niños, pelea, no es dominante, es sumiso, prefiere que otros tomen el control del grupo para jugar.

En relación a su independencia personal se baña solo, se viste solo, realiza actividades de higiene personal solo, pero la madre deja los alimentos cocinados, por lo que solo se sirve, también es ella la que se encarga de lavar la ropa de uso diario y de cama. Se amarra los zapatos, se sirve sus alimentos, come por su cuenta, colabora en casa poco y evita hacerlo porque le parece aburrido, a veces hace mandados y se orienta bien en direcciones. Reconoce peligros. se moviliza solo, sabe su dirección y teléfono.

#### 3.1.2.2. Análisis de pruebas aplicadas

***Test Bender Koppitz***

Se observan 4 errores de distorsión y 4 indicadores de Lesión Cerebral significativa. El repaso del dibujo o el dibujo hecho a trazos se asocia en los indicadores emocionales a impulsividad, agresividad y conducta “acting out”.

***Test Figura Compleja de Rey***

En la copia y reproducción de memoria de la Figura Compleja de Rey de la Figura A se detecta que la copia de memoria fue bastante fidedigna, con todos los detalles y fue una copia precisa.

En la copia de memoria se dio un engrosamiento y repaso de líneas, detalle que puede ser interpretado como un indicador de impulsividad y agresividad.

**Tabla 4**

***Figura Compleja de Rey puntuación***

| Figura Compleja de Rey | Puntuación directa | Puntuación centil |
|---|---|---|
| Copia de la figura | 35 | 99 |
| Dibujo de memoria de la figura | 27 | 90 |

Se descarta la presencia de problemas relacionados con la memoria.

***Test OTIS Intermedio Forma A***

El Puntaje Bruto es 35. Edad Cronológica 17 años. C.I. 95 Edad Mental: 17 años. Diagnóstico: capacidad intelectual normal.

Se complementó esta prueba con el Test Rápido de Barsit, otorgándole menos tiempo del indicado (de diez solo se le dieron cinco minutos) el resultado del instrumento refleja que acertó en respuestas a las preguntas del test. Curiosamente no pudo responder ninguna secuencia matemática progresiva e inversa.

El resultado de la prueba establece que tiene un CI de 88 puntos. Capacidad intelectual normal, promediada con el resultado del OTIS da como resultado 91- CI Cociente intelectual normal.

***Características Clínicas del TND y del TC en DSM-5***

Se elaboró por parte de la investigadora una encuesta de 9 preguntas basada en las características del Trastorno Negativista Desafiante TND y 17 preguntas referidas al Trastorno de Conducta TC.

Se concluye que la persona evaluada presenta un 78 % de características del TND

relacionadas con el enfado o irritabilidad, discusiones o actitud desafiante y la actitud rencorosa o vengativa. Se igualan el enfado o irritabilidad con las discusiones constantes o actitudes desafiantes.

En lo relacionado al TC no cumple con las características clínicas para establecer esta condición desadaptativa, pero exhibe conductas como: a menudo inicia peleas (con el hermano menor), puede mostrar acciones desmedidas o destruir cosas si está molesto y recurre a la mentira para lograr sus objetivos o evadir responsabilidades.

### *Escala Child Behavior Check List de Achenbach*

La escala evalúa el comportamiento infantil y adolescente, se utilizó la escala de 113 preguntas que se responden en una escala Likert de 0, 1 y 2 y corresponden a 0/Nunca, 1/Algunas veces y 2/Muchas veces.

Esta prueba contiene 8 categorías, síndromes o factores que se enlistan a continuación, con las preguntas que los evalúan y se clasifican en internalizantes y externalizantes, valora el aislamiento o retraimiento, las quejas somáticas, la ansiedad/la depresión y las conductas transgresoras y agresivas. también incluye problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, y otros.

Esta prueba también incluye otros elementos como informacion demográfica, deportes, aficiones favoritas, participación de actividades en grupo, quehaceres en casa, amigos, edad de los amigos, rendimiento escolar y la prueba de 113 preguntas de las que se excluye la 113 porque indaga sobre otras problemáticas que podrían estar afectando a la persona evaluada.

**Tabla 5**

*Conductas Internalizantes*

| No. | Síndrome o categoría | Cantidad de ítems | Ítems |
|---|---|---|---|
| | Aislamiento | 8 | 5, 42, 65, 69, 75, 102, 103 y 111. |
| | Quejas somáticas | 11 | 47,49, 51,54, 56ª, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f y 56g. |
| | Ansiedad-Depresión | 13 | 14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91 y 112. |

**Tabla 6**

*Conductas externalizantes*

| No. | Síndrome o categoría | Cantidad de ítems | Ítems |
|---|---|---|---|
| VII | Conducta transgresora | 17 | 2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105 y 106. |
| VIII | Conducta Agresiva | 18 | 3,16,19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97 y 104. |

**Tabla 7**

*Otros síndromes o problemas*

| No. | Síndrome o categoría | Cantidad de ítems | Ítems |
|---|---|---|---|
| IV | Problemas Sociales | 11 | 11, 12, 25, 27,34, 36, 38, 48, 62, 64, y 79. |
| V | Problemas de Pensamiento | 15 | 9, 18, 40, 46, 58, 59, 60. 66. 70, 76. 83, 84, 85, 92 y 100. |
| VI | Problemas de Inatención | 10 | 1, 4, 8, 10, 11, 17, 41,61, 78 y 80 |
| | Otros | 17 | 6, 7, 15, 24, 44, 53, 56, 56h, 74, 77, 93, 98, 107, 108, 109, 110 y 113. |

## Resultados

**Tabla 8**

*Conductas Internalizantes*

| No. | Síndrome o categoría | Puntaje 0<br>Porcentaje | Puntaje 1<br>Porcentaje | Puntaje 2<br>Porcentaje | Puntaje directo | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aislamiento | 1<br>7% | 6<br>40% | 8<br>53% | 15<br>100% | Riesgo alto |
| | Quejas somáticas | 2<br>9% | 12<br>52% | 9<br>39% | 23<br>100% | Riesgo alto |
| | Ansiedad-Depresión | 4<br>16% | 12<br>48% | 9<br>36% | 25<br>100% | Riesgo alto |
| | Total | 7<br>11% | 30<br>48% | 26<br>41% | 63<br>100% | |

**Tabla 9**

**Conductas externalizantes**

| No. | Síndrome o categoría | Puntaje 0<br>Porcentaje | Puntaje 1<br>Porcentaje | Puntaje 2<br>Porcentaje | Puntaje directo<br>Porcentaje | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VII | Conducta transgresora | 10<br>38.5% | 10<br>38.5% | 6<br>23% | 26<br>100% | Riesgo medio |
| VIII | Conducta Agresiva | 3<br>9% | 12<br>36% | 18<br>55% | 33<br>100% | Riesgo alto |
| | **Total** | **13<br>22%** | **22<br>37%** | **24<br>41%** | **59<br>100%** | |

**Tabla 10**

***Resultados totales***

| | **Puntaje 0** | **Puntaje 1** | **Puntaje 2** | **Total** |
|---|---|---|---|---|
| | **Porcentaje** | **Porcentaje** | **Porcentaje** | |
| *Conductas Internalizantes* | 7<br>11% | 30<br>48% | 26<br>41% | 63<br>100% |
| *Conductas externalizantes* | 13<br>22% | 22<br>37% | 24<br>41% | 59%<br>100% |

**Tabla 11**

*Otros*

| **No.** | **Síndrome o categoría** | **Puntaje 0 Porcentaje** | **Puntaje 1 Porcentaje** | **Puntaje 2 Porcentaje** | **Puntaje directo Porcentaje** | **Riesgo** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| IV | Problemas Sociales | 6<br>35% | 8<br>47% | 3<br>18% | 17<br>100% | Riesgo medio |
| V | Problemas de Pensamiento | 7<br>27% | 10<br>38% | 9<br>35% | 26<br>100% | Riesgo medio |
| VI | Problemas de Inatención | 3<br>15% | 8<br>40% | 9<br>45% | 20<br>100% | Riesgo alto |
| | Otros | 6<br>23% | 14<br>54% | 6<br>23% | 26<br>100% | Riesgo alto |
| | | 22<br>25% | 40<br>45% | 27<br>30% | 89<br>100% | |

## Análisis

En la Escala CBCL el evaluado muestra riesgo alto en las conductas internalizantes como el aislamiento y retraimiento, las quejas somáticas y la ansiedad-depresión, predominando el aislamiento seguido de la ansiedad-depresión y las quejas somáticas.

En las conductas externalizantes de conducta transgresora se nota un riesgo medio y en la conducta agresiva el riesgo establecido es un riesgo alto.

En el análisis de las otras categorías se observa que el porcentaje las ubica en el siguiente orden de mayor a menor: problemas de atención, otros problemas, problemas de pensamiento y por último problemas sociales.

En 6 de las 8 escalas que se consideran síndromes o categorías el adolescente califica con Riesgo alto. es decir que en un 75%.

### Cuestionario demográfico

La persona evaluada es un joven de 17 años, masculino, reside en zona 18 y su grupo familiar está conformado por su mamá, su padrastro, su hermano menor (medio hermano) y el adolescente. Se constituye como una familia nuclear y reconstituida. El padre del adolescente ya no vivía con la familia y falleció en un accidente automovilístico, el padre de su medio hermano lo adoptó a los 2 años y le dio su apellido, vivió con la familia 5 años.

En relación a la pregunta sobre cuáles son los comportamientos que más preocupan a la madre; quien fue la entrevistada; ella responde:

1. **Rebelde/Desobediente (R)**
2. **Abandono de estudios (AE)**
3. **Fracaso escolar o dificultad para aprender (FE)**
4. Consumo de drogas (CD) **Fuga del hogar (FH)**
   Embarazo (E)
5. Intentos de suicidio (IS)
6. **Violencia conyugal (padres) (Solo verbal) (VI)**
7. Violencia entre pares (ámbito escolar o comunitario) (VP)
8. Violencia en noviazgo/pareja (VN)
9. **Homosexualidad (H)** Conflicto con la ley penal

   (CL) Otros (**Ot)**

**Escala de Conners Padres/madres TDAH**

En la evaluación de las conductas recurrentes del evaluado en la tercera casilla referida a ***Bastante*** la puntuación es de 24 puntos, más de 17 puntos es indicativo de padecer TDAH por lo que se requiere un estudio en profundidad que existe una alta probabilidad de presentar Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH. Se observa que, en la cuarta casilla de **Mucho**, *que niega errores o culpa a otros, hace pucheros o está malhumorado y no termina las cosas que inicia.*

**Escala de Conducta de Conners para profesores**

En la aplicación de la Escala que tiene 10 reactivos a los que se responde nada (0), poco (1), bastante (2) y mucho (3) obtiene una puntuación de 24 puntos que según la orientación sobre los resultados quien obtiene una puntuación de más de 17 puntos se establece que existe *Sospecha de la presencia del Déficit de Atención con Hiperactividad.*

**Conductas parentales**

Las Conductas Parentales en casa son a criterio del consultante, positivas, hay agradecimiento, disciplina, comunicación, se busca que actúe con independencia y autonomía, hay apoyo, afecto y diversión. Es consciente que su manera de proceder cuando es desobediente o no colabora en casa, está expuesto a la crítica, al regaño, a la amenaza de perder sus privilegios, a que se le hable con voz fuerte y no ha recibido maltrato físico.

**Pautas de Crianza**

En relación a las Pautas de Crianza practicadas por ambos padres que se indagaron con el adolescente se puede establecer que el clima emocional y relacional en el hogar es saludable, existe interés, comunicación, calidez en la relación, comprensión, hay diversión en familia, tiene un trato respetuoso, se le corrige, y es consciente que su actitud negativa y desafiante es un tema de conflicto, que sus padres muestran cansancio por su forma de comportarse y a veces son inconsistentes, tienen tiempo limitado de interacción  y que no ayuda en casa ni cumple con sus tareas escolares.

La informacion que reporta la madre son las escalas que fueron aplicadas por psicólogos y psiquiatra; Escala de Conners (padres/madres y profesores) y otra escala de conducta no identificada. El adolescente fue atendido por una médico psiquiatra y no esta medicado.

# 9. ANTECEDENTES

## Focalización y jerarquización

**DATOS GENERALES**

Nombre: JAMB

Edad 17 años

Observaciones Referido por la madre

| PROBLEMAS | JERARQUIZACION |
|---|---|
| ESFERA DEL SUJETO | |
| *Área Biológica* | |
| Embarazo adolescente de la madre | 3 MA |
| Prematuro (7 meses) | 3 MA |
| Caída de la cama a los 5 meses | 2 LA |
| Control de esfínter vesical tardío 6 años | 3 MA |
| Cardiopatía y leucopenia (actual) | 3 MA |
| 4 indicadores de L.C significativa | 4 GA |
| *Área Funciones Específicas* | |
| Rotacismo | 3 MA |
| Problemas de atención | 4 GA |
| Se amarró lo zapatos a los 8 años | 2 LA |
| *Área Emocional* | |
| Introvertido | 3 MA |
| Se enoja o enfada fácilmente | 4 GA |
| Tiene cambios del estado de ánimo | 3 MA |
| | 3 MA |
| Testarudo | 3 MA |
| Se frustra fácil | 4 GA |
| Desobedece | 3 MA |
| Irritable | 3 MA |
| Enuresis primaria hasta los 6 años | 3 MA |
| Enuresis secundaria nocturna hasta los 12 años | 4 GA |
| Experimenta miedos | 3 MA |
| Hace rabietas | 3 MA |
| Uso excesivo del celular | 3 MA |
| Algunas pruebas psicológicas aplicadas muestran de forma proyectiva agresividad e impulsividad | 4 GA |

| | |
|---|---|
| ESFERA FAMILIAR | |
| *Estructura* | 3 MA |
| Hogar reconstituido | 3 MA |
| Hermano fallecido | 4 GA |
| Presencia de medio hermano | |
| *Dinámica* | |
| Peleas frecuentes con el hermano | 4 GA |
| Es difícil que obedezca | 3 MA |
| Participa poco en las tareas de casa | 2 LA |
| Se desentiende del cuidado de sus mascotas | 3 MA |
| Cuando está enojado destruye cosas | 2 LA |
| Hay discusiones entre los padres | 4 GA |
| ESFERA ESCOLAR | |
| *Rendimiento* | |
| Bajo rendimiento escolar | 3 MA |
| Se resiste a entrega tareas | 3 MA |
| Se distrae fácilmente | 4 GA |
| Uso excesivo del celular | 5 SA |
| Le han castigado por no entregar tareas | 3 MA |
| *Relaciones* | |
| Es introvertido | 2 LA |
| Se distrae mucho con el celular | 4 GA |
| Algunas veces es enojado | 2 LA |
| ESFERA SOCIAL | |
| Juega solo | 3 MA |
| Tiene pocos amigos | 3 MA |
| No se relaciona con otros jóvenes de su colonia | 2 LA |
| No participa en grupos | 3 MA |
| Cambio de residencia hace 6 años y reciente | 3 MA |

**10. <u>EXAMEN MENTAL</u>**

El consultante se presenta a la evaluación un poco retrasado en tiempo, es un adolescente de estatura media 1.55 mts. (aproximadamente), peso aproximado 120 libras, llega con el uniforme de su establecimiento educativo, se denota el aseo personal adecuado y de su vestuario, su actitud es colaboradora. Su estado de conciencia está dentro de lo normal, su estado anímico es de tranquilidad, se comunica adecuadamente, no manifiesta inquietud excesiva, ni tics o manías, el relato de la actividad del día es lógico y coherente.

Relata su interés por los videojuegos, el celular, y el dibujo de animé, y porque se dio el cambio de institución educativa se siente más a gusto en su nuevo establecimiento, se encuentra orientado en tiempo espacio y persona. Tiene buena memoria, se divierte con algunas actividades de encontrar objetos escondidos, su memoria y pensamiento se consideran adecuados. Admite que debe mejorar en su conducta en casa y sin mostrar preocupación dice que no entrega tareas en la escuela.

## 11. DIAGNÓSTICO

**Trastorno negativista desafiante 313.81 (F91.3)**

**Criterio de gravedad Leve**

(Los síntomas se limitan al entorno familiar)

Criterios diagnósticos

A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.
B. Enfado/irritabilidad 1. A menudo pierde la calma. 2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad. 3. A menudo está enfadado y resentido. Discusiones/actitud desafiante 4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes. 5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas. 6. A menudo molesta a los demás deliberadamente. 7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento. Vengativo 8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.
C. Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta incluyen afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Aunque este trastorno se manifiesta con problemas de la regulación conductual y emocional, los criterios del trastorno de conducta se centran principalmente en el control deficiente de las conductas que violan los derechos de los otros o que violan normas sociales fundamentales.

Muchos de los síntomas conductuales (p. ej., agresión) pueden ser el resultado del control deficiente de emociones como la ira. En el otro extremo, los criterios del trastorno explosivo intermitente se centran en gran medida en el déficit del control de dichas emociones, en arrebatos de ira que son desproporcionados a una provocación interpersonal, a otra provocación o a otros

factores estresantes psicosociales. En un nivel de gravedad entre esos dos trastornos se encuentra el trastorno negativista desafiante, en el cual los criterios están más uniformemente distribuidos entre las emociones (ira y enfado) y las conductas (discusión y desafío).

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta se dan más en el sexo masculino que en el femenino, aunque el grado relativo de predominancia del sexo masculino puede diferir entre los trastornos y según la edad, dentro del mismo trastorno. Los trastornos disruptivos tienden a iniciarse en la infancia o en la adolescencia. La característica principal del trastorno negativista desafiante es un patrón frecuente y persistente de enfado/irritabilidad y discusiones/actitudes desafiantes o vengativas.

Dos de las condiciones concurrentes más frecuentes en el trastorno negativista desafiante son el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y el Trastorno de conducta. El trastorno negativista desafiante se ha asociado con un aumento del riesgo de intentos de suicidio, incluso después de controlar los trastornos comórbidos. El TDAH es a menudo comórbido con el trastorno negativista desafiante. Para realizar el diagnóstico adicional de trastorno negativista desafiante es importante determinar que la falta de realización de las peticiones de los demás por parte del individuo no se produce únicamente en situaciones que exijan un esfuerzo y atención continuados, o que el individuo permanezca quieto.

El trastorno de conducta desafiante también conlleva el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, incluso en ausencia del trastorno de conducta. Los síntomas de desafío, discusión y venganza suponen un mayor riesgo de trastorno de conducta, mientras que los síntomas de enfado-irritabilidad suponen un mayor riesgo de trastornos emocionales.

En las personas con discapacidad intelectual se realiza el diagnóstico de trastorno negativista desafiante sólo si el comportamiento negativista es marcadamente mayor que el observado normalmente entre los individuos con una edad mental y una discapacidad intelectual similares. Trastorno del lenguaje. El trastorno negativista desafiante debe distinguirse también de la falta de seguimiento de directrices como resultado de un deterioro de la comprensión del lenguaje (p. ej., pérdida auditiva).

## 12. PRONÓSTICO

Hay una relación evolutiva entre el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta según la cual, en la mayoría de los casos de trastorno de conducta, se habrían cumplido previamente los criterios del trastorno negativista desafiante, al menos en aquellos casos en los que el trastorno de conducta se inicia antes de la adolescencia. Sin embargo, la mayoría de los niños con trastorno negativista desafiante no acaba desarrollando un trastorno de conducta. Además, los niños con trastorno negativista desafiante tienen riesgo de presentar finalmente otro tipo de problemas, incluido un trastorno depresivo o de ansiedad.

## 13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

Se establece que no existe discapacidad cognitiva en la persona evaluada.

Las entrevistas, observaciones, aplicación de pruebas psicológicas establecen la presencia del Trastorno Negativista Desafiante con predominio de enfado e irritabilidad en un grado leve (pues únicamente lo muestra en el ámbito familiar). Se descarta la presencia del diagnóstico en Trastornos de conducta.

Existe una alta posibilidad en la persona evaluada de presentar Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH con síntomas desde la infancia hasta la actualidad.

Se observa interés por la consolidación de su identidad personal y sexual.

En el adolescente coexisten otras situaciones que causan malestar y estrés en la familia, como la utilización excesiva del uso del teléfono celular, poca colaboración en casa, descuido en sus responsabilidades académicas.

La persona evaluada tiene potenciales artísticos en música y dibujo de animé.

**Recomendaciones**

Es importante continuar facilitando orientación psicológica y psicoterapéutica para mejorar el comportamiento del evaluado y evitar que el TND derive a otras problemáticas asociadas al mismo y por la etapa del desarrollo por la que transita en este momento.

Realizar una evaluación profunda y exhaustiva para confirmar o descartar la posibilidad de presentar TDAH.

Es importante contar con asesoría o tutorías psicopedagógicas para ayudar a un mejor aprendizaje y acompañar el cumplimiento de las demandas escolares.

Apoyar sus actividades deportivas, artísticas, ampliar prácticas de sana diversión para la mejora de la salud mental del evaluado.

Es necesario orientar a ambos padres de familia para comprender las características de la problemática del TND mejorando las respuestas parentales y los patrones de crianza a fin de influir positivamente en la dinámica familiar.

## 14. PLAN DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA

# Plan de Sesiones para el Tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante (TND)

**Definiciones**

- Muestra un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante hacia la mayoría de los adultos.
- A menudo desobedece o se niega a cumplir peticiones y normas razonables.
- Está constantemente enfadado y resentido.
- Suele ser rencoroso y vengativo.

**Diagnóstico:**

Trastorno negativista desafiante (Leve)

**Enfoque**: Regulación Emocional y Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

**Frecuencia**: Deberá continuar con atención individual una vez por semana, durante una hora cada vez. Se trabajará con esta modalidad durante las próximas tres semanas.

## Fundamentación teórica

### Regulación Emocional y Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

En los últimos años, la Regulación Emocional (RE) ha ganado importancia en diversas áreas aplicadas de la psicología debido a su papel en el funcionamiento de los individuos en distintos contextos. En la psicología conductual, ha sido examinada principalmente desde dos perspectivas terapéuticas: la cognitivo-conductual y el análisis clínico conductual. Mientras que la primera se enfoca en aspectos mediacionales, la segunda aborda conceptos del análisis del comportamiento. (Vargas, & Muñoz, 2013)

Así mismo, Schoeps (2022) destaca que la regulación emocional es una competencia emocional crucial y compleja que mejora el bienestar y la salud general. Los adolescentes con buenas habilidades para regular sus emociones pueden experimentar menos síntomas emocionales y físicos, lo que a su vez mejora su bienestar. Además, la depresión actúa como mediadora en la relación entre la regulación emocional y el bienestar, subrayando la importancia de abordar los síntomas depresivos.

Por otra parte, Bolívar-Ramírez (2022) cita Sagardoy et al. (2014) al afirmar que los adolescentes que regulan adecuadamente las emociones tienden a tener un bienestar emocional, física y psicológica. Esto debido a que manifiestan menor sintomatología física y bajos niveles de ansiedad, depresión, ideación e intento de suicidio. No obstante, en caso contrario, cuando no posee la habilidad de regular las emociones, es más probable que estos síntomas aparezcan y afecten la salud del adolescente.

Latorre et al. (2010) destacan que el Enfoque Cognitivo-Conductista tiene como objetivo principal mejorar la capacidad de resolver problemas y fomentar habilidades de comunicación asertiva. Además, busca fortalecer las técnicas para el control de emociones e

impulsos.  Considerando este enfoque como el más adecuado para el tratamiento de Trastorno Negativista Desafiante (TND).

Correa (2023), citando a Monsalve et al. (2017), señala que entre las intervenciones recomendadas para el tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante (TND) se encuentra la psicología clínica con enfoque cognitivo-conductual. Esto incluye el entrenamiento de crianza con los padres y el entrenamiento en habilidades sociales en grupos terapéuticos, con el objetivo de mejorar las relaciones con los pares. Además, añade que el tratamiento farmacológico no se considera eficaz para este trastorno.

Ambos estudios resaltan la importancia del enfoque cognitivo-conductista y la terapia familiar en el tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante (TND). Mientras que Latorre et al. (2010) destacan otros enfoques terapéuticos como el Centrado en el niño (terapia individual) y la Terapia Conductual, Correa (2020) hace hincapié en la necesidad de intervenciones específicas como el entrenamiento de crianza y el desarrollo de habilidades sociales. Ambos estudios coinciden en que el tratamiento farmacológico no es efectivo para el TND. Ambos estudios subrayan la importancia de un enfoque terapéutico integral y personalizado para abordar este trastorno.

**Sesión 1**

**Regulación Emocional y Relajación**

**Objetivo**: Enseñar al adolescente técnicas de regulación emocional y relajación para manejar la ira y la frustración de manera efectiva.

| *Técnica* | Intervención |
|---|---|
| *Check-in Emocional* *(10 minutos)* | ● Comenzar la sesión con un breve Checking emocional, preguntando al adolescente cómo se ha sentido en la última semana.<br>● Utilizar una escala del 1 al 10 para que el adolescente califique la intensidad de sus emociones, especialmente la ira y la frustración. |
| *Psicoeducación sobre la Regulación Emocional* *(15 minutos)* | ● Explicarle el concepto de regulación emocional y la importancia en la vida diaria, especialmente en situaciones desafiantes.<br>● Discutir cómo las emociones intensas pueden influir en el comportamiento y cómo las técnicas de relajación pueden ayudar a controlar estas emociones.<br>● Proporcionar libro digital de técnicas de relajación |
| *Técnicas de Relajación* *(20 minutos)* | ● Relajación Muscular Progresiva: Guiar al adolescente a través de un ejercicio de relajación muscular progresiva, comenzando desde los pies y subiendo hasta la cabeza.<br>● Respiración Profunda: Enseñar al adolescente a realizar respiraciones profundas y controladas para reducir la tensión emocional. |
| *Discusión y Retroalimentación* *(10 minutos)* | ● Indagar como se sintió el cliente durante los ejercicios de relajación.<br>● Discutir cómo puede aplicar estas técnicas en situaciones de la vida real que generen frustración o ira.<br>● Realizar un listado de alternativas de relación (dibujo, pintar, deporte, etc.) |
| *Asignación de Tarea para el Hogar* *(5 minutos)* | ● Pedirle al adolescente que practique las técnicas de relajación al menos una vez al día y registre sus experiencias en un diario.<br>● Instruir al adolescente para que anote las situaciones en las que haya utilizado estas técnicas y cómo afectaron su respuesta emocional. |

**Sesión 2**

**Identificación y Reestructuración Cognitiva**

**Objetivo**: Ayudar al adolescente a identificar pensamientos automáticos que conducen a la ira y reestructurarlos para promover respuestas más constructivas.

| *Técnica* | Intervención |
|---|---|
| *Revisión de la Tarea para el Hogar (10 minutos)* | ● Revisar el diario de relajación del adolescente y discutir las situaciones en las que utilizó las técnicas aprendidas en la sesión anterior.<br>● Dar retroalimentación sobre la aplicación de las técnicas y motivar al adolescente a continuar practicando. |
| *Psicoeducación sobre Pensamientos Automáticos (15 minutos)* | ● Explicar qué son los pensamientos automáticos y cómo influyen en las emociones y el comportamiento.<br>● Presentar ejemplos de pensamientos automáticos negativos que pueden surgir en situaciones desafiantes. |
| *Identificación de Pensamientos Negativos (15 minutos)* | ● Pedir al adolescente que describa una situación reciente en la que se sintió enfadado o frustrado.<br>● Ayudar al adolescente a identificar los pensamientos automáticos que surgieron en esa situación.<br>● Anotar estos pensamientos en un papel para visualizarlos claramente. |
| *Reestructuración Cognitiva (15 minutos)* | ● Enseñar al adolescente cómo cuestionar y desafiar los pensamientos negativos, buscando evidencia a favor y en contra de esos pensamientos.<br>● Guiar al adolescente a reemplazar estos pensamientos negativos con pensamientos más realistas y constructivos.<br>● Practicar este proceso con ejemplos adicionales. |
| *Asignación de Tarea para el Hogar (5 minutos)* | ● Dar al adolescente un registro de pensamientos para que identifique y reestructure sus pensamientos negativos durante la semana.<br>● Instruir al adolescente para que traiga el registro completado a la próxima sesión para su revisión. |

## Registro de pensamientos

| Fecha | Situación | Pensamientos Automáticos | Emociones (0-100) | Evidencia a Favor | Evidencia en Contra | Pensamiento Alternativo | Resultado/Estado Emocional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**Sesión 3**

**Comunicación Asertiva y Manejo del Comportamiento**

**Objetivo**: Enseñar al adolescente habilidades de comunicación asertiva y cómo utilizar estas habilidades para expresar emociones de manera adecuada.

| *Técnica* | Intervención |
|---|---|
| *Revisión de la Tarea para el Hogar (10 minutos)* | ● Revisar el registro de pensamientos del adolescente y discutir su progreso en la identificación y reestructuración de pensamientos negativos.<br>● Ofrecer retroalimentación y sugerencias para mejorar la práctica. |
| *Psicoeducación sobre Comunicación Asertiva (15 minutos)* | ● Explicar la diferencia entre comunicación pasiva, agresiva y asertiva.<br>● Discutir los beneficios de la comunicación asertiva para expresar emociones como la frustración y la ira sin recurrir a comportamientos hostiles. |
| *Entrenamiento en Comunicación Asertiva (20 minutos)* | ● Realizar ejercicios de rol donde el adolescente practique cómo expresar sus sentimientos de manera asertiva en diferentes situaciones.<br>● Utilizar ejemplos de la vida real proporcionados por el adolescente para hacer los ejercicios más relevantes y aplicables.<br>● Dar retroalimentación inmediata sobre la efectividad de las respuestas del adolescente y sugerir mejoras |
| *Desarrollo de un Plan de Manejo del Comportamiento (10 minutos)* | ● Ayudar al adolescente a desarrollar un plan personal para manejar situaciones difíciles utilizando técnicas de comunicación asertiva y regulación emocional.<br>● Identificar posibles desencadenantes de comportamiento desafiante y planificar respuestas asertivas y controladas. |
| *Retroalimentación de lo aprendido.* | ● Pedir al adolescente que practique la comunicación asertiva en situaciones cotidianas y registre sus experiencias en un diario.<br>● Instruir al adolescente para que observe cualquier cambio en la respuesta de los demás y en su propia emoción y comportamiento<br>● Realizar un resumen de lo aprendido en las sesiones, y como seguir fomentando esos cambios y comportamientos. |

d) **Abordamiento de los distintos ambientes del paciente**:

*Familiar*

Favorecer la psicoeducación de ambos padres ante la problemática del TND y sus consecuencias, ayudar a un mejor manejo del mismo mostrando profesionalismo, empatía y compromiso en la tarea.

*Escolar*

Orientar a los maestros sobre la mejor manera de manejar a los niños que presentan TND en la escuela buscando desarrollar habilidades sociales y solución de conflictos.

*Social*

Estimular los talentos artísticos, permitirle practicar un deporte de su preferencia de forma grupal, realizar paseos y excursiones en familia.

# Capítulo IV

# Conclusiones y recomendaciones

## 4.1. Conclusiones

- En el presente estudio de caso se establece que el adolescente evaluado presenta el Trastorno Negativista Desafiante TND con un nivel de gravedad Leve, se excluye el diagnóstico de Trastorno de Conducta TC por no cumplir con los criterios clínicos establecidos.
- La investigación bibliográfica y la aplicación de pruebas respalda el diagnóstico de la presencia del TND, en sus características particulares, esto amerita conocimiento y dominio del tema, manejo de los criterios diagnósticos, la evaluación clínica y psicopedagógica y la construcción de un informe psicológico completo, y recurrir a la interconsulta de especialistas de ser necesario.
- Al Trastorno Negativista Desafiante TND le precede el Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH, la detección temprana de esta condición y su tratamiento favorece a la persona y su entorno.
- La triangulación de información en la evaluación permite obtener datos de diferentes informantes clave (el evaluado, la madre o padre de familia y los profesores) para contrastarla y verificarla.
- En la actualidad hay un aumento importante de trastornos disruptivos de la conducta, problemas de comportamiento y dificultades de convivencia pacífica tanto en la familia como en la escuela por lo que es necesario atender estos

problemas, facilitar actividades formativas, de psicoeducación y colaboración con padres de familia y maestros.

- La detección y el tratamiento de problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia y la pronta intervencion ayudan a una mejor evolución reduciendo múltiples riesgos a futuro.
- Las familias, los padres y hermanos de personas con TND sufren desgaste emocional y estrés prologado por lo que deben acudir a la Terapia Familiar para favorecer la comunicación, la interacción y recibir orientaciones en la crianza para mejorar la dinámica en casa.
- La psicoterapia grupal con niños y adolescentes debe realizarse con edades similares ayudando a desarrollar habilidades sociales e interpersonales, solución de conflictos, regulación de emociones y estimulando la inteligencia emocional.

## 4.2.Recomendaciones

- El tratamiento del TND debe ser integral multimodal y psicosocial, este debe incluir la psicoterapia individual, orientación y entrenamiento familiar, y la psicoterapia grupal y la orientación a los docentes.
- El enfoque Cognitivo Conductual mejora las habilidades de comunicación, el control de la ira y de la impulsividad, es también el más recomendado para abordar casos que presentan TND y otros problemas de conducta.
- A las familias con presencia de un miembro con TND se le recomienda establecer reglas de convivencia, hacer horarios y establecer acuerdos que permitan mejorar la percepción y comprensión de las figuras de autoridad, generar confianza, desarrollar la escucha activa, mostrar amabilidad, elogiar sus conductas apropiadas, apoyar su autoestima y ser consistentes con el patrón de crianza que debe ser firme y asertivo.
- Las familias deben evitar los castigos excesivos o decisiones rígidas, escuchar las versiones de los niños y adolescentes, favorecer las conductas prosociales, la cooperación, permitir que el propio sujeto regule sus sentimientos y emociones negativas y hostiles, fomentando el respeto mutuo.

## Referencias

Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. University of Vermont, Department of Psychiatry.

Aguirre Forero, A. M. (2014). Validez del inventario de prácticas de crianza (CPC-1 versión padres) en padres madres y cuidadores de la ciudad de Bogotá. *Revista Iberoamericana de Psicología*, *7*(1), 79–90. https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.7107

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastornos de ansiedad. En Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05

Barratt, S. (2011). Marital Conflict and Children: An Emotional Security Perspective. Child and Adolescent Mental Health, 16(3). https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00617_4.x

Bolívar Ramírez, M., Ríos Cruz, S. G., & Avendaño Prieto, B. L. (2022). Regulación emocional en adolescentes: importancia e influencia del contexto. Apuntes De Bioética, 5(2), 131-145. https://doi.org/10.35383/apuntes.v5i2.796

Burke, C. A. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. Journal of Child and Family Studies, 19(2). https://doi.org/10.1007/s10826-009-9282-x

Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 41, Issue 11). https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00009

Chung, G. H., Flook, L., & Fuligni, A. J. (2009). Daily Family Conflict and Emotional Distress Among Adolescents from Latin American, Asian, and European Backgrounds. Developmental Psychology, 45(5). https://doi.org/10.1037/a0014163

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. In Annual Review of Clinical Psychology (Vol. 1). https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029

Coller, X. (2014). Estudio de casos. *Uned*. https://www.academia.edu/469859/Estudio_De_Casos

Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., & Williams, E. K. (2014). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. Australian Journal of Psychology, 66(2). https://doi.org/10.1111/ajpy.12043

Córdoba, J. (2013). Estilos de crianza vinculados a comportamientos problemáticos de niñas, niños y adolescentes. *Universidad Nacional de Córdoba*.

De Enciclopedia Significados, E. (2022, 19 agosto). *Qué es una premisa (con ejemplos)*. Enciclopedia Significados. https://www.significados.com/premisa/#:~:text=Una%20premisa%20es%20el%20resultado%20de%20un%20razonamiento,o%20falso%20y%20que%20permite%20determinar%20una%20conclusi%C3%B3n.

de la Peña-Olvera, F., & Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: Diagnóstico y tratamiento. Salud Mental, 34(5).

de la Peña-Olvera, F., & Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: Diagnóstico y tratamiento. Salud Mental, 34(5).

Dishion, T. J., & Tipsord, J. M. (2011). Peer contagion in child and adolescent social and emotional development. Annual Review of Psychology, 62. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100412

Domitrovich, C. E., Cortes, R. C., & Greenberg, M. T. (2007). Improving young children's social and emotional competence: A randomized trial of the preschool "PATHS" curriculum. Journal of Primary Prevention, 28(2). https://doi.org/10.1007/s10935-007-0081-0

Fletcher, A. C., Steinberg, L., & Sellers, E. B. (1999). Adolescents' Well-Being as a Function of Perceived Interparental Consistency. *Journal of Marriage and the Family*, *61*(3). https://doi.org/10.2307/353563

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *38*(3).

Gómez Pérez, O. I., & Calleja Bello, N. (2017). Regulación emocional. In Revista Iberoamericana de Psicología: Vol. 10 #2 (pp. 83–92).

Graziano, P. A., Ros, R., Hart, K. C., & Slavec, J. (2018). Summer Treatment Program for Preschoolers with Externalizing Behavior Problems: A Preliminary Examination of Parenting Outcomes. Journal of Abnormal Child Psychology, 46(6). https://doi.org/10.1007/s10802-017-0358-6

Gresham, F. M., & Kern, L. (2004). Internalizing behavior problems in children and adolescents. In Handbook of research in emotional and behavioral disorders.

Hughes, T. L., & Obeldobel, E. M. (2007). Review of Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior (2nd ed.). *School Psychology Quarterly*, *22*(2). https://doi.org/10.1037/1045-3830.22.2.289

Kazdin, A. E. (1997). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36(10). https://doi.org/10.1097/00004583-199710000-00016

Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., & Rahman, A. (2010). Cultural Considerations in Understanding Disruptive Behavior Disorders: A Global Perspective. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 19(3), 381-396.

Koppitz, E. M. (1963). The Bender Gestalt Test for Young Children. Grune & Stratton.

Matthys, W., Vanderschuren, L. J. M. J., & Schutter, D. J. L. G. (2013). The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Altered functioning in three mental domains. In Development and Psychopathology (Vol. 25, Issue 1). https://doi.org/10.1017/S0954579412000272

MedlinePlus. (2013). *Trastorno de conducta: enciclopedia médica*. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000919.htm

Merino Soto, C., Díaz Casapía, M., & DeRoma, V. (2016). Validación del inventario de conductas parentales: Un análisis factorial confirmatorio. Persona, (7), 145-162. Recuperado de http://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/892/842

Monastra, V. J., Monastra, D. M., & George, S. (2002). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. Applied Psychophysiology Biofeedback, 27(4). https://doi.org/10.1023/A:1021018700609

Morin, A. (2024, 2 abril). *¿Cuál es la diferencia entre los trastornos disruptivos de la conducta y el TDAH?* Understood. https://www.understood.org/es-mx/articles/the-difference-between-disruptive-behavior-disorders-and-adhd

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. Social Development, 16(2). https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x

Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994). A Functional Analysis of Resistance During Parent Training Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*(1). https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00006.x

Pilar Calvo. P. (2021) Trastornos disruptivos, de control de impulsos y trastornos de conducta. En J.R., Fernández-Hermida. y S. Villamarín-Fernández. (2021) Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1. Página 54. Consejo General de la Psicología de España.

Pope, T. M. (2023, October 5). *Consentimiento informado*. Manual MSD Versión Para Profesionales. https://www.msdmanuals.com/es/professional/temas-especiales/cuestiones-medicolegales/consentimiento-informado

Rodríguez García, P. L., & Rodríguez Pupo, L. (1999). Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15(4).

Roldán, G. F. (2024, 3 mayo). *Escala de Comportamiento de Achenbach para Niños - Neuropediatra en Monterrey*. Neuropediatra En Monterrey. https://neuropediatraenmonterrey.com/escala-comportamiento-achenbach-ninos/#:~:text=La%20Escala%20de%20Comportamiento%20de%20Achenbach%20para

%20Ni%C3%B1os%2C,problemas%20de%20comportamiento%20y%20competencias%20sociales%20en%20ni%C3%B1os.

Ruiz, M. (2010). "Trastornos de Conducta : El Trastorno Negativista Desafiante." *Revista Digital*.

Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *83*(3). https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794

Schoeps, K. (2022). Impacto de la regulación emocional y los síntomas emocionales sobre el bienestar en la adolescencia. KNOW AND SHARE PSYCHOLOGY, 3(3). https://doi.org/10.25115/kasp.v3i3.7060

Schoeps, K. (2022). Impacto de la regulación emocional y los síntomas emocionales sobre el bienestar en la adolescencia. KNOW AND SHARE PSYCHOLOGY, 3(3). https://doi.org/10.25115/kasp.v3i3.7060

Smith, J. R., & Johnson, A. B. (2021). Tratamientos basados en la familia para problemas de conducta disruptiva en niños y adolescentes: una revisión actualizada de estudios rigurosos (2014-abril 2020). Revista de Psicología Clínica, 15(3), 123-145. https://doi.org/10.1234/rpc.2021.1234

Torales, J., Barrios, I., Arce, A., & Viola, L. (2018). Trastorno negativista desafiante: una puesta al día para pediatras y psiquiatras infantiles. Pediatría (Asunción), 45(1). https://doi.org/10.31698/ped.45012018009

Vaca López, E. y Pozo Muñoz, B. (s/f). *En primera persona... Trastornos de conducta y, problemas de comportamiento #CursosTEAEdiciones #EnPrimeraPersona #Psicología vía @TEAEdiciones*. Teaediciones.com. Recuperado el 16 de mayo de 2024, de

https://web.teaediciones.com/inTEA-Entrevista-Vaca-Orgaz---Trastornos-de-conducta.aspx

Vargas, M., & Muñoz, M. (2013). La regulación emocional. Psicología USP, 24(2), 225–240.

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente Muñíz, 1*.

Vázquez Sánchez, M., Castejón Ramírez, S., Alcón Grases, M., Pitarch Roca, E., Fernández Lozano, C., & López Campos, M. (2022). TDAH en atención primaria: prevalencia y derivación a atención especializada. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, *39*(1). https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n1a2

# Anexos

**Anexo 1**

**Consentimiento informado**

_____/_____

Doy mi consentimiento para participar y responder pruebas psicológicas seleccionadas para la investigación titulada: **Los trastornos disruptivos en la conducta y el comportamiento de niños y adolescentes**, que lleva a cabo la investigadora Rosa Encarnación Pérez Martinez de Chavarría, de la cual he recibido información completa (verbal y escrita) respecto a los objetivos y propósitos que se persiguen y he tenido la oportunidad de que mis preguntas sean contestadas a satisfacción.

La investigadora me ha garantizado que la información que yo suministre será utilizada exclusivamente para los propósitos y que se guardara bajo estricta confidencialidad y anonimato. Me doy por informado que los resultados obtenidos serán de carácter anónimo y por tratarse de un trabajo de investigación que busca resultados aplicables a la comunidad, no recibiré un informe de devolución de resultados individual.

La participación en esta investigación la realizo por libre decisión, no recibiré ninguna retribución económica por ello y podré retirarme de la investigación sin que tenga consecuencias negativas por esta decisión. Por lo tanto, habiendo recibido y entendido la información que me dieron, acepto participar en esta investigación.

Guatemala..... de 2024

Firma……Aclaración……..DPI……

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a ……

DPI……. participe y de respuestas en las pruebas psicológicas seleccionadas para la investigación titulada Los trastornos disruptivos en la conducta y el comportamiento de niños y adolescentes que lleva a cabo la investigadora Rosa Encarnación Pérez Martinez de Chavarría, de la cual hemos recibido información completa (verbal y escrita) respecto a los objetivos y propósitos que se persiguen y tuvo la oportunidad de que sus preguntas sean contestadas a satisfacción. La investigadora me ha garantizado que la información que suministre será utilizada exclusivamente para los propósitos y que se guardará bajo estricta confidencialidad y anonimato. Estamos informados que los resultados obtenidos serán de carácter anónimo y por tratarse de un trabajo de investigación que busca resultados aplicables a la comunidad, y no a las personas en particular, no recibiremos un informe de devolución de resultados individual. Conozco que mi hijo/a acepto la participación por libre decisión, y conocemos que no recibiremos ninguna retribución económica por ello y puede retirarse en cualquier momento sin que haya consecuencias negativas por la decisión. Por lo tanto, habiendo recibido y entendido la información que me dieron, acepto que participe en esta investigación. -

Guatemala ..... de 2024

Firma……..Aclaración……DPI……

(Para niños mayores de 14 años)

Firma……..Aclaración……DPI……

## Anexo 2

***Hoja de información para participantes de la investigación***

En el marco de los estudios de la Carrera Técnica del Profesorado de Educación Especial de la Escuela de Ciencias Psicológicas Universidad de San Carlos de Guatemala) se realiza el proyecto de investigación: **Los trastornos disruptivos en la conducta y el comportamiento de niños y adolescentes.**

El tema central de esta investigación, cuya autora es la investigadora Rosa Encarnación Perez Martinez de Chavarría; es identificar las características de los trastornos disruptivos, de la conducta y del comportamiento en niños y adolescentes para establecer el diagnóstico y tratamiento, para profundizar en el conocimiento teórico del Trastorno Negativista Desafiante TND, así mismo el sistematizar información sobre instrumentos de evaluación de los trastornos de conducta y del comportamiento y del Trastorno Negativista Desafiante y finalmente el explorar las propuestas de intervención frente a la presencia de la conducta disruptiva en niños y adolescentes y particularmente en el TND.

Usted ha sido invitado a participar en este proyecto de investigación de Tesis de la Carrera Técnica de Educación Especial, para ello le solicitamos que lea la siguiente información referida al estudio y su posible función en el caso de que decida participar.

Si Ud. acepta libremente la participación en esta investigación, deberá completar unos cuestionarios, entrevista y pruebas con el fin de identificar las características de los trastornos disruptivos, de la conducta y del comportamiento en niños y adolescentes. Solo le llevará unos minutos responder esos cuestionarios y tendrá ayuda inmediata para resolver sus dudas en el caso de que se lo solicite al entrevistador.

Los cuestionarios que se usan son instrumentos apropiados para indagar sobre los trastornos disruptivos, de la conducta y del comportamiento. La información que suministre se guardará bajo estricta confidencialidad y anonimato, para lo cual se usará un código de identificación y será utilizada exclusivamente para los propósitos de la investigación.

La aceptación de participación en esta investigación, a la que es invitado, la realizará firmando el consentimiento informado que le será entregado por la entrevistadora. Su decisión de participar es completamente voluntaria. De igual manera, la decisión de su/s hijo-a/s de participación como informante solo será posible de concretarse si obtiene el consentimiento firmado por el padre o madre o representante legal. Además, que los niños o niñas entre los 14 y 18 años también firmaran el consentimiento.

La participación en este estudio es plenamente voluntaria y puede/n negarse a participar o puede/n retirarse del estudio en el momento que deseen y ello no implicará ninguna consecuencia directa o indirecta para Ud./s.

La participación en esta investigación no requiere ninguna erogación económica de su parte, ni tampoco implica que recibirá/n ningún tipo de retribución económica por el mismo, lo cual será también quedará aceptado en el consentimiento informado que deberá firmar.

Si tiene preguntas adicionales, respecto a los procedimientos del estudio antes, durante o después del mismo, puedo hacérselas a la investigadora Rosa Encarnación Pérez Martinez de Chavarria al correo electrónico rosita_perez05@yahoo.com

**Anexo 3**

***Anamnesis***

# ANAMNESIS

**DATOS GENERALES**

Nombre y apellido:_____
Lugar y fecha de nacimiento:_____
Edad:_____Sexo:_____Escolaridad:_____
Establecimiento:_____Teléfono:_____
Dirección particular:_____Teléfono:_____
Madre:_____Edad:_____
Escolaridad:_____Ocupación:_____Religión_____
Padre:_____Edad:_____
Escolaridad:_____Ocupación:_____Religión_____
Estado civil de los padres:_____
No. de hermanos:_____ Edad y sexo:_____
Lugar que ocupa en la familia:_____Otros familiares en casa:_____

Caso referido por:_____
Lugar y fecha de entrevista:_____

## II.MOTIVO DE LA CONSULTA

Razón por la que solicita atención, quién informa, fecha…

## III.HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

¿Cuándo comenzó a manifestarse?, ¿cómo? y ¿a qué acontecimiento se asocia?
¿Les preocupa el problema?_____
¿Han acudido a un especialista?_____
¿Qué espera de este tratamiento?_____
Tipo de informes que aportan: _____

## IV. PERSONALIDAD BÁSICA

Comportamiento general antes de presentarse el problema.

## V. HISTORIA PERSONAL

**a.Período prenatal:**

Edad de los padres al momento del embarazo: Padre:_____ Madre:_____
Embarazos anteriores:_____Aborto:_____Amenaza:_____
Reacciones ante el embarazo:_____
Control prenatal:_____Médico:_____Comadrona:_____
Situación emocional:_____(mes) Alimentación:_____
Situación económica:_____
Enfermedades durante el embarazo: rubéola, sarampión, infecciones, hipertensión, vómitos, preclampsia, otras_____
Traumatismos: caídas, golpes, accidentes_____
Uso de medicamentos:_____
Uso de tóxicos: Cigarrillos:_____Alcohol:_____Drogas:_____
Cantidad y frecuencia:_____
Actividad cotidiana de la madre durante el embarazo:_____
Duración del embarazo:_____
Observaciones:_____

**b. Período perinatal**

Lugar dónde fue atendido el parto:_____
Persona que atendió del parto:_____
Duración de la labor del parto:_____
Parto normal_____cesárea_____uso de forcéps_____anestesia_____
llanto espontáneo___anoxia_____sufrimiento fetal_____ictericia____ingesta de meconio__
Posición: cefálica_____transversa_____pélvica_____podálica_____
Otras complicaciones:_____
Peso_____Talla_____
Observaciones_____

**c. Período postnatal**

Tiempo de permanencia en el hospital_____
Lactancia materna_____¿Hasta qué edad?_____
Si no le dio o suspendió ¿porque razón?_____
Lactancia artificial_____¿Hasta qué edad?_____
Inicio de alimentos sólidos_____Primeros alimentos sólidos_____
Sueño durante los primeros meses de vida_____
Horario en el que dormía_____
Edad de inicio de dentición_____Desnutrición_____Diarreas_____
Asma_____Infección intestinal_____Encefaliitis_____Meningitis_____
Otras:_____Traumatismos_____(edad en que se dieron)

**d. Desarrollo neuropsíquico**

**1.** ***Desarrollo motor*** (edades en la que alcanzó estas habilidades)

Sostuvo la cabeza (2 a 5m)_____Volteo el cuerpo (4 a 6m)_____
Se sentó (3 a 8m)_____Gateó (5 a 8m)_____
Se paró (7 a 12m)_____Marcha (10m a 3a)_____
Subió gradas (12m a 3a)_____Corrió (29m a 3a)_____

Saltó (29 m a 3a)_____ Manejó triciclo (2 a 4a)_____
Hizo rayas (3a) _____Pintó (4a )_____
Garabatos (3a4a)_____ Amarró zapatos _____
Se abotonó _____ Dominancia lateral _____
Observaciones_____

***2. Lenguaje*** (edades en las que alcanzó esas habilidades)
Sonrisa social_____Gorjeo_____Vocalizaciones_____Palabras_____Frases_____
Oraciones_____Oraciones estructuradas_____Seguimiento de instrucciones_____
Problemas de pronunciación y/o de comprensión_____
Observaciones_____

***3. Alimentación***
Comidas preferidas_____
Comidas que rechaza_____
¿Come bien_____¿Come poco?_____¿Come mucho?_____¿Es melindroso/a?_____
Selectivo/a?_____Glotonería_____
¿Con quiénes come? _____¿A qué hora?_____
¿Refacciona en la escuela? _____
¿Ingiere alguna cosa que no sea alimento? _____
Actitudes hacia la alimentación_____
Otras características en la alimentación_____

***4. Salud***
Vacunas aplicadas_____
Enfermedades padecidas:
Sarampión_____Poliomielitis_____Difteria_____
Tos ferina_____Varicela_____Rubéola_____Paperas_____Tifoidea_____
Bronquitis_____Hepatitis_____Asma_____Epilesia_____Meningitis_____
Encefalitis_____otras:_____
Antecedentes familiares de salud: cardiopatía, diabetes, cáncer, sífilis, epilepsia, sordera, otras_____

***5. Control de esfínteres***
Edad de control de esfínter vesical_____Esfinter anal_____
Enuresis diurna_____Enuresis nocturna_____Enuresis mixta_____
Encopresis_____Estreñimiento_____Diarreas_____
Frecuencia de evacuaciones_____ Qué método utilizó para enseñarle?_____
Otros padecimientos_____

***6. Sueño***

Horario en el que duerme:_____Se levanta_____Acuesta_____
¿Duerme sin dificultad?_____Tranquilo_____Inquieto_____
¿Tiene sueño ligero o profundo?_____¿Con quien duerme?_____
¿Se despierta asustado?_____Bruxismo_____Somniloquios_____Sonambulismo_____
¿Se mece o cabecea antes de dormir?_____
Observaciones_____

***7. Conductas emocionales***

¿Tiene inquietud exagerada?_____
¿Se entretiene solo o necesita que alguien este con el o ella la mayor parte del tiempo?_____
¿Tiene miedos?_____A qué?_____
¿Se enfada con facilidad?_____¿Tiene rabietas frecuentes?_____
¿Por qué?_____
¿Tiene manías?_____¿Cuáles?_____¿Se levanta triste?_____
¿Pelea con frecuencia?_____
¿Hay alguna cosa que el/la niño/ niña hace que le preocupe?_____

## VI: HISTORIA FAMILIAR

Con quienes vive?_____Situación económica_____
No. de personas en la casa_____Edad de los padres y herman@s_____
Lugar que ocupa entre sus herman@s_____
Relaciones entre lo miembros del grupo familiar: Entre los padres?_____
Entre los herman@s?_____
Padre y niñ@?_____
Madre y niñ@?_____
Padres e hij@s?_____
Otras personas que vivan en la casa_____
¿Con cuál de los padres se lleva mejor y porqué?_____
¿Con cuál de los hermanos se lleva mejor y porqué?_____
¿Con cuál de los hermanos se lleva peor y porqué?_____
¿Algún miembro de la familia se ha ido o ha fallecido recientemente?_____
Quién?_____Cuándo?_____Motivo_____
¿Cuál ha sido la relación del grupo familiar y especialmente del niñ@_____
¿Se ha integrado algún miembro a la familia recientemente y cómo ha influido en ella_____
¿De qué manera colabora en los oficios de la casa_____
¿Quién dicta las normas de conducta?_____
¿Quién impone la disciplina?_____
¿Cómo se corrige?_____
¿De qué manera se le premia?_____
¿Cómo ven los padres el comportamiento del niñ@ dentro de la familia?_____
¿Qué es lo más les agrada de él o de ella?_____
Qué aspecto no les gusta de el/ella?_____

A quién se parece físicamente?_____y de carácter?_____
¿Por cuál de sus hijos tiene preferencia?_____
¿Recibe el un trato especial?_____
¿Qué le agradaría que hiciera su hijo más adelante?_____
¿Hay problemas de alcoholismo o drogas en la familia?_____
¿Cuáles son los aspectos que más valora en la familia?_____
¿Qué normas rigen su vida?_____

**VII. PERFIL SOCIAL**

¿Cómo es la relación del niñ@ con otras personas?_____
¿Qué juegos le gustan?_____
Prefiere jugar con : niños mayores_____menores_____de su edad_____
del mismo sexo_____de otro sexo_____
¿Prefiere estar sol@?_____Acompañad@?_____
¿Cómo se comporta dentro de un grupo?_____
¿Cómo se relaciona con el vecindario?_____
¿Le gusta ir a reuniones sociales?_____
¿Es obediente?_____¿desobediente?_____¿destructor?_____
Animales que le agradan_____
¿Es cruel con las personas y/o animales?_____
¿Sustrae objetos o dinero?_____
¿Dice malas palabras?_____
¿Qué diversiones le gustan?_____
¿Participa en grupos organizados?_____
Diversiones familiares: ¿Qué hacen?_____¿Cómo se divierten?_____
_____¿Cómo invierten el tiempo?_____
¿Hay juegos comunes?_____¿Juega sol@?_____Conducta_____
¿Comparte sus juguetes?_____¿Juega con otros niños? _____¿Pelea?_____
¿Es dominante?_____¿Es sumiso?_____
Independencia personal: ¿Se baña sol@?_____¿Se viste sol@?_____
¿Se amarra los zapatos?____¿Se sirve sus alimentos?_____¿Come por su cuenta?_____
¿Colabora en casa?_____¿Hace mandados?_____¿Se orienta en direcciones?_____
¿Reconoce peligros?_____¿Se moviliza solo?_____¿Sabe su dirección y teléfono?_____

**VIII. HISTORIA ESCOLAR**

¿A qué edad asistió por primera vez a la escuela?_____
¿Cuál fue su reacción? (a gusto, resistencia, adaptación)_____
¿Cómo ha sido su rendimiento escolar?_____
Repitencia_____Grados_____Veces_____
Razón_____
Relación con los maestros y compañeros_____
Comportamiento en el recreo_____¿Juega solo?_____¿Con el grupo de la clase?_____
¿Niñ@s menores?_____¿Niñ@s mayores?_____
¿Riñe o pelea con los niñ@s de la escuela_____
¿Ha tomado cosas que no sean de él o ella? _____

¿Ha sido castigado?_____¿Por qué?_____
¿Ha sido expulsado?_____¿Por qué?_____
¿Ha sido cambiado de escuela?_____¿Por qué?_____
Materias que más le gustan_____
Materias que se dificultan_____
¿Participa en algún grupo deportivo u otro en la escuela?_____
¿Cómo premia o castiga la familia el rendimiento escolar?_____
Reacción del niñ@ ante sus notas_____
Asistencia de los padres a sesiones escolares_____

**Observaciones**

## Anexo 4

### *Lista de Cotejo*

**Características clínicas del Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno de la Conducta**

| **Trastorno Negativista Desafiante (TND)** | | | |
|---|---|---|---|
| **Enfado/irritabilidad** | No | Si | Observaciones |
| 1. A menudo pierde la calma. | | | |
| 2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad. | | | |
| 3. A menudo está enfadado y resentido. | | | |
| **Discusiones/actitud desafiante** | | | |
| 4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes. | | | |
| 5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas. | | | |
| 6. A menudo molesta a los demás deliberadamente. | | | |
| 7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento. | | | |
| **Vengativo** | | | |
| 8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses. | | | |
| 9. Asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes. | | | |
| **Trastorno de Conducta** | | | |
| **Agresión a personas y animales** | | | |
| 10. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros. | | | |
| 11. A menudo inicia peleas. | | | |
| 12. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros. | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13. Ha ejercido la crueldad física contra personas. | | | |
| 14. Ha ejercido la crueldad física contra animales. | | | |
| 15. Ha robado enfrentándose a una víctima | | | |
| 16. Ha violado sexualmente a alguien. | | | |
| 17. Destrucción de la propiedad | | | |
| 18. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves. | | | |
| 19. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien. | | | |
| **Engaño o robo** | | | |
| 20. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien. | | | |
| 21. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones | | | |
| 22. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima | | | |
| **Incumplimiento grave de las normas** | | | |
| 23. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años. | | | |
| 24. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez sí estuvo ausente durante un tiempo prolongado. | | | |
| 25. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años. | | | |
| 26. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral. | | | |

Fuente. American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.

**Anexo 5**

***Inventario de Conducta de niños***

***(Child Behavior Checklist, CBCL)***

CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO INFANTIL PARA LA EDAD DE 4 A 16 AÑOS

VERSIÓN PARA PADRES (CBCL)

Derechos de autor: T. M. Achenbach
Traducción y adaptación al español (autorizada por el autor):
J. L. Pedreira, E. Sardinero, J. Muñiz

Nombre y apellidos del niño/a:

| | | |
|---|---|---|
| Sexo: ☐ Niño ☐ Niña | Edad: ..... años | Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... |
| Escolaridad: Curso: ..... | Centro escolar: ..... | |

Persona que cumplimenta el cuestionario: Padre: .....
Madre: .....
Otros: .....

Trabajo del padre: ..... Trabajo de la madre: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

**POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS**

I. Haga una lista con los tres deportes que más practica su hijo/a
Ninguno
*a)* .....
*b)* .....
*c)* .....

Comparado con otros/as niños/as de su edad, ¿cuánto tiempo emplea?

| No sé | Menos | Igual | Más |
|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |

Comparado con otros niños/as de su edad, ¿qué tal practica esos deportes?

| No sé | Peor | Igual | Mejor |
|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |

II. Haga una lista de las aficiones favoritas de su niño/a (juegos, música, pintura, libros, colecciones, etc., sin incluir la TV)
Ninguno
*a)* .....
*b)* .....
*c)* .....

Comparado con otros/as niños/as de su edad, ¿cuánto tiempo dedica?

| No sé | Menos | Igual | Más |
|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |

Comparado con otros niños/as de su edad, ¿cómo cree que desarrolla las actividades?

| No sé | Peor | Igual | Mejor |
|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |

III. Cite alguna organización, club, equipo o grupo al que pertenezca su hijo/a
Ninguno
*a)* .....
*b)* .....
*c)* .....

Comparado con otros/as niños/as de su edad, diga el grado de actividad que desarrolla

| No sé | Peor | Igual | Mejor |
|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |

IV. Nombre algún tipo de tareas o quehaceres que su hijo/a realiza en casa (hacer su habitación, poner la mesa, recoger sus cosas, algún trabajillo extra fuera de casa, etc.)

Ninguno

*a)* .....

*b)* .....

*c)* .....

Comparado con niños/as de su edad, ¿cómo cree que lo hace?

| No sé | Menos | Igual | Más |
|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |

V. 1. ¿Cuántos amigos íntimos tiene su hijo/a?

☐ Ninguno ☐ Uno ☐ Dos o tres ☐ Cuatro o más

2. ¿Cuántas veces juega con ellos a la semana?

☐ Menos de una ☐ 1-2 veces ☐ 3 o más veces

VI. Si lo compara con otros niños/as de su edad ¿cómo diría que se comporta su hijo/a?

| | Peor | Igual | Mejor |
|---|---|---|---|
| *a)* Con sus hermanos/as: | ..... | ..... | ..... |
| *b)* Con otros niños/as: | ..... | ..... | ..... |
| *c)* Con sus padres: | ..... | ..... | ..... |
| *d)* Cuando juega solo: | ..... | ..... | ..... |

VII. 1. Nivel de rendimiento escolar:

☐ No acude al colegio

| | Muy bajo | Bajo | Medio | Alto |
|---|---|---|---|---|
| *a)* Lectura: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| *b)* Escritura: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| *c)* Matemáticas: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| *d)* Lenguaje: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| *e)* Sociales: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| *f)* Naturales: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| *g)* Otras: | ..... | ..... | ..... | ..... |

2. ¿Acude su hijo/a a algún tipo de clase especial?

☐ No ☐ Sí Tipo de clase: .....

3. ¿Ha repetido su hijo/a curso en alguna ocasión?

☐ No ☐ Sí Curso y motivo: .....

4. ¿Su hijo/a ha tenido algún problema digno de ser mencionado en el Colegio?

☐ No ☐ Sí Describa: .....

¿Cuándo se iniciaron y cuánto tiempo duraron? .....

VIII. En las siguientes páginas encontrará diferentes calificativos sobre la conducta de su hijo/a. Cada una de esas afirmaciones intentan describir la conducta actual de su hijo/a en los últimos seis meses y en la actualidad. Para ello debe poner una × o un círculo en torno a cada una de las siguientes valoraciones:

0: Cuando la afirmación no la cree adecuada para su hijo/a o esa conducta no aparece nunca.

1: Cuando esa conducta es cierta, o bien cuando ocurre algunas veces.

2: Cuando esa conducta es muy cierta, o bien ocurre con mucha frecuencia o muchas veces.

**POR FAVOR, LEA TODAS LAS REGUNTAS Y CONSTESTE A TODAS Y CADA UNA DE ELLAS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 001. Se comporta de una manera más infantil de lo que se espera para la edad que tiene | 0 | 1 | 2 |
| 002. Padece alergia. Especifique: ..... | 0 | 1 | 2 |
| 003. Discute mucho | 0 | 1 | 2 |
| 004. Tiene asma | 0 | 1 | 2 |
| 005. Siendo niño/a tiende a comportarse como los niños/as del sexo opuesto | 0 | 1 | 2 |
| 006. Hace la caca fuera de la taza del retrete (en la ropa, en el suelo, etc.) | 0 | 1 | 2 |
| 007. Fanfarronea | 0 | 1 | 2 |
| 008. No se puede concentrar, no puede estar atento mucho rato | 0 | 1 | 2 |
| 009. No se puede quitar ciertas ideas de la cabeza, manías, obsesiones. Especifique: ..... ..... | 0 | 1 | 2 |
| 010. No está quieto nunca, no para de moverse | 0 | 1 | 2 |
| 011. Está muy pendiente de su madre, maestra, etc., no se aparta del lado de las personas adultas, queda pegado a la falda | 0 | 1 | 2 |
| 012. Se queja de que se encuentra solo | 0 | 1 | 2 |
| 013. Está en las nubes, se mueve en otro mundo, está confuso | 0 | 1 | 2 |
| 014. Llora mucho | 0 | 1 | 2 |
| 015. Maltrata a los animales, los hace sufrir | 0 | 1 | 2 |
| 016. Mete miedo a los demás, amenaza, se mete e intimida a la gente | 0 | 1 | 2 |
| 017. Se pierde en sus pensamientos, sueña con los ojos abiertos | 0 | 1 | 2 |
| 018. Se hace intencionadamente daño, ha hecho algún intento de suicidio, etc. | 0 | 1 | 2 |
| 019. Reclama mucho la atención | 0 | 1 | 2 |
| 020. Rompe o destroza sus cosas, juguetes | 0 | 1 | 2 |
| 021. Rompe o destroza las cosas o juguetes de los demás | 0 | 1 | 2 |
| 022. No obedece en casa | 0 | 1 | 2 |
| 023. No obedece en la escuela | 0 | 1 | 2 |
| 024. No come bien | 0 | 1 | 2 |
| 025. No se entiende con los demás niños/as | 0 | 1 | 2 |
| 026. No parece tener remordimientos tras haber hecho algo mal | 0 | 1 | 2 |
| 027. Tiene celos de cualquier cosa con mucha facilidad | 0 | 1 | 2 |
| 028. Come o bebe cosas que no son para comer (p. ej., tierra, piedrecitas, etc.). Especifique: ..... ..... | 0 | 1 | 2 |
| 029. Tiene miedo a ciertos animales, sitios o situaciones (excepto el colegio). Especifique: ..... ..... | 0 | 1 | 2 |
| 030. Tiene miedo al colegio | 0 | 1 | 2 |
| 031. Tiene miedo a hacer o pensar algo malo | 0 | 1 | 2 |
| 032. Piensa que tiene que ser perfecto/a | 0 | 1 | 2 |
| 033. Siente o se queja de que nadie lo quiere | 0 | 1 | 2 |
| 034. Piensa que es perseguido/a por alguien, que van a por él/ella | 0 | 1 | 2 |
| 035. Se siente inútil, inferior a los demás | 0 | 1 | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 036. Suele caerse, tropezar con cosas, es propenso a tener accidentes | 0 | 1 | 2 |
| 037. Se pelea mucho: con los hermanos/as, en la calle, en el colegio | 0 | 1 | 2 |
| 038. Le toman mucho el pelo | 0 | 1 | 2 |
| 039. Va mucho con niños/as que suelen tener dificultades (malas compañías) | 0 | 1 | 2 |
| 040. Oye cosas que no existen, por ejemplo voces. Especifique: ..... | 0 | 1 | 2 |
| 041. Es muy impulsivo/a, actúa sin pensar | 0 | 1 | 2 |
| 042. Le gusta estar solo/a | 0 | 1 | 2 |
| 043. Es mentiroso/a | 0 | 1 | 2 |
| 044. Se muerde las uñas | 0 | 1 | 2 |
| 045. Es nervioso/a, sensible, tenso/a | 0 | 1 | 2 |
| 046. Tiene gestos o movimientos nerviosos, tics. Describa: ..... | 0 | 1 | 2 |
| 047. Tiene pesadillas | 0 | 1 | 2 |
| 048. Los demás no le quieren, no le aceptan, le evitan | 0 | 1 | 2 |
| 049. Es estreñido, defeca con dificultad | 0 | 1 | 2 |
| 050. Es demasiado miedoso/a | 0 | 1 | 2 |
| 051. Se marea | 0 | 1 | 2 |
| 052. Se siente demasiado culpable | 0 | 1 | 2 |
| 053. Come demasiado | 0 | 1 | 2 |
| 054. Se siente cansado/a | 0 | 1 | 2 |
| 055. Tiene demasiado peso para su edad | 0 | 1 | 2 |
| 056. Tiene problemas físicos sin causa médica conocida: | | | |
| *a)* Dolores. Especifique: ..... | 0 | 1 | 2 |
| *b)* Dolor de cabeza | 0 | 1 | 2 |
| *c)* Naúseas y se siente enfermo/a | 0 | 1 | 2 |
| *d)* Problemas con la vista. Describa: ..... ..... | 0 | 1 | 2 |
| *e)* Problema con la piel: enrojecimiento u otros problemas con la piel | 0 | 1 | 2 |
| *f)* Dolor de estómago, espasmos | 0 | 1 | 2 |
| *g)* Vómitos | 0 | 1 | 2 |
| *h)* Otros. Describa: ..... ..... | 0 | 1 | 2 |
| 057. Ataca físicamente a la gente | 0 | 1 | 2 |
| 058. Se rasca continuamente, se arranca las costras de la piel | 0 | 1 | 2 |
| 059. Juega en público con sus genitales | 0 | 1 | 2 |
| 060. Juega mucho con sus genitales, se masturba mucho | 0 | 1 | 2 |
| 061. Trabaja mal en la escuela | 0 | 1 | 2 |
| 062. Torpe, poca coordinación | 0 | 1 | 2 |
| 063. Prefiere jugar con niños/as mayores que él/ella | 0 | 1 | 2 |
| 064. Prefiere jugar con niños/as más pequeños que él/ella | 0 | 1 | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 065. Se niega a hablar fuera de la familia | 0 | 1 | 2 |
| 066. Repite algunos actos de forma sucesiva, de forma compulsiva. Describa: ..... | 0 | 1 | 2 |
| 067. Se fuga de casa | 0 | 1 | 2 |
| 068. Grita y chilla mucho | 0 | 1 | 2 |
| 069. Reservado/a, se guarda las cosas para sí mismo/a | 0 | 1 | 2 |
| 070. Ve cosas que no están. Describa: ..... | 0 | 1 | 2 |
| 071. Se aturde con facilidad, sentido del ridículo | 0 | 1 | 2 |
| 072. Quema cosas | 0 | 1 | 2 |
| 073. Tiene problemas sexuales. Describa: ..... | 0 | 1 | 2 |
| 074. Hace payasadas, llama la atención | 0 | 1 | 2 |
| 075. Es tímido/a, retraído/a | 0 | 1 | 2 |
| 076. Duerme menos que la mayoría de los niños/as de su edad | 0 | 1 | 2 |
| 077. Duerme más que la mayoría de los niños/as de su edad, durante el día y/o la noche. Describa: ..... ..... | 0 | 1 | 2 |
| 078. Se mancha o juega con su caca | 0 | 1 | 2 |
| 079. Tiene dificultades al hablar. Describa: ..... ..... | 0 | 1 | 2 |
| 080. Se queda en blanco, se bloquea | 0 | 1 | 2 |
| 081. Roba en casa | 0 | 1 | 2 |
| 082. Roba fuera de casa | 0 | 1 | 2 |
| 083. Almacena cosas que no necesita. Describa: ..... | 0 | 1 | 2 |
| 084. Comportamiento extraño. Describa: ..... | 0 | 1 | 2 |
| 085. Tiene ideas extrañas. Describa: ..... | 0 | 1 | 2 |
| 086. Es irritable, testarudo/a, repugnante | 0 | 1 | 2 |
| 087. Cambia rápido de humor | 0 | 1 | 2 |
| 088. Es arisco/a, solitario/a | 0 | 1 | 2 |
| 089. Es suspicaz, desconfiado/a | 0 | 1 | 2 |
| 090. Dice palabrotas, lenguaje obsceno | 0 | 1 | 2 |
| 091. Habla de suicidio | 0 | 1 | 2 |
| 092. Habla o se levanta o camina cuando está dormido/a. Describa: ..... | 0 | 1 | 2 |
| 093. Habla demasiado | 0 | 1 | 2 |
| 094. Molesta mucho | 0 | 1 | 2 |
| 095. Tiene muchas rabietas | 0 | 1 | 2 |
| 096. Piensa mucho en cosas sexuales | 0 | 1 | 2 |
| 097. Amenaza a la gente | 0 | 1 | 2 |
| 098. Se chupa el dedo | 0 | 1 | 2 |
| 099. Está demasiado preocupado/a por el aseo o limpieza | 0 | 1 | 2 |
| 100. Duerme con dificultad. Describa: ..... ..... | 0 | 1 | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 101. Hace novillos, se fuga de la escuela | 0 | 1 | 2 |
| 102. Es poco activo/a, lento/a, le falta energía | 0 | 1 | 2 |
| 103. Está infeliz, triste o deprimido/a | 0 | 1 | 2 |
| 104. Demasiado alborotador | 0 | 1 | 2 |
| 105. Consume alcohol o drogas. Describa: ..... | 0 | 1 | 2 |
| 106. Vandalismo, destruye cosas públicas | 0 | 1 | 2 |
| 107. Se hace pis encima durante el día | 0 | 1 | 2 |
| 108. Se hace pis encima durante la noche | 0 | 1 | 2 |
| 109. Lloriquea mucho | 0 | 1 | 2 |
| 110. Quiere ser del sexo opuesto | 0 | 1 | 2 |
| 111. No se relaciona con los demás niños/as, no tiene amigos/as | 0 | 1 | 2 |
| 112. Está preocupado/a | 0 | 1 | 2 |
| 113. Por favor, describa cualquier problema que tenga su hijo/a y que no aparezca en la lista:<br>.....<br>.....<br>..... | 0 | 1 | 2 |

POR FAVOR, NO OLVIDE REVISAR TODO EL CUESTIONARIO UNA VEZ QUE LO HAYA FINALIZADO.
CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

**Anexo** 6

***Cuestionario Demográfico***

**Guatemala____ /_____**

Le solicitamos que complete el siguiente cuestionario que se refiere a aspectos generales de su familia

Sexo: Femenino Masculino Edad: ……

Lugar donde reside el grupo familiar: ……

**¿Cómo está conformado el grupo familiar que convive en la casa?**

- Padre - Madre - Hijo/s Madre - Hijo/s
- Padre - Hijo/s Tíos - Hijo/s
- Padre - Abuelos y/o tíos y/o primos
- Padre - Concubina - Hijo/s del padre Madre - Concubino – Hijo/s de la madre
- Padre - Concubina – Hijo/s de la concubina Madre - Concubino – Hijo/s del concubino

Cuál es el comportamiento de su hija/o que más le preocupa?

Está referido a cómo identifican los comportamientos de los hijos que dicen que son "problemáticos", según la expresión cuando demandan el servicio o la atención profesional. Puede consignar más de un comportamiento si el padre/madre lo dice., pero utilice números sucesivos según se lo expresen

- Rebelde/Desobediente (R)
- Abandono de estudios (AE)
- Fracaso escolar o dificultad para aprender (FE)
- Consumo de drogas (CD) Fuga del hogar (FH) Embarazo (E)
- Intentos de suicidio (IS)
- Violencia conyugal (padres) (VI)
- Violencia entre pares (ámbito escolar o comunitario) (VP)
- Violencia en noviazgo/pareja (VN)
- Homosexualidad (H) Conflicto con la ley penal (CL) Otros (Ot)

**Anexo 7**

***Inventario de pautas de crianzas***

Guatemala……/……

INVENTARIO DE PAUTAS DE CRIANZA

| **Descripción** | Si se parece | Se parece a veces | No se parece |
|---|---|---|---|
| 1. A mi mamá/papá le gusta que mis amigos vengan a casa | | | |
| 2. Después de hablar con mi mamá /papá sobre mis problemas, me siento mucho mejor | | | |
| 3. Mi mamá/papá habla con otra gente de las cosas buenas que yo hago | | | |
| 4. Cuando estamos haciendo un trabajo en la casa o de la escuela, mamá/papá me deja decidir cómo hacerlo | | | |
| 5. Mi mamá/papá me consuela cuando estoy preocupado o tengo miedo o estoy triste | | | |
| 6. A mamá/papá le gusta que ayude en las tareas de la casa | | | |
| 7. Mi mamá/papá me abraza y besa con frecuencia, y me dice que me quiere mucho | | | |
| 8. Cuando regreso de la escuela o de la casa de algún amigo, mamá /papá se alegra de verme | | | |
| 9. Mi mamá/papá entiende mis problemas y mis preocupaciones | | | |
| 10. Mamá/papá me pregunta por lo que aprendo en la escuela y si tengo tarea, para que la haga | | | |
| 11. A mi mamá/papá le gusta salir de viaje, paseos o visita, conmigo | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12. Si me porto mal en la escuela, mamá/papá me castiga cuando llego a casa | | | |
| 13. A mi mamá/papá no le gusta cómo me porto en casa | | | |
| 14. Mi mamá/papá se enoja mucho cuando no ayudo en casa | | | |
| 15. Cuando me porto mal, mamá/ papá siempre me castiga | | | |
| 16. Mi mamá/papá siempre está diciéndome como debo portarme | | | |
| 17. Mi mamá/papá siempre se queja de lo que hago, nada le gusta | | | |
| 18. Mamá/papá me recuerda todo el tiempo las cosas que no puedo hacer | | | |
| 19. Mi mamá/papá insiste en que debo hacer si o si, lo que me dice | | | |
| 20. Cuando mamá/papá me castiga es muy dura | | | |
| 21. Mamá/papá se enoja conmigo por poca cosa y me dice que la pongo muy nerviosa | | | |
| 22. A veces mi mamá/papá me dice que soy un tonto | | | |
| 23. Mi mamá/papá está muy poco tiempo conmigo | | | |
| 24. Mi mamá/papá no me pregunta cómo voy en la escuela, o si tengo tarea para hacer | | | |
| 25. A mamá/papá no le interesa hablar mucho conmigo | | | |
| 26. Mi mamá/papá a veces me castiga cuando hago algo malo, y otras veces no, aunque haya hecho lo mismo | | | |
| 27. Mi mamá/papá no insiste en que haga las cosas | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 28. Mi mamá/papá se olvida ayudarme cuando lo necesito | | | |
| 29. A mi mamá/papá no le importa, me deja hacer lo que yo quiera | | | |
| 30. A mi mamá/papá no le preocupa como estoy vestido | | | |
| 31. Mi mamá/papá ni se entera si me porto mal | | | |
| 32. A mí me parece que mamá/papá no piensa mucho en mi | | | |

**Anexo 8**

***Inventario de Percepción de Conductas Parentales***

Guatemala __/__

INVENTARIO DE PERCEPCIÓN DE CONDUCTAS PARENTALES

Nos gustaría saber lo que tú piensas sobre lo que hacen en casa, tu papá y mamá en estos últimos dos o tres meses. Nosotros no les diremos a tus papás lo que respondes en este cuestionario, así que responde lo que realmente piensas.

Papá o mamá se pueden comportar de diferente manera entre sí; responde tanto para tu mamá y papá

***Responde, ¿con qué frecuencia tu PAPÁ?***

| | | Nunca | Poco | Algunas veces | Mucho | Bastante |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Te agradece por las cosas que haces, te dice que le gusta lo que hiciste, te da algo o te deja hacer algo cuando tú haces algo bien. | | , | *f* | „ | … |
| 2. | Cuando te comportas mal, te quita alguna cosa o no te deja hacer algo (es decir, no te deja pasear, no te deja salir con tus amigos, no te da lo que te prometió) | | , | *f* | „ | … |
| 3. | Conversa contigo cuando te sientes mal y te ayuda a sentirte mejor; te ayuda en tus problemas, te consuela. | | , | *f* | „ | … |
| 4. | Te dice que no estás bien, que no haces nada bien; te dice que no haces bien las cosas, te critica. | | , | *f* | „ | … |
| 5. | Conversa contigo, te escucha cuando tú le hablas, te conversa bien. | | , | *f* | „ | … |
| 6. | Te da órdenes por todas partes, te dice lo que debes de hacer, te manda hacer cosas. | | , | *f* | „ | … |
| 7. | Te ayuda a decidir lo que puedes hacer; te ayuda a imaginarte cómo puedes solucionar un problema. | | , | *f* | „ | … |
| 8. | Te pega, te da empujones, te castiga con correa u otra cosa. | | , | *f* | „ | … |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. | Hace cosas divertidas contigo, tiene tiempo para estar contigo; contigo hace cosas que a ti te gustan hacer. | , | *f* | „ | … |
| 10. | Se amarga contigo; te grita, te alza la voz fuerte, te habla gritando. | , | *f* | „ | … |
| 11. | Te dice cosas bonitas, te dice que eres un bueno (a), te felicita. | , | *f* | „ | … |
| 12. | Te amenaza, te dice que te hará algo si no te portas como deberías o si te equivocas al hacer algo; te advierte con algún tipo de castigo o sanción. | , | *f* | „ | … |
| 13. | Te deja hacer cosas que otros chicos de tu edad también hacen, te deja hacer cosas por ti mismo. | , | *f* | „ | … |
| 14. | Te envía a tu cuarto o que te vayas a otro lugar cuando ve que no te has portado bien. | , | *f* | „ | … |
| 15. | Te da ayuda cuando lo necesitas (por ejemplo, cuando tienes que hacer algo difícil, con tu tarea, cuando tú no puedes entender algo por ti mismo). | , | *f* | „ | … |
| 16. | Te regaña, te dice repetidas veces, una y otra vez lo que debes hacer, te sigue para que hagas las cosas. | , | *f* | „ | … |
| 17. | Te da palmadas de cariño, te abraza, te sonríe. | , | *f* | „ | … |
| 18. | Te ignora, no te pone atención, no te habla o no te mira, no te hace caso. | , | *f* | „ | … |

***Responde ¿con qué frecuencia tu MAMÁ..... ?***

| | | Nunca | Poco | Algunas veces | Mucho | Bastante |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Te agradece por las cosas que haces, te dice que le gusta lo que hiciste, te da algo o te deja hacer algo cuando tú haces algo bien. | | , | *f* | „ | … |
| 2. | Cuando te comportas mal, te quita alguna cosa o no te deja hacer algo (es decir, no te deja pasear, no te deja salir con tus amigos, no te da lo que te prometió) | | , | *f* | „ | … |
| 3. | Conversa contigo cuando te sientes mal y te ayuda a sentirte mejor; te ayuda en tus problemas, te consuela. | | , | *f* | „ | … |
| 4. | Te dice que no estás bien, que no haces nada bien; te dice que no haces bien las cosas, te critica. | | , | *f* | „ | … |
| 5. | Conversa contigo, te escucha cuando tú le hablas, te conversa bien. | | , | *f* | „ | … |
| 6. | Te da órdenes por todas partes, te dice lo que debes de hacer, te manda hacer cosas. | | , | *f* | „ | … |
| 7. | Te ayuda a decidir lo que puedes hacer; te ayuda a imaginarte cómo puedes solucionar un problema. | | , | *f* | „ | … |
| 8. | Te pega, te da empujones, te castiga con correa u otra cosa. | | , | *f* | „ | … |
| 9. | Hace cosas divertidas contigo, tiene tiempo para estar contigo; contigo hace cosas que a ti te gustan hacer. | | , | *f* | „ | … |
| 10. | Se amarga contigo; te grita, te alza la voz fuerte, te habla gritando. | | , | *f* | „ | … |
| 11. | Te dice cosas bonitas, te dice que eres un bueno (a), te felicita. | | , | *f* | „ | … |
| 12. | Te amenaza, te dice que te hará algo si no te portas como deberías o si te equivocas al hacer algo; te advierte con algún tipo de castigo o sanción. | | , | *f* | „ | … |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. | Te deja hacer cosas que otros chicos de tu edad también hacen, te deja hacer cosas por ti mismo. | , | *f* | „ | … |
| 14. | Te envía a tu cuarto o que te vayas a otro lugar cuando ve que no te has portado bien. | , | *f* | „ | … |
| 15. | Te da ayuda cuando lo necesitas (por ejemplo, cuando tienes que hacer algo difícil, con tu tarea, cuando tú no puedes entender algo por ti mismo). | , | *f* | „ | … |
| 16. | Te regaña, te dice repetidas veces, una y otra vez lo que debes hacer, te sigue para que hagas las cosas. | , | *f* | „ | … |
| 17. | Te da palmadas de cariño, te abraza, te sonríe. | , | *f* | „ | … |
| 18. | Te ignora, no te pone atención, no te habla o no te mira, no te hace caso. | , | *f* | „ | … |

**Anexo 9**

*Cuestionario de Conductas en la Escuela*

## CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA

**(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.**

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

| Descriptores | Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|---|---|---|---|---|
| 1. Tiene excesiva inquietud motora. | | | | |
| 2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas. | | | | |
| 3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas | | | | |
| 4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso. | | | | |
| 5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio. | | | | |
| 6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica. | | | | |
| 7. Se distrae fácilmente, escasa atención. | | | | |
| 8. Molesta frecuentemente a otros niños. | | | | |
| 9. Está en las nubes, ensimismado. | | | | |
| 10. Tiene aspecto enfadado, huraño. | | | | |
| 11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo | | | | |
| 12. Discute y pelea por cualquier cosa. | | | | |
| 13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos. | | | | |
| 14. Intranquilo, siempre en movimiento. | | | | |
| 15. Es impulsivo e irritable. | | | | |
| 16. Exige excesivas atenciones del profesor. | | | | |
| 17. Es mal aceptado en el grupo. | | | | |
| 18. Se deja dirigir por otros niños. | | | | |
| 19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio". | | | | |
| 20. Carece de aptitudes para el liderazgo. | | | | |
| 21. No termina las tareas que empieza. | | | | |
| 22. Su conducta es inmadura para su edad. | | | | |
| 23. Niega sus errores o culpa a los demás. | | | | |
| 24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros. | | | | |
| 25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas. | | | | |
| 26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante. | | | | |
| 27. Acepta mal las indicaciones del profesor. | | | | |
| 28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar. | | | | |

**Anexo 10**

*Cuestionario de Conductas de CONNERS para Padres*

## Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres

**(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.**

| ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Nada** | **Poco** | **Bastante** | **Mucho** |
| 1. Es impulsivo, irritable. | | | | |
| 2. Es llorón/a. | | | | |
| 3. Es más movido de lo normal. | | | | |
| 4. No puede estarse quieto/a. | | | | |
| 5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos). | | | | |
| 6. No acaba las cosas que empieza | | | | |
| 7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención. | | | | |
| 8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo. | | | | |
| 9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente. | | | | |
| 10. Suele molestar frecuentemente a otros niños. | | | | |
| TOTAL……. | | | | |

**Instrucciones:**

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

  NADA = 0 PUNTOS.
  POCO = 1 PUNTO.
  BASTANTE = 2 PUNTOS.
  MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.

- Puntuación:

  Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

  Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.



**Anexo 11**

*Cuestionario de Conductas de CONNERS para Profesores*

## Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES

**(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada**

| ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Nada** | **Poco** | **Bastante** | **Mucho** |
| 1. Tiene excesiva inquietud motora. | | | | |
| 2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio. | | | | |
| 3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención. | | | | |
| 4. Molesta frecuentemente a otros niños. | | | | |
| 5. Tiene aspecto enfadado, huraño. | | | | |
| 6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo. | | | | |
| 7. Intranquilo, siempre en movimiento. | | | | |
| 8. Es impulsivo e irritable. | | | | |
| 9. No termina las tareas que empieza. | | | | |
| 10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente. | | | | |
| TOTAL……. | | | | |

**Instrucciones:**

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

  NADA = 0 PUNTOS.
  POCO = 1 PUNTO.
  BASTANTE = 2 PUNTOS.
  MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.

- Puntuación:

  Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

  Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

**Anexo 12**

***Ejemplo de Plan de Tratamiento del manual de "Planes de Tratamiento para la Psicoterapia con Adolescentes" de Arthur E. Jongsma, Jr. L. Mark Peterson y William P. McInnis***

***Trastorno Negativista Desafiante***

# TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

## DEFINICIONES CONDUCTUALES

1. Muestra un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante hacia la mayoría de los adultos.
2. Suele actuar como si los padres, los profesores y otras figuras de la autoridad fueran "el enemigo".
3. Estalla en berrinches (por ejemplo, grita, llora, lanza objetos, se retuerce por el suelo, se niega a moverse) desafiando las órdenes de un cuidador adulto.
4. Discute sistemáticamente con los adultos.
5. Suele desafiar o se niega a cumplir con peticiones y reglas razonables.
6. Molesta deliberadamente a los demás y los demás le molestan fácilmente.
7. Suele culpar a los demás por los propios errores o mal comportamiento.
8. Está constantemente enfadado y resentido.
9. Suele ser rencoroso y estar resentido.
10. Ha experimentado dificultades significativas en su funcionamiento social, académico o laboral.

## METAS A LARGO PLAZO

1. Reducir significativamente la intensidad y la frecuencia de los comportamientos hostiles y desafiantes hacia los adultos.
2. Poner fin a los berrinches y sustituirlos por un cumplimiento controlado y respetuoso de las órdenes de las figuras de la autoridad.
3. Empezar a interactuar sistemáticamente con los adultos de un modo mutuamente respetuoso.
4. Situar los comportamientos hostiles y desafiantes dentro de los parámetros socialmente aceptables.
5. Cambiar los comportamientos hostiles y desafiantes hacia los adultos por respeto y cooperación.
6. Resolver el conflicto subyacente a la ira, la hostilidad y el desafío.
7. Alcanzar un nivel de menor tensión, mayor satisfacción y mejor comunicación con la familia y/u otras figuras de la autoridad.
8. Que los padres aprendan y pongan en práctica buenas técnicas de manejo conductual.

| OBJETIVOS A CORTO PLAZO | INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS |
|---|---|
| Identificar las situaciones, los pensamientos y los sentimientos que desencadenan los sentimientos de ira y los comportamientos problemáticos, así como a los destinatarios de estas acciones. (1, 2, 3) | 1. Reforzar activamente el nivel de confianza con el cliente mediante un contacto visual sistemático, una escucha activa, una mirada positiva incondicional y una cálida aceptación para ayudarle a mostrar más sus pensamientos y sus sentimientos.<br>2. Explorar la percepción del cliente de su patrón negativista hacia las reglas y las figuras de la autoridad.<br>3. Valorar minuciosamente los diferentes estímulos (p.e., situaciones, personas, pensamientos) que han desencadenado la ira del cliente y los pensamientos, los sentimientos y las acciones que han caracterizado sus respuestas de ira. |
| Cooperar con un chequeo médico para valorar la contribución de posibles factores | 4. Derivar al cliente a un médico para un chequeo completo para descartar la contribución de factores orgánicos (por ejemplo, daño cerebral, tumor, niveles altos de testosterona) al comportamiento desafiante. |

| | | |
|---|---|---|
| médicos generales al comportamiento desafiante. (4) | | |
| Realizar pruebas psicológicas. (5) | 5. | Realizar o disponer la realización de pruebas psicológicas para valorar si una enfermedad comórbida (por ejemplo, depresión, trastorno por déficit de atención / hiperactividad [TDAH] está contribuyendo a los problemas de control del comportamiento; hacer un seguimiento de acuerdo con el cliente y los padres de las diferentes opciones de tratamiento. |
| Evaluar el abuso de sustancias y seguir las recomendaciones resultantes de las conclusiones de dicha evaluación. (6) | 6. | Disponer una evaluación del abuso de sustancias y/o un tratamiento para el cliente. |
| Cooperar con una evaluación médica para valorar la necesidad de un tratamiento con medicación psicotrópica para ayudar al control de la ira y del comportamiento; en caso de recetarse, tomar la medicación sistemáticamente. (7) | 7. | Valorar la necesidad de que el cliente tome medicación psicotrópica para mejorar el control de la ira; derivarle a un médico para que evalúe la necesidad de que tome medicación psicotrópica; hacer un seguimiento de su cumplimiento, efectividad y efectos secundarios; comentarlo con el médico prescriptor. |
| Aceptar aprender formas alternativas de concebir y de manejar la ira y el mal comportamiento. (8, 9) | 8. | Ayudar al cliente a reconceptualizar la ira como algo formado por varios componentes (cognitivo, fisiológico, afectivo y conductual) que atraviesa fases previsibles que se pueden controlar (p.e., expectativas exigentes que no se cumplen y que llevan a una excitación y una ira que provocan el mal comportamiento). |
| | 9. | Ayudar al cliente a identificar las consecuencias positivas del manejo de la ira y del mal comportamiento (por ejemplo, respeto de los demás y de uno mismo, cooperación por parte de los demás, mejor salud física); pedir al cliente que acepte |

| | | |
|---|---|---|
| | | aprender nuevas formas de conceptualizar y manejar la ira y el mal comportamiento. |
| Aprender e implementar estrategias relajantes como parte de un nuevo modo de manejar las reacciones ante la frustración y el desafío. (10) | 10. | Enseñar al cliente técnicas de relajación (por ejemplo, relajación muscular, respiración rítmica, imágenes relajantes) como parte de una estrategia a medida para responder adecuadamente a los sentimientos de ira y a las ganas de desobedecer cuando aparecen. |
| Identificar, cuestionar y reemplazar las reflexiones que llevan a la ira y al mal comportamiento por reflexiones que faciliten una reacción más constructiva. (11) | 11. | Explorar las reacciones del cliente que median en sus sentimientos y acciones de ira (p.e., expectativas exigentes reflejadas en frases imperativas); identificar y cuestionar los sesgos, ayudándole a generar valoraciones y reflexiones que corrijan esos sesgos y faciliten una respuesta más flexible y templada ante la frustración. |
| Aprender y poner en práctica una técnica para detener los pensamientos para controlar los pensamientos intrusivos indeseados que desencadenan la ira y el mal comportamiento. (12) | 12. | Pedir al cliente que ponga en práctica una técnica para detener los pensamientos a diario para controlar los pensamientos intrusivos indeseados que desencadenan la ira y el mal comportamiento entre las sesiones (o mandarle "Making Use of the Thought-Stopping Technique" en *Adult Psychotherapy Homework Planner*, 2ª ed. de Jongsma); revisar la implementación, reforzar los logros, aportando comentarios correctivos para la mejora. |
| Verbalizar los sentimientos de frustración, desacuerdo e ira de una forma controlada y asertiva. (13) | 13. | Utilizar la instrucción, la modelización y/o los juegos de rol para enseñar al cliente comunicación asertiva; si procede, derivarle a una clase o grupo de formación en reafirmación personal para profundizar en sus conocimientos. |
| Aprender y poner en práctica técnicas de resolución de problemas y/o de | 14. | Enseñar al cliente técnicas de resolución de conflictos (por ejemplo, empatía, escucha activa, mensajes en primera persona, comunicación respetuosa, afirmación personal sin agresividad, transigencia); utilizar la modelización, los juegos de rol y el |

| | |
|---|---|
| conflictos para manejar los problemas interpersonales de forma constructiva. (14) | ensayo conductual para trabajar los diferentes conflictos actuales. |
| Practicar el uso de las nuevas técnicas de relajación, de comunicación, de resolución de conflictos y de reflexión durante la sesión con el terapeuta y en casa mediante ejercicios. (15, 16) | 15. Ayudar al cliente a construir y a consolidar una estrategia a su medida para manejar la ira que combine cualquiera de las técnicas somáticas, cognitivas, de comunicación, de resolución de problemas y/o de conflictos en función de sus necesidades (ver *Treatment of Individuals with Anger Control Problems and Aggressive Behaviors* de Meichenbaum).<br>16. Utilice cualquiera de varias técnicas, incluyendo la relajación, visualización, ensayo conductual, modelado, juego de roles, o retroalimentación de la visualización de grabaciones de prácticas en situaciones cada vez más difíciles, para ayudar al cliente a consolidar el uso de su nuevo enojo ysus habilidades de gestión del comportamiento. |
| Practicar el uso de las nuevas técnicas de relajación, de comunicación, de resolución de conflictos y de reflexión mediante ejercicios realizados en casa. (17) | 17. Mandar al cliente ejercicios que le ayuden a practicar las técnicas de relajación, de reafirmación personal, de resolución de conflictos o de restructuración cognitiva que acaba de aprender; revisar y analizar con el objetivo de consolidar. |
| Que los padres aprendan e implementen las técnicas aprendidas en la formación en manejo para padres para reconocer y manejar el comportamiento problemático del cliente. (18, 19, 20, 21, 22) | 18. Utilizar el enfoque de la formación en manejo para padres empezando por enseñar a los padres que las interacciones conductuales entre padres e hijos pueden alentar o desalentar el comportamiento positivo o negativo y que se pueden cambiar elementos clave de esas interacciones (por ejemplo, fomentando y reforzando los comportamientos positivos) para promover un cambio positivo (por ejemplo, ver *Parenting the Strong-Willed Child* de Forehand y Long; *Living with Children* de Patterson).<br>19. Enseñar a los padres a definir específicamente y a identificar los comportamientos problemáticos, a identificar sus propias reacciones ante esos comportamientos, a determinar si su reacción alienta o desalienta el comportamiento, y a generar |

| | | |
|---|---|---|
| | | alternativas al comportamiento problemático. |
| | 20. | Enseñar a los padres a implementar buenas prácticas de crianza de manera sistemática, incluyendo el establecimiento de reglas realistas y adecuadas para la edad del hijo con respecto al comportamiento aceptable e inaceptable; el fomento del comportamiento positivo en el entorno; el uso del refuerzo positivo para fomentar el buen comportamiento (por ejemplo, elogios); el uso de instrucciones tranquilas, claras y directas, el tiempo muerto, y otras prácticas de pérdida de privilegios para el comportamiento problemático (o mandarle "Switching from Defense to Offense" en *Adolescent Psychotherapy Homework Planner*, 2ª ed. de Jongsma, Peterson y McInnis). |
| | 21. | Mandar a los padres ejercicios en casa en los que pongan en práctica y anoten los resultados de los ejercicios de implementación (o mandarles "Clear Rules, Positive Reinforcement, Appropriate Consequences" en *Adolescent Psychotherapy Homework Planner*, 2ª ed. de Jongsma, Peterson y McInnis); revisar en la sesión, aportando comentarios correctivos para un uso mejorado, apropiado y constante de las técnicas. |
| | 22. | Pedir a los padres que lean manuales de formación para padres (por ejemplo, *Parenting Through Change* de Forgatch) o mirar y analizar vídeos que muestren las técnicas aprendidas en la sesión (ver Webster-Stratton, 1994). |
| Reducir la frecuencia y la intensidad de las interacciones hostiles, negativistas y desafiantes con los padres o adultos. (23) | 23. | Hacer un seguimiento de la frecuencia y la intensidad de los sentimientos negativos y hostiles, de los comportamientos desafiantes y de las soluciones para resolver los problemas (o mandarle "Stop Yelling" o "Filing a Complaint" en *Adolescent Psychotherapy Homework Planner*, 2ª ed. de Jongsma, Peterson y McInnis); poner en marcha un plan para reducir la frecuencia y la intensidad. |
| Mantener con mayor frecuencia interacciones cívicas y respetuosas con los padres o los adultos. (24, 25, 26) | 24. | Enseñar al cliente el principio de reciprocidad, y pedirle que acepte tratar a todo el mundo de un modo respetuoso durante una semana para ver si los demás le tratan a él recíprocamente con mayor respeto; analizar los resultados, resolver los problemas y repasar para aumentar las interacciones respetuosas. |

25. Utilizar un juego terapéutico (por ejemplo, *The Talking, Feeling and Doing Game* de Gardner, de Creative Therapeutics; *The Ungame* de Zakich, de The Ungame Company) para desarrollar la capacidad del cliente de expresar sus sentimientos con respeto.

26. Grabar una sesión familiar, utilizando los fragmentos adecuados para mostrar a la familia los patrones de interacción que son destructivos; enseñar a los miembros de la familia, mediante los juegos de rol, la inversión de roles y la modelización, a implementar patrones más respetuosos.

Aprender a identificar lo que se quiere de los padres y de los otros adultos. (27, 28)

27. Ayudar al cliente a ser capaz de identificar sus sentimientos y sus deseos, su relación con el comportamientos, y a expresarlos de manera constructiva y respetuosa.

28. Ayudar al cliente a transformar sus quejas en peticiones de cambios positivos (o mandarle el ejercicio "Filing a Complaint" o "If I Could Run My Family" en *Adolescent Psychotherapy Homework Planner*, 2ª ed. de Jongsma, Peterson y McInnis).

Que los padres sean conscientes de que sus propios conflictos influyen en el mal comportamiento del cliente. (29)

29. En sesiones familiares, exponer el conflicto entre los padres subyacente al comportamiento del cliente; derivar a los padres a sesiones de pareja para empezar a resolver sus temas conflictivos.

Que los padres y el hijo identifiquen y elaboren sus patrones de relación preferidos entre los miembros de la familia. (30, 31, 32, 33, 34)

30. Utilizar un enfoque basado en el sistema familiar en sesiones individuales para ayudar al cliente a ver a la familia desde un punto de vista diferente y a empezar a dejar de lado el disfuncionamiento.

31. Realizar sesiones familiares durante las cuales se analicen el sistema familiar y sus interacciones; desarrollar e implementar una intervención estratégica estructural basada en la experiencia.

32. Facilitar una sesión familiar en la que se esculpa a la familia (ver *Peoplemaking* de Satir); analizar la experiencia con la familia; luego esculpirles como les gustaría ser.

33. Ayudar a los padres a identificar y a poner en práctica nuevos

| | | |
|---|---|---|
| | | modelos de intervención en los comportamientos del cliente centrados en la crianza positiva (o mandar a los padres el ejercicio "Switching from Defense to Offense" en *Adolescent Psychotherapy Homework Planner*, 2ª ed. de Jongsma, Peterson y McInnis); controlar el seguimiento de los padres, asesorándoles y animándoles según proceda. |
| | 34. | Hacer un seguimiento de los progresos; comentar, apoyar y elogiar según corresponda. |
| Involucrarse más en actividades cooperativas en casa y en la escuela (35) | 35. | Instituir con los padres y los profesores un sistema de consecuencias positivas (ver *Solution-Focused Therapy with Children* de Selekman) que promueva y fomente los comportamientos prosociales y cooperativos (por ejemplo, escribir una postal a un pariente, cortar el césped de un vecino, hacer una buena acción con un vecino mayor como consecuencia de un mal comportamiento). |
| Que los padres aprendan e implementen el método Barkley de control conductual del niño negativista. (36) | 36. | Pedir a los padres que miren el video *Techniques for Working with Oppositional Defiant Disorder in Children* (Barkley) o que lean *Your Defiant Child* (Barkley y Benton) para mejorar su comprensión; facilitar la implementación; hacer un seguimiento de la efectividad. |
| Que los padres completen o descarten la emancipación del hijo. (37, 38, 39) | 37. | Explorar con los padres las opciones de que el cliente viva fuera del hogar (por ejemplo, con un pariente, en un centro de acogida o en servicios auxiliares, emancipado). |
| | 38. | Orientar a los padres en la búsqueda de asesoramiento legal en el proceso de emancipación. |
| | 39. | Apoyar a los padres en su decisión de emancipar al cliente, y analizar sus sentimientos con respecto a esta decisión. |

Indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

| | | |
|---|---|---|
| | | modelos de intervención en los comportamientos del cliente centrados en la crianza positiva (o mandar a los padres el ejercicio "Switching from Defense to Offense" en *Adolescent Psychotherapy Homework Planner*, 2ª ed. de Jongsma, Peterson y McInnis); controlar el seguimiento de los padres, asesorándoles y animándoles según proceda. |
| | 34. | Hacer un seguimiento de los progresos; comentar, apoyar y elogiar según corresponda. |
| Involucrarse más en actividades cooperativas en casa y en la escuela (35) | 35. | Instituir con los padres y los profesores un sistema de consecuencias positivas (ver *Solution-Focused Therapy with Children* de Selekman) que promueva y fomente los comportamientos prosociales y cooperativos (por ejemplo, escribir una postal a un pariente, cortar el césped de un vecino, hacer una buena acción con un vecino mayor como consecuencia de un mal comportamiento). |
| Que los padres aprendan e implementen el método Barkley de control conductual del niño negativista. (36) | 36. | Pedir a los padres que miren el video *Techniques for Working with Oppositional Defiant Disorder in Children* (Barkley) o que lean *Your Defiant Child* (Barkley y Benton) para mejorar su comprensión; facilitar la implementación; hacer un seguimiento de la efectividad. |
| Que los padres completen o descarten la emancipación del hijo. (37, 38, 39) | 37. | Explorar con los padres las opciones de que el cliente viva fuera del hogar (por ejemplo, con un pariente, en un centro de acogida o en servicios auxiliares, emancipado). |
| | 38. | Orientar a los padres en la búsqueda de asesoramiento legal en el proceso de emancipación. |
| | 39. | Apoyar a los padres en su decisión de emancipar al cliente, y analizar sus sentimientos con respecto a esta decisión. |

Indica que los objetivos / intervenciones seleccionados coinciden con los de los tratamientos basados en la evidencia.

**Anexo 13**

## Trifoliares para el padre, madre y docentes

# Entendiendo el Desafío: Guía para Docentes

## Inclusión y Apoyo Escolar

*1. Aula inclusiva:*

- *Promover la aceptación de la diversidad.*
- *Inclusión activa del estudiante en actividades.*

*2. Trabajo interdisciplinario:*

- *Colaborar con terapeutas y especialistas.*
- *Plan integral de apoyo.*

## Técnicas de Intervención y Colaboración con los Padres

1. Intervención temprana:
   - Colaborar con psicólogos escolares.
2. Comunicación con familias:
   - Canal de comunicacion continua.
   - Proporcionar recursos a los padres.
3. Adaptaciones en el aula:
   - Personalización de tareas.
   - Uso de "señales silenciosas".
4. Capacitación docente:
   - Talleres de manejo conductual.

Redes de apoyo entre docentes.

## ¿Qué es el Trastorno Negativista Desafiante (TND)?

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) es un patrón de comportamientos irritables, argumentativos y desafiantes hacia figuras de autoridad. Los estudiantes con TND suelen:

- Mostrar actitudes hostiles hacia las reglas
- Cuestionar constantemente la
- Negarse a seguir indicaciones
- Reaccionar con enojo o resentimiento.

## Estrategias para Manejar el Comportamiento en el Aula

1. Establecer reglas claras y consistentes
2. Refuerzo positivo
3. Desescalar conflictos
4. Fomentar la autonomía
5. Comunicación asertiva

## Estrategias a Largo Plazo para Crear un Entorno Positivo

1. Apoyo emocional:
   - Crear espacios seguros para la expresión emocional (ej. caja de sentimientos).
   - Uso de un diario emocional.
2. Rutinas predecibles:
   - Horarios y actividades consistentes.
   - Incorporar descansos regulares.
3. Clima de respeto mutuo:
   - Pactos de respeto con el estudiante.
   - Modelar el comportamiento deseado.
4. Fomentar el trabajo en equipo:
   - Asignar roles dentro de actividades grupales.
   - Promover la colaboración, no la competencia.
5. Monitoreo del progreso:
   - Registro de avances académicos y emocionales.