

Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes

E-ISSN: 2340-8340

investigacion_aitana@umh.es

Universidad Miguel Hernández de Elche
España

Ramírez Pérez, Marina

Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y
trastorno negativista desafiante

Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, vol. 2, núm. 1, enero, 2015, pp.
45-54

Universidad Miguel Hernández de Elche
Alicante, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147185006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes

■ Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante

Marina Ramírez Pérez

Universidad Miguel Hernández

Resumen

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno cuya frecuencia de aparición se ha incrementado considerablemente en los últimos años. Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio-familiares. Además, es un trastorno que presenta una alta comorbilidad (40%-60%) con otros problemas de conducta y/o emocionales, siendo el trastorno negativista desafiante (TND) uno de los más frecuentes. El objetivo del presente trabajo es examinar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en las conductas disruptivas y de desobediencia de un niño con TDAH y TND. El tratamiento fue una intervención específica en el contexto escolar, combinando el entrenamiento del profesor junto con el del niño, así como el trabajo con el grupo de clase del niño. Los resultados muestran la eficacia de la intervención exclusiva en el contexto escolar, especialmente del entrenamiento al profesor y de la aplicación de sistemas de organización de contingencias. La principal aportación de este trabajo es mostrar que incluso la intervención específica y exclusiva en el contexto escolar puede ofrecer resultados significativos en aquellos casos en los que la inclusión de los padres en el tratamiento no es posible por diferentes motivos.

Palabras clave: déficit de atención con hiperactividad, conducta disruptiva, trastorno negativista desafiante, tratamiento cognitivo-conductual, técnicas operantes.

Abstract

Cognitive-behavioral treatment of disruptive behaviors in a child with ADHD and oppositional defiant disorder. The Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a disorder that's frequency of occurrence has increased considerably in recent years. Children with this disorder have a higher risk of school failure, behavioral problems and difficulties in social and family relationships. Furthermore, it is a disorder that has a high comorbidity (40% -60%) with other behavioral and/or emotional problems, with Oppositional Defiant Disorder (ODD) being one of the most frequent. The aim of this study is to examine the efficacy of cognitive-behavioral therapy in disruptive behaviors and disobedience in a child with ADHD and ODD. The treatment was a specific intervention in a school context, combining teacher training with that of the child, as well as working with the child's class group. The results show the effectiveness of this exclusive intervention in a school setting, especially that of the teacher training and the implementation of the contingencies organizational system. The main contribution of this study is to show that even a specific and unique intervention in a school setting may provide significant results in those cases where the inclusion of parents in the treatment is not possible for different reasons.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, disruptive behavior, oppositional defiant disorder, cognitive-behavioral treatment, operant techniques

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno de base neurológica cuya frecuencia de aparición se ha incrementado considerablemente en los últimos años. Según el DSM-5 (APA, 2013), el TDAH se caracteriza por un persistente patrón de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo.

Los síntomas principales del TDAH son el déficit atencional, la hiperactividad o excesiva actividad motora y la impulsividad. Es el más

frecuente de los trastornos del neurodesarrollo iniciados en la infancia y diagnosticados en atención primaria. Los síntomas del trastorno tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, y causan una importante morbilidad y disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en el grupo de compañeros y en su familia (Cardo y Severa, 2008).

El TDAH representa un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, que se estima sobre el 5% de los niños,

Correspondencia:

Marina Ramírez Pérez.

Avda. de la Universidad, s/n. 03202. Elche (Alicante) - España.

E.mail: ramirezperezmarina@gmail.com

en la mayoría de las culturas (DSM-5, 2013). Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio-familiares como consecuencia de los síntomas propios del TDAH. El curso del trastorno es crónico y requiere tratamiento a largo plazo, con el correspondiente coste social.

El TDAH es un trastorno caracterizado por una alta comorbilidad; el término hace referencia a la presencia en la misma persona de dos o más trastornos psicopatológicos diferentes. Aproximadamente entre el 40% y el 60% de niños con TDAH presentan otros problemas de conducta y/o emocionales. Algunos de estos trastornos son trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastornos del aprendizaje, trastornos de ansiedad o depresión (Macià, 2012).

El trastorno negativista desafiante (TND) es uno de los trastornos asociados más frecuentes en niños y adolescentes con TDAH. El diagnóstico suele realizarse en la edad escolar, durante la primaria, aunque al recabar la información de la historia resulta posible verificar la presencia de algunas manifestaciones en la edad preescolar. La característica esencial de este trastorno es un patrón frecuente y persistente del estado de ánimo enfadado/ irritable, comportamiento discutiendo/desafiante, o deseo de venganza (DSM-5, 2013).

Respecto al tratamiento psicológico conductual-cognitivo del TDAH que ha demostrado una mayor eficacia es aquel que se centra en el niño, en los padres y en la escuela; utiliza programas de entrenamiento a padres y profesores con técnicas operantes (reforzamiento, extinción, economía de fichas, coste de respuesta, etc.) y técnicas cognitivo-conductuales con el propio niño (entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas, entrenamiento en autoinstrucciones, etc.) (Del Corral, 2003; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica del TDAH, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Pelham y Fabiano, 2008).

Por un lado, el entrenamiento de los padres persigue, fundamentalmente, modificar la interacción progenitor-hijo con el fin de fomentar la conducta social y disminuir las conductas desadaptativas. El objetivo general del entrenamiento es dotar a los padres de recursos teóricos y técnicos que les permitan el desarrollo de un equipamiento de habilidades que, a su vez, haga posible la mejora del modo o estilos de interacción social en el ámbito familiar, con el fin de tratar los problemas actuales y prevenir la aparición de otros (Olivares, Macià y Méndez, 1993).

Por otro lado, el éxito escolar del niño con TDAH depende fundamentalmente del profesor (DuPaul y Power, 2003), de modo que su experiencia, actitud ante el problema, disposición y trabajo serán decisivos. Por lo que es fundamental buscar la implicación activa del maestro informándole sobre el trastorno y sobre las estrategias que puede utilizar para tratarlo.

Finalmente, otro componente de la intervención es la modificación cognitiva de la conducta del propio niño, basada en el entrenamiento en estrategias de autorregulación, con el objetivo de hacer consciente al niño de sus limitaciones y posibilitar así que contribuya de forma activa en su intervención (Macià, 2012).

En ocasiones, como es éste el caso, es imposible contar con la colaboración de alguno de los agentes significativos para la intervención. En consecuencia, el objetivo del presente trabajo es intervenir de forma específica y exclusiva en el contexto escolar en un caso de conductas disruptivas para corroborar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual a partir del entrenamiento del profesor y el trabajo con el niño y su grupo de clase.

Descripción del caso

Identificación del paciente

Daniel (nombre figurado) es un niño de 6 años que cursa primero de educación primaria en un colegio concertado de la ciudad de Elche. Es el mayor de dos hermanos (hermana de 20 meses). Actualmente, el niño vive con su madre (35 años) y su hermana, ya que los padres se han separado hace unos meses. El padre (35 años) visita al niño casi diariamente, ya que éste reclama con bastante insistencia su presencia. Presenta dificultades en el nivel de adquisición de conceptos y su rendimiento académico no es el esperado. Daniel tiene diagnosticado un TDAH de tipo combinado asociado con trastorno negativista desafiante. El nivel socioeconómico familiar es medio-alto.

Motivo de consulta

El profesor demanda ayuda al Gabinete Psicopedagógico del centro escolar debido a los problemas de comportamiento que Daniel presenta en el aula y en el recreo. El niño muestra dificultades para cumplir las normas y seguir las rutinas, además de presentar una serie de conductas disruptivas hacia sus compañeros y profesores.

Historia del problema

Daniel es un niño inquieto, con marcada actividad motriz y con reacciones temperamentales ante las negativas y/o frustraciones, asociados a componentes agresivos, especialmente con la madre. De siempre ha tenido limitaciones en la relación con sus iguales. En las etapas iniciales se vinculaban con las limitaciones en la comunicación verbal, pero posteriormente se puso en evidencia las pobres habilidades para las relaciones sociales, dando muestras de intolerancia y reaccionando con violencia cuando se veía bloqueado y no sabía continuar el juego que había iniciado.

Por un lado, según informa la psicopedagoga del centro, ha estado en contacto con el niño desde el inicio de la escolarización, desde infantil el niño manifestó problemas en la adaptación escolar, con verbalización de rechazo para asistir al colegio. Presentó conductas escolares disruptivas, teniendo comportamientos agresivos con los compañeros, lo que incluso le llevó a suspender su asistencia al comedor escolar. Todo ello se asoció a una inadecuada interacción con los compañeros. Daniel también mostró alteraciones disciplinarias, acatando mal las indicaciones y adoptando frecuentemente actitudes negativistas ante los trabajos que se le indicaban. Todo esto repercutía desfavorablemente en los niveles de aprendizaje, destacando un marcado déficit de atención.

Respecto a la información recopilada de los padres, éstos refieren un único acontecimiento estresante en la vida del niño, el fallecimiento de los abuelos maternos en un accidente de tráfico en periodo lactante del paciente.

Por otro lado, según informa el tutor, las dificultades por las que demanda ayuda se manifiestan desde el inicio de este curso académico. El niño presenta diariamente una serie de conductas disruptivas que provocan alteraciones en el desarrollo de las clases y que atenta sobre la integridad física de sus compañeros y profesores. Además, también manifiesta excesiva violencia verbal, insultos y amenazas hacia sus iguales y adultos.

En Noviembre del año anterior, Daniel es diagnosticado por un Neuropediatra de TDAH de tipo combinado asociado con un Trastorno Negativista Desafiante, que en opinión del profesional puede

encontrase favorecido en alguna medida por la situación familiar y los estilos parentales asociados. Junto a estos trastornos también se asocia un nivel cognitivo límite. Actualmente recibe tratamiento farmacológico, combinando metilfenidato y risperidona, para modificar las conductas e impulsividad del niño.

Evaluación del caso

En primer lugar, cabe reseñar que la intervención fue, exclusivamente, en el centro escolar, por lo que la información fue recabada sólo por parte del tutor, la psicopedagoga del centro y el propio niño. La participación por parte de los padres, en este caso, fue inexistente, si bien dieron consentimiento informado para la intervención.

Entrevista, cuestionarios y registros del profesor

La evaluación se inició con una entrevista al profesor para obtener información preliminar del niño con el objetivo de especificar y delimitar la clase de conductas que el profesor entendía que constituían el problema. Antes de finalizar la sesión se le entregó al profesor dos tareas que debía cumplimentar para la próxima semana. Por un lado, un registro de observación que debía completar con el fin de recoger información y establecer la línea base. El registro recabó información sobre situación, antecedentes, conducta, consecuencias, duración e intensidad de la conducta (véase la Figura 1). Por otro lado, debía rellenar el *Cuestionario de Situaciones Escolares* (SSQ; Barkley, Murphy y Bauermeister, 1998), que permite conocer en qué situaciones los déficits atencionales del niño provocan más problemas y conocer las respuestas del profesor ante dichas conductas. La versión en español presenta propiedades psicométricas adecuadas, con valores de consistencia interna de .89 (Bauermeister et al., 2005).

En la segunda sesión, inicialmente se revisaron las tareas que tenía que realizar por si había alguna duda. Después se le administró el formulario para profesores de la *Escala de apreciación de conductas en niños* (Achenback y Edelbrock, 1982), con el objetivo de sondear los tipos de conductas que el niño manifiesta y utilizarlo, posteriormente, para valorar el antes y después de la intervención. Esta escala muestra un índice de consistencia interna adecuado. Al terminar, se

le proporcionó el mismo registro de observación para que continuara registrando las conductas que realizaba.

En la tercera sesión, como en la sesión anterior, inicialmente se revisó el registro de observación. A continuación, se le administró la Escala T del *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes* (BASC; Reynolds y Kamphaus, 2004), que evalúa una amplia gama de dimensiones patológicas y dimensiones adaptativas que pueden resultar útiles para conocer al niño. Ésta evalúa tanto dimensiones positivas como negativas del individuo. La consistencia interna de la prueba varía entre .76 y .96.

Entrevista con la psicopedagoga

En cuanto a la psicopedagoga, en la primera sesión se le entrevistó con el fin de recopilar toda la información de la que disponía el gabinete del centro hasta el momento sobre el niño. Se recabó información respecto a los datos biográficos del niño y de la familia, la historia evolutiva del niño, los antecedentes personales, la historia del problema y el tratamiento llevado a cabo hasta el momento.

Entrevista y cuestionarios del niño

Respecto al niño, en la segunda sesión se mantuvo una breve entrevista con él para comprobar si conocía los propósitos de la intervención, conocer su punto de vista respecto al problema y fomentar la relación terapéutica entre paciente y terapeuta.

Finalmente, en la tercera sesión se le administró dos pruebas psicométricas clínicas con el fin de valorar la presencia de posibles problemas secundarios o comórbidos relacionados con sus trastornos. Por un lado, el *Cuestionario de Ansiedad Infantil* (CAS; Gillis, 1999), que permite efectuar una rigurosa exploración psicológica de los trastornos de ansiedad en niños de los primeros niveles de escolaridad; y por otro, el *Inventario de Estrés Cotidiano Infantil* (IECI; Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escobar y Maldonado, 2011), que se centra en la evaluación de los estímulos estresores y de las respuestas psicofisiológicas, emocionales, cognitivas o conductuales que se emiten en la infancia al sufrir la acción de dichos estresores. Ambas pruebas muestran una consistencia interna en la versión española de .65 y .81, respectivamente.

Figura 1. Registro de observación

Día y Hora	¿Dónde estaba?	¿Qué ha pasado justo antes de la conducta?	¿Qué hace el niño?	¿Qué hace el profesor?	Duración conducta	Intensidad conducta (0-10)

Análisis topográfico

En base a la información obtenida durante las entrevistas y los registros realizados por el profesor, se estableció la línea base. Se observó que el niño presentaba una serie de conductas problemáticas durante el tiempo que permanecía en el colegio, ya fuese en clase o en el recreo. Estas conductas se muestran en una tabla acompañadas

de la frecuencia, duración e intensidad de cada una de ellas (véase la Tabla 1). Estos episodios eran muy frecuentes, las conductas se presentaban con una frecuencia de 2 o 3 veces al día durante los cinco días que Daniel asistía al colegio. En cuanto a la duración de los episodios, se puede decir que, en base a los registros, presentan una duración de entre diez y quince minutos con una intensidad media de 8 en una escala de 0 a 10.

Análisis funcional

Para modificar las conductas-problema que conforman el trastorno, llevamos a cabo un análisis funcional (véase la Figura 2) que nos permite recabar información para plantear los objetivos de la intervención terapéutica, identificar las condiciones que mantienen el comportamiento y seleccionar los medios más útiles para producir los cambios deseados y valorar, posteriormente, los resultados alcanzados.

Cuando Daniel se encuentra ante situaciones en la que el profesor demanda el cumplimiento de normas y rutinas se inicia en él un desencadenamiento de respuestas motoras. Éstas aparecen en forma de agresiones físicas y verbales hacia sus compañeros y profesores. El niño no obedece a las demandas del tutor, el cual responde con un alto grado de desesperación y de confrontación con el niño, lo que incrementa la intensidad de la conducta disruptiva. Referente a la respuesta fisiológica, según indica el profesor, el niño se muestra nervioso y excitado. En cuanto al componente cognitivo, el niño tiene verbalizaciones negativas como que siempre le castigan o le riñen a él.

Por un lado, la inconsistencia en los castigos, en algunas ocasiones por parte del profesor, y la ausencia de refuerzo ante las conductas adaptativas que el niño realiza han dado lugar al origen de las conductas disruptivas. El profesor debe rebatir con el niño para conseguir el cumplimiento de las normas y rutinas, y en el caso de no suprimir la rabieta, termina por aplicarle un castigo o dejarle fuera de clase, en el pasillo.

Por otro lado, la presencia de ambos trastornos, TDAH y TND, en el niño puede ser que este agravando las conductas de desobediencia que Daniel presenta. Además, cabría destacar, que el acontecimiento estresante que sucedió, el fallecimiento de los abuelos maternos, cuando el niño era pequeño, acompañado de la inconsistencia de normas y límites por parte de los padres pudo influir en la conducta del niño y en el desarrollo del segundo trastorno.

Las conductas disruptivas que Daniel presenta se mantienen en el tiempo por refuerzo positivo, ya que el profesor le presta atención al

niño cuando se da la conducta problemática y, en ocasiones, el niño consigue lo que quiere; y por refuerzo negativo, ya que a través de su conducta consigue no llevar a cabo una actividad desagradable. Todo ello está teniendo repercusiones en el aula, ya que las disputas son frecuentes, dando lugar a un mal ambiente al no saber el profesor reconducir la conducta del niño.

La hipótesis inicial en la que nos basamos es que con una correcta intervención cognitivo-conductual con Daniel y la colaboración del tutor, se conseguirá cambiar el patrón conductual que el niño manifiesta, adquiriendo habilidades que hagan comportarse al paciente de una manera más adaptada.

Aplicación del tratamiento

En este caso, el tratamiento elegido fue la terapia cognitivo-conductual, combinando tanto la terapia con el niño y sus compañeros de clase como el entrenamiento al profesor.

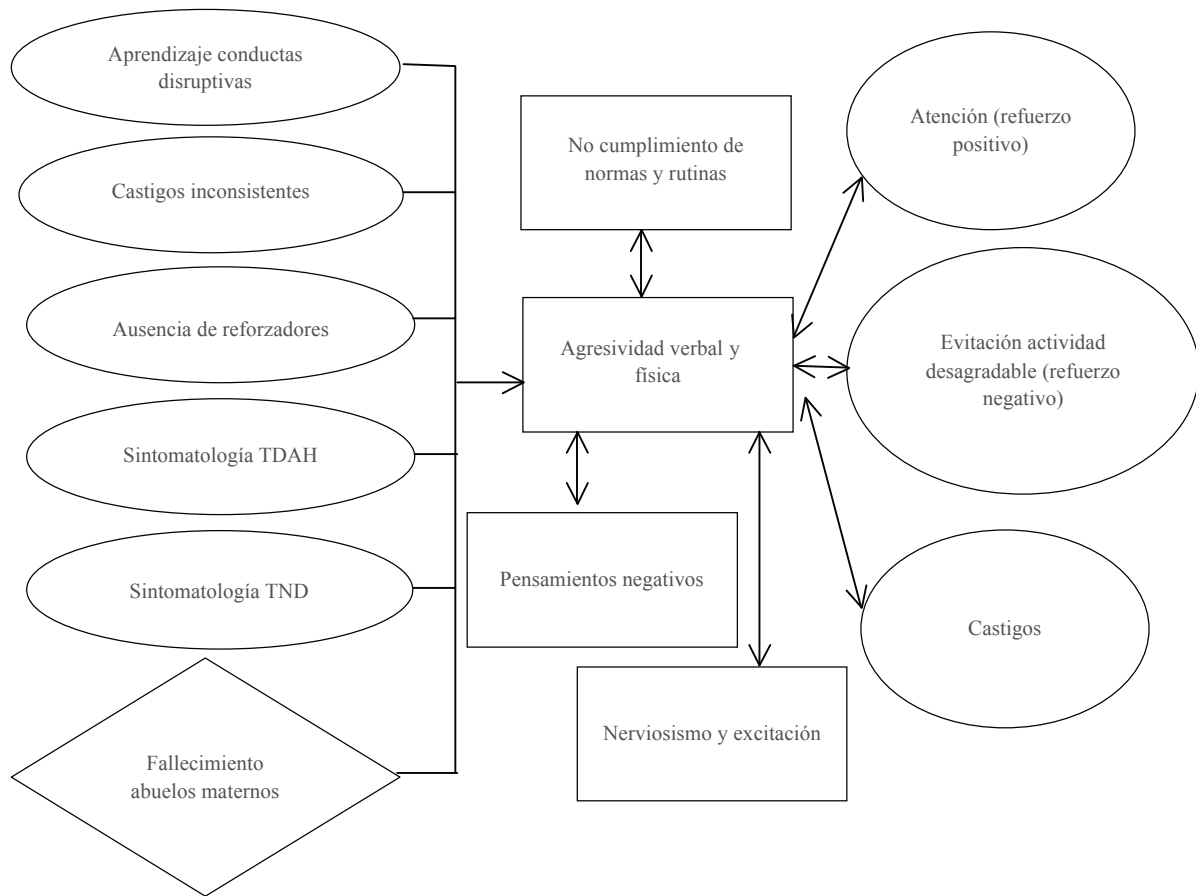
En función de los datos proporcionados por la evaluación y después del análisis de los mismos, se propuso como objetivo general eliminar o disminuir la frecuencia de las conductas disruptivas así como instaurar o potenciar la emisión de conductas adecuadas, estableciendo la consecución de una serie de objetivos de intervención. Se plantearon diferentes objetivos específicos para cada agente que participó en el tratamiento, los objetivos establecidos con el profesor fueron: i) adquirir información sobre el TDAH y Trastorno Negativista Desafiante (concepto, características, etiología, pronóstico y tratamiento); ii) adquirir información y explicación sobre el origen, desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas; iii) aprender técnicas operantes y manejo de contingencias; iv) aprender pautas y estrategias educativas para el manejo en el aula; con el niño: v) eliminar o reducir las conductas disruptivas en clase; vi) aprender estrategias de autorregulación; y con el grupo de clase: vii) adquirir información sobre TDAH; viii) establecer normas de conducta concretas en el aula para mejorar el clima.

Tras las 3 primeras sesiones de evaluación, el tratamiento se llevó a cabo en un total de 13 sesiones, con una duración total de la inter-

Tabla 1. Conductas problemáticas antes de la intervención

Conducta	Frecuencia semanal	Duración (minutos)	Intensidad (0-10)
Gritar	6	15	9
Insultar	7	10	7
Pegar	9	10	9
Amenazar	4	15	8
Desobedecer	5	15	7
Molestar	8	15	6
Levantarse de su silla	6	15	6
Empujar	3	10	7
Romper material escolar	2	10	7
Escupir	5	10	7

Figura 2. Representación gráfica del análisis funcional del caso



vención de aproximadamente 3 meses. Cinco de las sesiones fueron con el niño, seis sesiones con el profesor y dos sesiones con el grupo de clase. La frecuencia de las sesiones fue de una sesión semanal, aunque durante el primer mes se realizó dos sesiones por semana, alternando sesión con el profesor y niño. No obstante, cabe destacar que, durante las dos semanas del periodo vacacional de Semana Santa, no hubo contacto alguno con ellos, puesto que era una intervención exclusiva del contexto escolar. Estas sesiones tenían una duración de 50 minutos aproximadamente.

A continuación se describen las sesiones de tratamiento organizadas por sujeto de intervención:

Intervención con el tutor

Sesión 1: Psicoeducación. Explicación del análisis funcional, explicación de los principios del aprendizaje social e información sobre el TDAH y el TND.

Sesión 2: Psicoeducación. Pautas y estrategias educativas para el manejo en el aula. Se instruyó al profesor en el uso de estrategias de control ambiental y planificación de tareas y en que conociera los métodos para fomentar y mantener la atención del niño.

Sesión 3: Entrenamiento en técnicas operantes de modificación de conducta. De entre las técnicas operantes posibles, se seleccionaron, por un lado, el refuerzo positivo para fortalecer las conductas adecuadas ya existentes; y por otro lado, la extinción, el tiempo fuera y el coste de respuesta para reducir la frecuencia y/o eliminar las conductas desadaptativas que el niño presentaba. Esta selección se realizó atendiendo a las medidas que se podían adoptar en el aula y a las conductas disruptivas presentes.

Sesión 4 y 5: Economía de fichas. Se le explicó al profesor el funcionamiento de la economía de fichas, se definieron las conductas a reforzar, se establecieron los criterios que se llevarían a cabo para poder dar el refuerzo y se acordaron los reforzadores. La economía de fichas (véase la Figura 3) pactada se aplicó durante un mes y medio.

Mediante esta economía, el niño obtuvo los reforzadores de dos modos, diariamente y semanalmente. Por un lado, al finalizar el día, el profesor junto con el niño revisaban todas las normas y marcaban con una pegatina la conducta o conductas que conseguía. Si conseguía las conductas, según el criterio establecido, el niño marcaba la casilla “Lo he conseguido”, e inmediatamente se le entregaba un reforzador material a modo de dibujo o pegatina de uno de los dibujos que al niño le gustaba. Por otro lado, al finalizar la semana, si el niño conseguía tener marcadas las casillas “Lo he conseguido”, según criterio también previamente establecido, obtenía un premio final. Éste era un reforzador material o de actividad, entre los que se encontraban salir antes al recreo o llevarse la mascota de la clase durante el fin de semana.

El número de conductas que el niño debía conseguir para la obtención de los premios se iba incrementando cada dos semanas hasta cumplir todas las conductas. Asimismo, el premio final que el niño ganaba era cambiado todas las semanas por el profesor, aunque negociado con el niño previamente, con el fin de motivarlo y evitar la saciedad y el cansancio hacia un mismo reforzador.

Sesión 6: Fase de prevención y recaídas. Esta última sesión se dedicó, junto con el niño, para valorar los cambios obtenidos a lo largo del tratamiento y para repasar las técnicas y estrategias aprendidas con las que solucionar posibles situaciones problemáticas futuras. Además, se plantearon distintas situaciones que podrían ocurrir, dando soluciones a las mismas.

Figura 3. Economía de fichas

Normas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
No pegar					
No escupir					
No insultar					
Trabajar					
Terminar el almuerzo					
Lo he conseguido					

Intervención con el niño

Sesión 1: Psicoeducación. El objetivo principal es hacerle consciente del problema. Además en esta sesión, se realizó la explicación del tratamiento llevado a cabo y la importancia del mismo.

Sesión 2, 3 y 4: Entrenamiento en autocontrol. Durante estas sesiones se le enseñó al niño la técnica de la tortuga con el fin de que fuese capaz de controlar sus propias conductas disruptivas. El entrenamiento en esta técnica se llevó a cabo mediante diferentes fases: educativa, modelado de la posición de la tortuga, entrenamiento en relajación progresiva, entrenamiento en resolución de problemas y generalización y mantenimiento. Se trabajó la técnica de una manera dinámica y participativa, en la que el niño practicó los ejercicios para poder incorporarlos en su vida diaria.

Sesión 5: Economía de fichas. Se le explicó al niño el funcionamiento de la economía de fichas, se le expusieron y explicaron detalladamente las conductas que se iban a reforzar y los refuerzos que iba a obtener si lo conseguía.

Intervención con el grupo de clase

Sesión 1: Psicoeducación. Tras una reunión con el tutor, se determinó la necesidad de realizar una tutoría con la clase para explicar el TDAH. Para ello se utilizó un cuento que narraba la historia de un niño que padecía este trastorno y, posteriormente, se realizó un pequeño debate sobre las dudas que ellos tenían y sobre lo que pensaban al respecto.

Sesión 2: Estrategia operante. Con el fin de mejorar el clima en el aula se llevó a cabo la técnica del juego del buen comportamiento que tiene como objetivo fundamental reducir la frecuencia de determinados comportamientos y prevenir comportamientos más perjudiciales para el niño. Este es un programa de contingencias orientado hacia el grupo, es decir, un procedimiento en el que la ejecución o no ejecución de una conducta, suponen la consecución o pérdida de un refuerzo basado en el comportamiento de un individuo dentro del grupo. Para la aplicación de este programa, en primer lugar, se dividió a la clase en cinco grupos con su respectivo líder. A continuación, se explicó a los niños en qué consistía el juego: las normas seleccionadas, cuando se penalizaría, qué premio conseguirían y cuándo obtendrían su premio diario y semanal. En este juego,

todos los equipos podían ser ganadores y a medida que avanzaba el programa se iban reduciendo el número de marcas que podían tener. Las normas que se establecieron con los niños fueron: trabajar en silencio, terminar el trabajo, sentarse correctamente, revisar el trabajo, respetar a los compañeros y profesores y mantener el silencio cuando otra persona entra a clase.

Resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos tras la aplicación del tratamiento, haciendo una comparativa global pre-test y post-test de los cuestionarios administrados al profesor y al niño.

El cuestionario de situaciones escolares muestra en el pre-test que de las 12 diferentes situaciones escolares que se presentan en la escala, el profesor señala 8, con una puntuación media de severidad de 7.25. Este índice se encuentra muy por encima de la media, siendo ésta de 1.5. Una vez aplicado el tratamiento, en el post-test, se puede observar (véase la Figura 4) como se han eliminado dos de las situaciones en las que se producían problemas de conductas al inicio de la intervención y como se ha producido un descenso en el nivel de intensidad en el resto. A pesar de que las conductas manifiestas todavía muestran un índice que está por encima de la media (4), como informa el profesor y como se puede observar en la figura, existe una gran mejoría en el comportamiento del niño.

En cuanto a la escala de apreciación de conductas en niños que se aplicó al profesor, se contempla que las conductas problemáticas que presentaba Daniel, tanto en el aula como en el recreo, han disminuido notablemente. Aunque, en ocasiones, sigue teniendo alguna que otra conducta molesta e incorrecta, el profesor nota un gran cambio en su actitud y comportamiento. Daniel ha mejorado significativamente su disposición a ayudar en las tareas y a realizar el trabajo académico, aunque sigue costándole fijar la atención. Presta más atención a las demandas del profesor y acaba haciendo lo que éste le diga, aunque tenga que insistirle. El profesor considera que sigue hablando cuando no debe e interrumpiendo a otros compañeros, aunque su conducta agresiva ha disminuido. Pierde el control en menos ocasiones y ya no se muestra tan hostil y vengativo con sus iguales.

Respecto a la escala del *Sistema de evaluación de la conducta*

de niños y adolescentes (BASC), tras analizar los resultados pre-test y post-test se puede observar que algunas de las escalas clínicas se mantienen estables y otras tienen una mejora significativa (véase la Figura 5). Estas escalas clínicas miden conductas desadaptativas, por lo que puntuaciones altas en estas escalas representan características negativas o no deseables, encontrándose la normalidad entre 40 y 60. Las escalas en las que se obtienen una mejoría indican que existe una reducción de la agresividad, viéndose disminuido en paralelo los conflictos y problemas de conducta que el niño presentaba. Además, también refleja que tiene una mejor relación con sus iguales, mostrando una mayor flexibilidad y planteándose el ayudar a otros. Asimismo, estos resultados muestran como se ven disminuidos los síntomas propios del trastorno, ya que se reduce la hiperactividad y los problemas de atención, aunque sigue teniendo problemas de concentración en las tareas que no le gustan. Todo ello beneficia al niño, viéndose disminuida en él la ansiedad.

Toda la información recogida acerca del caso y los cuestionarios administrados se realizaron al profesor ya que, en ocasiones, durante la entrevista con el niño, éste se contradecía o mentía sobre la situación y los hechos ocurridos. Pero se consideró oportuno, tras las entrevistas, aplicarle al niño un cuestionario de estrés y otro de ansiedad infantil, ya que mostraba excitación y nerviosismo. Por un lado, la figura 6 muestra los resultados obtenidos del pre-test y del post-test del inventario de estrés cotidiano infantil. La figura presenta el estrés existente en las diferentes escalas y el estrés total, donde una puntuación de 55 o menos indicaría que no hay problemas de estrés significativos y una puntuación entre 56 y 65 sería indicativa de la presencia de sintomatología leve asociada al estrés. La escala de problemas de salud y psicossomáticos y la escala de estrés en el ámbito familiar se mantienen estables, mientras que el estrés del ámbito escolar disminuye significativamente. Esto puede ser explicado debido a que la intervención fue exclusiva del contexto escolar. El estrés total también se ha visto

Figura 4. Situaciones problemáticas (Cuestionario de Situaciones Escolares)

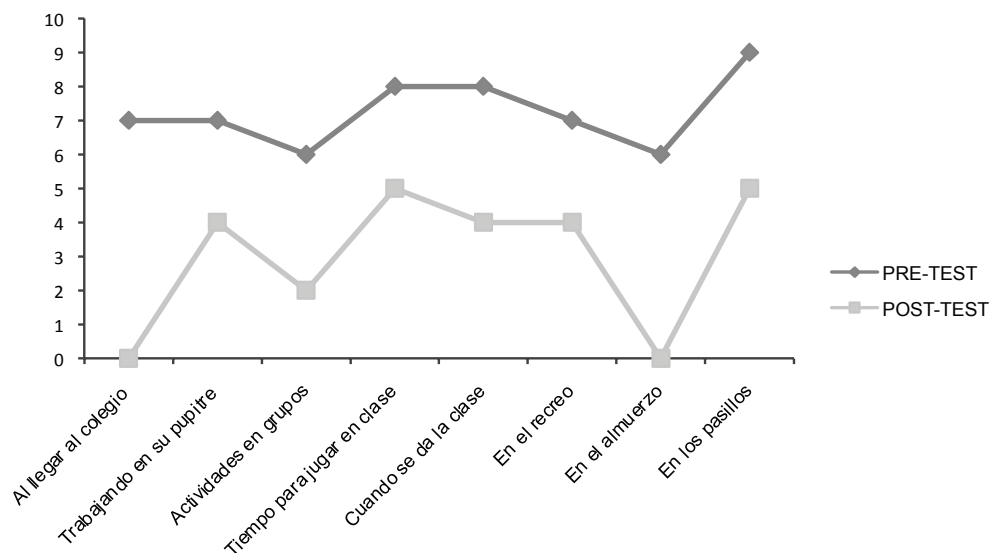


Figura 5. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC)

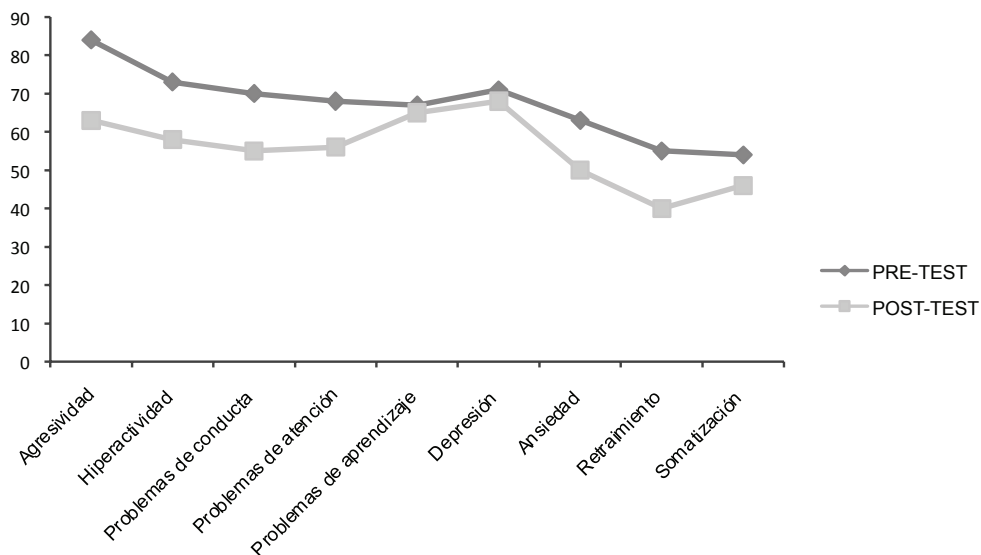


Figura 6. Estrés Cotidiano Infantil (Inventario de Estrés Cotidiano Infantil)

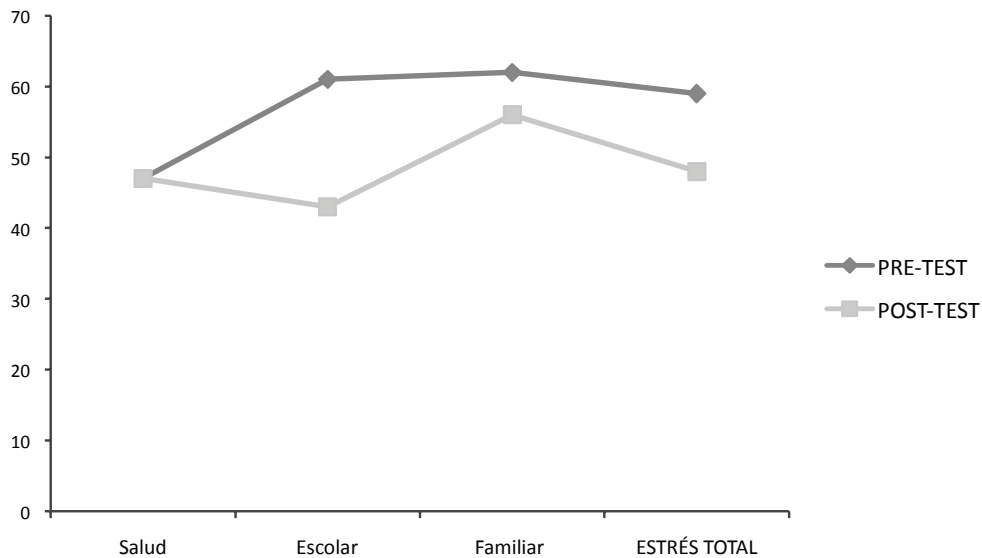
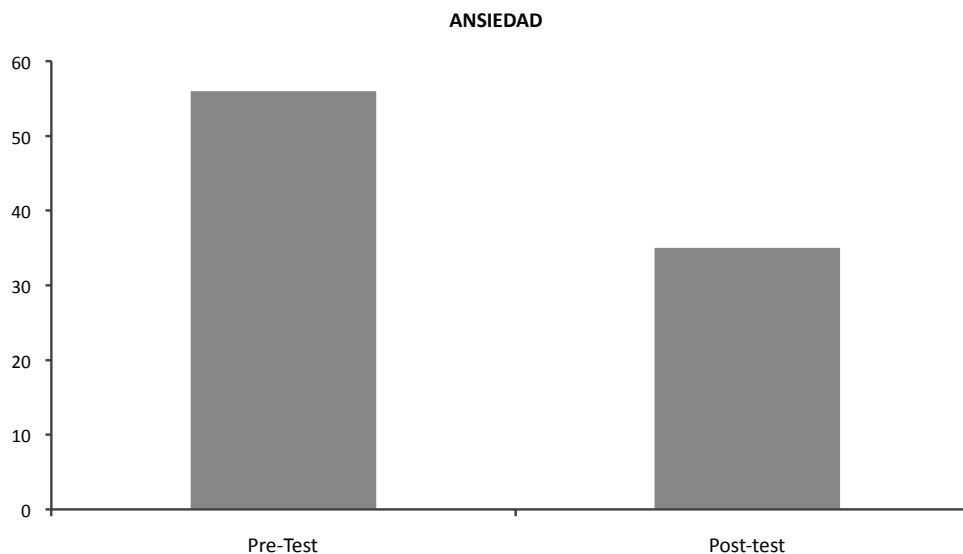


Figura 7. Ansiedad Infantil (Cuestionario de Ansiedad Infantil)



reducido, indicando que no hay problemas de estrés significativos en el niño. Por otro lado, la figura 7 muestra como se produce una disminución en la ansiedad que Daniel presentaba antes de la intervención.

Por último, cabe decir, que tras el análisis de los resultados obtenidos, se ha conseguido eliminar y disminuir la frecuencia de las conductas disruptivas que Daniel presentaba, así como instaurar y potenciar la emisión de las conductas adecuadas, que era el objetivo general que se planteaba al inicio de la intervención. Asimismo, se puede decir que la obtención de unos resultados significativos se debe a la consecución de los diferentes objetivos específicos que también se planteaban al principio con cada agente de la intervención. Los objetivos establecidos con el profesor acerca de adquirir información sobre el TDAH, el origen, el desarrollo y el mantenimiento de las conductas disruptivas, junto con la proporción de aprender pautas y estrategias educativas para el manejo en el aula y el conocimiento de técnicas operantes y el manejo de con-

tingencias, en este caso, ha ayudado a la disminución de las conductas problemáticas. Además, esta disminución también se debe a los objetivos alcanzados con el niño de eliminar y reducir las conductas disruptivas en clase junto con el aprendizaje de estrategias de autorregulación. Respecto al buen clima obtenido en el aula, éste se ha conseguido tras la consecución de los objetivos establecidos con el grupo de clase de adquirir información sobre el TDAH y al establecimiento de normas de conducta concretas en el aula.

Discusión

Este estudio se planteó mostrar los resultados de una intervención específica y exclusiva en el contexto escolar, ya que, en ocasiones, es imposible contar con la colaboración de alguno de los agentes significativos para la intervención.

En general, los resultados obtenidos muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual a partir del entrenamiento del profesor y el trabajo con el niño y su grupo de clase. La intervención terapéutica ha sido satisfactoria, puesto que se han cumplido todos los objetivos que se plantearon en el inicio. El profesor adquirió un mayor conocimiento sobre el TDAH y el TND y sobre el origen, desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas. Además aprendió pautas y estrategias educativas para el manejo en el aula y se consiguió el establecimiento de normas y rutinas a través de las técnicas operantes y el manejo de contingencias aprendidas. Como consecuencia del trabajo del profesor y el aprendizaje de estrategias de autorregulación que consiguió el niño, se alcanzó otro de los objetivos que se planteó con el niño, reducir y eliminar las conductas disruptivas que Daniel presentaba. En cuanto a los objetivos de la adquisición de información sobre el TDAH por parte del grupo de clase y el establecimiento de normas de conducta concretas en el aula con el fin de mejorar el clima han sido positivos, han sido logrados satisfactoriamente.

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

En cuanto al uso de sistemas de organización de contingencias, se puede decir que permitió la adquisición de conductas adecuadas y la eliminación de conductas inadecuadas, siendo coherente estos resultados con los obtenidos en un estudio de caso de conductas disruptivas en la infancia (Frojan et al., 2011).

Respecto al cumplimiento de normas por parte de la clase mediante el “juego del buen comportamiento”, se puede decir que es un procedimiento realmente efectivo para el cambio conductual de niños cuyo objetivo es la reducción de conductas disruptivas incompatibles en contextos educativos, siendo coherente estos resultados con los obtenidos en otro estudio (Ruiz, Pino y Herruzo, 2006).

A pesar de obtener resultados significativos en este estudio, el trabajo presenta algunas limitaciones. Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra la inexistente colaboración de los padres, ya que como se ha demostrado en numerosos estudios el tratamiento que muestra una mayor eficacia es aquel que se centra en el niño, en los padres y en la escuela (Del Corral, 2003; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica del TDAH, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Pelham y Fabiano, 2008). Esta nula participación por parte de los padres dificultaba el trabajo con el niño, puesto que no se reforzaba lo que el niño iba aprendiendo en casa. Éste puede ser un factor importante y unos de los motivos principales por los que podría haber una posible recaída. Otro de los problemas que se plantearon al inicio de la intervención fue la respuesta del resto de compañeros ante la atención prestada al niño durante el tratamiento, por lo que se decidió implicarlos en el tratamiento asumiendo tareas y haciéndolos también responsables del cambio. Otra limitación sería el tiempo empleado en la intervención, aunque se llevó a cabo la intervención planteada al inicio del tratamiento, por cuestión de tiempo y organización del colegio no se pudo trabajar más tiempo con los participantes.

Para finalizar, en cuanto a intervenciones futuras, se debe trabajar durante más tiempo y conjuntamente, ya que trabajando en equipo y de forma ordenada el avance es posible. Además, hay que tener en cuenta que el TDAH es un problema de todos. Según la evaluación durante la intervención, el tratamiento es eficaz, aunque queda pendiente evaluar el seguimiento, con el fin de observar si los cambios producidos se mantienen en el tiempo.

Referencias

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1982). *Escalas de apreciación de conducta en niños (formulario para profesores)*. Universidad de Vermont. Adaptación española experimental: Cátedra de Psicodiagnóstico, Universidad Autónoma, Madrid, 1982.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition)*. Washington, DC: Author.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. y Bauermeister, J. J. (1998). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un manual de trabajo clínico*. Nueva York: Guilford Press.
- Bauermeister, J. J., Matos, M., Reina, G., Salas, C. C., Martínez, J. V., Cumba, E. y Barkley, R. A. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 166-179.
- Cardo, E. y Severa, M. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: the state of the matter and further research approaches. *Revista de Neurología*, 46, 365-372.
- Del Corral, P. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (comp.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 137-149). Madrid: Pirámide.
- DuPaul, G. J. y Power, T. J. (2003). Intervenciones educativas para alumnos con trastornos por déficit de atención. En T. Brown (comp.). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos* (pp. 607-635). Barcelona: Masson.
- Froján, M. X., Calero, A. y Montaña, M. (2011). Análisis de un caso de conductas disruptivas en la infancia. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (eds.). *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (pp. 343-363). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gillis, J. (1999). CAS. *Cuestionario de Ansiedad Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya.
- Macià, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Martin, G. y Pear, J. (1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice-Hall.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. National Clinical Practice Guideline Number 72. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993). Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento a padres: el programa Paidos. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (comp.). *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp. 115-145). Madrid: Pirámide.
- Pelham Jr, W. E. y Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184-214.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *Manual BASC. Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ruiz, M. R., Pino, M. J. y Herruzo, J. (2006). Revisión de la técnica “El juego del buen comportamiento”. *Análisis y modificación de conducta*, 32, 553-574.

Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández-Baena, F. J., Escobar, M. y Maldonado, E. F. (2011). *IECI. Inventario de Estrés Cotidiano Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.