

■ Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Laura Giménez-García

Práctica privada

Resumen

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos de inicio en la infancia más frecuentes. Sus principales síntomas (déficit atencional, hiperactividad o excesiva actividad motora e impulsividad) dificultan la adaptación del niño, dando lugar al desarrollo de problemas secundarios como problemas de comportamiento. La presencia de TDAH es un factor de riesgo para la aparición de comportamientos perturbadores, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial, por lo que una intervención temprana puede prevenir la aparición de los mismos. El presente estudio de un caso tiene como objetivo reducir y/o eliminar la emisión de conductas disruptivas en casa así como la potenciación de conductas adaptativas mediante psicoeducación, entrenamiento a padres y la aplicación de un sistema de economía de fichas. Con el fin de evaluar la eficacia del tratamiento, durante la aplicación del mismo se llevó a cabo un registro de la emisión de conductas disruptivas, en el que se recogía la frecuencia, intensidad y duración de las mismas. Los resultados muestran la eficacia del entrenamiento a padres y de la aplicación de sistemas de organización de contingencias para la intervención en un caso de conductas disruptivas y de desobediencia en la infancia.

Palabras clave: Déficit de atención con hiperactividad, problema de conducta, entrenamiento a padres, economía de fichas, tratamiento cognitivo-conductual.

Abstract

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most frequent disorders of childhood-onset. Its main symptoms (attention deficit, hyperactivity or excessive motor activity and impulsivity) hinder child's adjustment, leading to the development of secondary problems such as behavioural problems. The presence of ADHD is a risk factor for the occurrence of disruptive behaviours, oppositional defiant disorder and conduct disorder, so that early intervention may prevent the appearance of them. This case study aims to reduce and/or eliminate the emission of disruptive behaviours at home as well as to enhance adaptive behaviours through psychoeducation, parent training and implementing a token economy system. In order to evaluate the effectiveness of the treatment, a registration of the emission of disruptive behaviours was completed to assess the frequency, intensity and duration of disruptive behaviours during the application of the intervention. The results showed the effectiveness of parent training and the implementation of token economy system for intervention in a case of disobedience and disruptive behaviour in childhood.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, disruptive behaviour, parent training, token economy, cognitive-behavioural treatment.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos de inicio en la infancia más frecuentes. El DSM-IV-TR (APA, 2002) expone tasas de prevalencia entre el 3 y el 7 por 100 en población infantil entre los 6 y los 12 años, siendo la prevalencia más alta entre los 6 y los 9 años.

Los síntomas principales del TDAH (déficit atencional, hiperactividad o excesiva actividad motora e impulsividad) dificultan la adaptación del niño, pero al mismo tiempo dan lugar al desarrollo de problemas secundarios, como problemas de comportamiento, dificultades en el aprendizaje escolar, problemas de relación social y/o alteraciones emocionales, baja autoestima, causando un deterioro significativo en la actividad social, académica y familiar (Maciá, 2012). El TDAH es como un factor de riesgo evolutivo, que añade problemas que no forman parte del trastorno y que podrían impedirse con una intervención temprana (Perellada, 2009).

Como consecuencia de los síntomas principales, los niños con TDAH son molestos, agresivos, perturbadores, desafiantes y desobedientes. Así, la falta de habilidad de los padres para entenderlos y establecer pautas educativas adecuadas dará lugar a un incremento de la frecuencia e intensidad de dichas conductas, produciéndose así un círculo vicioso de desobediencia, castigos, mal ambiente familiar y baja autoestima, llegando en algunos casos a convertirse en formas severas de conducta antisocial (Maciá, 2012). La existencia de TDAH es un factor de riesgo para el desarrollo de comportamientos perturbadores, trastorno negativista desafiante y disocial, por lo que una intervención precoz del TDAH, prevendrá el desarrollo del Trastorno negativista desafiante, el cual complicará la evolución de ambos (Maciá, 2012).

En cuanto al punto de corte entre lo normal y lo patológico, referente a los problemas de conducta o conductas disruptivas es difícil de determinar. Así, parece establecerse en función de la frecuencia y gravedad de las conductas, el número de conductas inadecuadas que un niño emite, la diversidad de contextos en los que tienen lugar y su desaparición o no de forma espontánea a lo largo del desarrollo (McMahon y Forehand, 1988).

Según el DSM-V-TR (APA, 2000), las conductas disruptivas en la infancia se englobarían dentro del trastorno negativista desafiante, cuyos síntomas principales son: un patrón de comportamiento negativista, desafiante y hostil dirigido a las figuras de autoridad, que se presenta durante por lo menos 6 meses y que se caracteriza por la presencia de al menos 4 de las siguientes conductas: encolerizarse, discutir con los adultos, desafiar las peticiones de los adultos, llevar a cabo deliberadamente actos que molestan a otros, acusar a otros de sus propios errores, molestarse fácilmente por otros, estar resentido o ser vengativo o rencoroso. La presencia de estas conductas, causa un deterioro significativo del funcionamiento social, académico u ocupacional del sujeto. Estas conductas no aparecen en el curso de un trastorno psicótico o un trastorno del estado de ánimo, no cumpliendo los criterios para trastorno disocial y si el individuo tiene más de 18 años no cumple los criterios de personalidad antisocial.

De entre los modelos explicativos propuestos para dar explicación a los problemas de conducta uno de los más adecuados es la teoría de la coerción de Patterson (Patterson, 1982; 1986; Patterson, Reid y Dishion, 1992). Con el fin de explicar el desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas

propone la hipótesis de la coerción. Así, Patterson considera que algunos comportamientos como gritar, llorar, etc., son conductas instintivas, que le sirven al recién nacido para adaptarse, cumpliendo una función de supervivencia (conseguir alimento, calor necesidad de limpieza, etc.). A medida que el niño va creciendo, sustituye estas conductas por otras más complejas, por habilidades de comunicación más evolucionadas. En cambio, en determinadas situaciones, los padres favorecen el mantenimiento de dichas conductas, desatendiendo las conductas adecuadas y respondiendo solo ante conductas coercitivas de control (gritar, llorar, etc.). La conducta disruptiva, llevada a cabo por el niño se ve reforzada, dando lugar a que el niño continúe empleando conductas coercitivas de control. En la interacción que se produce entre padres-hijos tiene lugar la trampa de reforzamiento, ya que los padres provocan la finalización de la conducta aversiva a corto plazo e incrementan sin ser conscientes la probabilidad de que esta conducta se repita en el futuro.

De entre los diferentes tipos de intervenciones psicosociales, el entrenamiento de padres es la estrategia de primera elección para el tratamiento de los problemas de conducta a edades tempranas, menores de 10-12 años (Maciá, 2012). En esta línea, diversos estudios realizados establecen los programas de entrenamiento a padres como un tratamiento eficaz (Robles y Romero, 2011). El entrenamiento a padres se basa en el criterio general de que gran parte de la conducta problemática del niño tiene lugar y se favorece en el hogar, mediante interacciones desadaptativas padres-hijos y que los padres tienen un gran potencial para generar cambios. Por tanto, el entrenamiento a padres persigue el desarrollo de habilidades y técnicas en éstos para modificar la conducta de sus hijos en casa, modificando la interacción padres-hijos, con el fin de potenciar la conducta social y disminuir las conductas desadaptativas (Maciá, 2012). La economía de fichas suele incluirse también en el tratamiento del TDAH, con el fin de que se produzca la adquisición de conductas adecuadas y la eliminación de conductas inadecuadas (Loro-López et al, 2009). Esta técnica se ha mostrado efectiva en un caso de conductas disruptivas en la infancia (Frojan et al., 2011), con el objetivo de alterar las condiciones ambientales que mantenían las conductas disruptivas.

Descripción del caso

Identificación del paciente

Javier es un niño de 8 años que cursa tercero de educación primaria, interno en centro de protección de menores por desamparo con tutela por Consellería de Bienestar Social, junto con su hermana y hermano de 12 y 10 años de edad respectivamente. Los fines de semana convive con su madre de 41 años, sus dos hermanos y su abuelo materno (fallecido durante el proceso de evaluación). Su padre ha permanecido ausente durante todo su desarrollo, siendo el abuelo materno el que ha ejercido de padre hasta el momento. El nivel educativo de la madre y su estado económico es bajo, abandonando sus estudios en cuarto de primaria y siendo su situación laboral actual en paro. La vivienda familiar se encuentra a las afueras de la ciudad, en un barrio conflictivo y desfavorecido. El ambiente familiar es problemático, ya que a la madre le desbordan diversos y continuos conflictos en casa. Aun así la madre indica que

la relación con su hijo y la de éste con sus hermanos es buena, excepto cuando aparecen las rabietas por parte del niño.

Historia del problema

Según informa la madre, siempre ha sido un niño inquieto, impulsivo y sin conciencia del peligro, presentando conductas problemáticas a la hora de cumplir las normas y obligaciones, desobedeciendo y negándose a la realización de las mismas. Durante su infancia tuvo problemas respecto al desarrollo del lenguaje, por lo que actualmente acude a un logopeda.

Respecto a su rendimiento y comportamiento en el colegio, según indica el profesor, desde los 6 años ha presentado conductas disruptivas a la hora de realizar las tareas, negándose a la realización de las mismas, molestando a sus compañeros e impidiendo así su integración con el grupo, aislándose, llegando en alguna ocasión a presentar conductas agresivas físicas hacia uno de sus compañeros y profesor. Estos problemas de conducta, en la actualidad, se pueden reconducir con mayor facilidad. Por otra parte, su rendimiento, según indica el tutor, presenta retraso respecto al grupo con siete asignaturas suspensas durante el primer trimestre, por lo que actualmente acude a una psicopedagoga con el fin de mejorar su rendimiento y su conducta en clase.

A los seis años de edad, según indica la madre y los educadores, es diagnosticado por la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, predominando el tipo Hiperactivo-Impulsivo, por lo que actualmente recibe tratamiento farmacológico, Metilfenidato hidrocloreuro y risperidona, con el fin de reducir los síntomas del TDAH y controlar la agresividad.

Debido a la ausencia de normas y límites por parte de la madre, según indica ésta y los educadores, presenta problemas en cuanto al cumplimiento de normas y rutinas a la hora de comer, de vestirse, de ducharse o de dormir, se niega e inicia rabietas con tendencia a mentir, cuando hace algo mal, llegando ocasionalmente a presentar conductas agresivas hacia educadores y compañeros del centro. En la actualidad, con el fin de reducir las conductas disruptivas, desde el centro se está llevando a cabo un sistema de economía de fichas con el objetivo de mejorar la conducta de Javier, si bien la intervención en casa es inexistente.

Referente a la realización de las tareas escolares en casa, según indica la madre, ésta debe insistir para la realización de las mismas, indicando que la actitud del niño hacia los estudios es negativa, si bien la madre informa que su exigencia respecto a ello es escasa.

Motivo de consulta

La madre demanda ayuda debido a los problemas de comportamiento que Javier presenta en casa, ya que muestra dificultades para cumplir las normas y seguir las rutinas, siendo en casa estas dificultades de mayor intensidad. La madre recurre a castigos inconsistentes para reducir sus comportamientos disruptivos, ya que con frecuencia no los lleva a cabo, por las reprimendas verbales que utiliza el niño.

Evaluación del caso

La información recogida fue proporcionada por tres fuentes independientes madre, profesor y educadores que observaron y registraron el comportamiento de Javier en el medio natural.

a. Entrevista a la madre, aplicación de cuestionarios y registros

A la madre, tras la demanda terapéutica de ésta y teniendo conocimiento de los problemas que el niño presentaba en casa, se le administró en la primera sesión la Historia Clínica para Niños. En la realización de la misma, se le solicitó consentimiento por escrito para llevar a cabo la intervención con el niño. Se seleccionó este instrumento porque permite obtener información sobre el motivo de consulta, la historia actual, las conductas durante el día, las conductas durante la noche, las conductas emocionales, los antecedentes mórbidos personales, rasgos evolutivos, antecedentes familiares y antecedentes escolares. Igualmente, se le aplicó una Entrevista General para niños, forma padres, que recoge información sobre cuatro áreas: salud; familiar y social; escolar y ocio e interés.

En la segunda sesión se le administró el Inventario de Prácticas de Crianza (Bauermeister, Salas y Matos, 1995), que permite obtener información sobre el modo en que los padres manejan la conducta de sus hijos. Aunque los estudios iniciales apoyan la validez del constructo, se debe obtener una interpretación cualitativa, ya que se encuentra en fase de desarrollo. En relación con la dimensión en que las prácticas de crianza se basan en la inconsistencia, el retiro del amor y el control coercitivo, se puede decir, que según la información dada por la madre, esta es inconsistente en sus peticiones, insiste y emplea la amenaza para el cumplimiento de las mismas u ofreciendo al niño algo agradable, ejerciendo el control de la conducta mediante gritos, por otro lado ambos mantienen una conducta coercitiva, ya que el niño logra lo que quiere mediante llanto o gritos, lo que lleva a una discusión frecuente e interminable, incrementando el tiempo de duración de ira en la madre cuando el niño realiza algo malo o que no le gusta. Por otro lado, respecto a la dimensión aceptación-sensibilidad, se puede decir, que según la información aportada por la madre, esta es inconsistente en el uso de castigos o recompensas, empleando esporádicamente el tiempo fuera, perdiendo el control en alguna ocasión a la hora de reconducir la conducta del niño, alargando la consecuencia de dicha conducta. Además, se le entregó un registro que debía cumplimentar sobre las rabietas y conductas problemáticas (emisión de conductas inadecuadas y no emisión de conductas deseadas) que presentaba el niño en casa (véase la Tabla 1), con el fin de establecer la línea base y recoger información sobre la conducta problemática, la situación, el comportamiento de la madre y el niño, las consecuencias aplicadas por dicha conducta y la intensidad y duración de las mismas.

Por último, en la tercera sesión, se administró la sección del Trastorno Negativista Desafiante de la Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV, ADIS-IV: P (Silverman, Albano y Sandín, 2009), con el objetivo de descartar o no la comorbilidad con este trastorno, no cumpliendo los criterios para el diagnóstico del mismo.

b. Entrevista al educador

Referente a los educadores, en la segunda sesión, al tutor del niño en el centro se le administró la Historia Clínica-Niños, recogiendo así información sobre el motivo de consulta, la historia actual, las conductas durante el día, las conductas durante la noche, las conductas emocionales y antecedentes escolares. Junto con la sección del Trastorno Negativista Desafiante de la Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV, ADIS-IV: P (Silverman, Albano y Sandín, 2009), con el objetivo de descartar o no la comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante, no cumpliendo los criterios para el diagnóstico del mismo.

c. Entrevista al tutor

Respecto al profesor, se le aplicó una entrevista con el fin de recoger información sobre las conductas problemáticas en el aula, los castigos empleados, las conductas adecuadas en el aula, los refuerzos empleados, las relaciones con sus compañeros, los problemas respecto a las tareas escolares, el lugar que ocupa el niño en el aula y el trabajo del profesor y psicopedagogo con el niño.

d. Entrevista al niño

En cuanto al paciente, en la tercera sesión se llevo a cabo una entrevista menos estructurada y adaptada a su edad, con el fin de establecer una relación terapéutica con el niño y recoger información sobre su conducta en casa, en el aula y sus relaciones sociales así como su motivación para el cambio. El niño reconoce que su comportamiento no es adecuado y se encuentra dispuesto al cambio del mismo.

Análisis topográfico

En base a la evaluación realizada, se puede decir, que el niño presentaba conductas problemáticas en cuanto al cumplimiento de normas y rutinas en casa, a la hora de vestirse, de hacer la cama, de comer, de realizar las tareas escolares,

de recoger sus juguetes y de ducharse. En estas situaciones se niega e inicia rabieta que empiezan con gritos y acaban con llanto, de forma alterna. Con una frecuencia de 7 conductas problemáticas durante el fin de semana.

Tabla 1. Registro línea base y evaluación inicial

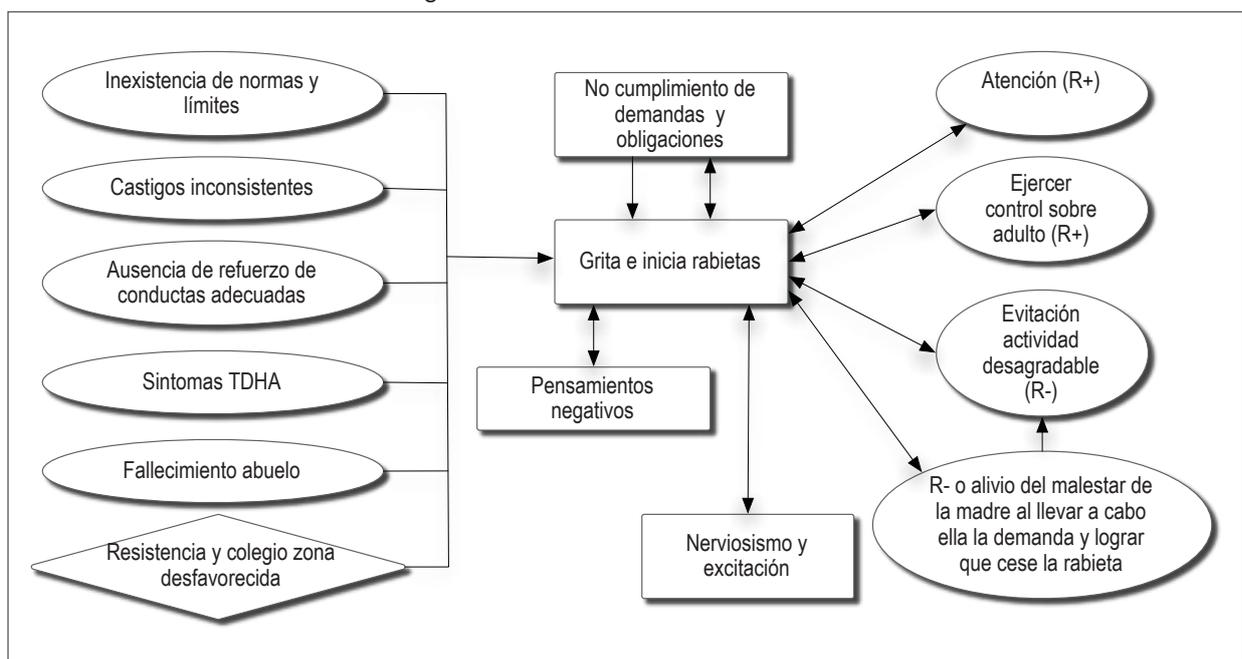
Fecha, hora y duración (minutos)	¿Qué pasa? (Situación)	¿Qué hago? (madre)	¿Qué hace el niño?	Intensidad Rabieta 0-10

En cuanto a la duración de los episodios, se puede decir, que en base a los registros, presentan una duración media de 20 minutos con una intensidad media en una escala de 0 a 10 (de menor a mayor intensidad) de 8.

Análisis funcional

Cuando el sujeto se encuentra ante situaciones en las que la madre demanda el cumplimiento de obligaciones y rutinas como vestirse, hacer la cama, comer, realizar las tareas escolares, recoger sus juguetes y ducharse, se desencadena en el una sucesión de respuestas motoras, en las que aparecen excesos conductuales, grita e inicia rabieta y déficits conductuales, no obedece a las demandas de la madre, la cual responde elevando la voz, lo que incrementa la intensidad de la conducta disruptiva (véase la Figura 1). Referente a la respuesta fisiológica, según indica la madre, el niño se muestra nervioso y excitado. En cuanto al componente cognitivo, según indica el niño este piensa que su madre le demanda demasiadas obligaciones.

Figura 1. Análisis funcional del caso



Nota: círculo variable modificable, rombo variable no modificable, cuadrado conducta problema

La ausencia de normas y límites por parte de la madre, su inconsistencia en los castigos, su ausencia de refuerzo ante conductas adaptativas y su control coercitivo de las conductas problemáticas, han dado lugar al origen de las conductas disruptivas. La madre, informa que, para conseguir el cumplimiento de las normas por parte del niño debe prometerle algo a cambio, llegando a subir el volumen de voz cuando no hace caso y en ocasiones utilizando la amenaza, en el caso de no suprimir la rabieta, termina por realizar ella misma la demanda o aplica el castigo de forma inconsistente, que consiste en que el niño permanezca dentro de su habitación durante un tiempo variado entre 10-20 minutos en función de si el niño se ha relajado y promete portarse bien y en privarle del uso de la televisión. Por otro lado, la presencia de TDAH en el niño junto con pautas educativas inadecuadas, puede ser, que estén agravando las conductas de desobediencia del niño. En cuanto a la utilización, por parte de la madre de un tono de voz elevado, ha dado lugar a que el niño modele dicha conducta empleando el grito como respuesta a las demandas de la madre. Se debe añadir, que el lugar de residencia, así como el colegio, situados a las afueras de la ciudad, en una zona desfavorecida, puede ser que estén modelando la conducta del niño, al observar dichas conductas disruptivas de forma frecuente en su entorno. El fallecimiento del abuelo durante el proceso de evaluación se debe de tener en cuenta, ya que puede influir en la conducta del niño.

Las conductas disruptivas, se mantienen en el tiempo por refuerzo positivo, ya que la madre presta atención al niño cuando este presenta la conducta problemática y consigue lo que quiere, además de lo reforzante que es ejercer cierto "poder" sobre el adulto, llevando a cabo la demanda la madre o ayudándole esta a la realización de la misma y por refuerzo negativo, ya que a través de su conducta consigue no llevar a cabo una actividad desagradable. En este caso la madre es también reforzada de forma negativa, ya que llevando a cabo ella la realización de la tarea el niño cesa la rabieta. Todo ello, está teniendo repercusiones a nivel familiar, ya que las disputas por el cumplimiento

de demandas son frecuentes, dando lugar a un mal ambiente al no saber como reconducir la conducta del niño.

Aplicación del tratamiento

En función de los datos proporcionados por la evaluación, se propone como objetivo general, eliminar y/o reducir la emisión de conductas disruptivas así como potenciar la emisión de conductas adaptadas, estableciendo el logro de los siguientes objetivos de intervención:

- Adquirir información sobre etiología y características del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Aprender orientaciones y pautas educativas.
- Adquirir información y explicación sobre el origen, desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas.
- Establecer rutinas y normas de conducta concretas y físicas en casa.
- Reducir y/o eliminar conductas disruptivas ante el cumplimiento de obligaciones y rutinas en casa.
- Instaurar conductas adecuadas para la convivencia familiar y ante el cumplimiento de obligaciones y rutinas en casa.

Tras las tres primeras sesiones de evaluación, el tratamiento consto de 12 sesiones, una sesión por semana con una duración de 60 minutos aproximadamente (véase la Tabla 2).

En las tres primeras sesiones del tratamiento, tras exponer a la madre el análisis funcional y especificar las conductas a modificar, se proporcionó información sobre el concepto, características etiología, pronóstico y tratamiento del TDAH a la madre (Maciá, 2012) y a los hermanos (Nemiroff y Annunziata, 2007). Se proporcionaron orientaciones y pautas educativas (Maciá, 2012) a profesor y madre y se explicaron los principios del aprendizaje social a la madre. Seguidamente, se estableció un horario en casa y tres normas a cumplir (después de jugar recojo, hablo tranquilo sin gritar y hago la cama y me ducho sin enfadarme).

Tabla 2. Resumen de las sesiones de evaluación y tratamiento

Sesión	Contenido de la sesión	Tareas para casa
1 Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> . Entrevista Historia Clínica-Niños (madre) . Modelo Entrevista General para niños, forma padres (CPA UMH) 	
2 Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> . Aplicación Inventario de Prácticas de Crianza (madre) . Entrevista Historia Clínica-Niños (educador) . Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV, ADIS-IV: P (educador) 	Registro de conducta (madre)

Sesión	Contenido de la sesión	Tareas para casa
3 Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> . Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV, ADIS-IV: P (madre) . Entrevista niño y motivación para el cambio . Entrevista profesor 	Registro de conducta (madre)
4 Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> . Análisis Funcional (madre) . Proporcionar información sobre TDAH, concepto, características, etiología, pronóstico y tratamiento (madre) . Explicación principios de aprendizaje social (madre) 	Registro de conducta (madre)
5 Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> . Establecer horario y normas de conducta (madre) . Proporcionar pautas educativas y formas de dirigirse al niño (madre) 	Registro de conducta (madre)
6 Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> . Proporcionar información sobre TDAH (hermanos) . Proporcionar orientaciones, pautas educativas y formas de dirigirse al niño (profesor) 	Registro de conducta (madre)
7 Autoevaluación conducta	<ul style="list-style-type: none"> . Establecimiento de normas y horarios (niño y hermanos) . Autoevaluación cumplimiento de normas (niño y hermanos) 	Registro de conducta (madre) Evaluación normas
8 Economía de fichas	<ul style="list-style-type: none"> . Explicación economía de fichas (madre y niño) . Acuerdo de reforzadores 	Registro de conducta (madre) Evaluación normas
9-14 Entrenamiento a padres y economía de fichas	<ul style="list-style-type: none"> . Puesta en marcha de economía de fichas . Información, observación, modelado, ensayo y aplicación de refuerzo positivo, extinción y tiempo fuera 	Registro de conducta (madre) Registro técnicas operantes (madre)
15 Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> . Técnicas aprendidas . Posibles problemas futuros . Intervención de problemas futuros 	

En la cuarta sesión del tratamiento, se trabajó con el niño y sus hermanos el establecimiento de normas y rutinas, se explicó la importancia de las normas con ejemplos (normas de tráfico, normas en el colegio etc.) y se reflejó tanto el horario como las normas en cartulinas que se debían colocar en un lugar visible de la casa. Además, para motivar el cumplimiento de normas, se llevó a cabo el “juego de estar de acuerdo” (Maciá, 2012), que además permite que el niño aprenda a evaluar de forma más objetiva su conducta. Aunque este juego se recomienda para su uso en el aula, se adaptó al hogar. Así, al final del día la

madre exponía la norma a evaluar y ponía una puntuación a los tres hijos en una escala de 1 a 4 (1 nunca cumplo la norma, 2 algunas veces cumplo la norma, 3 casi siempre cumplo la norma, 4 siempre cumplo la norma). Además los niños ponían su puntuación tratando de acertar la puntuación expuesta por la madre. Tras la puntuación se discutía ésta y la madre aclaraba las razones de la misma de modo que los niños aprendían a ajustar su autoevaluación. En la Tabla 3 puede observarse el tipo de registro empleado.

Tabla 3. Autoevaluación normas

Fecha	Norma	Puntuación Javier		Puntuación Pedro		Puntuación Sandra	
		Mama	Javier	Mama	Pedro	Mama	Sandra
		Mama	Javier	Mama	Pedro	Mama	Sandra
		Mama	Javier	Mama	Pedro	Mama	Sandra

Desde la sesión quinta hasta la onceava, se realizó de forma conjunta el entrenamiento a la madre en técnicas de modificación de conducta y la puesta en marcha y finalización de una economía de fichas (Maciá, 2012). Referente a la economía de fichas, en la quinta sesión se explico el funcionamiento de la misma, se establecieron las conductas a reforzar y se acordaron los posibles reforzadores, con el fin de ponerla en marcha en la siguiente sesión, las conductas que se acordaron a reforzar fueron las siguientes:

Hacer la cama: Cada mañana antes de vestirse e ir a desayunar, el niño debía hacer la cama sin enfadarse, la madre solo le recordaría una vez la obligación a cumplir.

Vestirse: Se acordó, que cada mañana tras hacer la cama el niño debía vestirse el solo con la ropa que había preparado su madre, sin enfadarse, la madre solo le recordaría una vez la obligación a cumplir.

Comida y cena: Implicaba poner la mesa junto con sus hermanos, comer lo que había preparado la madre y recoger sus cubiertos sin enfadarse.

Hacer tareas escolares: Se decidió que durante una hora establecida los sábados, debía preparar el material escolar, hacer los deberes y recoger estos, sin enfadarse, en caso de que no tuviera deberes o que terminara antes del tiempo establecido, debía completar ese tiempo haciendo otras actividades como leer o realizar tareas que se preparaban desde el centro. La madre supervisaba la realización de los mismos.

Ducharse: Según el horario establecido, el niño debía ducharse solo sin enfadarse antes de cenar, la madre solo le recordaría una vez la obligación a cumplir.

Por el cumplimiento de cada conducta, el niño obtenía una pegatina que canjeaba por premios diarios: 20 minutos de tiempo con mama al final del día; premios semanales: estampas de las princesas y pegatina de estrella (marcaban el principio y el final de la economía de fichas, seis semanas) y premios a largo plazo: barita y camión, los cuales se obtenían en función del número de pegatinas de estrella (tres estrellas para la

barita y seis para el camión). El número de pegatinas, para la obtención de los premios se incrementaba cada dos semanas hasta cumplir con todas las conductas. Respecto al entrenamiento en técnicas de modificación de conducta y debido al tiempo limitado, se seleccionaron, de entre las técnicas operantes posibles, el refuerzo positivo, la extinción y el tiempo fuera. Esta selección se realizó atendiendo al nivel educativo de la madre, a las conductas disruptivas y a la importancia de aplicar la técnica de forma adecuada. En cada sesión, se comenzaba con psicoeducación, se daba información sobre la técnica sus fundamentos y su aplicación y se especificaban las conductas a fortalecer o debilitar, para a continuación observar la utilización de la técnica mediante modelado y ensayar su aplicación. En último lugar, como tareas para casa durante dos semanas la madre debía aplicar la técnica y registrar la situación en que la utilizó, cómo la utilizó y si creía que era efectiva (véase la Tabla 4). En la última sesión, se repasó todo lo aprendido y se plantearon distintas situaciones que podrían ocurrir, dando soluciones a las mismas.

Tabla 4. Registro sobre la aplicación de las técnicas operantes

Técnica operante: ¿Qué conducta?	¿Qué hago, qué le digo?	¿Creo que me sirve? Sí/No

Resultados

El tratamiento se prolongó durante 12 semanas. Con el fin de evaluar la eficacia del tratamiento, tras cada sesión, se registraba la frecuencia, intensidad y duración de la emisión de una conducta disruptiva, a través de los registros cumplimentados por la madre en casa, en los cuales registraba la conducta disruptiva o la no obediencia a una demanda anotando la duración e intensidad de la misma. Desde el inicio del tratamiento se observa (véanse las Figuras 2, 3 y 4) una ligera disminución de la frecuencia, duración e intensidad de las conductas disruptivas. La información dada sobre el TDAH, junto con la proporción de orientaciones y pautas educativas en estos casos, ayudó a la disminución de las conductas problemáticas.

Transcurridas las tres primeras semanas se puede observar una disminución progresiva tanto de la frecuencia, como de la duración e intensidad, el establecimiento de normas y rutinas y la puesta en marcha del sistema de refuerzos motivo en gran medida el cumplimiento por parte del niño de las demandas.

La emisión de conductas disruptivas se mantuvo nula durante las cuatro últimas semanas.

Figura 2. Numero de conductas disruptivas presentadas cada fin de semana

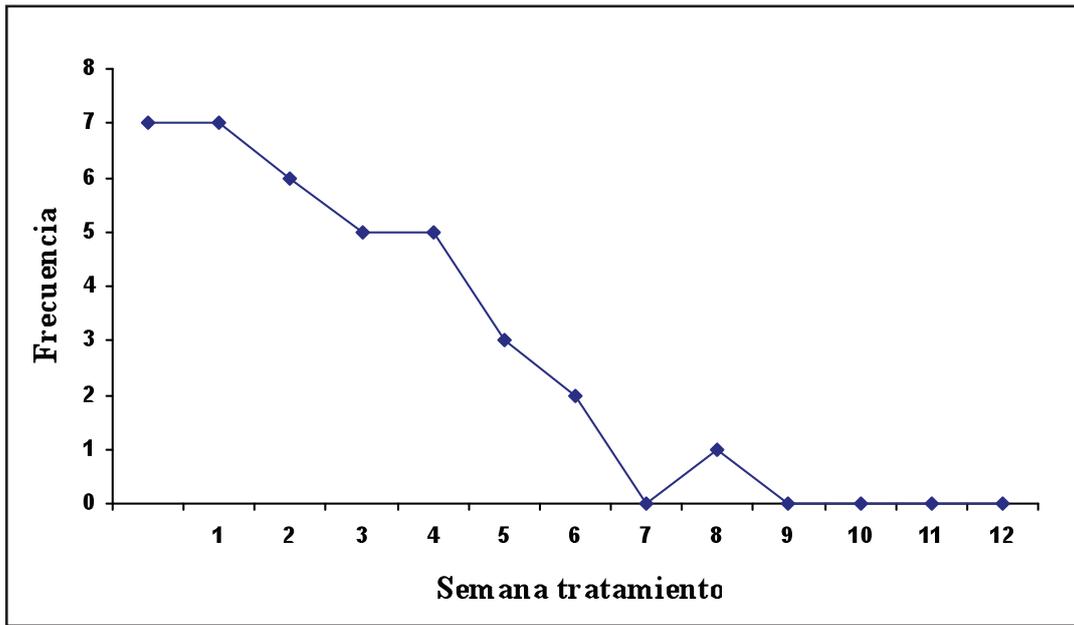


Figura 3. Valor medio de tiempo de duración en minutos de conductas disruptivas o de desobediencia presentadas cada fin de semana

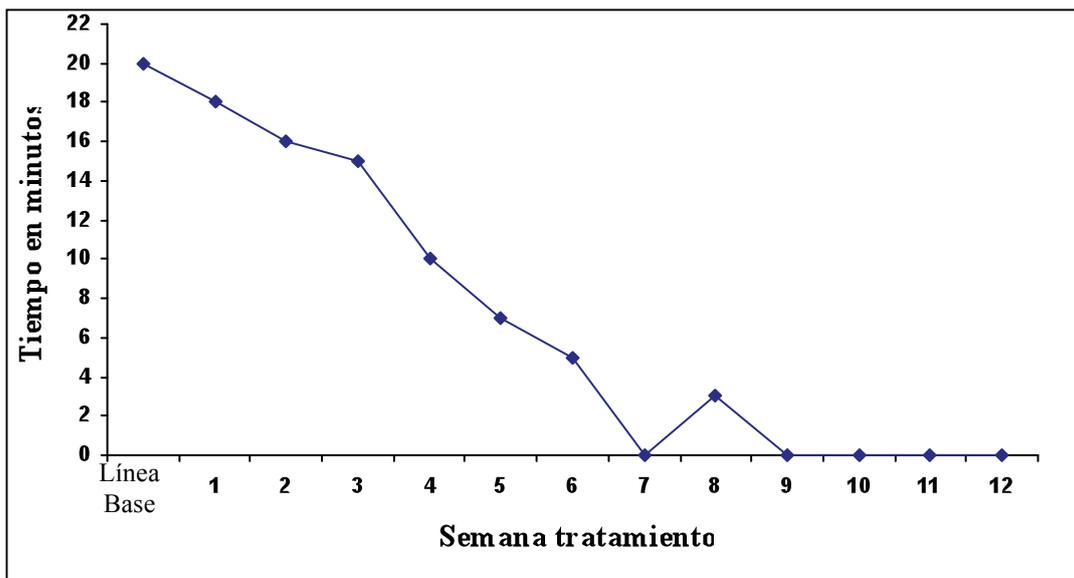
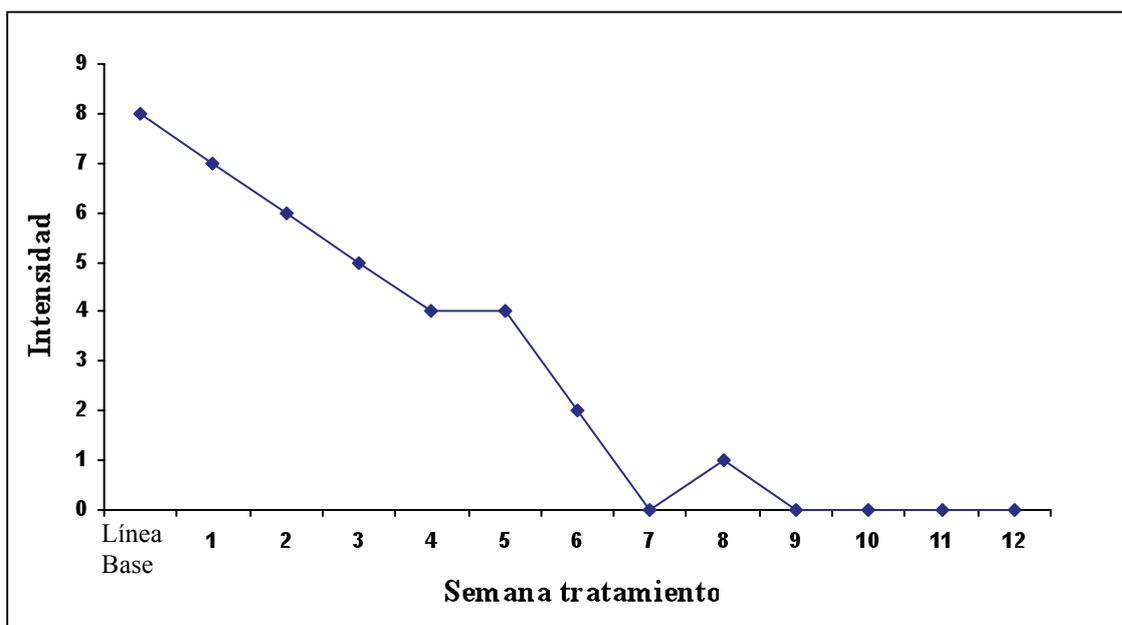


Figura 4. Valor medio de intensidad de las conductas disruptivas o de desobediencia presentadas cada fin de semana



Discusión

Según los resultados obtenidos, se cumplieron los objetivos de intervención puesto que la madre y hermanos adquirieron un mayor conocimiento sobre la etiología y características del TDAH, a partir de información sobre el origen y mantenimiento de las conductas disruptivas. Además aprendieron orientaciones y pautas educativas (profesor y madre) y se consiguió el establecimiento de normas y rutinas en casa. Las conductas inadecuadas del niño se eliminaron manteniendo la nula emisión durante las últimas semanas.

El entrenamiento a padres en técnicas operantes, como señalan diversos estudios, es un tratamiento eficaz y bien establecido (Robles y Romero, 2011) cuya principal meta es conseguir que los padres aprenden a llevar a cabo interacciones adecuadas con sus hijos reforzando las conductas adecuadas y debilitando las no deseadas.

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).

La asunción de obligaciones por parte de los hijos a edades tempranas es un trabajo que recae en los padres, siendo su implantación muy importante, ya que es función de ésta que puede derivar o no en futuros problemas de desobediencia. En cuanto al cumplimiento de normas mediante el “juego de estar de acuerdo”, no se han encontrado investigaciones que apoyen la efectividad del mismo, sin embargo en este caso, ha sido efectivo para el cumplimiento de las mimas y para la objetividad a la hora de evaluar la propia conducta, mejorando la misma.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la aplicación de una de las técnicas operantes durante la fase de tratamiento, puesto que durante esas semanas el niño no presentó conductas disruptivas. Con el fin de solucionar esto en las sesiones se planteaban posibles situaciones, en las que la madre debía indicar su actuación, preparándola así para posibles problemas futuros. Otro de los problemas planteados era la posible respuesta de los hermanos 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 la ausencia de evaluación objetiva del incremento de conductas positivas o adaptativas, así como la evaluación de algunas variables sobre las que se intervino, tales como el grado de conocimientos sobre TDAH, conductas problemáticas, etc.

La inclusión de los hermanos en el tratamiento fue determinante, puesto que eran sus modelos de conducta. Al explicarles las consecuencias del TDAH y la importancia de los modelos, se involucraron en el tratamiento y ayudaron a facilitar la modificación de conducta. En cuanto a intervenciones futuras, se debe continuar con el entrenamiento a la madre en técnicas operantes. Según la evaluación durante la intervención, el tratamiento es eficaz, si bien queda pendiente evaluar el seguimiento, con el fin de observar si los cambios producidos se mantienen en el tiempo.

Artículo recibido: 30/07/2013

Aceptado: 4/10/2013

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª. ed. revisada). Washington, DC: APA (trad. Masson, 2002).
- Bauermeister, J. J., Salas, C. y Matos, M. (1995). En R. A. Barkley, K. R. Murphy y J. J. Bauermeister (eds.), *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un manual de trabajo clínico* (pp. 91-94). Nueva York: The Guilford Press.
- 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.
- Loro-Lopéz, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Valera-Casal, P., Campos, J. A. y Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología*, 49, 275-264.
- Mácia, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- McMahon, R. y Forehand, R. (1988). Conduct disorders. En E. J. Mash y L. G. Terdal (eds.). *Behavioral assesment of childhood disorders* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Nemiroff, M. A. y Annunziata, J. (2007). *El TDA explicado a los niños*. Madrid: TEA Ediciones.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercitive family process*. Eugen Oregon: Castalia.
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 14, 432-444.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishon, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugen, Oregon: Castalia.
- Perellada, M. (2009). Síntomas asociados y complicaciones. Comorbilidad. En M. Perellada. *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (pp. 131-175). Madrid: Alianza Editorial.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27, 86-101.
- Silverman, W. K., Albano, A. M. y Sandín, B. (2009). *ADIS-IV: P Entrevista para los padres. Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV*. Madrid: Editorial Klinik.