



TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

María Rosario Valera Fernández, Ana Belén Valera Fernández, Jorge Coletas Juanico

Servicio Murciano de Salud

charo-valera@hotmail.com

RESUMEN

El Trastorno Negativista Desafiante se caracteriza por un comportamiento negativista y desafiante en diferentes ámbitos, que provoca un deterioro significativo en la actividad social y/o académica. El tratamiento es la psicoterapia individual con un enfoque cognitivo-conductual.

PRESENTACIÓN DEL CASO: El comportamiento de M. se caracteriza por una constante irritación y enfado en el ámbito escolar y familiar. A través del tutor y a petición de la familia, el caso es derivado al DO, donde se utilizan técnicas de exploración como entrevistas personales con el alumno, familia y tutor, e instrumentos de medida como el test de Badyg E3, Conners y TAMAI; tras los cuales se estima necesario derivar el caso al CSMIJ, valorándose los instrumentos CBCL, TRF y YSR. Así los profesionales referentes del caso, tanto del DO como del CSMIJ se coordinan para trabajar dificultades diferentes, como modificación de conducta, habilidades sociales y refuerzo académico por parte del DO; y técnicas de relajación y control de emociones por parte del CSMIJ. Al finalizar las sesiones con ambos equipos, se logró en M. un comportamiento adecuado y ajustado a la realidad social, un buen rendimiento académico de acorde a sus capacidades, un correcto control de sus emociones, aunque se sigue observando una tendencia de internalización del pensamiento que sería imprescindible seguir trabajando con M.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

TRASTORNO DE CONDUCTA NEGATIVISTA DESAFIANTE

El Trastorno de Conducta (TC) en niños y adolescentes se expresa a través de una paleta de comportamientos muy variada que va desde las crisis de cólera e indisciplina hasta las agresiones violentas o hurtos. El TC se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente de conductas que comporta una violación de los derechos básicos de los demás, de las normas sociales o de las leyes, estas conductas comportan un desajuste social académico o laboral ^(1,2).

El Trastorno Negativista Desafiante (TND), es definido por el DSM-IV con los siguientes criterios:

- Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:
 1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
 2. A menudo discute con adultos.
 3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
 4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
 5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
 6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
 7. A menudo es colérico y resentido.
 8. A menudo es rencoroso o vengativo.
- El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco de los trastornos antisocial de la personalidad ⁽²⁾.

En la evaluación se debe verificar que, efectivamente, hay diferentes personas con las que el niño tiene conductas desafiantes u hostiles, y por ejemplo, en casa contesta a la madre, en el colegio al profesor y a las personas mayores que, en la calle, le dicen, por ejemplo, que no tire un papel al suelo o le corrigen algo de su conducta. Sin embargo, las principales dificultades ocurren en casa y se centran en los desafíos y desobediencias del niño. La persona con la que suele haber más conflicto, porque también el tiempo de contacto es mayor y ejerce más labores educativas de supervisión, es la madre.

La falta de conciencia de problema (insight) que acompaña a este trastorno en muchos casos hace que estos niños no perciban sus conductas como inapropiadas, sino que tienden a justificarlas porque creen que las circunstancias, es decir, los demás, son los que les conducen con sus injusticias a tomar esta actitud. El niño negativista cree que "todos" están contra él. Así, es posible que al

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

terminar una entrevista con un niño con este problema, no haya reconocido prácticamente ninguno de sus síntomas, salvo que discute con sus padres, que es muy evidente, pero niegue que está irritable, que desafía a los mayores, que culpa a los demás de sus errores, que es vengativo, etc. Este hecho subraya la importancia de contar con otros informadores adicionales, como los padres o cuidadores, para evaluar este trastorno.

La conducta negativista empieza en casa, y paulativamente, va extendiéndose a otros ambientes.

Las conductas beligerantes, hostiles y conflictivas que se dan únicamente con los hermanos (por ejemplo, molestarles deliberadamente, pelearse y discutir por cualquier cosa) no se consideran síntomas de este trastorno, ya que son conductas muy generalizadas en la población general.

No hay que olvidar que en la adolescencia son características las conductas de autoafirmación personal. Entre ellas se incluyen las conductas excéntricas (vestirse o llevar el pelo de una determinada manera, etc.), utilizar un lenguaje propio (palabrotas, expresiones groseras, etc.), las conductas arriesgadas y las rebeldías contra los modelos establecidos con los padres. Estas conductas son interpretadas por los padres y adultos como negativas y dan lugar a conflictos que pueden confundirse con la sintomatología negativista. El negativismo desafiante suele empezar antes de la pubertad, es decir, antes de que empiecen a manifestarse las conductas de autoafirmación; y sus síntomas se mantienen desde la etapa preescolar, a la edad escolar y hasta la adolescencia ⁽³⁾.

Por último, hay que señalar que la presencia de este cuadro ocasiona una gran alteración en el funcionamiento familiar. Dado que el cuadro se acompaña de una gran falta de conciencia de problema (insight), es importante poner ejemplos de situaciones en las que la familia puede mostrarse disgustada por el comportamiento del niño para permitirle que identifique más fácilmente la incapacidad funcional en ese ámbito. Lo mismo sucede con las dificultades que el trastorno ocasiona en las relaciones con los compañeros (rechazo por ser enfadón o rencoroso), con los profesores (por incumplimiento de las normas o falta de respeto) y en el rendimiento escolar.

El tratamiento que ha resultado más apropiado en el TND según los estudios es la psicoterapia individual con un enfoque cognitivo-conductual con el objetivo de desarrollar habilidades de comunicación, resolución de problemas y habilidades en el control de la ira y la rabia que suele ser más efectiva si va acompañada de una terapia grupal de padres orientada al entrenamiento y manejo de conductas ^(4,5).

COORDINACIÓN ENTRE PEDIATRA, DO Y CSMIJ. CASO CLÍNICO. TND

M.G.L., es un chico de 11 años de edad, el hijo mayor de unos padres, S.L.H. de 40 años que trabaja de secretaria de un importante almacén del pueblo donde viven, y J.G.H. de 43 años, que trabaja como técnico de telecomunicaciones. Llevan casados 15 años y 3 de noviazgo. Además de M, tienen una niña de 8 años, S.G.L. La relación familiar es bastante buena, intentan anteponer el diálogo a otras actitudes educativas respecto a sus hijos.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

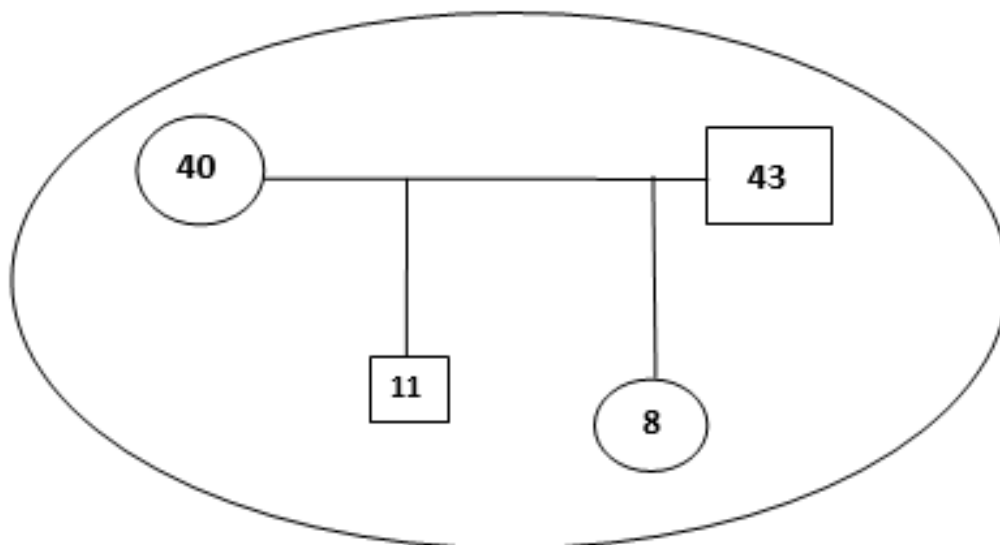


FIGURA 1: Genograma.

M.G.L. ha entrado a 1º de la Educación Secundaria Obligatoria del único instituto que hay en su pueblo. Hasta ahora, ha realizado la Educación primaria en uno de los colegios públicos del municipio. Actualmente su hermana, asiste al curso de 3º de EP.

M. ha sido visitado hace unos 3 años por una psicóloga del ámbito privado durante 6 meses aproximadamente, ya que su madre "no podía con él". Se trataba de un niño muy activo, arisco, "enfadado con el mundo", que contestaba de manera inadecuada principalmente a su madre, aunque también al resto de familia, además de presentar un ligero descenso en los resultados académicos. Tras la intervención psicológica realizada, M. mejora moderadamente en el nivel de actividad ejercida, sin encontrar mejoría clínica sobre el resto de conductas. Sus padres deciden interrumpir la intervención psicológica y ofrecer la posibilidad a M. de tener un refuerzo escolar particular durante 2 días a la semana; éste acepta, y sus notas académicas vuelven a sus resultados anteriores. En la actualidad, vuelve a presentar un empeoramiento académico reflejado en los resultados de sus notas.

Departamento de Orientación (DO)

La orientadora del centro educativo de Enseñanza Secundaria Obligatoria inicia una evaluación psicopedagógica del alumno M., ante la demanda de la familia y del tutor, promovidos por la presencia constante de una conducta hostil, desobediente y desafiante, la cual interfiere en su aprendizaje académico y en sus relaciones interpersonales.

Durante el proceso de evaluación se hizo uso de diferentes técnicas de exploración para la evaluación de las distintas áreas:

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

<u>Área a explorar</u>	<u>Técnica/Instrumento de exploración</u>
Contexto socio-familiar	Entrevista a la familia
Contexto educativo	Entrevista a la tutora
Estilo de aprendizaje	Entrevista al chico, familia y tutora
Conducta	Registro de conductas
Área cognitiva	Badyg E3
TDA-H	Conners
Adaptación	TAMAI

Inicialmente, la orientadora tuvo una entrevista con el tutor del usuario M. para obtener información sobre aspectos relevantes acerca de su historial escolar, y las relaciones que se establecen en el grupo de clase, así como las interacciones del alumno con el resto de compañeros y con el profesorado. Los principales aspectos que el tutor destaca acerca, compartidos por la gran mayoría del profesorado que le imparte clase son: negación a realizar cualquier trabajo y deberes de casa, falta de cooperación, interrumpe constantemente las clases y molesta al resto de compañeros, desafía al profesorado y personal de dirección, culpabiliza a otros compañeros de sus actos, uso de palabras groseras y malsonantes, e insultos a los compañeros.

Por otro lado, en relación al historial escolar, éste ha transcurrido con algún altibajo o dificultad a lo largo de la etapa de Educación Primaria, referido a problemas de comportamiento, como consecuencia de una conducta provocadora hacia la figura adulta, pero sin grandes agravantes, promocionando curso tras curso sin ninguna dificultad. Finalmente, en relación a su estilo de aprendizaje, éste no queda claramente definido en la etapa de Educación Secundaria donde el aprendizaje es más autónomo, ya que se niega a realizar cualquier tipo de actividad escolar (dentro y fuera del centro educativo).

Del mismo modo, la orientadora se entrevistó con los padres del alumno M. con el fin de recabar información acerca de los antecedentes en su desarrollo (descritos posteriormente en la visita del CSMIJ), la dimensión afectiva, así como el desarrollo y estabilidad de la misma. La relación socioafectiva del alumno con su familia destaca por la agresividad verbal, la desobediencia y el desafío a los padres, focalizado fundamentalmente en la figura materna, pues es la madre quien pasa la mayor parte del tiempo en contacto con M., y quien le exige el cumplimiento de unas normas mínimas de convivencia, las cuales se niega a cumplir. Por el contrario, la relación afectiva entre el resto de miembro de la familia es buena, caracterizada por una comunicación abierta y gran adaptabilidad.

Además, en coordinación con la familia y el profesorado, se llevó a cabo la medición directa del comportamiento del alumno mediante un registro de conductas, con el fin de observar y registrar todas las respuestas del sujeto, características de su comportamiento hostil, en las distintas

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

situaciones de la vida real. Para ello, durante el periodo de una semana, se prosiguió a la observación del alumno en el ámbito familiar y escolar (por parte de los padres y del profesorado del centro educativo que imparte clase a M., respectivamente), y a la anotación de sus conductas, así como de los antecedentes y consecuentes de las mismas.

Finalmente, tras la información recabada sobre el contexto familiar y escolar, y tras el análisis del registro conductual llevado a cabo con el fin de reflejar las diversas conductas que presenta M. en los distintas situaciones de la vida real, la orientadora le administró al usuario una serie de pruebas psicométricas, con el fin de descartar y/o confirmar posibles trastornos de acuerdo al siguiente diagnóstico diferencial:

A confirmar	A descartar
• Posible trastorno de conducta	• Discapacidad intelectual
	• Problemas de aprendizaje
	• TDAH

En primer lugar, el área cognitiva se exploró con la prueba Badyg E3 (Batería de aptitudes diferenciales y generales destinado a 5º y 6º de Educación Primaria y 1º de ESO). Los factores que este instrumento evalúa son: Inteligencia General, Razonamiento Lógico, Factor Verbal, Factor Numérico y Factor Espacial.

Los resultados obtenidos a nivel global son: en Inteligencia General se ha obtenido una puntuación centil de 54, lo que se transforma en un Cociente Intelectual (CI) de 103. Esta puntuación se encuentra en la zona promedio de la curva normal o curva de Gaus, y coincide con la media establecida para la población de primer curso de ESO. En consecuencia, el alumno M. presenta un nivel de inteligencia adecuado y acorde a su desarrollo, por lo que se descarta discapacidad intelectual.

En segundo lugar, se descarta la posibilidad de que el alumno presente problemas de aprendizaje, pues éste presenta un nivel curricular acorde a su edad (aunque ligeramente inferior en comparación con el resto de compañeros del aula), dominando las destrezas básicas de lectura, escritura y/o matemática, sin mayor dificultad para entender, seguir instrucciones y organizar su aprendizaje, que la negación, desinterés y apatía característica de su comportamiento.

En tercer lugar se administró la Escala de Connors para padres y profesores, ambas en versión abreviada, obteniendo finalmente una puntuación inferior a dieciséis en el cuestionario para padres, e inferior a diecisiete en el cuestionario dirigido a profesores (puntuación mínima establecida para considerar, a niños de entre 6 y 11 años, sospecha de TDAH y poder continuar con el protocolo establecido); como consecuencia, se descarta el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En cuarto lugar, se evaluó el área de adaptación, explorada con el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil: TAMAI. Esta prueba consta de 175 proposiciones a las que hay

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

que responder afirmativa o negativamente y evalúa diversos factores que permiten determinar las raíces de una inadaptación.

El ámbito de aplicación de esta prueba es desde 3.º de Educación Primaria hasta población adulta, determinando tres modalidades factoriales en función de tres niveles. El nivel II, dirigido a 6º de Primaria y 1º y 2º de ESO (etapa a la que pertenece el alumno M).

Las consideraciones a tener en cuenta tras las puntuaciones obtenidas son:

En relación a la escala de inadaptación personal, el usuario M. ha obtenido una puntuación media-baja (C21-C40), lo que nos informa que se valora y se quiere a sí misma, aunque reacciona con mecanismos de regresión o evasión de la realidad, lo que le lleva a desarrollar defensas disociándose de la realidad: *proyectivas-extrapunitivas*, como "La culpa de lo malo que me pasa la suelen tener los demás".

Atendiendo a la inadaptación escolar, ha obtenido altas puntuaciones a constatar en *aversión profesor* (C61-C80) e *indisciplina* (C81-C95), lo que nos indica un extremado mal comportamiento en clase, y una actitud negativa hacia los profesores en general, y hacia la realidad escolar, unido a una ligera hipomotivación (obteniendo una puntuación media en las dos últimas escalas mencionadas).

En la escala de inadaptación social, el alumno M. presenta un alto autodesajuste social, por lo que su comportamiento no se ajusta a la realidad social; con altas puntuaciones a constatar en *agresividad social* (C96-C99) y *disnomia* (C81-C95), lo que nos informa de una alta tendencia a la irritación y malestar con otros, y de un constante conflicto contra las normas.

Por otro lado, el alumno presenta una insatisfacción media alta con el ambiente familiar (a constatar) y una insatisfacción media con los hermanos. Donde el estilo educacional del padre y de la madre se caracteriza por un estilo permisivo, caracterizado por una excesiva concesión en las demandas del hijo, unido a una ligera falta de afecto hacia el hijo y sentimiento de no verse querido, y un ligero perfeccionamiento hostil basado en refuerzos negativos y recriminaciones.

En conclusión cabe destacar que el alumno M. presenta una clara inadaptación escolar y social, caracterizada por una actitud de rebeldía y negación hacia las normas, indisciplina, una aversión general, y una alta insatisfacción familiar.

Finalmente, y desde otra perspectiva, tras el análisis del registro conductual (proporcionado por la familia y el profesorado), el comportamiento del alumno se caracteriza por ser arrogante e irrespetuoso, con explosiones impredecibles de mal genio y enfados, causa constantemente problemas y molesta a los demás, eximiéndose de su error y culpabilizando a los demás, no acepta normas y obligaciones impuestas por los adultos, irritándose con facilidad, etc.

Como consecuencia de los resultados e información obtenida tras la evaluación llevada a cabo, y tras descartar la posibilidad de otros trastornos, se estima necesario derivar al alumno M. G. L. a los servicios sanitarios, dirigido al Centro de Salud Infanto Juvenil a través del pediatra, con el fin de confirmar o no el diagnóstico de un trastorno de conducta.

Desde el ámbito académico, la **intervención educativa** llevada a cabo con el alumno M. siguió los siguientes ejes fundamentales:

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

1. Técnicas de modificación de conducta

Las técnicas de modificación de conductas fueron empleadas para aumentar las conductas deseadas y reducir las no deseadas.

Las técnicas de modificación de conducta a emplear, de forma diaria, por parte del profesorado y de la familia fueron:

- El refuerzo positivo: aplicar reforzadores positivos (como halagos, una sonrisa, una aprobación, etc.) tras realizar la conducta que queremos reforzar.
- Extinción: consiste en dejar de recompensar conductas no deseadas, con el objetivo de que disminuyan y desaparezcan. Para ello, se ignora esa conducta, sin mirar al usuario, ni razonar con él.

2. Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas

El entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas se centró principalmente en actividades llevadas a cabo por el tutor y la orientadora del centro, de forma semanal en la hora destinada a tutoría. Por ello, este tipo de actividades se trabajó desde el Plan de Acción Tutorial, donde se plantearon programas específicos para trabajar con el grupo-clase.

El programa para trabajar habilidades sociales incluía actividades de habilidad para conversar (saludar, presentarse, escuchar,...), de amistad (hacer amigos, decir gracias, aceptar agradecimientos,...), habilidades para situaciones difíciles (realizar críticas y recibirlas,...), etc.

El programa para la resolución de problemas fue dirigido a enseñar al alumnado una serie de habilidades generales que les ayuden a identificar los componentes de un problema, a seleccionar estrategias que faciliten su resolución, a explorar las posibles respuestas alternativas y sus consecuencias, y a planificar los pasos para lograr la meta deseada.

Algunas consideraciones a tener en cuenta para el desarrollo de estos programas fueron:

- Modificar el tipo de actividades, metodología, introducir novedades, etc., para evitar la monotonía o desinterés.
- Promover actividades interesantes de uso e interés para el alumnado, por medio del trabajo en grupo, la manipulación y visualización del material, etc.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

3. Apoyo y refuerzo académico

El apoyo y refuerzo académico se llevó a cabo por el tutor y la orientadora del centro, con el objetivo mejorar el desarrollo de la competencia comunicativa, reforzar el conocimiento del alumno en las áreas instrumentales y proporcionar técnicas de estudio y de concentración para lograr un aprendizaje más óptimo.

Estas clases de apoyo y refuerzo fueron impartidas semanalmente en horario lectivo, con una duración de una hora y media.

La **evolución** desde el ámbito psicopedagógico fue finalmente favorable, aunque con pequeños altibajos durante el transcurso de la misma. Al comienzo de la intervención, el alumno presentaba una actitud poco colaborativa en los programas de habilidades social y de resolución de problemas, negándose a participar e impidiendo la participación del resto de sus compañeros; sin embargo, de forma paulatina y reforzado por las técnicas de extinción y refuerzo positivo, el alumno fue adquiriendo una actitud más cooperativa, interviniendo en las distintas actividades y aprendiendo de las mismas, logrando un comportamiento cada vez más adecuado y ajustado a la realidad social. Por otro lado, en relación al desarrollo de su aprendizaje, éste fue mejorando progresivamente, logrando alcanzar todos los objetivos correspondiente a su etapa, e igualar el nivel curricular al del resto de sus compañeros de grupo-clase.

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ)

En el CSMIJ, la visita de acogida al centro es realizada por la enfermera especialista en Salud Mental. En esta primera visita se recoge información básica del niño, motivo de consulta, identificación de los desencadenantes de dicho motivo, antecedentes personales y de desarrollo del niño, así como explicar la dinámica de funcionamiento del centro, y recoger información actual a través de unas Escalas de Evaluación.

Nuestro usuario M., es derivado desde su pediatra de Atención Primaria, previa derivación del Departamento de Orientación (DO) de su instituto. A la primera visita acude el usuario acompañado de sus padres, y el motivo de consulta familiar es el siguiente: agresividad verbal contra la familia, especialmente contra la madre, y contra otros niños del colegio, irritabilidad de fácil aparición en casa y colegio, dificultad para expresar las emociones, no cumple la normativa de casa ni las indicaciones de sus padres ni profesores y se enfada con mucha frecuencia.

En cuanto a los desencadenantes: la madre informa de que a partir de los 4-5 años el usuario presenta pataletas intensas cuando no consigue un objetivo propuesto por él mismo, se enfada con otros niños del colegio aunque va tolerando las indicaciones de los adultos. Pero progresivamente va empeorando, aumentando su nivel de enfado e ira contra los demás, volviéndose más introvertido en la comunicación de sus preocupaciones, emociones y pensamientos, "más rebelde" contra las normativas, incluso, empeorando sus resultados académicos; por lo que actualmente dispone de un

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

refuerzo escolar particular que lo ayuda a realizar sus deberes. El padre confirma toda la información aportada por la madre.

El usuario durante la entrevista se muestra distante, poco comunicativo, minimizador de la sintomatología y agrediendo verbalmente a sus padres, mientras culpabiliza a otras personas de su comportamiento.

Antecedentes personales: Embarazo eutócico de 42 semanas de gestación, peso al nacer: 3.6 kg., Talla: 51.5 cm. Lactancia materna hasta los 8 meses de edad. Desarrollo psicomotor adecuado. Control de esfínteres diurno hasta los 2 años y nocturno hasta los 4. Inicia la escolaridad a los 4 meses en la guardería con presencia de dificultad en la adaptación durante el primer mes. Socialización: introvertido. Suele tener conflictos con otros compañeros, normalmente por defender a alguien. Verbaliza dificultad para conciliar el sueño desde hace 2 años aproximadamente.

Niega consumo de tóxicos. Antecedentes médicos personales: intervención de fimosis a los 3 años.

Vivienda: convive con sus padres y hermana en un piso de propiedad familiar. Habitación propia, donde dispone de ordenador. No TV.

Las Escalas de Evaluación impartidas son:

- CBCL: lista de comportamientos del niño. Lo realizan los padres.
- YSR: lo realizan los niños mayores de 11 años. Similar al anterior.
- TRF: CBCL para el colegio.

Resultando el YSR no significativo y el CBCL, TRF Y Conners significativo para ansiedad/depresión (80), problemas sociales (78), alteración del pensamiento (75) e internalización (73).

Durante la entrevista se objetiva por parte del profesional de enfermería dificultad para imponer límites al chico por parte de los padres, principalmente de la madre.

Se informa a los padres que nos pondremos en contacto con las personas derivantes del caso, y se le concederá una nueva visita.

Tras coordinarnos vía correo electrónico y telefónicamente con la responsable del DO y persona derivante del caso, así como con su pediatra referente, donde se les informa de los resultados obtenidos en las escalas de evaluación impartidas en el usuario y se comenta la situación actual del mismo, se decide que los profesionales referentes del DO y CSMIJ van a trabajar un ámbito y sintomatología diferente, para evitar interferir en las mismas áreas de trabajo y ampliar los beneficios ante el chico. Por lo que finalmente se decide que la profesional del DO trabajará el ámbito de las habilidades sociales y parte académica (técnicas de estudio, aumento de la atención y concentración...) y la enfermera del CSMIJ se centrará por una parte en el usuario, trabajando técnicas de relajación y control de emociones, así como el insomnio de conciliación presente, y por otra parte, trabajará con los padres incluyéndolos en el grupo de padres impartidos por la misma profesional de Educación sobre "Normas y Límites Educativos".

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

El funcionamiento desde el CSMIJ con M., ha sido el siguiente: el usuario ha acudido a unas 6 sesiones con la enfermera del centro, una visita semanal para adquirir conocimientos sobre técnicas de relajación. La técnica empleada ha sido la relajación de Jacobson, realizada durante 15 minutos en las visitas con enfermería, y posteriormente, mediante una hoja informativa, realizada todas las noches en su domicilio antes de dormir.

Al mismo tiempo que la educación de la técnica de relajación, se realizaba educación sanitaria sobre higiene del sueño, para favorecer una conciliación del sueño adecuada y un descanso óptimo.

En lo referente al control de emociones, se empleaba la siguiente dinámica: en casa M., debía escribir en una libreta aquellas situaciones en las que se había presentado un mal comportamiento, detallando la situación que lo había acontecido, cuál había sido su reacción y conducta, qué consecuencias había tenido la misma y cuál debería de haber sido su comportamiento correcto. Después en la consulta con enfermería, se trabajaría sobre estas situaciones concretas, de forma verbal y utilizando el rol-playing entre profesional y usuario. Este trabajo se desarrolló durante 12 sesiones, una consulta a la semana.

Durante las 18 semanas que el profesional de enfermería ha ido trabajando con M, simultáneamente ha estado viendo a sus padres en el grupo de "Normas y Límites Educativos", impartido por la enfermera y que se realiza en el centro una vez cada dos semanas. En este grupo se incluyen a padres, tutores y aquellos familiares que deseen asistir de usuarios que presenten un trastorno de conducta, independientemente del que sea, completándolo con sesiones individuales a aquellos padres que lo requieran y/o soliciten, individualizando sobre su caso concreto.

En este grupo básicamente se enseña manejo de situaciones cotidianas y críticas que puedan suceder diariamente, tipos de estilos educativos, cómo establecer límites y técnicas básicas de educación (elogios, premios, castigos...). Las sesiones grupales son 10, y en ellas se complementa la parte teórica con situaciones de rol-playing y estudios de casos.

La evolución de M. desde la visión del CSMIJ: durante las primeras sesiones M. se muestra opositor a ejercer las técnicas de relajación, minimizando su problemática, culpabilizando a otras personas de su comportamiento y negándose a realizar los ejercicios de relajación en su domicilio. En alguna ocasión también agrade verbalmente al profesional de enfermería que lo asiste, explicándole los límites tolerados, que va aceptando progresivamente. Así, paulatinamente va accediendo a realizar la relajación, tanto en la consulta como en su domicilio; y para cuando se empieza a trabajar el control de emociones M., se muestra más participativo, dinámico y colaborador con el profesional sanitario referente, obteniéndose al finalizar las sesiones educativas con el usuario, una moderada mejoría en su sintomatología, principalmente a nivel conductual. Aunque todavía se sigue observando una tendencia a internalizar sus emociones y pensamientos, así como a culpabilizar a los demás de las consecuencias de sus actos.

Tras estudiar el caso de forma detenida, en este apartado se resume la evolución global de M., y su comportamiento al finalizar la terapia desde ambos servicios asistenciales. El usuario al inicio de las sesiones se comporta de forma más anormativa, negándose a participar y boicoteando las mismas. Sin embargo, de forma paulatina M. fue adquiriendo una actitud más cooperativa,

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. COORDINACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y CSMIJ

participando en las terapias propuestas por los profesionales, logrando al finalizarlas un comportamiento adecuado y ajustado a la realidad social, un buen rendimiento académico de acorde a sus capacidades, un correcto control de sus emociones, aunque se observa una tendencia de internalización del pensamiento que sería imprescindible seguir trabajando con M.

Como conclusión y para finalizar el caso clínico estudiado, resaltar la importancia en la coordinación de los diferentes profesionales que trabajamos con un mismo sujeto, para ampliar el campo de actuación y los beneficios conseguidos en él.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casas M, Tomás J, Bassas N, Batlle S, Bielsa A, Molina M, Rafael A. Impulsividad versus agresividad. Habilitación social. Tratamiento. Casos clínicos. Editorial Laertes. Barcelona, 2007.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ed. Washington DC: APA, 2001.
3. Castillo G. El adolescente y sus retos. Editorial Pirámide. Madrid, 1999.
4. Coghill D, Bonnar S, Duke SL, Graham J, Seth S. Child and Adolescent Psychiatry. New York: Oxford University Press, 2009.
5. Hamilton SS, Armando J. Oppositional Disorder. American Academy of Family Physicians 2008; 78(7): 861-866, 867-868.