

Estilos educativos, conflictos familiares e intervención en el trastorno negativista desafiante: actuación profesional

L. Rodríguez Molinero(*), J.A. López Villalobos().** (*)Pediatra. Doctor en Medicina. Acreditado en Medicina de la Adolescencia por la AEP. Consulta de Adolescencia. Hospital Campo Grande. Valladolid. (**)Psicólogo Clínico. Doctor en Psicología. Complejo Hospitalario de Palencia.

Resumen

Los conflictos (C) entre personas nos acompañarán a lo largo de la vida. No es posible vivir sin conflictos. Lo importante no es tener conflictos, sino saber resolverlos de forma eficiente. En este artículo vamos a tratar aquellos relacionados con los integrantes de la familia, sobre todo los derivados de los padres con los hijos. El objetivo es relacionar los estilos educativos (EE) con los C. Se describen clásicamente varios EE: autoritario, permisivo sobreprotector y asertivo-democrático (AD). Cada uno tienen sus fortalezas y debilidades. El AD es el que presenta más evidencias de llevar la resolución de conflictos a buen término por saber plantear la comprensión del otro y respetar los derechos de cada uno, teniendo como objetivo que ganen todos. El trastorno negativista desafiante (TND) es uno de los problemas que más altera la paz familiar. Corregir esta conducta desadaptada del adolescente, exige a los padres y profesionales un entrenamiento y una colaboración intensa.

Palabras clave: Educación; Conflictos familiares; Estilo educativo; Trastorno negativista desafiante.

Abstract

Conflicts (C) between people will accompany everyone throughout life. It is not possible to live without C. The relevance is not to have C, but to know how to solve them efficiently. In this article we will deal with those related to members of the family, especially those derived from parents with their children. The objective is to relate educational styles (ES) with C. Several ES are classically described: authoritarian, permissive, overprotective and assertive-democratic (AD). Each one has its strengths and weaknesses. AD has more evidence of arrival of C resolution to a successful conclusion by allowing comprehension of the other perspective/s, respecting the rights of each other, and aiming for everyone's gain. Oppositional defiant disorder is one of the problems that alters family peace the most. To correct this maladjusted behavior of the adolescent, parents and professionals require intense training and collaboration.

Key words: Education; Family conflicts; Educational style; Oppositional defiant disorder.

Estas transformaciones sociales han afectado a la estructura, funcionalidad y dinámicas familiares, han dado lugar a conflictos frecuentes que son motivo de consulta por la alteración de la convivencia y la paz familiar

Introducción

Los diferentes cambios acaecidos en España en el último cuarto de siglo han modificado la manera de entender el malestar y las relaciones médico-paciente. Desde un punto de vista social nos hemos encontrado cambios en los modelos familiares, inmigración, crisis políticas, tolerancia de homosexualidad, aumento de familias de hecho.... Respecto a la familia, baja nupcialidad, baja natalidad, incorporación de la mujer al mercado de trabajo, control de natalidad, cambios en los roles de género, creciente

La puericultura es la disciplina científica que se encarga del desarrollo saludable y de la crianza de los niños, y propone que adquieran las herramientas necesarias para integrarse con éxito en la sociedad

número de rupturas, las dificultades de conciliación de la vida laboral.... En lo tocante a la educación: cambio de leyes en cada legislatura... Estas transformaciones sociales han afectado a la estructura, funcionalidad y dinámicas familiares, han dado lugar a conflictos frecuentes que son motivo de consulta por la alteración de la convivencia y la paz familiar. Y todo ello afecta al bienestar y salud de la familia, y, por supuesto, a los adolescentes, influidos por la presión propia de su desarrollo, la ambiental, las exigencias académicas y los pocos recursos asistenciales⁽¹⁾.

La Atención Primaria de salud, tiene como uno de sus objetivos la prevención primaria, la educación para la salud y la promoción de la salud. La puericultura es una faceta olvidada en nuestro sistema nacional de salud, por haberse centrado excesivamente en el modelo asistencial biomédico y apenas contemplar el biopsicosocial, que es donde vamos a encontrar los conflictos familiares. "Los pediatras somos y posiblemente por mucho tiempo seremos los médicos de niños de familias en crisis, en disolución o reconstrucción; somos y seremos los primeros en advertir las negligencias o abusos a que son expuestos los niños". (Malamud, 2010). Por tanto, recordemos que la puericultura como disciplina científica se encarga del desarrollo saludable y de la crianza de los niños, y propone que adquieran las herramientas necesarias para integrarse con éxito en la sociedad.

Los conflictos familiares

La Real Academia de la Lengua define conflicto como "coexistencia de tendencias contradictorias en el individuo, capaces de generar angustia y trastornos neuróticos". En otra acepción, se refiere a "apuro, situación desgraciada y de difícil salida".

Por familia se entiende "grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, lo que lleva implícitos los conceptos de parentesco y convivencia". Si partimos de estas definiciones, los conflictos familiares son aquellos que surgen entre los diferentes miembros que integran la familia.

Los elementos que constituyen la familia nuclear son padres e hijos. Los conflictos se pueden producir entre los padres, entre los hijos (hermanos) o entre padres e hijos. En este seminario nos vamos a referir principalmente a los que surgen entre padres e hijos. Los conflictos entre padres son en sí mismos motivo de reflexión, aunque tienen mucho que ver con los otros conflictos.

A la familia, como grupo social que es, es imposible aislarla de lo que pasa en su entorno, sea éste la familia extensa, la comunidad de vecinos, el barrio etc. Por esto, estamos obligados a hacer un esfuerzo por centrarnos en lo estrictamente familiar, como algo más perentorio desde el punto de vista clínico.

Los conflictos son, según la definición, pues, situaciones en las que las partes se ven incompatibles. Van a surgir en muchos momentos de la vida de la familia, y si se resuelven bien, forman parte de los aprendizajes de todos los miembros, y especialmente de los hijos, que van adquiriendo las habilidades necesarias para la vida extrafamiliar. Esas son las ventajas. Es a los padres a quienes corresponde adquirir capacidades y entrenamiento en la resolución de conflictos (RC), y a quienes se les exige una revisión de sus fortalezas y debilidades en sus propias biografías. Además, estas reflexiones nos conducen a comprender la evolución social en cuanto a hábitos, costumbres, modas y valores, de forma que aquello que otras generaciones vivieron en su infancia no se puede entender ni corregir con las herramientas que entonces daban resultados.

Las influencias sociales en los aprendizajes son más potentes en la actualidad que en décadas anteriores. La importancia de la RC radica en que éstos tienen tendencia a ir aumentando como una bola de nieve si no se afrontan, lo que hace cada vez más difícil su solución. Se calcula que entre el 18 y el 23% de las familias con adolescentes (Parra y Romero 2002) han tenido conflictos con ellos.

La pediatría en nuestro sistema atiende al recién nacido hasta su adolescencia, entre los 14 y los 16 años, que es la edad en que administrativamente termina su cometido. Los conflictos más frecuentes y en los que los padres sienten más dificultades se producen precisamente a partir de la pubertad, cuando se inicia una eclosión biopsicosocial para la que no sirven los criterios utilizados con lactantes, preescolares o escolares.

Las causas por las que se desencadenan los conflictos pueden ser derivadas de la estructura familiar (familias autoritarias, permisivas), culturales (mitos, símbolos, ideas predominantes), conductuales (impulsividad, reacciones agresivas), informativas (conocimientos o habilidades), comunicativas (sobre todo derivadas de la expresión de las emociones o sentimientos), o de roles (de autoridad, poder)⁽²⁾.

Los conflictos forman parte de los aprendizajes de todos los miembros, y especialmente de los hijos, que van adquiriendo las habilidades necesarias para la vida extrafamiliar

Los estilos educativos

Los estilos educativos de la familia tienen mucho que ver con la forma de RC. Se describen distintos estilos educativos: autoritario, permisivo, sobreprotector y democrático o asertivo. Todos tienen ventajas e inconvenientes a la hora de RC⁽³⁾.

Desde el punto de vista del autoritarismo, se describen algunas características: los padres imponen normas de manera rígida. El castigo se usa con frecuencia como técnica de modificación de conducta. No se tienen en cuenta los sentimientos ni las necesidades de los hijos; no se deja que los hijos se expresen, etc. El estilo autoritario produce sentimientos negativos en los padres y los hijos, y da lugar en éstos últimos a la falta de motivación para seguir las normas.

La familia de estilo permisivo o negligente también tiene inconvenientes considerables: los padres acceden a los deseos e intereses de los hijos, con lo que son los hijos quienes dominan la situación. Esto produce sentimientos negativos en los padres y sensación de pérdida de control familiar. Genera en los adolescentes falta de respeto a las normas, baja tolerancia a la frustración y problemas de conducta y autocontrol.

El estilo sobreprotector: cuando se utiliza la evitación como estrategia para RC, los deseos y necesidades no son tenidos en cuenta, ya que los padres intentan evitar el diálogo mediante la huida y el abandono. Los problemas no se resuelven y la comunicación se va cerrando. Produce sentimientos negativos en los padres y en los adolescentes.

Las situaciones descritas, autoritarismo, permisividad o evitación, no terminan de resolver adecuadamente nuestros conflictos, porque se plantea el problema como ganar/perder, y siempre hay alguien que pierde. Debemos buscar estrategias que funcionen mejor y favorezcan el desarrollo integral de cada miembro de la familia. Hay que lograr que ganen todos. Se puede mejorar si se trabaja conjuntamente, ya que los intentos de RC por los sistemas anteriores fracasan.

En la resolución de conflictos familiares con adolescentes forma parte el criterio educativo. Hay que tener en cuenta dos aspectos: uno: que hay una relación educativa en la que hay una autoridad y un educando que obedece, participa y discute. Y otro: que existe una asimetría de roles en la que una parte tiene autoridad sobre la otra⁽⁴⁾.

Cuando hablamos de la negociación como la mejor estrategia de RC no nos referimos a lo que se entiende como tal en el mundo del mercado, sino en el de la educación que se ha descrito. La "negociación" exige tener en cuenta algunos fundamentos: mantener un buen canal de comunicación que permita comprender otros puntos de vista para definir posibles soluciones, llegar a acuerdos y hacer una evaluación y un seguimiento.

La "negociación" no es tarea fácil, pero es la única forma de mejorar el bienestar de las personas en conflicto, objetiva y subjetivamente.

Negociar supone valorar las necesidades, deseos y objetivos de los otros miembros de la familia. Todos somos capaces en mayor o menor medida de identificar las emociones de los demás. Y también somos capaces de comunicar una misma idea de formas diferentes. La valoración de los sentimientos de otros, y la expresión sosegada de las ideas propias nos genera emociones y sentimientos que juegan un papel importante en la RC. Es importante no transmitir solo emociones negativas.

Principales motivos de conflicto con adolescentes

- Las amistades.
- Las tareas de la casa.
- Los horarios de llegada y salida.
- El tiempo dedicado al estudio.
- El rendimiento académico.
- El dinero para sus gastos, tiempo libre, consumos...
- El tiempo dedicado a las nuevas tecnologías (Tics).
- La sexualidad.
- Los planteamientos de futuro.
- El sistema de valores, religiosidad, ideas políticas...
- Las relaciones con los hermanos⁽⁵⁾.

En la resolución de conflictos familiares con adolescentes forma parte el criterio educativo

Negociar supone valorar las necesidades, deseos y objetivos de los otros miembros de la familia

Resolución y abordaje

Con los conflictos podíamos crear ambientes familiares que generen un ambiente educativo y eviten o atenúen la aparición de los mismos

Con los conflictos podíamos crear ambientes familiares que generen un ambiente educativo y eviten o atenúen la aparición de conflictos. Clínicamente, prevención primaria es aquella que evita la aparición de un proceso. Con los conflictos podíamos crear ambientes familiares que generen un ambiente educativo y eviten o atenúen la aparición de conflictos: hacer participar a los adolescentes en las decisiones familiares, aprovechar los encuentros o reuniones de la familia para comentar los problemas diarios, fomentar el lenguaje libre de juicios o acusaciones y evitar las riñas; reconocer que los discursos y monólogos de padres a hijos muchas veces sobran; crear ambiente familiares divertidos y relajantes que hagan experimentar los valores de la familia.

Si a pesar de todo, los padres perciben los conflictos en la familia, es necesario saber qué hay que hacer y qué no hay que hacer. No es recomendable una actitud de hostilidad, ni de negación, ni acostumbrarse a convivir con el conflicto, ni evitar afrontarlo y buscar la solución, ni ceder a las exigencias o chantajes.

Lo recomendable, a la luz de todas experiencias y evidencias como mejor actitud para RC es:

1. Mantener una vía de comunicación que permita mostrar al adolescente nuestro cariño y ternura. Si no somos capaces de mantener esta vía de comunicación, es imposible hacer creíbles los deseos de solución. Aquí, comunicación no es estar informado del conflicto, sino transmisión recíproca de afecto, emociones y sentimientos. Esta condición es la que permite una empatía eficaz. Todos somos capaces de ser más o menos empáticos. Lo aprendemos en la familia, y es lo que facilita las relaciones interpersonales. Es esta empatía la que constituye la base para resolver conflictos de forma eficaz e inteligente, y además es fuente de justicia y solidaridad.
2. Si es posible, buscar la complicidad de otros miembros de la familia menos involucrados en los conflictos que nos conciernen.
3. Ser asertivos expresando sentimientos, emociones, opiniones y pensamientos en el momento oportuno sin molestar ni agredir a los demás para defender los propios intereses.

La asertividad también se aprende. Dependiendo de cómo sea la familia, el adolescente aprenderá a comportarse de una forma u otra. Se trata de defender los propios derechos sin despreciar los del otro. Algunos ejemplos nos pueden ayudar a entenderlo: cuando alguien nos quiere vender algo que no necesitamos, cuando defendemos nuestras ideas, cuando rechazamos una invitación inoportuna o molesta...

Es necesario dejar claro al adolescente o niño que no es posible agradar a todo el mundo; que siempre habrá dificultades en los núcleos diarios de convivencia; que es imposible no tener conflictos, pero que lo importante es saber resolverlos. Que cuando tenga conflictos en casa o con amigos o compañeros, debe contener los sentimientos de rabia o de frustración, y buscar la solución mejor para todos. No es buena actitud ceder y agradar a los demás cuando somos nosotros los perjudicados. En los conflictos familiares bien resueltos hay que dejar claro que no hay perdedores, sino que salen ganando todos, la familia.

4. Saber negociar para abordar los conflictos con imaginación de forma abierta y manteniendo el papel de padres flexibles y comprensivos. Es actualmente la mejor forma de RC. Negociar exige unas condiciones a las que no estamos acostumbrados en una sociedad competitiva, de ganadores y perdedores. Para empezar, tiene que haber una predisposición a escuchar y dialogar, y una cierta intención de llegar a un acuerdo: explicar lo que queremos conseguir y lo que estamos dispuestos a ofrecer. La negociación se puede hacer en casa entre los padres e hijos o entre hermanos, pero también en la consulta, buscando momentos en que podamos dedicar tiempo suficiente. Cuando hablamos del sistema público de salud, no es fácil, pero tampoco imposible⁽⁶⁾.

De forma didáctica y esquemática podemos enumerar algunos requisitos para la negociación:

1. Buscar un espacio y un tiempo idóneos, sin prisas y sabiendo que el encuentro se puede alargar. La paciencia es una virtud imprescindible en estos casos.
2. Utilizar un lenguaje educado, respetuoso y positivo, que mida el valor de las palabras, evitando juicios y opiniones que puedan dar al traste con la negociación. El respeto aquí toma todo su valor.
3. A los padres, como adultos, se les exige mejor actitud, y reconocer que las respuestas de los hijos serán las que han aprendido a lo largo de su vida y, por lo tanto, que tienen que ver con las de

La asertividad también se aprende. Dependiendo de cómo sea la familia, el adolescente aprenderá a comportarse de una forma u otra

los propios padres. A los hijos se les exige aprovechar la oportunidad de aprender a pensar en las causas de los conflictos y sus posibles soluciones. El egocentrismo y la inmadurez neurológica del adolescente pueden constituir un obstáculo importante.

4. Escuchar a cada uno para intentar comprender, sabiendo diferenciar entre comprender y estar de acuerdo.
5. Cada parte debe ceder o dar algo con flexibilidad.
6. Finalmente, si se ha llegado a algún acuerdo, es necesario formalizarlo, en el contexto clínico, que es el que nos ocupa, con un compromiso verbal. En las ocasiones en que se produzca un incumplimiento de lo pactado, hay que valorar las causas y considerar otra nueva negociación tantas veces como sea necesario, para demostrar que por encima de todo están la familia y el cariño. La experiencia demuestra que esta actitud suele ser más beneficiosa que la rigidez y la persistencia del conflicto.

Algunos casos clínicos:

1. “Roberto quiere volver a casa a las dos de la madrugada porque cree que es mayor para ello y sus amigos también lo hacen. Eso no gusta al padre. Una vez que ambos han expresado sus posturas, se puede negociar, ofreciendo algo que quiere el hijo a cambio de algo que quiere el padre: tu vuelves a las dos, y a cambio haces tu habitación esta semana todos los días”.
2. “Ana de 13 años sale con Rafael de 16 años. La madre se opone a que salgan. Si no me dejas salir con Rafa, serás culpable de lo que pase”.
3. “Lucía (14 años) sale con Juan (15 años) desde el verano último. Los padres son amigos. Esta Navidad va a venir a su casa a pasar unos días. Juan quiere dormir con Lucía pero los padres se oponen organizando una discusión importante”.
4. “Si no me das más propina, lo robaré”.

Intervención en el Trastorno Negativista Desafiante (TND)

Diagnóstico. Según la CIE-11⁽⁹⁾ el trastorno negativista desafiante (TND) se define como un patrón persistente de comportamiento marcadamente desafiante, desobediente, provocativo o rencoroso que ocurre con más frecuencia de la observada en individuos de edad y nivel de desarrollo comparable. En la misma línea el DSM-5⁽¹⁰⁾ clasifica el TND en el epígrafe de los trastornos disruptivos del control de impulsos y de la conducta y lo define como un patrón de enfado / irritabilidad, discusiones / actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses y se manifiesta durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea su hermano. Para que se considere un trastorno es necesario que cause un malestar significativo a la persona que lo padece o a otras personas de su entorno social o debe tener un impacto negativo en las áreas social, educativa u otras áreas importantes. Se establece la gravedad del trastorno en función de la extensión de los síntomas a uno (leve), dos (moderado) o tres o más entornos (grave). Se trata de un trastorno que se presenta como un patrón de comportamiento estable durante un periodo de tiempo, con afectación clínicamente relevante y que no se reduce a rabietas episódicas.

Prevalencia. La prevalencia en nuestro contexto ofrece cifras de un 4.5% (IC95% 2.9-5.4) cuando la investigación se realiza sobre el criterio de los profesores⁽¹¹⁾ o de un 5.6% (IC95% 4.2-7.0) si se centra sobre el criterio de los padres⁽¹²⁾. En ambos estudios epidemiológicos los casos con TND presentan significativamente peores resultados académicos (resultados académicos globales, lectura, matemáticas y expresión escrita) y peor conducta en clase (relación con compañeros, respeto a las normas, destrezas de organización, realización de tareas académicas e interrupción de la clase) que los controles⁽¹¹⁻¹²⁾. Los autores concluyen que en función de la prevalencia, inicio precoz, persistencia de síntomas y disfunción social y escolar del TND, es necesario un diagnóstico temprano e intervención preventiva.

Comorbilidad. El TND presenta una demanda clínica relevante⁽¹³⁾ y tiene comorbilidad frecuente con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno disocial (TD) y trastornos emocionales⁽¹⁰⁾. Existen referencias sobre el hecho de que TND y trastornos de conducta están muy relacio-

El trastorno negativista desafiante (TND) se define como un patrón persistente de comportamiento marcadamente desafiante, desobediente, provocativo o rencoroso que ocurre con más frecuencia de la observada en individuos de edad y nivel de desarrollo comparable

La prevalencia en nuestro contexto ofrece cifras de un 4.5% (IC95% 2.9-5.4) cuando la investigación se realiza sobre el criterio de los profesores o de un 5.6% (IC95% 4.2-7.0) si se centra sobre el criterio de los padres

El TND tiene comorbilidad frecuente con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno disocial (TD) y trastornos emocionales

nados en el sentido de que el primero pudiera ser una forma leve o precursor del segundo y comparte algunos rasgos clínicos, sin embargo también tenemos referencias que aluden al TND como un trastorno con entidad propia con factores genéticos y socioculturales diferentes⁽¹²⁻¹³⁾. Fuera como fuese, tenemos constancia mediante estudios longitudinales sobre el hecho de que los niños con problemas de conducta tiene más probabilidades cuando llega a adultos de cometer actos delictivos, abusar de drogas, sufrir ansiedad o depresión, intentar suicidarse, tener múltiples parejas sexuales, manifestar violencia y tener hijos prematuramente⁽¹⁴⁾. En la misma línea también se ha observado que las variables sexo varón, presencia de comorbilidad, perfil intelectual más limitado, menor nivel educativo de las madre y repetir curso incrementa significativamente la probabilidad de trastornos de conducta⁽¹³⁾.

Tanto por las cifras de prevalencia como por la repercusión individual, social o familiar del TND y por su pronóstico, parece necesario la intervención preventiva y/o su tratamiento mediante técnicas con eficacia demostrada.

Diagnóstico diferencial. De forma previa a su tratamiento resulta relevante un diagnóstico diferencial con otros trastornos como TDAH, trastornos por ansiedad o depresión, bipolaridad, trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno explosivo intermitente, ansiedad social o discapacidad intelectual⁽¹⁰⁾. El diagnóstico diferencial y/o la valoración de la posible comorbilidad permitirá un tratamiento eficaz.

Evaluación. Un elemento clave para la intervención psicológica es la presencia de una adecuada evaluación conductual que contemple tanto el análisis topográfico de la conducta (dimensiones motoras, fisiológicas o cognitivas) como el análisis funcional de dimensiones antecedentes o consecuentes internas o externas.

Este análisis puede acompañarse de la utilización de cuestionarios sobre TND incluidos en el Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scales IV, Child and Adolescent Symptom Inventory-5 o Escala de evaluación Vanderbilt NICHQ. En todos estos cuestionarios se alude a la clínica del TDAH en sus primeros 18 ítems y a la clínica del TND en los ítems 19 a 26. Estos ítems son similares a los reflejados en el DSM-IV o DSM-5⁽¹⁰⁾.

Realizada una correcta evaluación del TND se pasaría a intervenciones eficaces en el abordaje del trastorno.

Intervención psicológica. Entre los tratamientos con evidencia científica de eficacia en el tratamiento del TND nos encontramos con el entrenamiento a padres en el manejo de conducta y en la interacción con sus hijos mediante técnicas cognitivo conductuales y el programa "Collaborative and proactive solutions". Ambos procedimientos muestran eficacia similar según consta en revisiones sistemáticas⁽¹⁵⁾.

Intervenciones cognitivo conductuales. En las intervenciones cognitivo conductuales observamos la terapia focalizada en el niño (terapia de conducta, estrategias de autocontrol, comunicación y solución de problemas, regulación de emociones e intervención cognitiva) y la focalizada en los padres (terapia de conducta / enseñar a los padres a comunicarse y responder adecuadamente ante el comportamiento de los hijos.)⁽¹⁶⁾. La mejor intervención es combinar ambos tipos de procedimientos.

En el ámbito de las técnicas de intervención cognitivo conductual nos encontramos con las técnicas operantes de adquisición de conducta (refuerzo social y/o material en el contexto del moldeamiento y/o de refuerzo de conductas incompatibles con la conducta problema), técnicas operantes de extinción de conducta (extinción, coste de respuesta o tiempo fuera de reforzamiento) y técnicas operantes de mantenimiento de conducta (programas de refuerzo continuo e intermitente). En este contexto se incluyen los programas conductuales de economía de fichas y/o contratos (más apropiados en la adolescencia). El modelado ejerce un papel relevante en el aprendizaje de conductas prosociales.

Entre las técnicas cognitivo conductuales de interés en el TND nos encontramos con las técnicas específicamente cognitivas, resolución de problemas, autocontrol, autoinstrucciones, asertividad y/o entrenamiento en habilidades sociales.

Intervenciones proactivas y de colaboración entre padres e hijos. Entre los procedimientos eficaces en el tratamiento del TND, también nos encontramos con el "Collaborative and proactive solutions" (CPS)⁽¹⁵⁾.

Un elemento clave para la intervención psicológica es la presencia de una adecuada evaluación conductual que contemple tanto el análisis topográfico de la conducta (dimensiones motoras, fisiológicas o cognitivas) como el análisis funcional de dimensiones antecedentes o consecuentes internas o externas

Entre los tratamientos con evidencia científica de eficacia en el TND nos encontramos con el entrenamiento a padres en el manejo de conducta y en la interacción con sus hijos mediante técnicas cognitivo conductuales

El modelo CPS considera que el niño no escoge ser explosivo o ir en contra de las normas, sino que presenta un retraso en habilidades de funcionamiento ejecutivo que son cruciales para ser flexible y tolerar la frustración. La regulación de estas habilidades cognitivas puede aprenderse y depende (al menos en parte), de la manera y modelos usados por los adultos para enseñar a los niños.

El CPS incluye cuatro módulos: el primero consiste en comprender e identificar las habilidades cognitivas menos desarrolladas y problemas no resueltos que pueden contribuir a episodios oposicionistas. El segundo módulo implica ayudar a los padres a priorizar qué problemas no resueltos serán el punto focal de las discusiones iniciales de resolución de problemas e implica tres posibles respuestas por parte de los padres (tercer módulo). Se categorizan las conductas en tres bloques y cada uno de ellos tiene su posible respuesta. El primer bloque (plan A) incluye conductas con riesgo importante propio o ajeno y la respuesta de los padres sería reprimir la conducta, pues de lo contrario se podrían derivar consecuencias inaceptables. El segundo bloque (plan B) incluye conductas sin riesgo importante propio o ajeno pero que generan problemas importantes en la dinámica familiar y la conducta de los padres implicaría empatía, definición del problema y la invitación al adolescente a encontrar una solución aceptable en la que padres e hijo están de acuerdo, además de ser una alternativa realista y mutuamente satisfactoria (respuesta colaborativa / proactiva). El tercer bloque (plan C) incluye conductas inadecuadas, que no generan problemas importantes en la dinámica familiar y la respuesta de los padres es de "por ahora no intervenir" (nos centramos en conductas más relevantes). No prohibir, ni prestar atención, sin que ello signifique aceptar que tal conducta es adecuada. La autoridad o influencia paterna no se resiente, puesto que no hay ninguna contravención de las reglas. Finalmente el CPS incluye un cuarto módulo que implica ayudar a los padres a implementar el plan B e ir reduciendo el plan A. El objetivo principal del CPS es ayudar a los adultos a colaborar de forma efectiva con los niños para resolver problemas o situaciones que precipitan la conducta explosiva y a ofrecer un espacio en el que (mediante empatía, negociación y lenguaje), se favorezca la resolución conjunta de la situación problemática.

Intervención emocional. Se trata de un modelo de intervención centrado en la regulación emocional. Estudios recientes indican que el TND puede conceptualizarse como un trastorno de la regulación emocional⁽¹⁷⁾, incluso en mayor medida que como un trastorno del comportamiento. Tiene interés terapéutico identificar emociones en uno mismo y en los demás (empatía), reconocerlas y ponerlas un nombre así como regular las que nos producen problemas.

El modelo terapéutico puede incluirse en un proceso que implicaría una sucesión de fases propias de un procesamiento emocional óptimo⁽¹⁸⁾. En determinadas circunstancias y producto de la interpretación de las mismas surge de forma natural una emoción. Tiene interés terapéutico identificar las emociones en uno mismo y en los demás (empatía), reconocerlas y ponerlas un nombre (calma, alegría, tristeza, miedo, rabia) así como regular las que nos producen problemas. Tratar de regular las emociones sin abrirse a ellas, sin aceptarlas o sin comprenderlas, puede implicar dinámicas desadaptativas. Ante una emoción es relevante una aptitud de apertura emocional, de dotar de recursos atencionales a las emociones y de aceptación emocional sin juicio. En este momento es relevante el poner un nombre a las emociones, analizarlas (reflexionar y entender el significado e implicaciones) y si fuera necesario modularlas o regularlas mediante diversos procedimientos. En las primeras fases de este procesamiento emocional puede jugar un papel terapéutico relevante los procedimientos vinculados al mindfulness y la utilización posterior cuando proceda de procedimientos de regulación emocional como la relajación, respiración profunda o distanciamiento temporal. En este modelo emocional pueden incluirse procesos terapéuticos como la mentalización, sin olvidar el papel relevante que juegan las terapias cognitivas vinculadas a la interpretación de la realidad que conduce a determinadas respuestas emocionales.

Intervención cognitiva. Entre los modelos terapéuticos potencialmente relevantes en el tratamiento del TND también deberíamos considerar la terapia cognitiva. Este modelo terapéutico entiende que los pensamientos de las personas influyen de forma importante en cómo nos sentimos, actuamos o nos comunicamos y por ello sería de potencial utilidad en el TND. El modelo incluye la identificación de pensamientos problemáticos y estrategias que permitan un cambio de los mismos por otros más adaptativos.

Los modelos terapéuticos planteados se utilizarán en función de la evaluación y análisis funcional de la conducta alterada y de la dinámica familiar. Estos modelos terapéuticos no son excluyentes y suelen ser utilizados de forma complementaria en función de las peculiaridades del caso.

El modelo CPS considera que el niño no escoge ser explosivo o ir en contra de las normas, sino que presenta un retraso en habilidades de funcionamiento ejecutivo que son cruciales para ser flexible y tolerar la frustración

Tiene interés terapéutico identificar emociones en uno mismo y en los demás (empatía), reconocerlas y ponerlas un nombre así como regular las que nos producen problemas

Bibliografía

- 1.- Sánchez Vera P. y Bote Díaz M. *Familismo y cambio social. El caso de España. Sociologías, Porto Alegre, año 11, no 21, jan./jun. 2009, p. 121-149.* <http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/07.pdf>.
- 2.- Povedano A, Jiménez T, Moreno D, Amador LV, Musitu G. *Relación del conflicto y la expresividad familiar con la victimización en la escuela: el rol de la autoestima, la sintomatología depresiva y el género de los adolescentes. Infancia y Aprendizaje. Volume 35, Number 4, November 2012, pp 421-432(12).*
- 3.- Torío López S, Peña Calvo JV y Rodríguez Menéndez MC. *Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. Teor. educ. 20, 2008, pp. 151-178* goo.gl/h6TjbD.
- 4.- *Conflictos familiares. El problema de la disciplina. Félix López Sánchez. Adolescere 2017; V (1): 70-80.*
- 5.- Luna Bernal AC. *Funcionamiento familiar, conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes. Acta colombiana de Psicología 15 (1): 77-85, 2012.*
- 6.- http://www.leioa.net/vive_doc/GUIA_PADRES-MADRES_LEIOA-GEUZ_CAST.pdf.
- 7.- *Psicoterapia breve en la consulta para problemas funcionales frecuentes. José Luis Pedreira Massa. Curso de actualización en Pediatría. 11 al 13 noviembre, 2004. Madrid. Disponible en: www.aepap.org.*
- 8.- Jaureguizar, J. e Ibañe, I. (2012). *Conductas violentas de los adolescentes hacia las figuras de autoridad: El papel mediador de las conductas antisociales. Revista de Psicología Social, 27, 7-24.*
- 9.- *World Health Organization. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (ICD 11). 2018. Disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/en.*
- 10.- *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM 5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.*
- 11.- López-Villalobos JA, Andrés-De Llano JM, López-Sánchez MV, Rodríguez-Molinero L, Garrido-Redondo M, Martínez-Rivera T, Sacristán-Martín AM. *Prevalence of Oppositional Defiant Disorder in a sample of Spanish children between six and sixteen years: teacher's report. Actas Esp Psiquiatr; 2015; 43(4):213-20.*
- 12.- López-Villalobos JA, Andrés-De Llano JM, Rodríguez-Molinero L, Garrido-Redondo M, Sacristán-Martín AM, Martínez-Rivera MT, Alberola-López S, Sánchez-Azón MI. *Prevalence of oppositional defiant disorder in Spain. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.); 2014; 7 (2): 80-87.*
- 13.- López-Villalobos JA, Andrés-De Llano J, Sánchez-Azón MI, Sanguino-Andrés R, Alberola-López S. *Disruptive behavior disorders: Multidimensional analysis. Int J Clin Health Psychol. 2012;12: 405-17.*
- 14.- Rey JM, Domínguez MD. *Trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta. En: Soutullo C, Mardomingo MJ, editores. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 79-93.*
- 15.- Ollendick, T. H., Greene, R. W., Austin, K. E., Fraire, M. G., Halldorsdottir, T., Allen, K. B., ... & Noguchi, R. J. (2016). *Parent management training and collaborative & proactive solutions: A randomized control trial for oppositional youth. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45(5), 591-604.*
- 16.- Riley, M., Ahmed, S. & Locke, A. (2017). *Common questions about oppositional defiant disorder. American Family Physician, 93, 586-591.*
- 17.- Cavanagh M, Quinn D, Duncan D, Graham T, Balbuena L. *Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualized as a Disorder of Emotional Regulation. J Atten Disord. 2017; 21(5):381-389.*
- 18.- Hervás G, Moral G. *Regulación emocional aplicada al campo clínico. Madrid: Focad; 2018.*

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Sobre los cambios sociales, ¿cuál de estas afirmaciones es falsa?

- a) Han afectado a la estructura, funcionalidad y dinámicas familiares.
- b) Los conflictos de los adolescentes son independientes de las transformaciones sociales y tienen que ver solamente con su propio desarrollo.
- c) Han dado lugar a conflictos frecuentes, que son motivo de consulta por la alteración de la convivencia y la paz familiar.
- d) Afectan al bienestar y salud de la familia.
- e) Influyen en los adolescentes, influidos por la presión propia de su desarrollo, la ambiental, las exigencias académicas y los pocos recursos asistenciales.

2. Respecto a los estilos educativos (EE), ¿cuál de estas frases es más adecuada?

- a) Los EE influyen directamente sobre los conflictos familiares.
- b) Los castigos solamente como forma de cambio de conducta han demostrado ser poco eficaces.
- c) Los estilos sobreprotectores y permisivos dificultan el desarrollo saludable del adolescente.
- d) El EE asertivo-democrático permite valorar y comprender mejor al adolescente.
- e) Todos son ciertas.

3. La “negociación”, es una buena fórmula para resolver los conflictos familiares. ¿Cuál de estos requisitos es falso?

- a) Exige un espacio y tiempo idóneos.
- b) Se beneficia del uso de un lenguaje educado, respetuoso y positivo.
- c) A los padres, como adultos que son, se les exige mejor actitud.
- d) Escuchar es lo de menos, si se cumplen otros requisitos.
- e) Cada parte debe ceder y ser flexible.

Respuestas en la página 78.e10