

Seminario

**Evolución del TDAH:
La adolescencia
y la adultez:
Un reto en las aulas**

Murcia, 27 y 28 de abril 2007
Salón de Actos de la Facultad de
Economía y Empresa de la
Universidad de Murcia
(Campus de Espinardo)

inscribete!



A.D. ASH.I.
Asociación de Ayuda al Diagnóstico de Atención
con más o menos Hiperactividad

C/Don Esteban, 14 4º D C/Alfonso Barral, 10
E-30100 Murcia E-30100 Murcia
Tel: +34 968 321000 Tel: +34 968 321000
ash@ash-i.com ash@ash-i.com

Asociación de Ayuda al Diagnóstico de Atención con más o menos Hiperactividad

fundación de neuropsicología clínica 

**Identificación y tratamiento del
Trastorno Negativista
Desafiante**

Lic. Ruben O. Scandar
www.scandar@fibertel.com.ar
www.fnc.org.ar – www.tdah.org.ar

**IDENTIFICACIÓN DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA
DESAFIANTE**

DESOBEDIENCIA: conducta "pasiva"
*No hace lo que se le pide (no hace caso).
Ignora el pedido.
No cumple con las órdenes.*

**CONDUCTA NEGATIVISTA
DESAFIANTE: conducta "activa"**
Se niega a obedecer las órdenes y "contesta".
Se resiste a la autoridad.
Hace lo contrario de lo que se le pide.

CONDUCTA NEGATIVISTA: *Comienza alrededor de los 2 años de edad y se dirige básicamente hacia la madre (decirle "no" a la mamá).*

CONDUCTA DESAFIANTE:
Puede comenzar en la edad escolar y se dirige hacia la madre y hacia otros adultos (decirle "no" a familiares, maestros, etc.).

**CAUSAS DE LA CONDUCTA NEGATIVISTA
DESAFIANTE**

Greenberg (1999) reporta que el 80% de los niños con TND presentan síntomas de un **apego (attachment) inseguro**.

El **apego inseguro** representa un factor de alto riesgo, pero no es la causa del TND. La presencia de otros factores tales como la inconsistencia en los estilos de crianza/disciplina o abandono extremo promueven la aparición de síntomas.

Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.) Handbook of attachment theory, research, and clinical applications. New York: The Guilford Press.

APEGO
(Vinculación - Attachment)

Contrario a las ideas del momento John Bowlby (1982) propone que el **apego** no es un proceso aprendido sino más bien, una predisposición biológica al contacto cercano con figuras representativas.

Bowlby, J. (1982) Attachment and Loss: Vol 1. Attachment. New York: Basic Books)

Mary Ainsworth (1978)

- Apego seguro (60%)
- Apego inseguro (40%)
 - ✓ Tipo de evitamiento
 - ✓ Tipo ambivalente

Main y Solomon (1986)

- ✓ Tipo desorganizado

- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Walters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure, disorganized/disoriented attachment pattern: procedures, findings, and implications for the classification of behavior. In M. Yogman and T. B. Brazelton (Eds.) Affective development in infancy. Norwood, NJ: Ablex.

TIPOS DE APEGO

Seguro: Usan a los padres como base de exploración. Mínimo estrés cuando la mamá se pierde de vista y alegría cuando retorna. Una vez que el estrés desaparece, regresa a explorar.

Evitamiento: El niño explora con facilidad pero sin muestra de afecto. No se altera si la mamá se pierde de vista. Cuando regresa ni la mira y trata de evitarla. Si se le carga, trata de evitar el contacto.

Solomon, J. & George, C (1999). The measurement of attachment security in infancy and childhood. In J. Cassidy and P.R. Shaver (Eds.) Handbook of attachment theory, research and clinical applications.

TIPOS DE APEGO

Ambivalente: No explora. Inquietos y con estrés si pierde de vista a la mamá. Cuando regresa muestra una actitud ambivalente de atracción y rechazo. La presencia de la mamá no elimina el estrés.

Desorganizado: La conducta pareciera no tener un objetivo específico y puede ser contradictoria, incompleta, interrumpida y con movimientos estereotipados. Las reacciones a la presencia o ausencia de la mamá son impredecibles.

Solomon, J. & George, C (1999). The measurement of attachment security in infancy and childhood. In J. Cassidy and P.R. Shaver (Eds.) Handbook of attachment theory, research and clinical applications.

van IJzendoorn y colaboradores en 1992 y como resultado de un meta-análisis de investigaciones a nivel mundial determinan que los patrones de apego aparecen en los siguientes porcentajes:

Distribución de los tipos de Apego

Tipo de Apego	Porcentaje
Seguro	54%
Evitamiento	23%
Desorganiz.	15%
Ambival.	8%

van IJzendoorn, M.H., Golberg, S., Kroonenberg, P. & Frankel, O. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a meta-analysis of attachment in clinical samples. Child Development, 63:840-858.

De los cuatro tipos de apego el primero (seguro) representa la condición de normalidad, mientras que los otros tres son caracterizados como patogénicos para problemas afectivos y sociales.

Los tipos de **evitamiento, ambivalente y desorganizado** aparecen en el DSM IV-TR reagrupados bajo el diagnóstico de **Trastorno reactivo de la vinculación** en la infancia o niñez.

TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ F94.X (DSM IV-TR)

A. Caracterizado por una relación social que, en la mayor parte de los contextos, se manifiesta **marcadamente alterada e inapropiada** para el nivel del desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad y con uno de dos tipos de manifestación:

American Psychiatric Association 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text revised). Edición Española.

TIPOS DE TRASTORNO REACTIVO

F94.1 Tipo Inhibido: Persistentemente *incapacitado para iniciar* la mayor parte de las interacciones sociales y *responder* a ellas de un modo adecuado. La respuesta refleja *inhibición, hipervigilancia y/o ambivalencia*.

F94.2 Tipo Desinhibido: Sigue un *patrón de vinculaciones difusas*, con una *sociabilidad indiscriminada* o una falta de selectividad en la selección de las figuras de vinculación.

American Psychiatric Association 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text revised). Edición Española.

B. El trastorno del criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:

- (1) desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto
- (2) desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño
- (3) cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables

D. Este tipo de crianza es responsable de la conducta alterada descrita en A.

American Psychiatric Association 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text revised). Edición Española.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE F91.3 (DSM IV-TR)

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes 4 o más de los siguientes síntomas:

- ✓ A menudo se encoleriza e incurre en pataletas (2xs)
- ✓ Discuten con los adultos (2xs)
- ✓ Desafían y se niegan a cumplir con las reglas o pedidos apropiados de los adultos (2xs)

American Psychiatric Association 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text revised). Edición Española.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE F91.3 (DSM IV-TR)

- ✓ Fastidian de forma deliberada a otros (4xs)
- ✓ Culpan a otros por sus propios errores o mal comportamiento (3m)
- ✓ Son susceptibles o se fastidian fácilmente (2xs)
- ✓ Se enojan y resenten fácilmente (4xs)
- ✓ Son rencorosos o vengativos (3m)

American Psychiatric Association 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text revised). Edición Española.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE F91.3 (DSM IV-TR)

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

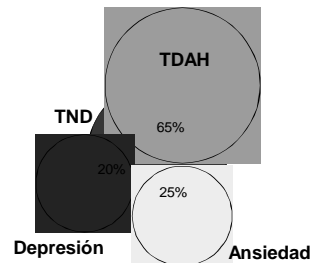
D. No se cumplen los criterios del trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los del trastorno antisocial de la personalidad.

PREVALENCIA Y COMORBILIDAD

TND en población general:
2 -16%

Proporción: 2:1 o 3:1
(hombres)

Por lo menos el 56%
presenta una
comorbilidad



DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

- ✓ Un criterio diagnóstico representa el consenso de un grupo de personas, en un momento determinado y con una duración limitada.
- ✓ El DSM III (1980) requería 2 de 5 síntomas predefinidos.
- ✓ El DSM III-R (1987) requería 5 de 9 síntomas predefinidos.
- ✓ El DSM IV (1994) y el DSM IV-TR (2000) requieren 4 de 8 síntomas predefinidos.

- ✓ En 1980 se consideraba que alteraciones en el rendimiento académico era el síntoma asociado más común.
- ✓ Hacia 1987 se enfatizan los problemas afectivos y el abuso de drogas como problemas asociados.
- ✓ A partir de 1994 se considera que el TDAH y la Conducta Disocial, como síntomas secundarios, son prevalentes en niños con el TND.

La recolección de información referida a la historia familiar y personal representa el instrumento por excelencia para la asignación del diagnóstico del Trastorno Negativista Desafiante.

Escalas de conducta y otros instrumentos que evalúan pensamientos, emociones, sentimientos, conductas y recuerdos pueden proporcionar valiosa información para el diagnóstico final.

HISTORIA FAMILIAR

- ✓ Antecedentes de problemas psicológicos/psiquiátricos en los padres (depresión, ansiedad, psicosis, etc.)
- ✓ Problemas severos en la interacción de los padres
- ✓ Inconsistencia en los estilos de crianza y disciplina
- ✓ Pobre estimulación física e intelectual por parte de los padres
- ✓ Limitados recursos económicos

HISTORIA PERSONAL

Acontecimientos significativos durante los dos primeros años de vida, principalmente relacionados a malnutrición, abuso físico y emocional, pobre contacto maternal, y cambios repetidos de tutores.

Evaluación de síntomas de un trastorno reactivo (tipo desinhibido caracterizado por conducta manipuladora, evitación de otros, necesidad de control, demandas de atención y "consideración", constantes mentiras, ridiculizar a otros, tendencia a no respetar reglas).

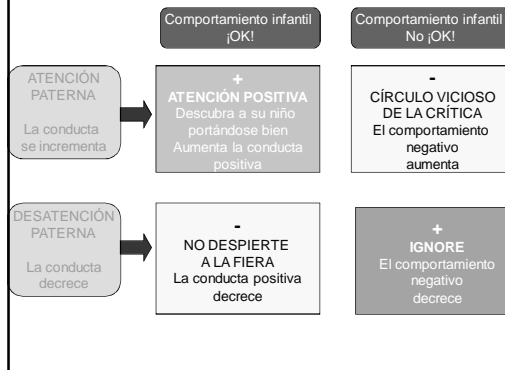
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

"Ninguna otra técnica ha sido tan cuidadosamente documentada como lo ha sido el entrenamiento de los padres en el tratamiento de problemas de conducta en niños" (Kazdin, 1995).

"El entrenamiento de los padres en el manejo de conducta ofrece las mejores posibilidades para un tratamiento efectivo del TND" (Christopherson y Mortweet, 2001).

Kazdin, A.E. (1995). Conduct disorder in childhood and adolescence. (2nd. ed.) Newbury Park, CA: Sage
Christopherson, E.R., & Morweet, S.L. (2001) Treatments that work with children, empirically supported strategies for managing childhood problems. Washington, DC: American Psychological Association.

¡Cómo prestar atención al niño!



LAS 5 REGLAS DE LEVY Y O'HANLON

1. Si se desea detener una discusión ... cálese.
2. No discuta; busque frases terminales..."ya entendí", "así podría ser".
3. No se fastidie; eso alimenta el TND.
4. Dé algunas alternativas de conducta.
5. No le diga al niño que "usted se lo advirtió". Esa pudo ser la razón por la cual lo hizo en primer lugar.

Levy, R., O'Hanlon, B. & Goode, T.N. (2001). Try and make me! Simple strategies that turn off the tantrums and create cooperation. Emmaus, PA: Rodale.

DODGE Y COLABORADORES

Los niños con el TND muestran deficiencias en sus habilidades para resolver problemas sociales.

Dodge propone 5 operaciones cognitivas para mejorar la resolución de problemas en la interacción social. "Evaluación" es sugerida como resultado de investigaciones posteriores.

Dodge, K.A., Murphy, R.R. & Buchsbaum, K. (1984). The assessment of intention-cue detection skills in children: Implications for developmental psychopathology. Child development, 55, 163-173.

- ✓ Codificación: Aprender a reconocer elementos en la interacción que producen conductas desafiantes y/o agresivas.
- ✓ Interpretación: Aprender a asignar un significado positivo a los elementos previamente codificados.
- ✓ Búsqueda de una respuesta apropiada.
- ✓ Revisar las alternativas de respuestas.
- ✓ Actuar la respuesta seleccionada.
- ✓ Evaluar el contexto.

BARKLEY Y COLABORADORES

Principios para el manejo de la conducta:

- ✓ Consecuencias inmediatas
- ✓ Consecuencias específicas
- ✓ Consecuencias predescibles
- ✓ Consistencia en las consecuencias
- ✓ Premios antes que castigos
- ✓ Anticipación y planeamiento para conductas inapropiadas
- ✓ Reciprocidad en la familia

Barkley, A.R., Edwards, G.H. & Robin, A. (1999) Defiant teens. New York: The Guilford Press

BARKLEY Y COLABORADORES

Principios para el entrenamiento en la resolución de problemas:

- ✓ Incrementar gradualmente la independencia
- ✓ Distinguir entre lo "negociable" y lo "no-negociable"
- ✓ Envolver al adolescente en la resolución de lo "negociable"
- ✓ Mantener una buena comunicación
- ✓ Tener expectativas realistas
- ✓ Respeto por la estructura familiar

Barkley, A.R., Edwards, G.H. & Robin, A. (1999) Defiant teens. New York: The Guilford Press

OTRAS SUGERENCIAS

- ✓ Sea consistente
- ✓ Use más premios que castigos
- ✓ Sea consistente
- ✓ No hable tanto, actúe más
- ✓ Sea consistente
- ✓ No pregunte si conoce la respuesta
- ✓ Sea consistente
- ✓ Trate de ayudarlo a encontrar una razón para cambiar
- ✓ Sea consistente
- ✓ Use consecuencias naturales más que castigos

IDEAS PARA MAESTROS DE ESCUELAS

- ✓ Sea consistente.
- ✓ No compita con el niño. No es personal. Además, él siempre va a ganar .
- ✓ Nunca use "la separación" como una consecuencia.
- ✓ Trate de establecer una relación personal y proximidad física en el salón de clase.
- ✓ A veces se gana la guerra después de varias batallas.

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

- ✓ Menores de 6 años = 65%
- ✓ Entre 6 y 12 = 50 – 64%
- ✓ Adolescentes = 25 - 35%
- ✓ Mejoría en el 35% de aquellos con TND+TDAH
- ✓ Mejores resultados en padres sin patología significativa

Reconocemos que se necesita un optimismo eterno para retener la idea que los niños que tratamos hayan aprendido algo positivo que les ayude en sus vidas.

Kendall, P.C., Ronan, K.R. & Epps, J. (1991). Aggression in children/adolescents: cognitive-behavior treatment perspectives. In D. Pepler & K. Rubin (Eds.). The development and treatment of childhood aggression. NJ: Hillsdale