

881225
1

UNIVERSIDAD ANÁHUAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE NEGATIVISMO
DESAFIANTE EN ALUMNOS DE LOS PRIMEROS GRADOS
DE PRIMARIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N

GLORIA MARÍA CORRAL GONZÁLEZ
LORENZA MEDINA CHEMOR

MÉXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS.

A Pilar, nuestra amiga de tantos años, por su apoyo incondicional, por su entrega y solidaridad, por las mil horas de desvelo y por pulir con sus comentarios tan atinados este trabajo. Lacey: ¡ Mil gracias, eres una tipaza! Sin tus conocimientos cibernéticos y tus " piluchazos " no lo habiéramos logrado .

A Ceci, nuestra compañera de años atrás... y ahora amiga, por su fé en este trabajo, por su empuje, por compartir con nosotros, no sólo sus grandes conocimientos, sino también su experiencia personal y profesional. Ceci: ¡ Mil gracias ! Sin ti, nos habiéramos tardado otros 20 años.

A Lety, por mantener a través de los años su buen humor y su optimismo, reflejándolo en la confianza depositada en nosotros.
Lety: ¡ Gracias por todo tu apoyo !

A Mónica, por su ayuda y sus recomendaciones tan enriquecedoras para este trabajo.

A Rebe por toda su ayuda, a pesar de tener el escritorio repleto de pendientes.

A la Universidad Anáhuac por la formación que a través de tan buenos maestros recibimos.

A Eric, mi esposo, mi gran amigo, mi mejor compañero, con quien he compartido sabores y sin sabores, pero siempre juntos... hasta el final. Gracias Gor, por tu apoyo incondicional, sobretodo con los niños, mientras nosotros trabajábamos hasta altas horas de la noche , gracias por tus porras y por hacerme sentir importante cuando regresaba a la casa. Gracias mil por todo lo que hemos compartido y vivido juntos, sobre todo, gracias por encontrarle siempre el lado amable a las cosas. Gracias por tantas risas y por tanto amor.

A mis " adorables" hijos Iker y Norman, mi aliciente de cada mañana, mi razón de vivir, mi motor. Gracias goris por su paciencia y por todo el tiempo que tuve que robarles para hacer este trabajo. Nunca voy a acabar de agradecerles todo su apoyo.

A mis papás, gracias, por sembrar en mí el amor a Dios, el respeto por la vida y la inquietud por tratar de ser un mejor ser humano cada día. Gracias por darme una infancia tan feliz y por darme todos los medios para ser una profesionista. Gracias también por todas sus enseñanzas.

A mis hermanos, mis cuñadas, mi tío Samuel, mis sobrinos y ahijados, mil gracias por estar siempre a mi lado.

A mi gran amiga y " hermana " Lorenza, por todo, todo, todo. Mi Lore: un proyecto más que realizamos juntas... (y todo lo que nos falta...). Gracias Lore, por tu confianza infinita, por tu eterna generosidad y por tantas enseñanzas que me has dado a lo largo de nuestra amistad. Gracias por tu fuerza y por tu ejemplo... eres " hecha a mano", estoy segura que vas a llegar muy lejos... Felicidades Lor !!!!

A mis amigos de ayer y hoy: Beatriz, Carolita, Lola, Moni, Yol, y todas las del té. A Billy, (donde quiera que estés), a Dalia, Mathy, Pilu, Loren, y todas las de la Uni, por todo lo que convivimos, aprendimos y nos divertimos esa época. A Benja, por su gran amistad y a Herr, por estar siempre presente. A Lau, Dany, Amayita y Maga por su solidaridad, por su amistad incondicional y por hacer mucho más feliz mi presente. A mis compañeras de trabajo, a los 57 angelitos que hasta hoy me han acompañado como alumnos y me han inyectado de energía.

A todos los que de una manera u otra han estado cerca de mi vida: con su compañía, con sus consejos, con su paciencia, con su silencio, con su apoyo, con su música, con su mirada, con sus sonrisas... Gracias a todos porque me han hecho sentir muy de cerca su cariño, porque me han hecho sentir especial, porque siempre buscan mis consejos y mi compañía, porque han tenido fé en mí y me han alegrado la vida, porque parte de lo que soy, se los debo a ustedes, gracias por enriquecer mi vida con su amistad.

A Dios, por la oportunidad que me dio de vivir esta vida, por la salud y la familia que me ha dado, por el camino que me ha trazado y porque aún cuando me ha permitido tropezar, no me ha dejado caer...jamás.

Gracias Dios por estar siempre a mi lado.

Gloria María.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Gloria María

COMAL

FECHA: 11-03-03

FIRMA: [Firma] por ausencia José Franco

4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis hijos, Pablo, Santiago y Gonzalo, porque son mi principal motivo en la vida, porque los amo y siempre he encontrado en ustedes un gran apoyo.

A mi mamá, por tu gran ejemplo, no sólo en el campo profesional sino personal, el cual me ha enriquecido como ser humano. Gracias por tu apoyo y por estar a mi lado en los momentos más importantes de mi vida.

A mi papá, por tu gran apoyo para llegar a ser una profesionista. Gracias por preocuparte siempre por mí.

A La Gorda... mi gran amiga, comadre y hermana. Gracias por todos los momentos que hemos vivido juntas, por todas las alegrías y tristezas que hemos compartido ... gracias por darme siempre tu apoyo incondicional y por estar a mi lado siempre . Gor: por fin lo logramos... Felicidades!

A Lupe, por confiar en mí y haberme dado la oportunidad de retomar mi vida profesional.

A Laura y a Loisy por todo su apoyo, sus enseñanzas y su amistad.

Lorenza

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El niño es una isla de curiosidad rodeado
por un mar de signos de interrogación.

D. Herold.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Pag.
Resumen	10
Introducción	12
I. MARCO TEÓRICO	16
CAPÍTULO 1. CONCEPTO Y DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL TRASTORNO DE NEGATIVISMO DESAFIANTE	16
1.1 Concepto de Negativismo Desafiante	16
1.2 Características clínicas de los trastornos de conducta	24
1.2.1 Características Psicoeducativas	32
1.2.2 Signos y Síntomas Neurológicos	33
1.3 Descripción clínica del Negativismo Desafiante	34
1.3.1 Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Negativismo Desafiante y diferencias entre el DSM III R y DSM IV TR.....	37
1.4 Sintomatología asociada	40
1.5 Síntomas Dependientes de la Edad y del Sexo	41
1.6 Prevalencia	42
1.7 Diagnóstico Diferencial	44
1.8 Curso	46
1.9 Pronóstico	46
1.10 Diferencia entre el Trastorno de Negativismo Desafiante y periodos normales de oposicionismo en el niño.....	47

CAPÍTULO 2 ETIOLOGÍA.....	48
2.1 Factores Individuales	48
2.1.1 Factores Psicobiológicos y Temperamentales	48
2.1.2 Factores Cognitivos	49
2.2 Factores Psicosociales	51
2.2.1 Factores Familiares	51
2.2.2 Factores Escolares	54
CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO	57
3.1 Modelo Conductual	58
3.1.1 Técnicas de reforzamiento	58
3.1.2 Técnicas de castigo	60
3.1.3 Programas de condicionamiento operante multifacéticos....	62
3.2 Modelo Cognitivo Conductual	63
3.2.1 Automanejo y automonitoreo de habilidades	65
3.2.2 Habilidades para enfocar persepectivas sociales	66
3.2.3 Entrenamiento de habilidades para solucionar problemas sociales	66
3.3 Tratamiento Familiar	68
3.3.1 Tratamiento basado en los padres y la familia	68
3.3.1.2 Entrenamiento a padres	68
3.3.1.3 Terapia familiar sistémica	71
II. REALIZACIÓN DEL ESTUDIO	74
MÉTODO	74
1. Planteamiento del problema	74
2. Diseño	75
3. Muestra	76
4. Variables	77
5. Hipótesis	77
6. Instrumentos	78
7. Procedimiento	79

III RESULTADOS	81
1. Análisis de Confiabilidad del Instrumento.....	81
2. Prevalencia.....	81
3. Análisis Inferencial.....	84
IV DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	86
1. Limitaciones y Recomendaciones.....	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
APÉNDICE.....	100

RESUMEN

La presente investigación tiene la finalidad de llevar a cabo un análisis del Trastorno del Negativismo Desafiante buscando una mayor comprensión del mismo bajo la consideración de diferentes variables tales como sexo, edad, tipo de escuela, grado escolar, promedio académico. Se buscó estudiar la prevalencia de dicho trastorno en niños y en niñas de primero, segundo y tercer grado de primaria, conformado un grupo de estudio de 431 sujetos de los cuales 239 pertenecen a escuelas privadas y 192 a escuelas públicas; 210 pertenecen al sexo femenino y 221 al sexo masculino; 146 sujetos conformaron la muestra de primero de primaria 141 de segundo de primaria y 144 de tercero de primaria; el rango de edad fue establecido de 6 a 10-11 años siendo que 26 de los sujetos fueron 6 años, 92 de 7 años, 156 de 8 años, 94 de 9 años y 63 de 10-11. Así mismo se estableció un rango de promedio académico que osciló entre 5 y 10, del cual se muestrearon 4 sujetos con promedio de 5, 14 sujetos con promedio de 6, 105 sujetos con promedio de 7, 180 sujetos con promedio de 8, 95 sujetos con promedio de 9 y 33 sujetos con promedio de 10.

Se diseñó un instrumento tipo encuesta dirigida a maestros cuyas preguntas estaban referidas a los 9 criterios para el diagnóstico de Negativismo Desafiante según el DSM III. Se analizó la confiabilidad del instrumento obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de .9077, indicando un alto grado de consistencia interna. Se realizó un análisis de frecuencias para determinar el número de sujetos que cumplían al menos con 5 criterios del trastorno de Negativismo Desafiante, concluyéndose que de los 431 sujetos que conformaron la muestra, 64 de ellos presentaban el trastorno lo que representó el 14.85% de la muestra total. Se encontró que de los 64 sujetos diagnosticados sólo el 26.56 % cumplían 5 de los criterios que es el mínimo de criterios requeridos para diagnosticar el trastorno, mientras que el 31.25 % de los sujetos diagnosticados cumplían los 9 criterios que constituyen el diagnóstico.

Se realizaron una serie de análisis de varianza (ANOVA) para determinar el grado de significancia de las diferentes variables independientes con respecto a la muestra diagnosticada con TND, encontrando que existen diferencias

significativas en la distribución de los casos diagnosticados de acuerdo a las variables sexo, grado escolar, edad y promedio. No se observaron diferencias significativas con base en el tipo de escuela.

Los análisis post-hoc realizados indicaron que son significativamente diferentes entre sí el grupo de hombre y mujeres, siendo que los hombres presentaron una media mayor; los sujetos de segundo y tercero de primaria, con respecto a los de primero de primaria, obteniéndose una media más alta el grupo de primero.

Así mismo se observó que los sujetos de 6 años obtuvieron una media significativamente menor que los de los sujetos de 8, 9 y 10-11 años. Por otro lado los sujetos cuyo promedio académico fue de 5 y 6 obtuvieron una media mayor que los sujetos con promedio de 10.

En general, se encontró coherencia entre los resultados de la presente investigación y los resultados encontrados en la revisión bibliográfica, principalmente en cuanto a la variable sexo y promedio académico, siendo consistente el hecho de que en el grupo masculino se presenta con mayor frecuencia y significancia el Trastorno de Negativismo Desafiante así como en el grupo de promedio académico inferior (5 y 6) hay una mayor incidencia del trastorno.

Dado que el instrumento fue diseñado de acuerdo a criterios del DSM III R y aplicado en 1992, sería importante que en futuras investigaciones se comparara la confiabilidad de acuerdo a los criterios actuales del DSM IV TR.

INTRODUCCIÓN

La psicología y el conocimiento del ser humano adquirido a través de la observación, la investigación y el análisis deben servir para poder favorecer el desarrollo integral del hombre buscando la plenitud del mismo conforme a sus propias características y circunstancias, para poder intervenir de manera efectiva cuando algún problema se presente y para poder, a través del estudio y comprensión de las múltiples variables que intervienen en el desarrollo de algún problema, desarrollar e implementar las mejores herramientas y métodos de tratamiento y finalmente para poder prevenir situaciones y acciones que conduzcan al desarrollo de patologías.

Es nuestra intención en esta investigación llevar a cabo un análisis de un trastorno psicopatológico de la niñez a fin de poder comprender mejor sus causas, algunas de la variables que interactúan en el mismo y el grado de incidencia de acuerdo a la edad, sexo, grado escolar, tipo de escuela y promedio de calificaciones.

En los primeros diecinueve siglos, en el estudio de la psicopatología del ser humano en ocasiones se prestó menos atención a la psicopatología infantil que a la de adultos bajo la creencia de que la propia flexibilidad del niño y su propia inmadurez del cerebro en desarrollo los prevendría de retener los eventos mentales que causan insanidad (Donohue, Hersen and Ammerman, 1995).

Sin embargo, actualmente se ha incrementado el interés en el estudio de la psicopatología infantil en forma dramática debido a que en primer lugar muchos problemas de la infancia tienen repercusiones a lo largo de toda la vida y a que la mayoría de los trastornos en adultos tienen sus raíces en las condiciones y o experiencias de la infancia temprana y en segundo lugar en que un mejor entendimiento de los trastornos infantiles puede darnos las bases para diseñar técnicas de intervención efectivas y programas de prevención.

Existen muchas razones por las cuales es necesario seguir desarrollando investigaciones en el área de la psicopatología y trastornos infantiles:

1. La psicopatología en los niños es muy común. Los trastornos del desarrollo, emocionales y de comportamiento en los niños se dan entre el 14 y el 22 % (Branderburg, Friedman and Silver, 1990). Estos estimados no incluyen un gran número de niños que manifiestan trastornos no diagnosticados que los coloca en un lugar de alto riesgo para desarrollar posteriormente algún problema clínico severo. Siendo tan alta la incidencia no podemos dejar a un lado el estudio y análisis de estos problemas.

2. Un número significativo de niños no supera sus dificultades en la infancia, aunque las maneras en que estas dificultades se expresan cambian tanto en forma como en severidad a través del tiempo. El fracaso de los niños para ajustarse durante sus primeros periodos del desarrollo puede tener un impacto negativo posteriormente en su vida familiar, ocupacional y social. (Hinshaw, S.P., 1994). Por ello, y por las implicaciones que un trastorno en la infancia puede llegar a tener de por vida, es necesario ahondar y buscar las mejores alternativas de tratamiento y prevención.

3. Los cambios y condiciones sociales del momento histórico de nuestro mundo colocan a los niños en mayor riesgo para desarrollar algún trastorno e incluso para desarrollar problemas más severos a edades más tempranas. (Duncan, Brooks-Gunn & Klebanov, 1994). Por ello, es necesario actualizar el conocimiento que se tiene de los diferentes trastornos y buscar con ello dar una respuesta e intervención actual a los mismos de acuerdo a las diferentes circunstancias socio-económicas del momento.

4. Las consecuencias a largo plazo asociadas con la psicopatología infantil tienen un impacto económico muy fuerte en el sufrimiento humano. (Mash & Barkley, 1996). Por ello, y por todos los recursos que se requieren para el tratamiento de trastornos, es necesario buscar mejores programas de

prevención a fin no sólo de evitar consecuencias económicas, sino principalmente humanas.

5. Aproximadamente el 70 % de los niños que necesitan atención especial no reciben los servicios, la prevención y el tratamiento indicados ya que en muchos casos no se tiene un conocimiento preciso de los síntomas, de las variables asociadas, etc. (Mash & Barkley, 1996). Por ello es importante y necesario llevar a cabo más investigaciones que arrojen luz a la comprensión de los trastornos de la infancia.

6. Como Conger, Lorenz, Sanan, Elder en 1995 mencionan, cada vez se ha vuelto más evidente que la mayor parte de los trastornos psicológicos infantiles no se pueden atribuir a una sola causa unitaria, sino que son el resultado de la interacción de muchas variables, en niños y su familia son el resultado de múltiples factores que interactúan recíprocamente. (Mash y Barkley, 1996). La experiencia y la expresión de la psicopatología en niños tienen componentes cognitivos, afectivos, fisiológicos, neurológicos y de comportamiento, por lo que se han dado muchas descripciones de disfuncionalidad que difieren entre ellas. Es por ello y por la complejidad de cada uno de los trastornos de la infancia, que esta tesis está dedicada a tratar de comprender un poco mejor uno de los trastornos que se presentan en la niñez, a fin de poder analizar nuevamente algunas de las múltiples variables que intervienen y tratar de lograr una mejor comprensión del problema.

Finalmente la presente investigación está orientada hacia uno de los trastornos de la infancia, al Desorden de Negativismo Desafiante. Nuestro interés en este trastorno en particular se debe a diferentes razones:

1. Actualmente los índices de agresión y violencia entre los jóvenes se han incrementado, siendo perpetradores de agresión, asalto y crimen (Richters & Cicchetti, 1993). Entre los jóvenes, actualmente gran parte de los servicios de salud mental se enfocan a tratar problemas de agresividad, impulsividad y patrones de conducta disruptivos. La amenaza o realidad de la violencia ha

creado en nuestra sociedad un clima de miedo, intimidación y de privación. Por lo tanto es necesario realizar estudios científicos para entender las raíces, la clasificación, los mecanismos subyacentes y el tratamiento del comportamiento antisocial en las diferentes variantes en que se presenta desde la infancia.

2. El Trastorno de Negativismo Desafiante es un trastorno complejo y en ocasiones el mismo no es adecuadamente diagnosticado y así mismo, no se lleva a cabo una intervención temprana ya que presenta conductas que en un momento dado pueden ser atribuidas a periodos normales en el desarrollo del niño.

3. Las discapacidades que presenta un niño con Trastorno de Negativismo Desafiante pueden afectar en sus relaciones personales, en su rendimiento académico y en su funcionamiento familiar, es decir, pueden afectar su vida completa por lo que dadas dichas implicaciones es importante como ya se mencionó, procurar una mayor comprensión de dicho trastorno a fin de poder implementar medidas tanto preventivas como correctivas.

Esta investigación tiene como propósito contribuir en una pequeña medida a la comprensión de un trastorno de la infancia que tiene grandes implicaciones y consecuencias en la vida personal, familiar, social y ocupaciones presente y futura.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE NEGATIVISMO DESAFIANTE

1.1 CONCEPTO DE NEGATIVISMO DESAFIANTE.

El Trastorno de Negativismo Desafiante, nombre utilizado en el DSM III R, o Trastorno Negativista Desafiante, nombre utilizado en el DSM IV TR, que para fines prácticos de esta tesis será enunciado como Trastorno de Negativismo Desafiante o TND, es un trastorno de conducta que puede presentarse al inicio de la infancia y la niñez y según el DSM III R "la sintomatología esencial de este trastorno consiste en un patrón de conducta compuesto por los siguientes rasgos: negativismo, hostilidad y desafío sin violaciones importantes de los derechos de los demás. El diagnóstico se hace solamente si el negativismo y la actitud desafiante es más frecuente que la observada en otros niños de la misma edad mental". "Los niños con este trastorno discuten frecuentemente con los adultos y se muestran irascibles, reniegan y se encolerizan con facilidad, tendiendo a estar resentidos y molestos con los demás. Con frecuencia desafían activamente las peticiones o reglas de los adultos y molestan deliberadamente a los demás. Además tienden a culpar a las personas de su entorno de sus propios errores y dificultades ". (American Psychiatric Association, 1988, pp 69).

Según el DSM IV " es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos: accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas ó normas de los adultos, llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas, acusar a otros de sus propios errores ó problemas de comportamiento, ser quisquillosos ó sentirse fácilmente molesto por otros,

mostrarse iracundo y resentido o ser rencoroso ó vengativo." (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118). Para calificar el trastorno negativista desafiante, los comportamientos deben aparecer con más frecuencia de la típicamente observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, y deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica ó laboral. No se establece el diagnóstico si el trastorno de comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico ó de un trastorno del estado de ánimo ó si se cumplen criterios de Trastorno Disocial ó de trastorno antisocial de la personalidad. (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118)

Las manifestaciones de este trastorno frecuentemente se presentan en el hogar y en la escuela aunque pueden presentarse también en sus relaciones interpersonales. Davis Levy en 1985 consideró este desorden como un "trastorno de personalidad pasivo - agresivo". El grupo para el avance de la psiquiatría describió a los niños con trastorno de la personalidad por oposición como aquellos que expresan su agresividad mediante pautas de oposición de carácter generalmente pasivo, aunque estas pautas pueden tener algunas implicaciones activamente agresivas. Pueden tener aspecto conformista pero provocan continuamente a los adultos o a otros niños. Mediante el uso del negativismo, tozudez, holgazanería, falta de resolución y otras medidas muestran encubiertamente su agresividad subyacente. Laviets Ruth en 1988 menciona que pueden presentarse algunas tendencias pasivo dependientes o exigentes (Kaplan y Sadock, 1991).

Los comportamientos negativistas y desafiante se expresan por terquedad persistente, resistencia a las órdenes y renuencia a comprometerse, ceder ó negociar con adultos ó compañeros. Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada ó persistente de los límites establecidos usualmente ignorando órdenes, discutiendo ó no aceptando el ser acusado por los propios actos. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los compañeros y se manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agrediendo verbalmente (normalmente, sin las agresiones físicas más serias que se

observan en el trastorno disocial). Según el DSM IV TR el trastorno se manifiesta casi invariablemente en el ambiente familiar, pudiendo no ponerse de manifiesto en la escuela ni en la comunidad. Los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a quienes el sujeto conoce bien, y, por lo tanto, pueden no manifestarse durante la exploración clínica. Normalmente los sujetos con este trastorno no se consideran a sí mismos negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias no razonables.

Es importante aclarar que aunque el Trastorno de Negativismo Desafiante es un desorden de conducta puesto que incluye algunos síntomas observados en dichos trastornos, tanto el DSM III como el DSM III R hacen una clara distinción entre el Negativismo Desafiante y los Trastornos de Conducta (tipo grupal, tipo agresivo solitario y tipo indiferenciado). Sin embargo, la principal diferencia entre éstas es que en el Negativismo Desafiante no hay violación de los derechos fundamentales de los demás ni de las reglas o normas sociales apropiadas a la edad como ocurre en el caso de los trastornos de conducta en los que los problemas de conducta son más graves o más importantes que en el negativismo desafiante. (American Psychiatry Association, 1988, pp. 69).

En el DSM IV TR se hace una clara distinción entre el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial, ya que aunque el TND incluye algunas de las características observadas en el Trastorno Disocial (p. Ej. Desobediencia y oposición a las figuras de autoridad), no incluye el patrón persistente de las formas de comportamiento más graves, que implican la violación de los derechos básicos de otras personas o de las normas sociales propias de la edad del sujeto. (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118).

Según el DSM IV TR "la característica esencial del Trastorno Disocial es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto" (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118). Estos

comportamientos se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales, comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves de las normas.

Cuando el patrón de comportamiento del sujeto satisface los criterios tanto del Trastorno Disocial como del TND, el diagnóstico de Trastorno Disocial debe ocupar el lugar preferente y el Trastorno Negativista Desafiante no debe diagnosticarse (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118).

Una de las principales manifestaciones presentes en el Trastorno de Negativismo Desafiante es la agresión, la cual es definida como una serie de acciones interpersonales que consiste en conductas ya sean físicas o verbales y que cuando dañan a personas u objetos son destructivas (Lochman, White y Wayland, 1991).

Es muy importante saber que la agresión hasta cierto punto es normal en los niños, pero también es muy importante saber que para que los niños sean adultos socializados tienen que abandonar cierta agresión y aprender nuevos modos de expresión. Este tipo de conductas agresivas normales se consideran anormales cuando se prolongan por demasiado tiempo, cuando sobrepasan ciertos límites o cuando se convierten en una lucha entre padres e hijos por el control de la situación. Cuando la agresión es excepcionalmente severa, frecuente y/o crónica, se convierte en un indicativo de psicopatología.

Los niños con un alto nivel de conducta agresiva frecuentemente son diagnosticados como niños que tienen desordenes de la conducta o Trastorno de Negativismo Desafiante. El tipo de agresión que se manifiesta en el TND es la agresión pasivo agresiva, que es aquella escogida por el niño para enfrentarse a la hostilidad hacia las figuras de autoridad tales como los maestros y los padres. Según la interpretación psicodinámica el niño pasivo agresivo considera comúnmente a los padres y a los maestros como injustos o tiránicos y se ve a sí mismo como objeto de abuso de quienes tienen el control.

Debido a las prácticas duras y represivas por parte de los padres en los comienzos de su vida este niño llega a temer las represalias por cualquier expresión directa de sus sentimientos negativos hacia las figuras de autoridad.

Así, en contraste con el niño que se dedica a la agresión abierta mediante conductas tales como el golpear, arrebatar, tirar y destruir, el individuo agresivo pasivo aprende a liberar su ira por medio de maniobras mas encubiertas. Así, por ejemplo, las explosiones de ira ceden su lugar a la testarudez, el enfado y los malos gestos, y las realizaciones productivas que son valoradas por las personas con autoridad ceden su lugar a la haraganería, demoras, la ineficiencia y el obstruccionismo en la clase. El bajo desempeño académico, junto con el conformismo al pie de la letra de las reglas, pero sin estar realmente convencido sirve como acto agresivo contra quienes tratan de dominarlo. El niño, se resiste a la autoridad del maestro llevando habitualmente el libro equivocado a clase, olvidando las tareas en su casa, sacando innecesariamente punta a los lápices cuando debe de estar trabajando, olvidándose de escribir las tareas, pasando por alto ciertas partes de las lecciones e interrumpiendo su trabajo para ir al baño. Estos niños desean tener libertad y resenten que les digan lo que deben hacer o que otros les exijan algo (Clarizio & McCoy, 1981). Es por esto, que se piensa que este tipo de agresión es la que se presenta en el TND ya que en este trastorno los niños no manifiestan abiertamente su agresión sino que lo hacen en forma pasiva y encubierta por lo que aparentemente ellos no tienen la culpa de sus propios errores sino que culpan a los demás de los mismos, molestándolos deliberadamente sin agredirlos abiertamente.

Con respecto a los otros tipos de agresión tenemos en un extremo a los niños que son sumisos hasta el punto en que aparentemente invitan a otros a que abusen de ellos; y debido a su pasividad estos niños son explotados, desdeñados o victimados; con frecuencia los rechazan sus compañeros ya que ven en ellos poco o nada que merezca interés o respeto. Durante los años de la escuela primaria su pasividad conduce a la timidez en situaciones sociales, a

evitar los deportes y a retraerse de los grupos de pares (Cairns, Cairns, Neckerman, Ferguson, & Garipey, 1989).

Estos niños tienen dificultades para afirmar sus derechos legítimos y con frecuencia tienen sentimientos poderosos de resentimiento en lugar de tratar de obtener satisfacción en sus quejas justificadas. En vez de responder agresivamente a los ataques experimentan sentimientos de temor, auto desprecio o pena. Estos niños por lo general viven en constante tensión ya que no pueden mantener firmemente sus derechos.

En el otro extremo están los niños que son sumamente agresivos tanto física como verbalmente y que son incapaces de controlar dicha agresión o de manifestarla en forma positiva. Aunque la restricción de los padres en combinación con la hostilidad produce en forma bastante común problemas aparentemente neuróticos en los niños, la combinación de la tolerancia y la hostilidad de los padres se descubre comúnmente en los casos de agresión máxima y mayor delincuencia (Cairns, Cairns, Neckerman, Ferguson, & Garipey, 1989). En otras palabras, el nivel más alto de conducta agresiva se produce cuando el niño se ve sometido persistentemente a condiciones que fomentan sentimientos de hostilidad en él y que al mismo tiempo no impiden límites a su conducta de actuación, al expresar su hostilidad. Los niños que presentan este tipo de agresividad abierta son los que comúnmente se diagnostican dentro de la categoría de trastornos de conducta, en los cuales la manifestación de la agresión es abierta. La sintomatología esencial de este trastorno consiste en un patrón persistente de conducta en el que se violan los derechos básicos de los demás y las normas sociales apropiadas a la edad. Este patrón de conducta se da en la casa, en la escuela, con los compañeros o en la comunidad. Los problemas de conducta en este trastorno son más importantes que en el Negativismo Desafiante. La agresión física es bastante frecuente. Los niños o adolescentes que sufren este trastorno inician la agresión y pueden ser físicamente crueles con otra gente ó con los animales y con frecuencia destruyen en forma deliberada la propiedad de los demás. Estos niños pueden implicarse en robos o atracos en los que hay confrontación con la víctima, ó

bien pueden dedicarse a la extorsión, el chantaje o el asalto a mano armada. En las edades más avanzadas la violencia física puede tomar la forma de violación, asalto y en raros casos homicidio. El robo encubierto es frecuente, el cual puede ir desde tomar prestadas las cosas de los demás hasta el robo en tiendas, falsificación de firmas, violación de viviendas, edificios o coches para entrar a robar. Las mentiras y las trampas en los juegos y actividades académicas son constantes; los más jóvenes frecuentemente se escapan de la casa (American Psychiatry Association, 1988, pp. 69).

En el DSM IV TR, el Trastorno de Conducta se clasifica como Trastorno Disocial. Este trastorno provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. Puede presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad. Los niños ó adolescentes con este trastorno suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros. Pueden desplegar un comportamiento fanfarrón o intimidatorio; iniciar peleas físicas frecuentes, utilizar un arma que puede provocar daño físico grave (por ejemplo: ladrillos, botellas rotas, navajas o pistolas); ser cruel físicamente con personas o animales, robar enfrentándose a una víctima (por ejemplo: ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión o robo a mano armada); o forzar a otro a una actividad sexual. La violencia física puede adoptar la forma de violación, asalto o en raros casos homicidio. (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118).

La destrucción deliberada de la propiedad puede incluir prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves o destruir deliberadamente la propiedad de otras personas de distintos modos (por ejemplo: romper vidrios de automóviles, vandalismo en la escuela).

Los fraudes o robos son frecuentes y pueden incluir el violentar la casa o el automóvil de otra persona; a menudo los sujetos mienten o rompen promesas con el fin de obtener bienes o favores, o evitar deudas u obligaciones; o roban objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. Ej. robos en tiendas o falsificaciones).

Los sujetos que presentan este trastorno incurren también en violaciones graves de las normas (p. Ej. escolares, familiares). Los niños con este trastorno y antes de los trece años de edad, permanecen fuera de casa en horas nocturnas a pesar de las prohibiciones de sus padres. Pueden existir fugas de casa durante la noche. Para que sea considerado como síntoma de Trastorno Disocial, la fuga debe haber ocurrido por lo menos dos veces. Los episodios de fuga que ocurren como consecuencia directa de abuso físico o sexual no se califican directamente en este criterio. Los niños con este trastorno pueden hacer novillos en la escuela con frecuencia, iniciándolos antes de los trece años de edad. En sujetos mayores, este comportamiento se manifiesta con frecuencia con ausencias del trabajo sin razones que lo justifiquen.(American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118)

1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA.

El termino "Trastorno Conductual" ha sido utilizado para designar a los niños y adolescentes que han cometido una multitud de infracciones mas o menos graves y que muestran un sin fin de signos y síntomas neuropsiquiátricos mas o menos graves. Por definición se refiere a las personas jóvenes que han mostrado una pauta de conducta repetitiva y persistente en la que se violan los derechos básicos de los demás o las principales normas sociales apropiadas a la edad. Las travesuras ordinarias y las diabluras infantiles y del adolescente no se incluyen en esta categoría (Cicchetti & Richters, 1993).

Las características clínicas que mas adelante veremos de los trastornos de conducta siguen un curso de desarrollo. También se han observado diferencias entre sexos. Durante los años preescolares, la agresión en contra de otros niños en la casa y particularmente en la escuela es probable que sea el síntoma conductual más importante. Además, algunos niños en edad preescolar pueden ser deliberadamente destructivos en el hogar. En el rango de edad preescolar se pueden presentar berrinches, obstinación, desafío y comportamiento oposicionista así como síntomas de falta de atención, falta de control de impulsos y actividad motora, los cuales pueden ser parte de un Trastorno por Déficit de la Atención, Hiperactividad (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991).

En el rango de edad escolar, la sintomatología conductual mas común es el comportamiento agresivo hacia otros niños y en algunos casos hacia los padres y otros adultos así como la agresión verbal. Así mismo en esta puede aparecer por primera vez una crueldad deliberada hacia los demás y hacia los animales. De igual manera pueden empezar a aparecer robos tanto dentro como fuera de la casa ya sea en forma individual o en compañía de otros niños delincuentes, esta última es mas común durante la adolescencia. El robo frecuente se acompaña de mentiras, especialmente en el hogar cuando los padres se dan cuenta de que algo falta y le preguntan a su hijo/a si ellos lo tomaron. Por lo

general el propósito de mentir es para evitar consecuencias desagradables, por lo que muchas veces inventan toda una historia alrededor de lo sucedido (Anderson, Williams, Mc Gee & Silva, 1987)

Otros síntomas observados durante la edad escolar son la conducta disruptiva dentro del salón de clases, el rompimiento de reglas y el aventar las cosas. Algunos niños pueden empezar a presentar ausentismo de la escuela durante esta edad, pero esto es generalmente mas común durante la adolescencia, Aunque a esta edad es poco común, también pueden empezar a prender fuego.

Durante la adolescencia, las agresiones físicas se vuelven menos comunes, pero pueden volverse mas serias, especialmente si el niño forma parte de una pandilla. Algunos adolescentes son altamente agresivos y esta agresión toma la forma de periodos intermitentes de descontrol episódico. Los síntomas más comunes durante esta edad son el robo, daño a la propiedad ajena y vandalismo. También pueden formar parte de este síndrome antisocial el abuso de sustancias y la promiscuidad sexual (Block, 1995).

Algunos investigadores han sugerido que los niños en general, presentan mayor comportamiento antisocial que las niñas; además la edad de inicio del trastorno es mas temprana en los niños que en las niñas (entre los ocho y diez años en los niños y entre los catorce y dieciséis año en las niñas). En los niños el síntoma más importante es la agresión mientras que el síntoma más importante en las niñas es la promiscuidad sexual (Costello & Angold, 1993). El DSM III R sugiere que las subclasificaciones presentadas en el mismo indican que hay diferencias fenomenológicas importantes entre los subgrupos y, por implicación estos subgrupos difieren en otras áreas que no son las características que los definen. Estas áreas son: pronóstico, respuesta al tratamiento y posiblemente la etiología (Kaplan y Sadock, 1991).

El DSM IV TR establece que el Trastorno Disocial, es mucho más frecuente en hombres. Las diferencias entre sexos también se observan en tipos específicos de problemas de comportamiento. Los hombres con diagnóstico de Trastorno

Disocial incurren frecuentemente en robos, peleas, vandalismo y problemas de disciplina escolar. Las mujeres con diagnóstico de Trastorno Disocial propenden a incurrir en mentiras, ausentismo escolar, fugas, consumo de tóxicos y prostitución. Mientras que la agresión que implica un enfrentamiento pasional suele ser más desplegada por hombres, las mujeres tienden a practicar más comportamientos que no entrañan confrontación (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118).

Según el DSM III el trastorno conductual se divide en cuatro subtipos: 1. infrasocializado agresivo, 2. infrasocializado no agresivo, 3. socializado agresivo y 4. socializado no agresivo. En este manual, la principal diferencia fenomenológica, es entre el comportamiento agresivo y el comportamiento no agresivo. Los criterios específicos en el DSM III para los subtipos agresivos incluyen violencia física contra personas o propiedades, robos fuera del hogar que involucren confrontación con la víctima, prender fuego, ataques, asaltos, vandalismo, violaciones, robo a mano armada y extorsión. El comportamiento no agresivo es descrito en términos de síntomas tales como robar sin confrontación con la víctima, persistentes mentiras serias, escaparse repetidamente de casa durante la noche y violación crónica de las reglas apropiadas para su edad, ya sea en la casa o en la escuela así como faltar a clases y abuso de sustancias. Algunos de estos síntomas pueden ser descritos como abiertos contra encubiertos, más que agresivos contra no agresivos (Cantwell D., citado en Kaplan y Sadock, 1991) y (Dodge & Coie, 1987).

De la misma manera el DSM III reconoce los tipos de trastorno de conducta infrasocializado y socializado. Para ser considerado como socializado, el niño con trastorno de conducta ya sea agresivo o no agresivo tiene que mostrar evidencia de cercanía o lazos sociales con otras personas, esto se debe demostrar por lo menos en dos de los siguientes comportamientos específicos: relación amistosa con uno o más compañeros de grupo que haya durado más de seis meses, extenderse hacia los demás no para obtener una ventaja personal, sentimientos apropiados de culpa o remordimiento, evitar culpar o dar información acerca de los demás y mostrar preocupación por el bienestar de los

demás. La conducta infrasocializada no puede mostrar mas de uno de los cinco comportamientos anteriormente descritos .

La descripción general clínica de los trastornos de conducta en el DSM III R es similar a la del DSM III, siendo la característica esencial un patrón persistente de comportamiento que viola tanto los derechos básicos de los demás como las principales normas y reglas de la sociedad que son apropiadas para su edad. Este patrón de comportamiento por lo general se presenta en distintas situaciones que incluyen el hogar, la escuela, la comunidad y el grupo de compañeros (Esterbrooks, Davidson & Chazan, 1993). Los síntomas concomitantes incluyen, el inicio de la agresión física, la crueldad física hacia personas y animales, la destrucción de la propiedad, el prender fuego y el robo (que puede ser abierto o encubierto, incluyendo confrontación con la víctima). Cuando el trastorno de conducta se manifiesta en edades mayores, la violencia física puede incluir violación, asalto y raramente homicidio. La trampa y la mentira en los juegos en la escuela son comportamientos encubiertos muy comunes; escaparse de la escuela y de la casa también son síntomas comunes (Block, 1995).

El subtipo grupal, en el DSM III R, esta caracterizado por la ocurrencia de problemas conductuales como una actividad grupal con compañeros. El subtipo agresivo solitario esta caracterizado por la predominancia de comportamiento físicamente agresivo dirigido hacia adultos o hacia sus mismos compañeros y es iniciado por el individuo, no como una actividad de grupo. El subtipo indiferenciado es para aquellos individuos que cumplen con el criterio general para trastornos de conducta pero que tienen una mezcla de características clínicas que no se pueden clasificar ni en el subtipo grupal ni en el agresivo solitario. El DSM III R sugiere que el subtipo agresivo solitario corresponde mas o menos al subtipo infrasocializado agresivo descrito en el DSM III (Cantwell, D. citado por Kaplan y Sadock, 1991).

Los niños con trastorno de la conducta de tipo agresivo solitario hacen poco esfuerzo por ocultar su comportamiento antisocial; estos individuos por lo

general se encuentran aislados socialmente. El DSM III R sugiere que el trastorno de conducta de tipo grupal es más común y más o menos corresponde al trastorno de conducta socializado no agresivo descrito en el DSM III. El subtipo grupal descrito en el DSM III R incluye la agresión física que puede estar presente como una manifestación clínica. Estos niños presentan lealtad hacia compañeros de su grupo en contraste con los niños del subtipo solitario agresivo. A pesar de que en el DSM III R, el trastorno de conducta tipo indiferenciado está considerado como una categoría residual, sugiere que este subtipo puede ser más común que cualquiera de los dos subtipos específicamente definidos. El DSM IV TR describe que los sujetos con Trastorno Disocial pueden tener escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros. Especialmente, en situaciones ambiguas, los sujetos agresivos afectados de este trastorno frecuentemente perciben mal las intenciones de los otros, interpretándolas como más hostiles y amenazadoras de lo que son en realidad, respondiendo con agresiones que en tal caso consideran razonables y justificadas (DSM IV TR). Pueden ser insensibles, careciendo de sentimientos apropiados de culpa y remordimiento. En muchas ocasiones, los sujetos con este trastorno pueden estar dispuestos a dar información acerca de sus compañeros e intentar acusar a otros de sus propios actos (Loeber, Wung, Keenan, giroux, Stouthamer-Loeber, Van Kammen, & Maughan, 1993).

La autoestima en los sujetos que presentan este trastorno, por lo general es baja, tienen escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos emocionales y conductas de imprudencia (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115.118).

Los subtipos de trastorno de conducta descritos tanto en el DSM III como en el DSM III R contrastan con los subtipos descritos en el ICD - 9 que son trastornos de la conducta y de las emociones, y estos subtipos son: infrasocializado, socializado, compulsivo y mixto. Las características del subtipo infrasocializado son: desafío, desobediencia, peleas, agresión, comportamiento destructivo, robo, mentiras y relaciones trastornadas con los demás. Es posible que algunos

de estos síntomas correspondan al cuadro de Negativismo desafiante descrito en el DSM III R (Frick, Lahey, Loeber, Tannenbaum, Van Horn, Christ, Hart, & Hanson, 1993).

El subtipo socializado se define por síntomas que están asociados con un grupo de compañeros delincuente hacia quienes el individuo manifiesta lealtad y con quienes roba, falta a clases y desempeña otros comportamientos antisociales. Así que la dicotomía agresiva-no agresiva, no entra en el ICD-9 y el tipo socializado grupal se define por un comportamiento delincuente en compañía de su grupo (French, 1988).

El trastorno de conducta compulsivo es definido por un comportamiento antisocial que es en naturaleza compulsivo (por ejemplo, la cleptomanía). El subtipo de trastorno de conducta mixto puede ser cualquiera de los subtipos, acompañado por algunas manifestaciones emocionales tales como ansiedad, sintomatología depresiva o comportamientos obsesivos. Además de las características que definen a los trastornos de conducta, es común que se observen algunos síntomas asociados tales como actividad sexual precoz, culpar a otros de las propias dificultades, baja autoestima, fumar, beber, abusar de las sustancias, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, berrinches, así como comportamiento imprudente (American Psychiatry Association, 1988, pp. 69).

Otros problemas comúnmente asociados a los trastornos de conducta según el ICD - 9 son retraso escolar, diagnóstico de Trastorno por Déficit de la Atención y trastornos específicos del desarrollo; también es muy común que estos niños presenten problemas en sus relaciones interpersonales en el hogar y en su ambiente psicosocial en general (Goodman & Kohisdorf, 1994).

Los adolescentes remitidos a evaluación psiquiátrica por conducta antisocial rara vez parecen tener una alteración psiquiátrica esencial en el momento de la consulta, que suele tener lugar durante la adolescencia temprana o intermedia. Sin embargo, a menudo tienen una historia de conductas desadaptadas que se

remonta a la primera niñez donde pueden haber estado hospitalizados o haberse sometido a algún tratamiento antes de la adolescencia; así parecen haber estado más gravemente trastornados durante la niñez que durante la adolescencia. Es posible que las manifestaciones de su alteración hayan cambiado realmente durante la adolescencia o probablemente las mismas conductas intratables que fueron reconocidas en la niñez como prueba de una psicopatología grave, fueron interpretadas en la adolescencia como meramente antisociales. El temprano inicio de los problemas conductuales ha sido considerado especialmente característico de los niños antisociales. Además, muchos trastornos de la niñez y la adolescencia que van desde los problemas de atención a los problemas del estado de ánimo y la psicosis pueden manifestarse primero en la niñez como problemas conductuales. La enuresis, la conducta incendiaria y la crueldad con animales síntomas anteriormente supuestos como especialmente característicos de los niños antisociales, tienen una alta probabilidad de presentarse en niños con otros problemas psiquiátricos, que van desde el retraso hasta la psicosis y no son patognomónicos de los trastornos de conducta (Hinshaw, 1994).

Las condiciones bajo las cuales tienen lugar las entrevistas psiquiátricas con niños antisociales rara vez son óptimas, dado el hecho de que las evaluaciones suelen ser solicitadas por la escuela o los tribunales y no están iniciadas por los propios jóvenes y sus familias. La consiguiente defensiva inicial del niño, su hosquedad o exagerada brusquedad suelen explicar su aparente falta de empatía y culpa. Con tiempo y una genuina sensación de aceptación la mayoría de los jóvenes se relajan y relacionan de forma más sensible. Incluso los niños que han cometido actos extremadamente violentos y parecen no haber tenido al principio remordimiento alguno, pueden expresar posteriormente su shock e intenso pesar por sus actos. De hecho, los niños que con el tiempo mantienen una actitud de auto convicción y desprecio por sus víctimas, a menudo resultan ser extremadamente paranoides y siguen estando totalmente convencidos de que sus conductas eran necesarias para protegerse o que la víctima propició el ataque.

De forma similar, durante entrevistas relativamente breves, incluso los jóvenes gravemente alterados pueden parecer coherentes, lógicos e inteligentes. Con el suficiente tiempo y libertad para extenderse en ideas y explicaciones, el niño gravemente antisocial suele evidenciar formas de respuestas divagantes, concretas e idiosincrasia que sugieren procesos de pensamiento mas trastornados de lo que se supuso al principio (Kazdin, 1987).

Los niños remitidos a consulta principalmente por actos antisociales no suelen parecer psicóticos. Sin embargo, cuanto más graves y violentos sean sus actos, más probable es que hayan experimentado alguna sintomatología psicótica grave. No solo pueden haber supuesto en ocasiones que una voz les hablaba sino que pueden haber percibido erróneamente o alucinado voces que les criticaban o se reían de ellos y de sus familiares. Muchos actos agresivos repentinos tienen lugar en respuesta a este tipo de percepciones erróneas. La mayoría de los adolescentes procedentes de grupos minoritarios no alucinan. En el caso de los adolescentes delincuentes de grupos minoritarios, los clínicos corren el riesgo de pasar por alto los síntomas de sicopatología grave como experiencias culturalmente apropiadas en su esfuerzo por parecer no sesgadas (Hinshaw, 1994).

La ideación suicida e incluso los intentos de suicidio son tan comunes en las historias de los individuos antisociales, jóvenes y mayores, que en ocasiones esta conducta ha sido considerada una de las características del trastorno de la conducta en los niños y de la personalidad antisocial en los adultos. La frecuencia de los suicidios consumados en las prisiones prueba el hecho de que estas conductas supusieron un extremo dolor psicológico y que la depresión grave puede ir asociada en ocasiones a conductas desadaptadas. Dado que el alcoholismo es un trastorno común en los padres de niños antisociales y que el alcoholismo y la depresión suelen ir asociados entre sí, es razonable sospechar que muchos niños antisociales son vulnerables a trastornos depresivos genuinos que a menudo resultan ensombrecidos por las conductas antisociales del niño (Laviets R., citada en Kaplan y Sadock, 1991).

Sin embargo, el alcoholismo paterno puede ser el signo mas obvio de psicosis paterna y puede no ser específico de la depresión o sociopatía. El hallazgo de que el padre o familiar próximo de un niño delincuente ha estado hospitalizado en un psiquiátrico puede indicar un trastorno esquizofrénico no reconocido hasta entonces, un diagnostico con posibles implicaciones para la comprensión psicodinámica y biológica de la conducta desadaptada del niño antisocial (Richlers & Cicchetti, 1993).

1.2.1 CARACTERÍSTICAS PSICOEDUCATIVAS.

Igual que los niños conductualmente desadaptados, los niños con Trastorno de Conducta suelen estar en el límite de diversos trastornos psiquiátricos, a menudo están intelectual y académicamente en el límite del funcionamiento normal. Rara vez tienen un retraso grave, pero su inteligencia esta a menudo en el extremo inferior de lo normal. Aunque en muchos casos la privación educativa puede explicar un bajo rendimiento en las pruebas de inteligencia, la tendencia a considerar a todos los delincuentes con CI entre 70 y 80 simplemente sujetos culturalmente privados, puede privar a estos muchachos de los servicios especiales que necesitan (Otrnow, Lewis citado en Kaplan y Sadock, 1991). Así mismo Hinshaw (1992) ha observado que existe una correlación entre el bajo rendimiento académico y los problemas y trastornos de conducta, siendo que los niños conductualmente desadaptados se encuentran por lo general en el límite del funcionamiento normal o por debajo del mismo.

Las puntuaciones en ciertos subtests de la escala de Wechsler de inteligencia infantil, como diseño con cubos y claves, son significativamente mas bajas que las de otros subtests y sugieren que algunos problemas perceptivos o perceptivo motores pueden estar contribuyendo a la desadaptación. Asimismo, muchos delincuentes extremadamente agresivos cuya agresividad es un reflejo de una orientación paranoide pueden tener una puntuación significativamente

mayor en la prueba de completamiento de figuras que en otras, lo que refleja su hipervigilancia (Otnow Lewis, citado en Kaplan y Sadock, 1991).

1.2.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS.

Así como es raro encontrar un delincuente abiertamente psicótico también lo es encontrar uno con obvia alteración neurológica. Los niños con una psicopatología crónica obvia o una neuropatología son atendidos al comienzo de su vida y quizá la misma atención que reciben unida a sus evidentes incapacidades inhibe la conducta antisocial. Sin embargo, los niños antisociales muestran a menudo una diversidad de signos neurológicos que nunca se ha pensado que padecen. Cuanto mas gravemente antisociales sean los niños, o sea mas crónicamente agresivos, mas probabilidades tienen de padecer una alteración neurológica identificable (Lahey, Hart, Pliszka, Applegate, & Mc.Burnett, 1993).

La parte mas importante de la evaluación neurológica es la historia médica y la evaluación del estado mental. Las historias médicas de los niños antisociales revelan que estos niños tienen un extraordinario número de accidentes, lesiones y enfermedades. Las caídas de lugares elevados, los accidentes de coche y los traumatismos craneales por peleas o golpes son mas comunes en la población delictiva que en la población general. Aunque es relativamente raro que los niños delincuentes sufran en la adolescencia una epilepsia de gran mal, pueden tener una historia de crisis convulsivas en la lactancia o primera infancia. Los problemas actuales pueden incluir vértigo, cefaleas reales, lagunas reales o mareos. Estos tipos de episodios pueden tener lugar solo cuando los adolescentes están bajo la influencia de drogas o alcohol (McBurnett, K, and Lahey, B.B., 1994).

Es común descubrir que los jóvenes reiteradamente agresivos muestran los llamados signos neurológicos leves o menores como movimientos coreiformes, incapacidad de brincar, mala coordinación o memoria a corto plazo alterada.

Tienen muchas probabilidades de tener dificultad en el control de impulsos y una vez que empiezan tienen dificultad en dejar de pelear (Lewis, O. citado en Kaplan y Sadock, 1991; Lewis, Yeager, Cobham-Portorreal, Klein, Showalter, & Anthony, 1991).

1.3 DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL TRASTORNO DE NEGATIVISMO DESAFIANTE.

El DSM III R y DSM IV enfatizan que el patrón característico de conducta en los niños con Trastorno de Negativismo Desafiante (TND) es que estos niños son negativistas, hostiles y desafiantes. Este tipo de conductas están por debajo del nivel de las violaciones más serias de los derechos básicos de los demás, lo cual se observa en los trastornos de conducta, pero están por arriba del nivel de los comportamientos oposicionistas normales que se pueden observar en ciertos periodos del desarrollo, como podrían ser el comportamiento oposicionista observado entre los 18 y los 36 meses de edad y cierta rebeldía que es normal como parte de la adolescencia (Loeber, Wung, Keenan, Giroux, Stouthamer-Loeber, Van Kammen, & Maughan, 1993).

La característica esencial del Trastorno Negativista Desafiante es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses (Criterio A) y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos: accesos de cólera (Criterio A1), discusiones con adultos (Criterio A2), desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos (Criterio A3), llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas (Criterio A4), acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento (Criterio A5), ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros (Criterio A6), mostrarse iracundo y resentido (Criterio A7) o ser rencoroso o vengativo (Criterio A8) (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118).

Para calificar el Trastorno Negativista Desafiante, los comportamientos deben aparecer con más frecuencia de la típicamente observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, y deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral (Criterio B). No se establece el diagnóstico si el trastorno del comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo (Criterio C), o si se cumplen criterios de trastorno disocial o de trastorno antisocial de la personalidad (en un sujeto mayor de 18 años).

Los comportamientos negativistas y desafiantes se expresan por terquedad persistente, resistencia a las órdenes y renuencia a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos, usualmente ignorando órdenes, discutiendo o no aceptando el ser acusado por los propios actos. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los compañeros y se manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agrediendo verbalmente (normalmente, sin las agresiones físicas más serias que se observan en el Trastorno Disocial). El trastorno se manifiesta casi invariablemente en el ambiente familiar, pudiendo no ponerse de manifiesto en la escuela ni en la comunidad. Los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a quienes el sujeto conoce bien, y, por lo tanto, pueden no manifestarse durante la exploración clínica. Normalmente los sujetos con este trastorno no se consideran a sí mismos negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias no razonables.

Los niños con TND tienen problemas para controlar su temperamento, con frecuencia maldicen o dicen groserías, a menudo discuten y son descritos como enojados, rencorosos, resentidos, sensibles y como niños que se enojan fácilmente con los demás y pueden ser descritos por otros niños como malos o peleoneros (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118).

Cuando los niños con Trastorno por Déficit de la Atención, Hiperactividad fracasan al llevar a cabo las peticiones de los adultos frecuentemente es porque olvidaron o no entendieron bien la instrucción. En cambio los niños con TND, activamente desafían a los adultos y deliberadamente molestan a otros individuos. Por lo general, el comportamiento oposicionista y desafiante ocurre con los padres y con otros adultos con quien el niño está mas familiarizado y tiene mayor contacto. Asimismo, los problemas ocurren mas frecuentemente con los propios hermanos o con otros niños a quien el niño con el trastorno conoce muy bien (Kaplan y Sadock, 1991; Caspi, Moffit, 1995).

El síntoma focal en el Negativismo Desafiante es la agresión y esta puede evidenciarse de diversas formas en diferentes ocasiones. Cuando la agresión se expresa en forma indirecta o pasiva, los síntomas de obstinación, falta de resolución, desobediencia, descuido, negativismo, holgazanería, provocación, resistencia al cambio, bloqueo de la comunicación de los demás y resistencia a la autoridad pasan a un primer plano. La enuresis, encopresis, mutismo electivo, fuga, evitación escolar, bajo rendimiento escolar, problemas de comida y sueño pueden ser las principales quejas. En cambio, cuando la agresión es abierta, las manifestaciones mas ostensibles son la pugna, molestia continua a los demás y rabieta. No son típicas las peleas manifiestas y la conducta delictiva (Sulker, 1994).

El opositivismo crónico interfiere casi siempre en las relaciones interpersonales y el rendimiento escolar. Estos niños suelen carecer de amigos, percibiendo las relaciones humanas como algo insatisfactorio.

A pesar de unas capacidades adecuadas, tienen un mal rendimiento escolar, pues rechazan la participación, se resisten a las demandas externas y necesitan resolver los problemas sin ayuda de los demás. El resultado puede ser el atraso escolar. Su auto imagen es pobre, basada en las relaciones negativas mas que en estándares positivos y son patentes sus sentimientos de

depresión e inadecuación. El fracaso social y académico refuerza el auto desprecio.

En algunos niños el negativismo puede estar enfocado a un área, como no comer o comer en exceso. En otros casos, es una pauta de personalidad difusa que cubre todos los aspectos de las relaciones interpersonales. (Kaplan y Sadock, 1991)

1.3.1 CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE NEGATIVISMO DESAFIANTE Y DIFERENCIA ENTRE LOS CRITERIOS DEL DSM III R Y EL DSM IV TR.

El Trastorno de Negativismo Desafiante fue clasificado por primera vez en 1980 por el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III en el cual se denominó "Negativismo" y fue categorizado dentro de los desordenes de la infancia, niñez y adolescencia.

Cantwell (1989), menciona que el DSM III R lo renombró Trastorno de Negativismo desafiante, siendo parte de un grupo llamado "Desordenes de la Conducta Disruptiva" que incluye los Desordenes de Conducta y el Trastorno por Déficit de la Atención, Hiperactividad (Kaplan y Sadock, 1991).

Sin embargo, antes de estas clasificaciones no se había hablado del Negativismo Desafiante ni siquiera en el DSM I o el DSM II y, por lo tanto no era considerado como una entidad patológica independiente. Normalmente los niños con dicho trastorno eran diagnosticados como niños con desorden de conducta pasivo agresivo.

La diferencia principal en la descripción del trastorno entre el DSM III, el DSM III R y el DSM IV TR radica en los criterios que ambos establecen para su diagnóstico. El DSM III establece cuatro criterios principales: El primero es un

criterio fenomenológico que establece una conducta de oposición hacia las figuras de autoridad manifestado por hostilidad, conducta negativista y oposición provocativa que se presenta por lo menos durante seis meses. Síntomas fenomenológicos mayores son violaciones de reglas menores, berrinches temperamentales, argumentatividad, conducta desafiante, de los cuales dos tienen que estar presentes por lo menos durante seis meses. El segundo es un criterio de exclusión, el cual dice que el desorden no puede ser secundario a, o parte de otro desorden tales como el desorden de la conducta, el trastorno por déficit de la atención, los trastornos generalizados del desarrollo y otros. El tercero es un criterio de edad, el cual dice que se presenta después de los tres años y antes de los dieciocho. El cuarto es el criterio de no violación a los derechos básicos de los demás ni a las reglas sociales propias de la edad.

El DSM III R da una definición mas dimensional y aunque establece como criterio una duración de los síntomas de por lo menos seis meses, cita nueve criterios de los cuales por lo menos cinco deben presentarse. Estos nueve criterios son:

1. Perdida de control de temperamento
2. Argumentación con los adultos.
3. Negación y desafío de las reglas y peticiones de los adultos.
4. Hacer deliberadamente cosas que molesten a los demás.
5. Enojarse y resentirse con frecuencia.
6. A menudo es susceptible y se molesta fácilmente con los demás.
7. A menudo esta colérico y resentido.
8. A menudo es rencoroso.
9. A menudo reniega o dice groserías.

B) No cumple los criterios para el Trastorno de Conducta y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, una distimia o un episodio depresivo mayor, hipomaniaco o maniaco (American Psychiatry Association, 1988, pp. 69).

El DSM III R asimismo especifica que estos síntomas no pueden ser parte ni presentarse al mismo tiempo que otros trastornos (American Psychiatry Association, 1988, pp. 69).

El DSM IV TR establece cuatro criterios principales. En el primero de ellos también indica como criterio de diagnóstico, una duración de los síntomas de por lo menos seis meses.

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (ó 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 ó rehúsa cumplir sus demandas
- (4) A menudo molesta deliberadamente a otras personas
- (5) A menudo acusa a otros de sus errores ó mal comportamiento
- (6) A menudo es susceptible ó fácilmente molestado por otros
- (7) A menudo es colérico y resentido
- (8) A menudo es rencoroso o vengativo

Nota: considerar que se cumple un criterio, sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

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

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

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

Para calificar como presentes alguno de los criterios anteriormente mencionados, el DSM IV TR especifica que es necesario que el comportamiento se presente con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables. El segundo criterio indica que el Trastorno Negativista Desafiante provoca un deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral. El tercer criterio indica que los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo. El cuarto es un criterio de exclusión, el cual indica que el trastorno en cuestión debe diagnosticarse únicamente si el individuo no cumple con los criterios del Trastorno Disocial y si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco cumple con los criterios del Trastorno Antisocial de la Personalidad. (American Psychiatry Association, 2001, pp.115-118).

En conclusión se puede decir que el diagnóstico del TND, aunque ya existía, no se había categorizado como una patología independiente a la de los trastornos de conducta hasta la aparición del DSM IV. Sin embargo, aún así ambos trastornos presentan síntomas similares, por lo que se puede prestar a confusión en su diagnóstico y en su descripción. Por lo tanto a continuación se dará una breve descripción clínica de las características sintomatológicas de los trastornos de conducta como para que de esta manera nos sea mas fácil diferenciar estos trastornos del TND.

1.3 SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA.

Los síntomas y trastornos asociados, varían en función de la edad del sujeto y de la gravedad del trastorno. Se ha observado que en los varones el trastorno es más prevalente entre quienes, durante los años escolares, tienen

temperamentos problemáticos (por ejemplo: reactividad elevada, dificultad para tranquilizarse) ó una gran actividad motora. Durante los años escolares, puede haber baja autoestima, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, utilización de palabras soeces y un consumo precoz de alcohol, tabaco ó sustancias ilegales. Son frecuentes los conflictos con padres, profesores y compañeros. Puede establecerse un círculo vicioso en que el padre y el hijo pongan de manifiesto lo peor de cada uno. El Trastorno Negativista Desafiante es más prevalente en familias donde los cuidados del niño quedan perturbados por la sucesión de distintos cuidadores ó en familias en que las prácticas educativas son duras, incoherentes ó negligentes. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es común en niños con trastorno negativista desafiante. Los trastornos del aprendizaje y los trastornos de la comunicación también tienden a asociarse a este trastorno. (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118).

1.4 SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA EDAD Y DEL SEXO.

Puesto que en los niños preescolares y en los adolescentes, son muy frecuentes comportamientos negativistas transitorios, es preciso ser cautos al establecer el diagnóstico de trastorno negativista desafiante, especialmente durante dichos períodos de desarrollo. El número de síntomas negativistas tiende a incrementarse con la edad. El trastorno es más prevalente en varones que en mujeres antes de la pubertad, pero muy probablemente las tasas se igualan más tarde. Los síntomas suelen ser similares en cada sexo, con la excepción de que los varones pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y sus síntomas ser más persistentes. (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118).

1.5 PREVALENCIA.

Se han hallado tasas de Trastorno Negativista Desafiante situadas entre el 2 y el 16 % en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación. (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118).

Sin embargo, no existen datos exactos de prevalencia del Trastorno de Negativismo Desafiante (TND) de acuerdo a los criterios estrictos de diagnóstico. Sin embargo, se tiene bastante claro el hecho de que los síntomas de este trastorno son relativamente comunes en la población en general (Kaplan y Sadock, 1991). Estos mismos autores mencionan que es muy difícil establecer datos de prevalencia de este trastorno ya que una gran dosis de conducta de oposición es, ó bien normativa para ciertas etapas del desarrollo, como reacción temporal, o son síntomas de un trastorno subyacente. (Kaplan y Sadok, 1991).

En cuanto a la prevalencia según el sexo, un estudio realizado en el norte de Londres con items específicos de este trastorno, demostró que los berrinches se presentan en aproximadamente cinco por ciento de la población y se distribuyen igualmente entre niños y niñas. Aproximadamente once por ciento de la población fueron descritos como "difíciles de controlar", presentándose este síntoma ligeramente , con mayor frecuencia en los niños que en las niñas. Sin embargo, a pesar de que algunos síntomas de oposicionismo son más comunes en los hombres. En la isla de Wight un estudio demostró que algunos síntomas característicos del TND, no demuestran una clara diferencia entre sexos (Kaplan y Sadock, 1991). Por otro lado, en el tratado de psiquiatría, Kaplan y Sadock reportan que aunque se ha considerado alta la frecuencia del trastorno en los varones; trabajos recientes sugieren que en las niñas se diagnostica más a menudo el trastorno por oposición, mientras que los niños

reciben el diagnóstico de trastorno de la conducta, tipo socializado. No se han hallado pautas familiares claras, pero los investigadores informan de una hiperpreocupación paterna por cuestiones de poder, control y autonomía así como muestras de depresión materna. También se han notado conductas de oposición en los familiares de los pacientes con este trastorno.

En otro estudio realizado en la isla de Wight, los investigadores encontraron que los berrinches que ocurren por lo menos una vez a la semana son prevalentes en un cinco por ciento de los niños de diez años, tres por ciento de los de once años y dos y medio por ciento de los de doce años. El comportamiento de pelea estuvo presente en 6.7 % de los niños y 4.4 % de las niñas, la desobediencia se presentó en un tercio de los niños y en 20 % de las niñas y la irritabilidad se presentó en más de un tercio de los niños y en un 28 % de las niñas. Por lo tanto, se puede observar que los items individuales que forman parte del TND son relativamente comunes en la población en general. Sin embargo, todavía no se determina que tan comúnmente estos casos caen dentro de la categoría diagnóstica general de este síndrome (Kaplan y Sadock, 1991).

En cuanto a la prevalencia con respecto a la edad, se ha observado que este trastorno puede evidenciarse en cualquier momento. Generalmente empieza durante los años escolares y se termina de desarrollar hacia el inicio de la adolescencia. Ya que el comportamiento oposicionista como síntoma es relativamente común en los años preescolares, especialmente alrededor de los tres años, se debe tener mucho cuidado en distinguir este comportamiento oposicionista normal de un trastorno. Por lo tanto, la presencia del cuadro clínico de oposicionismo por un período de tiempo prolongado durante los años preescolares sería una sospecha de la presencia del TND.

Diversos estudios han demostrado que la prevalencia del TND es más alta en aquellos niños que han sido referidos a clínicas psiquiátricas, el cual por lo general se presenta junto con algún otro trastorno psiquiátrico (Kaplan y Sadock, 1991). Con respecto a esto, los mismos autores mencionan que los datos sobre la aparición del trastorno antes de su denominación como

diagnóstico oficial son imprecisos. En las poblaciones no clínicas, el negativismo tenía lugar en 4 % de los niños. En una población de 95 adolescentes hospitalizados, 2 % recibieron este diagnóstico; desde que se establecieron en el DSM III criterios más rigurosos para establecer el diagnóstico, se han realizado intentos para determinar la prevalencia de forma más precisa. Se ha hallado que el trastorno por oposición se traslapa con otros trastornos, como por ejemplo, con el trastorno de la conducta, tipo socializado, por lo que están en cuestión, su validez y confiabilidad como diagnóstico (Kaplan y Sadock, 1991).

En conclusión, se puede observar que los datos de prevalencia del TND son sumamente imprecisos y en ocasiones contradictorios por lo que es necesario establecer una clara diferencia entre los trastornos de conducta y el TND así como realizar investigaciones más precisas para poder establecer datos específicos de prevalencia.

1.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El Trastorno de Negativismo Desafiante debe ser diferenciado de los comportamientos oposicionistas normales observados durante el curso normal del desarrollo, tal como se observa entre los 18 y los 36 meses y aquellos comportamientos observados en la fase postpubertal conocida como la rebelión adolescente.

Asimismo, ciertos tipos de comportamientos oposicionistas como síntomas individuales, pueden ser relativamente comunes a cualquier edad. Sin embargo, el trastorno solo debe ser diagnosticado cuando el grupo particular de síntomas que conjugan este trastorno está presente por seis meses de duración como mínimo y causa impedimento funcional. Asimismo, el TND puede presentarse

de manera común en el curso de otros problemas, tales como el Trastorno de Disocial y el DSM III R específicamente establece que este trastorno va a eliminar al TND. Además, el TND también puede ser observado como parte de una esquizofrenia o en trastornos del ánimo, sin embargo el DSM III R establece que cuando se presentan estos diagnósticos no se va a dar el TND como un diagnóstico adicional. Sin embargo, cuando el TND se presenta en trastornos tales como el retraso mental, trastornos cerebrales orgánicos y en particular el trastorno por déficit de la atención, entonces si se pone el TND como un diagnóstico adicional. (American Psychiatry Association, 1988, pp. 69).

Los comportamientos perturbadores de los sujetos con TND son una naturaleza menos grave que las de sujetos con Trastorno Disocial y típicamente no incluyen agresiones hacia personas o animales, destrucción de propiedades ni un patrón de robos o fraudes. Puesto que todas las características del TND suelen estar presentes en el Trastorno Disocial, el TND no se diagnostica si se cumplen criterios del Trastorno Disocial. El Trastorno Negativista es una característica comúnmente asociada a Trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos de niños y adolescentes y no debe ser diagnosticado separadamente si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico. Los comportamientos negativistas también pueden distinguirse del comportamiento perturbador resultante de la desatención y la impulsividad propias del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Cuando co-existen ambos trastornos deben diagnosticarse los dos. En sujetos con retraso mental sólo se establece un diagnóstico de TND cuando el comportamiento negativista es notablemente mayor que el habitualmente observado en sujetos de edad, sexo y gravedad del retraso mental comparables. El TND también debe distinguirse de una incapacidad para seguir normas resultante de una alteración de la comprensión del lenguaje (por ejemplo, pérdida auditiva, Trastorno del Lenguaje Receptivo Expresivo). El comportamiento negativista es una característica típica de ciertos estadios del desarrollo (por ejemplo: primera infancia y adolescencia). Sólo debe considerarse el diagnóstico de TND si los comportamientos en cuestión

aparecen más a menudo y tienen consecuencias más graves que las observadas típicamente en otros sujetos de nivel de desarrollo comparable, conduciendo a deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

La aparición de comportamientos negativistas en la adolescencia puede deberse al proceso de individualización normal. (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118).

1.7 CURSO.

El curso es desconocido. En algunos casos la alteración se desarrolla en el contexto de un trastorno de conducta o de un trastorno del estado de ánimo. (American Psychiatry Association, 1988, pp. 69).

El TND suele ponerse se manifiesto antes de los ocho años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia. Los síntomas negativistas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual y los síntomas suelen mantenerse a lo largo de meses o años. En una proporción significativa de casos, el TND constituye un antecedente evolutivo del Trastorno Disocial. Aunque el Trastorno Disocial, concretamente el de inicio infantil, suele ir precedido por el TND, muchos niños con este último trastorno no presentan posteriormente un Trastorno Disocial. (American Psychiatry Association, 2001, pp. 115-118).

1.8 Pronostico.

No se han realizado estudios de seguimiento en niños diagnosticados con el TND. Sin embargo, algunos estudios previos al DSM III sugieren que el curso del TND es relativamente crónico comparado con el curso de otro tipo de trastornos del comportamiento observados en la infancia, tales como los

trastornos de ansiedad. En muchos casos, como se mencionó anteriormente, el TND evoluciona hacia el diagnóstico de trastorno de conducta.

Algunos estudios sugieren que los casos de trastorno por déficit de la atención, hiperactividad acompañados de un trastorno de negativismo desafiante tienen un pronóstico más negativo que los casos de este trastorno que no presentan TND (Cantwell, citado en Kaplan y Sadock, 1991).

1.9 DIFERENCIA ENTRE EL TND Y PERIODOS NORMALES DE OPOSICIONISMO EN EL NIÑO.

La primera instancia en que se puede presentar este comportamiento negativista normal es alrededor de los once meses cuando el niño quiere empezar a comer por sí solo; la segunda instancia en donde este comportamiento normal se vuelve más intenso es entre el año y medio y los dos años y medio, época durante la cual el niño se comporta de manera negativa como expresión de la independencia que está empezando a adquirir. Así mismo, este comportamiento se puede presentar cuando el niño entra a la escuela y posteriormente durante la etapa de la adolescencia.

Este tipo de conductas normales se vuelven anormales cuando se prolongan por demasiado tiempo o cuando los padres sobre reaccionan a las conductas oposicionistas, ya que a veces lo que empezó en el niño como una manera de autodeterminarse, se puede convertir en una lucha por ver quien obtiene el control de las situaciones (Barkley, Fischer, Edelbrock & Samlisch, 1991).

CAPITULO 2 ETIOLOGIA.

Como en la mayoría de los desordenes en la niñez el Trastorno de Negativismo Desafiante probablemente tiene una etiología multifactorial. Ninguna etiología consistente ha sido demostrada en todos los niños que presentan un diagnóstico de TND (Kaplan y Sadock, 1991). Esto hace que la diferenciación de este desorden con respecto a los desordenes de conducta sea vaga e insuficiente. Así mismo, en la revisión bibliográfica realizada en esta investigación se encontraron pocos estudios específicos sobre la etiología del TND; más bien este fue incluido dentro de los trastornos de conducta. Por lo tanto en la presente investigación se mencionaran tanto los factores etiológicos específicos del TND como los generales del Trastorno de Conducta. (Caspi, A., Moffitt, T. E., 1995)

2.1 FACTORES INDIVIDUALES.

Tanto en los trastornos de conducta como en el TND se ha encontrado que ciertas características temperamentales pueden llevar a la conducta de oposición o a un problema conductual no específico. (Kaplan y Sadock, 1991).

2.1.1 FACTORES PSICOBIOLOGICOS Y TEMPERAMENTALES:

El tipo de niño de temperamento difícil se relaciona cercanamente a la conducta oposicionista. Niños brillantes, creativos y con carácter fuerte tendrán mayores posibilidades de desafiar a la autoridad y mostrarán con más frecuencia bajo ciertas circunstancias un comportamiento oposicionista. (Block, J., 1995)

Lahey y colaboradores en 1993, de acuerdo a sus investigaciones concluyeron que no existe una clara relación entre problemas psicobiológicos tales como los sistemas de neurotransmisores, influencias hormonales, etc., y los trastornos de conducta y oposicionismo. Estos investigadores hacen énfasis, sin embargo en que los factores socio ambientales pueden ser una de las causas de agresión, pero que el efecto de las experiencias agresivas está mediada por una alteración en la actividad neurotransmisora.

Richters y Cicchetti (1993), enfatizan que el comportamiento antisocial, agresivo y de oposición puede en parte originarse de un estilo de vida crónico violento, y señalan que no se puede establecer una clara diferencia entre los factores biológicos y los factores ambientales que causan o favorecen dichos trastornos.

Han surgido algunas teorías en el área médica y fisiológica que se encuentran actualmente en investigación. Entre estas teorías se destacan la de que existe una predisposición hereditaria familiar en el TND; la que puede existir una causa neurológica y la que el TN D puede ser causado por un desbalance químico en el cerebro (New York Hospital- Cornell Medical Center, 1997 citado por Milne, Edwards, Murchie, 2001)

En conclusión, se encuentran aún en investigación los factores psicobiológicos y neurológicos y la interacción entre los factores neurofisiológicos y circunstancias de un ambiente patológico están implicados en la génesis y el mantenimiento de los patrones de comportamiento antisocial, oposicionista y agresivo, no pudiéndose establecer una diferenciación entre ambos factores, los cuales pudieran estar íntimamente relacionados. (Mash y Barkley, 1996)

2.1.2 FACTORES COGNITIVOS.

De acuerdo con Bemporad 1978 las distorsiones cognitivas de los niños con síntomas de negativismo y agresión están en función de las interacciones

problemáticas entre padres e hijos. Estas interacciones producen una pobre autoestima y una percepción empobrecida del ambiente en general.

Un mecanismo a través del cual, tanto los factores psicobiológicos como familiares pueden provocar patrones de comportamiento antisocial es la distorsión que el niño le da al percibir, construir y evaluar el mundo social. (Mash y Barkley, 1996)

Una serie de investigaciones ha revelado que los niños con comportamiento negativista desafiante presentan deficiencias y distorsiones en el procesamiento de la información. Estos niños y adolescentes malinterpretan las claves sociales, las señales hostiles del ambiente, generan muy pocas soluciones asertivas a los problemas sociales y esperan que las respuestas agresivas produzcan algún tipo de recompensa. (Dodge y Frame, 1982)

Así mismo, Crick y Dodge (1994) propusieron un modelo en el cual los niños con problemas de negativismo desafiante, procesan la información social en una serie de pasos discrepantes y distorsionados, incluyendo la decodificación e interpretación de la información, sus metas y acciones sociales, la decisión de actuar de una manera particular y la auto evaluación de los efectos de estas acciones. En comparación con niños "normales", los niños con problemas sociales decodifican menos claves relevantes y distorsionan la información social recibiendo hostilidad cuando no había intencionalidad. Este patrón de cognición social, aumenta la probabilidad de que los niños reaccionen desafiantemente, lo cual él mismo percibe como un comportamiento adecuadamente defensivo. Esto a su vez provoca que las demás personas actúen hostilmente hacia ellos, reforzando así las expectativas del niño negativista desafiante.

En resumen, en la bibliografía encontrada, se pudo observar que los niños con problemas de negativismo por lo general presentan una baja capacidad cognitiva para percibir, decodificar y resolver pautas y problemas sociales.

2.2 FACTORES PSICOSOCIALES.

Los factores psicosociales han sido considerados en la mayoría de los trastornos como factores desencadenantes de los mismos debido a que toda persona forzosamente tiene un contacto social ya sea en el entorno familiar, social o de trabajo que desencadena o provoca reacciones ya sean positivas o negativas.

2.1.1 FACTORES FAMILIARES.

En el caso de niños con TND se ha visto que el ambiente y la dinámica familiar son la causa principal. Ciertos patrones de disciplina impuestos por los padres ya sean excesivamente flexibles ó excesivamente rígidos pueden desencadenar un patrón de conducta oposicionista; asimismo el que los padres no establezcan un rol definido en cuanto a la disciplina y la manera en que expresen su enojo sea ambivalente puede provocar o exacerbar estos síntomas de oposición. En algunos casos la discordancia marital y algunos otros factores de stress familiar como patrones de interacción patológicos que incrementan la frustración en el niño pueden llevarlo a comportarse de manera provocativa y oposicionista (Kaplan y Sadock, 1991).

Por otro lado, ciertos estudios revelan que los síntomas del TND están asociados con depresión maternal, discordia marital y alcoholismo parental, problemas en la vinculación con los padres y abuso y violencia familiar (Barkley, Fisher, Edelbrock, & Samlisch, 1991; Milne, Edwards y Murchie, 2001).

Algunos padres interpretan un nivel medio o elevado de positividad como hostilidad y como un deliberado esfuerzo del niño a todo intento de controlarle. Si los padres insisten en el poder y control o si ejercen la autoridad para satisfacer sus propias necesidades, puede entablarse una lucha entre los padres y el niño que sienta las bases para el desarrollo del trastorno por

oposición. Lo que empieza por el bebé como un esfuerzo por establecer la autodeterminación se transforma en una defensa contra la dependencia excesiva de la madre y una estrategia protectora contra la instrucción en la autonomía del yo (Anderson, Lyttoa & Romney, 1986). En la infancia posterior, el trauma ambiental, la enfermedad o incapacidad crónica, por ejemplo, producida por retraso mental pueden desencadenar el opositivismo como defensa contra el desamparo, ansiedad y pérdida de autoestima. En la adolescencia tiene lugar una nueva fase de oposición, como expresión de la necesidad de separarse de los padres y establecer una identidad autónoma.

Cuando la expresión manifiesta de la agresión se ve bloqueada por el miedo, puede expresarse la agresión en resistencia pasiva, que se convierte en un método característico e inconsciente de afrontar el estrés. En algunas personas, el síntoma puede ser una defensa frente a las tendencias al cumplimiento excesivo y la sumisión. La oposición en un contexto grupal puede ser salvífica o servir para establecer un papel entre compañeros. En todos estos casos, la conducta que se inicia como mecanismo adaptativo sano que sirve a la separación, la independencia y protección alcanza una autonomía propia y se incorpora al carácter, para ser utilizada mucho después de haberse perdido su función adaptativa. Este proceso explica la aparente auto destructividad de muchas personas opositivas, que parecen trabajar de forma automática en contra de sus propios intereses.

En la teoría psicoanalítica clásica, la fuente de la falta de resolución, la tozudez y los esfuerzos de controlar el ambiente radica en los conflictos en el momento del entrenamiento de la limpieza. Este periodo coincide temperamentalmente con las crecientes demandas de conformidad también en otras áreas. La vulnerabilidad del niño a la frustración es elevada. Los niños opositivistas suelen tener una historia de luchas de poder en torno a la función excretora de la vejiga y el intestino. Sin embargo, el conflicto en este terreno no se reduce a este trastorno, u no es más que un ámbito en el que se expresa el negativismo; la conducta opositivista afecta a muchas áreas de funcionamiento.

La conducta por oposición patológica puede estar provocada o agravada por los padres que hiperreaccionan a la necesidad de autonomía del niño con una actitud autoritaria e intrusiva, bien exprese el niño esta necesidad a los dos años o en la adolescencia. Si los padres consiguen dominar al niño, el negativismo se expresa como agresión pasiva. Algunos de los casos más evidentes de oposición manifiesta se ven cuando los padres son ambivalentes o incongruentes en sus esfuerzos de control, el niño es reforzado por su vacilación y persiste en el negativismo. El juego de ganar pasa a tener prioridad sobre el contenido en cuestión. El niño puede sentir aquello que es importante para el padre, consciente o inconscientemente, y revelarse contra ello en forma pasiva, en vez de activamente (Loeber, Wung, Keenan, Giroux, Stouthamer-Loeber, Van Kamen, & Maughan, 1993)

Los estudios de interacción entre las madres y sus hijos no complacientes han hallado que estas madres dan directrices más vagas y confusas que las madres de niños complacientes. Este rasgo puede estar relacionado con la depresión materna. (Kaplan y Sadock, 1991)

Por lo tanto, como mencionan Kaslow y Rehm la depresión en los padres está altamente relacionada con la depresión en los niños, por lo que es posible que la conducta opositorista esté relacionada con factores de depresión en el niño. (Kaslow y Rehm , 1991).

Existen muchas variables, que indican disfuncionamiento familiar que están implicadas en el establecimiento y mantenimiento del comportamiento negativista desafiante (Dodge, Bates & Pettit,1990) tales como : conflictos maritales, divorcio y abuso infantil. Así mismo, este tipo de comportamiento está relacionado con el enojo que provoca en los padres la agresividad de sus hijos , por lo que hay una influencia bidireccional en la cual el comportamiento del niño influencia también el comportamiento de los padres (Lytton, 1990), es decir, que ante las demandas cada vez mayores de los niños, los padres refuerzan a sus hijos de manera negativa, incrementando así los patrones de conducta desafiantes. Por otro lado se ha observado que este tipo de comportamientos

se ve incrementado cuando los padres utilizan prácticas disciplinarias agresivas y de abuso. Este intercambio aversivo entre el niño y sus padres intensifica el comportamiento agresivo fuera de casa y provoca consecuencias negativas para el niño y su familia, incluyendo el bajo rendimiento académico y el rechazo del niño por su entorno social, lo cual provoca en todos los miembros de la familia un ambiente depresivo y por tanto, persistencia en el comportamiento antisocial (Patterson, Reid, & Dishion, 1992).

El TND parece ser más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de Trastorno del Estado de Animo, TND, Trastorno Disocial, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Antisocial de la Personalidad o Trastorno por Consumo de Sustancias. Además, algunos estudios sugieren que las madres con Trastorno Depresivo cuentan con más probabilidades de tener hijos con Trastorno negativista, si bien no está claro en qué medida la depresión materna es el resultado de comportamientos negativistas en los niños o su causa. El TND es más frecuente en familias en donde existen conflictos conyugales graves (American Psychiatric Association, 2001, pp. 115-118).

2.2.2 FACTORES ESCOLARES

Otro Factor importante a considerar en todo trastorno de conducta y en específico en el negativismo desafiante es el factor escolar.

En este punto está considerada tanto la influencia que tienen las relaciones interpersonales niño - maestro como las relaciones niño - compañero.

En cuanto a la interacción niño - maestro, se ha visto que la percepción que la maestra tiene del niño tiene una influencia significativa en el comportamiento del mismo; por ejemplo Smart, Wilton y Keeling (1978) citados por Safran y Safran, (1985) demostraron que estas percepciones tienen influencias sobre los maestros en cuanto a ciertas decisiones que toman en torno a los alumnos.

Estas percepciones tienen un impacto aún más fuerte cuando se trata de niños problema. Lewin, Nelson, Tollefson, 1983 citados por Safran y Safran, 1982 descubrieron que incluso hasta después de que los maestros pudieron comprobar una mejoría en los estudiantes, en los que previamente se había identificado una conducta disruptiva, su actitud negativa inicial no cambió.

En cuanto a la influencia de la interacción maestro - alumno en problemas de conducta Algozzine Curran, 1979 y 1980 citados por Safran y Safran, 1982 concluyen que la tolerancia que tiene una maestra para con su alumno es de suma importancia.

La conducta desafiante y la resistencia de un niño a seguir las instrucciones de un maestro representa un problema no sólo para la habilidad del maestro para conducir una clase sino para establecer una relación positiva adulto-niño. Por lo general, las relaciones maestro-niño se ven deterioradas en el caso de niños con TND (Wodrich, Stobo, Trca, 1998). Así mismo, se ha visto que las reacciones oposicionistas, negativistas y agresivas por parte de un niño pueden ocasionar un rechazo por parte del maestro.

Creemos por tanto, que en el diagnóstico que se hará a nivel escolar de los niños con problemas de conducta no sólo es importante establecer los criterios de diagnóstico sino asimismo considerar que estos criterios muchas veces se ven sujetos a la percepción y al nivel de tolerancia que una maestra tiene dentro del salón de clases.

En cuanto a las relaciones niño - compañero Matison & Gamble (1992) citan diferentes actitudes que provocan experiencias negativas para los niños con problemas de conducta.

Los niños activos desorganizados y excitables como es el caso de los niños con TND difícilmente controlan sus impulsos y quieren por ejemplo los juguetes de todos los demás.

Si tienen bajo nivel de adaptación les cuesta trabajo compartir lo que tienen. El niño que muestra retraimiento o actitud pasiva muchas veces se mantiene al margen del grupo y se aísla. Todas estas situaciones que pueden presentarse en un niño con TND pueden provocar en el niño sentimientos de angustia, de agresividad y de amenaza; lo cual puede influenciar en una conducta dada. (Patterson, Reid, & Dishion, 1992)

En conclusión, la etiología de los problemas de conducta y en este caso del TND es multicausal, es decir, son varios los factores y componentes tanto individuales como sociales los que en conjunto pueden llegar a provocar un desajuste conductual y tanto para el establecimiento de criterios de diagnóstico como para el diagnóstico y tratamiento en sí de estos problemas, es necesario considerar estos factores en forma no aislada y tener siempre presente que los aspectos subjetivos de percepción de las personas que conviven con estos niños tienen una gran influencia. (Mash y Barkley, 1996)

CAPITULO 3 TRATAMIENTO.

Dado a que el TND puede darse a múltiples razones etiológicas ningún tipo de intervención terapéutica puede ser considerada como única y específica en cuanto a su efectividad para niños con este desorden.

El tratamiento a nivel global de este trastorno debe considerar la disfunción presente en las diversas áreas de la vida del niño tanto del hogar como de la escuela, por lo tanto no es valido decir que la implementación de un solo programa llevara a mejores resultados (Kazdin, A.E., 1987)

Por lo general las técnicas terapéuticas utilizadas, funcionan tanto a nivel individual como social y familiar. Estas técnicas incluyen métodos de reforzamiento positivo, castigos, reprimendas apropiadas, el ignorar cierto tipo de conductas, el dar instrucciones claras, el utilizar contratos escritos así como reforzar la relación padre hijo, especialmente cuando el niño se encuentra inmerso en un sistema familiar negativo, particularmente si en este sistema el niño es un chivo expiatorio.

La terapia cognitivo conductual en la que se involucran tanto al niño y la familia como a la escuela ha probado también ser útil en el tratamiento de TND.

La terapia farmacológica ha probado no ser efectiva, sin embargo si el TND esta relacionad con un Trastorno por Déficit de la Atención, cierto tipo de intervención farmacológica, que incluye antidepresivos tricíclicos puede favorecer en el tratamiento.

Es muy raro que se necesite tratamiento residencial pero dicho tratamiento puede ser usado como un programa de respaldo para los padres a través de remover al niño de los patrones de interacción que refuerzan el comportamiento oposicionista. Estos programas residenciales pueden incluir simples alternativas como un campamento de verano.

La investigación sugiere que los niños con desordenes de conducta muestran percepciones egocéntricas y distorsionadas de las situaciones sociales. (Chandler, 1973; Dodge, 1980; Lochman, 1987 citados en Lochman, White y Wayland, 1991), así como otros síntomas semejantes como lo son: las actitudes agresivas, la falta de atención, el hacer caso omiso a las ordenes de los mayores, la adaptación pobre al medio social, etc; por lo tanto basándonos en la idea de que los síntomas del TND, el trastorno de conducta y los problemas de agresión son similares en algunas áreas, se puede decir que ciertos métodos terapéuticos pueden ser aplicados indistintamente con resultados efectivos.

En la presente revisión bibliografía solo dos de los tratamientos que mencionaremos son específicos para el TND y estos son los relacionados con la familia; se mencionaran sin embargo los tratamientos de tipo conductual y cognitivo, mismos que han dado buenos resultados en niños agresivos.

3.1 MODELO CONDUCTUAL.

Los principios del condicionamiento operante han generado un gran numero de técnicas de intervención aplicadas al comportamiento antisocial. Las técnicas pueden ser distinguidas en las bases de que intentan incrementar la frecuencia de comportamientos apropiados o decrementar la frecuencia de comportamientos inapropiados.

3.1.1 TÉCNICAS DE REFORZAMIENTO:

Están basadas en la administración de reforzamiento positivo para incrementar comportamiento apropiado, es decir prosocial. Los reforzamientos positivos por



lo general incluyen premios, atención de otros y privilegios. Muchos programas incorporan un gran número de recompensas en forma de economía de fichas (Kazdin 1977, citado por Kazdin, 1991) en la cual el niño gana fichas (Ej. calcomanías, estrellas, puntos, dinero) por comportamientos específicos. Las fichas son intercambiables por una gran variedad de recompensas, privilegios y actividades reforzantes.

También hay muchas otras formas efectivas para administrar el reforzamiento. Existe un procedimiento llamado reforzamiento diferencial de otro comportamiento, el cual consiste en proveer reforzamiento por la no ocurrencia de los comportamientos no deseados.

La aplicación de las técnicas operantes pueden involucrar más que solamente la administración de consecuencias. Por lo general las condiciones estimulantes son también alteradas para ayudar a promover los comportamientos deseados para que estos sean reforzados.

Es importante tomar en cuenta algunos puntos básicos para poder llevar a cabo de manera adecuada el programa de reforzamiento positivo. Los comportamientos a modificar deben ser cuidadosamente definidos y operacionalizados antes de la intervención del programa. Por lo menos debe haber dos comportamientos que se van a medir: el comportamiento agresivo (que va a ser eliminado) y un comportamiento socialmente apropiado (que va a ser incrementado), (Patterson, Reid, & Dishion, 1992).

Asimismo, es importante la selección de un reforzamiento positivo efectivo. Si no se observan cambios en los comportamientos medidos después de varios días de reforzamiento, se debe hacer un cambio en el reforzamiento. Para maximizar los efectos de reforzamiento positivo, la respuesta deseada debe ser reforzada frecuentemente. Después de que la respuesta es fortalecida, el reforzamiento deberá ser gradualmente disminuido (a lo cual se le llama reforzamiento parcial) para mantener la conducta. El tipo de reforzamiento

también debe ser ajustado gradualmente hasta que se parezca a aquellos que el niño tenga a su disposición en forma natural en el ambiente.

3.1.2 TÉCNICAS DE CASTIGO:

Las técnicas de castigo también han sido usadas para suprimir o eliminar comportamientos antisociales. Los procedimientos de castigo difieren de las consecuencias usuales aplicadas al comportamiento en la vida diaria y son implementados en forma diferente. Los procedimientos de castigo en el contexto de tratamiento típicamente consisten en retirar los reforzamientos.

Uno de los procedimientos de las técnicas de castigo es el "time out" y consiste en remover los reforzamientos positivos por un breve periodo de tiempo. Durante el "time out", el niño no tiene acceso a los reforzamientos que por lo general tiene disponibles en el ambiente. El punto clave del "time out" es delimitar un periodo de tiempo en que los reforzamientos no van a estar disponibles. Por lo general, el time out consiste en aislamiento social, en el cual el niño es removido de alguna situación por un breve periodo (ej. 5 min). No es necesario largos periodos de tiempo para que el time out sea efectivo.

Otras variaciones del "time out" incluyen el retiramiento de atención y la suspensión de oportunidades para ganar reforzamientos. (Brestan, & Eyberg, 1998). El costo de respuesta es otro tipo de castigo utilizado para decrementar comportamiento inapropiado. por lo general involucra la pérdida de reforzamientos positivos. de manera diferente al "time out", en este castigo no hay necesariamente un periodo de tiempo determinado para llevar a cabo el castigo. El costo de respuesta más común involucra quitarle al niño puntos o fichas para el comportamiento inapropiado como parte de una economía de fichas. Es decir, el niño puede ganar fichas por comportamiento apropiado pero perderlas por comportamiento inapropiado.



La sobre-corrección también es designada para reducir el comportamiento inapropiado. La técnica incluye dos componentes: el primero es la restitución, que consiste en hacer que el niño corrija los efectos ambientales del comportamiento inapropiado. El segundo componente es la practica positiva, que consiste en practicar repetidamente los comportamientos apropiados en determinada situación. Ambos componentes se combinan para suprimir el comportamiento desviado. Sin embargo, para muchos comportamientos, no es posible que el niño corrija las consecuencias ambientales ya que sus comportamientos no alteraron el ambiente de manera tangible. En dichos casos, por lo general se utiliza la practica positiva solamente, en la cual se requiere que el niño lleve a cabo el comportamiento apropiado. (Brestan,& Eyberg, 1998).

Hay algunos puntos importantes que se deben tomar en cuenta para que las técnicas de castigo se llevan a cabo de manera efectiva. En primer lugar los procedimientos de castigo requieren de una clara definición y medición de los comportamientos que se quieren modificar antes de que el tratamiento sea implementado. Además, es importante que los programas de castigo sean escritos de manera explicita y sean seguidos en forma muy exacta. Por otro lado, el punto mas importante cuando se utilizan las técnicas de castigo es asegurarse de que los comportamientos alternativos sean reforzados directamente.

Las investigaciones con time out han revelado algunos parámetros importantes. En primer lugar, los periodos de tiempo largos en el "time out" no son necesariamente mas efectivos que los mas cortos (Hobbs, Forehan & Murray, 1978; White, Nielsen & Johnson, 1972 citados por Kazdin, 1991). Asimismo, el "time out" debe ser administrado ante cada ocurrencia de los comportamientos no deseados hasta que dichos comportamientos sean reducidos, y sean suprimidos a través del castigo intermitente (Calhoun & Lima, 1977; Jackson & Calhoun, 1977 citados en Kazdin, 1991). El liberar al niño del "time out" puede ser contingente en un periodo de 15 minutos en que se de el comportamiento adecuado después del intervalo de "time out". En general, el "time out" es

efectivo cuando la situación de la cual se ha removido al niño es reforzante (Solnick, Rincover & Peterson, 1977 citados en Kazdin, 1991).

Si se utiliza el costo de respuesta el programa debe dar al niño la oportunidad de recibir reforzamiento positivo por el comportamiento apropiado.

En cuanto a la sobre corrección se ha visto que breves periodos de restitución y practica (solo unos minutos) han sido efectivos para suprimir el comportamiento. Las personas que emplean la sobre corrección deben observar cuidadosamente los efectos secundarios tales como el desarrollo de comportamientos indeseables y terminar el tratamiento si es necesario. Debido a que en la sobre corrección siempre se necesita una guía física al niño, esta debe llevarse a cabo solamente con aquellos niños que no son físicamente mas poderosos que los adultos que los supervisan.

En general, las consecuencias aversivas por lo general pueden suprimir el comportamiento antisocial. por lo tanto, dichas consecuencias deben estar incluidas dentro de programas mas amplios que enfatizan el reforzamiento positivo para el comportamiento prosocial. De hecho, muchos de los efectos secundarios del castigo (Ej. reacciones emocionales, escapar de los adultos, agresión) ya están bien establecidos en los repertorios de los niños agresivos y estos pueden ser exacerbados por un programa de castigo.

3.1.3 PROGRAMAS DE CONDICIONAMIENTO OPERANTE MULTIFACÉTICOS:

Muchos programas son multifacéticos y combinan contingencias tanto de reforzamiento como de castigo para cambiar múltiples comportamientos.

En algunos programas, los niños participan en una economía de fichas en la cual se refuerzan comportamientos tales como auto cuidados, comportamientos

sociales y académicos. Los reforzamientos se proveen en un sistema de puntos a base de varios premios y privilegios que se pueden ganar. Asimismo, los puntos se pueden perder al no cumplir con las responsabilidades que le corresponden. Además para las técnicas de reforzamiento y castigo se incluyen otros procedimientos tales como entrenar a los niños en habilidades específicas, se les ofrece experiencia en auto manejo, en la cual los niños deciden de antemano muchas de las consecuencias de su comportamiento, y se les proporciona una relación cercana con los maestros y con una situación familiar estructurada (Wolf et al, 1976 citado en Kazdin, 1991).

La mayoría de las investigaciones han demostrado que este tipo de programas son efectivos durante el tratamiento aunque no se sabe si estos efectos continúan a largo plazo.

Wells & Egan (1988) probaron efectividad en un programa multifacético para conducta agresiva en niños de preprimaria. Este programa incluye varios procedimientos para alterar la conducta negativa y agresiva; se utilizaron métodos como el entrenamiento de habilidades sociales, contingencias de reforzamiento y castigo y el time out. El programa involucraba tanto a los expertos en el programa como a los maestros, padres y compañeros.

En todos estos tipos de programas es importante que el niño reciba oportunamente el tipo de reforzamiento de acuerdo con la conducta. Aun cuando las consecuencias adversas puedan suprimir comportamientos antisociales, es importante que estos programas enfatizen mas reforzamientos positivos para conductas pro sociales.

3.2 MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

La terapia cognitivo conductual se basa en las percepciones y pensamientos del niño problema y de como este percibe las amenazas y frustraciones. Las

técnicas y metas del TCC están dirigidas a las deficiencias y distorsiones que el niño presenta en el procesamiento cognitivo de los eventos, y en las reacciones emocionales y psicológicas del niño, que se deben a la percepción y apreciamiento de un evento mas que el evento mismo. De acuerdo a la TCC estas percepciones y apreciaciones pueden ser exactas o inexactas y se derivan de una expectativa anterior que filtra el evento y de la atención selectiva que el niño tiene de los aspectos específicos o claves de un evento estimulante. (Atkeson, & Forehand, 1981).

Si el niño ha interpretado un evento como amenazador, provocativo o frustrante, el puede experimentar una reacción fisiológica y así mismo se vera involucrado en otro set de actividades cognitivas dirigidas a la forma de decisión de una respuesta conductual apropiada al evento.

Tres sets de actividades internas contribuyen a la respuesta conductual del niño y a las consecuencias resultantes que el niño recibe de compañeros y adultos y que experimenta como auto consecuencias; estas actividades son:

1. Apreciación y percepción.
2. Reacción.
3. Solución de problemas sociales.

Los programas de la TCC pueden incluir entrenamiento en las áreas de auto instrucción, solución de problemas a nivel social, etiquetamiento de afectos y relajación; la mayoría de estos incluyen una combinación de varias de estas técnicas.

Todos estos programas tienen algo en común que es el enfocarse en las cogniciones sociales que el niño tiene durante situaciones de frustración o de provocación (Lochman, White & Wayland, 1991).

En la TCC se tratan tanto los procesos cognitivos como los afectivos y esta diseñado para favorecer habilidades específicas a situaciones de incitación o excitación afectiva.

Las metas específicas son el incrementar la conciencia en el niño de fenómenos cognitivos afectivos y psicológicos relacionados con la reacción agresiva, realizar la autorreflexión y el auto manejo de habilidades, facilitar alternativas y un pensamiento consecuencial al enfrentar problemas sociales, incrementar el repertorio intelectual del niño cuando confronta conflictos sociales. las sesiones están organizadas para enseñar habilidades sociales cognitivas específicas. A continuación se explicaran los tres componentes principales de este programa que son: auto manejo y auto monitoreo de habilidades, entrenamiento para enfocar perspectivas y habilidades para solucionar problemas sociales. (Lochman, White & Wayland, 1991).

3.2.1 AUTO MANEJO Y AUTO MONITOREO DE HABILIDADES.

En esta primera parte se les enseña a los niños a volverse observadores de los estados internos relacionados con la reacción afectiva.

A través del moldeamiento, observación , ejercicios estructurados y discusión en grupo se les enseña a los niños a identificar claves psicológicas y afectivas de la incitación agresiva. se les pide a los niños que identifiquen pautas dentro del ambiente a través de la generalización de ejemplos de estímulos de reacción agresiva como situaciones en la casa o en la escuela que los enojan con sus compañeros o las figuras de autoridad. (Atkeson, & Forehand, 1981).

El siguiente paso es la identificación de aspectos fisiológicos de la reacción agresiva . Por ejemplo, el identificar pautas como el sonrojo, el aceleramiento del pulso, la tensión de los músculos, etc.

También se les pide que identifiquen las formas específicas en las que ellos u otras personas experimentan la reacción agresiva como serian los gestos de la cara, el tono de la voz, la postura del cuerpo, los pensamientos y las frases. Asimismo se les pide a los niños que diferencien la experiencia afectiva de

agresividad tanto por su dimensión como por su intensidad, por ejemplo del uno al diez dime que tan enojado estas, esto seria etiquetar el afecto. (Wodrich, Stobo & Trca, 1998).

3.2.2 HABILIDADES PARA ENFOCAR LAS PERSPECTIVAS SOCIALES.

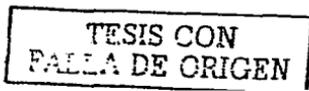
La investigación sugiere que los niños con problemas de conducta muestran percepciones distorsionadas y egocéntricas de las situaciones sociales. Estas deficiencias socio cognitivas involucran una dificultad para integrar las preocupaciones tanto de si mismo como las orientadas hacia el ambiente (Lochman, White y Wayland, 1991) sobre atribución de intención hostil por parte de otros y deficiencia en as habilidades para enfocar perspectivas sociales.

Este mal adaptado proceso interpersonal sitúa a los niños con problemas de conducta con un alto riesgo de tener relaciones sociales disfuncionales.

La instrucción para enfocar perspectivas intenta mejorar en los niños la habilidad para inferir con exactitud las intenciones y pensamientos de otros y para aumentar el entendimiento que tengan sobre los sentimientos y estados emocionales internos de otros (Lochman, White & Wayland, 1991).

3.2.3 ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS SOCIALES.

Los niños agresivos y con problemas de conducta muestran deficiencias en su habilidad para resolver exitosamente problemas interpersonales. Esta parte del programa intenta ayudar al niño a identificar situaciones conflictivas y problemáticas y aumentar su repertorio de respuestas frente a estas situaciones. Esto se lleva a cabo a través de ejercicios estructurados y de problemas de la vida real que ellos mismos exponen en su grupo (Kazdin, 1991).



Además del entrenamiento de habilidades para solucionar problemas existe un entrenamiento de las habilidades sociales como tales, este se enfoca en las conductas verbales y no verbales que afectan las interacciones sociales. Conductas específicas se desarrollan para reforzar la habilidad del niño para influenciar su propio ambiente, para obtener resultados apropiados y para responder adecuadamente a las demandas de otros. Este programa desarrolla una variedad de habilidades interpersonales a través de la instrucción y el modelamiento del terapeuta, la práctica del niño, retroalimentación correctiva y reforzamiento social (Kazdin, 1991).

Estudios relacionados con los resultados de la terapia cognitivo conductual pre y post test pueden ser agrupados en tres categorías: aquellos que han mostrado efectos negativos, aquellos que han mostrado efectos mixtos y aquellos que han mostrado efectos generalmente positivos en el tratamiento.

Algunos estudios pre y pos test indican que los niños agresivos con problemas de conducta tuvieron un cambio posterior a la terapia cognitivo conductual (Lochmann, White & Waylan, 1991). Otros estudios han indicado que esta terapia puede ayudar a los niños a comportarse menos impulsivamente en tareas de solución de problemas impersonales (Meichenbaum & Woodman, 1971 citados por Lochmann, White & Wayland, 1991).

Lochmann, White y Wayland (1991), desarrollaron un programa para el tratamiento de la agresividad encontrando que según los reportes diarios de las maestras los niños mejoraron su conducta.

3.3 TRATAMIENTO FAMILIAR:

3.3.1. TRATAMIENTO BASADO EN LOS PADRES Y LA FAMILIA.

Como en la mayoría de los desordenes de conducta el TND tiene una etiología multifactorial, dentro de estos factores etiológicos se encuentran ciertos patrones de conducta implementados por los padres en el hogar que incluyen una disciplina muy laxa, dura, restrictiva o inconsistente; así como roles y modelos de autoridad pobres. Otras características dentro del seno familiar que pueden favorecer este desorden son : la disonancia marital, el stress familiar, negligencia del rol parental, utilización del niño como chivo expiatorio. (Nichols & Schwartz, 1995).

Dentro del contexto de terapia familiar existen varios modelos, entre estos:

- a) El entrenamiento a padres
- b) Terapia familiar sistémica.

3.3.1.2 EL ENTRENAMIENTO A PADRES:

Se refiere a los procedimientos en los que uno o ambos padres son entrenados para interactuar de manera diferente con su hijo. El entrenamiento esta basado en el punto de vista general de que el comportamiento problema se desarrolla y se mantiene en el hogar por las interacciones entre padre e hijo mal adaptativos. de hecho, las investigaciones han demostrado que los padres de niños con comportamientos antisociales se han enganchado en practicas que promueven el comportamiento agresivo y eliminan el comportamiento prosocial (Nichols & Schwartz, 1995).

Estas prácticas incluyen el reforzamiento inadvertido y directo del comportamiento agresivo, el uso demasiado frecuente de ordenes, el no reforzamiento del comportamiento prosocial y otros. El entrenamiento a padres

altera los patrones de interacción entre el padre y el niño de manera que el comportamiento prosocial se fomente dentro de la familia. (Kazdin, 1991).

Este modelo de tratamiento está basado en la creencia que el comportamiento de los niños oposicionistas se adquiere y se mantiene en el contexto de los intercambios de la conducta familiar y por lo tanto el tratamiento debe estar enfocado a la modificación directa de los patrones de interacción maladaptativos padre e hijo. (Wells & Egan 1988). Las características de este tratamiento son:

- 1.- El tratamiento es conducido principalmente con los padres, quienes directamente implementan los procedimientos en el hogar, por lo general no hay interacción directa del terapeuta con el niño.
- 2.- Los padres son entrenados para identificar, definir y observar el comportamiento problema en diferentes formas. Es esencial la identificación del problema.
- 3.- Las sesiones del tratamiento incluyen principios de aprendizaje social y los procedimientos de estos principios incluyendo el reforzamiento positivo, la negociación y la realización de contratos.
- 4.- Las sesiones proveen oportunidades a los padres para ver como se implementan las técnicas, oportunidades para practicar el uso de estas técnicas y para los cambios del comportamiento en el hogar.

La meta inmediata del programa es desarrollar habilidades específicas en los padres. Por lo general esto se logra haciendo que los padres apliquen estas habilidades a comportamientos relativamente simples que puedan ser observados fácilmente y no estén entremezclados con otras interacciones provocativas (por ejemplo: castigos, luchas por el poder e intercambios de manipulación). A medida que los padres se vuelvan más eficientes para aplicar estas habilidades, el programa puede aplicarse a los comportamientos problemáticos más severos en el niño y pueden empezar a abarcar otras áreas del problema, por ejemplo el comportamiento en la escuela.

La eficacia de este tratamiento ha sido documentada en numerosos estudios con efectos positivos directamente sobre la observación de la conducta tanto del niño como de los padres, las observaciones de los padres sobre la conducta de los niños a través de listas de chequeo , la percepción de los padres sobre su propio ajuste y la satisfacción de los padres con el tratamiento (Wells,1988) Una de las mayores ventajas de este tratamiento es, no solo el efecto de la conducta del niño, sino en las alteraciones múltiples y positivas en familias disfuncionales. (Friedman, 1994).

Existen muchos puntos críticos en los cuales va a dependerla aplicación efectiva de este tratamiento. El primero tiene que ver con el entrenamiento de las personas que administran las intervenciones. Dichas personas requieren un claro manejo de los procedimientos de reforzamiento y castigo que se discutieron anteriormente.

A pesar de que el entrenamiento del terapeuta y el contenido del tratamiento son obviamente importantes, la selección de la familia puede ser también crítica. Se requiere que los padres manejen material educacional, observen el comportamiento desviado del niño, implementen múltiples procedimientos en el hogar y respondan a frecuentes llamadas telefónicas hechas por el terapeuta. Muchos padres creen firmemente que el problema es exclusivamente de los niños que tienen que ser atendidos por un terapeuta. Además las familias de los niños con problemas de conducta por lo general se caracterizan por una variedad de estresores identificados como factores de riesgo. Estos factores por lo general desaniman a los padres de acudir a las sesiones. En general los padres que se encuentran bajo mucho stress o desventaja social no avanzan mucho con el tratamiento de entrenamiento a padres.

Sin embargo a pesar de las limitaciones potenciales, el entrenamiento a padres es una de las técnicas mejor desarrolladas e investigadas para los problemas de conducta. Entre las áreas mas fuertes de este enfoque esta el hecho de que permite la integración de diversos dominios del funcionamiento mal adaptativo del niño. Específicamente el que las interacciones del niño y su comportamiento

en el hogar son centrales en el desarrollo del comportamiento antisocial. (Wells, 1988)

3.3.1.3 TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA:

La terapia familiar sistémica refleja un enfoque al tratamiento que se apoya en dos perspectivas del comportamiento humano y del cambio terapéutico. La primera perspectiva es un enfoque sistémico en el que los problemas clínicos son conceptualizados partiendo de la base de que las funciones sirven tanto en la "familia como un sistema" así como en los "miembros de la familia como individuos". La creencia es que el problema conductual en el niño es la única manera en que se pueden llevar a cabo algunas funciones interpersonales entre los miembros de la familia (ej.: intimidad, distancia y apoyo). La meta del tratamiento es alterar los patrones de interacción y comunicación de manera que adquieran un funcionamiento más adaptativo. La segunda perspectiva es una perspectiva de comportamiento operacional. Esta está basada en la teoría de aprendizaje y se enfoca en estímulos y respuestas específicos que pueden ser usados para producir un cambio. En esta perspectiva se incluyen conceptos y procedimientos para reforzar diferentes formas de respuestas más apropiadas y adaptativas.

Formulaciones más recientes de la terapia familiar sistémica han incluido una tercera perspectiva, la cual enfatiza los procesos cognitivos. Esta perspectiva se enfoca en las atribuciones, actitudes, creencias, expectativas, y emociones en la familia. Los miembros de la familia pueden empezar el tratamiento con las atribuciones que se enfocan en culpar a otros o a sí mismos. Por lo tanto se van a necesitar perspectivas nuevas para desarrollar nuevas formas de comportamiento. (Kazdin, 1991).

Este tratamiento está basado en la creencia de que el comportamiento de un individuo puede ser entendido solo en el contexto del grupo familiar como un todo. (Nichols & Schuartz, 1995). Los síntomas son vistos como mecanismos

homeostáticos que sirven para restablecer o mantener un equilibrio o balance dentro de la familia.

Las metas de la terapia familiar sistémica son alterar la estructura familiar y romper los patrones de interacción que mantienen el síntoma . Dado que los problemas presentes en cada individuo son vistos como adaptativos a las relaciones cuando la estructura familiar y las relaciones cambian, los problemas individuales de cada niño se supone que también deberían cambiar. (Wells, 1988).

La Terapia Familiar Sistémica requiere que la familia vea el problema clínico desde el punto de vista de la relación funcional que sirve dentro de la familia. El terapeuta señala las interdependencias y contingencias entre los miembros de la familia en su funcionamiento día con día y con su referencia específica al problema que ha servido como base para buscar un tratamiento. Una vez que la familia obtiene diferentes alternativas para ver el problema, se incrementa el incentivo para interactuar más constructivamente.

Otras de las metas principales de este tratamiento son incrementar la reciprocidad y el reforzamiento positivo entre los miembros de la familia, establecer una comunicación clara, ayudar a los miembros de la familia a especificar los comportamientos que cada uno desea del otro, negociar constructivamente y ayudar a identificar soluciones para los problemas interpersonales. (Nichols & Schuartz, 1995).

El foco principal es en las sesiones de tratamiento, en donde los patrones de comunicación familiar son alterados directamente. Durante las sesiones, el terapeuta provee reforzamiento social (verbal y no verbal) para las comunicaciones que sugieren solución de problemas, clarificación de problemas o que ofrecen retroalimentación a otros miembros de la familia.

La Terapia Familiar Sistémica representa un tratamiento prometedor para las familias con niños antisociales. Al igual que con el entrenamiento a padres

existen algunas condiciones mínimas que se necesitan para llevar a cabo la terapia. Para empezar, la familia obviamente necesita estar de acuerdo en acudir al tratamiento. En segundo lugar, para muchas familias el enfoque sistémico es problemático debido a que muchos padres creen firmemente que el problema está en el niño y que por lo tanto se requiere un tratamiento en el cual se le enseñe al niño a actuar de diferente manera o en el que se le castigue. En dichos casos la familia no entiende o no permite que el terapeuta se meta dentro de su dinámica. Por lo tanto la tarea del terapeuta es reenfocar el problema del niño en un contexto familiar e interaccional (Alexander & Parsons, 1982, citados en Kazdin, 1991).

En conclusión debido a que el TND puede ocurrir por una gran variedad de razones etiológicas, ninguna forma de intervención terapéutica puede ser especificada como únicamente efectiva para los niños con este trastorno.

Existen ciertas técnicas que son útiles para reducir el comportamiento oposicionista en los niños. Estas técnicas incluyen utilizar reforzamiento positivo, castigos y reprimendas apropiadas; así como fortalecer la relación entre padre e hijo, ignorar ciertos tipos de comportamiento, dar directivas claras, utilizar contratos escritos, y permitir cierta rebelión apropiada. La terapia individual o en el mismo puede ser útil en ayudarlo a entender la génesis de su comportamiento oposicionista. La terapia familiar de naturaleza dinámica puede ser útil cuando el niño se encuentra inmerso en un sistema familiar negativo, particularmente cuando en el sistema el niño es un chivo expiatorio. El entrenamiento a padres ha probado ser efectivo ya sea con un enfoque dinámicamente orientado o por sí mismo. La terapia conductual que involucra a la escuela y otras áreas también ha probado ser efectiva, así como la terapia cognitivo-conductual. La fármaco-terapia no ha demostrado ser efectiva por sí sola, sino únicamente cuando los comportamientos negativistas están asociados al trastorno por déficit de atención.

II. REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

MÉTODO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Trastorno de Negativismo Desafiante es un diagnóstico que fue descrito por primera vez en 1980 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III, en el cual fue considerado dentro de los Trastornos de la Infancia, Niñez y Adolescencia; sin embargo, en este manual no estaba muy claro si se encontraba dentro de los Trastornos de Conducta o no, ya que se consideraba dentro de un grupo llamado Otros Trastornos de la Infancia, Niñez y Adolescencia (American Psychiatry Association, 1988). Anteriormente, en el DSM I y DSM II, este trastorno no había sido considerado como una categoría diagnóstica independiente y los síntomas de dicho trastorno estaban incluidos dentro de los diagnósticos de Trastorno de Conducta.

Posteriormente, en el DSM III R, el TND fue descrito como parte de un grupo titulado Desórdenes Disruptivos de la conducta, el cual incluye a los Trastornos de Conducta- tipo grupal, tipo agresivo solitario y tipo indiferenciado-, Trastorno por Déficit de la Atención, Hiperactividad y al Trastorno de Negativismo Desafiante. (American Psychiatry Association, 1988)

Sin embargo, a pesar de que en el DSM III R y DSM IV TR ya quedó más clara la clasificación del TND, es importante mencionar dado que el TND es un diagnóstico de reciente clasificación, que en muchas investigaciones previas, realizadas antes del año 2000 y la bibliografía revisada en el momento de realización del presente estudio, se describen en forma generalizada la etiología, prevalencia y tratamiento para los trastornos antes considerados como Trastornos de Conducta.

Con respecto a la prevalencia del TND el DSM III R especifica claramente que no se dispone de información y de acuerdo a la bibliografía revisada en el presente estudio se observa que no se tienen datos exactos de prevalencia de acuerdo a los criterios estrictos de diagnósticos, sino como se mencionó anteriormente, esta información por lo general se encuentra descrita en forma generalizada tanto para TND como para los Trastornos de Conducta. Aunque el DSM IV TR en el año 2001 ya especifica una tasa de prevalencia del TND entre el 2 y el 16 %, en el momento de realización de la presente investigación no se contaba con dicho dato, el cual además consideramos ser de un rango muy amplio por lo que se derivó la importancia de la presente investigación ya que es necesario ampliar la información y los datos que se tienen con respecto a la etiología, la prevalencia y el tratamiento del TND.

2. DISEÑO

Por sus características, se trata de un Estudio Descriptivo Correlacional de tipo Transversal.

3.- MUESTRA

Con el objeto de llevar a cabo la presente investigación, se tomó una muestra de 431 sujetos, 221 de ellos del sexo masculino y 210 del sexo femenino, siendo todos ellos estudiantes de 1, 2 y 3° de primaria tanto de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México, divididos de la siguiente manera:

Tipo de escuela:

- 192 de escuelas públicas
- 239 de escuelas privadas.

Grado Escolar:

- 146 de 1° de primaria
- 141 de 2° de primaria
- 144 de 3° de primaria

Edad:

- 26 sujetos de 6 años
- 92 sujetos de 7 años
- 156 sujetos de 8 años
- 94 sujetos de 9 años
- 63 sujetos de 10-11 años

Promedio de Calificaciones.

- 6 sujetos de 5 de promedio
- 24 sujetos de 6 de promedio
- 73 sujetos de 7 de promedio
- 140 sujetos de 8 de promedio
- 142 sujetos de 9 de promedio
- 46 sujetos de 10 de promedio

4.- VARIABLES

El objetivo de la presente investigación fue recopilar datos en cuanto a la prevalencia del trastorno en una zona de la ciudad de México de acuerdo a los criterios de diagnóstico descritos en el DSM III R (Manual vigente en esa época) y en relación con las variables de sexo, edad, tipo de escuela (privada o pública), grado escolar y promedio de calificaciones.

Definimos sexo como el conjunto de individuos cuyas características físicas y constitutivas lo distinguen como masculino o femenino; edad como el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento actual; el tipo de escuela se refiere a si es pública, es decir, si pertenece al gobierno o si es privada, si pertenece a cualquier empresa o grupo de personas ajenas al gobierno del estado; grado escolar se define como el sistema de clasificación según el cual se agrupa a los alumnos de acuerdo a su nivel de conocimientos, en primero, segundo o tercer año de enseñanza primaria y promedio de calificaciones, como la calificación promedio del individuo obtenida hasta el momento actual en todas las áreas de estudio general durante el año escolar en curso.

Los criterios de diagnóstico descritos, se refieren a los síntomas que se presentan en el TND descritos en el DSM III R, de los cuales se requiere que se presenten por lo menos cinco de estos síntomas con una alteración de por lo menos seis meses de duración para que se puede dar un diagnóstico de TND.

5. HIPÓTESIS.

Las bases teóricas de las investigaciones revisadas permitieron formular una serie de constructos hipotéticos, a saber:

1. En cuanto a la variable sexo se esperaría que:

- El Trastorno de Negativismo Desafiante se presentará de manera más significativa más en los hombres que en las mujeres.

2. En cuanto a la variable edad se esperaría que:

- El TND se presentará de manera más significativa en niños de edades entre los 8 y 11 años en comparación con niños de 6 y 7 años de edad.

3. En cuanto a la variable de tipo de escuela se esperaría que:

- el TND se presentará de manera más significativa en niños de escuelas públicas que en niños de escuelas privadas.

4. En cuanto a la variable promedio de calificaciones se esperaría que:

- El TND se presentará de manera más significativa en niños que tienen un bajo promedio de calificaciones (5 y 6 de promedio) en comparación con niños que tienen un alto promedio de calificaciones (8,9, 10 de promedio).

5. En cuanto a la variable grado escolar se esperaría que:

- El TND se presentará de manera más significativa en niños de tercero de primaria en comparación con niños de primero y segundo de primaria.

6. INSTRUMENTOS.

El instrumento que se utilizó en la presente investigación fue obtenido en su mayor parte del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III R), el cual incluye los nueve criterios para el diagnóstico del Trastorno de Negativismo Desafiante, ante los cuales las maestras tenían que contestar si los niños cumplían o no con dichos criterios y si habían presentado un mínimo cinco de ellos por más de seis meses, se diagnosticaron como Negativistas.

Así mismo, el instrumento incluye los siguientes datos de identificación: nombre, edad, sexo, escuela, grado escolar y promedio aproximado de calificaciones. Estos datos fueron utilizados como variables independientes en el análisis estadístico. (Ver Apéndice A)

7. PROCEDIMIENTO.

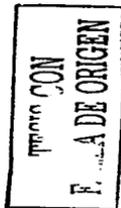
Con el fin de aplicar el cuestionario de los criterios de diagnóstico para el TND, se llevaron a cabo una serie de visitas a aproximadamente 12 escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México.

En cada una de las escuelas se llevó a cabo una entrevista con el director o coordinador de primaria, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación y la manera en la cual se requería su cooperación.

En la mayoría de las escuelas se tuvieron que hacer dos o tres visitas antes de poder obtener una respuesta acerca de si cooperarían o no con la investigación. Algunas escuelas no accedieron a cooperar debido a que las maestras se encontraban muy saturadas de trabajo, por lo que no tenían tiempo de contestar los cuestionarios.

En las escuelas que accedieron a cooperar con la investigación, se procedió a explicarles a cada una de las maestras que por favor escogieran al azar 16 niños de su grupo, de preferencia 8 mujeres y 8 hombres como mínimo, sin tomar en cuenta el tipo de conducta de estos niños o su nivel académico. Para llevar a cabo esto, se les pidió que con base a la lista de alumnos de su grupo, escogieran a los pares o los nones, según ellas quisieran y que para cada uno de los niños seleccionados contestaran un cuestionario.

En una de las escuelas privadas no se les permitió a las investigadoras hablar directamente con las maestras sino que se le tuvo que explicar a la coordinadora



de primaria el procedimiento, siendo ella a su vez quien se los explicó a las maestras.

Posteriormente se recogieron los cuestionarios en la fecha acordada con la directora de la escuela correspondiente.

Es importante mencionar que la aplicación de los cuestionarios se realizó durante el segundo semestre del año escolar con el fin de que las maestras ya tuvieran un mejor conocimiento de los niños después de haberlos tratado durante siete meses aproximadamente.

Una vez concluida la aplicación del instrumento, se procedió a clasificar a la muestra de acuerdo a las variables de edad, sexo, tipo de escuela, grado escolar y promedio aproximado de calificaciones para el análisis estadístico.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

III. RESULTADOS

1. ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Se analizó la consistencia interna del instrumento y se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .9077, lo que indica un alto grado de consistencia interna. En la tabla 1 se presentan los resultados del análisis para cada uno de los reactivos respecto a la escala total.

Tabla 1. Resumen del análisis de confiabilidad del instrumento.

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem - total	Alfa si se elimina el ítem
R1	1.4130	5.2802	.7331	.8937
R2	1.4176	5.3601	.6917	.8968
R3	1.4200	5.5186	.5980	.9036
R4	1.3828	5.3624	.6350	.9014
R5	1.3759	5.3049	.6591	.8996
R6	1.3619	5.1803	.7134	.8954
R7	1.4710	5.4590	.7512	.8935
R8	1.4803	5.5107	.7429	.8944
R9	1.4664	5.5285	.6895	.8974

Alfa total = .9077

Como se puede observar en la columna de correlación ítem - total, todos los reactivos discriminan adecuadamente y si se eliminara cualquiera de éstos, el alfa total del instrumento disminuiría.

2. PREVALENCIA.

Se realizó un análisis de frecuencias para determinar el número de sujetos que cumplían al menos con 5 criterios del trastorno de Negativismo Desafiante, y se concluyó que de los 431 sujetos que conformaban la muestra, 64 de ellos presentaban el trastorno, lo que representa el 14.85% de la muestra.

En la tabla 2 se muestra la distribución porcentual de la muestra completa de acuerdo a las variables independientes: tipo de escuela, sexo, grado escolar, edad y promedio de calificaciones.

Tabla 2. Distribución porcentual de la muestra para cada variable independiente.

Variable	Grupos	No diagnosticados (n = 367)	Diagnosticados (n = 64)
Tipo de escuela	Privada (n = 239)	86.61 %	13.39 %
	Pública (n = 192)	83.33 %	16.67 %
Sexo	Femenino (n = 210)	91.43 %	8.57 %
	Masculino (n = 221)	79.19 %	20.81 %
Grado escolar	Primero (n = 146)	91.10 %	8.90 %
	Segundo (n = 141)	82.98 %	17.02 %
	Tercero (n = 144)	81.25 %	18.75 %
Edad	6 años (n = 26)	100.0 %	0.0 %
	7 años (n = 92)	92.39 %	7.6 %
	8 años (n = 156)	82.05 %	17.95 %
	9 años (n = 94)	82.98 %	17.02 %
	10-11 años (n = 63)	79.37 %	20.62 %
Promedio	Promedio 5	66.67 %	33.33 %
	Promedio 6	58.33 %	41.66 %
	Promedio 7	76.71 %	23.29 %
	Promedio 8	81.43 %	18.57 %
	Promedio 9	92.25 %	7.75 %
Promedio 10	97.83 %	2.17 %	

La tabla 3 muestra la distribución de los 64 niños que cumplían el diagnóstico del Trastorno de Negativismo Desafiante.

Tabla 3. Distribución porcentual de los 64 niños que cumplen con los criterios del Trastorno de Negativismo Desafiante, con base en cada variable independiente.

Variable	Grupos	Diagnosticados
Tipo de escuela	Privada (n = 32)	50.0 %
	Pública (n = 32)	50.0 %
Sexo	Femenino (n = 18)	28.13 %
	Masculino (n = 46)	71.88 %
Grado escolar	Primero (n = 13)	20.31 %
	Segundo (n = 24)	37.50 %
	Tercero (n = 27)	42.19 %
Edad	6 años (n = 0)	0.0 %
	7 años (n = 7)	10.94 %
	8 años (n = 28)	43.75 %
	9 años (n = 16)	25.00 %
	10-11 años (n = 13)	20.31 %
Promedio	Promedio 5 (n = 2)	3.13 %
	Promedio 6 (n = 10)	15.63 %
	Promedio 7 (n = 17)	26.56 %
	Promedio 8 (n = 23)	35.94 %
	Promedio 9 (n = 11)	17.19 %
	Promedio 10 (n = 1)	1.56 %

Se aprecia que el trastorno se presenta en proporciones parecidas entre niños de escuelas públicas y privadas y se encuentra más en niños que en niñas. Por otro lado, mientras mayor es el grado escolar, mayor es el número de casos diagnosticados. Por último, se observa una relación curvilínea del porcentaje de casos diagnosticados y la edad y el promedio, encontrando los porcentajes más altos alrededor de los 8 años y entre alumnos con promedio de 8.

En la tabla 4 se muestra la distribución del número de criterios que cumplían los 64 niños que presentaban el Trastorno de Negativismo Desafiante.

Tabla 4. Distribución del número de criterios que cumplían los niños diagnosticados con el Trastorno de negativismo desafiante.

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
5	17	26.56 %
6	10	15.63 %
7	10	15.63 %
8	7	10.94 %
9	20	31.25 %
Total	64	100.0 %

Como se puede observar, el número de criterios cumplidos por los 64 niños diagnosticados con Trastorno de Negativismo Desafiante varía. El 26.56% de los niños cumplían 5 de los criterios, que es el mínimo de criterios requeridos para diagnosticar el trastorno, y 31.25% de los niños cumplían todos los criterios que constituyen el diagnóstico, es decir 9.

3. ANÁLISIS INFERENCIAL.

Con el fin de determinar si existían diferencias significativas en la distribución de casos con y sin el Trastorno de Negativismo Desafiante para todas las variables independientes, se realizó una serie de análisis de varianza (ANOVA). La tabla 5 muestra los estadísticos descriptivos y de contraste para los grupos.

Variable	Grupos	Media	D.E.	F	p
Tipo de escuela	Privada (n = 239)	1.49	2.25	1.262	.262 n.s.
	Pública (n = 192)	1.74	2.48		
Sexo	Femenino (n = 210)	1.01	2.34	21.872	.000 **
	Masculino (n = 221)	2.16	2.58		
Grado escolar	Primero (n = 146)	1.08	2.21	4.835	.008 **
	Segundo (n = 141)	1.72	2.64		
	Tercero (n = 144)	2.01	2.84		
Edad	6 años (n = 26)	0.12	0.59	3.608	.007 **
	7 años (n = 92)	0.98	2.13		
	8 años (n = 156)	1.81	2.77		
	9 años (n = 94)	1.95	2.59		
	10-11 años (n = 63)	2.06	2.96		
Promedio	Promedio 5	3.33	4.45	8.708	.000 **
	Promedio 6	3.38	3.36		
	Promedio 7	2.53	3.04		
	Promedio 8	1.77	2.63		
	Promedio 9	0.99	2.01		
	Promedio 10	0.33	1.03		

n.s. no significativo

** significativo con $p < .01$

Como se puede observar, existen diferencias significativas en la distribución de los casos de acuerdo a las variables: sexo, grado escolar, edad y promedio. No se observaron diferencias significativas con base en el tipo de escuela.

Los análisis post-hoc realizados indicaron que son significativamente diferentes entre sí:

- Los hombres de las mujeres, siendo que los hombres presentaron una media mayor.
- Los niños de primero y tercero, obtuvieron una media más alta el grupo de tercero.
- Los niños de 6 años obtuvieron una media mayor que los de 8, 9 y 10-11 años.
- Los niños cuyo promedio es de 5 y 6 obtuvieron una media mayor que los que tienen promedio de 10.

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El TND es un trastorno que ha causado mucha controversia, principalmente en cuanto a su clasificación dentro de los desórdenes de conducta, ya que en algunos casos ha sido considerado como un subtipo de desorden de conducta como en el ICD 9 y en otros ha sido eliminado como en el ICD 10; hecho en el DSM III el TND es considerado como un desorden de la infancia y en el DSM III R, el TND esta incluido dentro de la categoría de desordenes disruptivos de la conducta, la cual incluye a los trastornos de conducta, al trastorno por déficit de la atención con hiperactividad y al trastorno de negativismo desafiante (Kaplan y Sadock, 1991).

En la revisión bibliográfica realizada en el presente estudio, se observó que en la mayoría de los casos, el TND ha sido considerado como parte de los trastornos de conducta e incluso en algunos de estos la etiología y el tratamiento han sido descritos en forma generalizada para ambos trastornos (Kaplan y Sadock 1991).

La postura de la Asociación Psiquiátrica Americana estaba representada por el DSM III R que consideraba el trastorno como un subtipo de desorden disruptivo de la conducta. El manual define el cuadro en base a nueve manifestaciones clínicas y para hacer el diagnóstico es suficiente que el clínico encuentre presentes por lo menos cinco de estas manifestaciones (American Psychiatric Association , 1988).

Aunque este trastorno ha generado controversia en cuanto a su clasificación como desorden de conducta, en la revisión bibliográfica se pudo observar que es un trastorno claramente definido en cuanto a sus criterios, encontrándose concordancia en cuanto a las manifestaciones clínicas del mismo citadas por los diferentes manuales de diagnóstico.

Tomando en consideración que el instrumento de medición utilizado en el presente investigación fue un cuestionario basado en los criterios diagnósticos del DSM III R para este trastorno, se realizó un análisis de consistencia interna para estimar la

confiabilidad de los reactivos que integran la escala de criterios, utilizando para esto el coeficiente Alpha de Cronbach, el cual fue de .9077 para la escala total. Lo que indica un alto grado de confiabilidad interna. Este resultado confirma que los criterios descritos dentro del DSM III R, son característicos de una población específica a la cual el DSM III R, clasificó como Trastorno de Negativismo Desafiante.

Otro aspecto importante a considerar de este instrumento de medición, es el hecho de que su aplicación se da en una situación de campo, es decir, son los maestros, los que conviven con los niños y los conocen perfectamente, los que contestaron el cuestionario.

Tomando en cuenta la postura de la Asociación Psicológica Americana en cuanto a las manifestaciones del TND: Los síntomas típicos se ponen de manifiesto en la interacción con los adultos o con compañeros que el niño conoce perfectamente. En la exploración clínica es frecuente que no se observen signos de este trastorno" (American Psychiatry Association , 1988).

Podemos suponer que este instrumento presenta mayor confiabilidad siendo aplicado por los profesores que si hubiera sido aplicado en una situación clínica por profesionales.

La prevalencia de un trastorno de conducta dentro de una población se encuentra directamente influenciada por factores de selección de la muestra y por diferentes variables independientes que de no controlarse pueden afectar el comportamiento de los individuos y por tanto los resultados de diferente pruebas.

En la revisión bibliográfica realizada no se encontraron datos específicos consistentes sobre la prevalencia del TND en diferentes poblaciones. En la presente investigación se encontró una prevalencia general del 14.8% en cuanto a la población total lo que indica que de cada 100 niños en un salón de clases 14.8 presentan por lo menos cinco de las conductas criterio para diagnosticar el TND, en definitiva este resultado debería ser corroborado en futuras investigaciones .

tanto en poblaciones muestra con características similares a la de la presente investigación, así como en otras que difieran de la misma.

Sin embargo, considerando este resultado en forma aislada podemos decir que aunque el porcentaje no es alarmante, si es para tomarse en cuenta como un trastorno con el cual no sólo padres, sino maestros tienen que lidiar dentro del salón de clases, por lo que sería recomendable ampliar nuestros conocimientos sobre las características, sintomatología, curso y tratamiento del trastorno para poder orientar a aquellos adultos que se encuentran en contacto directo con el niño con TND.

Los datos encontrados en estudios anteriores referentes a la prevalencia del trastorno en cuanto al sexo son contradictorios. Por un lado, en una investigación hecha en Londres se encontró que algunos síntomas de TND se presentan indistintamente en hombres y mujeres y en otros casos se presentan más frecuentemente en los hombres.

Por otro lado, en una investigación realizada en la isla de Wight, no se encontró una mayor prevalencia entre sexo. Sin embargo, Laviets (1989) reporta que aunque en general se ha considerado mas alta la frecuencia del trastorno en los varones, investigaciones recientes sugieren que en las niñas se diagnostica más a menudo el trastorno por oposición, mientras que los niños reciben el diagnóstico de trastorno de la conducta de tipo socializado. Un hallazgo importante es que también se han notado conductas de oposición en los familiares de los pacientes con este trastorno (Laviets, 1989).

En esta investigación en particular, los resultados obtenidos en cuanto a la prevalencia específicamente entre sexos, muestra una diferencia, siendo mayor la prevalencia en los hombres.

Tomando como base los criterios de diagnóstico del TND citados en el DSM III R como reactivos de la prueba en la presente investigación, se encontró una prevalencia del trastorno en la seleccionada del total, de la muestra diagnosticada

el 28.1% son mujeres y un 71% de la población diagnosticada son hombres, lo cual indica que en la presente investigación el TND se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

Esta diferencia se puede deber a varios factores, entre ellos:

- A) Agresividad: "Un gran número de estudios afirman que los varones son más agresivos que las hembras" (Tyler, 1978, pág. 259) En una exhaustiva bibliografía preparada por Oetzel (1962, citado en Tyler, 1978), se incluyen 30 estudios basados en observaciones, calificaciones, experimentos, técnicas proyectivas y cuestionarios autobiográficos que comprenden sujetos desde el periodo preescolar hasta adultos, En la gran mayoría de estas investigaciones los niños aparecen significativamente más agresivos que las niñas. (Tyler, 1978)

Basados en este hecho se podría suponer que, si en general el hombre es más agresivo que la mujer, en el caso de presentar un desajuste emocional el hombre con mayor frecuencia que la mujer manifestaría dicho desajuste a través de conductas agresivas, como es en el TND.

- B) Femenidad-masculinidad: Así mismo se puede pensar que la prevalencia masculina en el TND encontrada en la presente investigación puede encontrarse ligada a dos de los principios de "masculinidad-femenidad" citados por Bennett y Cohen los cuales dicen: "El pensamiento masculino se orienta más en términos del yo, mientras que el femenino se orienta más en términos del ambiente".

"El pensamiento masculino está asociado más con el deseo de consecución personal, el pensamiento femenino está más asociado con el deseo de afecto social y amistad " (Tyler, 1978, pág. 260).

Tomando en cuenta estos principios es de suponer que en el caso de un desajuste emocional, el hombre tenderá a manifestar con mayor frecuencia conductas

rebeldes y negativista, como en el caso del TND, debido a la influencia inherente de su forma de pensamiento y sus orientaciones.

Por otro lado, en cuanto a la relación existente entre el TND y la variable edad, se encontró que los niños con TND de seis años representan el 0% de la población diagnosticada, los de 7 años representan el 21.3% los de 8 años representan el 36.2% los de 9 años representan un 21.8% y los de 10 y 11 años de edad representan el 14.6% , encontrándose significancia en el resultado, pudiendo concluir que en la presente investigación el TND se presenta con mayor frecuencia en los niños de 8 y 11 años de edad.

En la revisión bibliográfica realizada en la presente investigación, no se encontró información específica sobre la prevalencia del TND con respecto a la edad.

Sin embargo, en el DSM III R se menciona que este trastorno "generalmente empieza durante los años escolares y se termina de desarrollar hacia el inicio de la adolescencia" (American Psychiatry Assosiation , 1988).

El resultado encontrado en la presente investigación coincide con lo anteriormente mencionado, siendo que los niños de ocho a 11 años de edad se encuentran en plena edad escolar, mientras que los niños de 6 años de edad se encuentran en edad pre-escolar. La prevalencia del TND en la edad escolar pre-adolescente se puede deber a diferentes factores, entre los cuales podemos citar la influencia de algunas de las características específicas de las etapas de desarrollo correspondientes a estas edades como pueden ser los rasgos de laboriosidad y competencia citados por Erikson (Chaplin y Krawiec, 1978, en donde " el éxito de esta etapa significa que el niño adquiera dichos rasgos, que de no hacerlo, se vería abrumado por sentimientos de frustración e inferioridad " (Chaplin y Krawiec, 1974, pág. 438) lo que en el caso de un desajuste emocional como es el TND podrían manifestarse a través de rebeldía agresividad y oposicionismo. Asimismo, como reportan Mussen, Conger y Kagan (1982) los años de la niñez media son un periodo crítico en el desarrollo de la conciencia social. Según Piaget, antes de los 7 u 8 años de edad, el concepto de la justicia que se

ha formado el niño se basa en nociones rígidas e inflexibles de bien y de mal aprendidas de sus padres, pero entre las edades de ocho a once años, se van desarrollando juicios que van siendo cada vez más igualitarios. El desarrollo de la conciencia depende del nivel de madurez cognoscitiva y también de las influencias paternas y de otro carácter a que está sujeto el niño. El desarrollo normal de la conciencia se facilita cuando: 1) la propia conciencia y las normas morales de los padres son maduras y razonables pero no excesivamente rígidas, duras e inflexibles y 2) la adopción de las normas de los padres por parte del niño se basa en la identificación y el modelamiento positivo (Mussen, Conger y Kagan, 1982).

Con respecto al resultado encontrado en la presente investigación en relación a los niños con TND de 6 y 7 años de edad entre los cuales no se encontraron diferencias significativas, se podría suponer que las diferencias entre las características de desarrollo en estas dos edades no varían ampliamente compartiendo incluso algunas características similares, mientras que las diferencias en cuanto a las características de las etapas de desarrollo de los 6 años y los 8 a los 11 años de edad son totalmente diferentes en la mayoría de los casos.

Por ejemplo, Piaget (citado por Chaplin y Krawiec, 1978) en su teoría de desarrollo del conocimiento del niño, sitúa a los niños de 4 a 7 años de edad dentro de la misma etapa, siendo esta la del período de pensamiento intuitivo, y a los niños entre 7 y 11 años de edad los sitúa en otra etapa del desarrollo totalmente diferente siendo esta la de operaciones concretas.

Relacionado con la edad, se encuentra la variable grado escolar, en la cual, de la población diagnosticada con TND, los resultados indicaron una diferencia significativa entre el grupo de niños diagnosticados de primer y tercer grado de primaria, obteniendo la media más alta el grupo de tercero. La distribución observada entre los niños diagnosticados fue la siguiente: los niños de primero de primaria representan el 20.31%, los de segundo de primaria representan el 37.5%, y los de tercero de primaria representan el 42.1%. Estos resultados concuerdan

con los encontrados en relación a la variable independiente edad, siendo que la mayoría de los niños de 7 años de edad y algunos de 6 pertenecen al grupo de primero de primaria, mientras que los niños de 8 y 9 años de edad pertenecen al grupo de tercero de primaria encontrándose ambos grupos en diferentes etapas de desarrollo como se mencionó anteriormente lo que puede crear las diferencias observadas en la presente investigación.

En cuanto a la relación entre el Trastorno de Negativismo Desafiante y promedio de calificaciones los resultados muestran una diferencia significativa ya que el grupo de 5 y 6 de promedio difirió significativamente del grupo de 10 de promedio, en donde las medias de los grupos de 5 y 6 de promedio son mayores que de la del grupo de 10 de promedio. De este resultado se puede concluir que en la población de la presente investigación existe una relación inversa proporcional entre promedio de calificaciones y número de reactivos de la prueba que representan directamente síntomas del TND, es decir a menor promedio (5-6) mayor número de síntomas o conductas relacionadas con el TND y a mayor promedio, menor número de síntomas o conductas relacionadas con el TND.

Este resultado puede estar influenciado por un sin número de variables entre las que se pueden citar los rasgos hipotéticos de personalidad relacionados con el alto y el bajo rendimiento citados por Taylor (1964). Este autor menciona que los niños con bajo rendimiento académico por lo general muestran hostilidad hacia las figuras de autoridad y sus relaciones interpersonales son negativas.

Asimismo menciona que tienen un pobre concepto de sí mismo y profundo conflicto de dependencia – independencia (Taylor, 1964 citado por Tyler, 1978).

Como se puede observar las características de personalidad de los niños con bajo rendimiento académico mencionadas por Taylor, son manifestaciones clínicas características de los niños con TND. Por lo tanto, esto coincide con los resultados encontrados en la presente investigación, por lo que se puede decir que los niños con bajo rendimiento académico tienen mayor probabilidad de presentar síntomas del TND que los niños con alto rendimiento académico debido a que como

consecuencia de este bajo rendimiento van a presentar ciertas características de personalidad que están directamente relacionados con el TND.

1. Limitaciones y recomendaciones.

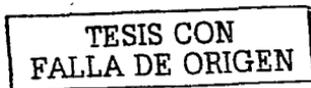
Consideramos que las limitaciones de la presente investigación son las siguientes:

- El instrumento de medición solamente fue contestado por un maestro y no por lo menos por dos de ellos, lo cual pudo haber afectado los resultados de la prevalencia del TND en la presente investigación ya que es posible el hecho de que el niño manifieste conductas criterio de TND frente a uno de sus maestros, por un conflicto existente en esa relación en específico y sin embargo no manifiesten ninguno menos de las cinco conductas bases y típicas del TND en otras circunstancias y con otras personas como pueden ser otros maestros dentro o fuera del colegio.

- Otra limitación de esta investigación, es que el cuestionario no fue contestado por los padres, lo cual también pudo haber afectado los resultados de prevalencia, ya que los padres en primer termino son quienes mejor conocen a sus hijos, además de que muchas veces el TND puede presentarse en la casa y no en la escuela, y el instrumento solo fue aplicado dentro de la escuela.

- Otra de las limitaciones en la presente investigación es que en uno de los colegios utilizados no se les permitió a las investigadoras hablar directamente con los profesores, sino que se le dio la explicación de cómo debían ser contestados dichos cuestionarios a la coordinadora de primaria quien a su vez les dio la explicación a los profesores. Por lo tanto, es posible que la explicación a dichos profesores haya sido alterada, lo cual a su vez pudo haber alterado los resultados de la investigación.

- Otra de las limitaciones de este estudio es el hecho de que solamente se tomaron escuelas de cierto sector de la Ciudad de México, lo cual implica que los



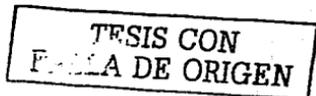
resultados de la presente investigación no puedan ser generalizables hacia la población mexicana.

Las recomendaciones para futuras investigaciones son las siguientes:

Aunque consideramos que el instrumento aplicado cumplió con los objetivos iniciales para lo cual fue diseñado, sería importante en futuras investigaciones realizar estudios de validez que pudieran descartar el hecho de que ciertos individuos pudiesen ser diagnosticados con TND debido a situaciones y estresantes psicosociales temporales que afecten la conducta de la persona de tal manera que muestre cinco o más manifestaciones del diagnóstico como pueden ser en el caso de un niño cambio de casa, cambio de colegio, muerte de algún ser querido o cercano, nacimiento de un hermano, divorcio o separación de los padres. Estos factores temporales pueden ser descartados si en futuras investigaciones el criterio de exclusión del TND citado en el DSM III R que establece que los síntomas deben estar presentes por lo menos durante seis meses es incluido dentro de los reactivos del instrumento de medición.

-En futuras investigaciones se recomienda que el cuestionario sea contestado por mas de un adulto que conviva con el niño, para de esta manera poder corroborar los resultados de uno o de otro y así poder estar seguros de que los resultados podrían estar afectados por otras circunstancias como podrían ser problemas en la relación del niño con su maestro.

- Sería asimismo recomendable en futuras investigaciones el que los padres del niño o aquellas personas que conviven con él en el hogar, contestaran el cuestionario, ya que de acuerdo al DSM III R, "las manifestaciones de este trastorno se presentan invariablemente en el hogar, pero pueden faltar en la escuela o en la relación con otros adultos o compañeros" (American Psychiatry Association , 1988).



- Se recomienda que en futuras investigaciones se realice este mismo estudio con escuelas de diferentes sectores de la ciudad y si es posible que se haga con escuelas representativas de toda la república mexicana.

- Se recomienda que en futuras investigaciones, se utilice una muestra con niños de diferentes edades que las que se utilizaron en la presente investigación, para así poder realmente observar cual es la prevalencia en cuanto a la edad del TND, ya que estos resultados están basados solamente en niños entre los 6 y los 11 años de edad.

- Dado que el presente trabajo de investigación se inició en el siglo pasado, en 1990, se recomienda el diseño del instrumento basado en esa época en los criterios del DSM III R sean ajustados y comparados con un nuevo instrumento diseñado con base a los nuevos criterios establecidos por el DSM IV TR y que los resultados arrojados en la aplicación de ambos instrumentos sean comparados.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Referencias Bibliográficas.

- American Psychiatric Association, (2001) . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: author.
- American Psychiatric Association, (1988). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Barcelona. p.p. 60 – 71.
- Anderson, J. G., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. (1987). "DSM-III disorders in preadolescent children". Archives of General Psychiatry. p.p. 44, 69 – 76.
- Anderson, K. E., Lyttoa, H., & Romney, D.M. (1986). "Mothers' interactions with normal and conduct-disordered boys: Who affects whom?" . Developmental Psychology. p.p. 22, 604-609.
- Atkeson, B.M., & forehand, R. (1981). "Behavioral Assessment of Childhood Disorders". Conduct Disorders in Mash EJ, Terdal L.G., (eds.) N.Y.; Guilford.
- Barkley, R., Fischer, M.; Edelbrock, C; & Smallish, L. (1991). "The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria- 111 Mother child interactions, family conflicts and maternal psychopathology". Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. 32 (2). p.p. 233-255.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S.E. (1991). "Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders". American Journal of Psychiatry. 148. p.p. 564-577.
- Block, J. (1995). "The relation between IQ, impulsivity, and delinquency: Remarks on the Lynam, Moffitt, and Stouthamer-Loeber (1993) interpretation". Journal of Abnormal Psychology, 104. p.p. 395-398.
- Brandenburg, N.A., Friedman,R.M., & Silver, S.E. (1990). "The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 29. p.p. 76-83.
- Brestan, E.V., & Eyberg, S.M. (1998). "Effective psychosocial treatments of conduct disordered children and adolescents". Journal of clinical Child Psychology. 27. p.p. 180-189.
- Cairns, R. B., Cairns, B. D., Neckerman, H. J., Ferguson, L.L., & Gariepy, J. (1989). "Growth and aggression: I. Childhood to early adolescence". Developmental Psychology, 25. p.p. 320-330.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (1995). "The continuity of maladaptive behavior: From description to understanding in the study of antisocial behavior". In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), Developmental psychopathology, 2. New York: Wiley p.p. 472 – 511 .
- Cicchetti, D., & Richters, J. (1993). "Developmental considerations in the investigation of conduct disorder". Development and Psychopathology, 5. 331-344.
- Clarizio, H. & McCoy, G. (1981). Trastornos de la Conducta en el Niño. México: El Manual Moderno, S.A. de C. V.American Psychiatric Association, (2001) . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: author.

- Costello, E. J., & Angold, A. (1993). "Toward a developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders". Development and Psychopathology, 5, p.p. 91-101.
- Crick, N.R., & Dodge, K. A. (1994). "A review and reformulation of social information processing mechanism in children's social adjustment". Psychological Bulletin, p.p. 115, 74-101.
- Chaplin, J.P., & Krawiec, T.S. (1978). Psicología: Sistemas y Teorías, 3ª ed. México: Interamericana. p.p. 286 – 289, 437 – 438.
- Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). "Social-information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups". Journal of Personality and Social Psychology, p.p. 53, 1146- 1158.
- Dodge, K. A., & Frame, C. L. (1982). "Social cognitive biases and deficit in aggressive boys". Child Development, p.p. 53, 629-635.
- Dodge, K. A., Bates, J. & Pettit, G. S. (1990). "Mechanisms in the cycle of violence". Science, p.p. 250, 1678-1683.
- Donohue, B., Hersen, M., & Ammerman, R.T. (1995). "Historical overview". In Hersen, M., & Ammerman, R.T. (Eds.), Advanced abnormal child psychology. Hillsdale, NJ: Erlbaum. p.p. 3-19.
- Duncan, G. J., Brooks/Gunn, J., & Klenabov, P.K. (1994). "Economic deprivation and early childhood development". Child Development, p.p. 65,296-318.
- Easterbrooks, M. A., Davidson, C. E., & Chazan, R. (1993). "Psychosocial risk, attachment, and behavior problems among school-aged children". Development and Psychopathology, 5, p.p. 389-402.
- French, D. C. (1988). "Heterogeneity of peer-rejected boys: Aggressive and nonaggressive subtypes". Child Development, p.p. 59, 976-985.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M. A. G., Hart, E. L., & Hanson, K. (1993). "Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and crossvalidation in a clinic sample". Clinical Psychology Review, p.p. 13, 319-340.
- Friedmans, S. (1994) "Staying simple, staying focused: Time effective consultations with children and families". In Hoyt, M. (Ed.). Constructive therapies. New York: Guilford, p.p. 217-250.
- Goodman, S. H., & Kohisdorf, B. (1994). "The developmental psychopathology of conduct problems: Gender issues".
- Hinshaw, S.P. (1992). "Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanism". Psychological Bulletin, p.p. 111, 127-155.
- Hinshaw, S.P. (1994). "Conduct Disorder in childhood: Conceptualization, diagnosis, comorbidity, and risk status for antisocial functioning in adulthood". In Fowles, D.C., Sutker, P., & Goodman, S.H. (Eds.), Progress in experimental personality and psychopathology research. New York: Springerl. p.p. 3-44.

- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1991). Synopsis of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kazdin, A. E. (1991). "Aggressive Behavior and Conduct Disorder". In: Kratochwill, T., & Morris, R. (Ed.). The Practice of Child Therapy. New York: Pergamon General Psychology Series.
- Kazdin, A. E. (1987). "Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future direction". Psychological Bulletin. p.p. 102, 187-203.
- Lahey, B.B., Hart, E.L., Pliszka, S., Apple Gate, B., & McBurnett, K. (1993). "Neurophysiological Correlates of Conduct Disorder: a rationale and review of current research". Journal of Clinical Child Psychology. p.p. 22,141-153.
- Lavietes, R. (1989). "Trastorno por oposición". En: Kaplan, H., & Sadock, B. (Ed.). Tratado de Psiquiatría. 2^a. Ed. México: Salvat Editores.
- Levy, D.M. (1955). "Oppositional syndromes and oppositional behavior". Psychopathology of Childhood. 5 (1). p.p. 204.
- Lewis, D.O., Yeager, C.A., Cobham-Portorreal, C.S., Klein, N., Showalter, B. A., & Anthony, A. (1991). "A follow-up of female delinquents: Maternal contributions to the perpetuation of deviance". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. p.p. 30, 197-201.
- Lochman, J., Whitey, K., & Wayland, K. (1991). "Cognitive Behavioral Assessment and Treatment with aggressive Children". In: Kendall, P.C. (Ed.). Child and Adolescent Therapy: Cognitive Behavioral Procedures. New York: Philip C. Kendall and the Guilford Pres.
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W.B., & Maughan, B. (1993). "Developmental pathways in the disruptive child behavior". Development and Psychopathology, 5. p.p. 103-133.
- Lytton, H. (1990). "Child and parent effects in boys conduct disorder: A reinterpretation". Developmental Psychology. p.p. 683-698.
- Mash, E. J., & Barkley Russell A. (1996). Child Psychopathology. The Guilford Press, New York.
- Mattison, R. E., & Gamble, A. D. (1992). "Severity of socially and emotionally disturbed boys, disfunction at school and home: Comparison with psychiatric and general population boys". Behavioral Disorders, 17. p.p. 219-224.
- McBurnett, K., & Lahey, B.B. (1994). "Neuropsychological and neuroendocrine correlates of conduct disorder and antisocial behavior in children and adolescents". In: Fowles, D.C., Sutker, P., & Goodman, S.H. (Eds.). Progress in experimental personality and psychopathology research. New York: Springer. p.p. 199-231.
- Milne, Julie M.; Edwards, Jeffrey K.; Murchie, Jill C. (2001). Family Journal. Alexandria.
- Mussen, P., Conger, J., & Kagan, J. (1982). Desarrollo de la Personalidad en el niño. 2^a. Ed. México: Trillas
- Nichols, M., & Schwartz, R. (1995). Family therapy. Needham Heights, Ma: Allyn & Bacon.
- Patterson, G. R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992) . Antisocial boys. Eugene, OR: Castalia.

- Richters, J. E., & Cicchetti, D. (1993). "Mark twain meets DSM-III-R: Conduct disorder, development, and the concept of harmful dysfunction". Development and Psychopathology, 5. p.p. 5-29.
- Saffran, P.S., & Saffran, J.P.(1985). Classroom Context and Teacher's Perceptions of Problems Behaviors. Journal of Educational Psychology, 77, (1), p.p. 20-28.
- Sutker, P.B. (1994). Psychopathy: "Traditional and clinical antisocial concepts". In D.C. Fowles, P. Sutker, & S.H. Goodman (Eds.), Progress in experimental personality and psychopathology research. New York: Springer. pp. 73-120.
- Tyler, L. E. (1978). Psicología de las Diferencias Humanas. 3ª ed. Madrid: Marova. p.p. 259 - 496.
- Wells, K.C., & Egan, J. (1988). "Social Learning and Systems Family Therapy for Childhood Oppositional Disorder: Comparative Treatment Outcome". Comprehensive Psychiatry, 29(2). p.p. 138-146.
- Wodrich, D.L., Stobo, N., & Trca, M. (1998). "Three ways to consider education performance when determining serious emotional disturbance". School Psychology Quarterly, 13. p.p. 228.

APENDICE INSTRUMENTO

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____

Escuela _____ Grado Escolar _____

Promedio Aproximado de Calificación _____

Criterios para el diagnostico de Negativismo Desafiante:

El Niño:

- | | | |
|--|------|------|
| 1. A menudo se encoleriza | (SI) | (NO) |
| 2. A menudo discute con los adultos | (SI) | (NO) |
| 3. A menudo desafía activamente o rechaza las peticiones o reglas de los adultos. Por ejemplo: No quiere ayudar en las tareas que se le piden. | (SI) | (NO) |
| 4. A menudo hace deliberadamente Cosas que molestan a los demás Por ejemplo: Quitarle la cartera a Otro niño. | (SI) | (NO) |
| 5. A menudo acusa o reprocha a los Demás de sus propios errores. | (SI) | (NO) |
| 6. A menudo es susceptible y se Molesta fácilmente con los demás | (SI) | (NO) |
| 7. A menudo esta colérico y resentido. | (SI) | (NO) |
| 8. A menudo es rencoroso o reivindicativo | (SI) | (NO) |
| 9. A menudo reniega o usa lenguaje obsceno. | (SI) | (NO) |