



**APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCA EN UN TRASTORNO DISOCIAL
DEPRESIVO.**

Dr. Miguel Ángel Díaz-Sibaja.
Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras

Dra. María Isabel Comeche Moreno
Universidad Nacional de Educación a Distancia

**“EDUCA” PROGRAM PARENTING TREATMENT FOR A DEPRESSIVE
CONDUCT DISORDER.**

Dr. Miguel Ángel Díaz-Sibaja.
Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras

Dra. María Isabel Comeche Moreno
Universidad Nacional de Educación a Distancia

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Díaz Sibaja.
Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.
Pso. de la Conferencia s/n
11207 Algeciras (Cádiz)

**Teléfono: 956-004961
654-170430**

E-mail: diazsibaja@ono.com

Aplicación del programa educa en un trastorno disocial depresivo.

Se presenta el caso de una niña de 12 años de edad diagnosticada de un trastorno disocial depresivo. El tratamiento de primera elección para los trastornos del comportamiento perturbador es el entrenamiento en escuela de padres. La evaluación se realizó mediante una entrevista semi-estructurada y mediante un protocolo de evaluación elaborado a partir de adaptaciones realizadas a los cuestionarios "Child Behaviour Check-List, CBCL" (Achenbach y Edelbrock, 1983), "Alabama Parenting Questionnaire" (Frick, Christan y Wootton, 1999) y "Entrevista a Padres" (Pelechano, 1980). La principal estrategia de intervención que se utilizó para este caso fue el "Programa EDUCA. Escuela de padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos" (Díaz-Sibaja, Comeche y Díaz-García, 2009). Los resultados reflejaron una mejoría clínicamente significativa de los comportamientos disruptivos de la menor tras 7 sesiones de intervención.

Palabras clave: Escuela de padres, trastorno disocial depresivo, tratamiento protocolizado.

"EDUCA" program parenting treatment for a depressive conduct disorder.

We present a case of a 12 year old girl who suffered depressive conduct disorder. Assessment tools used were: semi-structured interviews and an protocolized evaluation developed from adaptations to the questionnaires "Child Behaviour Check-List, CBCL" (Achenbach and Edelbrock, 1983), "Alabama Parenting Questionnaire" (Frick, Christan and Wootton, 1999) and "Parents Interview" (Pelechano, 1980). The main intervention strategy that was used for this case was the "EDUCA Program. Parenting Treatment. Positive Education to teach your children" (Diaz-Sibaja, Comeche and Diaz-Garcia, 2009). The results showed a clinically significant improvement in the disruptive behaviors after 7 intervention sessions.

Keywords: parenting treatment, depressive conduct disorder, protocolized treatment.



Aplicación del programa educa en un trastorno disocial depresivo.

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE.

María es una niña de 12 años de edad. Vive con sus padres adoptivos y con su hermanastro (quien también es adoptado y tiene un trastorno generalizado del desarrollo). Estudia 6º de primaria y a pesar de que su rendimiento escolar es bajo probablemente apruebe todas las asignaturas del curso.

Motivo de consulta.

Acude por primera vez a consulta con su madre y con su hermano. Es la madre quien normalmente se encarga del cuidado de los niños, algo que suele reprochar al marido, ya que ella también trabaja.

Según refiere la madre, el principal motivo de consulta es el mal comportamiento que manifiesta María, sobre todo en el contexto familiar. María es muy desobediente, grita mucho cuando las cosas no son como ella quiere y amenaza a los padres con denunciarles por maltratadores (aunque, según comenta la madre, en raras ocasiones le han dado siquiera un azote en el culo). Cuando la castigan (p.e. en su cuarto sin ver la tele) se pone a gritar por la ventana que la están haciendo daño y que la quieren matar, e incluso en ocasiones ha llegado a romper cosas de la casa (platos, cuadros, jarrones) en alguna de sus rabietas.

Los padres no saben qué hacer con ella, ni cómo reaccionar cuando ella se comporta de esta forma. Ante la desesperación que les genera, últimamente han optado por ignorarla e incluso dejar que haga un poco lo que quiera. No obstante, tampoco esta actitud les está sirviendo. Su última fechoría ha sido la de robar una pulsera y unos pendientes de oro y vendérselo a una compañera de clase. La profesora las pilló infraganti y avisó a los padres para informarles de lo ocurrido. María, esa misma tarde y por temor a lo que pudieran hacer sus padres, se escapó de casa y estuvo unas cuantas horas perdida, sin que sus padres supieran dónde estaba.

Historia del problema.

Según refiere la madre, desde que María fue adoptada a los 5 años de edad, ha tenido problemas de comportamiento. María había pasado antes por dos familias de acogida. Como decía la madre *“su comportamiento hace muy difícil la convivencia”*. Al principio de la relación, los padres estaban muy motivados y esperaban ganarse la confianza y el afecto de María. Reconocen que le consentían demasiado (*“demasiados caprichos”*), pero *“ella siempre quiere más”*. Por otro lado, les daba mucha pena el hecho de que María hubiese sido rechazada en varias ocasiones.

Por lo que respecta a los antecedentes personales, los padres de María no tenían mucha información acerca del desarrollo evolutivo de la niña hasta los 5 años de edad, pero creen que fue normal en cuanto a la adquisición del lenguaje, el control de esfínteres y el desarrollo motor.

Asimismo, no tenían información acerca de los antecedentes familiares. Sí que refieren que la custodia de María fue retirada a los padres biológicos antes del año por problemas relacionados con las drogas. Durante un par de años estuvo en un centro de acogida y, posteriormente, pasó por dos familias, quienes no pudieron hacerse cargo de María por los problemas de conducta que presentaba.

En relación a su estado somático actual, manifestaron que María tenía una alimentación saludable (*“la fruta y la verdura es una pelea, pero al final se la come”*), no tomaba excitantes (una o dos coca-colas los fines de semana) ni drogas. Sí que estaba empezando a *“tontear”* con el tabaco (*“la hemos descubierto en alguna ocasión cogiéndole al padre un cigarrillo del paquete de tabaco”*). Por lo que respecta al sueño, antes dormía mejor. Lleva una racha en la que comenta que le cuesta mucho dormir, aunque una vez que coge el sueño permanece dormida toda la noche.

Hace ejercicio casi a diario (3 días en semana taekwondo y 2 días gimnasia en el instituto). En cuanto a las relaciones interpersonales, los padres de María refieren que se relaciona bastante bien en clase, aunque últimamente se queja de que las amigas no la hacen caso y la ignoran. *“Normal, es un poco mandona y tiene que ser siempre lo que ella dice”*, manifiesta la madre. Cuando vuelve del instituto se suele quedar en casa, a no ser que tenga taekwondo o clases particulares. Los fines de semana no se relaciona con nadie más que con el hermano. *“Antes quedábamos con sus tíos y primos, pero entre los problemas del hermano y los de ella hemos optado por evitar malos momentos”*.

El tiempo libre lo dedica a ver la televisión, a jugar con el ordenador o videoconsola o a chatear con las amigas del colegio.

En relación al contexto familiar, la madre reconoce estar desesperada. Por un lado se encuentra ante la demanda absoluta del hijo mayor que presenta un trastorno generalizado del desarrollo y por el otro están los problemas de conducta de María. Los problemas de María los atribuye a celos del hermano y a llamadas de atención. No obstante, ella ha optado por ignorarla, está cansada. *“Yo no quería esto”, “es insoportable”, “ya no me sale ni darla un beso”*, llega a manifestar la madre.

Técnicas de Evaluación.

Entrevista semi-estructurada. Esta entrevista comprende los siguientes aspectos de interés clínico: motivo de consulta, historia del problema, factores desencadenantes del episodio actual, datos familiares y genograma, antecedentes familiares y personales, estado somático actual y valoración del soporte familiar y social. Esta entrevista se suele realizar en la primera consulta o sesión.

Protocolo de evaluación de hospital de día. Este protocolo de evaluación no pretende ser un instrumento diagnóstico, sino que el objetivo es hacer un screening sobre los



distintos síntomas que puede presentar el menor, de tal forma que nos permita aproximarnos al trastorno o al cuadro psicopatológico por el cual se demanda en este momento la atención clínica.

Este cuestionario ha sido elaborado a partir de adaptaciones realizadas a los cuestionarios “Child Behaviour Check-List, CBCL” (Achenbach y Edelbrock, 1983), “Alabama Parenting Questionnaire” (Frick, Christan y Wootton, 1999) y “Entrevista a Padres” (Pelechano, 1980), y de la incorporación de preguntas referentes a actividades de la vida diaria, como, vestido, alimentación, sueño, etc.

Consta de 158 ítems o preguntas (algunas de ellas abiertas), que son respondidas por los padres o profesores en función de la frecuencia de aparición de las conductas problema. Para aquellos síntomas que se consideran negativos las posibles respuestas pueden ser: *no, a veces, bastante o mucho* (se dará una puntuación de 0 a las respuestas “no” o “a veces”, una puntuación de 1 para las respuestas “bastante” y una puntuación de 2 para las respuestas “mucho”). Sin embargo, con aquellos comportamientos que pudieran ser considerados positivos, las posibles respuestas serían: *si, a medias o no* (se puntuará con un 0 las respuestas “si”, con un 1 la respuestas “a medias”, y con un 2 las respuestas “no”).

La puntuación de este protocolo se refleja en 12 escalas, que son: agresividad, depresión, obsesiones, conductas disruptivas, grado de autonomía (comida, higiene personal, vestido y medicación), problemas somáticos, hiperactividad, patrón de sueño, tóxicos, relaciones sociales, relaciones familiares y comportamiento en la escuela. La puntuación vendrá reflejada en porcentajes, y será el resultado de la suma de los valores asignados a cada uno de los ítems dividido por la máxima puntuación que se podría obtener en cada una de las escalas. A mayor porcentaje mayor será la frecuencia e intensidad de los síntomas.

Análisis de los resultados y descripción de las conductas problema.

📖 Protocolo de Evaluación de la USMIJ-HD:

☞ **Agresividad:** la puntuación obtenida ha sido de 46%. Presentando síntomas como, discusiones frecuentes, desobediencia en casa, heteroagresividad verbal hacia otras personas, grita mucho y rabietas.

☞ **Depresión:** la puntuación obtenida ha sido de 36%. Presentando síntomas como, cambios bruscos de humor, llamadas de atención, celos, quejas de que nadie le quiere, sentimientos de inferioridad, tristeza y retraimiento social.

☞ **Obsesivo-Compulsivo:** sin datos relevantes.

☞ **Conductas Disruptivas:** la puntuación obtenida ha sido de 21%. Presentando síntomas como, robos en casa, agresividad hacia objetos y amenazas.

☞ **Automantenimiento:** sin datos relevantes.

☞ **Problemas Somáticos:** sin datos relevantes.

☞ **Hiperactividad:** la puntuación obtenida ha sido de 22%. Presentando síntomas como, impulsividad, inquietud y no sentimientos de culpa.

☞ **Patrón Sueño:** Insomnio ligero.

☞ **Hábitos Tóxicos:** Consume tabaco.

☞ **Relaciones Sociales:** la puntuación obtenida ha sido de 34%. Presentando síntomas como, sentimientos de soledad, quejas de que no le quieren, problemas con compañeros de clase y llamadas de atención.



DIAGNÓSTICO.

Como podemos apreciar en los resultados del protocolo de evaluación utilizado, la sintomatología que manifiesta María se encuentra dentro de la esfera de los trastornos del comportamiento perturbador. Si bien es cierto que algunos de los síntomas han supuesto la destrucción de bienes materiales y robos dentro del contexto familiar, no llega a considerarse un patrón persistente dentro del comportamiento de María, por lo que pudiéramos pensar que se trata de un trastorno negativista desafiante. No obstante, también es de destacar los síntomas del estado de ánimo depresivo. En este sentido, el DSM-IV-TR considera que el trastorno negativista desafiante es una característica comúnmente asociada a los trastornos del estado de ánimo de niños y adolescentes, y no debe ser diagnosticado separadamente si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de este último trastorno. Por su parte, la CIE-10 establece la categoría diagnóstica de trastorno disocial depresivo para referirse a la combinación que frecuentemente se produce entre los comportamientos agresivos, disociales o retadores y los síntomas de las alteraciones del estado de ánimo. En este sentido, en función del análisis de los datos que se realizó en las primeras sesiones de evaluación, el diagnóstico que mejor se ajustaba a la sintomatología de María era el de “Trastorno Disocial Depresivo (F92.0)”.

TRATAMIENTO.

Objetivos de la intervención.

A continuación se describen los objetivos específicos de intervención que se consensuaron con la madre de María. Aunque los objetivos están interrelacionados y dependen en mayor medida de la actuación de los padres, vamos a diferenciar entre objetivos familiares y objetivos individuales:

Objetivos familiares:

- Mejorar las relaciones paterno-filiales.
- Normalizar la situación familiar y los roles de cada uno de los integrantes de la familia.
- Establecimiento de límites y normas familiares.

Objetivos individuales:

- Disminución de la sintomatología emocional y Mejorar el autoconcepto de sí misma.
- Disminuir la impulsividad y Fomentar el desarrollo de las habilidades sociales.
- Mejorar el comportamiento en la casa y en la escuela.
- Fomentar el cumplimiento de las normas sociales y su tolerancia a la frustración.
- Normalizar las pautas de sueño.

Aplicación del tratamiento en función de los objetivos.


El tratamiento para conseguir los objetivos consensuados con la madre de María se diseñó para ser desarrollado en aproximadamente 11 sesiones, aunque debido a su buena evolución se concluyó en tan sólo 7 sesiones. Las dos primeras se destinaron a la recogida de información y al planteamiento de los objetivos de intervención.

La principal estrategia de intervención que se utilizó para este caso fue el “Programa EDUCA. Escuela de padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos” (Díaz-Sibaja, Comeche y Díaz-García, 2009). Se recomendó a la madre que se comprara el libro y fuimos desarrollando el programa en función de los objetivos propuestos.

Mejorar las relaciones paterno-filiales.

La relación entre madre e hija estaba muy deteriorada. La madre refería estar asqueada, desesperada y reconocía que había tirado la toalla (“*No me sale darle un beso o decirla que la quiero, no lo siento*”). Por su parte, María decía que sentía que su madre no la quería y tenía miedo de que la llevaran de nuevo a otra familia. Como se comentó más arriba, María había pasado antes por otras dos familias de acogida.

A la madre se le recomendó la lectura de los dos primeros capítulos del programa EDUCA, que versan sobre el concepto de educación y sobre las falsas creencias y actitudes negativas sobre la misma. Asimismo, en dichos capítulos se definen y analizan las actitudes que sustentan la educación positiva. En la figura nº1 se puede ver una “esquema resumen” del significado de educación.

 **¿Qué es Educar?**

- 👉 **Proporcionar lo necesario** para que el niño/a adquiera un estado de bienestar biopsicosocial.
- 👉 **Atender a las necesidades básicas y materiales:** Alimentación, hogar, ropa, educación, etc.
- 👉 **Proporcionar:** Seguridad, afecto, amor propio, felicidad, confianza, paz, consideración hacia los demás y responsabilidad.
- 👉 **Preparar a las personas para una actuación libre y autónoma pero responsable.** Favorecer la necesidad de individualidad y autonomía de las personas, pero bajo unas normas que faciliten la interdependencia y la vida en comunidad.
- 👉 **Potenciar la socialización.** Inculcar un conjunto de valores y normas culturales que formen la conducta social. Puede hacerse de forma intencionada o a través del modelo de los padres y el estilo de vida familiar.
- 👉 **La familia puede compartir sus funciones** con otras instancias socializadoras (medios de comunicación, escuela, grupo de amigos, etc.), pero no debe delegar en ellas esas funciones.

Figura 1. “Esquema resumen” del concepto de educación. Sacado del libro: Programa EDUCA. Escuela de padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos. Editorial Pirámide (Díaz-Sibaja, Comeche y Díaz-García, 2009)

Correspondiente a este mismo capítulo del libro, se le propuso realizar el ejercicio de “*El semáforo de las conductas*”, que persigue el objetivo de clasificar el listado de comportamientos de María en las categorías de: luz verde para los buenos comportamientos, luz amarilla para los que hay que entrenar y luz roja para los malos que hay que corregir.

En función de la sintomatología de María, consideramos muy importante empezar por los comportamientos que se encontraban en la categoría de luz verde, ya que de esta forma se podría fomentar que, tanto la madre como la niña, se relacionasen en función de experiencias agradables. Para tal fin, les propusimos el ejercicio de “*pille a su hija haciendo algo agradable*”. La madre haría un registro diario con los buenos comportamientos de María y por la noche los compartiría con su hija antes de irse a la cama. Ese momento tenía que ser un momento especial para ellas, por lo que tendrían que buscarle una ubicación en su horario. Además del repaso de los buenos comportamientos de María, era muy importante que la madre tuviera muestras de afecto hacia su hija.

En esta misma sesión María expresó que no se sentía querida por su madre y reconoció que a veces se comportaba mal con la intención de que su madre estuviese más atenta a ella. Por su parte, María se comprometió a intentar hacer 4 cambios en su comportamiento: hablar más bajo y sin insultos cuando estuviese enfadada (sin gritar), decir la verdad y obedecer ante las peticiones de la madre. Como reconocía que los comportamientos inadecuados (gritar, insultar, decir mentiras y desobedecer) los tenía con mucha frecuencia, madre e hija se propusieron hacer carteles de recuerdo de los buenos comportamientos que colgarían en la cocina, en la sala de estar y en la habitación de María.



Normalizar la situación familiar y los roles de cada uno de los integrantes de la familia.

Otro de los objetivos prioritarios a nivel familiar era el de favorecer la implicación del padre en la educación de sus hijos. Para conseguir este fin, se propuso a la madre que fuera leyendo el libro con el padre ya que, de este modo, se fomenta el debate, la reflexión y la puesta en común de los distintos puntos de vista. No obstante, y ante la sospecha de que el padre no estuviese muy interesado, se le recomendó a la madre que de vez en cuando fuese contándole o haciéndole resúmenes de las cosas que iba leyendo. Según nos contó la madre de María en la siguiente sesión, y como el padre no estaba por la labor de colaborar en la lectura común del libro, decidió ir colgando cada dos o tres días en la puerta de la nevera frases que le iban llamando la atención del programa EDUCA. Las frases que colgó durante esa semana fueron:

- ☞ Sólo se puede educar, educando. No podemos caer en la ingenuidad de pensar que podemos educar a nuestro hijo sin intervenir, eso es imposible. Cuando nos encontramos ante un niño, nuestro hijo, no sabe lo que está bien y lo que está mal, y nosotros, papá y mamá, sus PADRES, somos los encargados de enseñarle esa diferencia.
- ☞ Ser coherente significa actuar siempre del mismo modo ante los mismos hechos, independientemente del lugar y del tiempo en que sucedan. Es importante no dejarse influir por el estado de ánimo que se tenga. En este mismo sentido, también resulta fundamental la **coherencia entre papá y mamá**. Los dos debemos estar en el mismo barco, y el niño lo tiene que ver claro.
- ☞ Es recomendable que los objetivos sean pocos, y sean compartidos por papá y mamá. Ambos padres deben estar comprometidos en la educación del menor. Se recomienda anotar, revisar e ir avanzando en los objetivos educativos a medida que éstos se van consiguiendo.

Establecimiento de límites y normas familiares.

Una de las mejores maneras de prevenir los malos comportamientos y favorecer los buenos es mediante el establecimiento de unas normas claras, bien definidas (descritas operativamente) y ajustadas a las capacidades y a la edad del menor. En el caso que nos ocupa consideramos muy importante que María supiese qué es lo que se esperaba de ella, ya que, de este modo, se sentiría más segura y responsable de sus actos. Se propuso a los padres la lectura de los capítulos 3 y 4 del programa EDUCA. En el capítulo 3 se proporcionan los conocimientos básicos del modelo de modificación de conducta y se enseña a los padres a describir las conductas de forma operativa y a realizar un análisis funcional, observando las relaciones que se establecen entre las conductas, los antecedentes y los consecuentes. Por su parte, en el capítulo 4 se describen lo que hemos denominado “los instrumentos imprescindibles” que son: el cómo dar órdenes o peticiones, los reforzadores y los catalizadores educativos. A continuación puede observarse el “esquema resumen” de cómo hacer peticiones:



Las instrucciones, las peticiones o las órdenes que los padres dan a sus hijos pueden favorecer la realización de una conducta si se siguen las siguientes recomendaciones o principios:

- ☞ No utilizar los gritos. Si hablamos tranquilamente favoreceremos su cumplimiento.
- ☞ Estar en la misma habitación que el niño y mirándole a los ojos.
- ☞ Establecer un contacto físico suave, como, por ejemplo, poner la mano sobre su espalda, o, en el caso de que fuera necesario, agarrarle de los hombros o de la cara para asegurarnos de que nos está mirando y comprende exactamente qué es lo que se le pide.
- ☞ Las peticiones deben ser cortas, claras y específicas.
- ☞ Nunca deben realizarse en forma de preguntas o sugerencias, ya que daríamos al niño la posibilidad de no realizar la petición.
- ☞ Deben ser un número reducido.
- ☞ Deben darse de una en una y suficientemente espaciadas en el tiempo.
- ☞ No deben entrar en contradicción con otras, y mucho menos con las de otro adulto. Para evitar que suceda esto se recomienda apoyar siempre las órdenes dadas por la pareja.
- ☞ Dar opciones siempre que sea posible y relacionarlas con una consecuencia. “Si... entonces...”.

Disminución de la sintomatología emocional y Mejorar el autoconcepto de sí misma .

El cambio de actitud de los padres hacia una educación más positiva (en especial el de la madre), favoreció una notable disminución de la sintomatología depresiva de María. La utilización de unas normas claras y bien definidas, el uso de los refuerzos positivos (entre ellos los elogios por su buen comportamiento mediante el ejercicio de “*pille a su hija haciendo algo agradable*” que compartían por la noche) y los catalizadores educativos, generó en María un cambio en su percepción de sí misma. Pasó de verse como una “*niña mala*” que tenía que captar la atención de sus padres a través de los comportamientos inadecuados y disruptivos, a verse como una “*buenita chica*” que tenía una serie de comportamientos positivos y adecuados que favorecían notablemente una relación agradable y de cariño mutuo con sus padres. Llegó a referir que en un principio le resultó muy extraño y sorprendente el hecho de que su madre la felicitara por las cosas que hacía, pero que rápidamente se acostumbró a ello y le resultaba muy gratificante, fomentando de ese modo su sensación de autoeficacia y autoestima.

Según refirió la madre, una de las herramientas con la que notaron una mejoría notable en la autoestima de María fue con los “*refuerzos indirectos*”. Esta técnica se encuentra dentro de las estrategias pertenecientes a la categoría de catalizadores educativos y consiste en hacer comentarios o alabanzas, entre la pareja o a otras personas, acerca de los buenos comportamientos que está realizando el menor, pero haciendo como si no supiésemos que el niño está escuchando.

Disminuir la impulsividad y Fomentar el desarrollo de las habilidades sociales.

Son muchas las ocasiones en las que los problemas de conducta se manifiestan, no por falta de voluntad o por tener una actitud negativista por parte del menor, sino porque no tiene los recursos conductuales necesarios o desconoce otra forma distinta de comportarse. Con el objetivo de fomentar el desarrollo de habilidades sociales en el contexto familiar y cambiar los gritos, las amenazas y los castigos por una comunicación agradable, por halagos y por refuerzos, se instó a los padres de María a que trabajaran con el capítulo 5 del programa EDUCA, “*cuando el niño no sabe, ¿quién le enseñara?*”.

Entre las estrategias de adquisición de nuevas conductas caben destacar la de “*papá y mamá como modelos*” (haciendo hincapié en “*haced lo que yo diga y TAMBIÉN lo que yo haga*”) y la de “*divide y vencerás*”.

Asimismo, nos resultó muy útil analizar con María algunas situaciones que la madre había grabado con el móvil y en las que se veía a la menor en plena rabieta (gritando, amenazando y diciendo que los padres la estaban maltratando). El análisis de estas situaciones permitió a María ser consciente de la forma que tenía de comportarse cuando se sentía frustrada y la motivó a buscar (junto con nuestra ayuda) distintas alternativas para expresarse de una forma más asertiva y practicarlas en consulta mediante role-playing.

Aunque María ya era mayor (y así se lo hicimos saber), a modo de ejemplo le contamos la historia de “*Tortuguita*” (tabla 1) correspondiente a la primera de las fases de la “*técnica de la tortuga*”. Esta estrategia fue desarrollada por Schneider y Robin en 1976 para enseñar a los niños pequeños que presentaban comportamientos agresivos o rabietas unas conductas alternativas a las que solían realizar cuando se encontraban enfadados o frustrados. Una vez leída la historia, le propusimos ver de nuevo las situaciones que su madre había grabado y le pedimos que se imaginara afrontando esa situación aplicando la técnica que le enseñó “*Tortuguita*” o utilizando las respuestas asertivas que habíamos entrenado en consulta.

Erase una vez una joven tortuga, llamada “*Tortuguita*” que acababa de llegar al colegio. Todo era nuevo para ella y se le hacía muy pesada la escuela, ya que había muchas cosas que la encolerizaban, la hacían gritar y patallar. Este comportamiento le hacía sentirse muy mal después, hasta que un día se encontró con una tortuga viejecilla que le contó el siguiente secreto. “*¿No sabes que tú llevas sobre ti la respuesta a una gran parte de los problemas que tanto te agobian?*”. La tortuga, sorprendida, no daba crédito a lo que estaba escuchando. “*Sí tortuguita... ¡Tu caparazón, tu caparazón!. Puedes esconderte en su interior siempre que te sientas enfadada. Mientras que permanezcas en su interior dispondrás de la seguridad y de la tranquilidad necesarias para pensar en lo que debes hacer. De esta forma, la próxima vez que te encuentres enfadada, encolerizada y con ganas de agredir a alguien, te aconsejo que encojas tus brazos, piernas y cabeza y los aprietes contra tu cuerpo hasta que te sientas más tranquila y sepas qué es lo que tienes que hacer*”. Al día siguiente, la tortuga empezó a sentirse irritada y esa sensación le ayudó a recordar lo que le había contado la tortuga anciana, por lo que siguió su consejo. Al salir de su caparazón la tortuga se encontró con su profesora, que muy contenta por la nueva actitud de la tortuga la felicitó delante de toda la clase. Ese cambio de comportamiento le sirvió a la tortuga para aprobar todas las asignaturas y para sentirse más tranquila y feliz.

Tabla 1. Historia de “*Tortuguita*” sacado del “*Programa EDUCA. Escuela de padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos*” (Díaz-Sibaja, Comeche y Díaz-García, 2009).

Mejorar el comportamiento en la casa y en la escuela y Fomentar el cumplimiento de las normas sociales y su tolerancia a la frustración.

Si bien es cierto que llegados a este punto el comportamiento de María había mejorado notablemente mediante las estrategias de intervención más arriba señaladas, se procedió a enseñar a los padres la técnicas de reducción de comportamientos inadecuados (tanto las basadas en el refuerzo positivo: retirada de atención, refuerzo diferencial de otras conductas y de conductas incompatibles, la saciación y sobrecorrección, como las basadas en el castigo: las reprimendas, el coste de respuesta, el tiempo fuera y el castigo). Asimismo, se les enseñó a utilizar la economía de fichas y los contratos conductuales. Estas técnicas se utilizaron con carácter preventivo ya que, como hemos dicho anteriormente, los comportamientos disruptivos de María habían disminuido considerablemente y no se consideró necesaria su implantación en el tratamiento. La explicación de estas estrategias se desarrollan en los capítulos 6, 7 y 8 del programa EDUCA. Se recomendó a los padres que se leyeran esos capítulos y se utilizó una sesión para aclarar las dudas que tuvieron.



Normalizar las pautas de sueño.

Para ello, se proporcionó a María y a su madre la hoja informativa "Higiene del sueño" sacado del libro "Manual de terapia de conducta en la infancia" de la editorial Dykinson (Comeche y Vallejo, 2012).

Higiene del Sueño.

1. Seguir un horario regular de sueño. Acostarse y levantarse siempre a la misma hora.
2. Hacer ejercicio cada día. A ser posible a primera hora del día o a primera hora de la tarde. Evitar actividades estimulantes antes de acostar al niño.
3. Establecer rutinas antes de acostarse, de tal forma que cuando se comience por la primera actividad el niño sepa que van a encadenarse distintas conductas que le van a llevar al sueño (p.e. ducha, pijama, cena, cuento, apagar la luz, beso, buenas noches y dormir).
4. Hábitos alimentarios: limitar el consumo de alimentos esztimulantes (café, coca-cola, chocolate, té, etc.). Puede ser recomendable tomar un vaso de leche antes de acostarse, ya que su alto contenido en triptófano es un facilitador del sueño.
5. No utilizar el dormitorio para actividades que resulten incompatibles con el acto de dormir (como, por ejemplo, jugar, comer, ver la televisión, etc.).
6. Factores contextuales: sería recomendable controlar algunos aspectos del ambiente como por ejemplo, el ruido, la temperatura (entre 18-22°), humedad, buena ventilación, que el colchón sea firme pero no duro, almohada no muy alta, que las mantas no sean muy pesadas, etc.

RESULTADOS.

A pesar de haberse previsto aproximadamente unas 11 sesiones de terapia, en la 7ª sesión se dio por concluida la intervención ya que, tanto María como su madre, referían una notable mejoría clínica y la consecución de los objetivos de tratamiento propuestos. Cabe decir que el objetivo correspondiente a "Normalizar la situación familiar y los roles de cada uno de los integrantes de la familia" no se cumplió plenamente ya que el padre seguía manteniéndose un poco al margen del cuidado de los hijos. No obstante, el hecho de haber mejorado la relación madre-hija generaba en la madre una sensación de tranquilidad y satisfacción que la permitía quitar importancia a la dejadez del padre.

Desde un punto de vista cuantitativo, en la siguiente tabla se resumen los cambios producidos en las distintas variables del protocolo de evaluación infantil. Como se puede apreciar en los datos, la reducción de la sintomatología resulta clínicamente significativa en todas las variables, reflejando unos valores que se encuentran dentro de la normalidad. Cabe señalar que una puntuación de 0% no tiene por qué significar que los comportamientos inadecuados hayan dejado de producirse definitivamente, sino que pueden estar indicando que la frecuencia de la conducta ha disminuido en frecuencia de "mucho" o "bastante" a "a veces" o "no". Recordar que la forma de puntuar este protocolo es: puntuación de 0 a las respuestas "no" o "a veces", una puntuación de 1 para las respuestas "bastante" y una puntuación de 2 para las respuestas "mucho".

Variables	Antes del Tratamiento	Después del Tratamiento
Agresividad	46%	3%
Depresión	36%	2%
Obsesivo-Compulsivo	Sin datos relevantes	Sin datos relevantes
Conductas Disruptivas	21%	0%
Automantenimiento	Sin datos relevantes	Sin datos relevantes
Problemas Somáticos	Sin datos relevantes	Sin datos relevantes
Hiperactividad	22%	0%
Patrón de Sueño	Insomnio ligero	Sin problemas
Hábitos tóxicos	Consume tabaco	Sospecha de consumo
Relaciones Sociales	34%	3%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los resultados de este caso indican que el programa de intervención diseñado resultó ser eficaz para producir una mejoría clínicamente significativa en los comportamientos disruptivos que manifestaba María.

Estos resultados están en consonancia con los estudios que reflejan que los programas de escuela de padres han demostrado ser el tratamiento de primera elección para los trastornos del comportamiento perturbador, ya que supone un acercamiento completo, rápido y eficiente a esta problemática, con la ventaja añadida de que la mejoría producida en los comportamientos del niño se mantiene, en un alto porcentaje de los casos, en los seguimientos a largo plazo (Mejía, Calam y Sanders, 2012). En una revisión realizada recientemente por Robles y Romero (2011) se concluye que los programas de entrenamiento de padres son considerados como la intervención «mejor establecida» siguiendo los criterios internacionales de programas con base empírica.

Un aspecto relevante del caso que hemos presentado y que consideramos interesante reseñar es el de la interrelación que existía entre los comportamientos disruptivos y el estado de ánimo deprimido que manifestaba María, y de cómo esto afectaba a su vez de forma negativa a la relación madre-hija. En este sentido, María reconocía que muchos de los comportamientos que manifestaba eran llamadas de atención, ya que no se sentía querida ni valorada por parte de su madre (interpretación que le generaba mucha tristeza). No obstante, esas conductas disruptivas, que durante un tiempo sí consiguieron captar la atención materna, ahora estaban generando el distanciamiento y el rechazo de la madre, lo que confirmaba los peores presagios de María (“No me quiere”). De esta forma se estaba cerrando el círculo vicioso entre “sentimientos de no ser querida-comportamientos disruptivos-rechazo de la madre”.

Por lo que respecta a la afectación que los comportamientos disruptivos genera en el ámbito familiar, son numerosas las investigaciones que analizan el impacto que los trastornos de conducta tienen sobre el estrés de los padres y las interacciones paterno-filiales (Seipp y Johnston, 2005). En este sentido, el comportamiento perturbador de los menores puede generar sentimientos de ineficacia personal, estrés parental, frustración y rechazo en los padres, afectando negativamente a la relación padre-hijo y a la satisfacción familiar (Presentación Herrero y cols., 2006). Del mismo modo, los trastornos de conducta pueden

suponer un factor de riesgo para la aparición de problemas en la convivencia familiar (separaciones matrimoniales, adversidad familiar, etc.) debido a la disrupción que pueden llegar a ocasionar en el seno de la familia (Cunningham y Boyle, 2002). En el caso que nos ocupa, la madre de María reconocía que había pasado desde la sensación de culpabilidad al rechazo de su propia hija, pasando por la frustración. Cuántas veces se había hecho la pregunta “¿qué he hecho mal?” y ahora no paraba de pensar que “esto no era lo que quería”, “que no le salía tener muestras de afecto hacia su hija”. Asimismo, reconocía que la ansiedad que le propiciaba la conducta de María estaba afectando al clima familiar, ya que incrementaban las discusiones que tenía con su marido, ya que se sentía más susceptible ante lo poco que éste colaboraba en casa (“Él ve cómo están los niños y, aun así, no es capaz de ayudarme”).

En este mismo sentido, se ha demostrado que la cohesión y la comunicación entre los miembros de la familia son los factores que más influyen en la dinámica y el clima familiar (Montiel, Montiel y Peña, 2005). Así, se ha observado que un ambiente familiar caracterizado por baja cohesión, alto nivel de conflicto y baja satisfacción marital está relacionado con la aparición de trastornos de conducta en la infancia (Drabick, Gadow y Sprafkin, 2006).

Cabe señalar que, aunque el padre de María seguía sin colaborar en el cuidado de los hijos, la mejoría manifestada por la niña generó una disminución de la ansiedad de la madre e hizo que le afectara menos la dejadez del padre, favoreciendo de este modo un mejor clima familiar.

Queremos concluir señalando que, probablemente, el programa EDUCA fue efectivo por que ha enseñado a los padres técnicas terapéuticas de probada eficacia, las cuales les ayudan a incrementar y/o mantener los comportamientos adecuados de su hijo; favorecer el aprendizaje de aquellas conductas que todavía no sabe hacer; corregir aquellos comportamientos que resultan inadecuados; y motivar la emisión de aquellas conductas que sabe hacer pero no hace, sin olvidar que también ha aportado elementos tan importantes dentro del bagaje paterno como son: el desarrollo de habilidades comunicativas, la transmisión del afecto o el reconocimiento y control de emociones.

REFERENCIAS.

- Achenbach, T. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile*. University of Vermont. Burlington: Ed. Department of Psychiatry.
- Comeche, M.I y Vallejo, M.A. (2012). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid: Dykinson.
- Cunningham, C.E. y Boyle, M.H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (6), 555-69.
- Díaz-Sibaja, M.A., Comeche-Moreno, M.I. y Díaz-García, M.I. (2009). *Programa EDUCA. Escuela de Padres. Educación positiva para enseñar a los hijos*. Ed. Pirámide: Madrid.

- Drabick, D.A., Gadow, K.D. y Sprafkin, J. (2006). Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic based sample of boys with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 766-774.
- Frick, P.J., Christian, R.E. y Wootton, J.M. (1999). Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behaviour Modification*, 23(1), 106-128. <http://www.uno.edu/~pfrick/APQ.html>
- Mejia, A, Calam, R, y Sanders, M R. (2012). A review of parenting programs in developing countries: Opportunities and challenges for preventing emotional and behavioral difficulties in children. *Clinical child and family psychology review*, 15, 1-12.
- Montiel Naval, C., Montiel Barbero, I. y Peña, A.J. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicología Conductual*, 13 (2), 297-310.
- Pelechano, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplús.
- Presentación Herrero, M.J., García Castellar, R., Miranda Casas, A., Siegenthaler Hierro, R., Jara-Jiménez, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 42 (3), 137-143.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología*, vol. 27, nº 1, 86-101.
- Seipp, C.M. y Johnston, C. (2005). Mother-son interactions in families of boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with and without oppositional behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (1), 87-98.