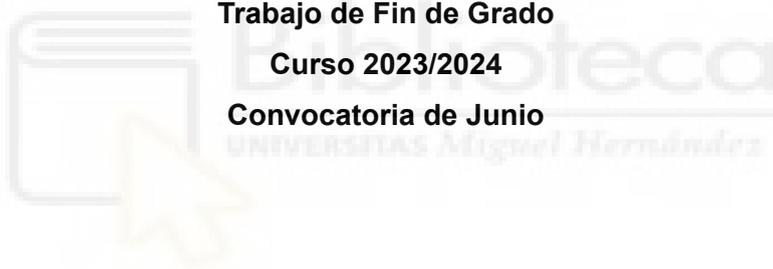




UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2023/2024
Convocatoria de Junio



- **Modalidad:** Propuesta de intervención
- **Título del trabajo:** Propuesta de programa de intervención basado en Terapia de Juego Cognitivo-Conductual para preescolares con Trastorno Negativista Desafiante.
- **Autora:** Eva María Castillo Roselló
- **Tutor:** Jonatan Molina Torres
- **Lugar y fecha:** Elche, 31 de mayo de 2024

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
Trastorno Negativista Desafiante.....	3
TND en preescolares.....	5
Tratamiento.....	6
Terapia Centrada en el Juego.....	6
Terapia de Juego Cognitivo Conductual.....	7
Justificación.....	7
OBJETIVOS.....	8
MÉTODO.....	9
Participantes.....	9
Evaluación.....	10
Procedimiento.....	11
Descripción del programa.....	13
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	21
Discusión.....	21
Conclusión.....	23
ANEXOS.....	24
Anexo 1: Autorregistro semanal.....	24
Anexo 2: Lista de juguetes recomendados.....	24
Anexo 3: Canción técnica de la Tortuga de Schneider.....	26
Anexo 4: Técnica de relajación de Koeppen para niños.....	26
Anexo 5: Problemas comunes y sus soluciones.....	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28

RESUMEN

Los problemas de conducta son cada vez más comunes en niños pequeños, siendo el Trastorno Negativista Desafiante (TND) el más prevalente.

Si bien el entrenamiento a padres es un tratamiento bien establecido y con evidencia empírica para este trastorno, no hay una terapia complementaria o una segunda opción bien establecida en la que se trate al menor directamente, ya sea por la dificultad de trabajar con los padres, o bien como intervención complementaria al tratamiento principal. Por ello, el objetivo de este trabajo es elaborar un programa de intervención basado en la terapia de juego de corte cognitivo-conductual para mejorar el funcionamiento emocional y conductual de niños con TND en la etapa preescolar (entre 3 y 5 años). A lo largo de 11 sesiones, se llevarán a cabo actividades basadas en el juego dirigidas a mejorar las habilidades sociales, las habilidades de afrontamiento y de regulación emocional, así como reducir comportamientos disruptivos tanto en entorno escolar como doméstico. La terapia de juego ha demostrado reducir significativamente los síntomas del TND en niños de etapa preescolar, y pese a que su respaldo empírico es limitado y presenta algunos desafíos prácticos, el programa parece ser prometedor.

Palabras clave: Trastorno Negativista Desafiante, TND, preescolar, comportamientos disruptivos, Terapia de juego, Terapia cognitivo conductual.

INTRODUCCIÓN

Trastorno Negativista Desafiante

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) se define como un patrón de comportamiento que implica dificultades para respetar las normas y a las figuras de autoridad, y para regular la conducta y las emociones, que se manifiesta por un humor enfadado e irritable, comportamiento beligerante, resentimiento y deseo de venganza (Ezpeleta, 2014a).

Este trastorno suele comenzar a una edad temprana, de los 3 a los 18 años, y es predictor de problemas de adaptación en la adolescencia y adultez, tales como comportamientos antisociales y consumo de drogas (Ezpeleta, 2014b). Es, por tanto, de gran importancia, detectar y tratar este trastorno de la forma más temprana posible.

De acuerdo con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) los criterios diagnósticos para el TND son:

- A. Un patrón de humor enfadado/irritable, comportamiento desafiante/discutidor o vengativo que dura por lo menos seis meses, estando presentes por lo menos cuatro síntomas de las siguientes categorías, y que se muestra durante la interacción con al menos un individuo que no es un hermano:

Humor enfadado/irritable

1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
2. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
3. A menudo es colérico y resentido.

Comportamiento desafiante/discutidor

4. A menudo discute con figuras de autoridad o, para niños y adolescentes, con los adultos.
5. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir las peticiones de las figuras de autoridad o las reglas.
6. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
7. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.

Resentimiento/deseo de venganza

- B. El trastorno en el comportamiento se asocia con malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (por ejemplo, familia, grupo de compañeros, compañeros de trabajo) o afecta negativamente en el funcionamiento social, académico, ocupacional o en otras áreas de actividad.
- C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, uso de drogas, trastorno depresivo o bipolar. No se cumplen los criterios de trastorno por conducta perturbadora con desregulación del estado de ánimo.

La gravedad puede variar de leve (los síntomas se presentan en un solo entorno, como por ejemplo el hogar), moderado (los síntomas aparecen en dos entornos mínimo), a grave (los síntomas aparecen en al menos tres entornos). Además, es importante considerar la frecuencia y persistencia de los comportamientos para poder distinguirlos de aquellos que se pueden considerar normativos. (American Psychiatric Association, 2013)

El TND es un trastorno altamente prevalente en población infanto-juvenil. El estudio realizado por López-Villalobos et.al (2014) situó la prevalencia del TND en España en población general en un 5,6%. Por otra parte, un metaestudio con una muestra de niños de

entre 1 y 7 años de varios países estimó la prevalencia del TND en un 3'9% (Vasileva et.al, 2021).

Además de su elevada prevalencia, el TND muestra altos niveles de comorbilidad, siendo acompañado principalmente de otros trastornos como el TDAH (28.9%), ansiedad generalizada (14.9%) y depresión (13.9%) (Beauchaine et al., 2015; Mohammadi, 2020).

En cuanto a la evolución del trastorno, la aparición temprana de los síntomas se relaciona con un mayor riesgo de cronificación y desarrollo de otros cuadros externalizantes (Nock et.al, 2007) así como un mayor riesgo de evolucionar en un Trastorno de Conducta (DSM-5, 2013). En el caso de no ser tratado adecuadamente, el TND de aparición temprana se asocia además con dificultades en etapas posteriores del desarrollo como son mayores índices de delincuencia, más dificultades académicas, absentismo escolar, violencia hacia las parejas románticas y abuso de sustancias. (Blair & Diamond, 2008; Kassel, 2010). Por tanto, edades muy tempranas el TND debería considerarse como una señal importante, que predice el riesgo de desarrollar dificultades psicopatológicas severas (Rowe et.al, 2009; Stringaris et.al, 2009).

TND en preescolares

En el DSM-5 existe un criterio de frecuencia a tener en cuenta para el diagnóstico del TND. Para aquellos niños menores de 5 años, las conductas deben ocurrir la mayoría de los días durante 6 meses, mientras que los mayores de 5, la conducta debe aparecer como mínimo una vez a la semana (DSM-5, 2013) Esto puede deberse a que las rabietas son más comunes en niños de preescolar (Wakschlag et.al, 2012). Según diversos estudios epidemiológicos, el TND es el trastorno más prevalente en preescolar. (Ezpeleta et.al, 2012)

Por otro lado, Ezpeleta et.al. defiende que existen 2 grandes dimensiones de TND en preescolares.

La primera siendo Irritable y Cabezota. La parte de Irritable se asocia con trastornos ansiosos, mientras que Cabezota se asocia con trastornos disruptivos (TDAH y síntomas agresivos y no agresivos de Trastorno de Conducta).

La segunda dimensión es Afecto negativo, Conducta oposicionista y Conducta antagonista. La conducta oposicionista es asociada a trastornos disruptivos y síntomas agresivos de Trastorno de la Conducta. Por otro lado, la Conducta antagonista es asociada con trastornos disruptivos y trastornos del ánimo. (Ezpeleta et.al, 2012)

Tratamiento

Según la American Academy of Pediatrics (AAP, 2013) y la guía NICE (2017), los tratamientos psicológicos deben ser específicos para la etapa del desarrollo y edad del niño. En el caso de niños con TND de entre 3 y 11 años, la intervención parental conductual sería la más adecuada y la que más evidencia de su eficacia presenta (Comer et al., 2013).

El tratamiento dirigido a padres es la intervención que ha mostrado más eficacia en la reducción de los síntomas del TND, convirtiéndose en el tratamiento de primera elección (Howes et al., 2023). Esta intervención está basada en los principios de aprendizaje social, y la modificación de la conducta. Es el tratamiento con más evidencia científica y por tanto el que recomiendan varias guías clínicas como las publicadas por NICE (2017) y la Organización Mundial de la Salud (WHO,2023)

Terapia Centrada en el Juego

La Asociación para la Terapia de Juego (Association for Play Therapy) define la terapia centrada en el juego como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (Association for Play Therapy, s.f.). Específicamente, esta terapia suele estar enfocada en niños de entre 3 y 12 años (Schaefer, 2012)

Si bien la terapia de entrenamiento a padres es la que ha demostrado más eficacia para la mejora de los síntomas del TND en niños pequeños, estudios recientes defienden la eficacia de la terapia de juego centrada en el niño para la intervención del TND en población preescolar. Recomendando su uso tanto en instituciones educativas como en el ámbito clínico. (Heshmati et.al, 2023).

Por tanto, podría utilizarse la terapia basada en el juego en casos en los que el entrenamiento a padres no sea posible, pero también terapia de juego podría suponer una estrategia de intervención complementaria al tratamiento con padres, mostrando su eficacia especialmente en niños de entre 2 y 5 años (Ezpeleta, 2014a). La combinación de ambas podría mejorar la relación entre hijos y padres, y enriquecer los hábitos de comunicación entre ambos, lo cual es crucial para niños de estas edades, y que además resultará beneficioso a la hora de abordar conductas disruptivas. Por otro lado, combinar estas terapias podría resultar muy eficaz para abordar las conductas externalizantes en niños de 2

a 5 años, lo cual será de gran importancia para tratar los síntomas del TND (Ward et.al, 2016)

Terapia de Juego Cognitivo Conductual

Si bien existen diferentes enfoques en la terapia de juego, la terapia de juego cognitivo conductual de Knell (1995) es una de las más destacadas en la intervención con niños de entre 2 años y medio a 6 años. Diversos estudios, como el realizado por Jafari et al. (2011), han mostrado la eficacia de este enfoque de juego terapia en niños en preescolar con TND. Es un tipo de terapia breve, de tiempo limitado, estructurada, directiva, orientada al problema y psicoeducativa, que integra técnicas cognitivas, conductuales y de juego, llevándose a cabo en un cuarto de juego o en una consulta equipada con juguetes adecuados. Asimismo, la terapia de juego cognitivo conductual de Knell está basada en la teoría cognitiva de los trastornos emocionales y en los principios cognitivos de la terapia (Schaefer, 2012). En la tabla de a continuación se enumeran algunas de las técnicas utilizadas recopiladas por Schaefer en 2012:

Técnicas Conductuales	Técnicas Cognitivas
Reforzamiento positivo	Registro de pensamientos disfuncionales
Modelamiento	Estrategias de cambio cognitivo/ refutar las creencias irracionales
Desensibilización sistemática	Autoafirmaciones de afrontamiento
Desvanecimiento del estímulo	Biblioterapia.
Extinción	
Tiempo fuera	

Justificación

Si bien la terapia de juego cognitivo-conductual centrada en el niño es aplicable a niños con problemas de conducta en la etapa preescolar (O'Connor et al., 2015; Jafari et al., 2011), no se ha encontrado ningún programa específico que describa el abordaje del TND.

Además, los escasos estudios encontrados no son recientes y por tanto pueden no reflejar las realidades contemporáneas de los niños y sus entornos. Asimismo, son más escasos los materiales encontrados en lengua española. Por consiguiente, este trabajo pretende servir de material para aquellos profesionales de habla hispana

Por otro lado, además de la escasez de programas específicos para el tratamiento del TND en preescolares, muchos de ellos no están disponibles o publicados en abierto para ser aplicados por los terapeutas. A pesar de que hay un gran número de niños con diversos problemas de conducta, la realidad es que son escasos los programas de tratamiento respaldados por evidencia empírica que aborden adecuadamente estas cuestiones. Adicionalmente, incluir una terapia centrada en el niño a través del juego puede que aumente la aceptabilidad y adherencia de los padres al tratamiento principal.

Por lo expuesto anteriormente, se propone un programa de intervención cognitivo-conductual basado en el juego para la intervención en niños menores de 5 años con TND. Dado que el tratamiento de primera elección es el entrenamiento a padres, e incluso se recomienda que sea la única intervención (Comer et al., 2013), este programa se sugiere como intervención complementaria al entrenamiento de padres. Nunca deberá ser utilizado como sustituto, y únicamente cuando esta primera intervención no haya sido del todo efectiva o no pueda ser llevada a cabo.

OBJETIVOS

Objetivo general: Desarrollar una propuesta de intervención de terapia de juego cognitivo-conductual adaptada a las necesidades de los niños preescolares con Trastorno Negativista Desafiante (TND) con el fin de mejorar su funcionamiento emocional y conductual.

Objetivos específicos del programa:

Para los infantes:

1. Desarrollar habilidades para regular las emociones y comportamientos desafiantes.
2. Mejorar las habilidades sociales y de comunicación.

3. Fomentar estrategias de afrontamiento positivas y saludables.
4. Reducir los comportamientos disruptivos y desafiantes en el entorno escolar y doméstico.

Para los progenitores:

1. Conocer y entender el Trastorno Negativista Desafiante
2. Reconocer y gestionar de manera adecuada las emociones de sus hijos.
3. Facilitar el juego terapéutico en el hogar

MÉTODO

Participantes

Este programa va dirigido a población infantil de 3-5 años con Trastorno Negativista Desafiante, además de a sus padres o tutores legales. Las sesiones se dividirán en dos tipos: sesiones individuales con el menor y sesiones conjuntas con los progenitores y el menor. Las sesiones serán individuales, y no grupales, con el propósito de brindar atención personalizada y especializada a cada niño y su familia.

Criterios de inclusión

- Niños de entre 3 y 5 años de edad con problemas de conducta.
- Altas puntuaciones en las pruebas de evaluación realizadas: En el cuestionario SENA (T>70) en la escala de problemas exteriorizados, concretamente en problemas de control de ira, agresión, conducta desafiante.
- Padres o cuidadores dispuestos a participar en el programa de intervención y colaborar activamente con el tratamiento.
- Disponibilidad para asistir a las sesiones programadas y participar en las actividades terapéuticas, tanto en las sesiones como el mantenimiento en casa.

Criterios de exclusión:

- Niños menores de 3 años y mayores de 5 años.
- Niños que no estén diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante
- Presencia de otras condiciones psiquiátricas graves que entorpezcan el tratamiento, o que requieran un tratamiento específico y diferenciado antes de tratar el TND.

- Incapacidad de los padres o cuidadores para comprometerse con el programa de intervención debido a limitaciones de tiempo, recursos u otros factores.
- Niños con discapacidades físicas y/o cognitivas graves que dificulten su participación efectiva en las actividades terapéuticas.
- Familias que presenten conflictos graves o situaciones de riesgo que interfieran significativamente con el proceso terapéutico.

Evaluación

Con respecto a la evaluación, se realizará mediante la implementación de distintas técnicas y fuentes para garantizar información variada y mejorar la precisión del diagnóstico.

Los instrumentos de evaluación serán realizados por los progenitores o tutores legales y a poder ser, el tutor o profesor del centro educativo. Debido a la edad de los niños, no se aplicarán instrumentos autoinformados.

En la primera recogida de información, tras recopilar información relativa a la historia clínica del niño, datos sociodemográficos y anamnesis, se aplicarán los siguientes instrumentos de evaluación:

- **Entrevista diagnóstica de TND a los padres** (Ezpeleta, 2001). Es una entrevista estructurada con preguntas abiertas basada en los criterios del TND que aparecen en el DSM-IV-TR.
- **SENA** (Fernández-Pinto et.al, 2015). Es un instrumento diseñado para detectar una amplia gama de problemas emocionales y de conducta, incluyendo aquellos que se manifiestan externamente, como la agresividad y la conducta desafiante, en niños de entre 3 y 18 años. Este sistema de evaluación se estructura en tres niveles de edad, siendo el que se utilizará en este programa el de 3 a 6 años, conformado por dos cuestionarios, uno para la familia y otro para la escuela, que pueden utilizarse de manera aislada o conjunta, según lo que el profesional considere más conveniente. El cuestionario para familias consta de 131 ítems, mientras que el cuestionario para la escuela consta de 122, cumplimentándolo en un tiempo de entre 20 y 30 minutos por cuestionario aproximadamente. Cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach promedio entre 0,82 y 0,85 en las escalas en

muestras de población general y clínica, respectivamente, y de 0,93 en los índices en todos los niveles. (Fernández-Pinto et.al, 2015)

- **Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)** (García-Tornel Fonseca et.al, 1998), llamado el Inventario de Eyberg para el Comportamiento del Niño (IECN). Se fundamenta en la evaluación del comportamiento del niño, a través de la cumplimentación del cuestionario por parte de los padres, aplicable a niños de entre 2 y 16 años, que consta de 36 ítems que mide dos escalas. Por un lado, mide la frecuencia de aparición de diferentes comportamientos, mediante una Escala Likert con 7 opciones de respuesta, que van de “nunca” a “siempre”, y una segunda escala que mide si esta conducta supone un problema para el progenitor, mediante escala dicotómica de “sí” o “no”. Este inventario cuenta con un alfa de Cronbach de 0,73 (García-Tornel Fonseca et.al, 1998).
- **Autorregistro semanal** por parte de los padres, de las conductas disruptivas y los conflictos que se producen, para así obtener una mejor comprensión de la frecuencia, los desencadenantes habituales y el grado de malestar de los mismos. Este autorregistro puede verse en el Anexo 1.

Procedimiento

El programa estará dividido en 11 sesiones de 45 minutos cada una, una vez por semana. Las sesiones se llevarán a cabo en una sala de juego, equipada de juguetes y otros materiales de juego, que tenga un ambiente acogedor y privado. Para garantizar que el espacio y los juguetes sean adecuados, se deben seguir las recomendaciones de Landreth en su libro *Play Therapy: The Art of the Relationship*, las cuales diseñó en *Centre for Play Therapy* de la Universidad de Texas del Norte (Landreth, 2012). En Anexo 2 se incluye una lista con todos los juguetes recomendados del libro.

El rol del terapeuta de juego cognitivo conductual es involucrar al niño en el tratamiento por medio del juego. Por lo tanto, las sesiones deben ser, hasta cierto punto, dirigidas, proporcionando estrategias adecuadas para desarrollar pensamientos y conductas más adaptativas (Schaefer, 2012).

Para poder llevar a cabo este programa de manera exitosa, es fundamental que el terapeuta mantenga una actitud flexible, ya que lo más probable es que las sesiones no se desarrollen como se planificaron. Una aplicación rígida de las técnicas será ineficaz, por lo tanto, la estructura de las sesiones debe tomarse como una sugerencia más que una guía exacta a seguir. Además, cada niño responderá de una manera diferente a las mismas técnicas, así pues, siempre se deben adaptar las técnicas aplicadas a lo que mejor le funcione al menor (Knell, 1995).

El rol de los padres deberá determinarse caso a caso. Por norma general, los padres no estarán presentes durante el tiempo de juego, aunque si el terapeuta lo considera necesario, se podrá hacer de forma excepcional y esporádica (Landreth, 2012). Si bien el trabajo principal es con los niños, será conveniente reunirse con los progenitores (Schaefer, 2012). Por lo tanto, después de cada sesión se dejará un tiempo de reunión con los padres sin el menor, para así seguir obteniendo información sobre la conducta del niño y sus avances, además de mitigar las inquietudes de los padres, y explicarles lo trabajado en consulta, y cómo pueden continuar este trabajo en casa. Manteniendo así una comunicación fluida con los mismos.

Para favorecer la generalización de todas las técnicas aplicadas y los objetivos aprendidos, llevarán a cabo una serie de actuaciones basadas en las propuestas por Knell (1995):

1. Se debe abordar la transferencia de conductas deseables de la consulta a su entorno natural. Es decir, si la conducta ocurre en un entorno en concreto, establecer juegos en situaciones similares (p. ej. marionetas simulando estar en entorno escolar)
2. Administrar refuerzo positivo desde múltiples fuentes y entornos (padres, profesores, en casa, en la escuela, en el parque, etc.).
3. Las técnicas de juego de roles, el modelamiento y la enseñanza de habilidades de autogestión son cruciales para la generalización de habilidades (O'Connor et al., 2015). Por tanto, se tendrán muy en cuenta a la hora de generalizar conductas y habilidades.

Es importante implementar estas herramientas de generalización durante el proceso terapéutico, esencialmente durante la mitad y final del tratamiento (O'Connor et al., 2015).

Por otro lado, se ha elaborado una tabla en Anexo 5 que presenta los problemas frecuentes que pueden aparecer en consulta, descritos por Landreth (2012), junto con sus posibles soluciones, como parte del proceso de *troubleshooting* en la aplicación de las estrategias terapéuticas.

Las sesiones de intervención tendrán la siguiente estructura:

1. 5 minutos aproximadamente de ajuste de inicio de la sesión.
2. Aplicación de técnica de modelamiento (bien de maestría o de afrontamiento).
3. Aplicación de una segunda técnica (además de una tercera si fuese necesario).
4. 5 minutos aproximadamente de cierre y finalización de la sesión.
5. Tiempo de reunión con los padres.

Descripción del programa.

SESIÓN 0: Devolución de resultados y presentación de la propuesta de terapia.

Objetivos:

- Conocer y entender el Trastorno Negativista Desafiante
- Reconocer y gestionar de manera adecuada las emociones de sus hijos.

Desarrollo:

Tras confirmar el diagnóstico, el terapeuta se reunirá con los padres a solas para informarles sobre el trastorno y proponer un plan de tratamiento que incluirá terapia de juego y entrenamiento para padres. Se discutirán dudas, se establecerá el calendario de sesiones y se concluirá con un resumen y agradecimientos.

SESIÓN 1: Sesión de Bienvenida:

Objetivos:

- Establecer un ambiente acogedor donde el menor se sienta cómodo.
- Crear un vínculo con el menor
- Observar su juego, conducta y actitudes como método evaluativo.

A esta sesión acuden los padres con el niño. Esta sesión será la primera toma de contacto con el niño, por lo tanto, no aplicaremos ninguna técnica de intervención.

Desarrollo de la sesión:

1. Presentación y explicación: En esta primera parte de la sesión, estarán presentes el niño y los padres. El terapeuta se presenta al niño, y se le cuenta que va a venir una vez por semana a jugar y a aprender a enfadarse menos. Se le enseña la sala de juego, y los padres se quedan fuera para el resto de la sesión.
2. Juego libre con el infante: Se le enseñará al niño los juegos y juguetes de la sala, incitándole a que explore. Una vez recorrida la estancia, se jugará con el niño a lo que él desee.
3. Cierre y despedida: Se avisará al niño cuando queden 10 y 5 minutos de sesión, estos últimos 5 minutos se dedican a recoger los juguetes y una vez recogidos se pide a los padres que entren para la despedida. Se recuerda al infante que podrá venir la próxima semana a seguir jugando, y nos despedimos, finalizando así la sesión.

SESIÓN 2: Modelamiento de maestría y Juego libre con Manejo de Contingencias

Objetivos de Modelamiento de maestría:

- Desarrollar habilidades para regular las emociones y comportamientos desafiantes.
- Mejorar las habilidades sociales y de comunicación.
- Fomentar estrategias de afrontamiento positivas y saludables.
- Reducir los comportamientos disruptivos y desafiantes.

Objetivos de Juego libre con Manejo de Contingencias.

- Desarrollar habilidades para regular las emociones y comportamientos desafiantes.
- Fomentar estrategias de afrontamiento positivas y saludables.
- Reducir los comportamientos disruptivos y desafiantes en el entorno escolar y doméstico.

Desarrollo de la sesión:

1. Ajuste de inicio de la sesión: este tiempo servirá para que el niño se asiente y se prepare para la sesión, aproximadamente 5 minutos.
2. Modelamiento de maestría.

El modelamiento es la técnica principal y pilar del programa terapéutico. En la terapia de juego cognitivo-conductual se utiliza el modelamiento para mostrarle al niño habilidades de afrontamiento adaptadas. Existen dos tipos de modelamiento, el primero siendo el modelamiento de afrontamiento, en el que el modelo aprende poco a poco la conducta

deseada, o el modelamiento de maestría, el cual se utilizará en esta primera sesión, en el que el modelo ejecuta a la perfección la conducta. (Schaefer, 2012)

Las marionetas y los títeres serán una parte importante de estas sesiones, ya que estos son muy útiles para que el niño aprenda distintas estrategias de afrontamiento adaptativas. Además, son especialmente útiles para actitudes agresivas (Yura & Galassi, 1982).

- 2.1. Representación de la situación a través de un teatro: Los títeres muestran la conducta deseada sin dificultades. Tras la representación, los muñecos podrán interactuar con el menor, hablando sobre lo aprendido con el teatro. También, las marionetas pueden hacerle preguntas al niño sobre lo sucedido.
- 2.2. Interacción directa con el muñeco: Se presenta al muñeco como un amigo que ha venido a jugar (p. ej.: ¡Mira quién ha venido a jugar hoy! ¡Es mi amigo Pepito!) El muñeco jugará con el niño y mostrará conductas apropiadas, mientras interactúa con el menor y el terapeuta. El terapeuta debe reforzar las conductas positivas que haga el muñeco. Si se tienen varios muñecos, se puede dar personalidades características a cada uno de los personajes, y que cada uno sea especialmente bueno para una conducta en concreto (P. ej., a Pepito se le da muy bien compartir y es muy generoso, mientras que Loli es muy buena en buscar soluciones a problemas y es muy creativa). De esta manera, cuando se quiera intervenir en una conducta en concreto, se sacará al muñeco correspondiente, para intervenir. Los títeres también pueden interactuar entre ellos y ayudarse mutuamente.

3. Manejo de contingencias

Manejo de contingencias es un término general que se refiere al procedimiento por el cual se modifica la conducta mediante el control de sus consecuencias. (Schaefer, 2012)

Para estas sesiones se emplea el reforzamiento positivo, uno de los componentes más importantes de la terapia de juego cognitivo conductual (Schaefer, 2012) a través del juego libre con el niño.

Se debe identificar una conducta objetivo específica a modificar, y seleccionar los reforzadores de la conducta deseada. Los reforzadores pueden ser sociales (p. ej. elogios) o materiales (p. ej. pegatinas). El refuerzo positivo debe ser inmediato y tener una

contingencia nula, para pasar a un reforzamiento contingente cuando la conducta deseada esté establecida.

Además del reforzamiento positivo de conductas adaptativas, se utilizará.

- Moldeamiento: Especialmente útil cuando el niño se muestra desafiante a realizar la conducta deseada o si el niño experimenta dificultad en realizar la conducta (Knell, 1995).

- Extinción y Reforzamiento Diferencial de otras conductas (RDO): Utilizada para disminuir conductas inadaptadas que están siendo o han sido reforzadas por realizarlas, por lo tanto, lo que se pretende hacer es eliminar (extinción) ese reforzamiento. Un reforzador común suelen ser los padres Como complemento a esta técnica se debe de enseñar una conducta adaptativa que sustituya la que se pretende eliminar (RDO) (Schaefer, 2012).

Estas técnicas también se pueden aplicar a cualquier juguete, ya sea controlado por el niño o por el terapeuta que “exponga” las conductas deseadas. Además, el reforzamiento positivo se aplicará de manera constante y pasiva durante todas las sesiones de intervención, y no solo en las partes de la sesión donde se aplica activamente.

4. Cierre y despedida.
5. Tiempo de reunión con los padres.

SESIÓN 3: Juego “ISISI” (Estrategias de Cambio Cognitivo) y modelamiento de afrontamiento

Objetivos de juego ISISI:

- Fomentar estrategias de afrontamiento
- Mejorar habilidades sociales
- Reducir los comportamientos disruptivos y desafiantes en el entorno escolar y doméstico.

Objetivos de modelamiento de afrontamiento:

- Desarrollar habilidades para regular las emociones y comportamientos desafiantes.
- Mejorar las habilidades sociales y de comunicación.
- Fomentar estrategias de afrontamiento positivas y saludables.
- Reducir los comportamientos disruptivos y desafiantes

Desarrollo de la sesión:

1. Ajuste de inicio de la sesión.
2. Juego ISIS (Estrategias de Cambio Cognitivo):

La estrategia de cambio cognitivo ayuda a identificar, desafiar y modificar patrones de pensamiento negativos o disfuncionales.

Debido a la edad y capacidades cognitivas de la población sujeto, esta será una versión adaptada a sus necesidades.

Antes de aplicar esta técnica, el terapeuta debe tener información de cómo suelen desarrollarse las situaciones que se plantean en consulta, para que así se asemeje lo máximo posible a la realidad y lo aprendido se adhiera mejor. A través del juego simbólico, o de marionetas, se presenta una situación donde haya un comportamiento a mejorar o un pensamiento disfuncional, y se hace pasar por todo el proceso de la situación a los juguetes para así aprender otras conductas adaptativas o cambiar su proceso de pensamiento.

- 2.1. Se le pregunta al menor qué hace/piensa en esa situación, se representa mediante el juego, o es representado con las marionetas mostrando la consecuencia. Si la técnica se utiliza con juego simbólico, el terapeuta tomará los juguetes de terceras personas, como madre, profesor, hermano, etc. y el niño jugará con el que más se asemeja a él (p.ej. hijo). Cuando las sesiones hayan avanzado, se podrán intercambiar los roles.
- 2.2. Se le pregunta qué otras cosas se pueden hacer en vez de la conducta elegida. Si al infante no se le ocurre ninguna, el terapeuta puede proponer, pero siempre deben ser alternativas adaptativas.
- 2.3. Se recrea la nueva conducta, para así ver cuál sería la consecuencia esta vez.
- 2.4. Se repite la representación de la situación con tantas conductas como sea posible, con su correspondiente consecuencia para el muñeco.
- 2.5. Entre cada "experimento" se comenta con el niño acerca de distintos aspectos, como qué le ha parecido las reacciones del resto de juguetes, si le parece bien lo que han hecho los juguetes, etc.
- 2.6. Finalmente, se debe elegir cuál cree que ha sido la mejor conducta, y recrearla una vez más para que el niño la interiorice mejor.

3. Modelado de afrontamiento:

- 3.1. Representación de una situación desafiante para el niño a través de un pequeño teatro con marionetas o títeres. Se mostrará cómo uno de los personajes aprende poco a poco a gestionar la situación planteada. El teatro puede tener una duración de unos 10 a 15 minutos.
 - 3.2. Una vez finalizado el teatro, el niño tendrá la oportunidad de hablar con las marionetas e interactuar con ellas.
4. Cierre y despedida.
 5. Tiempo de reunión con los padres.

SESIÓN 4: Biblioterapia y modelamiento de maestría.

Objetivos de Biblioterapia:

- Desarrollar habilidades para regular las emociones y comportamientos desafiantes.
- Fomentar estrategias de afrontamiento positivas y saludables.
- Reducir los comportamientos disruptivos y desafiantes en el entorno escolar y doméstico.
- Facilitar el juego terapéutico en el hogar

Objetivos de Modelamiento de maestría: los mismos nombrados en la sesión 2.

Desarrollo de la sesión:

1. Ajuste de inicio de la sesión.
2. Biblioterapia:

Para la primera sesión de biblioterapia, el terapeuta debe escribir con antelación un cuento breve en relación con una problemática real del niño con el cual se pueda sentir identificado. El cuento debe captar la atención del niño y transmitir un mensaje terapéutico relevante para su situación (Knell, 1995). Para este programa, los cuentos deben tener mensajes que fomenten estrategias de afrontamiento, o que sirvan para explicar las emociones, y desarrollar habilidades para regularlas.

- 2.1. Lectura del cuento: el terapeuta relatará el cuento al menor. Fomentando la participación del niño haciendo preguntas abiertas sobre los personajes, sus acciones y los eventos que ocurren en el cuento.
- 2.2. Discusión del cuento: Incentivando al niño a expresar sus pensamientos y sentimientos sobre la historia, haciendo hincapié en el mensaje central y las lecciones de los personajes.

- 2.3. Relación del cuento con la vida real: Se relaciona el cuento a la vida real del menor, y cómo se comparan con las experiencias del niño en su vida. El terapeuta debe ayudar al niño a identificar cómo puede aplicar las lecciones aprendidas en su propia vida, fomentando así el aprendizaje de nuevas habilidades y estrategias aplicables a la situación del infante
- 2.4. Momento favorito: Se compartirán los momentos favoritos del cuento y por qué, para que reflexione sobre los aspectos positivos de la historia.
- 2.5. Pinta y colorea el cuento: Se le pide al niño que colorea algunas escenas del cuento, con imágenes de escenas clave del cuento, preseleccionadas por el terapeuta, aunque también se le puede dar la opción de que dibuje él mismo las escenas.
- 2.6. Relectura del cuento: Se le dará una copia del cuento, con los dibujos del niño incluido, a los padres para que lo puedan leer también en casa antes de dormir. En consulta, el libro se leerá de nuevo a lo largo de varias sesiones, pero sin hacer una discusión, y sin colorear.

Si esta técnica funciona especialmente bien, se puede repetir el proceso las veces que sea necesario con los temas que el terapeuta considere.

3. Modelamiento de maestría: Se repetirá lo practicado anteriormente, para reforzar lo aprendido y que el menor lo vaya integrando poco a poco.
4. Cierre y despedida.
5. Tiempo de reunión con los padres.

SESIÓN 5: Técnicas de relajación y autocontrol y Modelamiento de afrontamiento.

Objetivos de Técnicas de relajación:

- Desarrollar habilidades para regular las emociones y comportamientos desafiantes.
- Reducir los comportamientos disruptivos y desafiantes en el entorno escolar y doméstico.
- Facilitar el juego terapéutico en el hogar

Objetivos de Modelamiento de afrontamiento: Los mismos expuestos anteriormente.

Desarrollo de la sesión:

1. Ajuste de inicio de la sesión.
2. Técnicas de relajación:

Estas técnicas se enfocarán en tratar la irritabilidad característica de este trastorno, así como para ayudar al infante a regular sus emociones, para evitar estallidos de rabia, frustración, etc. De esta manera, le proporcionamos una herramienta que le da tiempo a relajarse y reaccionar de manera más apropiada.

Para estas sesiones no se recomienda que estén los padres presentes, para que el niño tenga las mínimas distracciones posibles. Sin embargo, en la reunión con los padres, se le deberá dar una copia con las instrucciones necesarias para que también realicen las técnicas en casa.

Las técnicas de relajación que se utilizarán son:

- “Hacer la tortuguita”: Técnica de la Tortuga (Schneider & Robin, 1978).

La técnica de la tortuga es una herramienta de modificación conductual basada en el autocontrol. Es una analogía con la tortuga, que se refugia en su caparazón cuando se siente enfadado. (Schneider & Robin, 1978).

1. Canción de la Tortuga: Para enseñarle esta analogía, se le cantará una canción que cuenta la historia de esta tortuga. En el Anexo 3 se añade el enlace a un video ejemplo de cómo debería ser la canción.
2. Aprendizaje de “hacer la tortuguita”: Se repite la parte de la canción en la que la tortuga se mete en el caparazón, guiando al niño a hacer los movimientos asociados.
3. Asociación de la palabra tortuga a los movimientos asociados
4. Aprendizaje de relajación mientras está en “posición tortuga”. Ya que esta técnica no enseña la relajación de por sí, solo la parte de autocontrol, y la relajación es incompatible con la conducta disruptiva o agresiva. (Schneider & Robin, 1978).

- “Hinchar el globo”: técnica de relajación de Koeppen para niños, respiración y visualización (Koeppen, 1974)
- “Estrujar el limón”: técnica de relajación de Koeppen para niños, brazos y manos. (Koeppen, 1974)

En el Anexo 4 se proporcionan las instrucciones de cómo enseñar las técnicas de relajación de Koeppen a los menores.

3. Tiempo de reunión con los padres.

SESIÓN 6-10: Repetición de técnicas

Las siguientes sesiones consistirán en una repetición de las técnicas para consolidar lo aprendido.

En las sesiones, se intercalan las técnicas, siendo siempre una de ellas el modelamiento. Es posible que se utilicen hasta 3 técnicas en una misma sesión, como la biblioterapia y las técnicas de relajación, ya que la repetición de estas ocupan menos tiempo que su primera aplicación.

SESIÓN 11: Final del programa y despedida.

Para evaluar la eficacia del tratamiento, los padres volverán a cumplimentar el cuestionario SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) comparando así las puntuaciones pre y postintervención.

El objetivo principal de esta sesión es garantizar una despedida cálida y positiva. Para ello, se realizará juego libre y un recordatorio final de todo lo aprendido.

Para el cierre final, se debe realizar una breve despedida, agradeciendo al niño por su participación y esfuerzo durante la terapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

El objetivo de este trabajo es diseñar y proponer un programa de intervención estructurada, basada en el juego como herramienta complementaria para niños con Trastorno Negativista Desafiante, para así reducir conductas desadaptativas y promover habilidades prosociales y de autorregulación emocional.

Este trastorno se define como un patrón de comportamiento que implica dificultades para respetar las normas y las figuras de autoridad, para regular la conducta y las emociones, que se manifiesta por un humor enfadado e irritable, comportamiento beligerante, resentimiento y deseo de venganza (Ezpeleta, 2014a).

El TND es un trastorno altamente prevalente en población infantojuvenil, en concreto en niños menores de 5 años, siendo el trastorno más prevalente en esta población (Bufferd et.al, 2011; Ezpeleta, de la Osa, & Doménech, 2014b; Lavigne et al., 2009). De no ser tratado, puede evolucionar en una cronificación de cuadros externalizantes (Nock et al., 2007)

La intervención del programa se basa en la aplicación intercalada de diferentes técnicas cognitivas conductuales a través de juego, siendo el modelamiento la técnica principal, junto a otras tales como biblioterapia, manejo de contingencias, técnicas de relajación, y estrategias de cambio cognitivo. Además, después de cada sesión se dejará un tiempo de reunión con los progenitores.

Pese a que ha habido diversos estudios para evaluar la eficacia de los tratamientos, y siempre se recomienda el entrenamiento a padre,(Comer et al., 2013), no se ha desarrollado extensamente ninguna terapia que se centre en el juego cognitivo conductual para preescolares. Este tipo de terapia se basa en la integración de terapias cognitivas y conductuales a través del juego, de una forma breve, directiva y orientada al problema (Knell, 1995). De hecho, tras la revisión bibliográfica realizada para hacer el trabajo, no se ha encontrado ningún programa en español que se centre en la terapia de juego con niños con esta problemática.

Por tanto, esta propuesta de programa de intervención pretende ser un complemento alternativo, innovador y efectivo para abordar el TND en preescolares.

Sin embargo, una limitación importante es que el respaldo empírico de la terapia basado en el juego cognitivo conductual en preescolares con TND es limitado, siendo necesaria una mayor investigación en esta área. Además, la estandarización de este programa para evaluar su eficacia puede ser complicada, debido a la necesidad de adaptar el programa a cada niño y la ineficacia de aplicar una estructura rígida (Knell, 1995)

Por último, otra limitación significativa es que no se ha realizado una aplicación real del programa, por lo que no se puede probar la efectividad y viabilidad real del mismo.

Si bien no podemos comprobar la efectividad y viabilidad del programa, tenemos los resultados de otros programas basados en la terapia de juego centrados en la misma población, que han demostrado los efectos positivos en la mejora de los síntomas de TND, como los estudios de Heshmati et al., en 2013 o el estudio de Jafari et al. en 2011.

Los resultados del estudio realizado por Heshmati et.al (2023), indican una mejora estadísticamente significativa en la sintomatología TND en el grupo experimental en comparación con el grupo de control. Del mismo modo, tras seis meses, en la fase de seguimiento, la media del grupo experimental seguía siendo significativamente más baja que en el grupo control. (Heshmati et al., 2023)

Como se puede comprobar, el uso de terapia de juego en preescolares con TND tiene claros efectos positivos en la reducción de sus síntomas, que además, se sostienen en el tiempo. Por lo tanto, dado que esta propuesta sigue los mismos principios que el programa de Heshmati et al. se podría esperar que esta intervención tendría resultados similares.

Este trabajo presenta una gran variedad de implicaciones terapéuticas positivas. En primer lugar, se trata de un programa original y novedoso, por lo que este trabajo supone una aportación a la literatura existente sobre intervenciones para el TND en preescolares. Además, el programa cuenta con una gran adaptabilidad a la edad de los niños y es altamente personalizable, amoldándose a las necesidades de cada niño y aumentando así la efectividad de la terapia (Knell, 1995). Por otro lado, el hecho de que la terapia se realice jugando ayuda a que el niño no vea al terapeuta como una figura de autoridad, que es cuando la mayoría de conductas desafiantes se producen (Heshmati, 2023). Ya que jugar es algo atractivo para cualquier niño, reducirá los problemas de resistencia y desobediencia a la hora realizar los procedimientos terapéuticos, favoreciendo así la integración de lo aprendido en ellos (Knell, 1995).

También conviene destacar la accesibilidad del programa, ya que ofrece herramientas y estrategias que se pueden aplicar fuera de consulta, mejorando la consistencia del tratamiento. (Schaefer, 2012).

Como último aspecto positivo, este programa podría aumentar la aceptabilidad del tratamiento por parte de las familias, puesto que muchos padres solicitan que se trabaje directamente con el menor, y no hacerlo puede empeorar la adherencia de los padres al tratamiento principal.

Algunas futuras líneas de investigación de este programa podrían incluir la diversificación de técnicas, ya que en este estudio se ha utilizado solo una selección limitada de las muchas técnicas posibles. También sería de interés realizar un estudio longitudinal que evalúe el impacto del programa en el paso del tiempo, si se llegase a aplicar.

Conclusión

En definitiva, este programa pretende dar respuesta a las necesidades terapéuticas de preescolares con Trastorno Negativista Desafiante (TND) mediante la implementación de un programa de intervención de Terapia de Juego Cognitivo Conductual. El programa es prometedor, y ofrece una base sólida para futuras adaptaciones y mejoras continuas, por lo que se recomienda su aplicación como terapia complementaria al entrenamiento a padres.

ANEXOS

Anexo 1: Autorregistro semanal

Día	Hora	Dónde	Quién estaba	Desenca delante	Qué hizo (respuesta)	Consecuencia	Intensidad de malestar provocado	Duración aproximada



Anexo 2: Lista de juguetes recomendados (Landreth, 2012)

- Pelotas (grandes y pequeñas)
- Tiritas
- Muñeca Barbie
- Familia de muñecos flexibles
- Tijeras romas
- Bolsa hinchable (para golpear)
- Escoba, recogedor
- Bloques de construcción (diferentes formas y tamaños)
- Cajas de cereal
- Pizarra, tiza
- Tizas de colores, borrador
- Papel de construcción (varios colores)
- Plastidecor, lápices, papel ver
- Platillos
- Pistola de dardos de gomaespuma

- Dinosaurios, tiburón
- Platos (de plástico)
- Bandeja para lavar platos
- Cama de muñeca, ropa, manta
- Muebles de muñeca (madera resistente)
- Casa de muñecas (tipo abierto en el suelo que el niño puede inclinarse)
- Muñecas, ropa de bebé
- Ropa de vestir
- Tambor
- Cartones de huevos
- Latas vacías de frutas y verduras
- Marcadores borrables no tóxicos
- Linterna
- Gumby (figura maleable no descriptiva)
- Marionetas de mano (médico, enfermera, policía, madre, padre, hermana, hermano, bebé, cocodrilo, lobo)
- Esposas de juguete
- Sombreros: bombero, policía, tiara, corona
- Máscara tipo El Llanero Solitario y otras máscaras
- Kit médico de juguete
- Máscara médica (una máscara de polvo blanca servirá)
- Biberón (plástico)
- Chupete
- Pinturas, caballete, papel de periódico, pinceles
- Jarra de plástico
- Cámara de juguete
- Dinero de juguete y registradora
- Ollas, sartenes, cubiertos
- Banco de martilleo y martillo
- Teatro de títeres
- Bolso y joyas
- Trapos o toallas viejas
- Refrigerador (madera)
- Cuerda
- Cuchillo de goma

- Serpiente de goma, cocodrilo
- Caja de arena, cuchara grande, embudo, tamiz, balde
- Autobús escolar (tipo Fisher Price)
- Jabón, cepillo, peine
- Araña y otros insectos
- Esponja, toalla
- Estufa (madera)
- Animales de peluche (dos o tres)
- Teléfono (dos)
- Juguetes de construcción
- Pañuelos desechables
- Depresores linguales, palitos de paleta
- Pistola de juguete que hace ruido
- Soldados de juguete y equipo militar
- Reloj de juguete
- Cinta transparente, pegamento no tóxico
- Camión, coche, avión, tractor, barco, ambulancia
- Pinturas de acuarela
- Xilófono
- Familias de animales de zoológico y de granja

Anexo 3: Canción técnica de la Tortuga de Schneider

 La Técnica de la Tortuga Toruga

Anexo 4: Técnica de relajación de Koeppen para niños

Brazos y manos

Imagínate que tienes un limón en tu mano izquierda. Ahora trata de exprimirlo, trata de exprimir todo el zumo. Sientes la tensión en tu mano y en tu brazo mientras lo estás exprimiendo. Ahora déjalo caer.

Fíjate en cómo están ahora tus músculos cuando estás relajado. Coge ahora otro limón y trata de exprimirlo. Exprímelo más fuerte de lo que has hecho la primera vez. Muy bien. Ahora tira el limón y

relájate. Fíjate en lo bien que se sienten tu mano y tu brazo cuando están relajados. Venga, una vez más, coge el limón con tu mano izquierda y exprímele todo el zumo, no dejes ni una

sola gota, exprímelo fuerte. Ahora relájate y deja caer el limón. (Repetir el mismo ejercicio con la mano derecha).

Respiración y visualización

Ahora pega tus manos en tu barriga e imagina que es un globo que se va inflando poco a poco... Cuando se infla completamente retenemos el aire unos segundos... expulsamos el aire... y realizamos el ejercicio dos veces más. Ahora que estás más relajado/a notarás que tu cuerpo pesa más... o bien al revés, que parece como que flotas... Identifica en tu cuerpo sensaciones de relajación y disfrútalas.

Elige una imagen positiva: un lugar que te guste, un sitio en el que hayas estado o que hayas visto en una película... Imagina lo que ves, lo que oyes, lo que hueles, lo que notas en tu cuerpo... y disfruta de la sensación...

Y ¡recuerda! No te levantes de golpe después de un ejercicio de relajación. Cuanto más practiques, más fácilmente podrás recurrir a estas técnicas cuando te sientas nervioso/a, así que ¡ánimate a practicarlo a diario!

Técnica de relajación de Koeppen al completo:

https://seaep.es/wp-content/uploads/2020/03/Ansiedad_Koeppen_ni%C3%B1os.pdf

Anexo 5: Problemas comunes y sus soluciones

PROBLEMA	SOLUCIÓN
Cuando el niño es agresivo.	<p>Se debe seguir el modelo ACT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acknowledge: reconoce el sentimiento. - Communicate: comunica el límite. - Target: apunta alternativas aceptables. <p>Si la agresividad supone un peligro para sí mismo u otros, se pausará la sesión hasta que cese.(Landreth, 2012)</p>
Cuando el niño no quiere entrar a la sala.	<p>Se deben dar instrucciones a los padres antes de que suceda. Los padres no deben decir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adiós/ hasta luego - Si no vas con él/ella, pensará que no eres bueno,mayor,valiente / pensará que eres feo,

	<p>cobarde, etc.</p> <p>Deben decir algo similar a “me quedo aquí y estaré aquí cuando termines”.</p> <p>(Landreth, 2012)</p>
<p>Cuando el niño no quiere irse de la sala de juego.</p>	<p>pasos a seguir, después de haber avisado 5 minutos el final de la sesión, y tras anunciar el final de la sesión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmar la salida con firmeza y gentileza. 2. Validar el deseo del niño mientras establece límites. 3. Evitar enfrentamientos de poder. 4. Dar señales para salir (como ponerse cerca de la puerta). 5. Reafirmar y respeta los sentimientos del niño. <p>(Landreth, 2012)</p>

Anexo 6: Código de autorización COIR
TFG.GPS.JMT.EMCR.240525



BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM*. Asociación Americana de Psiquiatría. Recuperado el 20 de febrero de 2024 de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Association for Play Therapy. (s. f.). About play therapy overview. Recuperado el 10 de marzo de 2024 de <https://www.a4pt.org/>

Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P., Drabick, D., Steinberg, E., & Hampton, A. (2015). Overview of DSM Disruptive Behavior Disorders. En T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), *The Oxford Handbook of Externalizing Spectrum Disorders* (pp. 1-28). Oxford University Press.

Blair, C., & Diamond, A. (2008). Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology*, 20(3), 899–911.

Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2011). Parent-reported mental health in preschoolers: Findings using a diagnostic interview. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 359–369.

Comer, J. S., Chow, C., Chan, P. T., Cooper-Vince, C. y Wilson, L. A. S. (2013). Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: A meta-analytic examination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(1). 26-36.

Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Síntesis.

Ezpeleta, L. (2014a). Trastorno negativista desafiante. En L. Ezpeleta & J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 455-460). Pirámide.

Ezpeleta, L., de la Osa, N., & Doménech, J. M. (2014b). Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 145-155. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0683-1>

Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., Penelo, E., & Doménech, J. M. (2012). Dimensions of oppositional defiant disorder in 3-year-old preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1128–1138. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02545.x>

Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A., & del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. TEA Ediciones.

García-Tornel Florensa, S., Calzada, E. J., Eyberg, S. M., Mas Alguacil, J. C., Vilamala Serra, C., Baraza Mendoza, C., Villena Collado, H., González García, M., Hernández, M. C., & Trinxant Doménech, A. (1998). Inventario Eyberg del comportamiento

en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *Anales de pediatría* , 48(5), 475–482.

Heshmati, R., Esmailpour, K., Hajsaghati, R., & Barenji, F. A. (2023). The effect of child-centered play therapy (CCPT) on the symptoms of oppositional defiant disorder in preschool children. *International Journal of Play*, 12(2), 193–205. <https://doi.org/10.1080/21594937.2023.2209240>

Hawes, D. J., Gardner, F., Dadds, M. R., et al. (2023). Oppositional defiant disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 9, 31. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00441-6>

Jafari, N., Mohammadi, M. R., Khanbani, M., Farid, S., & Chiti, P. (2011). Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6(1), 37–42. PMID: 22952519. PMCID: PMC3395936.

Kassel, J. (Ed.). (2010). *Substance abuse and emotion*. Washington, DC: American Psychological Association.

Knell, S. M. (1995). *Cognitive-behavioral play therapy*. Jason Aronson.

Koeppen, A. S. (1974). Relaxation training for children. *The Relaxation and Stress Reduction Workbook* (pp. 5-6). New Harbinger Publications.

Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge.

Lavigne, J. V., Lebailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R., & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(3), 315–328.

López-Villalobos, J. A., Andrés-De Llano, J. M., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A. M., Martínez-Rivera, M. T., & Sánchez-Azón, M. (2014). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(2), 80-87. Recuperado el 20 de febrero de 2024 de https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/prevalencia_tnd_espana_2014.pdf

Mohammadi, M. R., et al. (2020). Lifetime prevalence, sociodemographic predictors, and comorbidities of oppositional defiant disorder: the National Epidemiology of Iranian Child and Adolescent Psychiatric Disorders (IRCAP). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(2), 162–167.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). *Antisocial behavior and conduct disorders in children and young people. The NICE Guideline on recognition, intervention and management*. National Clinical Guideline Number 158. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158>

Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 703–713. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x>

O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. (Eds.). (2015). *Handbook of play therapy*. John Wiley & Sons, Incorporated.

Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 726-738.

Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. El Manual Moderno.

Schneider, J. A., & Robin, A. L. (1978). A comprehensive cognitive-behavioral program for training self-control in aggressive children: The turtle technique. In A. C. Ciminero, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment*. John Wiley & Sons.

Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 404–412.

Vasileva, M., Graf, R. K., Reinelt, T., Petermann, U., & Petermann, F. (2021). Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(4), 372–381.

Wakschlag, L. S., Choi, S. W., Carter, A. S., Hullsiek, H., Burns, J., McCarthy, K., et al. (2012). Defining the developmental parameters of temper loss in early childhood: Implications for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1099–1108.

World Health Organization. (2023). *WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent–child relationships in children aged 0–17 years*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065505>

Yura, M. T., & Galassi, M. D. (1982). Adlerian usage of children's play. En G. L. Landreth (Ed.), *Play therapy: Dynamics of the process of counseling with children* (pp. 130–136). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

