

**TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y APEGO:
FACTORES ESPECÍFICOS DE LA CONDUCTA PARENTAL
CONCORDANTES CON LA PRESENCIA DE PATRONES
COMPORTAMENTALES CONGRUENTES CON EL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.**

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

DECANA DE LA FACULTAD: DRA. GABRIELA

USAL RENAULT
UNIVERSIDAD

DIRECTOR DE LA CARRERA DE DOCTORADO: DR.
IGNACIO BARREIRA

DOCTORANDO: LIC. SILVANA MILOZZI

DIRECTORA DE TESIS: DRA. ANA KOHAN CORTADA

Agradecimientos:

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora de tesis Ana, por todo el tiempo que dedicó a ayudarme, por el sostén en los momentos difíciles y su confianza en mí.

A mi familia, por su paciencia, compañía y apoyo: A Luis, mi figura de apego actual, por su amor incondicional, su sinceridad y por cubrirme en los momentos en que no pude estar. A Mirta y Graciela, porque siempre están cerca y ayudándome en cada cosa que hago. A mis hermanos, quienes transitaron conmigo lo bueno y lo malo de la infancia, y hoy se transformaron en grandes compañeros. A los niños de mi familia, que llenaron de alegría mi vida y a quienes amo profundamente: mi hijo Francisco y mis sobrinos Juana, Manuela y Santino. A mis padres, por todo lo que recibí y aprendí de ellos, por ser modelos de honestidad en el trabajo, por enseñarme que detrás de cada paciente hay una persona y una historia, por lo que me dieron y lo que no me pudieron dar también... A mis tías, que estuvieron muy presentes en los primeros años de vida y con quienes pasé hermosos momentos. A Dora, quien asistió a mamá en la crianza y de quien todavía recibimos amor y cuidados.

A mis compañeros del doctorado, algunos de los cuales se transformaron en amigos y fueron fundamentales para poder terminar este proyecto: a Yasmín, Carolina y Hernán en especial.

A las personas que me formaron en el modelo del apego que tanto me apasiona: Juan Balbi porque con él conocí la teoría del apego; Patricia Crittenden, referente fundamental para mí y Patricia Carranza, quien generosamente compartió conmigo sus conocimientos sobre preescolares.

A los que ya no están pero siguen formando parte de mi mundo interno, mi maestro y querido amigo Eduardo Mata, quien me enseñó gran parte de lo que sé, mis abuelos y Gladys que fueron figuras fundamentales en mi infancia.

A los niños y padres que colaboraron desinteresadamente con esta tesis y a mis amigas Vivian y Iara que me ayudaron a conseguir la muestra y grabar las evaluaciones. A mis pacientes, que confían en mí y de quienes aprendo día a día. Al Instituto Juan XXIII, la Universidad del Salvador, mis alumnos y compañeros.

A los terapeutas que tuve a lo largo de los años Gladys, Liliana, Javier y Marilisa porque me ayudaron a crecer, a persistir en esta difícil tarea y a animarme a ser yo misma.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

“Amar a un niño y tener buenas intenciones no alcanza para ser un buen padre.”

John Bowlby, 1989



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Resumen

El trastorno negativista desafiante constituye uno de los diagnósticos más frecuentes en la infancia. Según el DSM V, se caracteriza por un patrón de conducta que se manifiesta en un recurrente rechazo a la autoridad, que dura al menos 6 meses. Esta tesis intenta comprender al mismo como una estrategia de apego que utiliza el niño para regular la disponibilidad emocional de su cuidador. El marco teórico utilizado es el Modelo Dinámico Maduracional del Apego (DMM).

En este trabajo, la metodología utilizada es cuanti-cualitativa. Se evaluaron 20 niños de 5 años con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante (En adelante, TND) y 20 niños que no presentaban dicho trastorno y tienen un apego seguro utilizando el procedimiento de Pre-School assessment of attachment (2004) (Adaptación de la situación extraña propuesta por Patricia Crittenden). Mediante esta técnica de evaluación se determinó el patrón de apego que presentan los niños con y sin el trastorno y el estilo parental de los cuidadores. Por lo antedicho, se elaboró un cuestionario de estilo parental con la finalidad de profundizar acerca de los distintos aspectos del vínculo que estos cuidadores mantienen con sus hijos.

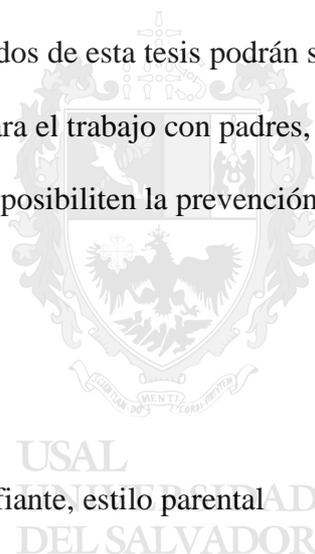
Según los resultados obtenidos, la presencia de ambos padres en el hogar favorece el establecimiento de un apego seguro. Por el contrario, cuando es uno sólo el que está a cargo del niño debido a la ausencia física o emocional del otro cuidador, esta persona se encuentra cansada y sin energía, lo que genera un alto nivel de activación en el niño, es decir, irritabilidad, ansiedad y una gran necesidad de descarga física de esa ansiedad. En el grupo de niños con trastorno negativista desafiante, encontramos que algunos de los cuidadores presentaron problemas de salud (15%) o emocionales (35%) durante el embarazo y los primeros meses de vida del niño, y un alto porcentaje de madres que no pudieron amamantar a su hijo (70%). Se corroboró que estos cuidadores tienen dificultades para regular sus

propias emociones y las del niño. Por otro lado, en el grupo de niños con un apego seguro, encontramos padres emocionalmente disponibles para sus hijos, con una relación satisfactoria entre ellos y con el niño, que presentan capacidad de poner límites, regulando sus emociones y las del pequeño. La tesis concluye con una descripción y análisis pormenorizado de las conductas parentales específicas que son concordantes con la aparición de patrones de conducta congruentes con el trastorno negativista desafiante. Finalmente se presentan dos propuestas terapéuticas, una con formato de entrevista de asesoramiento a padres que acompañe el proceso psicoterapéutico del niño y un taller psicoeducativo para padres de niños con TND.

Se estima que los aportes surgidos de esta tesis podrán ser utilizados en la clínica psicoterapéutica, especialmente para el trabajo con padres, familias y maestros. Asimismo, se busca aportar herramientas que posibiliten la prevención de esta problemática.

Palabras clave:

Apego, trastorno negativista desafiante, estilo parental



Índice

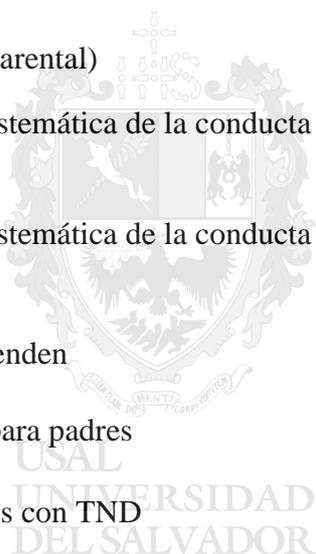
Agradecimientos	2
Resumen	4
1. Introducción	11
Problema de investigación	17
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
Hipótesis	19
2. APARTADO TEÓRICO	20
Estado del Arte	21
DSM V	21
Los aportes del Psicoanálisis	25
Los aportes de la terapia cognitiva	35
Marco teórico	38
La teoría del apego de J. Bowlby	41
La influencia de la teoría evolucionista de Darwin	42
La influencia de la etología	43
El apego	44
Los aportes de las neurociencias al estudio del apego	50
Apego, regulación del estrés y salud mental	52
El modelo Dinámico Maduracional del Apego	56



Esquema 1: Modelo dinámico maduracional de los patrones de apego en la primera infancia de Patricia Crittenden	60
El apego en la primera infancia 0-15 meses	62
La madre sensible	63
La madre controladora	63
La madre no responsiva	64
El patrón evitativo o A	65
El patrón seguro o B	65
El patrón coercitivo o C	66
La edad pre-escolar: Los niños de 2 a 5 años	67
Esquema 2: El modelo Dinámico Maduracional de los patrones de apego en los años preescolares de Patricia Crittenden	72
Los patrones de apego en la edad preescolar	73
El patrón seguro (El niño tipo B)	73
Regulación de los estados afectivos internos	74
Conducta de la figura de apego	74
Respuesta afectiva del observador	74
Indicadores conductuales	75
Subcategorías	75
El patrón evitativo (El niño tipo A)	75
Patrones conductuales	77
Subpatrones	78
Regulación de los estados afectivos internos	79
Despliegue de afecto	80

El juego	81
Figuras de apego	81
Respuesta afectiva del observador	82
El apego coercitivo (Los niños con un patrón tipo C)	82
Patrones de conducta	83
Regulación de los estados afectivos internos	84
Exploración y afiliación	85
Conducta de la figura de apego	85
Respuesta afectiva del observador	86
Subcategorías	86
Indicadores conductuales de comportamiento desarmante	88
Apego y problemas de conducta	91
3. APARTADO EMPÍRICO	93
Metodología	94
Enfoque	94
Diseño y alcance	95
Procedimientos para la elección de la muestra	96
Variables bajo estudio	96
Criterios de inclusión y exclusión	98
Instrumentos	99
Construcción del instrumento	100
Prueba piloto	101
4. Análisis de datos	101

Análisis de los resultados	163
Resultados cuantitativos según objetivos	164
Análisis cualitativo	174
5. Conclusiones	178
Limitaciones del estudio	186
Transferencia de resultados y futuras líneas de investigación	187
Referencias bibliográficas	190
Anexo 1 (Consentimiento informado)	199
Anexo 2 (cuestionario de estilo parental)	200
Anexo 3 (Grilla de Cuestionario parental)	206
Anexo 4 (Grilla de observación sistemática de la conducta del niño en la situación extraña)	209
Anexo 5 (Grilla de observación sistemática de la conducta de la madre en la situación extraña)	210
Anexo 6 Modelo de Patricia Crittenden	211
Anexo 7 Propuesta de entrevista para padres	224
Anexo 8 Taller pra padres de niños con TND	232



Introducción:

En las últimas décadas las prácticas familiares e institucionales han variado fuertemente.

Actualmente, se evidencia una fuerte indiferenciación de los lugares tradicionales de padre, madre e hijo con la consecuente disolución de las posiciones de protección y autoridad de los padres hacia los hijos. No sólo se observa la simetría de lugares sino que en muchos casos se produce la pérdida total de la estructura de seguridad que proporciona la familia. Nos encontramos frente a una clara falta de diferenciación entre el mundo del adulto y el mundo del niño. (Barocio, 2005)

Décadas atrás, el niño se dedicaba sólo a ser niño, jugar, curiosear, divertirse. Los temas de adultos se hablaban entre adultos y eran éstos los responsables de resolver los problemas, trabajar y ser el sostén familiar, existiendo incluso distintos roles entre los padres. La madre era la encargada del cuidado de los niños y el padre era el proveedor de la casa y la figura de autoridad. El niño de hoy es conciente de los problemas del hogar, del país y del mundo; mira las noticias, las novelas, es receptor de información que no está en condiciones de asimilar ni comprender. Esto último se ha intensificado a partir de la llegada de internet a la mayoría de los hogares. Muchos niños de corta edad pasan horas frente a la computadora sin un adulto que supervise los contenidos a los que acceden o los acompañen. Ellos interpretan esa información que reciben y muchas veces son golpeados por realidades que son muy crudas para sus escasos años. En muchos casos, todo esto sucede en concordancia con la ausencia de otras estructuras igualmente necesarias como los horarios y rutinas que brindan seguridad y permiten al niño habitar su mundo infantil e inocente. (Barocio, 2005)

Barocio (2005) agrega que, paralelamente, debido al nivel de competitividad que se exige a los adultos en sus trabajos, a las largas jornadas laborales y a que generalmente

ambos progenitores trabajan, hay una falta de presencia emocional de los padres en el hogar. Ellos pueden estar presentes físicamente, pero demasiado agotados o dispersos para compartir tiempo con sus hijos, ya que éstos demandan una energía de la que sus padres no disponen. Por otro lado, muchas abuelas también trabajan por lo que no pueden estar disponibles para ayudar a sus hijos con la crianza de sus nietos, acompañarlos en este proceso, aconsejarlos o contenerlos.

La mencionada autora sostiene que otro factor característico de esta época es que la urgencia se convirtió en una forma de vida. Muchos padres viven apurados y apuran a sus hijos. Los niños aprenden desde muy pequeños que no hay peor cosa que perder el tiempo, y muchas veces no encuentran espacio para jugar, explorar y disfrutar. En el afán de prepararlos para la vida, se aceleran procesos: muchos niños aprenden inglés, les enseñan a leer y escribir antes de empezar el colegio y hacen múltiples deportes; esto hace que se sientan sobre-exigidos y ansiosos.

Por otro lado, en muchos casos, los padres se angustian frente a la expresión de malestar de sus hijos, pues no toleran verlos frustrados, tristes o enojados y sienten que fracasan en modular estas emociones, lo que las intensifica y retroalimenta. O peor aún, muchos padres y madres son incapaces de regular sus propias emociones o carecen del sostén emocional de otro adulto, por lo que utilizan a su hijo como consuelo o confidente. En esos casos, se observan los roles invertidos, y el niño pasa a ser la figura de apego del padre o la madre. Esos niños se ven obligados a inhibir sus propias emociones y a intentar calmar a sus padres. (Crittenden, 2004)

Otra de las características distintivas de esta época es la relatividad en las normas y en los valores. Nos encontramos con figuras masculinas borrosas o en descomposición, actos ilegales “legalizados” por los progenitores, caída de frontera entre lo prohibido y lo

permitido, niños utilizados como escudo en disputas de pareja, niños ocupando el lugar de proveedores. (Silvia Duschatzky y Cristina Corea, 2001)

Por otro lado, se observan familias en las que se protege a los hijos de los riesgos del mundo. Tradicionalmente, el mundo era apetecible y prometía nuevas posibilidades. En la actualidad, éste se ha vuelto inhabitable y la familia procura dilatar la salida de los niños al mundo. La calle es peligrosa, amenazante, y en consecuencia, muchas veces el cuidado familiar no es aquél que fortalece, sino el que lo preserva al hijo de los riesgos externos. (Silvia Duschatzky y Cristina Corea, 2001)

Una situación muy importante que afecta a algunas familias, es la desocupación, no como algo temporario, sino como marca de identidad, acompañada del sentimiento de vergüenza como factor erosionante de la autoridad familiar: “padres que no pueden”, hijos que lo observan o que se encuentran desamparados. (Silvia Duschatzky y Cristina Corea, 2001)

Estos cambios que se han ido dando a nivel socio-económico-cultural repercuten indudablemente en los vínculos familiares y las consecuencias se observan, entre otras cosas, en el aumento de la psicopatología infantil.

Sobre la base de las consideraciones anteriores y de manera concordante, el Trastorno Negativista desafiante tiene cada vez más prevalencia. Esta oscila actualmente entre el 1 y el 11%, según el DSM V (2014). Este trastorno se caracteriza por un patrón persistente de rebeldía, desobediencia y hostilidad hacia figuras de autoridad como padres y profesores. Los signos específicos de este trastorno incluyen discusiones, peleas, rabietas, niveles elevados de irritabilidad o enfado, rencores, deseos de venganza, desobediencia y un estilo de atribución externa de los propios errores. Los niños más pequeños con TND tienen una muy baja tolerancia a la frustración, suelen hacer berrinches y presentar grandes dificultades para

postergar la gratificación. Los de más edad, suelen contestar a sus padres y maestros, ser susceptibles, testarudos y discutidores. (Friedberg y McClure, 2005).

El TND constituye un tema de relevancia tanto para los agentes de atención primaria como para los profesionales de la salud mental. Esto se debe principalmente a su creciente prevalencia, la complejidad de su manejo y las consecuencias negativas que produce a nivel familiar y social.

Los niños con trastorno negativista desafiante tienen riesgo de presentar finalmente otro tipo de problemas, incluido un trastorno depresivo mayor o de ansiedad y un mayor riesgo de problemas de adaptación como adultos como conducta antisocial, problemas en el control de impulsos, abuso de sustancias, ansiedad y depresión. Este trastorno también está asociado a un aumento del riesgo de intentos de suicidio, incluso después de controlar los trastornos comórbidos. (APA, 2014)

Debido a su gran prevalencia, los recursos especializados para abordarlo son escasos y las intervenciones limitadas. En la mayoría de los casos, el Trastorno Negativista Desafiante es abordado desde una mirada reduccionista, que entiende el trastorno como algo “externo” al niño o como una enfermedad.

Actualmente, la perspectiva médica del TND deja de lado aspectos fundamentales, tales como, el sentido de ese síntoma en el contexto que aparece, el tipo de vínculo del niño con su cuidador, las características del cuidador que fomentan las conductas oposicionistas, las emociones asociadas a esta problemática tanto en el niño como en su figura de apego y otros que pretenden ser abordados en este trabajo.

Bowlby (1980) sostiene en su libro *Una Base Segura*, que en algún momento de sus vidas, la mayor parte de los seres humanos desean tener hijos, como también desean que sus hijos

crezcan sanos, felices y seguros de sí mismos. En el caso de tener éxito la recompensa es enorme, pero al contrario, para quienes no logran criarlos como personas sanas, felices y seguras de sí mismas, el costo en ansiedad, frustración y desavenencias acompañadas de vergüenza o culpa puede ser elevado. Por lo tanto, tener hijos supone correr un gran riesgo. Además, como la paternidad exitosa es una clave importante para la salud mental de la generación siguiente, necesitamos saber todo lo posible acerca de su naturaleza y de las diversas condiciones sociales y psicológicas que influyen en su desarrollo positiva o negativamente. (Bowlby, 1989 pg 13)

El autor agrega que ser un padre exitoso supone un trabajo arduo. Cuidar a un bebé es un trabajo de veinticuatro horas diarias durante los siete días de la semana y aunque la carga se alivie un poco a medida que los niños crecen, si han de desarrollarse armoniosamente necesitan mucho tiempo y atención. El cuidado de un bebé o un niño pequeño no es una tarea para una sola persona, para que el trabajo esté bien hecho, y el responsable de la atención no esté demasiado exhausto, él o ella necesita una gran dosis de ayuda que podrá provenir de diversas personas. (Bowlby, 1980)

El apego (Bowlby, 1969) es un vínculo afectivo de naturaleza social caracterizado por conductas de búsqueda de proximidad, interacción íntima, base de referencia y apoyo en las relaciones con el mundo físico y social. Si bien todas las personas vienen al mundo con la disposición a apegarse, la forma en que el apego se organice dependerá de las experiencias que el niño tenga dentro de su familia. (Bowlby, 1980).

Mary Ainsworth, (1977) demostró que los niños construyen expectativas respecto de la disponibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego para atender a sus necesidades de protección. Por esta razón, generan patrones de conducta que funcionan estratégicamente

para regular el comportamiento del cuidador. Es decir, para mantener la disponibilidad protectora de la figura de apego.

Esta tesis fue motivada por más de 10 años de trabajo en clínica con niños que presentan Trastorno Negativista Desafiante e intenta comprender al mismo como una estrategia de apego frente a un ambiente familiar que se presenta como inconsistente y poco previsible, y pretende descubrir cuáles son los aspectos específicos de la conducta parental que se relacionan con la presencia de patrones comportamentales congruentes con el TND.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Problema de investigación:

En esta tesis se investigó la relación existente entre el Trastorno Negativista Desafiante y el estilo parental inconsistente, pensando al trastorno como una estrategia de apego frente a un ambiente familiar inseguro. Se verificó el estilo de apego que presentan los niños con TND y se profundizó en aquellos aspectos del vínculo de apego que generan y refuerzan los comportamientos desafiantes.

El hecho de conocer los factores que potencian la aparición del trastorno permitió pensar un abordaje comprensivo que podrá ser utilizado no sólo por psicólogos, sino también por aquellos profesionales que se encargan de la atención primaria de la salud como médicos o enfermeros y también por educadores, psicopedagogos, entrenadores, religiosos y todo aquel profesional que esté a cargo de niños para la psicoprofilaxis y el abordaje clínico del trastorno.

La singularidad del proyecto radica en que se pensó el TND desde la perspectiva del Modelo Dinámico Maduracional del apego (Crittenden, 1992), entendiéndolo como una estrategia de apego que le permite al niño regular la disponibilidad emocional de sus padres.

La presente investigación aspiró a profundizar la mirada clínica sobre este trastorno y brindar una explicación del mismo desde la perspectiva del Modelo Dinámico Maduracional del Apego.

Este modelo, fue elegido como marco teórico porque integra los aportes provenientes de la Teoría del Apego (Bowlby, Attachment and Loss, 1969), las investigaciones empíricas de Mary Ainsworth, las Neurociencias, la Psicología Cognitiva y los hallazgos de varias décadas de investigación con poblaciones de riesgo. Es decir, muestra una visión integradora

y comprensiva de la psicopatología infantil y una mirada esperanzadora orientada a la prevención.

Frente a la problemática, la pregunta de investigación fue ¿Cuáles son los distintos factores específicos de la conducta parental concordantes con la aparición de patrones comportamentales congruentes con el Trastorno Negativista Desafiante?

Con el propósito de responder a la pregunta de investigación se enumeran los objetivos e hipótesis siguientes:

Objetivos:

Objetivo General:

Describir cuáles son los distintos factores específicos de la conducta parental concordantes con la aparición de patrones comportamentales congruentes con el Trastorno Negativista Desafiante en niños de 5 años.

Objetivos Específicos:

Caracterizar el ambiente familiar informado por los padres de niños con y sin TND

Analizar el grado de responsividad de madres y padres frente a las necesidades que presentan los niños con y sin TND

Comparar los patrones de apego que presentan los niños con y sin TND

Identificar las expresiones afectivas que se activan en la madre de niños de ambos grupos

Evaluar la capacidad de la madre de regular sus propias emociones y las del niño por grupo

Analizar el estilo de puesta de límites que presentan los padres por grupo

Hipótesis:

Hipótesis Principal:

Existen factores específicos de la conducta parental que son concordantes con la aparición de patrones comportamentales congruentes con el TND en niños de 5 años.

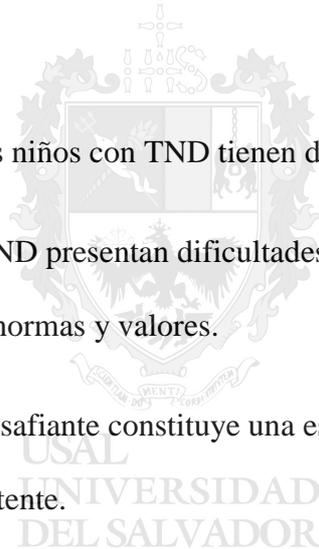
Hipótesis Auxiliares:

Las figuras de apego de niños con TND presentan dificultades para regular sus emociones y las del niño

Las figuras de apego de los niños con TND tienen dificultades para poner límites.

Los padres de niños con TND presentan dificultades para ponerse de acuerdo en la transmisión a sus hijos de normas y valores.

El Trastorno negativista desafiante constituye una estrategia de apego frente a un ambiente parental inconsistente.



Apartado Teórico



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

A continuación se presenta el estado del arte correspondiente a la problemática planteada tomando como eje los aspectos descriptivos del DSM V para el TND, los aportes que nos brinda el psicoanálisis y los más actuales de la Terapia Cognitiva.

Estado del arte:

DSM V

Según la American Psychiatric Association, el *Trastorno Negativista Desafiante* (TND) consiste en “un patrón de conducta que se manifiesta en un recurrente rechazo a la autoridad, que dura al menos 6 meses”. Este trastorno tiene su inicio antes de los 9 años y viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos que violen la ley y los derechos de los demás”. (APA, 2014).

El DSM V clasifica el Trastorno Negativista Desafiante dentro de la categoría de los Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Los trastornos descritos en este capítulo son singulares en el sentido de que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás (por ejemplo agresión, destrucción de la propiedad) o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad. (APA, 2014).

Los criterios diagnósticos del DSM V para el TND son:

- A- Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura al menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las

categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea el hermano.

Enfado/irritabilidad: El pequeño a menudo pierde la calma, está susceptible o se molesta con facilidad. Frecuentemente se encuentra enojado o resentido.

Discusiones/actitud desafiante: Discute con la autoridad o con los adultos y a menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de las figuras de autoridad o respetar las normas. En algunas ocasiones molesta a los demás deliberadamente y culpa a los otros por sus errores o mal comportamiento.

Vengativo: Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

El manual aclara que se debe considerar la persistencia y frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer todos los días durante un período de seis meses por lo menos (Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Además, se deben tener en cuenta el grado mínimo orientativo para definir los síntomas y otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los síntomas rebasan lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

B- Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tienen un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C- Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

La intensidad del trastorno puede ser leve, en ese caso, los síntomas se limitan a un entorno como la casa, la escuela, con los compañeros. Cuando los síntomas aparecen en dos entornos por lo menos se clasifica como moderado y cuando algunos síntomas aparecen en tres o más entornos como grave.

El niño con Trastorno Negativista Desafiante se encoleriza e irrumpe frecuentemente en pataletas, discute con los adultos, los desafía activamente y rehúsa cumplir sus demandas, molesta deliberadamente a otras personas, acusa a otros de sus errores o mal comportamiento, es susceptible o fácilmente molestado por otros, colérico, resentido y rencoroso o vengativo.

Las conductas propias de este trastorno son esperadas en ciertas etapas del desarrollo del niño. Por esto, algunos investigadores coinciden en señalar que el diagnóstico TND debe darse si: a) los comportamientos no son identificados en algunas etapas del desarrollo del niño; y b) cuando son severos comparados con los esperables para su estadio evolutivo, representando un comportamiento más problemático que la oposicionalidad normativa (Skovgaard, 2004).

Para el DSM V, para poder diagnosticar el trastorno, al menos cuatro de los síntomas mencionados deben presentarse dentro de los seis meses precedentes y la persistencia y frecuencia de los mismos debe exceder lo normativo para el individuo según su edad, género y cultura. Por ejemplo, en el caso de los niños evaluados en esta tesis, los arrebatos y berrinches deben presentarse la mayoría de los días en los seis meses precedentes, acompañados de otros tres síntomas y generar un deterioro social considerable.

Los síntomas del TND pueden estar circunscritos a un entorno único y es frecuente que éste sea la casa. Los individuos que muestran suficientes síntomas para llegar al diagnóstico pueden presentar un deterioro social significativo. En los casos más graves del trastorno, los síntomas están presentes en varios entornos. (APA, 2014).

El DSM V advierte que dado que estos comportamientos son frecuentes entre hermanos, para poder diagnosticar TND, es fundamental que éstos sean observados en interacciones con otras personas que no sean los hermanos. También aclara que los síntomas del trastorno son típicamente más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a los que el individuo conoce bien, por lo que pueden no ser evidentes durante la evaluación clínica.

Los síntomas del TND a menudo forman parte de un patrón de interacciones problemáticas con otros y en ocasiones puede ser difícil determinar por ejemplo si es el comportamiento del niño que lleva a los padres a comportarse de manera más hostil, si la hostilidad de los padres condujo a los problemas del hijo o una combinación de ambas.

El TND es más prevalente en familias en las que el cuidado de los niños está alterado por una sucesión de distintos cuidadores y en las familias en que el trato severo, inconstante o negligente es frecuente en la crianza de los hijos. (APA, 2014)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, el TND es uno de los trastornos más comunes en la infancia, con una prevalencia de entre el 1 y el 11%, siendo más frecuente y severo en los niños que en las niñas (1,4: 1) antes de la adolescencia. Esta predominancia del sexo masculino no se ha hallado de forma sistemática en las muestras de adolescentes y adultos.

En cuanto a la comorbilidad, el trastorno es mucho más frecuente en las muestras de niños, adolescentes y adultos con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y a