

Trastornos de Conducta

Dr.Jordi Sasot Llevadot
Psiquiatra Infanto-Juvenil
Unitat de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil.
Centre Mèdic Teknon.Barcelona
sasot@dr.teknon.es

**Artículo publicado en el 37 Curso de Pediatría
Extrahospitalaria (GRINDOPE). Barcelona. 2010.**

Introducción

Los trastornos de la conducta del niño y del adolescente son uno de los motivos de consulta pediátricos mas frecuentes.

Que nos encontremos ante un cambio conductual, no obstante, no lleva implícito que sea un trastorno de conducta, ya que puede ser un problema comportamental. Entonces....¿Cuando hablamos de trastornos de la conducta y del comportamiento nos referimos a los mismos conceptos?

Habitualmente utilizamos de forma indistinta dos palabras, conducta y comportamiento, que aunque conceptualmente son casi sinónimas, clínicamente tienen valores distintos.

El vocablo conducta, al igual que la mayoría de los términos que hoy se utilizan en las ciencias psicológicas, proviene de las ciencias naturales. Vigotsky alertaba acerca de la génesis de los conceptos psicológicos: *"El lenguaje psicológico actual es, ante todo, insuficientemente terminológico: eso significa que la psicología no posee aún su lenguaje. En su vocabulario encontramos un conglomerado de tres clases de palabras: palabras del lenguaje cotidiano, palabras del lenguaje filosófico y los vocablos y formas tomados de las ciencias naturales"* (1).

Por supuesto, la historia etimológica de los conceptos marca, de alguna manera, su posterior definición y utilización, produciendo generalmente restricciones semánticas muy difíciles de eliminar. Quizás la primera utilización de la palabra conducta se encuentre en el área de la química, donde se refiere a la actividad de las sustancias, para posteriormente utilizarse en la biología, haciendo alusión a las manifestaciones de los seres vivos.

Etimológicamente la palabra conducta proviene del latín, significando “conducida o guiada”; es decir, que todas las manifestaciones que se comprenden dentro de sí suponen que son conducidas por algo que bien pudiera ser interno o externo. Partiendo de esta idea, la conducta puede ser guiada tanto por los fenómenos psíquicos de causa biológica como por la influencia que ejerce el medio social sobre el sujeto

Es curioso cómo el comportamiento ha adquirido un significado que demuestra una mayor implicación del sujeto, hecho relacionado con la etimología de la palabra, también proveniente del latín “comportare”, pero que significa “implicar”, mientras la raíz etimológica de conducta indica algo externo, guiado.

Así pues vamos a utilizar fundamentalmente el concepto de trastornos del comportamiento con aquellas situaciones, no estructuradas a nivel psicopatológico, en las que el propio niño o adolescente tiene amplia capacidad de respuesta y es aún plenamente autónomo en su resolución.

En base a ello los trastornos del comportamiento son alteraciones en general mucho más benignas y cercanas a la normalidad que todos aquellos trastornos que denominamos trastornos de conducta.

Educación y comportamiento: el papel de los padres.

El comportamiento infantil es consecuencia del moldeado educativo de sus educadores, fundamentalmente de sus padres. También influye la propia carga genética del niño, variable que condiciona el propio temperamento y con ello su conducta y gestión adaptativa y emocional.

Los padres y los maestros con su educación “moldean” las variables innatas del propio niño. Una labor educativa equivocada puede provocar en la mayoría de los casos alteraciones del comportamiento.

Cuales son los errores educativos de las familias actuales? ¿Cuales son las principales actitudes educativas que pueden generar con mayor facilidad trastornos del comportamiento en los hijos? (2).

1º Actitudes educativas autoritarias.

Son padres que intentan determinar hasta el más mínimo detalle todas y cada una de las actividades de sus hijos; con lo que no existen indicaciones, sino órdenes que se pueden acompañar de amenazas y en esas actividades la opinión de los hijos cuenta más bien poco; no es extraño que las descalificaciones o insultos sean la norma (inútil, tonto,...), con lo que la posibilidad de que aparezca el maltrato físico y/o emocional suele ser habitual. En estos los niños se puede observar un impacto a medio y largo plazo, ya que interiorizan una pobre imagen de sí mismos, al opinar que sus figuras parentales tienen razón y que deben obedecer sin más (comentarios del tipo: "soy malo", "no hago caso", etc sobre su conducta no suelen ser extrañas). En ocasiones estos niños intentan reaccionar con una cierta agresividad, adoptando una actitud individualista, tendiendo a desentenderse de lo que plantean sus padres e intentando guardar las apariencias con el fin de evitarse conflictos. A largo plazo van poniendo en duda el cariño que sus padres dicen tenerles y terminan con trastornos del comportamiento y acusando a sus padres de egoístas.

2º Actitudes educativas de tipo controlador.

El autoritarismo que se ejerce es algo más sutil, ya que tienden a educar a sus hijos según la imagen subjetiva que tienen de ellos mismos, no teniendo en cuenta las opiniones o gustos o preferencias de sus hijos; tratan de imponer a sus hijos la forma de vida que ellos tuvieron o bien de compensar alguna vivencia de inferioridad, por ello se muestran excesivamente exigentes con sus hijos con el fin de mostrar los logros alcanzados, tratan de condicionarles con su propia visión del mundo, limitando la posibilidad de que sus propios hijos vayan descubriendo su propia vida y construyendo su propio mundo. De esta suerte el efecto en los hijos consiste en un temor permanente a equivocarse, terminan por dudar de su propia valía, los errores terminan por crearles un gran sentimiento de culpa, se daña su autoestima y no consiguen lograr las metas propuestas por sus padres. Son también niños que fácilmente presentarían trastornos del comportamiento.

3º Actitudes educativas frustrantes.

Son aquellas actitudes educativas que no demuestran cariño ni en las que se presta una atención suficiente hacia sus hijos, incluyen un cierto rechazo hacia el hijo al que consiguen rebajar e infravalorar, el castigo por cualquier posible o eventual desliz suele ser la norma. El impacto en los hijos va a depender del momento en que aparezca esta actitud de forma manifiesta, de tal suerte que cuanto más precoz se establezca este tipo educativo, el impacto va a ser mayor. Estas actitudes son las que producen efectos de mayor gravedad en los niños, apareciendo comportamientos agresivos, procesos depresivos concomitantes y una grave inadaptación social.

4º Actitudes educativas inconsecuentes.

Estos padres cambian muy frecuentemente de actitud con sus hijos, castigan con frecuencia y, una vez impuesta la sanción, se arrepienten y se desdicen; son padres que tienen importantes y frecuentes desacuerdos entre ellos en relación a los objetivos y a los métodos educativos. El resultado es que aparecen como unas figuras que se sienten inseguras y sin criterio educativo claro en relación con sus hijos, con lo que dependen de lo que oyen a otros padres o en cada situación. Con estas actitudes los hijos tienen serias dificultades para formarse una idea objetiva de lo que está bien y de lo que está mal, por lo que se vuelven emocionalmente inestables, indecisos y temerosos por no saber, con justeza, a qué atenerse.

5º Actitudes educativas de inhibición.

Son aquellos padres que no dan indicaciones a sus hijos acerca del camino a seguir, cada uno organiza su estilo de vida y lo modifica cuando lo cree pertinente, sin dar cuenta a los demás del contexto familiar. Son figuras parentales que no intervienen en los conflictos que se plantean con sus hijos (p.e. no son capaces de discernir cuándo y cómo solicitar una apoyo o ayuda educativa o terapéutica). No suelen utilizar la alabanza, pero tampoco la crítica constructiva y nunca juzgan al niño, son padres con miedo ante los posibles traumas o frustraciones que la falta de libertad pudiera generar en sus hijos.

Los hijos de este patrón educativo presentan dificultades evidentes para poder orientar su propia vida y poder ir descubriendo el sentido de las relaciones y de las cosas de la vida, con lo que fácilmente generan trastornos del comportamiento.

6º Actitudes educativas sobreprotectoras.

Este tipo de padres considera a sus hijos como unos seres débiles, incapaces e inexpertos, con lo que no permiten a sus hijos el ensayo de respuestas de forma autónoma, lo hacen con la sana intención de evitar al hijo un perjuicio ("no sabe hacerlo") y piensan que "con el tiempo..." ya tendrán oportunidad de hacerlo solo, quizá cuando sea "mayor" o ellos no estén. Estos hijos presentan una evidente y constatable ausencia de iniciativa personal, con una aparente despreocupación por las cosas, estando muy pendientes del contexto en el que viven lo que da como resultado una gran inseguridad personal y una muy baja autoestima.

Ante todas ellas ¿Que tipo de actitudes educativas son las mas aconsejables?: *Las actitudes educativas asertivas.*

Son las de aquellos padres que dedican tiempo y prestan atención al comportamiento normal de su hijo, lo que les permite destacar las conductas correctas. Son figuras parentales flexibles ante los pequeños errores o desviaciones que puedan acontecer, por lo que castigan o corrigen los comportamientos más desadaptados, utilizando también el refuerzo positivo de las recompensas como estímulo y motivación. Los

niños educados en estos ambientes presentan una elevada autoestima y una notable autonomía personal; tienen iniciativa para comenzar nuevas tareas y confían en sus posibilidades reales, lo que les permite tomar decisiones y se presentan como menos dependientes del contexto psicosocial.

Errores educativos de la práctica educativa actual

Entre todas las variables citadas, en la práctica educativa actual hay dos aspectos que se hallan fuera de control: La ausencia de un adecuado “tiempo educativo” con los hijos y el desconocimiento del “rol de padres”.

La ausencia de tiempo genera en algunos padres un menor conocimiento de sus hijos en base a un menor tiempo de convivencia y de observación, lo cual produce muchas dudas y temor a equivocarse, con lo que no se asumen bien los errores educativos y aparece más fácilmente el sentimiento de culpa y con él, la sobreprotección.

Otros padres necesitan hijos perfectos, con lo que al menor problema se plantean delegar sus funciones con terceros, con lo que inevitablemente tienden también hacia la sobreprotección,

¿Y que causa la sobreprotección?: la ausencia del desarrollo de una adecuada capacidad de frustración, en otras palabras, estos niños ya desde pequeños aprenden que solo existe el SI, apenas el NO.

El desconocimiento del “rol” de padres es la mayoría de las veces involuntario, son padres sin criterio educativo que no se plantean objetivos con lo que su educación es ambivalente y excesivamente tolerante, moldeando hijos tiranos. Al hablar del “rol de padres” es también importante hablar de los que voluntariamente dimiten y delegan, son niños que también difícilmente conocen el NO.

No educar la capacidad de frustración en la infancia, es en la mayoría de los casos causa de trastornos del comportamiento.

Asimismo hay también otro grupo de padres que tiene que ser motivo de preocupación para los profesionales de la salud y de la educación, son familias cuyos hijos se encuentran con relativa frecuencia ante situaciones de estrés crónico:

1-Padres con antecedentes personales de haber recibido tratamientos psiquiátricos o por toxicomanías.

2- Padres en situación de conflicto relacional grave o en situación de divorcio emocional.

4- Fallecimiento de algún otro hijo o enfermedades crónicas en alguno de los otros hijos.

5- Situación de pérdida emocional con las propias familias de origen.

6- Separaciones u hospitalizaciones prolongadas padres-hijos.

7-Problemática laboral grave

Agresividad y violencia en la infancia y adolescencia

La agresividad es una respuesta fisiológica y adaptativa del ser humano y de los animales mediante la cual nos defendemos de los peligros.

¿Cuál es una de las diferencias fundamentales entre agresividad y violencia.?

Con un ejemplo podemos explicarlo: ¿Son los animales salvajes violentos?, no lo son a diferencia de los humanos que si pueden ser violentos. La violencia siempre exige un aprendizaje previo.

Los niños y adolescentes no nacen violentos. Si que pueden existir factores de vulnerabilidad neurológica en la infancia y en la adolescencia que pueden facilitar un aprendizaje de la violencia. Uno de estos factores es la ausencia de un adecuado control del impulso.

Educar la capacidad de control del impulso es enseñar también a manejar la agresividad, es decir educar el autocontrol de la agresividad.

A partir de estos conceptos podemos discriminar varios tipos de trastornos del comportamiento.

1.-Los trastornos funcionales del comportamiento, de carácter reactivo a una dinámica educativa familiar y escolar equivocada, anteriormente comentada. Se observan en niños y adolescentes en los que inicialmente no hay ningún tipo de vulnerabilidad neurobiológica significativa que influye en el trastorno. Este tipo de trastornos del comportamiento son el motivo más frecuente de consulta pediátrica.

2.-Los trastornos del comportamiento perturbador,

¿Qué son los Trastornos del Comportamiento Perturbador?

En la práctica educativa de los padres con sus hijos, una de las dificultades más frecuentes es la desobediencia, junto en algunos casos con la provocación.

Una de las causas más frecuentes de estos comportamientos es la falta de un método adecuado en el manejo del niño o del adolescente por parte de sus padres o educadores.

Ante una educación sobreprotectora y en la que no interviene la educación de la capacidad de frustración surgen niños y adolescentes que no respetan las normas ni la propia autoridad de los padres.

Ahora bien, ¿ podemos concluir que todos los trastornos del comportamiento son consecuencia de una mala educación ?, evidentemente no, existen variables biológicas, desde dismadurativas hasta lesivas, que condicionan la respuesta educativa de un niño o adolescente.

Estos trastornos de comportamiento en los que hay implícito causas, conocidas o no, de origen biológico son las que denominamos trastornos del comportamiento perturbador según los criterios DSM IV-TR (3), de los que hay fundamentalmente dos tipos:

1.- El Trastorno de Conducta Negativista Desafiante

2.- El Trastorno de Conducta Disocial

Trastornos de Conducta : variables biológicas y funciones ejecutivas

Las variables biológicas que condicionan la clínica de los trastornos del comportamiento perturbador son consecuencia de la propia carga genética, que va regular al desarrollo del cerebro, fundamentalmente del cortex prefrontal, principal área reguladora del control del impulso y de las funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas son un conjunto de habilidades que permiten la anticipación y el establecimiento de objetivos, la autorregulación de las tareas y la habilidad de llevarlas cabo con eficiencia.

El cerebro ejecutivo tiene un papel neurológico fundamental, el de “director de orquesta”. Los niños y adolescentes con trastornos del comportamiento perturbador tienen un mal director de orquesta con lo que su “ música comportamental “ es disarmónica.

Hoy en día conocemos que la ausencia de unas adecuadas funciones ejecutivas están implicadas en el desarrollo de conductas disruptivas (4) Entre las funciones ejecutivas destacan la flexibilidad cognitiva (capacidad para el cambio), la memoria de trabajo, la autorregulación , la habilidad para resolver problemas gracias a la planificación y la organización y la capacidad para la inhibición de conductas.

La memoria de trabajo, habilidad ejecutiva básica, es la capacidad de la persona para mantener la información en su mente y operar con ella.

Estos déficits en las funciones ejecutivas afectan la capacidad del niño para responder de forma adaptativa al entorno ante las normas del adulto. El niño con dificultades en su memoria de trabajo tiene dificultades para valorar las consecuencias de sus comportamientos basándose en la experiencia previa. Por ello mismo no es capaz de anticiparse a las potenciales consecuencias de sus actos. Estas dificultades cognitivas del niño contribuyen en general a la aparición de múltiples comportamientos de carácter oposicionista.

Estos niños y adolescentes presentan un temperamento y unas características cognitivas que facilitan la expresión de comportamientos disruptivos al carecer del autocontrol necesario para identificar y regular sus comportamientos.

En esta línea de trabajo entra en la escena clínica una categoría diagnóstica recogida en el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto Revisado (DSM-IV-TR)” de la A.P.A., los Trastornos del Comportamiento Perturbador.

Trastorno de Conducta Negativista Desafiante

Según los criterios DSM-IV-TR la característica fundamental del Trastorno Negativista Desafiante es la presencia de un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses. Asimismo, durante este periodo es frecuente la aparición de cuatro o más de los siguientes síntomas:

- presentar accesos de cólera (pataletas)
- discutir con frecuencia con los adultos
- desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas con los adultos
- llevar a cabo actos deliberados que molestan a otras personas
- acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento
- sentirse fácilmente molesto por otros
- ser colérico y resentido
- ser rencoroso o vengativo

Estos comportamientos han de aparecer con mayor frecuencia de lo que correspondería por su edad y nivel de desarrollo y deben de causar un déficit significativo en el funcionamiento social y académico.

En los casos en los que el trastorno aparezca exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o del estado de ánimo (depresión), o disocial o antisocial de la personalidad (en un adolescente mayor de 18 años) no se establece el diagnóstico.

En consecuencia, el Trastorno Negativista Desafiante normalmente se diagnostica en la niñez y casi siempre antes de la adolescencia.

En el DSM-IV-TR el Trastorno Negativista Desafiante forma parte del grupo de los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador en el que, además y entre otros, se encuentra el Trastorno Disocial.

Por otro lado, en la CIE-10 (5), a este trastorno se le denomina Trastorno Disocial Desafiante Oposicionista.

En este sistema de clasificación se afirma que el Trastorno Disocial Desafiante Oposicionista viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violan la ley y los derechos de los demás.

A nivel clínico se utiliza más la clasificación DSM-IV-TR, que diferencia con mayor exactitud el Trastorno de Conducta Negativista Desafiante del Trastorno de Conducta Disocial, de mayor gravedad.

Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: epidemiología

La prevalencia del TND se sitúa ,dependiendo del rigor de la muestra estudiada, entre el 2% y el 16% de la población.

La prevalencia durante la infancia es de un 3-4%, siendo más frecuente entre los niños que entre las niñas (4-5% frente al 2-3%, respectivamente). La prevalencia presenta un pico a la edad aproximada de los 8-10 años, tanto en niños como en niñas.

En la adolescencia también es mayor en varones: 2-4% frente al 1-2%, respectivamente, presentando un índice global del 1 – 3% (7).

En un reciente realizado en la provincia de Hunan (China) con un total de 9495 niños de 5 a 17 años (8) utilizando una entrevista semiestructurada en base a los criterios DSM-IV, se observa de que la categoría diagnóstica mas prevalente entre los trastornos psiquiátricos es la del grupo de los trastornos de la atención y del comportamiento perturbador (10.69 %) , siendo los mas frecuente el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (5.95 %) y los trastornos del comportamiento perturbador (4.74 %), con una relación global entre géneros aproximada de 3/1 a favor de los varones.

Trastorno de Conducta Negativista Desafiante : etiología

La causa del TND es multifactorial. La probabilidad aumenta en presencia de diversos factores de riesgo, entre los que destacan:

Herencia (heredabilidad cercana al 50% con un patrón multigénico).

Género masculino

Bajo cociente intelectual.

Complicaciones perinatales (prematuridad y consumo de tabaco en el embarazo)

Lactantes con temperamento difícil (inconsolables)

Agresividad física.

Respuestas emocionales desproporcionadas.

Conflictos familiares y sociolaborales.

Enfermedad mental de alguno de los padres.

Estos niños presentan alteraciones cerebrales fundamentalmente en el córtex prefrontal y en el funcionamiento de diversos neurotransmisores

cerebrales, fundamentalmente de la serotonina la noradrenalina y la dopamina (9).

Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: curso evolutivo

El TND se inicia habitualmente antes de los ocho años de edad, y nunca más allá de la etapa preadolescente (no mas allá de los doce años de edad).

Los niños con Trastorno Negativista Desafiante pueden empezarse a identificar a partir de los tres años y medio de edad. En el niño normal hay una etapa habitual de desarrollo, la etapa negativista, que se inicia a los 15-18 meses de edad y puede alcanzar hasta los tres años y medio de edad.

Aunque pueden haber niños menores de tres años que presenten síntomas evidentes de un probable Trastorno Negativista Desafiante, es aconsejable siempre no plantear etiquetas diagnósticas en plenas etapas madurativas infantiles, salvo en niños que presenten comórbidamente una significativa hiperactividad con agresiones físicas con sus iguales.

Los síntomas aparecen inicialmente en el entorno familiar, generalizándose en la escuela y lugares públicos.

No obstante, el diagnóstico precoz es fundamental ya que las formas tempranas de TND pueden ser predictivas, sin tratamiento, de otros problemas posteriores en la vida, tales como consumo de sustancias, delincuencia juvenil y criminalidad adulta.

Trastorno de Conducta Negativista Desafiante : comorbilidad

La comorbilidad dentro del grupo diagnóstico de los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, es un tema muy estudiado.

El Trastorno de Conducta Negativista Desafiante está muy vinculado al TDAH, últimamente los estudios más actuales nos indican que aproximadamente la mitad (40-60 %) de los niños TDAH presentaran a lo largo de su vida un Trastorno Negativista Desafiante, dicho de forma contraria, el TDAH es común en niños con Trastorno Negativista Desafiante (6).

Este grupo comórbido (TND y TDAH) es también el que presenta mayor riesgo de desarrollar un Trastorno Disocial (TD), sin descartar que el propio TND puede desarrollar por si mismo y a partir de la propia infancia un TD.

No olvidemos tampoco que los niños o adolescentes con TD casi siempre han presentado un diagnóstico previo de TND.

Asimismo, es importante destacar que aproximadamente el 40% de los niños con TND presentará un TD, fundamentalmente aquellos de inicio precoz (9)

Finalmente tengamos presente que un subgrupo de los pacientes con TD presentará en la vida adulta un Trastorno Antisocial de la Personalidad

Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: diagnóstico

El diagnóstico debe ser multidisciplinar, y en él, el psiquiatra debe ser el eje alrededor del cual se agrupan los demás especialistas, fundamentalmente el psicólogo clínico.

El diagnóstico requiere la capacidad de contactar con el paciente y su familia en los primeros momentos, saber escuchar la demanda es fundamental. Es vital la práctica inicial de un correcto diagnóstico diferencial con un trastorno funcional del comportamiento.

Debe también de realizarse una anamnesis cuidadosa, valorando la salud mental de la familia y (fundamentalmente la de ambos padres) y los antecedentes personales acompañado de cuestionarios y adecuadas entrevistas con padres y maestros, (no olvidemos tampoco la salud mental del maestro), destacamos a este nivel el cuestionario CBC de Achenbach.

Entre las entrevistas pueden mencionarse: la NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Versión IV (NIMH DISC-IV) de Shaffer, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, la Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) de Angold y Costello y finalmente la Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) de Wendy (versión española traducida y adoptada por L. Ezpeleta).

No obstante, las entrevistas requieren largo tiempo de aplicación, por ello existen a nivel alternativo diversas escalas de valoración, entre las que destacamos la Eyberg Child Behavior Inventory, (10,11) de reciente utilización por la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria en el "Estudio Eyberg" (Problemas del comportamiento en la infancia y adolescencia: variables educativas y del entorno familiar.) (12). En un reciente estudio (13) se confirma la utilidad clínica del Eyberg Child Behavior Inventory en la identificación de familias con riesgo de trastornos de conducta en sus hijos, valorando que aquellos padres que tienen una tolerancia demasiado alta o baja con el comportamiento de sus hijos, estos tienen mucho mayor riesgo de presentar trastornos del comportamiento, motivo por el que son padres que deberían recibir un adecuado entrenamiento educativo.

A nivel clínico debe realizarse una entrevista personal con el niño o el adolescente, valorando el control del impulso, la hiperactividad, la autoestima, las conductas negativistas y desafiantes y las posibles conductas disociales.

Los estudios genéticos, de neuroimagen y neurofuncionales, no tienen aún relevancia patognomónica, si bien en un futuro cercano serán imprescindibles. A este nivel puede en algunos casos ser aconsejable realizar un estudio de neuroimagen y neurofisiológico para descartar patología cerebral, fundamentalmente a nivel de cortex prefrontal.

A nivel psicométrico es necesario la práctica de exploraciones psicotécnicas específicas que evalúen fundamentalmente los niveles cognitivos, la personalidad y el control del impulso, a nivel emocional y cognitivo. Es decir debe de realizarse un estudio psicodiagnóstico completo que evalúe la clínica y la presencia de comorbilidad.

El diagnóstico del Trastorno Negativista Desafiante es fundamentalmente clínico, debiendo de abarcar los siguientes apartados: Anamnesis, antecedentes personales y familiares, exploración física, neurológica, neuropsicológica y de la personalidad, psiquiátrica y la práctica de exploraciones complementarias. En la Tabla 3 se enumeran de forma detallada los apartados del proceso de evaluación.

Tabla 1

Criterios para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante. (DSM-IV-TR: F.91.3).

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

1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas
2. A menudo discute con adultos
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas
5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
7. A menudo es colérico y resentido
8. A menudo es rencoroso o vengativo

Nota: considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en niños o adolescentes de edad y nivel de desarrollo equivalentes

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

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

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

Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: tratamiento

El planteamiento terapéutico de un niño o adolescente con Trastorno Negativista Desafiante exige una intervención multimodal, es decir: psicoeducativa (padres y maestros) psicoterapéutica (orientación cognitivo-conductual) y también en ocasiones psicofarmacológica.(14).

Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: aspectos psicoeducativos

Es fundamental transmitir tanto a padres como a maestros una línea educativa clara a seguir.

Empecemos por lo que No se puede hacer:

No entrar en un lucha de poderes en busca de ganar o decir la última palabra, haciéndole sentir al niño o al adolescente que nosotros, los adultos, tenemos el poder.

No promover la argumentación o la discusión ante una situación específica con el fin de convencerle de que nosotros, los adultos, tenemos la razón.

No criticar ni utilizar formas de comunicación de carácter agresivo.

No confrontarse con el niño o el adolescente ante momentos de crisis.

No obligar al niño o al adolescente a cambiar su conducta en momentos en que esté alterado o en crisis.

No establecer castigos en momentos de conflicto.

No preguntar ¿por qué? (usted debe saber ya la respuesta).

Hay que tener en cuenta que el objetivo de aplicar una estrategia no es ganar la batalla, porque para ganar una batalla debe de haber una pelea y aquí partimos de la expectativa de lo que existe es más bien problema que requiere de un solución, en la que salgan todos beneficiados.

Es un desafío, el niño o el adolescente, busca sentir que gana, que tiene la última palabra, que tiene poder ante las figuras de autoridad y que logra que el adulto o la persona que está siendo desafiada, pierda el control.

Las estrategias que favorecen la interacción son aquellas que dan la oportunidad al niño o al adolescente de sentir que ganan o que tienen

cierto control sobre la situación, pero dentro de unos límites que se establecen, sin caer en lucha de fuerzas o autoritarismos.

Para lograr una actitud favorable en el niño o el adolescente, este tiene que percibir lo siguiente:

Que es respetado y aceptado y como persona no se le critica ni rechaza (lo que no se acepta es solo su conducta)

Que se le tiene en cuenta en la solución del problema (presentando el adulto ambas propuestas, haciendo también suya la propia del niño o adolescente)

Que la solución no es impuesta, es negociada (en la intervención hay convencimiento, no imposición).

Que la intervención educativa va en su beneficio (hay que transmitir que cumplir las normas va en beneficio del propio niño o adolescente).

Dar órdenes en momentos difíciles requiere con estos niños y adolescentes utilizar unas pequeñas reglas:

Mirar a los ojos

Ser firme

Si es un niño pequeño y está en berrinche, espere a que se calme

Asegúrese que comprenderá la orden afirmando lo que se dijo

La orden debe ser única, clara y concreta

La orden debe de indicar lo que se desea que haga

La orden no puede ser presentada como un favor o una pregunta

Hay que tolerar un periodo de tiempo para el cumplimiento de la orden

Tener un hijo o un alumno con estas características es un reto, ya que en la mayoría de las veces son difíciles de comprender sus actitudes y tolerar sus reacciones sin perder el control.

Es básico aceptar que estos comportamientos tienen una causa biológica y que las reacciones autoritarias por parte del educador solo promueven reacciones negativas.

No se puede personalizar la conducta que tiene un niño o un adolescente con Trastorno Negativista Desafiante, hay que tener una actitud más racional, y evitar reacciones excesivamente emotivas. Son conductas educativamente poco gratificantes que requieren tiempo, paciencia y esperanza, variables en contradicción con nuestra vida habitual.

Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: aspectos psicoterapéuticos

Hoy en día el tratamiento psicoterapéutico de este trastorno se desarrolla en dos direcciones atendiendo a las distintas partes afectadas, el niño que presenta conductas de negativismo y de desobediencia y los padres que desde un inicio tratan de enfrentarse a estos problemas del comportamiento. Es por ello que el entrenamiento de padres por un lado y las intervenciones centradas en el propio niño por otro, sean las principales iniciativas terapéuticas para resolver este trastorno. Las evidencias científicas actuales han puesto de manifiesto que el entrenamiento y formación de padres en habilidades y pautas de conducta reduce la oposición, el desafío y la agresividad de los niños y adolescentes con este trastorno al tiempo que mejora el comportamiento y la relación entre ambos padres, así como atenúa su estrés.

Entre los programas de entrenamiento de padres más utilizados se encuentran fundamentalmente, el “Defiant Children” de Barkley (15) (del cual incluimos en anexo una reciente versión de nuestra Unidad de Paidopsiquiatría de Centro Médico Teknon), el y el “Collaborative Problem Solving” de Greene, (16,17) el primero con un enfoque más conductual y el segundo con un enfoque más cognitivo.

Las iniciativas emprendidas para tratar al propio niño o adolescente diagnosticado de Trastorno Negativista Desafiante se desarrollan a través de programas de entrenamiento en habilidades cognitivas. Entre los más utilizados cabe mencionar el “Entrenamiento de Habilidades en Solución de Problemas para niños con Trastornos de Conducta” de Kazdin. (18,19)

Se trata de un programa de entrenamiento que se desarrolla en sesiones semanales de 30-45 minutos y en el que se emplean cinco autoinstrucciones verbales correspondientes a cada uno de los cinco pasos que integran la estrategia de solución de problemas.

1. Definición del problema

“¿Qué se supone que he de hacer?”

2. Aproximación al problema

“Tengo que examinar todas mis posibilidades”

3. Prestar atención

“Conviene que me concentre y preste atención”

4. Tomar una decisión sobre la respuesta

“Tengo que elegir”

5. Autoreforzamiento y verbalización del afrontamiento

“Lo he hecho bien o, vaya, lo he hecho mal. Debo ir más despacio y reflexionar “

El entrenamiento se desarrolla fundamentalmente a través de modelado, ensayos conductuales, role play y práctica “en vivo”.

Los objetivos de este tratamiento buscan modificar el modo de pensar de los niños y adolescentes y enseñarles nuevas estrategias. Se trata de una estrategia de solución de problemas que los niños y adolescentes ensayan primero en relación a problemas familiares y escolares y más tarde respecto a problemas de mayor relevancia personal e interpersonal.

Otro planteamiento psicoterapéutico de gran utilidad clínica son las “Técnicas de resolución de problemas (autoinstrucciones)” de Kendall P. (20).

Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: aspectos psicofarmacológicos

El tratamiento psicofarmacológico tiene gran interés y es de gran ayuda, al incidir sobre el funcionalismo alterado del SNC, fundamentalmente relacionado con el control del impulso.

Los fármacos (21,22,23,24,25): más utilizados son:

Antipsicóticos atípicos (Risperidona, Aripiprazol, Olanzapina y Quetiapina).

Antiepilépticos (Topiramato, Acido Valproico, Carbamazepina y Oxacarbamacepina)

Psicoestimulantes (Metilfenidato)

Trastorno de Conducta Disocial

El Trastorno de Conducta Disocial es, según el DSM-IV-TR, "un patrón de conducta persistente en el que se transgreden los derechos básicos de los demás y de las principales normas sociales propias de la edad". El trastorno causa además un deterioro del funcionamiento a nivel social, académico y/u ocupacional clínicamente significativo.

Los niños/as diagnosticados con este trastorno:

- frecuentemente intimidan o acosan a otros
- suelen iniciar peleas físicas
- han usado algún arma que puede causar un daño físico a otros
- han sido crueles físicamente con animales o con personas
- han afrontado y robado a una víctima
- han causado fuegos con la intención de causar un daño serio
- frecuentemente mienten para conseguir favores o evitar obligaciones

- huyen del hogar durante la noche mientras están viviendo en el hogar familiar.

La simple aparición de estas conductas no es, sin embargo, criterio suficiente para el diagnóstico, ha de existir un deterioro significativo en el ajuste del niño adolescente, y se ha de considerar el entorno en el que se dan estas conductas.

Existen ciertos ámbitos, como el carcelario, las guerras, las pandillas juveniles, etc., en los que estos patrones inadaptados de conducta social, son la respuesta "normal" y por tanto resultan admitidos e incluso valorados por el colectivo.

El afán objetivista de las clasificaciones psiquiátricas unido a la variedad de matices que pueden encontrarse en el Trastorno de Conducta, han ocasionado el establecimiento de distintas clasificaciones de éste. Así, el DSM-IV-TR distingue en base a criterios de edad entre:

- Trastorno de Conducta Disocial de Inicio en la Infancia: la aparición de algunos de los criterios propios del Trastorno de Conducta es anterior a los 10 años.
- Trastorno de Conducta Disocial de Inicio en la Adolescencia: la aparición de los criterios del Trastorno de Conducta es posterior a los 10 años.

Si bien, la utilidad de esta distinción no está clara, se sabe que existe un peor pronóstico para los trastornos de inicio temprano.

Por su parte, la CIE-10 hace una clasificación del Trastorno de Conducta según factores contextuales y de socialización, estableciendo:

- Trastorno Disocial limitado al Contexto Familiar: en él las conductas del niño/a presentan un adecuado ajuste con las personas y situaciones externas al medio familiar, y sin embargo desajustado en lo referente a la familia. Las manifestaciones más comunes son robos en el hogar, actos destructivos y acciones violentas contra miembros de la familia.
- Trastorno Disocial en niños/as no socializados: las conductas propias del Trastorno de Conducta se ven acompañadas por una falta de integración social efectiva, fruto de la carencia de habilidades para el establecimiento de relaciones adecuadas con los compañeros/as, de manera que el niño/a se sentirá frecuentemente aislado, rechazado, será impopular y no disfrutará de relaciones afectivas recíprocas y sinceras.
- Trastorno Disocial en niños/as socializados: el individuo presenta un grado de integración adecuado al menos con algunos compañeros de la misma edad.

Esto no implica que para establecer este diagnóstico, el trastorno deba obligatoriamente presentarse cuando el individuo forma parte de un grupo, es independiente.

Tabla 2

Criterios para el diagnóstico del trastorno disocial (DSM-IV-TR: F.91.8).

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

a. Agresiones a personas o animales.

a1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros

a2. A menudo inicia peleas físicas

a3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)

a4. Ha manifestado crueldad física con personas

a5. Ha manifestado crueldad física con animales

a6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatarse bolsos, extorsión, robo a mano armada)

a7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

b. Destrucción de la propiedad:

b1. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves

b2. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

c. Fraudulencia o robo

c1. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona

c2. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros)

c3. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

d. Violaciones graves de normas

d1. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad

d2. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)

d3. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

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

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de Trastorno Antisocial de la Personalidad

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

1. Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos en una de las características del criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

2. Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterial de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Especificar la gravedad:

-Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros

-Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves"

-Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

Trastorno de Conducta Disocial : epidemiología

La prevalencia del Trastorno de Conducta Disocial en la adolescencia es de un 3-9% frente a un 2% en la infancia. Respecto a las diferencias por sexos y edad , en los niños y adolescentes es del 1-2% y del 5-9 % respectivamente. En las niñas y preadolescentes es de un 0-3% frente a un 5% en las adolescentes. La prevalencia aumenta progresivamente hasta aproximadamente los 15-16 años.

Suele haber una estabilidad diagnóstica muy importante. De hecho, más de las dos terceras partes diagnósticas en la infancia permanecen en la adolescencia. Igualmente, cuanto más precoz es la presentación del trastorno mayor es el riesgo de que permanezca en la adolescencia (7).

Trastorno de Conducta Disocial : curso evolutivo

Es importante conocer la evolución con la que se presentan los síntomas que estructuran el Trastorno de Conducta Disocial.

El DSM-IV-TR divide en cuatro variables fundamentales el diagnóstico de TD:

1. Agresiones físicas.
2. La destrucción de bienes materiales.
3. Los robos y los fraudes.
4. Violación de las reglas sociales.

1. Evolución de la agresividad

Las conductas agresivas se suelen presentar a lo largo del segundo año de vida incrementándose hasta el tercer año. También conocemos que los niños de dos años en la guardería, de cada cuatro interacciones con sus compañeros una de ellas puede ser catalogada como agresiva.

Las agresiones físicas suelen ir descendiendo en la etapa preescolar en número e intensidad en la mayoría de los casos, igual que sucede con las rabietas.

Por el contrario, en una minoría permanecen las agresiones físicas. Estos niños, ya mayores de cuatro años, presentan riesgo de trastorno de conducta disocial desde la infancia.

Es importante destacar que cuando un niño no ha presentado conductas agresivas antes de los 10 años es difícil que las presente en la adolescencia.

2. Evolución de la destrucción de bienes materiales.

Este tipo de conductas aparecen durante la primera infancia y van disminuyendo con la edad. La mayoría de los adolescentes delincuentes presentan este tipo de conductas, aunque suelen ser más frecuentes durante la primera etapa de la misma. Existen diferencias por género a favor de los varones (2/5-1).

3. Robos y fraudes .

El robo, con o sin intimidación, suele aparecer en la primera infancia, siendo una conducta más frecuente en los niños que en las niñas. La conducta de robo, suele incrementarse desde su inicio en la infancia hasta la adolescencia.

Respecto al fraude, es una alteración conductual que se presenta en la adolescencia tardía.

4. Violación grave de las reglas.

Pasar la noche fuera de casa o fuga y hacer novillos son las más frecuentes, iniciándose generalmente alrededor de los 13 años.

Trastorno de Conducta Disocial : etiología

La causa del TD es también como ocurre con el TND multifactorial. La probabilidad aumenta en presencia de diversos factores de riesgo. Estos niños presentan alteraciones cerebrales fundamentalmente en el córtex prefrontal y en el funcionamiento de diversos neurotransmisores cerebrales, fundamentalmente de la serotonina la noradrenalina y la dopamina

La variable más importante, como factor de riesgo, es el género. La agresión física es más frecuente en los niños desde la primera infancia. A nivel evolutivo desde el periodo infantil hasta la adolescencia la agresión física solo permanece en el 13% de las niñas frente al 69% de los niños. En niños menores de dos años se han descrito como factores de riesgo, los factores genéticos, las características temperamentales, los déficits neurocognitivos, la hiperactividad y las conductas oposicionistas.

Hoy en día conocemos que el niño hiperactivo a los 18 meses presenta dos veces mayor probabilidad de presentar conductas agresivas entre los 18 meses y los cinco años de edad. Asimismo los más oposicionistas tienen el triple de riesgo y los que presentan comorbilidad TND-TDAH lo tienen cuatro veces mayor.

Asimismo los niños que precozmente presentan un trastorno de conducta disocial suelen presentar una alta prevalencia de agresividad física a diferencia de los de presentación tardía que no la muestran con la misma intensidad.

Las conductas de agresión física de los niños son el mejor predictor de riesgo para las conductas delincuentes violentas y no violentas en la adolescencia. En las niñas no existen predictores clínicos fiables que nos muestren como evolucionaran en la adolescencia.(26,27,28,29,30).

Trastorno de Conducta Disocial : comorbilidad

El Trastorno de Conducta disocial puede presentar comorbilidades concurrentes y sucesivas. Puede presentar fundamentalmente comorbilidad sucesiva con el TND y el Trastorno Antisocial de la Personalidad y concurrente con TND, TDAH, los trastornos afectivos ,los trastornos de ansiedad y de forma muy significativa con el consumo de sustancias tóxicas (9).

Comorbilidad con el TND.

Los niños con TND pueden presentar comorbilidad sucesiva y evolucionar hasta en el 40% de los casos a TD (9).

En un estudio de 643 niños de 10 años de edad realizado con niños con TND presentaban comorbilidad concurrente con TD el 27.7 % (31)

Comorbilidad con TDAH

Para autores del prestigio de Rutter en algunos pacientes, el TDAH, el TND y el TD reflejarían diferentes fases de un mismo trastorno, es decir presentarían una comorbilidad sucesiva. En base a ello cuando en la infancia se presenta comorbilidad entre TDAH y TND , este es el mejor predictor de TD en la adolescencia (32).

Comorbilidad con los trastornos afectivos.

El TD produce una serie de anomalías en la conducta social y escolar del que lo padece favoreciendo la alteración afectiva. Se ha estudiado y confirmado que un trastorno depresivo comórbido con un TD presenta un mayor riesgo de intento de suicidio, siguiendo el denominado “Modelo del triple patrón”, es decir : trastorno de conducta, depresión y abuso de drogas (33).

Respecto al trastorno bipolar los estudios muestran una alta comorbilidad con TD, 16.9 – 42 % (34) y con TDAH comórbido con TND y/o TD ,15% (35).

Trastorno de Conducta Disocial : diagnóstico

El diagnóstico de Trastorno de Conducta Disocial requiere una evaluación multidisciplinar que explore al paciente y su entorno, fundamentalmente la familia y la escuela.

Tal y como también decíamos con el TND, el diagnóstico requiere la capacidad de contactar con el paciente y su familia en los primeros momentos, saber escuchar con un alto grado de empatía la demanda es fundamental.

Debe también de realizarse una anamnesis cuidadosa, valorando la salud mental de la familia (fundamentalmente de ambos padres) y los antecedentes personales acompañado de cuestionarios y adecuadas entrevistas con padres y maestros.

En la actualidad existen cuestionarios clínicos que nos ofrecen una excelente información en la valoración del trastorno de conducta disocial, entre ellos podemos destacar el Cuestionario Esperí, que valora cinco

variables conductuales: predisocial, disocial, oposicionismo desafiante, impulsividad y psicopatía. Se presenta en dos cuestionarios para niños de 8 a 11 años y adolescentes de 12 a 17 años.

A nivel psicométrico es también necesario la práctica de exploraciones psicotécnicas específicas que evalúen fundamentalmente los niveles cognitivos, la personalidad y el control del impulso, a nivel emocional y cognitivo. Es decir debe de realizarse un estudio psicodiagnóstico clínico completo que evalúe su estado y la presencia de comorbilidad. En la Tabla 3 se indican las variables necesarias para evaluar un trastorno de conducta (36).

Tabla 3
Evaluación de los trastornos de conducta. (TND / TD)

A. Anamnesis:

1. Edad de comienzo de los síntomas
2. Síntomas fundamentales
3. Evolución de los síntomas
4. Circunstancias en que se presentan
5. Repercusiones en la vida personal, familiar y escolar
6. Acontecimientos vitales estresantes desencadenantes:
 - a. Divorcio
 - b. Enfermedades en la familia
 - c. Pérdida del trabajo

B. Antecedentes personales del niño

1. Embarazo: factores estresantes, maltrato
2. Parto: anoxia, sufrimiento fetal
3. Desarrollo psicomotor: deambulación, lenguaje.
4. Enfermedades: epilepsia
5. Accidentes: descartar maltrato
6. Hospitalizaciones
7. Escolarización: retraso del aprendizaje
dislexia, disgrafia, discalculia

C. Antecedentes familiares

1. Edad de los padres
2. Profesión
3. Nivel educativo
4. Área geográfica
5. Características de la interacción familiar
6. Criterios y pautas educativas
7. Alcoholismo y consumo de drogas
8. Conductas delictivas
9. Trastornos psicóticos
10. Depresión de la madre o maltrato

D. Exploración física pediátrica

(Puede servir para establecer una relación de confianza médico-paciente)

1. Detección de lesiones físicas signo de maltrato
2. Malformaciones y dismorfias.

E. Exploración neurológica

1. Síntomas neurológicos finos
2. Alteraciones neurofisiológicas (epilepsias parciales complejas)

F. Exploración neuropsicológica

1. Cociente Intelectual
Inteligencia verbal y no verbal.
2. Funciones ejecutivas
3. Atención. Memoria. Percepción
4. Lenguaje
5. Lectura. Escritura. Cálculo

G. Exploración de la personalidad

H. Exploración psiquiátrica

1. Naturaleza de las conductas perturbadoras
2. Circunstancias en que se presentan
3. Qué significado tienen para el paciente
4. Qué espera lograr
5. A qué las atribuye.
6. Qué consecuencias tienen
7. Autocrítica y sentimientos de culpa
8. Sintomatología depresiva y ansiosa
9. Sentimientos de soledad e incomunicación
10. Existencia de agresiones físicas y sexuales
11. Abandono, privación emocional o maltrato en la familia
12. Trastornos de la sensopercepción
13. Trastornos del curso del pensamiento
14. Síntomas maníacos
15. Ideación suicida

I. Exploraciones complementarias.

1. Hemograma, glucosa, creatinina, ionograma (Na, Ca, K),
función hepática (GOT, GPT, GGT), función tiroidea (TSH, T₃, T₄).
2. Tóxicos en sangre y orina.
3. EEG . TC .

Trastorno de Conducta Disocial : tratamiento

El tratamiento del Trastorno de Conducta Disocial requiere un planteamiento multimodal que debe de tener como objetivos el paciente, la familia y el medio socio-escolar. Las técnicas psicoterapéuticas de orientación cognitiva-conductual, el asesoramiento educativo de los padres, la intervención escolar y también en este proceso diversas medidas de protección social son junto al tratamiento psicofarmacológico las variables terapéuticas fundamentales

Lo más habitual es que el tratamiento se lleve a cabo en consultas externas , con el niño o el adolescente viviendo con su familia. En algunos casos puede resultar imprescindible la hospitalización o el ingreso en hospital de día.

Las técnicas de modificación de conducta tienen como objetivo incrementar los comportamientos positivos y adecuados y reducir los negativos. Un apartado fundamental es el entrenamiento en la resolución de problemas y en el control de la impulsividad y de la ira. El objetivo final es el desarrollo moral del sujeto (37). La colaboración de los padres es imprescindible para la mejoría del paciente, mediante la coherencia con su propio comportamiento y el mantenimiento de los criterios educativos. Además del entrenamiento de los padres en habilidades educativas es conveniente mejorar la comunicación y el posible estrés intrafamiliar (38)

El hecho de que los padres sufran en muchos de estos pacientes trastornos psiquiátricos es un factor de mal pronóstico, especialmente si presentan trastornos de personalidad .

Asimismo la necesidad de tratamiento del trastorno psiquiátrico paterno o materno es imprescindible para la mejoría clínica del paciente.

El tratamiento farmacológico tiene un papel nuclear en la mayoría de los tratamientos con estos pacientes. El tratamiento con psicofármacos es un apartado no siempre complementario del plan global de tratamiento al no depender solamente de que existan otros síntomas psiquiátricos asociados como depresión, ansiedad, obsesiones, manía o síntomas psicóticos, siendo también esencial en momentos de crisis.

Los fármacos más eficaces en el Trastorno de la Conducta Disocial son los Antipsicóticos típicos y atípicos (Risperidona, Aripiprazol, Olanzapina y Quetiapina), el Litio, la Carbamacepina y Oxacarbamacepina, el Acido Valproico y los Psicoestimulantes (Metilfenidato); no obstante, estos datos basados en la experiencia clínica no siempre han sido corroborados por ensayos clínicos aleatorizados y controlados (22,23,24).

Trastorno antisocial de la personalidad

Según los criterios DSM-IV-TR el trastorno antisocial de la personalidad se

caracteriza por un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que puede comenzar en la infancia o principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Este patrón ha sido denominado también como psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad; además, dado que dos de las características de este trastorno son el engaño y la manipulación, es fundamental validar la información que nos den estas personas con otras fuentes cercanas a ellos (familiares próximos, amigos, compañeros, etc.).

Los criterios que determinan la personalidad antisocial, teniendo en cuenta que la persona deberá cumplir al menos tres de ellos, son los siguientes:

1-Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención (por ejemplo, destrucción de una propiedad, robar, etc.)

2-Deshonestedad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer

3-Impulsividad en sus decisiones o incapacidad para planificar el futuro

4-Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones (incluidos malos tratos al cónyuge o a los hijos)

5-Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás

6-Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o hacerse cargo de obligaciones económicas (periodos significativos sin empleo aun teniendo oportunidades de trabajar, abandono de un trabajo sin motivo alguno, despido por falta de rendimiento, etc.)

7-Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado maltratado o robado a otros.

Aparte de estos criterios, para realizar el diagnóstico es necesario que el sujeto cumpla tres condiciones: que tenga al menos 18 años, que existan pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de los 15 años de edad, y que el comportamiento antisocial no aparezca exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o episodio maniaco.

Las personas con trastorno antisocial de la personalidad se caracterizan casi siempre por carecer de empatía ("conectar" emocionalmente con el otro), así como por mostrar un carácter arrogante y engreído (por ejemplo, no tener una preocupación realista por sus problemas actuales o futuros) Otra característica de estos sujetos es la psicopatía. Por otro lado, es frecuente que los afectados por el trastorno antisocial experimenten disforia, una baja tolerancia a la frustración y al fracaso en general (es decir, que se desaniman ante la menor dificultad), y un

estado de ánimo depresivo con ansiedad. Asimismo estas personas tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente. En cuanto al curso que sigue el trastorno, al igual que la mayoría del resto de los trastornos de la personalidad es crónico, pero los comportamientos característicos del trastorno que hemos comentado pueden hacerse menos manifiestos a medida que el sujeto se va haciendo mayor, sobre todo en lo que respecta a los comportamientos delictivos y al consumo de sustancias.

Un aspecto importante a tener en cuenta es el patrón familiar relacionado con sujetos con este proceso clínico, acerca de lo cual se ha observado que la aparición de este trastorno es más probable en personas que tengan familiares de primer grado, además, los estudios de adopción han demostrado que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen al riesgo para este grupo de trastornos.

En cuanto a la prevalencia, el trastorno antisocial de la personalidad se halla en el 3% de varones y en el 1% de mujeres de la población general.

Conclusiones:

Al realizar el presente trabajo tuve la oportunidad de consultar el excelente artículo realizado para el programa de formación en Psiquiatría Infantil y Juvenil de la S.E.P.E.A.P. por la Dra. M^a Auxiliadora Javaloyes y el Dr. Antonio M. Redondo de Alicante "Trastorno del comportamiento : trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento"..Comparto totalmente su opinión final que incluyo como cierre en este trabajo:

"Los Trastornos de Conducta (TC) pueden aparecer en la infancia temprana y persistir en las distintas etapas o aparecer de nuevo en la adolescencia. La investigación en este campo ha demostrado que tienen peor pronóstico los de comienzo temprano, ya que son muy estables estos patrones conductuales.

La investigación demuestra que existe una continuidad entre los TC de los niños preescolares y las de los adolescentes existiendo, por tanto, una progresión entre el TND y el TD en la etapa adolescente.

Diversos estudios muestran una estabilidad entre los TC en la infancia y la adolescencia y los problemas de conducta del adulto, siendo muy raro el adulto diagnosticado de trastorno antisocial de la personalidad que no ha tenido antes un trastorno de conducta, existiendo también una tasa de hasta el 40% de niños y adolescentes con TC que desarrollan un trastorno de personalidad en la etapa adulta. En el resto es frecuente encontrar tasas altas de otros trastornos psiquiátricos como depresión o ansiedad.

Existe en estos jóvenes una tasa alta de muerte violenta y de conductas antisociales no psiquiátricas, como robos, violencia, abuso de sustancias, etc. Los TC se asocian también al fracaso escolar, dificultad para mantener un trabajo, problemas de relación con alta tasa de

separaciones y divorcios, y problemas para una crianza adecuada de los hijos, perpetuando así el ciclo de problemas de conducta.

El coste de los TC en términos de la calidad de vida de estos jóvenes y de sus familiares y de los recursos necesarios, es muy alto. Además del coste en recursos de Salud (tanto de Atención Primaria como de los Servicios de Salud Mental), están directamente implicados los Servicios Sociales (ya que algunos de estos niños y adolescentes van a pasar un período en centros de acogida) y los Servicios de Educación donde los problemas de conducta son cada vez más difíciles de contener y manejar, con una alta tasa de fracaso escolar y absentismo.

Existe, por tanto, una necesidad clara de intervenir de forma preventiva y efectiva a una etapa temprana. Esto supone el invertir en recursos específicos (y caros) en la etapa de la infancia y la adolescencia, para poder así ahorrar el gasto que la sociedad tiene que asumir en etapas posteriores.

Estas reflexiones dejan, por tanto, muy clara la importancia de trabajar de forma temprana y con una implicación profesional coordinada. “

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE PADRES CON NIÑOS
DESAFIANTES Y OPOSICIONISTAS DEL PROF. R.BARKLEY
Versión adaptada por J.Sasot y RM^a Ibáñez**

Introducción:

El programa de entrenamiento para padres del Prof. R.Barkley consta de ocho pasos con los que se pretende mejorar la conducta adaptativa del niño. Se intenta conseguir que el niño adquiera un conjunto de comportamientos positivos que le ayuden a mejorar su conducta adaptativa en la familia, la escuela y en sus relaciones sociales. Las estrategias usadas están diseñadas para reducir el comportamiento oposicionista y aumentar las conductas de colaboración.

Es un programa cuya eficacia se ha probado si se aplica de manera sistemática.

La duración del programa suele ser de 8 semanas, un paso para cada semana, si bien pueden realizarse adaptaciones según las conveniencias de cada familia.

Es fundamental que se dedique tiempo intersemanal en la aplicación del programa.

El programa en sus 8 pasos:

PASO 1: ¡Preste atención!

Puede que si el comportamiento de su hijo es el de un niño o un chico desafiante, casi todas las interacciones sean batallas, entonces él no va a recibir el premio de obtener su atención (en momentos en que las cosas transcurran satisfactoriamente), y esta atención es un poderoso incentivo. Todos los niños o los chicos en el fondo buscan aprobación y recibir afecto. Lo que ofrezca debería conseguir en este paso es que su hijo crea que puede volver a conseguir la aprobación de sus padres.

En este paso el primer objetivo es crear un “tiempo especial” para su hijo, que ofrezca interesantes beneficios (usted podrá aprender o reaprender a prestar atención positiva):

Le dará pruebas directas de que la forma como se comporta con su hijo influye mucho en la motivación del mismo.

Le enseñara a reconocer el buen comportamiento y a ignorar el malo.

Le ayudará a apreciar más a su hijo y el tiempo que pasan juntos.

Empezará a mejorar su relación, afectada por los conflictos constantes.

Tiempo especial

Este tiempo especial debe tener algunas características concretas, entre ellas dedicar 15-20 minutos al día. Busque un objetivo doble: atención positiva y recuperar su confianza.

Procedimiento (uno de los posibles; en cada caso, cada familia puede encontrar el más adecuado):

Escoger un buen momento del día, por ejemplo mientras su hijo está jugando.

Antes de empezar a interactuar con él dedique unos 2 minutos a mirar lo que está haciendo y reflexionar sobre ello.

No pregunte lo que está haciendo directamente.

Después, empiece a comentar (narrar) lo que está haciendo su hijo, comentarios simples y positivos. Muestre un interés real.

Seguidamente haga algún comentario positivo sobre lo que está haciendo, si puede elogiarle, mejor. Una forma que puede ayudar es imaginarse que está realizando una retransmisión deportiva, utilizando un estilo parecido para ir “retransmitiendo lo que hace su hijo”.

Finalmente, una vez transcurridos los 15-20 minutos comente con su hijo lo bien que se lo ha pasado durante este rato.

Algunas cuestiones a tener en cuenta:

Para niños menores de 9 años se puede fijar un momento concreto del día y mantenerlo. Con mayores de 9, ser más flexible.

Asegúrese que realmente tiene tiempo y que también es un buen momento para su hijo.

Intente que los hermanos no estén presentes para que no compitan por su atención, también les puede dedicar a ellos un tiempo similar en otro momento.

El mejor tipo de juego? cualquier cosa que el niño escoja.

RECUERDE: En este tiempo no hay reglas, sea creativo e ingenioso para no dar órdenes, no enfadarse, etc. Se trata de seguir los pasos que hemos comentado. Hacemos esta reflexión porque puede ser que su hijo intente excederse en este tiempo en que “dirige” él.

La única actividad a evitar es ver la televisión (por sus características). En cuanto a la videoconsola tampoco es recomendable, de todas formas, si no hay alternativa, empezar y luego animar al niño a hacer otro actividad, sin imponérselo, simplemente, plantearlo como una idea alternativa..

Tipo de diálogo (durante el tiempo especial):

Regla 1: No dar órdenes, no hacer correcciones.

Regla 2: No hacer preguntas intrusivas.

Preguntas que sí son recomendables: “Cuánto tiempo hace que sabes hacer esto..(en sentido positivo)?” “Cuál es tu juguete favorito?”. También tenga en cuenta que su hijo no debe tener que parar de hacer lo que esté haciendo cuando le pregunte. También resulta interesante cambiar las preguntas por frases: en vez de decir “qué estás haciendo?”, podemos decir: “me gustaría realmente saber lo que está pasando aquí...”.

Regla 3: Elogiar de forma selectiva.

Prestar atención pero no pasarse en elogios. Y mejor hacer elogios de aspectos concretos.

PASO 2: Consiga paz y cooperación con el elogio

En el momento en que consiga que su hijo empiece a valorar su atención otra vez puede utilizar esta herramienta para ganar su conformidad. En este paso se trata de aprender a responder cuando su hijo obedece y coopera, con agradecimientos, elogios y aprecio. Esto contribuirá notablemente a que el comportamiento de su hijo mejore.

Debemos resaltar que es bueno mantener los “tiempos especiales” 2 o 3 veces por semana. Si las cosas han salido de forma adecuada tanto usted como su hijo los valorarán positivamente y tendrán ganas de hacerlas.

Nuestros objetivos son los siguientes:

Trabajar para aumentar la obediencia:

Preste atención y haga elogios siempre que cumpla lo que se le pide.

Planee unas sesiones de entrenamiento muy cortas en las que usted exponga órdenes muy simples y apropiadas para conseguir que su hijo se acostumbre a saber lo fácil que es obedecer.

Aprenda a dar órdenes más efectivas.

Anime a su hijo a ser menos disruptivo cuando usted necesite que haga alguna tarea, ofreciendo atención cuando el niño resista las interferencias.

Elimine la conducta desafiante controlándolo en casa y en el vecindario.

Para aumentar la obediencia:

Pille a su hijo siendo bueno: cuando de una orden, esté atento a ver si la cumple, para poder elogiar inmediatamente.

Enséñele lo fácil que es cooperar: Buscar momentos del día en que su hijo no esté muy ocupado para darle órdenes sencillas, 2 o 3 que sean también relevantes. Cuando obedezca: elógiele.

De ordenes convincentes (6 pasos útiles):

Asegúrese de lo que quiere decir. No haga demandas innecesarias.

Diga, no pregunte.

Haga que sea fácil. Órdenes sencillas.

Asegúrese de que le escucha. Espere a que le mire a los ojos.

Suprima la competición. Elimine las otras distracciones como la televisión.

Asegúrese de que le ha entendido. Si no está seguro, pídale que repita lo que usted le ha dicho.

Herramientas de ayuda:

Utilizar el reloj. Marcar un tiempo límite para la realización de la tarea.

Elaborar fichas de tareas. Para que les acompañen en la realización de las tareas. Se puede añadir más tiempo.

PASO 3: Cuando el elogio no sea suficiente, ofrezca recompensas

Si la conducta desafiante es importante no habrá suficiente con el elogio comentado en la sección anterior. Lo que tiene que intentar hacer es que el trabajo del niño sea más atractivo. Para hacerlo será necesario utilizar recompensas futuras por la obediencia presente de su hijo. En este paso puede aprender como usar los premios y las recompensas.

Una de las formas más útiles para usar la recompensa es a través de un programa de economía de fichas que es la mejor forma de sistematizar el procedimiento. Para adecuarlo más a las necesidades, diferenciaremos entre dos grupos de edad.

Para niños de entre 4 y 7 años

Consiga un conjunto de fichas de cualquier tipo, creándolas o utilizando fichas de algún juego. A ser posible de distintos colores, cada ficha tendrá un valor determinado.

Busque un momento de tranquilidad para explicar el procedimiento a su hijo. Plantearlo de forma positiva, explicar que no está suficientemente recompensado. Dejar claro desde el principio que se establecerán unas reglas claras así cada uno sabe lo que puede esperar del otro. Explíquele que le ayudará a elaborar la lista de premios.

Mostrar las fichas al niño y explicar como se procederá con las fichas. Debe quedar claro que aunque no gane las fichas por la tarea encomendada según lo pactado, igualmente tendrá que realizar lo que se ha ordenado.

Buscar juntos un lugar o “banco” para guardar las fichas.

Escribir una lista de recompensas. Añadir también premios del día a día, no grandes premios solo. Escribir entre 10 y 15 recompensas. Por ejemplo: 5 a corto plazo, 5 a medio plazo y 5 a largo plazo.

Después escribir una lista de tareas a realizar para ganar las fichas. El niño debe participar en la elaboración de esta lista. Si existen tareas que suponen no hacer algo, marque un tiempo en el que debe estar sin hacerlo para ganar la recompensa.

Asignar el número de fichas que ganará por la realización de cada trabajo. Jugar con valores de 1 a 10 en niños pequeños.

Determinar cuantas fichas entregará a sus hijos para ganar las recompensas. Es importante contar las fichas que ganará su hijo en un solo día, asegúrese que puede gastar dos tercios en recompensas del día a día y que pueda guardar un tercio a diario para las recompensas de mayor valor.

Para niños de entre 8 y 12 años

Compre un cuaderno de notas normal, identifíquelo escribiendo algo en la tapa. Haga 5 columnas como en un libro de contabilidad: fecha,

asunto, entradas, salidas y balance total. Explicar el funcionamiento al niño.

Haga una lista de refuerzos y recompensas junto con su hijo.

Ahora haga una lista de tareas tal y como se han descrito en el apartado anterior.

Asigne para cada trabajo o comportamiento el número de puntos que pueden ganarse. Incrementar el número de puntos respecto a los más fáciles.

Cómo ya se ha dicho, la cantidad de puntos que gane su hijo en un día determinará el valor en número de puntos de cada recompensa.

Asegúrese que guardará un tercio como ya se ha explicado.

Claves sobre qué hacer y qué no hacer

No empiece diciendo que el programa se aplica porque el se comporta mal, ni hable de castigos ni de quitar recompensas.

No castigue a su hijo restando puntos o quitando recompensas, no en este punto del programa.

Sea generoso con las fichas la primera semana.

Asegúrese de que ambos padres utilizan el mismo sistema.

No de puntos o fichas si tiene que repetir las órdenes. (Al menos no más de lo establecido).

No de los puntos o fichas hasta que haya concluido la tarea.

Acompañe los refuerzos con elogios.

Especifíquele que hizo para ganar los puntos.

PASO 4: Use formas de disciplina moderadas, “el tiempo-fuera” y otras

Una vez establecidos los métodos de refuerzo positivos, recompensas; se pueden empezar a introducir formas suaves de castigo o de coste de respuesta. La primera consecuencia puede ser perder la posibilidad de ganar una parte de las recompensas (los puntos). Más adelante, en el texto, se explicará como usar una forma muy efectiva de disciplina: el tiempo-fuera.

Los cambios positivos obtenidos con el refuerzo pueden mantenerse o puede que con el paso de las semanas estos refuerzos pierdan capacidad de motivación, el niño se acostumbra. Cuando pase esto tenga muy en cuenta dos cuestiones.

La primera, que para que alguna recompensa sea motivadora tiene que ir acompañada de que no se pueda conseguir de ninguna otra manera. La segunda, que cambiando el tipo de recompensas se puede conseguir mantener el nivel de motivación.

En este apartado se pretende trabajar con formas de castigo moderadas. Las empezaremos a utilizar una vez estemos seguros que existe una buena base de elogios, atención positiva y refuerzos; de no ser así, fracasaran. Si todavía existen dificultades en muchas situaciones, será necesario seguir trabajando los pasos anteriores para consolidarlos mejor. Seguidamente se muestran unas preguntas útiles para realizar esta valoración:

¿Estoy realizando mis peticiones de forma eficaz, como aprendí en el paso 2?

¿Estoy demostrando mi voluntad para seguir adelante o estoy invitando a mi hijo a ponerme a prueba?

¿He tenido en cuenta la necesidad de variar y de proponer nuevos refuerzos privilegios a medida que mi hijo crecía o cambiaba?

¿Durante nuestras interacciones, soy sensible a las características de mi hijo y a sus objetivos personales?

¿La causa del mal comportamiento de mi hijo podría estar en algún factor externo nuevo?

Puede que esta sea la semana más difícil del programa ya que empezamos a introducir el castigo, ante esta situación los niños responderán en contra del mismo y utilizaran las estrategias que poseen para evitarlo, incluso comportándose de forma más disruptiva.

Formas de protegerse ante los posibles desafíos:

Comprender que las reacciones negativas extremas, como rabietas, son habitualmente un indicio sólido de que los métodos tendrán con el tiempo, el efecto que se espera.

Recuerde lo que ha conseguido hasta el momento, está progresando. Saque una hoja de papel y escriba los logros conseguidos. Esta lista le motivará a seguir adelante.

Recuerde los motivos por los que dedica tiempo y esfuerzo para seguir con el programa. Mantenga los pensamientos positivos en la cabeza.

Trace un plan simple para estar relajado y renovado. Planeen, ambos padres, alguna estrategia para coger energía, alguna cena o alguna actividad de ocio fuera de casa. o cualquier otra actividad que le ayude a divertirse, desconectar y/o tranquilizarse.

Tenga en cuenta que su hijo también se ha convertido, lo quiera o no, en un gran actor. Él cree que si muestra toda su rabia y enfado se derrumbará una vez más y cederá en su castigo. Dígase que no le engañará de nuevo. Manténgase firme. Pregúntese si lo que quiere enseñar a su hijo es que los otros se sometan a él cuando se enfade lo suficiente.

¡Recuerde el refuerzo positivo! Seguir con el programa le costará mucho, sobre todo cuando su hijo tenga una rabieta que le dure incluso horas, pero esto no debería alterar su plan habitual de elogios y atención. El tiempo especial nunca ha sido tan importante como en este momento.

Reintroduciendo el castigo:

Empiece quitando puntos o fichas cuando su hijo no acabe una tarea que es habitualmente reforzada en el sistema de fichas en casa.

Escriba una pequeña lista de comportamientos sociales inadecuados por los que su hijo también será castigado.

Aprenda a utilizar el tiempo-fuera.

Elija uno o dos (solo uno o dos) problemas de conducta en los que utilizará el tiempo-fuera durante la primera semana.

Siga la regla “castigar dos veces, después apartarse”. Aunque ya haya castigado a su hijo por algo, castíguelo una vez más si este comportamiento se repite o continúa, antes de aplicar el tiempo-fuera (más adelante se explica como).

MÉTODO 1: Sancione el comportamiento inadecuado

Los niños, que han estado ganando fichas o puntos, probablemente estarán desanimados, e incluso ofendidos al ser castigados. Cuando no obedezcan a una tarea, réstele los puntos que habría ganado, es decir, dejará de ganar los puntos que habría obtenido por la tarea y también se le restarán los mismos puntos de los que ya tenía acumulados.

Si comete alguna falta de conducta de las que ya se habían superado anteriormente, reste puntos, cuanto más grave la falta, más puntos restará. Una pauta recomendable: las faltas graves restaran un tercio de los puntos que puede ganar en un día. Si el mismo error se vuelve a producir después, réstele el mismo castigo más un 10%. La tercera vez ya no castigue restando puntos.

MÉTODO 2: Cómo aplicar el tiempo fuera

En primer lugar tener en cuenta que su hijo no puede estar todo el día castigado en una silla, por ello, durante el tiempo que dure este paso sólo deberá utilizarlo para uno o dos problemas habituales de su hijo. Podría escoger una tarea que deje inacabada y un problema social. Si en cambio existe un solo problema muy importante, puede centrarse sólo en éste.

El tiempo fuera puede ser utilizado con niños hasta 12 años. Pero probablemente resulta más útil de los 2 a los 10 años.

Para prepararse, coja una silla y colóquela en un lugar donde pueda ver a su hijo. Por ejemplo en el vestíbulo, en medio del pasillo, en una esquina de la cocina o en el comedor, suficientemente lejos de la pared y que no tenga al alcance distracciones. La silla tiene que estar en un lugar visible y que pueda estar ahí durante unas semanas para que su hijo pueda verla y recordar las consecuencias del mal comportamiento.

Durante la semana, cada vez que pida a su hijo que haga algo, siga estos pasos:

De la orden, siguiendo las reglas del paso 3. En voz alta, contar hacia atrás de cinco a cero o de tres a cero, lentamente.

Si su hijo no ha empezado a obedecer cuando termine la cuenta atrás, mírelo a los ojos y con lenguaje no verbal indíquele que va en serio, postura firme y estable, señale con el dedo la silla y repita la petición inicial en un tono más fuerte. (Este paso se podría considerar una advertencia respecto a la posibilidad de ir a la silla si no hace lo que se le pide).

Seguidamente vuelva a contar otra vez hacia atrás. Si llega al final de la cuenta atrás, diga "No hiciste lo que te pedí, así que irás a la silla".

Coja al niño por la muñeca o por el brazo con firmeza y llévelo a la silla e indíquele que se quede sentado hasta que usted se lo diga. La voz tiene que ser fuerte y firme.

Déjelo en la silla durante 1 minuto por cada año de edad. Faltas leves 1 minuto, faltas graves 2 minutos. Mientras esté ahí, siga con sus tareas pero vigilándole. No hable durante este tiempo. Esté al caso de lo que su hijo diga.

Cuando el tiempo acabe, si continua quejándose, diga: “No volveré a la silla hasta que te calles”. No regresar hasta que esté quieto 30 segundos. Cuando haya estado tranquilo un rato necesario, volver a la silla y preguntarle si está listo para hacer lo que le pidió. Si dice que sí, asegúrese que lo hace en ese momento. Si no es así, vuélvalo a llevar a la silla. Repetir los mismos pasos tantas veces como sea necesario hasta que el niño haga lo que se le pide.

Una vez ha hecho la tarea, decir: “Me gusta cuando haces lo que te pido”. No más alabanzas ni premios, por la tarea comentada. Pero si hay que estar atento a la primera conducta positiva que haga, para no perdérsela, y poder hacer algún comentario positivo.

Excepciones del procedimiento:

Por saltarse las normas de casa. Ir al tiempo-fuera sin petición o aviso, cuando incumpla una norma muy clara. Para evitar dudas, elabore una lista con las mismas, sitúela en un sitio visible y al principio de la semana explíquela a su hijo el procedimiento.

Por tareas largas. Tan importante es empezar como acabar, por ejemplo en los deberes. En vez de peticiones y explicaciones indíquelo el tiempo que tiene para realizar el trabajo y ponga un reloj para que su hijo aprenda a gestionar el tiempo.

Por faltas repetidas. Si ha perdonado a su hijo el tiempo-fuera por la promesa de no repetir el comportamiento, si no lo cumple, tiempo-fuera sin orden o aviso.

Claves sobre que hacer y que no hacer:

No empezar el paso 4 si hay tareas que puedan distraerle, como actividades familiares especiales.

No continúe contando hacia atrás después de varias semanas de utilizar el tiempo-fuera, ya que le enseñará a obedecer sólo en estas condiciones.

No abuse del tono firme y autoritario. Una vez utilizado un tono firme, frases de menor intensidad no serán tomadas en serio.

No colocar la silla del tiempo fuera en un lugar oscuro o apartado.

Algunos niños tienen miedo a la oscuridad y no se trata de que lo pasen mal, sino de apartarlos de actividades gratificantes. La cocina o el baño no son buenos sitios por ser peligrosos.

No permita a otras personas de casa hablar con el niño si esta en el tiempo-fuera.

No se disculpe por el castigo.

Cuando un niño se revela a la sanción.

Cuando sancione a su hijo con el resto de puntos y este responda mal puede caer en la “espiral del castigo”, responder a esta actitud con otro castigo. Con el tiempo tendrá tantos castigos que no podrá contrarrestarlos con conductas positivas, por lo tanto no tendrá

motivación para hacer lo adecuado. Si reacciona mal ante el castigo (restar puntos), castigarle sólo una vez más. Después utilice el tiempo fuera.

Algunos niños puede que reaccionen rechazando todo el sistema de economía de fichas cuando se les resta puntos por portarse mal. La solución es continuar. Demostrar que no ceden como padres.

Algunos niños dirán que les da igual que les quiten puntos. No se desanime, muy probablemente es una cortina de humo.

Cuando el niño intenta escapar del tiempo fuera.

Si el niño intenta hacer lo que se le había pedido para evitar el tiempo fuera, cuando ya se ha anunciado su realización, como vía de escape. No se lo permita. Ya es demasiado tarde. Se tiene que aplicar el castigo, los minutos estipulados y luego tiene la oportunidad de hacer la tarea. Recordar la importancia de la coherencia.

Si se resiste físicamente a sentarse en la silla, puede utilizar la fuerza física con moderación para asegurarse que se queda ahí. Si su hijo es agresivo, tenga especial cuidado.

Si su hijo tiende a mostrarse agresivo y es suficientemente mayor como para hacerle daño, deberemos utilizar otras estrategias a comentar con su especialista. Si resulta que estas respuestas agresivas se dan más con un progenitor, probablemente con la madre, que puede que tenga menor fuerza física y envergadura; utilice el tiempo fuera solo cuando esté el padre. La primera semana aplica el tiempo fuera el padre, si funciona, a partir de la segunda semana, puede empezar la madre.

Si tiene una rabieta fuerte, téngalo sentado y sin "público" hasta que este 30 segundos seguidos calmado. Aunque tenga que estar 1 o 2 horas.

Aunque parezca duro, habitualmente sólo se necesita una maratón como esta para que sus hijos comprendan que ustedes tienen más resistencia que ellos.

Ante las dificultades hay diversas opciones posibles. La más habitual es mandar a su hijo a su habitación. La primera vez, se sentará en su silla y avísele que a la siguiente va a la cama. Después hágalo. Como siempre, postura firme y tono de voz tranquilo y alto. A su habitación y sin entretenimientos, asegúrese. Si intenta escaparse de la habitación, cierre la puerta y quédese en su interior haciendo alguna actividad al margen de su hijo, no lo encierre solo.

Si hay algún problema para utilizar la habitación como recurso existen otras alternativas como:

Quitar fichas por levantarse de la silla

Con niños mayores, negar un privilegio de más alto valor que después podían haber conseguido

Añadir algunos minutos más al tiempo fuera para cada intento.

Si intentan sacarle de sus casillas con comentarios como “te odio”, “no te quiero”, no prestarle la menor atención y no responder. Utilizar la extinción.

Si se comporta mal encima de la silla, explíquese que esto es equivalente a abandonar la silla, entonces aplicará las mismas consecuencias.

Ante una petición de tener que ir al lavabo, siga firme. Lo peor que podría pasar es que su hijo se orinara encima como conducta disruptiva. Teniendo en cuenta el tiempo que se puede estar en la silla si cumple lo pactado, debería ser capaz de aguantarse.

Si dice que no se encuentra mal, seguir con la aplicación a menos que el niño haya mostrado síntomas claros de enfermedad.

Si se queja de que está cansado, no prestarle atención en general. Si es por la noche, debe cumplir el castigo aunque esto retrase la hora de ir a dormir.

Si dice que tiene hambre, aguante, aunque cueste, seguramente no le pasará nada grave a su hijo por no comer en ese momento durante el tiempo que puede llegar a estar en la silla.

Algunos niños pueden llegar a negarse a dejar la silla una vez terminado el castigo. Lo único que se puede hacer es volver hacia atrás y decirle que se ha negado a hacer lo que le pide, dejar la silla, y tendrá que empezar el tiempo-fuera de nuevo, usted es siempre quien tiene que decidir cuando puede dejar la silla.

PASO 5: Utilice “el tiempo fuera” con otros problemas de conducta

Cuando sepa utilizar el tiempo fuera y funcione adecuadamente, podrá ampliar su uso a una o dos conductas negativas más.

Este paso es como un momento de reflexión, de reconciliación y de acercamiento. Ahora puede empezar a utilizar el tiempo fuera para otros problemas.

Tenga un momento de reflexión, los indicadores de que utiliza el castigo de forma correcta son si se cumple:

1-Que en cada transgresión su hijo está menos tiempo en la silla que al principio del paso 4

2-Si su hijo empieza a aceptar el tiempo fuera como castigo, reduciendo las rabietas, quejas, y otros tipos de protestas mientras está en la silla.

3-Si su hijo cumple más a menudo lo que se le pide que haga en aquellas áreas en las que se aplica el tiempo fuera.

4-Si su hijo obedece las normas de casa más a menudo.

5-Si usted empieza a sentirse más seguro de sus habilidades como padre/madre.

6-Además utilice la siguiente lista para asegurarse que usa los castigos y el tiempo fuera de manera eficaz, tal y como se ha dicho:

Sabe imponer una sanción o utilizar el tiempo fuera cada vez que su hijo se comporta inadecuadamente.

Las sanciones son proporcionales a la gravedad de la transgresión.

La sentencia mínima impuesta se adecua a la edad de su hijo.

Su pareja castiga de la misma manera que usted.

Se asegura de que los castigos impuestos a su hijo no exceden de los premios

Castiga sólo uno o dos tipos de mala conducta durante la primera semana.

Se asegura que su hijo no puede divertirse durante el tiempo-fuera.

Da la orden dirigida a la conducta seleccionada para usar el tiempo-fuera sólo una vez.

Especifica claramente las órdenes.

Se acuerda de contar de tres o cinco para abajo antes de mandar al niño a la silla.

Nunca pide disculpas por haberle castigado.

Después de portarse bien, siempre recuerda al niño que le gusta que obedezca.

Se acuerda de premiarle las buenas conductas poco después de haberle castigado.

Si no se observan mejoras, deberá comentar a fondo las causas con su especialista (piense que siempre hay soluciones).

PASO 6: Piense con anticipación en el futuro. Qué hacer en público

En este paso se trata de aprender a anticipar problemas y usar las técnicas de modificación de conducta fuera de casa. Son válidos los mismos principios que en casa y además intentar tener ocupado al niño, por ejemplo pidiéndole ayuda en el supermercado o en otros lugares. Este procedimiento no solo funciona en público también funciona en casa para situaciones excepcionales como pueden ser visitas.

Ser observado realizando los procesos comentados puede resultar una situación embarazosa. Pero no tiene nada de vergonzoso ejercer un control razonable sobre su hijo en público.

Aspectos generales de este paso:

Piense con antelación. Anticipe los lugares y el momento en que probablemente su hijo tendrá dificultades para portarse bien. Tenga expectativas realistas y actividades para mantener a su hijo ocupado.

Piense en voz alta. Párese antes de entrar en un lugar público y comunique esas normas, consecuencias y actividades a su hijo.

Imponga las consecuencias mientras estén fuera de casa, recordando ofrecer elogios y incentivos e imponiendo un castigo razonable, sin avergonzarse, cuando sea necesario.

Empiece a aplicar las mismas técnicas cuando haya cambios en las actividades del niño o en ocasiones especiales.

Anticipe sus propias reacciones, como padre o madre. Anote también en otra hoja de papel las situaciones en que pueda sentirse más avergonzado.

QUE HACER EN PÚBLICO

Mencionar las normas a su hijo inmediatamente antes de entrar en un lugar público. La primera vez párese antes de entrar dentro. De manera simple. Después pida a su hijo que repita las normas para estar seguro que las ha entendido. Si ha pensado anteriormente en la situación como se recomienda, ya tendrá claras las normas en esta situación

Ofrezca un incentivo por cooperar. Además de elogiar cuando sea necesario.

Explique cuál será el castigo por no cooperar. El método más simple es restar puntos, pero también debe estar preparado para usar el tiempo fuera. Una posibilidad es buscar una esquina aburrida. Aplicar los mismos principios que en casa.

Dele a su hijo algo para hacer. Si el niño es mayor, aproveche por ejemplo el camino hasta la tienda para comentarlo con él y que el proponga tareas que pueda realizar.

UTILIZAR EL TIEMPO FUERA CUANDO ESTÁ FUERA DE CASA

Lo primero a hacer cuando entra en un sitio público es mirar el lugar y buscar un punto adecuado para utilizarlo. Si no es posible encontrar un lugar, alternativas:

Llévese al niño fuera rápidamente e imponga el tiempo-fuera de cara a una pared.

Llévese al niño al coche, siéntelo en el asiento trasero, mientras usted se espera en el de delante o fuera del coche.

Llévese una libreta para anotar las transgresiones de las normas y explique al niño, junto con las normas que, por cada transgresión, cumplirá un período de tiempo-fuera en casa.

Llévese libreta y un rotulador y ponga una marca en una hoja de papel recordatoria por cada transgresión. Cada marca cuenta para un tiempo fuera al volver a casa.

Cuando el niño no cumpla una norma, lléveselo inmediatamente al lugar designado y dígame que se quede allí hasta que usted indique lo contrario. El mismo método que en casa pero con la variante que esté 30 segundos por cada año de edad. Mientras está en el tiempo-fuera, esté lo suficientemente cerca como para supervisar pero ocúpese con alguna actividad

Cuando el niño haya cumplido su castigo, haya estado quieto durante un minuto y esté de acuerdo en cumplir las normas, le puede levantar el castigo. Si se escapa antes de tiempo, empiece otra vez y dígame que va a perder cierto número de puntos si lo hace otra vez. Si no consigue nada, interrumpa lo que esté haciendo y llévelo al coche para realizar el tiempo fuera y supervíselo.

PASO 7: Ayude al maestro para que ayude al niño

Se aplica a niños en edad escolar y requiere la cooperación del maestro. La colaboración del profesor dependerá de la cantidad de ayuda que necesita éste para controlar la conducta de su hijo en clase. Se puede utilizar un registro diario hecho por el profesor que supervisen los padres en casa y pueda servir para proporcionar incentivos por buena conducta.

Cuando reciba notas del profesor o demandas por mala conducta de su hijo en primer lugar intente ponerse en contacto con él para hablar a fondo del problema y para mostrar su intención de colaborar con él y buscar juntos una solución. Es muy importante no delegar sobre el profesor, los profesores están a cargo de muchos niños y para ellos puede ser difícil utilizar los métodos propuestos en este apartado, explíquelo al profesor, antes de pedirle su colaboración, que la principal tarea va a recaer sobre usted como padre..

Después de explicarle al profesor como están las cosas con su hijo, lo que ha conseguido en casa con las pautas explicadas hasta el momento, y así conseguir su colaboración, se puede empezar por la realización de una escala que recoja como se comporta el niño en las escuela en diferentes situaciones, para tenerlo como línea base y saber la opinión del profesor.

Valorar en una escala de 1 a 9 si hay problemas en diferentes situaciones, como:

- Cuando llega a la escuela.
- Durante el trabajo individual.
- En actividades de pequeño grupo.
- En el tiempo libre en clase.
- Durante las lecciones.
- En el recreo.
- En el comedor.
- En los pasillos.
- En el lavabo.
- En excursiones al campo.
- En reuniones especiales.
- En el autocar.

Después hablar con el profesor sobre en que situaciones tiene mayores problemas su hijo, hay también que valorar aquellas situaciones en las que le resulte más fácil obtener buenos resultados.

A partir de aquí, buscar un sistema de registro para que el profesor pueda valorar las conductas objetivo y apuntar algún comentario más si hace falta después de cada clase y así al final del día poderlo conocer. Hay que adaptarse a la situación y ser flexibles en relación al método preferido por el profesor y a su disponibilidad.

MUY IMPORTANTE: No más de 2 o 3 conductas cada día. Por cada conducta puede utilizar una escala de 1 a 5 (1= excelente; 2= buena conducta; 3= conducta normal; 4= mala conducta y 5= muy mala conducta).

ALGUNAS CONDUCTAS A VALORAR:

Conductas sociales:

- Compartir con sus amigos.
- Jugar con sus amigos.
- Seguir las normas mientras juega.
- Cooperar con el grupo.
- Permanecer en el lugar asignado.
- Trabajar/jugar tranquilamente.
- Llegar a tiempo en clase.
- Mantener su pupitre y taquilla ordenados.

Rendimiento académico:

- Acabar las tareas de clase.
- Llevarse los deberes a casa.
- Acabar los deberes.
- Traer los deberes acabados de casa a tiempo.
- Disponer del material necesario para la clase.
- Acabar los deberes asignados en clase.
- Seguir las instrucciones.
- Aplicarse en el trabajo
- Repasar los exámenes antes de entregarlos.

Conductas negativas a desaprobado:

- Golpear, empujar o pegar a los compañeros.
- Destruir cosas de la escuela o romper material de clase.
- Interrumpir al profesor o hablar sin permiso.
- Abandonar el asiento asignado sin permiso.
- Decir palabrotas o proferir obscenidades.
- Molestar, insultar o burlarse de otros niños.
- Hacer demasiado ruido.
- Hacer el tonto o el payaso en clase-.

REPASANDO EN CASA LOS INFORMES DEL PROFESOR

Establecer una rutina de revisión del informe/registro del profesor. Empezar siempre alabando aquello que esté bien hecho. Después mencionar, de manera neutral las malas conductas. Se va a basar en la nota del profesor y en sus observaciones, no en las explicaciones/excusas que pueda dar el niño. Después añadir y restar puntos según el informe y lo que se haya establecido previamente con el niño. Una posible forma de valorar sería la siguiente*:

1= + 25 puntos

2= + 15 puntos

3= + 5 puntos

4= - 15 puntos

5= - 25 puntos

*Deben adaptarse las cantidades al sistema de puntos establecido, siguiendo las premisas planteadas en el paso 3 y el 4, para ser equitativos en esta valoración.

PASO 8: Revise sus logros

Este último paso es un salto para que los padres sigan caminando por su propio pie. El éxito de la aplicación del programa ha ayudado a su hijo a interiorizar las normas aplicadas para poder tener una mejor adaptación al medio.

Llegados a este punto es muy importante que siga tratando a su hijo según los principios propuestos por el programa para que se mantengan los logros conseguidos y se mantenga la mejora. Por tanto el último paso consiste en aprender un método para revisar su propia conducta siempre que su hijo parezca empeorar.

Si detecta que vuelven a aparecer los problemas de conducta superados (lo que inicialmente ocurrirá), vuelva a introducir aquellas partes del programa necesarias.

Es muy importante no olvidar:

Ser capaz de revisar en qué punto se encuentra, a partir de revisar los listados de conductas trabajadas, utilizados durante el programa.

No olvide el uso de las fichas, de los castigos..... ,como tampoco los principios de refuerzo. Tenga claro que cada acción de su hijo debe de tener en su caso una consecuencia, más positiva o negativa según sea su comportamiento.

Adelántese a los problemas conociendo bien a su hijo. Esto debe permitirle también anticiparse a las situaciones potencialmente problemáticas. Anticípese siempre en las siguientes situaciones:

Las largas esperas.

Los momentos de hacer nuevos amigos.

Los acontecimientos sociales concurridos.

Las visitas.

Los cambios en el horario del trabajo.

La llegada de un nuevo hermano.

La concesión de nuevas responsabilidades a su hijo

El regreso de vacaciones.

Y para terminardisponga de **tiempo** para educar, la educación de su hijo es poco gratificante y necesita de unos padres que sepan **priorizar** entre las múltiples variables educativas, **aceptar** a su hijo real y **contener** sus propias ansiedades.

BIBLIOGRAFIA

1. Vigotsky, L. S. Obras escogidas. Edit. Visor. Madrid. 1997.
2. Pedreira, J.L., San Román, P., Rodríguez Sacristán, J., Factores de riesgo psicosocial en la primera infancia: Seguimiento longitudinal. Premio Nacional de Investigación Científica INSERSO-2000. Madrid. 2001.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-IV-TR. 4 ed. APA. Washington DC. 2000.
4. Hayes Sc, Gifford EV, Ruck LE. Relational frame theory and executive function: a behavioural analysis. In Lyon GR, Krasnegor NA. eds. Attention, memory
5. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS. Ginebra. 1992.
6. Shapiro SK, Garfinkel HD. The occurrence of behavior disorders in children : the independence of attention deficit disorder and conduct disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1986. 25:808-819.
7. Fergusson DM; Horwood LJ. The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. Aust N Z J Psychiatry .2001, 35: 287- 296
8. Guan BQ, Luo XR, Deng YL, Wei Z, Ye HS, Yuan XH, Ning ZJ, Yang W, Ding J,. Prevalence of psychiatric disorders in primary and middle school students in Hunan Province. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2010. Feb; 12 (2): 123-127.
9. Alda JA, Arango C, Castro J, Petibó MD, Soutullo C, San L (coord) Trastorns del comportament en l'infància i l'adolescència: que està passant ? Esplugues de Llobregat:: Hospital de Sant Joan de Deu .2009
10. Garcia-Tornel, S., Eyberg, S.M., Calzada, E J., & Sainz, E. Trastornos del comportamiento en el niño: Utilidad del Inventario Eyberg en la practica diaria del pediatra [Behavior problems in children: Validity of the Eyberg Child Behavior Inventory in common pediatric settings in Spain]. Pediatría Integral, 1998 : 3, 348-354.

11. Fernández de Pinedo R, Gorostiza E, Lafuente P, Ojembarrena E, Olaskoaga A. Versión española del ECBI: medida de validez. Atención Primaria. 1998 Vol. 21. 2 :19-34.

12. Abad Gil J. Presentación de los resultados del estudio Eyberg de la SEPEAP. Pediatría Integral. Ergon. 2008. Supl.1

13. Lampe Em, Karazsia BT, Wildman BG. Identification of families at risk for behavior problems in primary care settings. J Dev Behav Pediatr. 2009 Dec; 30 (6): 518-524.

14. Rigau-Ratera. E, Garcia-Nonell C, Artigas-Pallarés. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. Rev. Neurol. 2006; 42 (Supl 2): S83-S88.

15. Barkley R.A. Defiant children: a clinician's manual for parent training. New York. Guildford Press. 1987.

16. Greene RW. The explosive child understanding and parenting easily frustrated "chronically inflexible" children. New York: Harper Collins 1998.

17. Greene RW., Biederman J, Zerwas S, Mouteaux , Goring JC, Faraone SV, Psychiatric co-morbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. Am J Psychiatry 2002; 159:1212-1224.

18. Kazdin, A.E. Weisz, J.R., (Eds.). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed.) New York: Guilford Press, 2010.

19. Kazdin, A.E. Psychotherapy for Children and Adolescents: Directions for Research and Practice. New York: Oxford University Press, 2000.

20. Kendall, P. y Braswell, L.. Cognitive behavioral therapy for impulsive children. Ed . The Guilford Press, New York..1985.

21. Ruths S, Steiner H, Psychopharmacologic treatment of aggression In children and adolescents. Pediatr Ann 2004; 33 (5):318-327

22. Turgay A. Psychopharmacological treatment of oppositional defiant Disorder. CNS Drugs. 2009; 23 (1): 1-17

23. Byrne S, Walter G, Hunt H, Soh N, Cleary , Duffy P, Crawford G, Krabman P, Concannon P, Malhi G. Self-reported side effects in children and adolescents taking risperidone. *Australas Psychiatry*. 2010 Feb; 18 (1); 42-45
24. Greenaway M, Elbe D. Focus on aripiprazole : A review of its use in child and adolescent psychiatry. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Aug; 18 (3) 250-260
25. Martin A, Scahill L, Charney D, Leckman JF, (Editors): *Pediatric Psychopharmacology: Principles and Practice*. New York: Oxford University Press. 2003
26. NICHD. Trajectories physical aggression from toddlerhood to middle childhood: predictors, correlates, and outcomes. *Monogr Soc Res Child Dev* 2004, 69: 1-129.
27. Archer J., Côté S. Sex differences in aggressive behavior: A developmental and evolutionary perspective. En: *Developmental origins of aggression* . Tremblay RE, Hartup, WH, Archer J Eds, Guilford Press. New York 2005.
28. Lacourse E, y cols. Developmental trajectories of boys' delinquent group membership and facilitation of violent behaviours during adolescence. *Dev Psychopathol* 2003, 15:183-197.
29. Sampson RJ, Laub JH. Life-course desisters? Trajectories of crime among delinquent boys followed to age 70. *Criminology* 2003, 41: 301-339.
30. Tremblay RE y cols. Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004, 114: e43-e50.
31. Green RW; Biederman J; Zerwas S y cols. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* 2002, 159: 1214-1224.
32. Rutter M. Comorbidity, Concepts, claims and choices. *Criminal Behavior and Mental Health*. 1997, 7: 265-285
33. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:339-348.
34. Masi G; Toni C; Traverso MC y cols. Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Comp Psychiatry* 2003, 44: 184-189.

35. Serrano E De la Fuente J.E, Ibañez RM, Sasot J. Mania Symptoms in children and adolescents with disruptive behaviour disorders. 13th International Congress . ESCAP. Florence 2007.

36. Mardomingo MJ. Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y Arte. Madrid, Narcea, 2003, 114-115.

37. Kazdin AE, Wassell G: Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:414-420.

38. Nock MK, Kazdin AE, Parent expectancies for child therapy: assessment and relation to participation in treatment. J Child Fam Stud 2001; 10:155-180.