

# TRASTORNOS DE CONDUCTA

*Dr. Jordi Sasot Llevadot*

*Psiquiatra Infanto-Juvenil*

*Cap de l Unitat de Paidopsiquiatria. Centre Mèdic Teknon*



# EVOLUCION DE LA DELINCUENCIA JUVENIL EN ESPAÑA

## Detenciones totales de menores delincuentes

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>14 a</b>	3.003	3.612	3.565	3.156	3.129	2.808	2.647	2.589
<b>15 a</b>	4.719	5.778	5.749	5.444	5.115	4.860	4.188	4.457
<b>16 a</b>	7.444	7.580	7.501	6.822	6.966	6.546	5.608	5.610
<b>17 a</b>	9.166	8.335	8.884	7.980	7.913	7.463	6.673	6.992
<b>TOTAL</b>	<b>24.322</b>	<b>25.305</b>	<b>25.699</b>	<b>23.402</b>	<b>23.123</b>	<b>21.677</b>	<b>21.174</b>	<b>19.648</b>

# EVOLUCION DE LA DELINCUENCIA JUVENIL EN ESPAÑA

## Delitos cometidos por chicos y chicas de 14 a 17 años

	2006		2007	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
▪ Robo con fuerza en las cosas	3.229	194	3.215	222
▪ Robo con violencia o intimidación	2.886	474	2.570	509
▪ Tirones	316	24	283	39
▪ Sustracciones interior vehículos	999	51	844	31
▪ Sustracción de vehículos	2.730	120	2.239	111
▪ Hurtos	1.192	471	1.093	479
▪ Otros delitos contra el patrimonio	1.237	154	1.021	131
▪ Homicidio/asesinato	68	4	56	7
▪ Lesiones	1.050	125	991	145
▪ Otros delitos contra las personas	460	89	560	122
▪ Estupefacientes	403	81	418	64
▪ Delitos contra libertad sexual	341	10	337	11
▪ Otros delitos en general	3.896	517	3.620	501
▪ TOTAL	18.807	2.367	17.247	2.401

# EVOLUCION DE LA DELINCUENCIA JUVENIL EN ESPAÑA

## ▪ Homicidio/asesinato

Los detenidos por este delito han aumentado en todos los tramos de edad:

	2002	2003	2004	2005	2006	Variac. 02/06
14 y 15 años	18	15	16	18	18	0%
16 y 17 años	44	56	55	82	54	22.73%
18 a 20 años	154	150	164	137	169	9.74%
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>221</b>	<b>235</b>	<b>237</b>	<b>241</b>	<b>11.57%</b>



# ASPECTOS CONCEPTUALES

## CONDUCTA ≠ COMPORTAMIENTO

ETIMOLOGIA: **CONDUCTA** → "GUIAR, CONDUCIR"

**COMPORTAMIENTO** → "IMPLICAR"

**CONDUCTA** → CONJUNTO DE MANIFESTACIONES  
GUIADAS POR UNA CAUSA INTERNA  
(BIOLOGICA) O EXTERNA (ENTORNO)

**COMPORTAMIENTO** → CONJUNTO DE MANIFESTACIONES  
CONTROLADAS POR EL PROPIO NIÑO  
O ADOLESCENTE

# ASPECTOS CONCEPTUALES

## CONDUCTA ≠ COMPORTAMIENTO

**CONDUCTA**



CONJUNTO DE MANIFESTACIONES  
GUIADAS POR UNA CAUSA INTERNA  
(BIOLOGICA) O EXTERNA (ENTORNO)

**TRASTORNOS DE CONDUCTA  
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR**

**COMPORTAMIENTO**



CONJUNTO DE MANIFESTACIONES  
CONTROLADAS POR EL PROPIO NIÑO  
O ADOLESCENTE

**TRASTORNOS FUNCIONALES DEL COMPORTAMIENTO**

# COMPORTAMIENTO: EL PAPEL DE LOS PADRES

## ERRORES EDUCATIVOS DE LA PRACTICA EDUCATIVA ACTUAL:

¿CUAL ES LA MEJOR FORMA DE COMPLICARSE LA VIDA EN LA EDUCACION DE NUESTROS HIJOS?



**AUSENCIA DE UN ADECUADO TIEMPO EDUCATIVO**

**DESCONOCIMIENTO DEL " ROLL DE PADRES"**

# COMPORTAMIENTO: EL PAPEL DE LOS PADRES

## AUSENCIA DE TIEMPO EDUCATIVO

FALTA DE OBSERVACION

DUDA Y MIEDO AL ERROR

SENTIMIENTO DE CULPA

SOBREPROTECCION

NECESIDAD DE HIJOS PERFECTOS

FALTA DE ACEPTACION

SE DELEGA EN EXCESO

SOBREPROTECCION

AUSENCIA DEL DESARROLLO DE UNA ADECUADA  
CAPACIDAD DE FRUSTRACION

# COMPORTAMIENTO: EL PAPEL DE LOS PADRES

## DESCONOCIMIENTO DEL "ROLL DE PADRES"

INVOLUNTARIO

LAS DUDAS NO SE PLANTEAN

AMBIVALENCIA EDUCATIVA

TOLERANCIA

AUTORITARISMO

HIJOS TIRANOS

HIJOS PASIVOS  
TIRANOS

VOLUNTARIO

SE DELEGAN LOS  
CRITERIOS EDUCATIVOS

LAS DUDAS LAS  
RESUELVEN LOS TECNICOS

EDUCACION RIGIDA

HIJOS CON TRASTORNOS  
AFECTIVOS

# AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

LA AGRESIVIDAD ES UNA RESPUESTA  
ADAPTATIVA DEL SER HUMANO Y DEL  
LOS ANIMALES MEDIANTE LA CUAL NOS  
DEFENDEMOS DEL PELIGRO

AGRESIVIDAD = VIOLENCIA ?

# AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

**AGRESIVIDAD = VIOLENCIA ?**

**LOS ANIMALES SALVAJES SON AGRESIVOS?**

**LOS ANIMALES SALVAJES SON VIOLENTOS?**

# AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

**AGRESIVIDAD = VIOLENCIA ?**

**LOS ANIMALES SALVAJES SON AGRESIVOS?**

**SI**

**LOS ANIMALES SALVAJES SON VIOLENTOS?**

**NO**

# AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

AGRESIVIDAD = VIOLENCIA ?

LA VIOLENCIA REQUIERE  
SIEMPRE  
DE APRENDIZAJE

# AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

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.

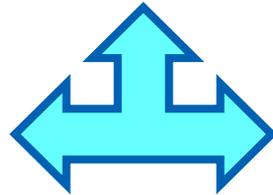
Uno de estos factores es la ausencia de un adecuado control del impulso

# TRASTORNOS DE CONDUCTA: ASPECTOS BIOLÓGICOS

CARGA GENÉTICA



CORTEX PREFRONTAL



CONTROL DEL IMPULSO

FUNCIONES EJECUTIVAS



HABILIDADES PARA ANTICIPAR Y ESTABLECER  
OBJECTIVOS, AUTOREGULAR ACTIVIDADES  
Y LLEVARLAS A TERMINO CON EFICIENCIA

Flexibilidad cognitiva  
Memoria de trabajo  
Autoregulación  
Planificación i organización  
Inhibición conductual



# TRASTORNOS DE CONDUCTA: ASPECTOS BIOLÓGICOS

LOS DEFICITS DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS AFECTAN LA CAPACIDAD DEL NIÑO PARA RESPONDER DE FORMA ADAPTATIVA A SU ENTORNO



**MEMORIA DE TRABAJO**  
Capacidad para mantener la información en la mente y operar con ella.



EL NIÑO CON DIFICULTADES EN LA MEMORIA DE TRABAJO NO PUEDE O TIENE GRANDES DIFICULTADES PARA CONOCER LAS CONSECUENCIAS DE SUS COMPORTAMIENTOS A PARTIR DE SUS EXPERIENCIAS PREVIAS.



NO PUEDE ANTICIPARSE A LAS CONSECUENCIAS DE SUS ACTOS

# TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

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 dismaturativas 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**

# TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

TND

TRASTORNO DISOCIAL

TD

# TND: ASPECTOS CONCEPTUALES



Los comportamientos negativistas i desafiantes son el resultado de diversos factores asociados, en los que participan factores **biológicos** del propio niño o adolescente y su **entorno**

CARGA GENETICA



EDUCACION

# TND: ASPECTOS CONCEPTUALES

**DSM-IV-TR**

**TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE**



**1- PATRON RECURRENTE DE COMPORTAMIENTO NEGATIVISTA, DESAFIANTE, DESOBEDIENTE Y HOSTIL CON LAS FIGURAS DE AUTORIDAD QUE PERSISTE MINIMO DURANTE SEIS MESES.**

# TND: ASPECTOS CONCEPTUALES

**DSM-IV-TR**

**TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE**

**2- CLINICA ACOMPAÑANTE(4/7):**

Crisis de rabietas.

Discusiones frecuentes con los adultos.

Desafíos activos con desobediencia a las normas.

Llevar a término actos con el objetivo de molestar.

Culpabilizar a los demás de sus propios errores o comportamientos.

Sentirse fácilmente molestado por los demás.

Mostrarse rencoroso o vengativo.



# TND: ASPECTOS CONCEPTUALES

**DSM-IV-TR**

**TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE**

## **3- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

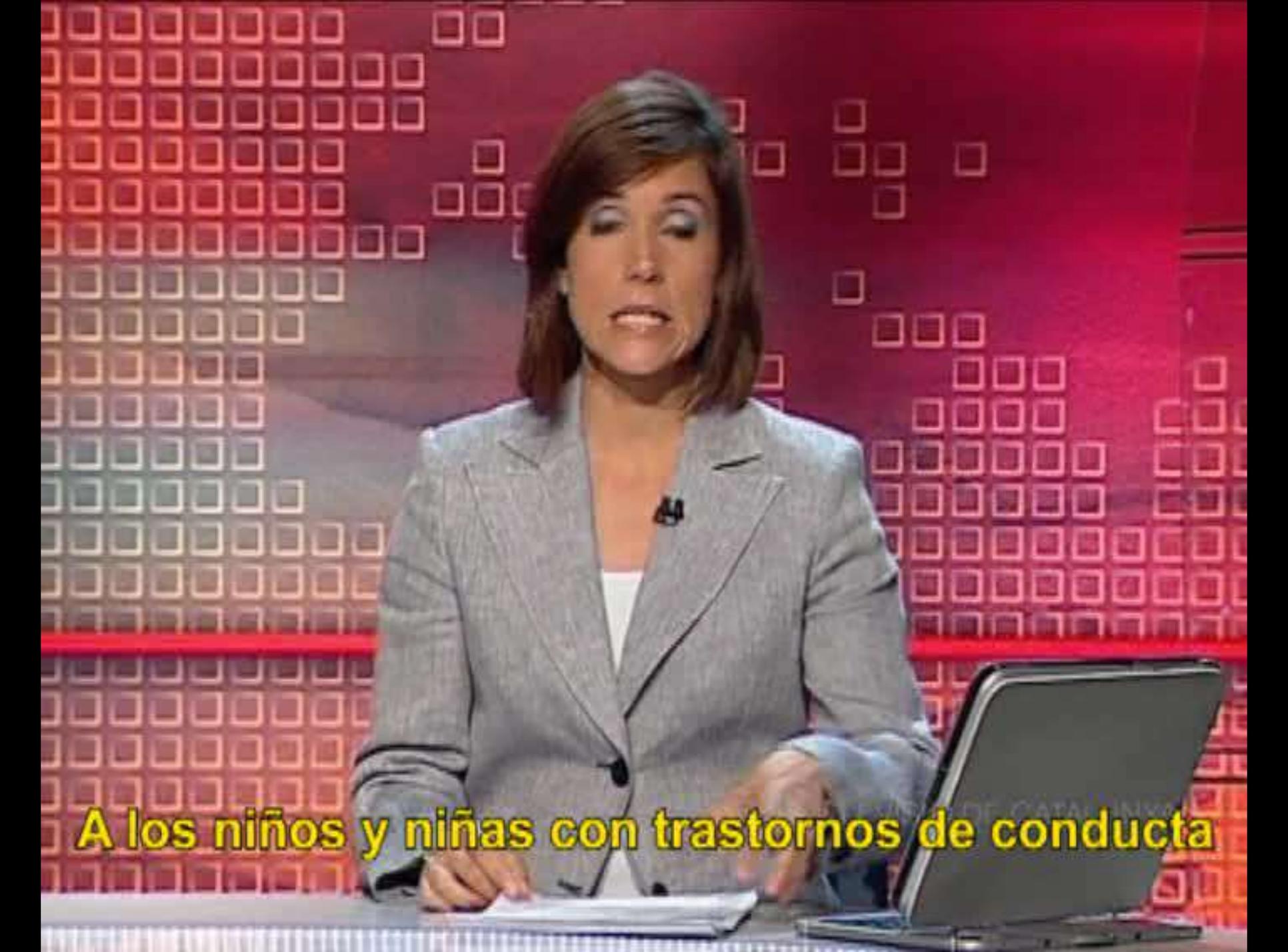
Trastorno depresivo

Transtorno psicótico

Transtorno de Conducta Disocial

Transtorno Antisocial de la Personalidad





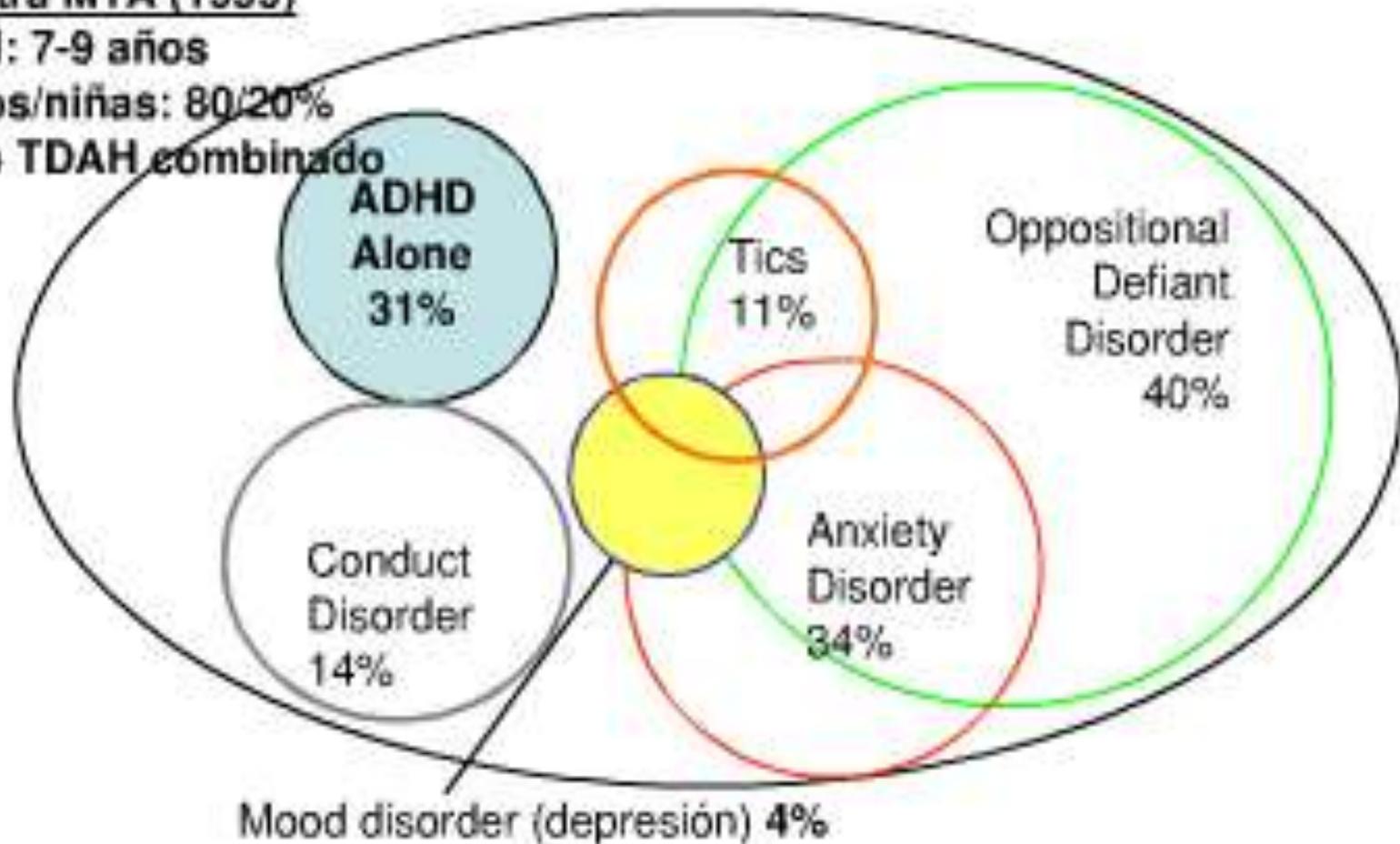
**A los niños y niñas con trastornos de conducta**

# TND: COMORBILIDAD

MTA Cooperative Group. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1088-1096.

## Muestra MTA (1999)

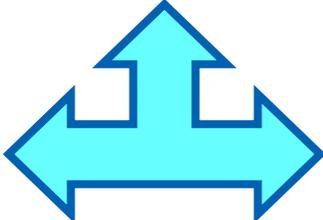
- Edad: 7-9 años
- Niños/niñas: 80/20%
- Sólo TDAH combinado



# TND: COMORBILIDAD

TDAH (40%)  TND

TDAH + TND  
(↑ riesgo < edad)

TAP  TD (40%)  TB (17%)

MTA 1999  
Soutullo C. et al 2009  
Biederman J. et al 2004

# TND: COMORBILIDAD

13th International Congress

ESCAP

Florence 2007

- **Session: 'MANIA SYMPTOMS IN CHILD AND ADOLESCENTS WITH DISRUPTIVE BEHAVIOUR DISORDERS'**
- SYMPOSIUM
- **Date:** Monday, August 27, 2007 At 11:00
- **Duration:** 2 Hours
- Sala Viola, Palazzo Affari – 2nd Floor  
Symposium “MANIA SYMPTOMS IN CHILD AND ADOLESCENTS WITH DISRUPTIVE BEHAVIOUR DISORDERS”  
Chair: Jordi Sasot  
Co-Chair: Laurence Vitulano
- 11.00 Attention deficit hyperactivity disorder and pediatric bipolar disorder: fundamental aspects - Rosa M. Ibáñez  
11.30 Mania symptoms in child and adolescents with disruptive behaviour disorders –Eduard Serrano  
12.00 Differences between prepubertal -versus adolescenton set bipolar disorder in a spanish clinical sample - Josè Eugenio de la Fuente

N = 50

TDAH + TND / TCD

15% TB

( Grandiositat, eufòria, hipersexualitat i trastorns de la son)

# TND: EPIDEMIOLOGIA

La **prevalencia del TND** se encuentra dependiendo del rigor diagnóstico de la muestra estudiada entre el 2 y el 16 % de la población.

Los pacientes de causa fundamentalmente biológica y no de causa predominantemente educativa presentan una prevalencia entre **3-4 % (infancia)** y **1-2% (adolescencia)**



# TND: CURSO EVOLUTIVO

**INICIO** < 8 años → > 3.5 años  
< 12 años

TND  TD

( ↓ riesgo > 12 a. )

( ↑ riesgo a menor edad de inicio )



# TND / TD: DETECCION

## PEDIATRA

### EYBERG CHILD BEHAVIOR INVENTORY

Edad: 2-16 años

36 ítems

Tiempo de aplicación: 10-15 m

Escala de intensidad (0-1-2)

Percepción de conducta problema (si/ no)

Puntos de corte: 28 (36) / 13 (18)

Eyberg S. 1978 / 1999

García-Tornel S. Eyberg S.M. et al.1998

Fernández de Pinedo R. et al.1998

Capa García L et al 2000

# TND / TD: DETECCION

## PEDIATRA

### **ESPERI** ( Fundación Internacional Obelen ) Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes

#### - Cuestionario de 8-11 años (48 ítems)

Factor 1 Inatención-Impulsividad-Hiperactividad.

Factor 2 Disocial

Factor 3 Predisocial

Factor 4 Oposicionismo desafiante

#### - Cuestionario de 12-17 años (58 ítems)

Factor 1 Disocial

Factor 2 Inatención-Impulsividad

Factor 3 Predisocial

Factor 4 Psicopatía

Factor 5 Hiperactividad

Tiempo de Aplicación: 10 minutos

# TND: DIAGNOSTICO

## MULTIDISCIPLINAR: PSIQUIATRA+ PSICOLOGO

- A Anamnesis abierta → Padres : salud mental / antec. familiares
  
- B Entrevista abierta con el niño / adolescente  
↓  
impulsividad / conductas negativistas i desafiantes / autoestima
  
- C Opinión del maestro ( Cuestionarios: CBC Achenbach, etc )

# TND: DIAGNOSTICO

## ANAMNESIS TND



- Crisis de rabietas.
- Discusiones frecuentes con los adultos.
- Desafíos activos con desobediencia a las normas.
- Llevar a término actos con el objetivo de molestar.
- Culpabilizar a los demás de los propios errores o comportamientos.
- Sentirse fácilmente molestado por los demás.
- Mostrarse rencorosos o vengativo.

# TND: DIAGNOSTICO

- C ENTREVISTAS ESPECIFICAS :** NIMH DISC-IV  
CAPA  
DICA
  
- D ANALITICA / ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN / NEUROFISIOLOGICOS**  
( problemática conductual grave )
  
- E ESTUDIO PSICOMETRICO :** IMPULSO / EMOCIONES / AFECTOS  
COGNICION / CONDUCTA ADAPTATIVA  
RASGOS DE PERSONALIDAD

# TND: TRATAMIENTO

## MULTIMODAL

- **PSICOEDUCATIVO** → Padres / Maestros
- **PSICOTERAPEUTICO** → Orientación cognitiva-conductual
- **PSICOFARMACOLOGICO** → Antipsicóticos / Anticomiciales

# TND: TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO

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

Hay que empezar por lo que NO se puede hacer:

**No entrar en una lucha de poderes para ganar o decir la última palabra, haciendo sentir al niño o al adolescente que nosotros, los adultos, tenemos el poder.**

**No criticar ni utilizar formas de comunicación de carácter agresivo.**

**No enfrentarse en momentos de crisis.**

**No obligar a cambios de conducta en momentos de crisis.**

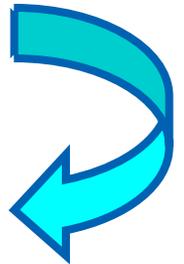
**No utilizar los castigos en los momentos de conflicto.**

# TND: TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

## PSICOTERAPIA DE ORIENTACION COGNITIVA-CONDUCTUAL



**PADRES**



**NIÑOS/ADOLESCENTES**

# TND: TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

## ENTRENAMIENTO DE PADRES

**“DEFIANT CHILDREN”**

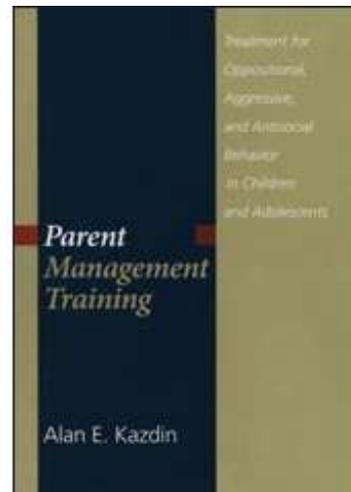
**Barkley**

**“COLLABORATIVE PROBLEM SOLVING”**

**Greene**

**“PARENT MANAGEMENT TRAINING”**

**Kazdin**



# TND: TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

## PSICOTERAPIA DE NIÑOS / ADOLESCENTES (cognitiva-conductual)

“ ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES COGNITIVAS  
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TND ”

**Kazdin**



# TND: TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO

Antipsicóticos atípicos :

Risperidona  
Olanzapina  
Aripiprazol  
Quetiapina  
Ziprasidona

Antiepilépticos:

Ac. Valproico  
Topiramato  
Carbamazepina  
Oxacarbamacepina

Psicoestimulantes:

Metilfenidato



Martin A. et al 2003



# TND: TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO

Antipsicóticos atípicos :

Risperidona

AEMPS > 5 años

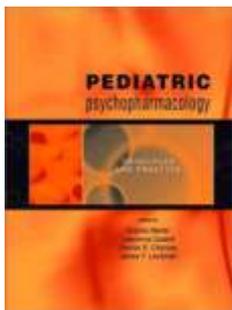
Dosis : 0.4 - 1.5 mg/día

La risperidona **aumenta la prolactina**, por lo que hay que valorar en niñas la **anovulación e infertilidad** y en ambos sexos la **galactorrea**.

**Aumenta el apetito y el peso.**

Los casos registrados de hepatotoxicidad con risperidona son raros, sin embargo se aconsejan medidas periódicas de control de los niveles de enzimas hepáticas durante el mantenimiento del tratamiento.

**RISPERDAL** compr.1-3-6 mg  
compr.flas 0.5-1-2-3-4 mg  
solución. 1mg=1ml



Martin A. et al 2003

# TD: ASPECTOS CONCEPTUALES

## DSM-IV-TR

### TRASTORNO DISOCIAL

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**:

1. Agresiones a personas o animales.
2. Destrucción de la propiedad:
3. Fraudulencia o robo
4. Violaciones graves de normas



# TD: ASPECTOS CONCEPTUALES

## DSM-IV-TR

### TRASTORNO DISOCIAL

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

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.

# TD: COMORBILIDAD

- EMBARAZOS ADOLESCENTES-VIOLENCIA-ACTOS CRIMINALES
- DELINCUENCIA JUVENIL - DETENCIONES POLICIALES
- 25% DELS PRESIDARIOS → TDAH + TD
- ABUSO DE TOXICOS - PROBLEMAS DELICTIVOS

NATIONAL INSTITUT OF MENTAL HEALTH. J. AM.ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY. 2000

PELHAM W.E. et al. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. 1996

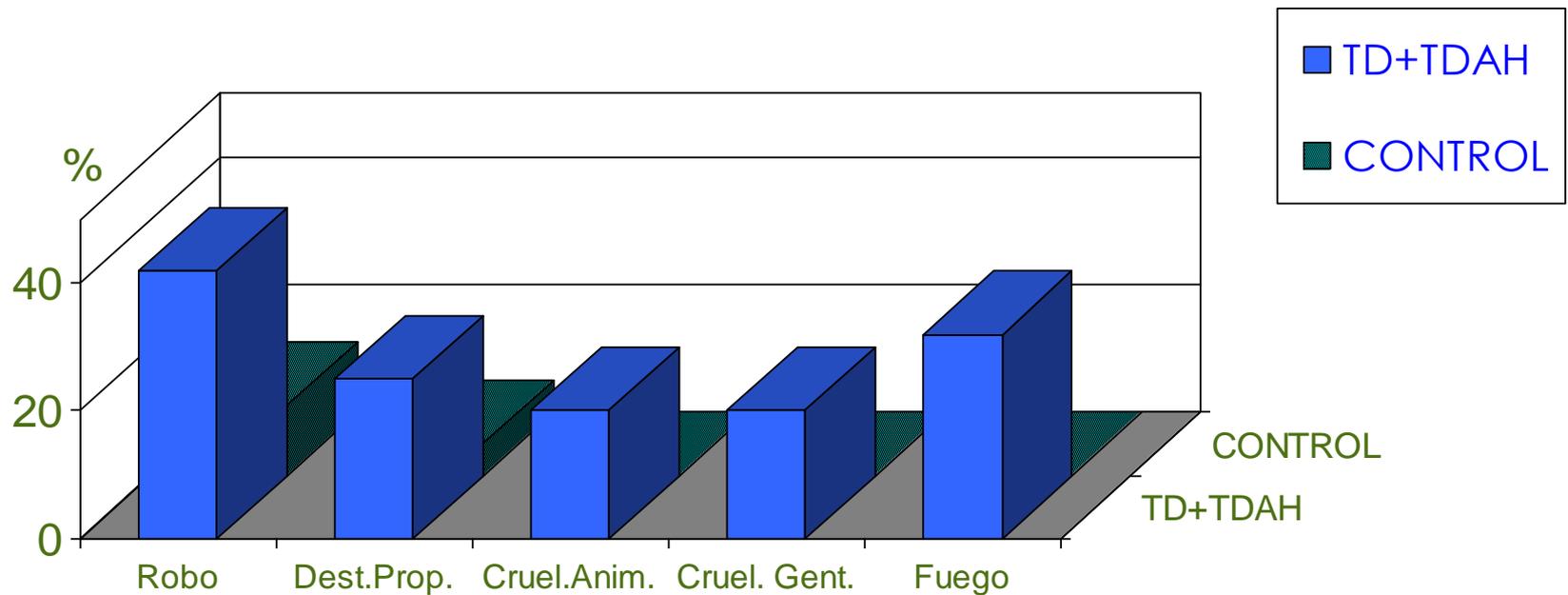
EYESTONE L. et al. THE BULLETIN OF THE AM. ACAD. OF PSYCHIATRY AND THE LAW. 1994

DE LA FUENTE SÁNCHEZ J.E. REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTO-JUVENIL. 2001

DORELEIJERS T. EFCAP.BERLIN 2004

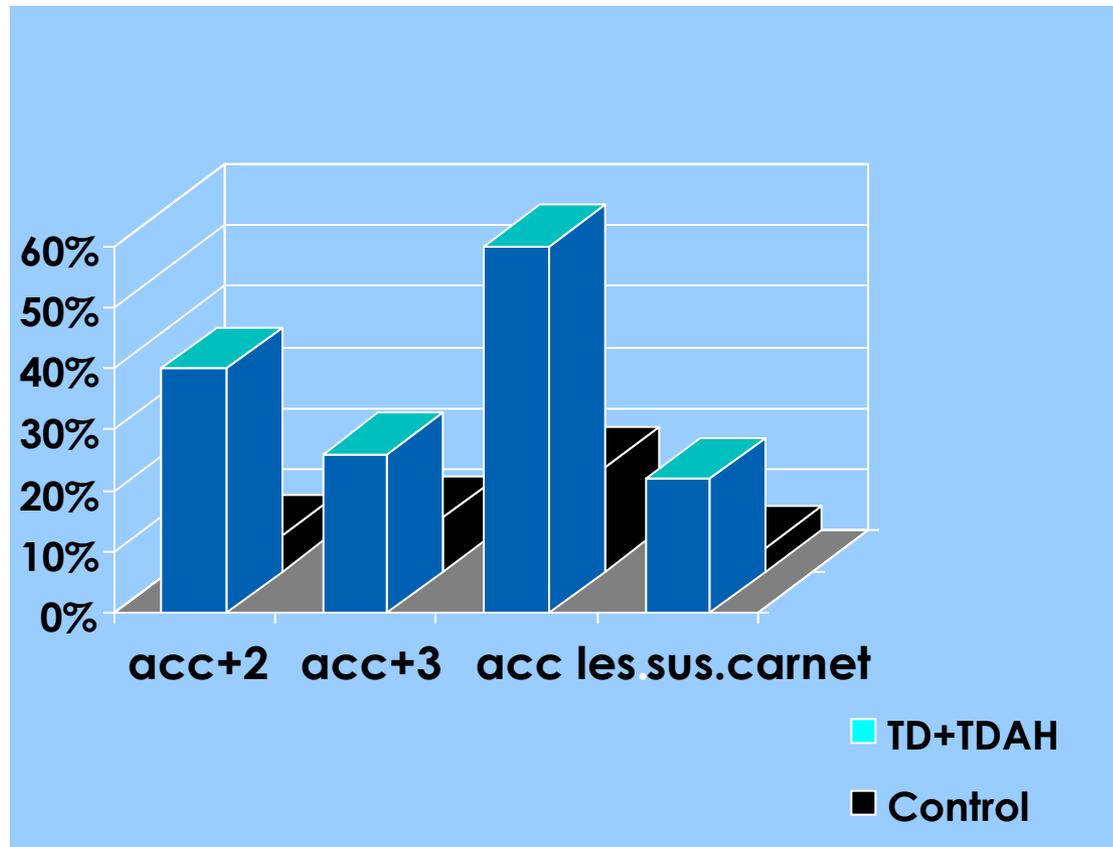
# TD: COMORBILIDAD

## ADOLESCENCIA : ACTIVIDADES ANTISOCIALES (>14a.)



# TD: COMORBILIDAD

## ADOLESCENCIA : ACTIVIDADES DE RIESGO EN LA CONDUCCION (> 16 a.)



- Conducen peor, falsas frenadas, tiempos de reacción más lentos
- Menos hábitos preventivos para conducir
- Conducen antes de tener el carnet (16a)
- Más multas por exceso de velocidad (4-1)

# TD: EPIDEMIOLOGIA

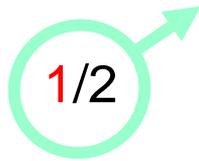
La prevalencia del TD se encuentra dependiendo del rigor diagnóstico de la muestra estudiada:

PREVALENCIA TD: 2% ( infancia ) y 3-9 % ( adolescencia )

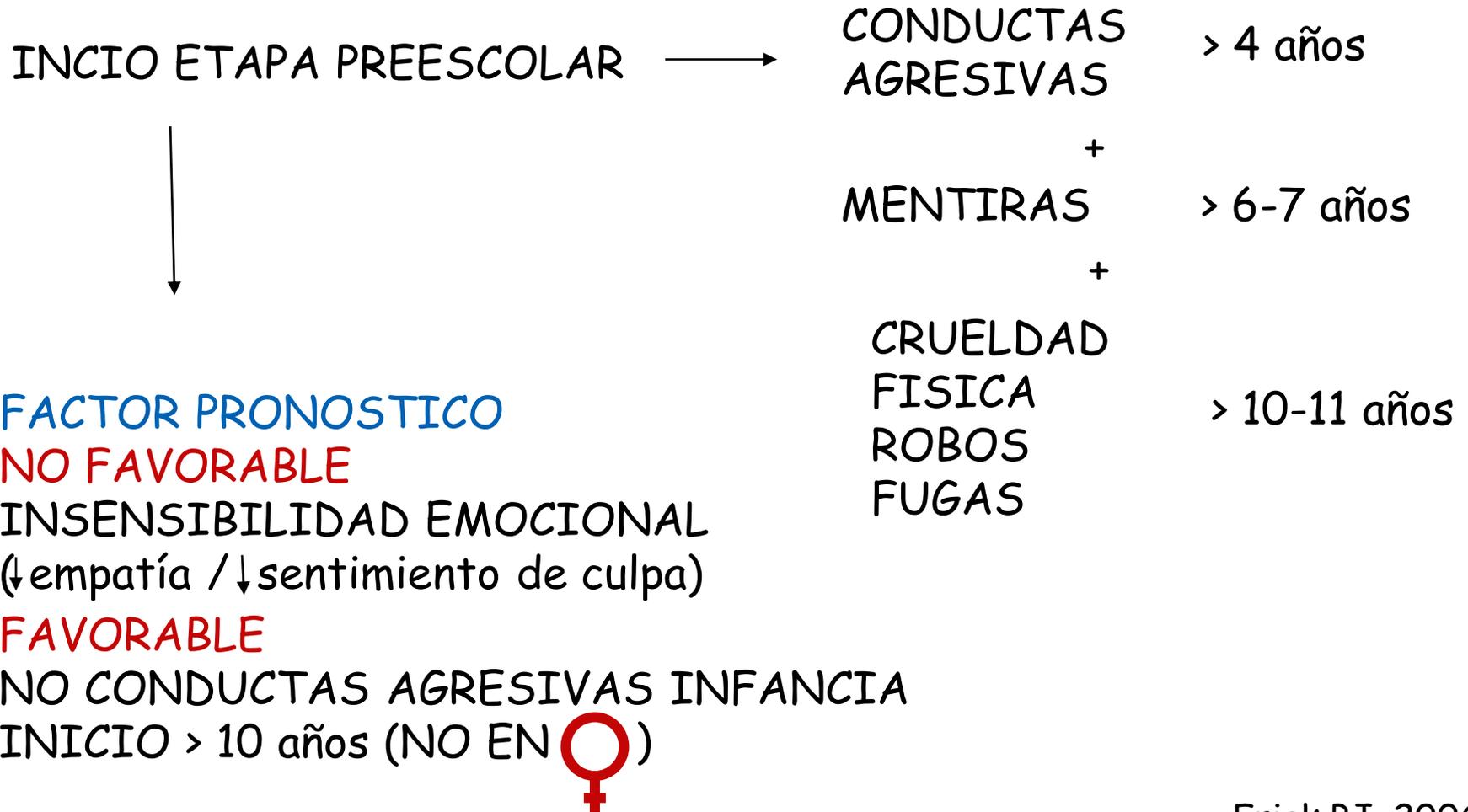
( PREVALENCIA TND: 3-4 % ( infancia ) y 1-2% ( adolescencia ) )

infancia

adolescencia



# TD: CURSO EVOLUTIVO



# TD: DIAGNOSTICO

## MULTIDISCIPLINAR: PSIQUIATRA+ PSICOLOGO

- A Anamnesis abierta → Padres : salud mental / antec. familiares
  
- B Entrevista abierta con el niño / adolescente  
↓  
impulsividad / conducta disocial / psicopatía ( empatía / sent. culpa )
  
- C Opinión del maestro ( Cuestionarios: CBC Achenbach, etc )

# TD: DIAGNOSTICO

**C ENTREVISTAS: DICA**

**D ANALITICA / ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN / NEUROFISIOLOGICOS**  
( problemática conductual grave )

**E ESTUDIO PSICOMETRICO**

impulsividad / conducta disocial / psicopatía ( empatía / sent. culpa )

# TD: TRATAMIENTO

## MULTIMODAL

- **PSICOEDUCATIVO** → Padres / Maestros
- **PSICOTERAPEUTICO** → Orientación cognitiva-conductual

CONSULTAS EXTERNAS

HOSPITAL DE DIA

INGRESO UNIDAD ESPECIALIZADA

- **PSICOFARMACOLOGICO** → Antipsicóticos / Anticomiciales

# TD: TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO

Antipsicóticos típicos:

Haloperidol

Antipsicóticos atípicos :

Risperidona

Olanzapina

Aripiprazol

Quetiapina

Antiepilépticos:

Ac. Valproico

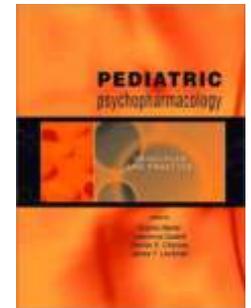
Topiramato

Carbamazepina

Oxacarbamacepina

Psicoestimulantes:

Metilfenidato



# TRASTORNOS DE CONDUCTA: CONCLUSIONES

DETECCION → **PEDIATRA**

ETIOPATOGENIA → **BIOLOGICA** + ENTORNO

↓  
"SI LO SON, SON ENFERMOS"

↓  
**VULNERABILIDAD**

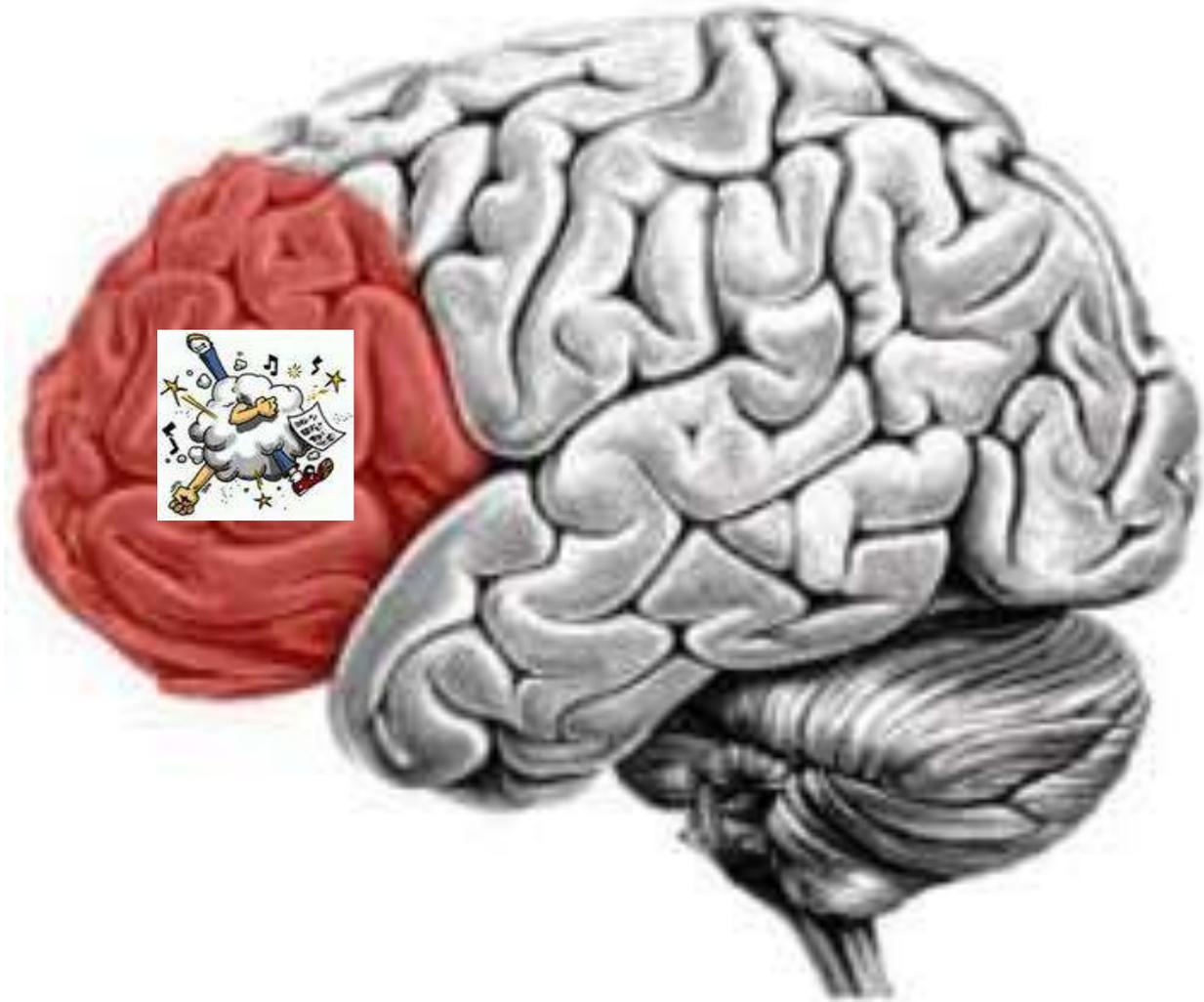
DIAGNOSTICO MULTIDISCIPLINAR

↓  
**PSIQUIATRA** → "PAL DE PALLER"



TRATAMIENTO MULTIMODAL → **PSICOFARMACOLOGIA**

# TRASTORNOS DE CONDUCTA: CONCLUSIONES



# BIBLIOGRAFIA PARA PADRES

## **SABER DIR NO**

Asha Phillips – Editorial Empúries

## **EDUCAR ELS FILLS CADA DIA ÉS MÉS DIFÍCIL**

Folch i Camarasa – Eumo editorial

## **LÍMITES A LOS NIÑOS: CUÁNDO Y CÓMO**

C. Nitsch y C. Von Schelling - Medici

## **EL NIÑO FELIZ, SU CLAVE PSICOLÒGICA**

Dorothy Corkille – Editorial Gedisa

## **CON EL CARIÑO NO BASTA**

Nancy Samalin - Medici

## **APRENDER NORMAS Y LÍMITES**

Annete Kasdt-Zahn - Medici

## **NORMAS EDUCATIVAS PARA PADRES**

Nan Silver – Editorial Oniro

## **NIÑOS FELICES**

V. Bronstein y R. Vargas – RBA editores

## **QUÉ HAY QUE ENSEÑAR A LOS HIJOS**

Victòria Camps – Plaza y Janés bolsillo

## **ENTRE PARES I FILLS**

Carme Thió – Barcanova Educació

