

Trastornos negativista desafiante y trastorno de conducta

14

S. Yamamoto Caballero



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Conocer las principales características de los trastornos de la conducta, su definición y el proceso de desarrollo a lo largo de la historia de su concepto, comprensión y tratamiento.
- Identificar los criterios diagnósticos de este tipo de trastornos y realizar un correcto diagnóstico diferencial, para poder elaborar un plan de intervención y tratamiento.
- Identificar cuáles son los principales problemas asociados a los trastornos de la conducta, como trastornos que conviven en un individuo de manera simultánea.
- Analizar cuáles son las mejores técnicas de tratamiento y abordaje.
- Conocer cómo intervenir en los problemas de conducta y los objetivos prioritarios durante la intervención con el niño y adolescente, con los padres y con los profesores.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de conducta en niños y adolescentes son uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud y, pese a la gravedad, no siempre son reconocidos por los profesionales sanitarios. Sin embargo, son de las quejas más frecuentes por parte de padres y profesores.

La presencia de conductas reiteradas y persistentes relacionadas con comportamiento agresivo, rebeldía, violación de la norma, conductas delictivas, peleas, vandalismo o agresiones a otras personas y animales, son solo algunas de las manifestaciones de un conjunto de problemas que pueden encontrarse en los niños y en los jóvenes de edades muy diferentes, afectando de forma significativa el funcionamiento y la calidad de vida, a nivel personal, familiar y social.

En los niños, los problemas de conducta pueden convertirse en un limitante para su desarrollo adaptativo. El curso es variable, así como sus causas, las cuales se esconden con mucha facilidad debajo de un trastorno del comportamiento y, en muchos casos, asociarse a otro trastorno psiquiátrico, principalmente el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), pero también ansiedad o depresión, por citar algunos ejemplos.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición revisada (DSM-VI-TR), los trastornos del comportamiento se situaban bajo el epígrafe de *Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador*, sin embargo, con la publicación de la quinta edición (DSM-5), hoy en día se agrupan en *Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta*, donde se incluyen:

- Trastorno negativista desafiante.
- Trastorno explosivo intermitente.

- Trastorno de conducta.
- Trastorno de la personalidad antisocial.
- Piromanía.
- Cleptomanía.
- Otro trastorno disruptivo del control de los impulsos y de la conducta especificado.
- Trastorno disruptivo del control de los impulsos y de la conducta no especificado.
- Los dos principales trastornos del comportamiento son: el trastorno negativista-desafiante (TND) y el trastorno de conducta, conocido también como trastorno disocial, que serán los que se tratarán principalmente en este capítulo.



El TND se caracteriza por un patrón de comportamiento desobediente, hostil y desafiante, hacia los padres o figuras de autoridad. Si, además, su comportamiento es más agresivo, infringe los derechos básicos de los demás, con un comportamiento anormal para su edad, que le lleva a violar las normas, se denomina trastorno disocial.

Diagnosticar un trastorno del comportamiento puede ser un reto, porque los niños cambian constantemente. En algunos casos, lo que parece ser un trastorno de comportamiento, puede ser un problema adaptativo o secundario a un problema sociofamiliar crónico.

Múltiples recursos desde salud mental, área social, así como educativa, pueden estar involucrados en el cuidado y tratamiento de niños con un trastorno del comportamiento, lo que representa un gran desafío para todos los profesionales en el momento de realizar una coordinación efectiva, sin olvidarse de los recursos económicos necesarios.

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos muestran que la incidencia de estos problemas ha crecido durante las últimas décadas y que aparecen a edades cada vez más tempranas.

Las encuestas de la Oficina Nacional de Estadística (ONS), de 1999 y 2004, reportaron que su prevalencia era del 5 % entre niños y jóvenes de 5 a 16 años; sin embargo, estos datos difieren según criterios de recogida de datos, la población estudiada y las posibles diferencias culturales en torno a lo aceptado socialmente.

En la última revisión realizada en 2017 por el Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (*National Institute for Health and Care Excellence*, NICE), en su guía, sobre conducta antisocial y trastornos del comportamiento en niños y adolescentes, se refleja que la prevalencia de los trastornos de conducta aumenta a lo largo de la infancia y son más comunes en los niños que en las niñas, citando, como ejemplo, que el 7 % de los niños y el 3 % de las niñas de 5 a 10 años tienen trastornos de conducta; en niños de 11 a 16 años, la proporción asciende al 8 % de niños y al 5 % de niñas.

El TND suele preceder al trastorno disocial, y ambas patologías aparecen con más frecuencia en varones que en mujeres prepuberales. La mayoría de los niños que presentan un TND no derivan en sintomatología compatible con TD; si bien, los pacientes con TD retrospectivamente, lo más probable es que en algún momento hayan cumplido criterios de TND.



Los trastornos del comportamiento comúnmente coexisten con otros problemas de salud mental: el 46 % de los niños y el 36 % de las niñas tienen, al menos, un problema de salud mental coexistente. Esta asociación entre los trastornos de comportamiento con el TDAH es especialmente prevalente, en algunos casos más del 40 %.

Según datos recogidos en la Guía NICE, los trastornos del comportamiento en la infancia también están asociados

con una tasa significativamente mayor de problemas de salud mental en la vida adulta, incluido el trastorno de personalidad antisocial: hasta el 50 % de los niños y jóvenes con un trastorno de conducta desarrollan un trastorno de personalidad antisocial.

ETIOPATOGENIA

El comportamiento es el resultado de múltiples variables internas como externas, que confluyen, interaccionan y se potencian entre sí, por lo que es difícil hablar de etiología y es preferible hablar de factores de riesgo.

En la **tabla 14-1** se puede ver el resumen de estas variables o factores de riesgo.

Dentro de las variables externas están, principalmente, la del moldeado educativo de sus educadores, fundamentalmente sus padres, y el contexto socioeducativo punitivo, rígido, por citar algunos ejemplos.

La tolerancia de los padres y adultos, su estilo educativo y estrategias que tienen para manejar el comportamiento de los niños y adolescentes, condiciona mucho la presentación del trastorno del comportamiento.

En los últimos años, se está viviendo un cambio social en labores y normas, creciendo el individualismo y la competitividad, las cuales, junto a la baja tolerancia a la frustración, al esfuerzo, a gestionar el aburrimiento, la intolerancia a la espera e incertidumbre, son variables externas también a tener en cuenta, donde las nuevas tecnologías juegan un papel importante.

Las encuestas ONS de 1999 y 2004 demostraron que los trastornos de la conducta tienen un fuerte gradiente de clase social, con un aumento de tres a cuatro veces de prevalencia en zonas urbanas y clase social baja, aunque, en los últimos años, se está viendo un aumento de casos en el grupo socioeconómico medio-alto, posiblemente relacionado al estilo de crianza materialista como factor de riesgo. Del mismo modo, la encuesta encontró que, casi el 40 % de los niños bajo tutela, los que habían sido abusados y los que estaban en los registros

Tabla 14-1. Factores de riesgo asociado con el desarrollo de trastornos del comportamiento

Parentales	Neurobiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Educación dura y punitiva	Herencia	Bajo cociente intelectual	Deprivación socioeconómica
Disciplina errática o inconsistente	Sexo masculino	Temperamento difícil	Amistades que delinquen, consumen drogas o se portan mal
Conducta delincuente, disocial o abuso de drogas en los padres	Bajo peso al nacer	Rasgos sociopáticos o psicopáticos	Historia de abusos
Violencia en la familia (agresiones físicas y verbales)	Complicaciones prenatales y perinatales	Agresividad alta	Exposición repetida a violencia en la televisión y juegos
Abuso físico, emocional o sexual	Lesiones y enfermedades cerebrales	Problemas de atención, impulsividad e hiperactividad	Asistir a escuela con poca disciplina y disfunción
Trastorno psiquiátrico en los padres	Menor función noradrenérgica	Problemas de aprendizaje	Rechazo por sus iguales y padres
Falta de supervisión apropiada.	Relación con la testosterona	Maltrato y negligencia	Problemas con la justicia

Adaptada de: Soutullo C, Mardomingo MJ. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente., Editorial Panamericana; 2010.

de protección o salvaguarda de la niñez, tenían un trastorno de conducta.

De las variables internas se pueden mencionar, principalmente, las neurobiológicas y la propia carga genética, pese a que no se ha logrado identificar un gen específico y ser múltiples genes los implicados, entre ellos los responsables de la formación del temperamento, elemento principal en la constitución de la personalidad del niño o adolescente, así como el desarrollo del cerebro, principalmente el córtex prefrontal, principal área reguladora del control de impulsos y funciones ejecutivas.

Se estima que la heredabilidad del TND se sitúa en torno al 50 %. Se trata de una herencia multigénica, pero como se ha mencionado, la interacción entre variables internas y externas es importante para poder desarrollar un trastorno del comportamiento. Por ejemplo, los distintos polimorfismos funcionales del gen promotor de la enzima monoaminoxidasa (MAO) influyen en la expresión de conducta disfuncional ante la presencia de abusos infantiles, de modo que, los niños víctimas de maltrato con un genotipo que genera bajos niveles de la actividad de la MAO, desarrollan, con mayor frecuencia, comportamientos antisociales.



El sexo masculino es otra variable interna a considerar. Casi la totalidad de los estudios muestran que el sexo masculino es factor de riesgo para presentar tanto un TND como un trastorno disocial

Existe evidencia que desde la primera infancia, los niños se pueden mostrar impulsivos, irritables, con rabietas frecuentes e intensas, y tienen mayor probabilidad de mostrarse desafiantes a lo largo de las diferentes etapas de la vida (esto, posiblemente, en relación a las escasas habilidades verbales), así como tendencia a actuar con agresividad.

La testosterona se ha vinculado clásicamente con la agresividad, pero se considera que la agresividad tiene más que ver con el aprendizaje social que con la testosterona. La testosterona aumenta la impulsividad y la asunción de riesgos, pero los efectos de la testosterona son enormemente dependientes del contexto.



Muchas situaciones contextuales, consideraciones temperamentales o genéticas, etc., pueden producir comportamientos no adecuados a las normas sociales o a los derechos de las demás personas. Sin embargo, se considera un «trastorno del comportamiento» cuando esta situación es mantenida y genera clara afectación en el funcionamiento biopsicosocial del niño y adolescente, con violación de las normas graves, o con una tendencia a no tener en cuenta los sentimientos de los demás.



Es importante recordar que ninguna condición única, por sí misma, predice el desarrollo de un TND o trastorno de la conducta, siendo la sumatoria de factores de riesgo, la que incrementa la probabilidad de su aparición.

Hay modelos explicativos en adquisición, desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta, pero la mayo-

ría han mostrado una gran heterogeneidad involucrada en estos trastornos.

CUADRO CLÍNICO

La infancia es una etapa de la vida que destaca por la rápida evolución y desarrollo de las personas, siendo importante tener en cuenta que muchos cambios en el comportamiento pueden considerarse normalizados o típicos, y tienden a desaparecer en momentos evolutivos más avanzados. Ciertas conductas perturbadoras cumplen una función en las distintas etapas del desarrollo. Del mismo modo, la adolescencia suele asociarse a confrontación de las normas, con un deseo de reafirmar su propia identidad, al pasar los adolescentes de la etapa de la niñez a la vida adulta. En algunos casos, una adolescencia intensa puede llegar a manifestarse como un TND, principalmente cuando el patrón educativo es rígido, autoritario o inflexible.

Las alteraciones comportamentales son frecuentes y comunes en especial a los 18-24 meses de edad, con un pico de máxima intensidad a los 3 años y en la adolescencia. Estos comportamientos se consideran patológicos cuando se extienden mucho más allá de estas condiciones, tanto en frecuencia como en intensidad.



La clínica en el TND se caracteriza por situaciones en las que el niño o el adolescente muestra un patrón de conducta hostil persistente (enfado, discusiones, desobediencia, etc.) con otros niños o con adultos, un comportamiento desafiante hacia las figuras de autoridad, junto con discusiones y negativa activa a cumplir sus responsabilidades, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural, que aparece en varios contextos, y que se ha manifestado, como mínimo, durante los últimos 6 meses anteriores.

Generalmente, tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente. Lo más característico es que sus desafíos sean en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos y, por lo general, con adultos o niños que el paciente conoce bien.

El trastorno disocial clínicamente significativo es el trastorno externalizado más grave, donde la edad de inicio suele ser más tardía que el TND. Se acompaña de un comportamiento disocial o agresivo, repetitivo y persistente, hacia personas o animales, destrucción de objetos, que va más allá del desafío, la desobediencia o la subversión, vulnera los derechos de otras personas y las normas de convivencia y/o reglas socialmente aceptadas para cada edad, por lo que muchas veces conlleva a problemas legales.

Los trastornos disociales no aparecen de un día para el otro y, con frecuencia, suelen precederse de un TND en edades más tempranas, ya que existe una gran variedad de síntomas que van evolucionando con el tiempo, hasta establecer un patrón uniforme de violación de los derechos de los demás, con una aparente frialdad emocional, debido a las dificultades de ponerse en el lugar del otro. El mejor predictor de la continuidad de las conductas agresivas es que éstas se hayan iniciado antes de los 10 años.

El trastorno disocial se caracteriza por: agresión a personas y animales, fanfarroneo, amenaza o intimidación a otros, peleas físicas, uso de armas que pueden causar un daño físico grave a otras personas (palo, botella, navaja, pistola), destrucción de la propiedad, fraudulencia/robo y violaciones graves a las normas, como fugas del domicilio.



La manifestación clínica más importante, para poder diferenciar ambos trastornos, es que, en el trastorno disocial, se violan los derechos básicos de los demás, con un grave alcance del comportamiento antisocial, no teniendo en cuenta los sentimientos del otro; mientras que, en el TND, la hostilidad y el negativismo no llegan a violar seriamente los derechos de los demás.

Un aspecto importante a tener en cuenta es la relación que existe entre los trastornos de comportamiento y el consumo de tóxicos. Se observan más conductas de consumo en pacientes con trastorno disocial, y los efectos que producen incluyen el agravamiento del problema y la dificultad en la intervención terapéutica.

En cuanto a la evolución de la clínica, se han identificado ciertos factores que parecen asociarse a la prolongación del problema en la edad adulta. Uno es la edad de inicio: los niños que desarrollan síntomas antes de los 6 años, tienen mayor riesgo. Otro es la amplitud del problema, con peor evolución cuando los síntomas se dan en varios contextos. El tercer factor de riesgo es la frecuencia, intensidad y diversidad de los trastornos conductuales.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, a través de la entrevista clínica al paciente y sus familiares, siendo importante la detección precoz, y teniendo especial cuidado de si se está ante un trastorno o un síntoma más de otro trastorno.

Establecer un adecuado diagnóstico precoz disminuye considerablemente la posibilidad de desarrollar otras patologías en situación de comorbilidad, así como el consumo de recursos sanitarios y de servicios sociales, jurídicos o educativos.

Las investigaciones muestran que los trastornos del comportamiento a edades tempranas, están fuertemente asociados, con distintos problemas de conducta y de salud durante la adolescencia, tales como el rechazo por parte de los amigos, el consumo de drogas, la depresión, desempeño educativo deficiente (que, en muchos casos, termina con el abandono escolar y la delincuencia), abuso de sustancias y mayor contacto con el sistema de justicia. Esta asociación continúa en la vida adulta con peores resultados educativos y ocupacionales, y un alto nivel de problemas de salud mental en algún momento de sus vidas, el 90 % de las personas con conducta antisocial y trastorno de personalidad tendrá otro problema de salud mental

A menudo se emplea el término «trastorno de conducta» de una forma vaga, para referirse a cualquier tipo de resistencia a las normas, cuando los trastornos de conducta tienen una definición específica en los principales sistemas de clasificación.



Existen criterios diagnósticos para el TND y el trastorno disocial en los principales sistemas de clasificación internacionales. Tanto el DSM-5 como la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), ofrecen sus propios criterios diagnósticos. Ambos requieren que los síntomas hayan estado presentes, por lo menos, durante 6 meses, en el caso del TND, y de 12 meses en el TD.

La clasificación CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud de los trastornos mentales y del comportamiento agrupa los trastornos del comportamiento en una categoría única, que incluye el trastorno de conducta socializado, trastorno de conducta no socializado, trastornos de conducta limitados al contexto familiar y TND, mientras que en el DSM 5, se consideran dos patologías diferentes dentro de los trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta.

Criterios diagnósticos

Para establecer el diagnóstico es preciso que los síntomas que presenta el paciente se correspondan con los síntomas establecidos en alguna de las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales. La clasificación más utilizada en la práctica clínica es el DSM-5.

A continuación, se exponen los criterios diagnósticos del DSM-5 (**Tablas 14-2 y 14-3**) para ambos trastornos.

En 2011, se publicó una revisión sobre las propuestas de modificaciones en el trastorno disocial para el DSM-5, donde el protocolo diagnóstico para este padecimiento debiera incluir: evaluación de un subtipo limitado a la infancia, historia psiquiátrica familiar, rasgos de «callo emocional», criterios específicos para mujeres y preescolares, uso temprano de sustancias y biomarcadores psicológicos, genéticos y de imágenes cerebrales.

En el momento de valorar la gravedad del cuadro es importante recordar que:

- Las faltas de respeto a las figuras de autoridad suelen afectar primero a la persona que conoce más, siendo la madre, por lo general, la primera en afectarse.
- La intensidad de los síntomas depende del grado de desarrollo físico, emocional e intelectual del niño.
- Peor pronóstico cuanto más alejado de «lo normal» es el comportamiento (cuanto más precoz, cuanto menos socializado).
- Las consecuencias del comportamiento afectarán distintos ámbitos familiares, escolares, sociales y laborales (y también sanitarios y judiciales), y, por ende, suponen una carga económica muy notable para la sociedad.

En el proceso diagnóstico, es importante una adecuada anamnesis y entrevista clínica con preguntas sobre los factores socioeconómicos y contextuales, recogiendo información del paciente, familiares y, en muchos casos, del centro escolar a donde acude, tratando de responder preguntas de un esquema básico que incluyan cómo, cuándo, dónde y con qué frecuencia ocurren, en qué contextos se producen, posibles desencadenantes, así como la evolución a lo largo del tiempo. Tratar de preguntarnos el porqué y paraqué del comportamiento.

Tabla 14-2. Criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5) para el Trastorno negativista desafiante

- A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura, por lo menos, 6 meses, que se manifiesta, por lo menos, con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción, por lo menos, con un individuo que no sea un hermano

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad
3. A menudo está enfadado y resentido

Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento

Vengativo

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

Nota: Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de 5 años, el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de 6 meses, por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8).

En los niños de 5 años o más, el comportamiento debe aparecer, por lo menos, una vez por semana durante al menos 6 meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura

- B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes
- C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo

Especificar la gravedad actual:

Leve: los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros)

Moderado: algunos síntomas aparecen en dos entornos, por lo menos

Grave: algunos síntomas aparecen en tres o más entornos

Tabla 14-3. Criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5) para el Trastorno de la conducta disocial

- A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de, por lo menos, tres de los quince criterios siguientes en cualquiera de las categorías siguientes, existiendo, por lo menos, uno en los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo, acosa, amenaza o intimida a otros
2. A menudo, inicia peleas
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma)
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales
6. Ha robado, enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada)
7. Ha violado sexualmente a alguien

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego)

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., «engaña» a otros)
12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación)

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos, dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado
15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años

(Continúa)

Tabla 14-3. Criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5) para el Trastorno de la conducta disocial (Cont.)

- B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral
C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial

Especificar si:

Tipo de inicio infantil: los individuos muestran, por lo menos, un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años

Tipo de inicio adolescente: los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años

Tipo de inicio no especificado: se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad

Especificar si:

Con emociones prosociales limitadas: para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado, por lo menos, dos de las siguientes características de forma persistente durante 12 meses, por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante períodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).

Falta de remordimientos o culpabilidad: no se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo).

El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimiento después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas

Insensible, carente de empatía: no tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros

Despreocupado por su rendimiento: no muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario

Afecto superficial o deficiente: no expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede «conectar» o «desconectar» las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros)

Especificar la gravedad actual:

Leve: existen pocos o ningún problema de conducta, aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla)

Moderado: el número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en «leve» y en «grave» (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo)

Grave: existen muchos problemas de conducta, además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión)

No se debe olvidar realizar una exploración física y neurológica completa y preguntar por el consumo de drogas, estupefacientes y otras sustancias, para, en caso necesario, realizar un test con consumo de tóxicos.

Como muchas patologías en psiquiatría, el diagnóstico es principalmente clínico, sin embargo, además de la entrevista clínica, se pueden emplear cuestionarios autoaplicados o dirigidos a padres y profesores, así como algunas entrevistas estructuradas. Todas estas herramientas se han ido desarrollando con el paso del tiempo, ya que los TND como los trastornos disociales, varían dependiendo del contexto, evolucionando según la edad, y teniendo en cuenta que el niño y adolescente tienden a infravalorar las dificultades, con poca conciencia del problema, siendo los observadores, como padres o profesores, quienes darán más detalle.

A modo de resumen, en la **tabla 14-4** se pueden ver algunas entrevistas y cuestionarios para el análisis de la conducta.

No solo se debe establecer un buen diagnóstico, sino también valorar qué hay detrás de estas alteraciones de comportamiento. Se podría comparar con la teoría de iceberg, donde el problema de conducta es lo que se ve y, por debajo, hay varios factores escondidos, como: dificultades familiares,

con sus iguales, consumo de tóxicos, o la asociación con otro trastorno psiquiátrico, como el TDAH, ansiedad o depresión, los cuales habrá que considerar al momento del tratamiento (**Fig. 14-1**).

Asimismo, se han adaptado y/o elaborado otras escalas para la detección de los trastornos de comportamiento, especialmente en sujetos que presentan una sintomatología similar al TDAH, de gran utilidad, aunque relativas al momento de llevar a cabo el procedimiento de diagnóstico y precisión de la patología *per se*. Es así que se cuenta con instrumentos tales como las escalas Conners, el Cuestionario Swanson, Nolan And Pelham (SNAP-IV) o la Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH).

Se debe recordar la alta prevalencia de TDAH asociado en este trastorno, como se ha comentado previamente (**Tabla 14-5**).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se debe plantear con diferentes patologías, principalmente psiquiátricas, que pueden generar sintomatología semejante a la previamente descrita.

Tabla 14-4. Herramientas útiles en el diagnóstico de los trastornos del comportamiento

Nombre	Objetivo	Informador	Autores
Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes	Diagnóstico categorial de TND y comorbilidad	Niños de 8-17 años y padres [de niños de 3-17 años]	Ezpeleta L, <i>et al.</i>
Instrumentos ASEBA	Evaluación dimensional del TND y comorbilidad	Niños de 11-18 años, padres de niños 1½-18 años y profesores de niños 1½-18 años	Achenbach TM, <i>et al.</i>
(BASC™-3)	Problemas conductuales y emocionales, conducta adaptativa	Padres y profesores de 2-21 años	Reynolds y Kamphaus
Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes	Expresión de ira	Niños de 8 a 17 años	Del Barrio V, <i>et al.</i>
CAS	Agresividad	Padres y profesores de niños de 5-18 años	Halperin JM, <i>et al.</i>
APQ	Estilo educativo	Padres de niños de 3-14 años	Frick PJ, <i>et al.</i>
CBCL	Problemas conductuales y emocionales	Padres o profesores de niños o adolescentes de entre 4 y 18 años	Achenbach <i>et al.</i>

APQ: Cuestionario de crianza de Alabama (*Alabama Parenting Questionnaire*); ASEBA: sistema de evaluación de base empírica de Achenbach; BASC-3: sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes-3 (*Behavior Assessment System for Children*); CAS: Escala de agresión infantil (*Children's Aggression Scale*); CBCL: Inventario de conducta de niños (*Child Behaviour Checklist*); TND: trastorno negativista desafiante

Hay estudios que muestran una disminución en la prevalencia del trastorno de conducta, pese a mantener tasas altas, por el aumento en otros trastornos emocionales como los cuadros adaptativos, con mayor necesidad de buscar apoyo profesional especializado, particularmente entre los niños y jóvenes en familias conflictivas, lo cual evidencia la importancia de ver qué hay más allá del cambio de comportamiento y las alteraciones de conducta.

Cuando se está frente a una alteración de conducta, lo primero que se debe evaluar es si corresponde a una variación de la normalidad. Como se ha mencionado previamente, la

niñez y adolescencia son períodos sometidos a cambios en la conducta, que son necesarias y forman parte de la evolución. Así mismo, preguntar a los padres por los modelos de crianza y sus expectativas, nos ayudará en la evaluación.

En el proceso del diagnóstico diferencial, conviene hacer las siguientes preguntas:

- ¿La alteración de conducta tiene otros síntomas acompañantes?
- ¿El comportamiento suele ser de forma recortada e intermitente, intensidad variable no tan grave y, sobre todo, muestra remordimiento y culpa?

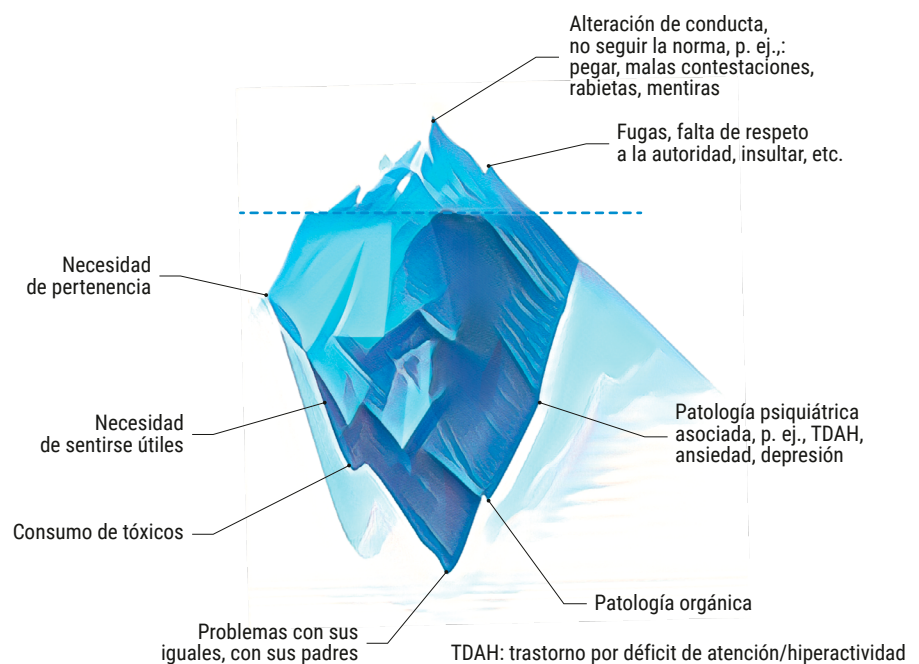


Figura 14-1. Teoría del iceberg aplicada a la conducta.

Tabla 14-5. Herramientas útiles en el diagnóstico de los trastornos del comportamiento

Nombre	Objetivo	Informador	Autores
SNAP-IV (Swanson, Nolan y Pelham)	Diagnóstico de TDAH y TND, según criterios DSM-5	Padres o profesores	Swanson JM, <i>et al.</i>
Conners 3 [®] b	Hiperactividad, déficit de atención y trastorno de conducta	Padres o profesores de 6 a 18 años	Conners
EDAH	Hiperactividad, déficit de atención y trastorno de conducta	Padres y profesores De 6-12 años	Farré y Narbona

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición; EDAH: Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad; SNAP-IV: Cuestionario Swanson, Nolan And Pelham; TDAH: trastorno por déficit de atención/hiperactividad; TND: trastorno negativista desafiante.

En caso afirmativo, conviene descartar otras patologías como:

- **Trastornos del aprendizaje:** pacientes que pueden ser muy irritables, sobre todo los que no tienen mucha habilidad verbal. Los déficits del lenguaje pueden contribuir a la tendencia a expresar sentimientos y actitudes físicamente, en lugar de verbalmente.
- **TDAH:** generan agresividad de forma reactiva y emocionalmente intensa, pero no son vengativos o rencorosos. Suelen exhibir un comportamiento hiperactivo e impulsivo que puede ser perturbador, pero este comportamiento no viola, por sí mismo, las normas sociales propias de la edad. La clave está en la inatención, la hiperactividad motora y la pobre concentración. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, cuando se cumplen simultáneamente los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de trastorno disocial, deben establecerse ambos diagnósticos, ya que no son excluyentes.



Esta asociación entre los trastornos de comportamiento con el TDAH es especialmente prevalente, en algunos casos más del 40 %.

En el TDAH, los problemas se encuentran en varios contextos y los síntomas conductuales derivados de la impulsividad suelen ser más leves y más anárquicos:

- **Trastornos afectivos como depresión,** donde, en ocasiones, se encontrará irritabilidad en lugar de tristeza, o el trastorno afectivo bipolar. Normalmente se distinguen del patrón de problemas comportamentales propio del trastorno disocial por el curso episódico y las características sintomáticas acompañantes de un episodio maníaco: verborrea, reducción de la necesidad de sueño, pensamiento acelerado.
- **Psicosis.**
- **Trastornos por consumo de tóxicos.**
- Otros diagnósticos como el **trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):** chicos que en ocasiones pueden mostrarse distantes, irritables, sobre todo cuando los demás no acceden en realizar sus compulsiones, pudiendo ser insistentes, llegando a mostrar violencia y agresividad.
- **Trastornos adaptativos,** cuando sus mecanismos adaptativos superan al niño, con alta expresividad conductual.

Según el DSM-5, los problemas de comportamiento hay que tenerlos en cuenta en los trastornos adaptativos y los relacionados con el trauma y estrés, con dos categorías:

- Los relacionados con la afectación del comportamiento.
- Los que afectan las emociones y el comportamiento.

Para ello, se debe identificar un estresor, una reacción desproporcionada y con alto impacto en la vida del paciente.

El **Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo** es una nueva categoría diagnóstica en el DSM-5, donde el síntoma central es una irritabilidad crónica, grave y persistente.

Sin embargo, si los problemas de conducta son graves, muy frecuentes, y no muestra culpa ni remordimiento y predomina la indiferencia, sin afectarle el otro, se estaría, posiblemente, frente a un TND o trastorno disocial.

Se debe recordar que algunas enfermedades orgánicas o situaciones pueden asociarse a irritabilidad o a comportamientos negativistas. La mayoría hacen referencia a alteraciones neurológicas (traumatismo craneoencefálico, accidentes cerebrovasculares, síndromes confusionales, infecciones o neoplasias cerebrales). Los trastornos metabólicos o el efecto de algunos fármacos, como, por ejemplo, corticoesteroides, algunos antiepilépticos (perampanel) u otros con efecto estimulante (antigripales), puede confundirse con un TND.

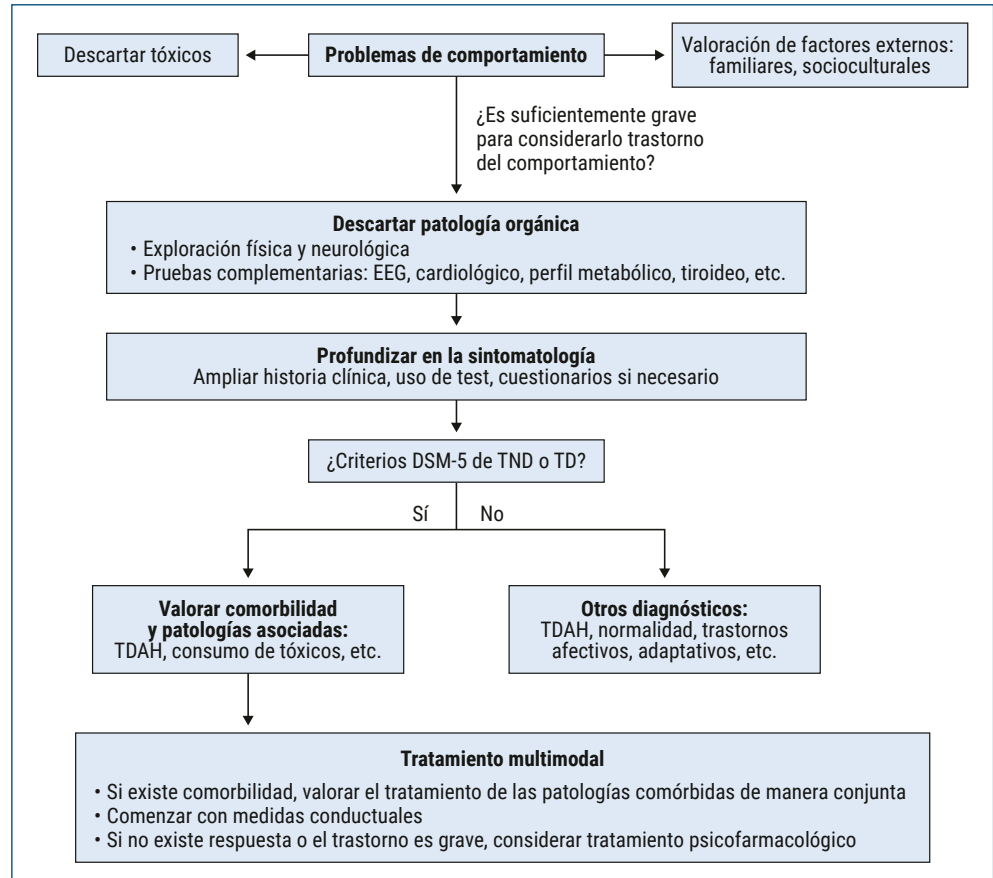
A modo de resumen, se puede ver el algoritmo en el proceso diagnóstico y de manejo siguiente (**Fig. 14-2**).

Además de la guía, el NICE, ha elaborado un cuestionario para su utilización durante la evaluación inicial de un niño o joven con sospecha de trastorno de conducta, así como una interesante herramienta *online*, que actúa a modo de árbol de decisión, para facilitar la tarea del profesional sanitario a la hora de evaluar y manejar este problema (que puede consultarse en el siguiente enlace: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/antisocial-behaviour-and-conduct-disorders-in-children-and-young-people>).

COMPLICACIONES

La guía NICE 2013 recuerda la necesidad de evaluar otros factores que pueden complicar el cuadro, como la presencia de otros trastornos mentales (depresión o trastorno por estrés postraumático), trastornos del desarrollo (principalmente, trastorno por espectro autista y trastorno de déficit de atención con hiperactividad), trastornos o dificultades de aprendizaje y abuso de sustancias.

Figura 14-2. Algoritmo de orientación diagnóstica e intervención de los trastornos del comportamiento. DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición; EEG: electroencefalograma; TD: trastorno disocial; TDAH: trastorno por déficit de atención/hiperactividad; TND: trastorno negativista desafiante.



Los trastornos de comportamiento pueden coexistir con distintos problemas y complicaciones, especialmente cuando las conductas son graves y no se ha actuado de manera precoz. Además de los trastornos psiquiátricos asociados ya mencionados, como la asociación alta que presenta con TDAH y patología afectiva, las dos complicaciones más importantes son las siguientes:

- **Consumo de tóxicos y otras sustancias:** existe asociación estrecha entre los comportamientos perturbadores, principalmente el trastorno disocial (TD) y el consumo de drogas en la adolescencia. Por un lado, el abuso de sustancias se considera unánimemente un factor de riesgo para la realización de conductas antisociales y, en ocasiones, estas transgresiones de la norma se producen por la necesidad de la obtención inmediata de la sustancia. Los estudios al respecto, realizados en nuestro país y en el extranjero, señalan que esta relación se da principalmente con el consumo de alcohol, pero también de marihuana, tabaco, drogas de síntesis, etc.
- **Fracaso escolar y absentismo escolar:** al perder la estructuración temporal del ocio y del trabajo, se crea una situación de indisciplina que se traslada al ámbito familiar, con el consecuente empeoramiento de una situación.

TRATAMIENTO

En marzo de 2013, el Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (*National Institute*

for Health and Care Excellence, NICE) publicó la guía sobre conducta antisocial y trastornos del comportamiento en niños y adolescentes (*Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management*). Tal y como afirma esta guía, el diagnóstico temprano de los trastornos del comportamiento es fundamental para garantizar que los niños y sus familias puedan acceder al tratamiento y apoyo que necesitan para un adecuado manejo e intervención.

La ausencia de tratamiento para estos trastornos deriva en problemas de salud mental graves en la etapa adulta, dando lugar a situaciones de incapacidad, por lo que la falta de atención supone un elevado coste para el sistema de salud y para la sociedad a largo plazo.

Además, es frecuente la presencia de comorbilidad, siendo crucial prestar atención y tratamiento a dicha comorbilidad.



Los trastornos del comportamiento por su preocupante latencia, complejidad y consecuencias negativas en la esfera familiar, académica y social, requieren una intervención temprana de alta relevancia, por lo que se recomienda una intervención multimodal, es decir, es necesaria la intervención mediante distintas modalidades terapéuticas, siendo la psicoterapia cognitiva y conductual la principal, con intervención de distintos profesionales (desde profesionales de la salud mental, pediatras, de magisterio, como los equipos de orientación, etc.).

La intervención en los trastornos del comportamiento incluye distintas estrategias como la psicoeducación, la psi-

coterapia cognitivo-conductual y la farmacología, además de la intervención educativa, familiar y social.

La gran mayoría de las guías y literatura médica coinciden en que el tratamiento de elección debe ser la psicoeducación y psicoterapia, principalmente la cognitiva y conductual, con la colaboración de los padres o cuidadores principales. En los últimos años, los estudios han mostrado consistentemente que la intervención dirigida a padres en edades tempranas es decisiva en la modificación conductual.

Según las recomendaciones del NICE, basadas en los estudios de mayor rigurosidad científica, hay dos tipos de intervención, la **psicológica** y **farmacológica**, sin embargo, como primera elección recomienda la terapia psicológica, como los programas de entrenamiento grupal para padres, dirigidos a padres y cuidadores de niños y jóvenes entre 3 y 11 años de años.

En general, se consideran más efectivas las intervenciones con la familia que con el adolescente. Para otros autores, lo ideal es que la intervención se realice en el entorno donde se desarrollan las conductas inadecuadas, para así trabajarlas *in situ*, como es en el medio familiar, con los padres, o escolar, con los profesores. En la intervención, no hay que olvidarse de los factores del entorno, como los aspectos socioeconómicos y culturales, y tampoco de factores inherentes al propio niño o adolescente, como su temperamento o su nivel madurativo.

Los procedimientos de modificación de conducta, las técnicas cognitivo-conductuales y el tratamiento farmacológico son los mejores medios disponibles hasta el momento para manejar los trastornos de comportamiento y tratar de aminorar sus consecuencias a largo plazo, siendo necesario conocer las técnicas que mejores resultados ofrecen en el manejo de los niños y adolescentes que presentan dificultades en el manejo de la impulsividad, del autocontrol, que muestran un opositorismo manifiesto ante las figuras de autoridad, y aquellos que no han aprendido límites claros para regular su comportamiento. Como en la mayoría de problemas psicopatológicos, la combinación de procedimientos es la que mejor resultado suele ofrecer a medio y a largo plazo.

Psicoeducación

Explicar al paciente y sus progenitores no solo el diagnóstico, sino también las patologías asociadas, resulta fundamental y es el primer paso. Se deben resolver las dudas y cuestiones que aparecen en el momento del diagnóstico o de la evolución del trastorno y las posibilidades de intervención.

Es importante emplear un lenguaje sencillo y adaptado al nivel de la familia, y comprobar que se comprende lo que se les transmite, tratando en todo momento de favorecer y motivar el cambio.

Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico de los trastornos del comportamiento se basa en las estrategias cognitivas y conductuales.

Para su aplicación, es necesario tener en cuenta:

- La psicoterapia se debe aplicar todos los días y en todos los entornos, previa coordinación en caso necesario (escolar, en casa, etc.).

- Los problemas más importantes deben ser evaluados de forma individualizada, intentando realizar una intervención específica y revaluando de manera periódica la efectividad de la intervención.

Entrenamiento a padres

El entrenamiento de los padres en técnicas de modificación de conducta es fundamental en todos los casos de trastornos del comportamiento. Se les enseña a los padres o cuidador principal a mejorar su comunicación con el hijo, sus métodos de disciplina y el manejo de la conducta de su hijo. El objetivo principal es mejorar las habilidades de crianza de los padres para que sea más cálida, coherente y consistente, evitando la agresividad y la falta de muestras de afecto, lo que a su vez mejorará la relación afectiva con el hijo. Se busca fomentar los comportamientos positivos, como elogiar los actos positivos, ignorar, cuando se pueda, los comportamientos negativos, mediante estrategias como el tiempo fuera, y establecer normas y rutinas estables y predecibles, a través de órdenes claras y sencillas.

Estos programas siguen un manual y todos aquellos profesionales del ámbito de la salud o educativo pueden aplicarlos con la formación adecuada. Como características comunes en todos ellos, el proceso se inicia estableciendo los grupos de familias (habitualmente no más de 10 familias por grupo) que presentan problemas de comportamiento similares. A continuación, se definen las metas y objetivos que deben ser alcanzables e, inicialmente, de baja complejidad. La duración de las sesiones depende del tipo de programa, aunque generalmente se considera un máximo de 10 o 15. Al finalizar las sesiones, se evalúan los resultados obtenidos. Sin embargo, no se puede olvidar que el formato individual podría ser el abordaje de elección para aquellas familias con un riesgo mayor de abandonar la intervención, por ejemplo, con una mayor presencia de psicopatología.

Existen diferentes programas estructurados, siendo los más conocidos: *Los años increíbles*, *Programa de Parentalidad Positiva (Triple P)*, y *Nonviolent Resistance*. Los objetivos principales de estos entrenamientos son: fomentar los comportamientos positivos, ignorar, cuando se pueda, los comportamientos negativos, y establecer normas y rutinas estables y predecibles.

En estos programas se pretende mejorar la conducta del niño, sus relaciones sociales y en el hogar. Si se llevan a cabo correctamente, el niño adquirirá conductas positivas que le ayuden a desenvolverse y comunicarse en los diferentes contextos en los que se desarrolla. Se pretende reducir el comportamiento negativo, ignorándolo o proporcionando consecuencias negativas como castigos, y aumentar las conductas colaborativas a través de un premio o reconocimiento cuando estas tengan lugar.

Los programas de entrenamiento para padres son una intervención robusta en problemas de conducta, tanto en programas conductuales como no conductuales, disminuyendo los efectos a largo plazo. Por otra parte, algunos estudios indican que el entrenamiento de corte conductual se muestra muy eficaz en la reducción de los comportamientos negativos, pero menos eficaz en otros aspectos, como en la mejora de la auto-

estima del niño y en la cohesión familiar. Este entrenamiento suele ser eficaz porque reduce la explosividad y las situaciones de violencia, ya que los padres no tienen que controlar todo, sino solo una parte de los comportamientos.

De acuerdo con Lochman y Steenhoven, las mejoras en las prácticas parentales logradas con el entrenamiento parental incluyen:

- Reducciones en la conducta hostil de los padres y en el castigo físico.
- Mayor número de respuestas contingentes hacia la conducta inapropiada.
- Incremento de las expresiones de afecto hacia el niño.
- Más satisfacción con su papel de padres después de la intervención y más implicación con la escuela.
- Incremento de las estrategias de resolución de problemas y comunicación positiva.
- Más receptividad entre los miembros de la familia.
- Reducción sustancial de los conflictos familiares.

Los programas de entrenamiento de padres han mostrado ser superiores a otras formas de intervención familiar como los «programas a domicilio» (*Home Visiting Programs*), las escuelas de padres para niños preescolares, los programas sociales y los programas basados en la terapia multisistémica, según refleja el estudio de Farrington y Welsh.

Uno de los programas más ampliamente usados en el tratamiento del TND es el programa de Russell Barkley. El **programa de Barkley** consta de ocho pasos con los que se pretende mejorar la conducta, las relaciones sociales y la adaptación general en casa del niño y del adolescente temprano. Estos son: aprender a prestar atención positiva al menor, usar el poder de su atención para conseguir que obedezca, dar órdenes de forma eficaz, enseñarlo a no interrumpir actividades, establecer en casa un sistema de recompensa con fichas, aprender a castigar el mal comportamiento de forma constructiva, ampliar el uso de tiempo fuera y aprender a controlar al menor en lugares públicos.

Cuando se trata de un TND leve con una repercusión de ambiente familiar, muchas veces usar este tipo de intervención es suficiente para el manejo.

Terapia de interacción entre padres e hijos

Se trabaja conjuntamente con los padres y el niño, siendo más beneficioso en niños más pequeños y con TND.

Terapia familiar multisistémica

Es una terapia orientada a la familia e implementada en el hogar, con una duración aproximada de 4 meses. Se utiliza, sobre todo, en adolescentes, tanto con TND como trastorno de conducta (TC).

Terapia cognitivo-conductual con el niño/adolescente

El objetivo de la terapia es disminuir los pensamientos y emociones negativas, enseñarles a reconocer sus emociones y las de los demás, y mejorar sus habilidades sociales.

Programa de entrenamiento en habilidades sociales para niños y adolescentes

Consisten en realizar entrenamientos en habilidades sociales a través de técnicas como el juego simbólico y el *role play*. Con ellas se busca enseñar a los niños con trastornos del comportamiento a comprender y aplicar las reglas del juego, a aceptar las consecuencias de sus actos sin culpar a los demás, a no abandonar el juego, a resolver distintos tipos de problemas, y a identificar los propios sentimientos y los de los demás.

Programas en el entorno escolar

En diversos países, como el Reino Unido y Estados Unidos, tienen programas oficiales que llevan a cabo en las aulas para trabajar los problemas de comportamiento.

Psicoterapia conductual

Consisten en un conjunto de estrategias que utilizan el refuerzo y el castigo para establecer o incrementar las conductas deseadas, y reducir o eliminar las conductas inadecuadas, asumiendo que están moldeadas por las contingencias ambientales.

La psicoterapia conductual se debe realizar de manera precoz, ya que mejora el pronóstico. Algunos estudios han mostrado que su utilización en el comienzo del trastorno o en menores de 12 años presenta una efectividad es más elevada, considerándose no solo una modalidad de intervención, sino también de prevención.

Estas técnicas son fáciles de implementar, rápidas, de bajo costo y adaptables a múltiples contextos.

En función del objetivo, se encuentran tres grupos:

- Técnicas para incrementar los comportamientos adecuados.
- Técnicas para disminuir los comportamientos inadecuados.
- Los procedimientos combinados, que pueden emplearse tanto para aumentar o mantener como para disminuir o eliminar comportamientos inadecuados.

La psicoterapia conductual es aplicada por los padres, educadores o tutores, quienes previamente deberán identificar las conductas alteradas, por ejemplo, a través del uso de registro, teniendo en cuenta características como frecuencia, intensidad, posibles desencadenantes, situaciones que empeoran o mejoran y su curso.

Es especialmente importante priorizar las conductas graves y potencialmente peligrosas, de aquellas que pueden ser modificables, así como tener en cuenta que no se podrán controlar todos los comportamientos de una vez. Posteriormente, se establecerá un orden de prioridades para intervenir.

En la **tabla 14-6** se pueden ver, a modo de resumen, las principales técnicas conductuales.

Psicoterapia cognitiva

La psicoterapia cognitiva comprende una serie de técnicas encaminadas a modificar los pensamientos, creencias o actitudes del paciente.

Tabla 14-6. Principales técnicas conductuales

Para aumentar comportamientos		
Técnica	Procedimiento	Aspectos generales
Alabanza	• Debe ser descriptiva • Debe incluir comentarios positivos • Debe ser sincera • Contingente a la conducta • Con tono de voz agradable	• Resaltar aspectos positivos, por pequeños que sean, en el comportamiento del niño • Previene conductas negativas
Atención	• Mirándole o sonriéndole • Haciendo un comentario rápido sobre su comportamiento • Manteniendo una breve conversación • Realizando alguna actividad junto a él	• Aprender a diferenciar entre «llamar la atención» y recibir una atención adecuada • Mejorar el comportamiento, fijándonos en aspectos positivos
Recompensas y privilegios	• Identificar las recompensas más apropiadas • Dar siempre después de la emisión de la conducta objetivo, nunca antes • Utilizar de forma sistemática • Variar para evitar la saciación • Dar privilegios en proporción al esfuerzo realizado	• No se premia exclusivamente la emisión de la conducta, sino el esfuerzo que ha realizado por conseguirla
Para disminuir comportamientos		
Técnica	Procedimiento	Aspectos generales
Extinción	• Anotar las cosas que podemos hacer cuando el niño presente dicho comportamiento (p. ej., realizando otra actividad) • Prestar atención justo en el momento en que cese dicho comportamiento disruptivo, sonriéndole, hablándole, mirándole, etc. • Si el niño intenta llamar la atención pateando, agrediendo, rompiendo o lanzando cosas por el aire, aplicar aislamiento, teniendo especial cuidado de que sea un lugar seguro	• Exige gran cantidad de autocontrol emocional por parte del tutor • Ignorar no es lo mismo que no hacer nada • Es una forma eficaz de enseñar a que su comportamiento no merece nuestra atención • Cuando se lleva a cabo esta técnica, se está desanimando al niño a que vuelva a repetir dicho comportamiento
Costo de respuesta	• El privilegio debe ser algo que usted pueda negar en ese momento al niño • Especificar a priori el tiempo de supresión del privilegio (adaptando el tiempo de supresión a la edad del niño y gravedad del comportamiento) • No se deberían suprimir al mismo tiempo demasiados privilegios ni demasiado tiempo • Cambiar los privilegios que se suprimen con cierta frecuencia, para que no pierdan eficacia	• Aprende que todo comportamiento disruptivo lleva asociado una consecuencia negativa • Resulta especialmente apropiada para niños más mayores
Técnicas combinadas		
Técnica	Procedimiento	Aspectos generales
Economía de fichas	• Consiste en registrar las conductas positivas del niño en un calendario • Cada conducta positiva conlleva una señal y, cuando se sobrepasa un determinado número de señales, se le entrega un premio refuerzo	• Es importante delimitar bien los comportamientos (que puedan contarse) • Habrá que pactar, igualmente, el refuerzo que se conseguirá por la adquisición de las distintas fichas (pegatinas, caras alegres, etc.), así como el momento en que se realizará el canje
Contratos de contingencias	• Se establece una negociación, generalmente entre padres (tutor, etc.) y niño o adolescente, a través de un contrato donde se especifica, concretamente, qué es lo que se pide al menor, en el plano conductual, y cuáles serán las consecuencias que va a conseguir con su cumplimiento	• Se debe establecer un límite de tiempo para la revisión del contrato y que las condiciones que en él se establezcan sean justas para las dos partes intervinientes • Deben explicitarse claramente las conductas en términos positivos que debe realizar el menor y las consecuencias positivas (recompensas/privilegios) que obtendrá por las mismas, así como las consecuencias negativas (pérdida de privilegios) que se derivarán de su incumplimiento, y que han de revisarse periódicamente para evaluar su cumplimiento e introducir las modificaciones que se acuerden entre las partes

Los procedimientos cognitivos son programas encaminados a reestructurar los pensamientos de los niños y lograr nuevas conductas facilitadoras de la reducción de los problemas de comportamiento.

A continuación, se resumen las principales técnicas.

Autoinstrucciones

Son verbalizaciones internas que el niño o adolescente realiza a sí mismo, para guiar la propia conducta. Es posible entrenar esta técnica con la imaginación o el dibujo de situaciones reales, para que cuando llegue el momento, el niño la pueda realizar.

Es una técnica que modifica las autoverbalizaciones (pensamientos) que el sujeto ejecuta antes, durante y después de una tarea o enfrentamiento a una situación difícil para él. Se le pide que vaya diciendo en voz alta lo que hace en el transcurso de una tarea en la que se quiere entrenar, se focaliza la atención en la conducta que se quiere modificar y se utilizan los autorrefuerzos después de cada ensayo.

Detención del pensamiento

Procedimiento utilizado principalmente en niños mayores, desarrollado para intentar eliminar los pensamientos obsesivos que pueden actuar como detonantes de la conducta agresiva.

Se enseña al niño a centrar su atención sobre el pensamiento negativo durante unos quince segundos y a detener su presencia mediante un gesto o palabra que cambie su centro de atención. Requiere un entrenamiento previo en la identificación de dichos pensamientos negativos, así como en la de las expresiones e imágenes utilizadas.

Autocontrol

Busca regular las conductas, desde el propio niño o adolescente, ante situaciones conflictivas y controlar la expresión de las emociones negativas. Algunos ejemplos son el uso de técnicas de relajación y respiración.

Autorregulación

Tiene como objetivo aprender a regular la conducta del menor, mediante la autoobservación, los autorregistros y los autorrefuerzos contingentes a la realización de tareas adecuadas. Mediante estos procedimientos, el niño llega a tener conciencia de sus propios problemas, ya que presupone saber pensar, saber preguntarse cuál es el problema o qué es lo que está pasando.

La adquisición de este autocontrol permitirá al niño una menor dependencia de su entorno y puede ser una ayuda para consolidar comportamientos aprendidos mediante otras estrategias más conductuales.

Este procedimiento es utilizado cuando ya se ha modificado la conducta del niño y se pretende que se mantenga el cambio conductual.

En la **tabla 14-7** se ofrecen algunos consejos sobre el manejo cognitivo conductual de este tipo de trastornos. Adaptado del Protocolo de Trastorno de Conducta de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA), 2008.

Tabla 14-7. Recomendaciones conductuales en TND/TC

- Genere confianza, establezca límites, pero ofrezca un refuerzo positivo incondicional
- Identifique los patrones conductuales
- Reúname con la familia y el niño para firmar contratos (todos firman) sobre cuestiones básicas. Limite estos acuerdos a tres o cuatro puntos cada vez
- Explore los sentimientos negativos u hostiles y ofrezca formas alternativas de expresarlos
- Utilice la interpretación paradójica, reformule la conducta
- Enseñe los valores del respeto y la reciprocidad
- Enseñe a los padres a cambiar las estrategias de defensa y ataque
- Enseñe al joven a cómo «formular una queja» –asertividad frente a agresividad
- Utilice juegos de mesa para reforzar el respeto a las normas y extrapólas a la vida social
- Desarrolle consecuencias para las conductas problemáticas, incluyendo el coste de respuesta y los tiempos muertos
- Simplifique las actuaciones de los padres con el objetivo de aumentar la efectividad
- Utilice sistemas conductuales que incluyan reforzadores positivos (adapte la «economía de fichas» a la edad del niño)
- Exponga y corrija los conflictos parentales
- Apoye las consecuencias legales de las conductas perturbadoras

Manejo de la ira

- Fomente las consecuencias naturales
- Utilice la restitución y los trabajos sociales en los casos de infracción de leyes o de daños a la propiedad, etc.
- Si es detenido, póngase en contacto con la Fiscalía de Menores
- Establezca normas claras
- Enseñe responsabilidad, enfrentando la agresividad y las quejas. Practique la inversión de roles
- Enseñe estrategias de autocontrol - respiración profunda, «párate, mira, escucha, piensa», relajación progresiva, tiempos muertos autoimpuestos, ejercicio, técnica de la silla vacía, etc.
- Estimule las recompensas, «descubrir» al niño haciendo cosas positivas, dedicar más tiempo de ocio al niño
- Ayude al niño a perdonar a aquellos que provocan su ira utilizando cartas, la técnica de la silla vacía, etc.
- Ayude al niño a hacer una lista de las experiencias que le provocan sentimientos de enfado y decepción, e identifique y exprese las necesidades no cubiertas
- Ayude al niño a sustituir sus pensamientos irracionales por afirmaciones autodescriptivas positivas
- Estimule los servicios comunitarios o el trabajo, con el fin de aumentar la responsabilidad, la autonomía y el crecimiento personal
- Proteja al niño de los abusos. Anime a los padres a no utilizar castigos corporales

No olvide la necesidad de apoyo y soporte

- Las familias de niños con TND pueden necesitar apoyo para mantener al niño en la familia y que ésta no se resienta
- Los niños pueden precisar apoyo escolar o tutores particulares
- Las familias pueden necesitar un «respiro» de vez en cuando, especialmente en momentos de conflictos mantenidos
- El niño y su familia pueden necesitar un abordaje multisistémico para coordinar los servicios disponibles (incluyendo los judiciales, los educativos, los de control de tóxicos, etc.)
- El entrenamiento «in situ» (en casa) puede ser útil para introducir un modelado de roles apropiado para modificar las pautas educativas, cuando éstas son clave
- Es posible que se necesite entrenar al niño sobre cómo reintegrarse en la sociedad y en actividades lúdicas
- En muchas ocasiones, el cambio de amistades es básico para evitar influencias negativas y lograr un modelado de roles apropiado

TC: trastorno de conducta; TND: trastorno negativista desafiante.

Tabla 14-8. Recomendaciones para los padres

Lo que no debemos hacer
- No entrar en lucha de poderes en busca de ganar o decir la última palabra - No promover la argumentación o la discusión, con el fin de convencer de que nosotros, los adultos, tenemos la razón - No criticar ni utilizar formas de comunicación de tipo 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
Lo que debemos hacer al momento de dar una orden
- Es importante detenerse (STOP), calmarse, sobre todo si el niño es pequeño - Asegúrese de que comprenderá la orden, afirmando lo que se dijo - La orden debe ser única, clara y concreta - Hay que tolerar un período de tiempo para cumplir la orden

En la **tabla 14-8** se pueden ver algunas recomendaciones para los padres. Hay que tener en cuenta que el objetivo de aplicar cualquier estrategia no es ganar la batalla, porque ganar una batalla implica que debe haber una pelea, y es mejor buscar una solución ante un problema, teniendo en cuenta al niño y adolescente en la propuesta de esas posibles soluciones.

Para lograr una actitud favorable en el niño o el adolescente, éste tiene que percibir que es respetado y aceptado como persona, no se le critica ni rechaza, pero, lo que no se acepta es su conducta.

Tratamiento psicofarmacológico

Es importante tratar de forma específica la psicopatología subyacente, siendo necesario en muchos casos, además del manejo psicoterapéutico, el uso de psicofármacos, como los psicoestimulantes o antipsicóticos atípicos, principalmente en el manejo de casos graves.

No existe un tratamiento específico ni protocolos bien establecidos. Tampoco se conoce el mecanismo exacto por el que el tratamiento farmacológico es útil en niños y adolescentes con un TND o un trastorno disocial.

El tratamiento farmacológico dependerá de la comorbilidad, principalmente. Cabe señalar que la comorbilidad del trastorno disocial es alta; entre los trastornos externalizados (trastorno disocial (TD), TDAH y TND) tienen, al menos, uno de los otros dos diagnósticos, tanto en muestras epidemiológicas, como clínicas.

No existe ninguna medicación dirigida a tratar el TND, y las guías de práctica clínica consideran que no es suficiente tratar exclusivamente con medicación. Cuando hay un trastorno del comportamiento y va acompañado de un TDAH, los fármacos con mayor evidencia de eficacia son los psicoestimulantes, como el metilfenidato o el dimesilato de lisdexanfetamina, que son útiles en la regulación de la impulsividad y favorecen el control inhibitorio y la autorregulación del comportamiento, y, con un tamaño de efecto menor, la guanfacina y la atomoxetina.

Tabla 14-9. Tratamiento farmacológico de la agresión en la infancia-adolescencia

Trastorno comórbido	Con pruebas de alta fiabilidad (al menos, un estudio controlado)	Con pruebas de fiabilidad baja (ensayos abiertos)
Trastorno de conducta	- Risperidona - Haloperidol - Litio - Ácido valproico - Metilfenidato	- Carbamacepina - Clonidina - Trazodona
TDAH	- Metilfenidato - Clonidina - Bupropión - Tioridacina - Clorpromacina - Haloperidol	- Dextroanfetamina - Guanfacina - Fluoxetina - Sertralina
Trastorno bipolar	Litio	- Ácido valproico - Risperidona
Depresión		- Fluoxetina - Sertralina - Trazodona
Ansiedad		Buspirona
Estrés postraumático		Propanolol
Autismo	- Haloperidol - Clomipramina	- Trifluoperacina - Flufenacina - Tiotixeno - Molindona - Clonidina - Fluoxetina - Buspirona - Propanolol - Nadolol
Retraso mental	- Clomipramina - Tioridacina - Haloperidol - Metilfenidato - Risperidona	- Propanolol - Nadolol - Litio - Carbamacepina - Buspirona
Daño cerebral traumático		Propanolol

Adaptado de: Bassarath L. Medication Strategies in Childhood Aggression: A Review. Can J Psychiatry. 2003;48(6):367-73. TDAH: trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Podrá ser necesaria la utilización de antipsicóticos atípicos en dosis bajas, como risperidona, aripiprazol, para disminuir el oposicionismo, las conductas desafiantes y la sintomatología disocial en casos graves, cronificados y cuando la respuesta terapéutica a la psicoterapia es escasa. El uso de estabilizadores del humor (valproato, litio) presenta menor evidencia científica y mayores efectos adversos.



Considerar risperidona (previa valoración de riesgos y beneficios) para el tratamiento a corto plazo, para el manejo del comportamiento agresivo grave en jóvenes con un trastorno de conducta que tienen problemas de ira explosiva y desregulación emocional grave, y que no han respondido a las intervenciones psicológicas.

No existe una dosis óptima establecida; en niños menores de 6 años, se recomienda comenzar con dosis de 0,5 mg/día (dividida en dos tomas, mañana y noche) e ir aumentando según la respuesta y la tolerancia hasta 1 mg/día. En niños mayores de 6 años, se puede llegar a 2-3 mg/día y, en adolescentes, hasta

5-6 mg/día. Existe presentación en solución, lo que facilita la dosificación en los niños más pequeños. Los efectos secundarios suelen ser leves y bien tolerados. Se deben emplear en las dosis mínimas posibles y durante un período de tiempo concreto, debido a sus potenciales efectos adversos (**Tabla 14-9**).



PUNTOS CLAVE

- Los problemas de conducta en niños y adolescentes son de las quejas más frecuentes por parte de padres y profesores, y de los principales motivos de consulta en los servicios de salud.
- La infancia es una etapa de la vida que destaca por la rápida evolución, donde muchos cambios en el comportamiento pueden considerarse normalizados o típicos, cumpliendo una función, y tienden a desaparecer en momentos evolutivos más avanzados. Del mismo modo, la adolescencia suele asociarse a confrontación de las normas, con un deseo de reafirmar su propia identidad, al pasar a la vida adulta.
- El comportamiento es el resultado de múltiples variables internas como externas, que confluyen, interaccionan y se potencian entre sí, por lo que es difícil hablar de etiología y es preferible hablar de factores de riesgo. Dentro de los principales, están el moldeado educativo de sus educadores, fundamentalmente sus padres, las estrategias que tienen para manejar el comportamiento de los niños y adolescentes, y la baja tolerancia a la frustración, donde las nuevas tecnologías juegan un papel importante hoy en día.
- El diagnóstico es fundamentalmente clínico, a través de la entrevista clínica al paciente y sus familiares. Es importante la detección precoz y prestar especial cuidado de si se está ante un trastorno o un síntoma más de otro trastorno, o de la coexistencia con otras patologías, como por ejemplo el TDAH, siendo fundamental en el plan de tratamiento e intervención.
- Los trastornos del comportamiento, por su preocupante latencia, complejidad y consecuencias negativas en la esfera familiar, académica y social, requieren una intervención temprana de alta relevancia, por lo que se recomienda una intervención multimodal, es decir, es necesaria la intervención mediante distintas modalidades terapéuticas, siendo la psicoterapia cognitiva y conductual la principal, con intervención de distintos profesionales (desde profesionales de la salud mental, pediatras, de magisterio, como de los equipos de orientación, etc.).
- La gran mayoría de las guías y literatura coinciden en que el tratamiento de elección debe ser la psicoeducación y psicoterapia, principalmente la cognitiva y conductual, con la colaboración de los padres o cuidadores principales, reservando el uso de psicofármacos, como los psicoestimulantes o antipsicóticos atípicos, principalmente en el manejo de casos graves.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Valera JA. Evaluación y diagnóstico clínico-funcional de los trastornos de conducta en la población infantil: consideraciones conceptuales y metodológicas. Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology. 2019;13(2):145-62.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed; 2013.
- Azeredo A, Moreira D, Barbosa F. ADHD, CD, and ODD: Systematic review of genetic and environmental risk factors. Res Dev Disabil. 2018;82:10-9.
- Bassarath L. Medication Strategies in Childhood Aggression: A Review. Can J Psychiatry. 2003;48(6):367-73.
- Blázquez-Almería G, Joseph-Munné D, Burón-Masó E, Carrillo-González C, Joseph-Munné M, Cuyàs-Reguera M, et al. Resultados del cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. Rev Neurol. 2005;41(10):86-90.
- Bulotsky-Shearer R, Bell E, Romero S, Carter T. Identifying Mechanisms Through Which Preschool Problem Behavior Influences Academic Outcomes: What Is the Mediating Role of Negative Peer Play Interactions? Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2014;22(4): 199-213.
- CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 1992.
- Comeau J, Georgiades K, Duncan L, Wang Li, Boyle, M. 2014 Ontario Child Health Study Team. Changes in the Prevalence of Child and Youth Mental Disorders and Perceived Need for Professional Help between 1983 and 2014: Evidence from the Ontario Child Health Study. Can J Psychiatry. 2019 Apr;64(4):256-64.
- De la Peña-Olivera F, Palacios-Cruz L. Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. Salud Mental. 2011;34(5):421-7.
- Díaz JL, de la Peña F, Suárez JA, Palacios L. Perspectiva actual de la violencia juvenil. MedUNAB [Internet]. 2004 [consulta el 4 julio de 2023];7(20):115-24. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/229>
- Díaz Sibaja MA. Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En: Comeche Moreno MI, Vallejo Pareja MA (eds.). Manual de Terapia de Conducta en la Infancia. 3ª ed. Madrid: Dykinson; 2005. p. 465-517.
- Díez Suárez A, Canga Espina C. Trastornos del Comportamiento. Pediatr Integral. 2022;XXVI(2):68-75.
- Eddy LS. Trastornos del comportamiento tema de revisión. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Adolescencia. 2020;VII(1):28-38.
- Espada Sánchez JP, Méndez Carrillo FX. Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. En: Fernández JR, Secades R (coord.). Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. 2002. p. 25-55.
- Farrington DP, Welsh BC. Family-based Prevention of Offending: A Meta-analysis. Australian & New Zealand Journal of Criminology. 2003;36(2):127-51.
- Gerlach M, Mehler-Wex C, Schimmelmann BG. Antipsychotics. En: Gerlach M, Warnke A, Greenhill L (eds.). Psychiatric Drugs in Children and Adolescents. New York: Ed. Springer-Verlag Wien; 2014. p. 157-218. Doi: 10.1007/978-3-7091-1501-5.
- Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, Feldman M, Bélanger SA, Steele MM, et al. Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. Can J Psychiatry. 2015;60(2):62-76.
- Gresham FM. Disruptive Behavior Disorders. Evidence-Based Practice for Assessment and Intervention. New York: The Guilford Press; 2015.
- Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. En: Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA).
- Jiménez Barbero JA, Pérez García M, Medina Garrido ML, Rivera Rocamora C. El abuso de drogas en el marco de los trastornos del comportamiento perturbador. Drug abuse in the context of disruptive behavior disorders. Trastornos Adictivos. 2010;12(2):48-57.
- Lázaro García ML, Moreno Pardillo D, Rubio Morell B. Manual de la Infancia y Adolescencia AEPNYA. 1ª ed. Madrid: Editorial Elsevier, S. A. 2021.

- Lochman JE, Van den Steenhoven A. Family-based approaches to substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*. 2002;23:49-114.
- Mardomingo MJ. Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. 2015.
- Moffit TE, Arseneault L, Jaffee SR, Kim-Cohen J, Koenen KC, Odgers CL, et al. Research review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(1):3-33.
- Montero D, Fernández-Pinto I. ABAS-II. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa. Madrid: TEA Ediciones. 2013.
- Murray J, Farrington DP. Risk factors for conduct disorder and delinquency. Key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatr*. 2010;55(10):633-42.
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. Clinical guideline Published: 27 March 2013.
- Ogundele MO. Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World J Clin Pediatr*. 2018;7(1):9-26.
- Omer H. Nonviolent Resistance. A New Approach to Violent and Self-Destructive Children. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- Ouellet-Morin I, Côté SM, Vitaro F, Hébert M, Carbonneau R, Lacourse É, et al. Effects of the MAOA gene and levels of exposure to violence on antisocial outcomes. *Br J Psychiatry*. 2016; 208(1):42-8. doi: 10.1192/bjp.bp.114.162081. Epub 2015 Oct 22. PMID:26494873.
- Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2):42-51.
- Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. *Pediatr integral*. 2017;XXI(2): 73-81.
- Romero E, Villar P, Luengo MA, Gómez-Fraguela JA, Robles Z. Programa para la intervención en problemas de conducta infantiles EMPECE-MOS. Entrenamiento de padres y madres. Madrid: TEA Ediciones, S.A.U; 2013.
- Rowe R, Maughan B, Pickles A, Costello EJ, Angold A. The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43(3):365-73.
- Simonoff E, Elander J, Holmshaw J, Pickles A, Murray R, Rutter M. Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *Br J Psychiatry*. 2004;184:118-27.
- Smith AK, Stasi SM, Rhee SH, Corley RP, Young SE, Hewitt JK. The Role of Attention-Deficit/hyperactivity Disorder in the Association between Verbal Ability and Conduct Disorder. *Front Psychiatry*. 2011;2:3.
- Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S. A; 2010.
- Sasot Llevadot J, Freixas Benaides J. 37 Curso de Pediatría extrahospitalaria. Trastornos de conducta. 2010 Barcelona. Disponible en: <https://centreguia.cat/images/stories/pdf/37CursoPedExtra-Cap03.pdf>
- Stringaris A, Maughan B, Goodman R. What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(5):474-83.
- Thompson KC, Stoll KA, Paz C, Wright S. Oppositional Defiant Disorder. En: Goldstein S, DeVries M (eds.). *Handbook on DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*. New York: Ed. Springer International Publishing AG; 2017. p. 483-97. Doi 10.1007/978-3-319-57196-6_25.
- Waller R, Shaw DS, Neiderhiser JM, Ganiban JM, Natsuaki MN, Reiss D, et al. Toward an understanding of the role of the environment in the development of early callous behaviour. *J Pers*. 2017;85(1):90-103.
- Webster-Stratton C, Gaspar MF, Seabra-Santos MJ. La Versión de Padres, Profesores y Niños del Incredible Years®: Adaptación a Portugal de Programas de Intervención Temprana para la Prevención de Problemas de Conducta y para la Promoción de la Competencia Social y Emocional. *Psychosocial Intervention*. 2012 [consulta el 4 de julio de 2023]; 21(2): 1-17. Disponible en: http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2012v21n2a5_es.pdf.
- Webster-Stratton C, Gaspar MF, Seabra-Santos MJ. La Versión de Padres, Profesores y Niños del Incredible Years®: Adaptación a Portugal de Programas de Intervención Temprana para la Prevención de Problemas de Conducta y para la Promoción de la Competencia Social y Emocional. *Psychosocial Intervention*, 2012;21(2):1-17.