



Trabajo Fin de Grado

**La intervención en los Trastornos de Conducta
en la escuela. Revisión bibliográfica.**

**The intervention in Conduct Disorders at school.
Bibliographical review.**

Autora: Paola Lapuente Olivares

Directora: Bárbara Masluk

Grado en Magisterio de Educación Infantil

Mención en Atención a la Diversidad

Facultad de Educación, Zaragoza

Año académico: 2016/2017

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	6
2. OBJETIVOS	8
3. PROCEDIMIENTO	9
4. DESARROLLO	10
4.1. Trastornos de conducta	10
4.1.1. Concepto de trastornos de conducta	10
4.1.2. Clínica y formas de presentación	11
4.1.3. Clasificación y criterios diagnósticos	16
4.1.4. Diagnóstico diferencial	23
4.1.5. Comorbilidad	25
4.1.6. Etiología	27
4.1.7. Modelos explicativos	32
4.1.8. Prevalencia	36
4.2. Trastornos de conducta en el entorno familiar	38
4.3. Trastornos de conducta en el aula	39
4.4. Evaluación de los trastornos de conducta	40
4.5. Intervención psicopedagógica en los trastornos de conducta	44
5. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL	61
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
7. ANEXOS	76
7.1. Anexo 1: Entrevista con el tutor	76
7.2. Anexo 2: Instrumentos para evaluar al alumno	78
7.3. Anexo 3: Instrumentos para una evaluación del niño	81
7.4. Anexo 4: Instrumentos para una evaluación de la familia	88

7.5. Anexo 5: Recursos comunitarios	94
8. TABLAS	
8.1. Tabla 1	16
8.2. Tabla 2	52
8.3. Tabla 3	54
9. FIGURAS	
9.1. Figura 1	33
9.2. Figura 2	34
9.3. Figura 3	35

RESUMEN

La categoría diagnóstica de Trastornos de conducta hace referencia al conjunto de conductas que violan los derechos de los demás o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad. Pero no todos los comportamientos son iguales, ni tienen la misma intensidad, es muy compleja su delimitación debido a la multitud de factores implicados. Así, el DSM-V refleja tres trastornos característicos: Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno Explosivo Intermitente y Trastorno de Conducta. Los abordo en este trabajo por ser los que poseen mayor repercusión social, siendo los más frecuentes en las unidades de salud mental infanto-juvenil.

El principal objetivo de este trabajo es ofrecer información actualizada sobre los trastornos de conducta, características, formas de presentación, etiología, evolución y la manera de evaluar e intervenir desde el ámbito educativo. Para ello se utilizaron artículos de revistas científicas pedagógicas, psicológicas y médicas, obtenidos en la biblioteca de la Facultad de Educación y bases de datos bibliográficos.

Tras el análisis realizado, llego a la conclusión de la importancia de su evaluación e intervención precoz por profesionales (Maestros, Pedagogos, Pediatras y Médicos), debido a su complejidad y consecuencias negativas en los ámbitos familiar, escolar y social.

Palabras clave: Trastornos de conducta, Comportamientos disruptivos en el aula, Evaluación de la conducta, Intervención escuela, Intervención familia.

ABSTRACT

The diagnostic category of Conduct disorders refers to the set of behaviours that violate the rights of others or lead the individual to major conflicts against society norms or authority figures. However, not all behaviours are equal, nor have the same intensity, its delimitation is very complex due to the multitude of factors involved. The DSM-V reflects three characteristic disorders: Oppositional Defiant Disorder, Intermittent Explosive Disorder and Conduct Disorder. I deal with them in this work as being the ones with the greatest social repercussion, being the most frequent in children's mental health units.

The main objective of this work is to provide updated information on conduct disorders, characteristics, forms of presentation, etiology, evolution and how to evaluate and intervene from the educational field. For this, I use articles of scientific, pedagogical, psychological and medical journals were obtained from the library of the Faculty of Education and bibliographic databases.

After the analysis, I concluded importance of its evaluation and early intervention by professionals (Teachers, Pedagogues, Paediatricians and Doctors), due to its complexity and negative consequences in the family, school and social environments.

Keywords: Conduct disorders, Disruptive behavior in the classroom, Evaluation of the conduct, School intervention, Family intervention.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El objetivo principal de este trabajo es ofrecer la información reciente y actualizada sobre los trastornos de la conducta, en donde vemos la importancia de una intervención precoz, y para ello el presente trabajo se inicia con la introducción en la definición de los trastornos de conducta para posteriormente ahondar en las formas de presentación, clasificación y criterios diagnósticos, diagnósticos diferenciales, comorbilidad, etiología, modelos explicativos y prevalencia. En los siguientes capítulos se describe las formas de presentación en el entorno familiar y escolar. Después, prosigue con los diferentes métodos de evaluación para este trastorno. Y por último, termina con uno de los puntos más importantes como es la intervención en los entornos escolares y familiares.

Hoy en día, en las aulas nos encontramos cada vez más con un alumnado que presenta dificultad para acatar las normas, desobedientes, con comportamientos disruptivos, que producen enfrentamientos con otros compañeros, que fastidian a compañeros y adultos, desafiantes, con explosiones de ira, etc., los cuales los profesores no saben cómo tratar de manera adecuada para producir una mejora de sus conductas, pensando en cursos de edades tempranas que aún les falta madurar o que más adelante aprenderán a comportarse.

Por ello, hay que tener en cuenta que, aunque los niños al nacer se preocupan de sus necesidades, sintiéndose como centro de su mundo y manifestando agresividad (rabietas, lloros, golpes) como mecanismo de defensa o adaptación, cuando esa agresividad se constituye como forma de expresión y de relación con el mundo, es cuando comienzan a surgir unas acciones y pensamientos derivados de un desorden comportamental las cuales si se consolidan, es muy probable que desarrollen problemas futuros, viendo así la

importancia de una atención e intervención temprana (Rabadán y Giménez, 2012; Luengo Martín, 2014).

Como nos dice el Currículum de Aragón, “La finalidad de la Educación Infantil es la de contribuir al desarrollo físico, afectivo, social e intelectual de los niños” (O. 28/03/2008). Así pues, el alumnado con algún trastorno de conducta podría tener problemas para conseguir algunos de los objetivos generales de la Educación Infantil. En primer lugar, debido a que los niños con trastornos de conducta tienen problemas para relacionarse, ya que no mantienen buenas relaciones interpersonales, tendrán dificultades para conseguir un buen desarrollo emocional y afectivo, y pautas elementales de convivencia y relación social. Ello, unido a sus enfrentamientos ante los deberes y una baja habilidad de aprendizaje, les llevara a tener dificultades en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje, habilidades lógico-matemáticas, la lecto-escritura, y el ritmo, mayoritariamente. Y por último, debido a sus comportamientos disruptivos, y lo comentado anteriormente, no elaboraran una imagen positiva y equilibrada de sí mismos.

Y si además, tenemos en cuenta como bien nos explica la LOMCE, que “La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales”, vemos por ello, la importancia de una intervención precoz desde la Educación Infantil.

A más de, la intensidad con la que se dan los problemas de conducta es amplia, presentándose ya desde la infancia y observándose la progresión de su gravedad conforme pasan los años. Por lo tanto, como bien nos dice García Romera (2011, p.10), “las pautas educativas y los momentos de intervención son un elemento importante en la prevención o desarrollo de dichos problemas”.

Por todo lo comentado, veo importante hacer una visión conceptual, clínica, comportamental, evaluativa e intervencionista sobre los trastornos de conducta, debido a la complejidad que supone el manejo de estos trastornos en todos los ámbitos (personal, educativo, familiar y social) y las negativas secuelas que conlleva, necesitando para ello el esfuerzo de los ámbitos escolar, sanitario y social.

También, ante las conductas disruptivas, violentas o agresivas manifestadas dentro y fuera del aula, surge una pregunta, “¿los niños son agresivos porque fueron educados de esta forma o porque nacieron así?” (Rabadán y Giménez, 2012, p.186). Y por ello, en el presente trabajo estudio las dudas del origen, desarrollo y mantenimiento de las conductas problemáticas.

Y por último, como refuerzo, desde pediatría también ven la importancia del estudio de los trastornos de conducta, debido a que están suponiendo un frecuente motivo de derivación a salud mental y a que se está viendo la importancia de un diagnóstico precoz (Rodríguez y Barrau, 2012; Pelaz Antolín, 2016).

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este TFG es mostrar la visión que existe actualmente sobre los trastornos de conducta, exponiendo principalmente las características, formas de presentación, evolución y la manera de evaluar e intervenir desde el ámbito educativo.

Llevándome para ello, a una serie de objetivos específicos que apoyan el análisis o revisión teórica presentada:

1. Realizar una búsqueda para conocer, seleccionar y contrastar la información encontrada sobre los Trastornos de Conducta.

2. Dar a conocer la importancia de una detección o intervención precoz, es decir, en edades preescolares.
3. Ofrecer diferentes métodos de evaluación e intervención, para fomentar una mejora en la adquisición de habilidades de los padres, profesores y niños.

3. PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo mi revisión teórica sobre los Trastornos de Conducta, en primer lugar utilice una serie de bases de datos, las cuales fueron Dialnet, Mendeley, Alcorce y Google Académico. En ellas consulte una serie de palabras clave tanto en español como en inglés:

- Trastorno Negativista Desafiante o Oppositional Defiant Disorder.
- Trastorno Explosivo Intermitente o Intermittent Explosive Disorder.
- Trastorno de Conducta o Conduct Disorder.
- Comportamientos disruptivos o Disruptive behavior.
- Intervención en los Trastornos de Conducta o Intervention in Conduct Disorder.
- Niños o Children.

El criterio temporal que he adoptado para seleccionar los libros, manuales, artículos académicos y revistas de pedagogía, psicopedagogía y psicología, fue de 10 años hasta la fecha, dándome cuenta posteriormente que publicaciones más antiguas me servían para contrastar o para explicitar diversos temas, los cuales están bien contrastados con la actualidad.

Además, destacar que para realizar la mayoría de las búsquedas me base sobre todo en la información del DSM-V, en la guía de Trastornos de la Conducta del Gobierno de Aragón y el manual de Trastornos Graves de la Conducta de la Junta de Andalucía.

Y el criterio de exclusión fue, no tener en cuenta los artículos y revistas que no tuvieran los criterios de calidad adecuados.

4. DESARROLLO

4.1. Trastornos de conducta

4.1.1. Concepto de trastornos de conducta

Los trastornos de la conducta abarcan un conjunto de conductas que implican oposición a las normas sociales básicas de convivencia y a los avisos de las figuras de autoridad, en donde la consecuencia más destacada es el fastidio o la perturbación de la convivencia con otras personas, generando un deterioro en las relaciones familiares o sociales. En relación a ello, hay que tener en cuenta que no todos los comportamientos disruptivos son similares ni tienen la misma intensidad, ya que las conductas pueden ser muy diversas (Fernández y Olmedo, 1999).

Los trastornos de conducta que vamos a tratar durante todo el documento y que están recogidos según el DSM-V bajo los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, van a ser el Trastorno Negativista Desafiante (TND), Trastorno Explosivo Intermitente (TEI) y Trastorno de Conducta (TC).

Así pues, el Trastorno Negativista Desafiante (TND) se caracteriza por un patrón frecuente y persistente de enfado/irritabilidad y discusiones/actitudes desafiantes o vengativas, hacia los padres, compañeros, profesores y otras figuras de autoridad,

claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad (Vásquez, Feria, Palacios, y de la Peña, 2010; García Romera, 2011; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El Trastorno Explosivo Intermitente (TEI) se caracteriza por una falta de control del comportamiento agresivo impulsivo y desproporcionado a una provocación experimentada subjetivamente que no produciría normalmente un arrebato agresivo. (Bustamante, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Y el Trastorno de Conducta (TC) se caracteriza por un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad (Alda, Arango, Castro, Petitbo y Soutullo, 2009; Rodríguez y Barrau, 2012; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Implica la intervención consciente por parte del niño en sucesos que involucran un conflicto con la normativa social (Angulo, et al., 2008).

4.1.2. Clínica y formas de presentación

En general, los niños con trastornos de conducta tienen dificultades en su socialización debido a su conducta inadaptada y desviada, teniendo baja habilidad de aprendizaje y dificultades para mantener relaciones interpersonales. Además, se suelen oponer a las sugerencias, demorarse en la ejecución de las tareas, estar malhumorados, con irritabilidad, y criticar el esfuerzo de los demás o burlarse (Rabadán, et al., 2011).

En relación a ello, quienes observaran esas dificultades con mayor probabilidad en la conducta del niño serán tanto los docentes dentro del aula debido al número de horas compartidas durante el día, como los padres, siendo por ello el maestro idóneo para

detectar e intervenir tanto con el alumnado como con los padres en la mejora de las dificultades surgidas.

Los niños con TND según García Romera (2011), tienden a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar intencionadamente a otras personas, además se comportan con niveles excesivos de grosería y falta de colaboración, presentando una baja tolerancia a la frustración y perdiendo el control fácilmente. Así mismo, se nos comenta que suelen sentirse enfadados, resentidos y fácilmente irritados por las personas que les atribuyen sus propios errores o dificultades, debido a que como nos dice la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), no suelen considerarse enfadados, negativistas o desafiantes, sino que suelen justificar su conducta como una respuesta a circunstancias poco razonables. Por lo tanto, según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), los niños y adolescentes con este trastorno presentaran una peor adaptación como adultos, como conducta antisocial, problemas de control de los impulsos, abuso de sustancias, ansiedad y depresión.

También, destacar que las conductas del TND pueden estar limitadas a un único entorno y es frecuente que éste sea en casa, pero en los casos más graves, los síntomas pueden estar presentes en varios entornos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Aunque hay que tener en cuenta, que como nos dicen Alda, et al. (2009), las conductas suelen comenzar en casa y posteriormente generalizarse a otros ambientes.

Los individuos con TEI presentan una tensión previa notoria con ansiedad, que se manifiesta de forma súbita como un ataque de furia o arrebato agresivo impulsivo, efecto de un proceso de liberación de ansiedad contenida, que presenta un inicio rápido y escaso, que dura cerca de 30 minutos y se produce frecuentemente como respuesta a una pequeña provocación por parte de un amigo íntimo o una persona cercana (Bustamante, 2013;

Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Además, destacar que como nos dice la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) este trastorno no debería darse en individuos más jóvenes de 6 años o de un nivel de desarrollo equivalente, sus principales características son persistentes y continúan durante muchos años.

Y las personas con TC según Alda, et al. (2009), presentan varios síntomas que pueden ser, la agresión a las personas y animales, destrucción o robo de bienes ajenos y violación grave de las normas familiares y sociales mediante fugas, absentismo escolar o vagabundeo antes de los 13 años. Además, estas manifestaciones van unidas a una serie de situaciones familiares, sociales y escolares que las pueden iniciar o mantener (Vásquez, et al., 2010), presentándose en una variedad de entornos, como en casa, en la escuela o en la comunidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Y los primeros síntomas significativos aparecen en la infancia media, aunque se puede ver como TND que más tarde sea diagnosticado por TC (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Así mismo, en la presentación de estos trastornos hay que tener en cuenta que la mayoría de los niños muestran algunas conductas problemáticas en algún momento de su vida, pero son características de una etapa concreta en el desarrollo normal del niño y tienden a desaparecer en momentos evolutivos más avanzados. Por lo tanto, para que se dé un trastorno de conducta se atribuirá a aquellos niños que exhiban pautas extremas de dichas conductas, realizando de manera frecuente conductas antisociales, mostrando un desajuste significativo en el funcionamiento diario en casa y en el colegio, y realizando conductas incontrolables por padres y profesores (García Romera, 2011).

También, destacar que la presentación de los trastornos de conducta sin antecedentes previos y que proceden de familias menos problemáticas, muestran

conductas menos agresivas, violentas e impulsivas, que los de inicio infantil (Alda, et al., 2009; Albert, Connor y Ford, 2007).

A más de, en los chicos la conducta problemática aparece en la etapa preescolar y va aumentando en gravedad, así pues en torno a los 7 y 10 años muestran conductas agresivas y tendencia a mentir, y entre los 11 y 13 años aparece la crueldad física y actuaciones antisociales como robos, vagabundeo o fugas (Alda, et al., 2009). Sin embargo, en las chicas suele tender a aparecer en la adolescencia (Angulo, et al., 2008).

Además, matizar que la manifestación de trastorno que más se presenta en las personas con comportamientos disruptivos, según una investigación realizada a 97 jóvenes por González, Gesteira, Fernández y García (2010), es el TND dado en 31 personas (32%), después el TEI en 7 (7,2%) y después el TC en 4 (4,1%).

En relación a los problemas posteriores que se pueden derivar, Rodríguez y Barrau (2012) observan que los niños con problemas de la conducta graves cuando lleguen a adultos tienen más posibilidades de abusar de drogas, sufrir ansiedad o depresión, intentos de suicidio, violencia de género o tener hijos antes de los 20 años de edad. Así mismo, García Romera (2011) también nos señala que corren el riesgo de experimentar posteriormente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de sustancias, añadiendo exclusivamente al TC los trastornos somatomorfos.

Y por último, en la presentación clínica de trastornos de conducta, vemos que puede mostrarse a la edad muy temprana como demuestran una serie de casos recientes de posibles niños que podrían desarrollar este trastorno en la siguiente tabla.

<p>1º caso</p>	<p>En una guardería de Brasil en 2017, un niño de dos años agrede a una bebe de 11 meses, provocándole moratones en la cara, espalda y nalgas, llegando a ser hospitalizada debido a las lesiones, realizadas en la sala de descanso antes de que llegara un empleado a cuidar de ella. La madre del niño agresor declaro que su hijo tiene el hábito de atacar y morder desde que su hermano, que tiene la misma edad que la bebe agredida, nació.</p>	<p>http://www.antena3.com/noticias/mundo/nino-dos-anos-agrede-brutalmente-bebe-meses-guarderia_20170202589389cf0cf22c043d0fc87b.html</p>
<p>2º caso</p>	<p>En una guardería de Inglaterra en 2014, un niño de dos años agrede en el recreo a una niña de tres años provocándole una contusión en el ojo, varios rasguños y tres mordiscos, siendo no solo la única víctima del niño, debido a que ya había atacado a otros 10 niños de clase anteriormente.</p>	<p>http://www.telecinco.es/informativos/internacional/Nino-violento-guarderia-Chuky-Katie-Ann-Guttridge-nina-agredida_0_1735125157.html</p>
<p>3º caso</p>	<p>En un domicilio de Felanitx en 2016, un niño de siete años agrede con una navaja a otro de doce provocándole heridas de carácter leve teniendo que ser trasladado al hospital.</p>	<p>http://ultimahora.es/sucesos/ultimas/2016/03/14/181720/nino-siete-anos-agrede-uno-una-navaja-felanitx.html</p>

4º caso	En un hospital de China en 2017, un niño de diez años agrede cruelmente a su madre por quitarle el móvil debido a la no devolución del mismo para no dejarle jugar con el móvil, la abuela intento apaciguar al niño pero no consiguió detener la agresión.	http://www.exclusivadigital.com/sociedad/nino-de-10-anos-agrede-a-su-madre-con-patadas-de-kung-fu-por-no-dejarle-el-movil
---------	---	---

Tabla 1. Posibles niños con trastornos de conducta.

4.1.3. Clasificación y criterios diagnósticos

En relación a los criterios diagnósticos necesarios para diagnosticar un trastorno de conducta, como nos dice Pelaz Antolín (2016), hay que destacar que las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales CIE 10 y DSM V, no coinciden exactamente en donde agrupar los trastornos de conducta, teniendo el CIE 10 cuatro categorías diagnósticas que incluyen los trastornos de conducta e incluyendo el DSM V los trastornos de conducta en distintos diagnósticos. Aunque hay que tener en cuenta que Rabadán y Giménez (2012) y Rabadán, et al. (2011) solo destacan dos categorías diagnósticas en el CIE 10 referidas a los trastornos de conducta: trastornos disociales (F91) y trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92).

Por lo tanto, por una parte, el CIE 10 incluye los trastornos de conducta en cuatro categorías diagnósticas como nos afirma Pelaz Antolín (2016):

- Trastornos de adaptación (F43.2), en los que tiene que existir un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante, que afecte al individuo. Se especifica en 7 caracteres, uno de ellos con predominio de alteraciones disociales (F43.24), en donde su principal alteración es el

comportamiento agresivo, y otro de ellos es con alteraciones de las emociones y disociales mixtas (F43.25), en donde sus rasgos predominantes son tanto emocionales como comportamentales.

- Trastorno hiperactivo disocial (F90.1), asociado a alteraciones de conducta, en donde se deben cumplir los criterios del trastorno hiperactivo (F90), caracterizado por falta de persistencia en las tareas, tendencia a cambiar de actividad y actividad desorganizada, y del trastorno disocial (F91), caracterizado por comportamientos agresivos.
- Trastornos disociales (F91), caracterizados por una forma persistente y reiterada de comportamiento agresivo. Incluye 6 trastornos más específicos, como son el limitado al ámbito familiar, en niños no socializados, en niños socializados, desafiante y oposicionista, otros y no especificado.
- Trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92), caracterizado por un comportamiento agresivo con manifestaciones claras de depresión, ansiedad u otras alteraciones emocionales. Incluye el trastorno disocial depresivo (F92.0), que requiere la combinación de rasgos de trastorno disocial de la infancia (F91) y de depresión persistente y marcada del estado de ánimo (F32), también otros trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92.8), que requiere la combinación del trastorno disocial de la infancia (F91) con trastorno emocional (F93) o trastorno neurótico (F40-F48), y por último, el trastorno disociales y de las emociones mixto, no especificado (F92.9).

Y por otra parte, el DSM V incluye los trastornos de conducta en distintos diagnósticos, algunos en común con la CIE 10, como nos afirma Pelaz Antolín (2016):

- Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, caracterizados por problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. En donde se incluyen el Trastorno Negativista Desafiante (313.81), el Trastorno Explosivo Intermitente (312.34), y el Trastorno de Conducta, especificando su edad de inicio en la infancia (312.81), adolescencia (312.82) o sin especificar (312.89).

Pero más en concreto, para diagnosticar un Trastorno Negativista Desafiante según el DSM-V, se debe especificar si es leve (un entorno), moderado (dos entornos) o grave (tres o más entornos) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

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

Para diagnosticar un Trastorno Explosivo Intermitente según el DSM-V, los niños deben cumplir (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

- A. Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:
 - 1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un período de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos.
 - 2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.
- B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.
- C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).
- D. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, o tienen consecuencias económicas o legales.

- E. El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).

- F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer), ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico.

Y por último, para diagnosticar un Trastorno de Conducta según el DSM-V, se debe especificar el comienzo de su inicio: infantil, adolescente o no especificado, también si es con emociones prosociales limitadas, con falta de remordimientos o culpabilidad, insensible y carente de empatía, despreocupado por su rendimiento, o afecto superficial o deficiente, y por último, si es leve, moderado o grave (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

- 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 cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:
 - 1. Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada 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
2. 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 de fuego).
3. 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 otras personas).
 12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación).

4. 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.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académico 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.

4.1.4. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se establece con otros trastornos que se expresan con síntomas conductuales, como son el trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad, los trastornos depresivo y bipolar, el trastorno de desregulación disruptiva perturbadora del estado de ánimo, discapacidad intelectual, trastorno del lenguaje, trastorno de ansiedad social, trastorno de la personalidad antisocial y trastornos de adaptación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Por lo tanto, el trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad puede presentar problemas conductuales importantes derivados de la impulsividad que acompaña al cuadro, como nos dice Rodríguez y Barrau (2012). Pero, la no realización de las peticiones de los demás por parte del niño se produce solo en situaciones que exigen un

esfuerzo y atención o que permanece quieto, y estos comportamientos no transgreden intencionadamente las normas sociales o los derechos de otros, por lo que no suelen cumplir los criterios de los trastornos de conducta (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; García Romera, 2011). Además, según Rangel (2014) el trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad tiene una violencia reactiva, mientras que en el trastorno de conducta su expresión es proactiva. Y por último, también señala que la mitad de los niños con trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad desarrollan trastornos de la conducta.

El trastorno depresivo y bipolar lleva a sentimientos negativos e irritabilidad, pero no se da un trastorno de conducta si ocurre durante el curso de un trastorno del estado de ánimo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El trastorno de desregulación disruptiva perturbador del estado de ánimo presenta una intensidad, frecuencia y cronicidad de los arrebatos más grave, y además, se caracteriza por un estado de ánimo negativo persistente como irritabilidad o ira entre los ataques (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Las personas con discapacidad intelectual solo tendrían un diagnóstico de TND si el comportamiento negativista es señaladamente mayor que el normal para la edad mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El trastorno del lenguaje puede llevar a una falta de seguimiento de normas debido al deterioro en la comprensión del lenguaje, por lo que no se daría TND (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El trastorno de ansiedad social puede llevar a una actitud desafiante debida al miedo a la evaluación negativa, por lo que no se daría TND ya que no es debido a una oposición hacia las figuras de autoridad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El trastorno de la personalidad antisocial presenta unos arrebatos agresivos impulsivos menores que los que se dan en el TEI, además manipulan para obtener beneficios, poder o gratificaciones (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Y en el trastorno de adaptación, la alteración en la conducta no presenta un patrón repetitivo y persistente que se asocia con un deterioro del funcionamiento social, académico o laboral (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), por lo que un factor estresante es el que puede provocar una aparición de síntomas disruptivos de manera aislada (Alda, et al., 2009).

4.1.5. Comorbilidad

En relación a la comorbilidad asociada a los trastornos de conducta encontramos el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno de ansiedad, Trastorno depresivo y Trastorno por consumo de sustancias (Alda, et al., 2009; García Romera, 2011; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Además, al TND añaden el trastorno del aprendizaje, al TEI añaden el Trastorno de personalidad antisocial y el Trastorno de estrés postraumático, y al TC añaden el Trastorno específico de aprendizaje y Trastorno bipolar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; López-Villalobos, 2014).

En el TND la comorbilidad con el TDAH alcanza el 40% según Kimonis y Frick (2010) y el 65% según Fraser y Wray (2008). Y además, destacar que Kadesjö y Gillberg (2001) en una muestra de 409 niños de 7 años, divididos en tres grupos, los cuales unos

cumplían TDAH, otros no llegaban a cumplir todos los requisitos y otros sin TDAH, llegaron a la conclusión de que el grupo de TDAH tenía comorbilidad del 60% de TND, pero sin embargo en los demás bajaba la comorbilidad a 12% de TND, por lo que concluyeron que el TND comienza a emerger junto con el TDAH cuando este supera un cierto nivel. En relación a la comorbilidad con el TC oscila entre 20% y 60% según Fraser y Wray (2008). Y además, como nos dicen Nock, Kazdin, Hiripi y Kessler (2007), la comorbilidad con el Trastorno de ansiedad es del 62,3%, y con el Trastorno por consumo de sustancias es del 47,2%.

En el TEI la comorbilidad con el Trastorno por estrés postraumático alcanza el 79% según Zapata y Palacio (2016). En relación a la comorbilidad con el Trastorno por consumo de sustancias alcanza el 43% según Roncero, Rodríguez, Grau y Casas (2009). Y así mismo, según Kessler, Coccaro, Fava, Jaeger, Jin y Walters (2006), en su investigación afirman una comorbilidad con el TDAH del 19,6%, con el Trastorno de ansiedad del 58,1%, con el Trastorno depresivo del 37,3% y con el Trastorno por consumo de sustancias del 35,1%.

En el TC la comorbilidad según Alda, et al. (2009) con el TDAH alcanza porcentajes que oscilan entre 65% y 90%, con el Trastorno de ansiedad oscilan entre 22% y 33%, con el Trastorno depresivo oscilan entre 15% y 31% y con el Trastorno por consumo de sustancias oscilan entre 27% y 37%. Pero si tenemos en cuenta la investigación realizada por Albert, et al. (2007), los cuales dividen en niños y adolescentes, encontramos una comorbilidad del Trastorno depresivo en los niños del 43% y en adolescentes del 54%, del Trastorno bipolar en los niños del 23% y en adolescentes del 31%, del Trastorno de ansiedad en los niños del 80% y en adolescentes del 38%, del TDAH en los niños del 98% y en adolescentes del 6%, y del Trastorno por

consumo de sustancias en los niños del 3-8% y en adolescentes del 23-54%. Y por último, según Sasot Llevadot, et al. (2015) una comorbilidad con el TND del 40%.

4.1.6. Etiología

La etiología de los trastornos de conducta depende de múltiples variables que concurren, interaccionan y se potencian, como son el temperamento, sexo, genética y familia, según Rodríguez y Barrau (2012). Los factores temperamentales se refieren a la personalidad del niño, como la elevada reactividad o la escasa cordialidad; los factores del sexo se refieren a que es más frecuente en los varones, presentando síntomas más graves y desde edades más tempranas; los factores genéticos se refieren a la interacción de muchos genes entre si debido a que no se ha identificado ningún gen con efecto directo; y los factores familiares se refieren a la conducta que presenten los padres tanto hacia el niño cómo hacia los demás o si mismos (Rodríguez y Barrau, 2012).

Pero, añadir que Rabadán y Giménez (2012) también hablan de factores ambientales y escolares.

En relación a los factores temperamentales e individuales, se pueden dar niños con escasas habilidades sociales que tengan una pobreza en el manejo de conflictos, con pobre empatía, estado de ánimo negativo, una baja autoestima, con dificultades académicas y de aprendizaje, poca perseverancia, poca adaptabilidad, fácil distracción, con atribución externa de la conducta, un temperamento fuerte, inflexibilidad, baja capacidad de frustración, poca capacidad de autocontrol, neuroticismo, impulsividad, frialdad afectiva, actitud negativa, realicen un consumo de sustancias o drogas, y lleven a cabo una búsqueda de experiencias peligrosas (Javaloyes y Redondo, 2005; Angulo, et al., 2008; García Romera, 2011; Rabadán y Giménez, 2012).

En relación al sexo, se ve una probabilidad mayor en el sexo masculino, siendo al menos tres veces más común que en el sexo femenino (Angulo, et al., 2008; García Romera, 2011; Rabadán, et al., 2011; Rodríguez y Barrau, 2012).

En relación a la genética, hay factores como gemelos monocigóticos, desajuste en la dopamina, serotonina, calcio, noradrenalina y ácido GABA, alteraciones cerebrales, estimulación de la amígdala del sistema límbico, alteraciones en los niveles subclínicos de plomo, y enfermedad crónica como epilepsia o diabetes (Angulo, et al., 2008; García Romera, 2011; Rabadán y Giménez, 2012).

En un estudio de Levy-Schiff y cols. (1994, citado en Angulo, et al., 2008) de 90 niños nacidos prematuramente, con un peso de 1500 gramos, se vio que presentaban mayores dificultades en la autorregulación emocional y conductual, mayores niveles de ansiedad, y los familiares explicitaron mayor prevalencia de trastornos conductuales.

En relación a los factores familiares, Sánchez Cerezo (1986), nos comenta que las familias que permiten un control de la conducta mediante el dolor o el castigo físico o que combinan las disciplinas relajadas y poco exigentes junto con actitudes hostiles de los padres, originan niños con un elevado índice de respuestas agresivas. Por ello, la incoherencia de los padres para desaprobar la agresividad del niño y castigarlo con agresividad, o ser poco consistentes, castigándolo a veces sí y otras no por la misma causa o castigar la agresividad interna y potenciar la agresividad externa hacia otras personas fuera de la familia, es causa de mantenimiento de reacciones agresivas (Sánchez Cerezo, 1986).

Además, en artículos más recientes también nos comentan como factor de riesgo la actuación de los padres mediante una educación ineficaz, con baja supervisión, baja estimulación o escaso apoyo emocional, así mismo si se presenta una pobreza

comunicativa entre los miembros, trastornos psiquiátricos o de personalidad y de la conducta en los padres, depresión post-parto, separación, embarazo precoz, adopción, complicaciones perinatales como asfixia neonatal, depresión de los padres, hijos no deseados, de violaciones o tenidos en la adolescencia, y también padres muy jóvenes o muy mayores (Javaloyes y Redondo, 2005; Angulo, et al., 2008; Rabadán, et al., 2011; Rabadán y Giménez, 2012; Rodríguez y Barrau, 2012).

Y también, en relación a los factores familiares, Franco, Pérez y de Dios (2014) en su investigación, llegaron a la conclusión de que los progenitores que utilizan baja disciplina, bajo afecto o se comprometen menos con la crianza, aprecian más hiperactividad, mayor conducta agresiva y menores habilidades sociales en sus hijos.

Por lo tanto, vemos que a lo largo de los años llegan los autores a las mismas conclusiones en relación a que la forma de actuar de los padres influye en la posibilidad de desarrollar un trastorno de conducta por parte de sus hijos.

En relación a los factores ambientales, pertenecer a un grupo de iguales con conductas disruptivas, influencia de los medios de comunicación que ofrecen dosis de violencia, acceso libre a internet sin supervisión, valores sociales como la competitividad, intolerancia, fortaleza, insensibilidad, afiliación a ideologías extremistas, rechazo a las normas sociales, y pertenencia a grupos sociales deprimidos o zonas urbanas (Javaloyes y Redondo, 2005; Angulo, et al., 2008-, Rabadán, et al., 2011; Rabadán y Giménez, 2012).

Y por último, en relación a los factores escolares, se comenta la escasa atención del profesorado hacia el alumno en sus necesidades e intereses y un énfasis en su rendimiento académico, es víctima de conductas agresivas en la escuela como bullying, tiene influencias de vandalismo, se encuentra en un clima de clase inadecuado, la escuela

presenta valores culturales y pedagógicos tradicionales, hay una asimetría entre profesorado y alumnado, se da una separación o atribución de buenos y malos escolares, y hay una inexistencia de normas de convivencia (Angulo, et al., 2008; Rabadán y Giménez, 2012).

Más en concreto, para resaltar algunos factores de cada uno de los trastornos abordados específicamente, en relación al TND, autores especifican factores heredados como un patrón multigénico heredado, bajo cociente intelectual, alteraciones en la frecuencia cardíaca, reactividad reducida del cortisol basal, anormalidades en el córtex prefrontal y la amígdala, complicaciones perinatales, exposición a neurotoxinas como el plomo y consumo de nicotina durante la gestación, nutrición deficiente, falta de vitaminas y anormalidades en los neurotransmisores de dopamina, serotonina y norepinefrina. Y además, destacan como factores familiares que muchos de los padres de niños con este trastorno se interesan por el mando a través de órdenes y el control sobre sus hijos dándose un trato severo hacia los mismos, influyendo también un trato inconstante o negligente, y enfermedades mentales de alguno de los padres (Vásquez, et al., 2010; Fonseca y Rey, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Sasot Llevadot, et al., 2015).

En relación al TEI, se han realizado estudios genómicos en donde ven cambios debido a la pérdida en regiones de los cromosomas, por ello insinúan la influencia genética en el desarrollo del trastorno. También, se ha visto que los sujetos con TEI, en relación a los neurotransmisores, presentan una disminución en los puntos de unión del transportador de serotonina, concretamente en áreas del sistema límbico y el córtex orbitofrontal. Así mismo, en estudios de marcadores inflamatorios, la presencia de mayores concentraciones plasmáticas de interleucina 6 y proteína C reactiva. Además, en unos estudios de neurofisiología, se demuestra que hay variaciones de los circuitos encargados de la inhibición de los impulsos y control de las emociones, así como en las

partes implicadas en la producción de respuestas agresivas. Igualmente, en la neuropsicología, se ve una impulsividad cognitiva y un procesamiento deficiente de la información social. Y por último, psicosocialmente, sufren con mayor frecuencia maltrato físico, abuso sexual y emocional y exposición a traumas, así como una percepción de la conducta y actitud de sus padres ausente y sin afecto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Zapata y Palacio, 2016).

Y en relación al TC, se ven rasgos de los padres que ayudan a su desarrollo como la educación rígida caracterizada por la grave agresión física o verbal, modelos de disciplina incorrectos, condiciones confusas en el hogar, divorcio con hostilidad, cambios frecuentes de cuidadores, delincuencia de los padres, maltrato infantil, abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos. Así mismo, factores como padres biológicos o adoptivos, o un hermano con TC, teniendo en cuenta que los padres con antecedentes de TC tienen dificultad para ejercer como padres y el ambiente familiar suele ser confuso. También, factores socioculturales referidos a sufrir privaciones económicas, vivir en zonas marginadas con consumo de drogas, desempleo de los padres, falta de apoyo social y falta de participación en actividades. Y, factores neuropsicológicos debido a que exámenes indican que parecen tener dificultades en el funcionamiento del lóbulo frontal del cerebro, una frecuencia cardíaca en reposo más lenta, cociente intelectual bajo, temperamento de difícil control, incapacidad de desarrollar la tolerancia a la frustración, pobreza comunicativa y alteraciones en las funciones ejecutivas (Alda, et al., 2009; Vásquez, et al., 2010; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Por lo tanto, a modo de conclusión, decir que los Trastornos de Conducta tienen un origen multicausal.

4.1.7. Modelos explicativos

En este punto, voy a hablar de algunos de los modelos psicológicos que destacan por su validez explicativa y su utilidad, teniendo en cuenta que tratan de explicar los trastornos a través de aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales, pudiendo servir de orientación para los diseños de programas de intervención:

- Según el modelo piramidal de desarrollo de Lahey y Loeber (1994), para comprender un patrón conductual desadaptativo hay que tener en cuenta su evolución, la cual se describe a través de la «pirámide evolutiva» (ver Figura 1). En la base de la pirámide se encuentran conductas del TND y en la cúspide del TC, y además se matiza que verticalmente se refieren a la edad de inicio y horizontalmente a la prevalencia. Así pues, comentan que muchos niños pueden presentar conductas oposicionistas de la base, dejándolas de presentar con el tiempo o manteniéndolas y desarrollando un TND, pero solo algunos desarrollaran el número suficiente de conductas desadaptadas en el tiempo para llegar a la cúspide y desarrollar un TC. Por lo tanto, plantean una aparición más temprana del TND, entre los 4-6 años, destacando Loeber y Hay (1997, citado en García Romera, 2011) la edad media de conductas leves sobre los 7 años, las conductas moderadas sobre los 9 años y medio, y las conductas graves sobre los 12 años. En conclusión, el desarrollo de las conductas desadaptativas se produce de una manera ordenada y obedece a un orden que se inicia con conductas disruptivas no delictivas.



Figura 1. Pirámide de desarrollo de los problemas de conducta (adaptado por Fernández y Olmedo, 1999).

- Según el modelo del procesamiento de la información social de Dodge (1993), las experiencias infantiles interactúan en la memoria con estructuras de conocimiento, así defienden dos factores clave que son los predisponentes biológicos y el contexto sociocultural. Por ello, si el niño se expone a un estímulo social inadecuado como modelos agresivos, apego inseguro o abuso físico, la estructura de conocimiento organiza el proceso de esa situación concibiendo el mundo de manera hostil y pueden dar lugar a una conducta desviada o agresiva fortaleciéndose con la repetición de esas experiencias, la cual mantenida en el tiempo puede dar lugar a un trastorno de la conducta (ver Figura 2).

En relación con este modelo, la teoría del aprendizaje vicario propuesta por Bandura, establece que los niños aprenden sus comportamientos según modelos observados de sus padres y maestros principalmente, adquiriendo normas sociales, juicios morales y autocontrol. Por lo tanto, si se expone a estímulos no adecuados, desarrollara conductas inadecuadas para la sociedad (López-Rubio Martínez, 2012).



Figura 2. Modelo de desarrollo del trastorno de conducta desde la perspectiva del procesamiento de la información (adaptado por García Romera, 2011).

- Según el modelo de Patterson (1982) de interacción coercitiva, las conductas de los niños como desobediencia, quejas, burlas o gritos en la familia son la base de aprendizaje para conductas agresivas de mayor amplitud, teniendo en cuenta los comportamientos de los padres o prácticas de crianza como reforzadores. Estos reforzadores se refieren a la eliminación de una demanda de la madre debido a una conducta coercitiva del niño, llevando a eliminar la demanda para el niño y eliminar la mala conducta del niño para la madre. Además, el aprendizaje de las conductas por parte del niño es progresivo, hasta que aprende a mantener un comportamiento antisocial para responder de forma aversiva a sus padres y recibir una consecuencia positiva como la atención de sus padres, la eliminación de la demanda, etc.

- Según el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), para explicar el desarrollo de la conducta hay que tener en cuenta un conjunto de sistemas sociales. Estos sistemas son: Microsistema, es el nivel social inmediato de la persona; Mesosistema, comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que se encuentra inmersa la persona; Exosistema, lo constituyen los niveles sociales próximos a la persona; Macrosistema, se refiere a la cultura que en vuelve a la persona. Así pues, plantea que estos niveles dependen unos de los otros, y se requiere una participación y comunicación conjunta de los contextos, determinando la aparición de trastornos de la conducta. Frías-Armenta, López-Escobar y Díaz-Méndez (2003) afirman que los trastornos de conducta vienen explicados directamente en un 56% por el Microsistema, e indirectamente por el Exosistema y el Macrosistema (ver Figura 3).

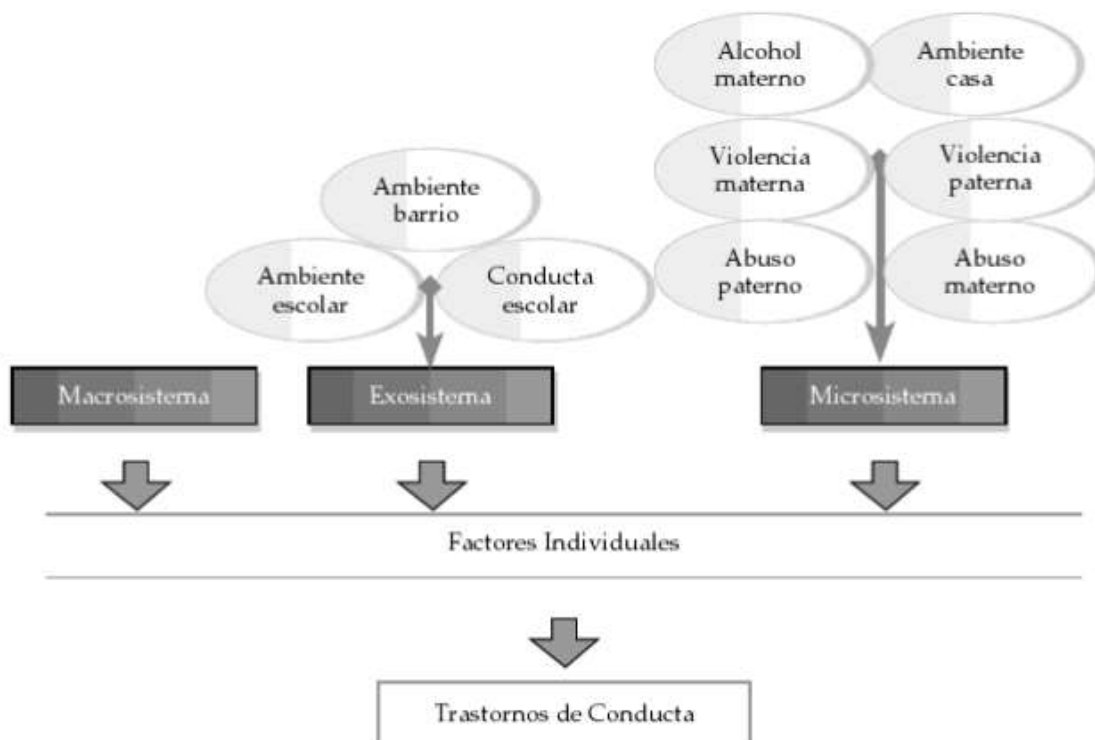


Figura 3. Modelo ecológico de predictores de la conducta antisocial de Frías-Armenta, López-Escobar y Díaz-Méndez (2003).

4.1.8. Prevalencia

La prevalencia en los trastornos de conducta ha aumentado en la última década debido a transformaciones sociales, culturales y educativas, diagnosticándose en los años 90 un 5% y en la actualidad un 15% (Rabadán, et al., 2011; Rabadán y Giménez, 2012). Pero más en concreto, Rodríguez y Barrau (2012) apuntan que entre los 5 – 10 años, los niños presentan una prevalencia entre 4,8-7,4% y en una niñas entre 2,1-3,2%, y para los adolescentes, varía entre un 1,5-3,4%, dándose la media de inicio sobre los 11 años. Así, Egger y Angold (2006) en su investigación de los trastornos de conducta en preescolares, señalan que los estudios de trastornos de tipo oposicionista-desafiante registran tasas de entre el 4% y el 17%, siendo más frecuente en niños 4-5% que en niñas 2-3%, y dándose con más frecuencia entre los 8-10 años.

Además, suele ser mayor en zonas urbanas y en clases sociales bajas, aunque se está ampliando a niveles socioeconómicos medio-alto debido al estilo educativo materialista. (Lahey, Miller, Gordon y Riley, 1999). Así Campbell, Shaw y Gilliom (2000) señalan una prevalencia del 5-13% en niños infantiles, siendo la mayor incidencia en familias en desventaja económica.

Así mismo, destacar que la aparición temprana, es decir, antes de los 10 años, parece estar asociada con una mayor prevalencia de conducta agresiva. En la muestra de ensayos de campo del DSM-IV, los jóvenes con trastorno de conducta de inicio temprano tenían 8,7 veces más probabilidades de exhibir al menos un comportamiento agresivo que los jóvenes con trastorno de conducta de aparición tardía. Siendo además las tasas de persistencia del trastorno generalmente altas, de un 50% a un 80% (Albert, et al., 2007).

En cuanto al TND, la prevalencia varía del 1 al 16%, con una media del 4% ya que se modifica dependiendo la edad y el género, dándose más en niños con un 1,7% que en niñas con un 0,6% desde los 3 años y antes de la adolescencia (8-10 años y 13-16 años) e igualándose el género a partir de la adolescencia. Además, presenta una prevalencia en la infancia del 3-8% y en la adolescencia del 1-3% (Angulo, et al., 2008; Alda, et al., 2009; Vásquez, et al., 2010; García Romera, 2011; Rabadán y Giménez, 2012; Emberley y Pelegrina, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Sasot Llevadot, et al., 2015; Pelaz Antolín, 2016).

En cuanto al TEI, la prevalencia oscila entre el 2-7%, dándose más en la adolescencia media entre 14 y 18 años y raramente después de los 30 años, y más en varones que mujeres. Además, se destaca su mayor prevalencia en jóvenes y en sujetos con estudios de secundaria o inferiores (Kessler, et al., 2006; Roncero, et al., 2009; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Zapata y Palacio, 2015).

Y en cuanto al TC, la prevalencia varía entre el 2 y 10%, con una media del 4%. En los varones se da una prevalencia del 6-16% y en las mujeres del 2-10%, pero si especificamos en relación a los niños, los niños presentan una prevalencia del 4,8% y las niñas del 2,1%. Suele darse con más frecuencia en varones como se puede observar y en la adolescencia (3-9%), de modo que en los varones se da sobre los 10-12 años y en las mujeres sobre los 14-16 años, teniendo un peor pronóstico que en los varones. Además, también influye en la frecuencia los núcleos urbanos y el bajo nivel socioeconómico (Albert, et al., 2007; Angulo, et al., 2008; Alda, et al., 2009; Vásquez, et al., 2010; García Romera, 2011; Rabadán y Giménez, 2012; Emberley y Pelegrina, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Sasot Llevadot, et al., 2015; Pelaz Antolín, 2016).

4.2. Trastornos de conducta en el entorno familiar

Conocer las conductas que manifiestan los niños con trastorno de conducta en el entorno familiar es necesario debido a que como nos comenta Wakschlag, Leventhal, Briggs-Gowan, Danis, Keenan, Hill, et al. (2005) en su investigación, aproximadamente un 40% presentan los problemas en interacción con sus padres.

A más de, destacar que los niños pueden presentar una serie de signos de alarma infantiles en casa que pueden hacer pensar en un futuro problema. Algunos que se pueden dar desde el nacimiento hasta la entrada de la escuela son: problemas persistentes en la alimentación, sueño o llanto; excesiva tranquilidad y pasividad; problemas en la comunicación y relación con iguales; y retraso o problemas en el lenguaje. Y durante la etapa escolar se pueden dar: irritabilidad, miedos, ansiedad, impulsividad, problemas de atención, conductas opositoras o destructivas, hiperactividad, y fracaso escolar (Sabrià, 2008).

También, son niños que en edades tempranas, a menudo se enfadan y muestran pataletas, siendo fácilmente molestados, discutiendo con los padres, no cumpliendo las obligaciones que se les mandan, acusando a los demás de sus errores o mal comportamiento como a los hermanos o padres, siendo resentidos y vengativos, y sin mostrar mucha compasión ante los sentimientos del otro. Llegando en edades superiores a falsificar notas escolares, mentir a la familia, escaparse de casa, agredir tanto psicológicamente como físicamente y dañando propiedades que le pertenecen (Angulo, et al., 2008).

Además, en un caso clínico de una adolescente con problemas de conducta se nos comenta que tiene comportamientos como mantener actitudes defensivas, discutir a menudo con la madre, reprocharle comportamientos, desafiarle en varias ocasiones,

mantener una actitud pasiva en casa, ser maleducada realizando conductas como no saludar a su familia, no recoger la habitación, no hacer las tareas, etc. (Gil Iñiguez, 2014).

Por todo ello, se ve necesaria la colaboración de la familia con los docentes a lo largo de la intervención de las dificultades surgidas en los niños, para conseguir una mejora en los ámbitos principales en los que se desarrolla y forma el niño, consiguiendo un progreso más eficaz y trasladable a los demás ámbitos debido al feedback sobre los comportamientos del niño.

4.3. Trastornos de conducta en el aula

También es muy importante conocer los comportamientos que manifiestan los niños con trastorno de conducta en el aula para poder darse cuenta de cuando se está desarrollando un problema en la conducta del alumno.

Por ello, Rabadán, et al. (2011) nos comentan que el alumnado que presenta trastornos de conducta en el aula tiene dificultades en su socialización, debido a que el comportamiento y los sentimientos que exteriorizan son inadaptados, y por ello no mantienen buenas relaciones interpersonales con los profesores y los compañeros. Así mismo, muestran una baja habilidad de aprendizaje, declinando deberes mediante olvidos, enfrentándose a las sugerencias útiles del profesor y compañeros para ser más fructíferos, protestando ante algunas tareas, y demorándose en la ejecución de las tareas. Además, suelen presentar malhumor, irritabilidad, y critican y se burlan del esfuerzo de sus profesores y compañeros. Y a más de, la falta de responsabilidad, impulsividad, agresividad, depresión, pasividad, y retraimiento son conductas que manifiestan en exceso de manera crónica.

Además, según Wakschlag, et al. (2005), el alumnado con este trastorno tiene tendencia a responder agresivamente ante enfados u hostilmente, mantener conductas antisociales, dificultad para recuperarse ante situaciones estresantes, falta de empatía y pobre internalización de las normas sociales.

También, tal y como nos dice López Rubio (2012) muestran conductas exteriorizadas desagradables y rencorosas, con agresividad ante la resolución de conflictos, y rabietas frecuentes y prolongadas en el tiempo con poco autocontrol, e interiorizadas como una baja capacidad de gestión de las emociones.

Así mismo, Caparrós (2012) señala las faltas de respeto hacia compañeros o profesores, la necesidad de llamar la atención, la necesidad de tener éxito, agresividad, depresión, mentiras ante situaciones en las que puede perder algo, comportamientos infantiles, y miedos.

Y por último, destacar un caso clínico de un adolescente con problemas de conducta, en donde se nos comenta las malas conductas que lleva a cabo en el aula, como interrumpir en clase, pelearse con compañeros, estar expulsado del aula, y suspender (Gil Iñiguez, 2014).

4.4. Evaluación de los trastornos de conducta

En relación a este punto, comentar que es uno de los más importantes debido a la relevancia que tiene conocer ante que nos estamos enfrentando y las consideraciones individuales de cada niño, para posteriormente llevar a cabo una intervención lo más individualizada posible consiguiendo resultados adecuados, debido a que no será lo mismo intervenir ante un niño con trastorno de conducta, que ante un niño con conductas disruptivas.

Por lo tanto, como nos comenta García Romera (2011) en su guía, en la fase de evaluación es importante que participen todos los contextos, los cuales son el escolar, socio-familiar y el propio niño, ya que todos influyen en la conducta problemática del niño.

Además, podemos ver como en una serie de casos descritos por López Hernández (2014), Gil Iñiguez (2014) y Rizo Ruiz (2014) sobre un niño con comportamientos disruptivos de 9 años, un niño con TND de 12 años, y un niño con problemas de conducta de 13 años, llevan a cabo diferentes métodos de evaluación como son una entrevista a la madre, la tutora del colegio y al niño, un registro de observación y autoinformes. Por lo que se enfatiza la importancia de conocer tanto el punto de vista del niño, como el de los padres y tutora conjuntamente.

Así pues, para la evaluación del contexto escolar, se propone llevar a cabo una entrevista con el tutor semiestructurada (ver Anexo 1), en donde la información más relevante sea la descripción de las conductas, antecedentes y consecuencias, el estilo atribucional del tutor y expectativas, las reacciones de los compañeros y del tutor, y los aspectos positivos (Angulo et al., 2008; García Romera, 2011). Y también, García Romera (2011) expone una recogida de información del resto de los profesores que tratan con el niño de manera individual para evitar el sesgo entre ellos.

También, para la evaluación del niño (ver Anexo 3), la cual se realiza paralelamente a la evaluación escolar, se plantea analizar cuáles son sus conductas-problema más habituales, y los desencadenantes y consecuencias a medio y largo plazo de las mismas. Además, también se proponen unas evaluaciones completas de su historia personal, de sus capacidades cognitivas, y de sus capacidades emocionales y habilidades

sociales (Caballo y Simón, 2002; Servera, 2002; Angulo et al., 2008; García Romera, 2011).

En relación a ello, López Hernández (2014) en su caso, también plantea una Entrevista sobre la Historia Personal Clínica con el niño, la cual recoge información sobre el motivo de consulta, el área familiar, personal, sobre la salud y estudios.

Así mismo, Caballo y Simón (2002) y Angulo, et al. (2008) nos comentan que aunque un test de inteligencia no ayudara al diagnóstico del niño, es recomendable para que pueda ser colocado correctamente en los programas escolares y evitar que la frustración conduzca a la agresión, para ello se podría utilizar por ejemplo, el Test de Wechsler.

Destacar a García y Orellana (2011) los cuales nos comentan la importancia de conocer cómo se autodefinen las personas con trastorno de conducta mediante la autoexploración de ellos mismos como una herramienta de evaluación para el examinador y de autoconciencia para las propias personas, las más usuales son las entrevistas interactivas y el empleo de dibujos en la infancia y adolescencia. En relación a las entrevistas interactivas, permiten conocer la concepción que tienen del problema, la perspectiva que tienen de otros puntos de vista, el modo en que dan sentido a sí mismos y a sus circunstancias, a sus sentimientos y comportamientos, y la creación de puntos de vista alternativos para afrontar los problemas. Pero para llevarla a cabo se debe informar explícitamente de los propósitos de la evaluación para que lo entiendan, y se debe ir informando de las conclusiones para realizar buenas indagaciones, realizando para ello distintas respuestas por parte de la persona entrevistada. Y en relación a los dibujos, hay una técnica llamada el yo ideal, la cual se realiza utilizando tres hojas DIN A4, en una se dibuja a una persona ficticia desagradable para el niño y se buscan características personales, objetos que lleva al colegio, como se relaciona con su familia, regalos para

sus cumpleaños, las cosas que teme, los hechos que le han hecho ser de esa forma y lo que le ocurrirá en el futuro; en otra dibuja alguien que sea muy agradable para él; y en otra la propia experiencia de la persona, la clase de persona que le gustaría ser y la que no le gustaría. En este proceso, el niño dibuja las respuestas y el examinador escribe las respuestas verbales al lado del dibujo.

Y además, en relación al contexto escolar, los profesores también pueden llevar a cabo evaluaciones del niño ya que es uno de los contextos en donde el niño más tiempo pasa, por lo que podrán utilizar instrumentos para evaluar mediante diferentes medios como la observación en el aula, y diálogos (ver Anexo 2) (Caballo y Simón, 2002; Angulo, et al., 2008).

Por último, para la evaluación del contexto socio-familiar (ver Anexo 4), se plantean una serie de instrumentos para la evaluación de la familia, comentando como importante la recogida de información de las características familiares como composición, historia previa, estilos de crianza, expectativas..., características individuales como sintomatología, tipo de trastorno, desarrollo psicomotor y moral, empatía..., características escolares como dificultades académicas, retrasos en el aprendizaje..., y características del contexto social como situaciones, cultura, red de apoyos, servicios sociales y sanitarios para el tipo de ayudas y servicios que se están prestando, y otros espacios sociales como ludotecas, deporte, ocio, etc. (Caballo y Simón, 2002; Servera, 2002; Angulo et al., 2008; García Romera, 2011; Comeche Moreno y Vallejo Pareja, 2016).

De igual modo, comentar que López Hernández (2014) en su caso también plantea la realización de la entrevista a los padres aplicando el Modelo de Entrevista General para niños del Centro de Psicología Aplicada de la UMH, la cual recoge información sobre los

datos personales del niño, sobre el motivo de consulta y sobre el área de salud, familiar y social, escolar, y ocio e intereses.

Y así mismo, Luengo Martin (2014) también comenta las entrevistas a los padres de manera frecuente pero desde una perspectiva de profesor, en donde se muestre interés por el alumno, se exprese lo que queremos o sentimos y no culpen o critiquen al otro, se aprecien los recursos y habilidades del niño, se traten las conductas de manera breve, clara y específica, se describa a los padres los pasos que se han dado con el alumno para aminorar sus dificultades, se pregunten sobre las habilidades del niño en otros ámbitos y sus sugerencias para potenciarlas, y sobre todo se debe centrar la entrevista en lo positivo señalando lo que se puede y se quiere hacer con el niño, terminando con un programa de trabajo conjunto para lograr metas.

Y para finalizar con la evaluación, García Romera (2011) propone una síntesis de la información obtenida para recoger por escrito lo más importante de las características del alumno, características y funcionalidad de las conductas-problemáticas, características del contexto escolar, características de la familia, contexto social y recursos implicados, contexto sanitario, y la realización de un análisis diferencial entre un alumno con trastorno de la conducta y un problema de conductas disruptivas.

4.5. Intervención psicopedagógica en los trastornos de conducta

Tras conocer algunas de las teorías e investigaciones que existen sobre los trastornos de conducta, se ve necesaria la detección temprana de niños con alto riesgo para el desarrollo de problemas severos de conducta, y la necesidad de intervenir tempranamente para que no se den problemas de conducta más graves o desajustes futuros. Además, la intervención a edades tempranas se ve apoyada también por las

teorías de la alta plasticidad y la respuesta a los inputs del ambiente que los niños poseen (Luengo Martín, 2014).

Por lo tanto, para llevar a cabo una intervención en los trastornos de conducta se requiere contar con la implicación activa de los padres y adultos significativos del niño, en donde entra también la labor del maestro, debido a que las habilidades y pautas de conductas eficaces en ellos reduce la oposición, desafío y agresividad de los niños (Kazdin, 1997 citado en Servera, 2002; Danforth, 1999 citado en Servera, 2002). Además, como nos comenta García Romera (2011) intervenir en los contextos donde se manifiestan las conductas desadaptadas es el mejor modo de asegurar un cambio relevante.

Así pues, la intervención con el alumno se debe centrar en “aumentar sus habilidades para identificar y reconocer sus dificultades y problemas, mejorar sus habilidades de autorregulación y comunicación y manejar sus conductas desadaptadas” (García Romera, 2011, p.68).

Con la familia se pretende “introducir cambios que mejoren su coherencia y habilidades educativas, la comunicación entre sus miembros, la potenciación de las conductas adaptadas y la reducción de las desadaptadas” (García Romera, 2011, p.68).

Y con el centro educativo se pretende “incrementar las habilidades de relación del profesorado con sus alumnos, a mejorar la gestión de sus aulas y a aumentar el conocimiento y práctica en la identificación y manejo de los problemas de conducta” (García Romera, 2011, p.68).

Para comenzar, en líneas generales, en el centro educativo García Romera (2011) nos propone en primer lugar intervenir con el alumno de manera individual a través de

autorregistros de conducta, contratos, programas de autorregulación, entrenamiento en habilidades sociales, control emocional, etc.

También, plantea llevar a cabo en el aula el manejo de contingencias sobre las conductas manifestadas y el seguimiento curricular o implementación de su adaptación curricular individual; en el recreo la vigilancia del alumno y planificación de actividades grupales; en el comedor la implementación de pautas básicas de control de conducta; en los pasillos el refuerzo de la organización tanto en los cambios de profesores como en los desplazamientos grupales; en las actividades complementarias la participación del alumno con su grupo para reforzar las conductas adaptadas; y en las actividades extraescolares es necesario el conocimiento de las líneas básicas de intervención por parte del monitor para generalizar las estrategias implementadas. Y por último, destaca la colaboración de la Pedagoga Terapéutica con el niño realizando un programa de modificación de conducta, mejorando las habilidades sociales y emocionales y llevando a cabo un seguimiento curricular (García Romera, 2011).

Más específicamente, los programas que se proponen para llevar a cabo los profesores de manera coherente con el resto de los adultos que interactúan con el alumnado son:

- Programa de Intervención educativa para Aumentar la Atención y Reflexividad (PIAAR) de Gargallo (1997). Va dirigido a niños de 7 a 11 años, o de 12 a 14 años, se aplica de manera individual o grupal, y con él se pretende potenciar la reflexividad mediante la discriminación, atención, razonamiento, demora de respuestas, autocontrol verbal, análisis de detalles, y uso de estrategias cognitivas y de investigación. Se compone de 25 sesiones para el alumnado de 7 a 11 años y 30 sesiones para el alumnado de 12 a 14 años.

- PEMPA: Para, Escucha, Mira, Piensa y Actúa. Programa para el desarrollo de la reflexividad y el autocontrol. de Bornas, Servera y Galván (2002). Va dirigido a niños de Educación Infantil y Primaria, se aplica de manera individual o en pequeño grupo, y con él se pretende reducir el comportamiento impulsivo del alumno sustituyéndolo por la reflexión antes de tomar decisiones debido a la adquisición de destrezas cognitivas de autorregulación del comportamiento, durante 36 sesiones.
- Programa de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad de Orjales y Polaino (2010). Va dirigido a niños de 6 a 12 años, se aplica de manera individual o en pequeño grupo, y con él se pretende lograr una autonomía cognitiva y emocional en la regulación de su comportamiento debido a la aplicación de 9 programas diferentes durante 30 sesiones.
- Piensa en voz alta. Habilidades cognitivas y sociales en la infancia. Un programa de resolución de problemas para niños. de Camp y Bash (1998). Va dirigido a niños de 6 a 8 años, se aplica de manera individual o en pequeño grupo, y con él se pretende que el alumno desarrolle habilidades de resolución de problemas a través del entrenamiento de la mediación verbal en problemas sociales y cognitivos, mediante 23 sesiones.
- ESCePI: Enseñanza de Soluciones Cognitivas para Evitar Problemas Interpersonales. Programa de enseñanza de habilidades sociales y educación en valores para la convivencia. de García y Magaz (1997). Va dirigido a niños de 4 a 10 años, se aplica de manera individual o grupal, y con él se pretende que los profesores en forma de juegos mejoren en los niños la reflexividad, las destrezas sociales y valores para la convivencia, mediante 31 sesiones.

- Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) de Monjas (2006). Va dirigido a niños de 4 a 10 años, se lleva a cabo en los contextos de casa y colegio, y con él se pretende promover la competencia interpersonal, es decir, que aprendan a relacionarse positiva y satisfactoriamente con otras personas, mediante 30 sesiones.
- Programa de control de la ira de Miranda, Roselló y Soriano (1998). Con él se pretende disminuir o eliminar la conducta agresiva a través del autocontrol de la ira y frustración mediante 12 sesiones de razonamiento, reestructuración cognitiva de autoinstrucciones, resolución de problemas interpersonales y relajación.
- Programa párate y piensa de Kendall, Padever y Zupan (1980). Es un tratamiento que combina las autoinstrucciones, el modelado y las contingencias mediante 15 sesiones aplicadas a desarrollar la atención y reflexión y 7 sesiones a la solución de situaciones interpersonales.

Así mismo, simultáneamente con la implementación de estos programas se debe llevar a cabo una serie de técnicas de manejo de contingencias, las cuales pueden ser útiles tanto para los maestros como para los padres (Caballo y Simón, 2002; Servera, 2002; Alda, et al., 2009; Angulo et al., 2008; De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011; García Romera, 2011; Rodríguez y Barrau, 2012; Comeche Moreno y Vallejo Pareja, 2016):

TÉCNICAS PARA MANTENER E INCREMENTAR CONDUCTAS

DESEABLES

Técnicas	Características
Refuerzo positivo	<p>Esta técnica consiste en presentar inmediatamente tras una conducta adecuada un hecho o privilegio, el cual hace que la conducta aumente su frecuencia. Para ello debe ser consistente, inmediato y contingente a la conducta que se quiera incrementar. Y además, debe ser significativo para el niño, como por ejemplo: Alabanzas, como comentarios positivos y motivadores de los buenos comportamientos; Atención, como una mirada, sonrisa, comentario, conversación breve; Contacto físico, como una acaricia; o Recompensas y privilegios, como un juguete, una elección de una actividad.</p> <p>Se puede utilizar con cualquier tipo de conducta positiva que se desee aumentar, variando los refuerzos.</p>
Economía de fichas	<p>Consiste en concretar con el niño unas conductas adecuadas y unas recompensas, privilegios o actividades, así cuando el niño realiza las conductas adecuadamente va consiguiendo fichas, tarjetas o puntos, y si emite conductas inadecuadas las pierde. Por lo tanto, el niño va acumulando esas fichas y las puede ir canjeando por esas recompensas, privilegios o actividades ya especificadas previamente.</p>

	<p>Gracias a esta técnica potenciaremos el valor de los reforzadores debido a su amplia gama, manejaremos la demora del refuerzo y evitaremos interferencias con otros reforzamientos. Y además, su aplicación se puede llevar a cabo en grupos de estudiantes en las aulas.</p> <p>Se debe utilizar cuando el niño presenta conductas desafiantes y agresivas, premiando varios registros sin que haya mostrado la conducta.</p>
<p>Refuerzo negativo</p>	<p>Esta técnica consiste en retirar un reforzador negativo o estímulo aversivo después de una conducta adecuada con el fin de aumentar su emisión.</p> <p>Se puede utilizar con cualquier tipo de conducta positiva que se desee aumentar, variando los refuerzos siempre y cuando sea posible.</p>
<p>Modelado</p>	<p>Esta técnica consiste en que el niño aprende una conducta adecuada observándola en una persona significativa, siendo reforzada positivamente tras su realización.</p> <p>Puede producirse a partir de conductas ejemplificadas por el terapeuta, orientado, profesor, compañeros, visionado de videos o modelos de la vida real.</p>

	<p>Se puede utilizar sobre todo en las conductas de enfado, discusión y desafío, modelando conductas adecuadas para no llegar a las conductas desadaptadas.</p>
<p>Moldeamiento</p>	<p>Consiste en hacer que el niño desarrolle una nueva conducta mediante refuerzos a las aproximaciones más parecidas a la conducta final deseada y la extinción de las respuestas que son distintas a la conducta deseada.</p> <p>Se puede utilizar sobre todo cuando realiza conductas de socialización, se enfada, discute y viola normas con menos frecuencia, empieza a controlar arrebatos, agresiones o destrucciones.</p>
<p>Contratos de conducta</p>	<p>Es un procedimiento que consiste en reflejar un contrato por escrito entre el niño y el adulto en el que se especifican las consecuencias positivas o negativas que supone el realizar las acciones propuestas, firmándolo posteriormente y pactando las consecuencias de su invalidación.</p> <p>Es un método que compromete al niño y a los implicados en la modificación de sus comportamientos.</p> <p>Esta técnica es muy útil en adolescentes, y su efecto es mayor si esta visible el contrato y si la recompensa es un tema importante para él. Además, es bueno en los niños con poca capacidad de autorreforzamiento.</p>

	Se puede utilizar con cualquier tipo de conducta que se desee mejorar, como la frecuencia de enfados, discusiones y violación de normas, agresiones, etc.
--	---

Tabla 2. Técnicas para mantener e incrementar conductas deseables.

TÉCNICAS PARA DISMINUIR CONDUCTAS NO-DESEABLES	
Técnicas	Características
Extinción	<p>Supone la retirada de la atención, aprobación o reforzadores materiales que siguen inmediatamente a un comportamiento no deseado que se desea reducir.</p> <p>En un primer momento se puede producir un aumento de la respuesta inadecuada, pero al tiempo puede ser un resultado duradero. También, destacar que no se puede llevar a cabo si el niño tiene conductas agresivas hacia sí mismo o los demás.</p> <p>Se debe utilizar cuando el niño realiza episodios explosivos que provocan situaciones conflictivas con el adulto.</p>
Tiempo fuera o Time-out	<p>Se trata de que el niño pase unos minutos en un rincón o un sitio aburrido después de un comportamiento incorrecto que deseamos eliminar. Se recomienda un minuto por cada dos años de edad, y resulta eficaz para niños de 2 a 10 años.</p> <p>Se debe utilizar cuando el niño realiza conductas negativas, desobedientes o desafiantes.</p>

<p>Castigo o Coste de respuesta</p>	<p>Consiste en aplicar una consecuencia desagradable tras la aparición de conductas desadaptadas. Para ello se puede retirar un privilegio o algo agradable tan pronto como sea posible, o presentar una situación molesta para él, pero a la vez también se debe acompañar de reforzadores positivos tras las conductas adecuadas.</p> <p>Hay que tener en cuenta, que puede tener efectos secundarios como provocar daños físicos, ser un modelo agresivo, provocar reacciones negativas en la persona que lo lleva a cabo o en el niño, o no producir el efecto deseado debido a la adaptación al castigo.</p> <p>Por ello su aplicación deberá de ser valorada continuamente, y aplicable en situaciones más graves como agresiones, destrucciones o robos.</p>
<p>Reforzamiento diferencial</p>	<p>Esta técnica consiste en utilizar el reforzamiento positivo para disminuir conductas inadecuadas o mantener la conducta a niveles moderados. Sobre todo se debería realizar ante conductas agresivas. Existen varios procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforzamiento diferencial de tasas bajas: El reforzamiento se aplica después de pasado un tiempo de la última respuesta por mantener la conducta con una tasa más baja, para debilitar la conducta pero no suprimirla. Puede ser útil para el autocontrol en conductas como fumar, consumo de alcohol, comer en exceso, etc.

	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles: El reforzamiento se aplica en conductas incompatibles a las que se quiere eliminar. Puede ser útil para conductas desobedientes, reforzando la obediencia. - Reforzamiento diferencial de otras conductas: El reforzamiento se aplica por la no manifestación de una conducta inadecuada determinada en un espacio de tiempo. Siendo útil por ejemplo, en la no manifestación de explosiones de ira.
<p>Sobrecorrección</p>	<p>Esta técnica consiste en administrar consecuencias aversivas tras la realización de una conducta inadecuada, al haber perturbado el ambiente. Se penaliza la conducta con dos acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restitución: restaura el ambiente o su entorno hacia un estado mejor. Por ejemplo, tener que recoger lo destruido, devolver lo robado, curar al agredido, etc. - Practica positiva: realiza la conducta adecuada de manera repetitiva.

Tabla 3. Técnicas para disminuir conductas no-deseables.

- TÉCNICAS COGNITIVAS:

1. Autoinstrucciones

Son verbalizaciones internas que apoyan, guían o refrenan la propia conducta antes, durante y después de una situación difícil, para producir un cambio en la conducta. Para ello, en primer lugar, un modelo debe realizar una tarea dándose instrucciones en voz alta, para después el niño realizarla también en voz alta, después voz baja y finalmente decírselas a sí mismo. Además, el niño debe ir aplicándolas a tareas cada vez más complejas y en su entorno natural.

Esta técnica se suele utilizar con niños más impulsivos.

Un ejemplo de esta técnica es el propuesto por Kazdin (1995, citado en Servera, 2002), llamado Solución de problemas. Se desarrolla en 20 sesiones de 40-50 minutos y se emplean cinco autoinstrucciones verbales correspondientes a cinco pasos, los cuales hasta la sesión 5 se ensayan en tareas simples, para después llevarlas a situaciones difíciles para el niño, primero hipotéticas y después reales:

- ¿Qué se supone que he de hacer?
- Tengo que examinar todas mis posibilidades.
- Conviene que me concentre y preste atención.
- Tengo que elegir.
- Lo he hecho bien o, vaya, lo he hecho mal.
- Debo ir más despacio y concentrarme.

2. Detención del pensamiento

Con esta técnica se enseña al niño a centrar su atención en el pensamiento negativo que actúa como detonante de la conducta agresiva, para detener su presencia mediante un gesto o palabra y cambiar su centro de atención.

Requiere de un entrenamiento en la búsqueda de esos pensamientos negativos. Es utilizado con niños mayores.

Se debe utilizar en cualquier conducta desadaptada.

3. Autocontrol

Se pretende que el niño regule las conductas ante situaciones conflictivas, es decir, que mediante autointervenciones le permita modificar los antecedentes y consecuencias de su conducta problema.

Las fases son:

- a) Autoobservación: Se enseña al niño a observar y registrar su conducta, diferenciando entre conductas prosociales y disociales.
- b) Establecimiento de objetivos realistas: Se describen las conductas que se esperan conseguir, las cuales son incompatibles con las que se desean modificar.
- c) Entrenamiento de técnicas de autocontrol como la autoobservación, técnica de la tortuga, relajación... y técnicas como el autorrefuerzo y autocastigo.

d) Diseño de situaciones que favorezcan la generalización de lo aprendido en contextos reales.

e) Revisión de las situaciones reales en las que se aplicó las técnicas.

4. Reestructuración cognitiva

Esta técnica pretende modificar los pensamientos erróneos del niño enseñándole a identificar cómo influyen, cuales son, analizarlos y llevar una búsqueda de los pensamientos más adecuados.

5. Autorregulación

Se utiliza tras haber modificado la conducta del niño para que así se mantenga, y consiste en aprender a regular la conducta mediante autoobservación, autorregistros y autorrefuerzos tras las conductas adecuadas.

Además, señalar la importancia en la intervención del EOEP del centro, el cual deberá atender a distintas funciones (García Romera, 2011). Deberá promover la prevención mediante la comunicación con los agentes educativos de los niños con entrevistas, sesiones generales, escuelas de padres, etc.; asesorar directamente a las familias estableciendo vínculos, atendiendo a sus problemáticas, prestándoles atención, etc.; asesorar al tutor, coordinador y equipo directivo en su relación con las familias; derivar y coordinarse con los Servicios Sanitarios y Sociales implicados (ver Anexo 5), servicios deportivos, asociaciones y entidades del entorno; e informar sobre los programas que se pueden llevar a cabo con las familias, los cuales son:

- Programa de entrenamiento de padres de Forehand y McMahon (1981, citado en Servera, 2002). Va dirigido a padres de niños entre 3 y 8 años. Sus objetivos se dirigen a modificar las interacciones anómalas entre padres e hijos, incrementar las habilidades conductuales de los padres y reducir los problemas de conductas de los niños. Este programa se desarrolla en sesiones de 60 y 90 minutos, prolongándose en torno a 10 sesiones, y diferenciándose dos fases, atención diferencial y entrenamiento en el cumplimiento de órdenes. La primera se centra en enseñar a los padres a prestar atención a las conductas de los niños, describirlas y eliminar las ordenes y preguntas, y también en que los padres aprendan a emplear recompensas verbales y físicas para apoyar la obediencia e ignorar la desobediencia y otros comportamientos. Y en la segunda, se centra en enseñar a los padres a dar órdenes eficaces y administrar consecuencias en función del seguimiento o incumplimiento del niño hacia las instrucciones dadas. Además, destacar que entre los componentes se incluyen explicaciones didácticas, modelado, role playing, interacción con el niño en el contexto de entrenamiento, supervisión y tareas para casa.

- Programa de entrenamiento de padres de Barkley (1997). Va dirigido a padres con niños entre 2-11 años con trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno disocial. Se aplica en 10 sesiones semanales de 2h. de duración, y recomendable en formato grupal.

Se estructura en 9 fases diferentes:

- Explicar, comprender las causas de las conductas anómalas (Se abordan con los padres las causas de los comportamientos, se identifican las causas en la propia familia, y se asume la necesidad de esas causas para la intervención).

- Aprender a prestar atención a las conductas apropiadas (Se aprende cuando y como es adecuado prestar atención mediante ejemplos reforzadores).
- Incrementar la obediencia, el juego independiente y dar órdenes eficaces (Se pone en práctica la atención y la forma de dar órdenes para favorecer la obediencia y el juego independiente).
- Aplicar un sistema de economía de fichas en el hogar (Se emplean incentivos más poderosos que los elogios para cumplir las normas a través del programa de fichas para el hogar en niños de 4-7 años y de puntos para niños de 8 años en adelante).
- Aplicación de tiempo fuera (Se introduce el castigo ante conductas negativas, desafiante y de desobediencia).
- Anticipar problemas y manejar el comportamiento infantil en lugares públicos (Se reducen conductas negativas fuera de casa mediante un plan que establece previamente reglas de comportamiento y delimita incentivos por cumplimiento y el castigo por desobediencia).
- Mejorar el comportamiento del niño en el colegio (Se utiliza el informe diario del colegio para dar o quitar incentivos en casa).
- Como manejar problemas futuros de comportamiento (Se evalúan las habilidades adquiridas por los padres, y se preparan problemas futuros y modos de resolverlos).

- Sesión de apoyo al programa de entrenamiento (Se consolidan las habilidades de los padres y se revisan los métodos empleados y obstáculos encontrados tras un mes después).
- Programa para niños con desórdenes de conducta de Bloomquist (1996, citado en García Romera, 2011). Va dirigido a padres de niños entre 2 y 12 años, se aplica de manera individual o grupal y se lleva a cabo en sesiones semanales. La metodología que lleva a cabo se divide en 4 intervenciones diferentes, en primer lugar se proporciona información sobre el concepto de desórdenes de conducta, tipos, identificación, etc., en segundo lugar se centran en las habilidades y recursos de los padres que pueden ser útiles para incrementar las destrezas parentales y familiares, en tercer lugar se ofrecen instrucciones a los padres para mejorar las habilidades infantiles, y en cuarto lugar se trabajan estrategias para mantener y generalizar los resultados.
- El programa EDUCA. Escuela de padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos. de Díaz-Sibaja, Comeche y Díaz (2009). Va dirigido a padres de niños de 2 a 12 años, se aplica de manera individual o grupal, y se lleva a cabo semanalmente. Tiene por objetivo enseñar técnicas conductuales y cognitivas de demostrada eficacia a los padres para mejorar sus funciones educativas y socializadoras, y consta de 9 sesiones organizadas en 2 bloques. El primero se constituye de 3 sesiones sobre aspectos teóricos y metodológicos para fomentar un cambio de actitud en los padres más positivo y constructivo de la educación, y el segundo se constituye de 6 sesiones sobre estrategias basadas en el modelo de modificación de la conducta.

5. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL

Tras la revisión y análisis de la literatura encontrada sobre los trastornos de conducta en los niños, podemos llegar a una serie de conclusiones.

Debido a la elevada prevalencia y al crecimiento de los trastornos de conducta, tal y como hemos visto en numerosos estudios, podemos concluir que es un área de gran relevancia para los profesionales de la educación. Es precisamente en este contexto donde aparecen una gran parte de los signos que caracterizan estas patologías, consecuencia de la distorsión que ocasionan en el aula, fácilmente detectables por docentes y orientadores.

Estas conductas cuando tienen una aparición de inicio infantil, tienen más probabilidades de ser más agresivas y persistir hasta la adolescencia y etapa adulta. Además, se puede afirmar que los niños con trastornos de conducta despiertan escasa simpatía entre sus compañeros, siendo estudiantes rechazados o ignorados, tal y como nos dicen algunos estudios, debido a sus actitudes, lo que aun hará que les resulte más difícil establecer relaciones sociales estables y satisfactorias. De ahí que se estime imprescindible un diagnóstico precoz y un abordaje adecuado, con el fin de minimizar las consecuencias negativas futuras.

También, en relación con los primeros síntomas significativos, concluir que suelen aparecer en la infancia media viéndose como TND, diagnosticándose en una mayoría de casos más tarde el TC. El TND es precisamente el trastorno que con más abundancia se diagnostica siendo su aparición la más temprana, siguiéndole el TEI con una aparición en la adolescencia y el TC con una aparición media entre los 10 y 16 años.

Así mismo, destacar según las investigaciones analizadas que los trastornos de conducta se dan con mayor probabilidad en niños que en niñas, apareciendo antes en los

niños en edades preescolares y en niñas en edades adolescentes. Y apareciendo en niños en desventaja económica, clase social baja y de zonas urbanas, aunque algunos autores ven que en niveles socioeconómicos medio-alto se está empezando a dar debido al estilo de educación materialista.

La comorbilidad asociada después de la literatura revisada puede ser muy variada y abundante, destacando en una investigación una comorbilidad del 98% con el TDAH en niños, siendo el trastorno más comórbido.

De forma general se podría decir que los trastornos de conducta tienen un origen multicausal. En relación con los factores de riesgo escolares más relevantes son la escasa atención del profesorado, la asimetría que se da entre el profesor y el alumno, la diferencia entre estudiantes buenos y malos, y la actitud negativa de los compañeros hacia estos estudiantes. Teniendo en cuenta también, los familiares como un estilo educativo inapropiado por parte de los padres, las situaciones de desestructuración familiar, y acontecimientos críticos.

Además, concluir que la presencia de factores de riesgo personales, hace plantearse la importancia de los servicios de tratamiento en la población infantil desde edades tempranas de carácter público, en coordinación con pediatría y atención temprana, para su pronta detección y prevención de factores de riesgo.

Hay algunas evidencias de autores relacionadas con que las experiencias escolares son a veces el origen de los problemas de conducta, debido a determinadas actitudes del profesorado, la falta de expectativas, las técnicas de enseñanzas tradicionales, etc., las cuales pueden mantener e incrementar los patrones de conducta que llevan a los trastornos. Además, aunque no se señalen como relevantes en la literatura revisada la

colaboración familia-centro y las influencias de las actitudes de los compañeros, son una clara tendencia hacia la manifestación de problemas comportamentales.

La mayoría de autores coinciden en una necesidad de colaboración familia-centro a través de tutorías para ir acordando criterios, objetivos y pautas para seguir de manera transversal en el aula y en el ámbito familiar. Así, se unificarán las actuaciones llevadas a cabo, las cuales ayudarán a prevenir o eliminar las conductas inadecuadas, favoreciendo su desarrollo socioemocional.

En relación a las propuestas de intervención, los programas de control de contingencias, el entrenamiento a padres y las técnicas cognitivas son los abordajes que mejores resultados han obtenido, sobre todo cuando se tiene en cuenta todo el contexto del niño para ello, como es la familia, escuela y niño.

Teniendo en cuenta los resultados de las investigaciones, se ve la necesidad de intervenir en todos los ámbitos, desde las medidas grupales y de tutoría a las medidas individuales. Viéndose importante, una comunicación entre los distintos profesionales implicados para no interferir en el logro de objetivos de los tratamientos educativos adoptados.

Por todo ello, se ve el cumplimiento del objetivo general de mostrar una visión actual sobre los trastornos de conducta, exponiendo principalmente las características, formas de presentación, evolución y la manera de evaluar e intervenir desde el ámbito educativo.

Gracias a esta revisión teórica he aprendido a diferenciar entre los diferentes trastornos de conducta, a darme cuenta de las diferentes maneras de presentación que tienen tanto en conductas como en edad, pudiendo aparecer primero un trastorno y debido

a su no correcta intervención aparecer otro más grave. He conocido los problemas comórbidos que se pueden llegar a tener, viendo por ello más manifestaciones en el niño a la hora de derivarlo las cuales proceden de esa comorbilidad. Me he dado cuenta de la gran variedad de orígenes que se pueden dar, viendo necesario la no única búsqueda de una explicación, sino tratando con una gran variedad de elementos personales, genéticos, familiares, escolares, y ambientales, teniendo que tener todos en cuenta a la hora de evaluar e intervenir para llevar a cabo una buena detección y una buena implantación de las técnicas y programas necesarios en el niño.

El aumento de los trastornos de conducta, unido con su aparición temprana en la etapa de educación infantil se asocia con mayor probabilidad de conductas agresivas y persistencia, y es una de las principales causas que me han llevado a detectar la importancia de un diagnóstico precoz. Pero tras la revisión realizada me he dado cuenta de una gran variedad de futuras investigaciones relacionadas con los Trastornos de Conducta, las cuales describo a continuación.

En primer lugar, creo que es necesario un análisis más profundo con respecto al docente, teniendo en cuenta las habilidades que hoy en día poseen para realizar una primera detección de los síntomas y derivarlo a otros profesionales, el conocimiento de las técnicas de reestructuración cognitivo-conductual, la capacidad para estructurar los espacios y tiempos para la realización de tareas o para formular cooperativamente las normas de comportamiento en el aula siguiendo un estilo democrático. También, el conocimiento de la comunicación fluida con la familia y los demás recursos que intervienen con este tipo de alumnado como los servicios sociales, sanidad, etc., como un factor importante en su intervención. Y además, con respecto al docente, un estudio de hoy en día, de la repercusión que tiene el estilo de enseñanza del profesor, y sus interacciones verbales y no verbales como factor de riesgo de los trastornos de conducta.

En segundo lugar, la importancia del trabajo en red, debido a que la intervención de los niños con trastornos de conducta engloban a muchos profesionales (sanitarios, sociales y educativos) y se debería ver cómo se lleva a cabo hoy en día esa coordinación y colaboración y como ayuda o beneficia a los niños con el trastorno, viéndose si fuera necesario mejoras a tener en cuenta.

En tercer lugar, la influencia de la motivación del niño y de la familia, la cual creo que es necesario conocer y comprender debido al papel que juega en su cambio de conducta, lo que contribuirá a que las estrategias tengan una eficacia u otra en los programas.

Y por último, destacar que al no poder acceder a todas las investigaciones, libros, o artículos relacionados con este trastorno debido a su no gratuidad en algunos casos o a su precio, algunas investigaciones o programas que podrían haber sido importantes y actuales no han podido ser incorporados a la revisión.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M., y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behaviour checklist and revised behaviour profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. y McConaughy, S. (1989). *Semistructured clinical interview for children aged 6-11*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Albert, D.B., Connor, D.F. y Ford, J.D. (2007). Conduct disorder subtype and comorbidity. *Annals of clinical psychiatry*; 19 (3); 161-168.

Alda, J.A., Arango, C., Castro, J., Petitbo, M.D., San, L. y Soutullo, C. (2009). *Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿Qué está sucediendo?*. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu.

Angulo Domínguez, M.C., Fernández Figares, C., García Perales, F.J., Giménez Ciruela, A.M., Ongallo Chanclón, C.M., Prieto Díaz, I. y Rueda Roldán, S. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos graves de conducta*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de educación. Dirección general de participación e innovación educativa. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23837/apoyo_educativo_trastornos_conducta.pdf

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) (5a Ed.)* Madrid: Editorial medica panamericana.

Barkley, R.A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. Nueva York: Guilford.

Barkley, R.A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training (2ª edición)*. Nueva York: Guilford.

Barrau Alonso, V.M. y Rodríguez Hernández, P.J. (2012). Trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral*; XVI (10); 760-768.

Bornas, X., Servera, M. y Galván M. R. (2002). *PEMPA: Para, Escucha, Mira, Piensa y Actúa. Programa para el desarrollo de la reflexividad y el autocontrol*. Bilbao. Albor-Coshs.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.

Bustamante, G. (2013). Trastorno explosivo intermitente (TEI). *Revista de actualización clínica*; 35, 1824-1827.

Caballo, V. E. y Simón, M.A. (2002) *Manual de psicología clínica infantil del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Editorial Pirámide.

Caparrós Sánchez, R. (2012). Niños/as con problemas de comportamiento en el aula. *Publicaciones didácticas*; 31, 268-293.

Campbell, S. B., Shaw, D. S., y Gilliom, M. (2000). Early externalizing behaviour problems: Toddlers and pre-schoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*; 12, 467-488.

Camp, B. W. y Bash, M. A. S. (1998). *Piensa en voz alta. Habilidades cognitivas y sociales en la infancia. Un programa de resolución de Problemas para niños*. Valencia: Promolibro-Cinteco.

Comeche Moreno, M^o. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson Psicología.

De la Peña-Olvera, F. y Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*; 34, 421-427.

Díaz-Sibaja, M. A., Comeche, M. I. y Díaz, M. I. (2009). *PROGRAMA EDUCA. Escuela de padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos*. Madrid: Pirámide.

Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*; 44, 559-584.

Egger, H. L. y Angold, A. (2006). Common emotional and behavioural disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 47, 313-337.

Emberley, E. y Pelegrina, M. (2013). Prevalencia, sintomatológica y distribución del trastorno negativista desafiante. *RET: revista de toxicomanías*; 69, 3-8.

Fernández, E. y Olmedo, M. (1999). *Trastorno del comportamiento perturbador*. Madrid: UNED-FUE.

Franco, N., Perez, M., y de Dios, M^o. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*; 1(2); 149-156.

Fraser, A. y Wray, J. (2008). Oppositional Defiant Disorder. *Australian family physician*; 37 (4); 402-405.

Frías-Armenta, M., López-Escobar, A. y Díaz-Méndez, S (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*; 8, 15-24.

Frick, P. J. (1991). *Alabama Parenting Questionnaire*. Extraído el: 6/6/2017, en: <https://cyfar.org/alabama-parenting-questionnaire>

Fonseca, L. y Rey, C. (2013). Características neuropsicológicas de niños con trastorno negativista desafiante. *Revista de psicopatología y psicología clínica*; 18 (3); 233-244.

García, M. y Magaz, A. (1997). *ESCePI. Enseñanza de Soluciones Cognitivas para Evitar Problemas Interpersonales. Programa de entrenamiento en resolución de conflictos*. Madrid-Bilbao: ALBOR-COHS.

García, J. y Orellana, M^o C. (2011). “Si alguien escuchara lo que no se contar”. Trastorno de conducta y agresividad en la infancia: técnicas de intervención desde una perspectiva constructivista. *Apuntes de psicología, Universidad de Sevilla*; 29 (2); 259-278.

García Romera, A. (coord.) (2011). *Trastornos de la conducta. Una guía de intervención en la escuela*. Gobierno de Aragón. Departamento de Educación, Cultura y Deporte. Recuperado de: <http://www.psie.cop.es/uploads/aragon/Arag%C3%B3n-trastornos-de-conducta-una-guia-de-intervencion-en-la-escuela.pdf>

Gargallo, B. (1997). *PIAAR. Programa de intervención educativa para aumentar la atención y reflexividad*. Madrid: TEA.

Gil Iñiguez, A. (2014). Intervención en un caso de un adolescente con problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*; 1(1); 61-67.

González, M., Gesteira, C., Fernández, I. y García, M. (2010). Adolescentes que agreden a sus padres. Un análisis descriptivo de los menores agresores. *Psicopatología clínica legal y forense*; 10, 37-53.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 38, 581-586.

Herbert, M. (1983). *Trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Paidós Psicología Evolutiva.

Javaloyes, A. y Redondo, A. (2005). *Trastornos de conducta en la edad infantil*. Pediatría Integral. Monografías de psiquiatría infantil.

Kadesjö, B. y Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of the Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*; 42 (4); 487-492.

Kendall, P.C., Padever, W. y Zupan, B. (1980). *Developing self-control in children. A manual of cognitive-behavioural strategies*. Minnesota: University of Minnesota.

Kessler, R., Coccaro, E., Fava, M., Jaeger, S., Jin R., y Walters E. (2006). The prevalence and correlates of DSM-IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*; 63, 669-678.

Kimonis, E. y Frick P. (2010). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder Grown-Up. *Journal of Developmental & Behavioural Paediatrics*; 31, 244-54.

Lahey, B. B., y Loeber, R. (1994). Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder. En D.K. Routh (Ed.), *Disruptive behaviour disorders in childhood* (pp.139-180). New York: Plenum.

Lahey, B., Miller, T., Gordon, R., y Riley, A. (1999). Developmental Epidemiology of the Disruptive Behavior Disorders. En H. C. Quay y A. Hogan (Eds.), *Handbook of the disruptive behavior disorders* (pp. 23-48). New York: Plenum Press.

Ley orgánica para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) (Ley Orgánica 8/2013, 9 de diciembre). Boletín Oficial del Estado, nº 295, 2013, 10 diciembre.

López Hernández, P. (2014). Un caso de comportamiento disruptivo infantil: Tratamiento conductual en el ámbito familiar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*; 1(2); 117-123.

López-Rubio Martínez, S. (2012). Prácticas de *crianza y problemas de conducta en preescolares: un estudio transcultural* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.

López-Villalobos, J. (2014). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*; 7 (2); 80-87.

Luengo Martín, M^o A. (2014). Cómo intervenir en los problemas de conducta infantiles. *Padres y maestros*; 356, 37- 43.

Magaz, A. y García, E. (1998). PEE. Perfil de Estilos Educativos. Bizcaia: Grupo ALBOR-COHS.

Miranda, C. A. y Santamaría, M. M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación*. Valencia: Promolibro.

Miranda, A., Martorell, C., Llácer, M.D., Peiró, E., y Silva, F. (1993). Inventario de Problemas en la Escuela IPE. En F. Silva y C. Martorell (Comp.): *Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil*. EPIJ (vol. 1). Madrid: MEPSA.

Miranda, A., Roselló, B. y Soriano, M. (1998). *Estudiantes con deficiencias atencionales*. Valencia: Promolibro.

Monjas, M^o. I. (2006). *Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS). Para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Parent training education programmes in the management of children with conduct disorders*. London: Author.

Navarro, A., Peiro, R., Llacer, M.D., y Silva, F. (1993). Escala de problemas de conducta (EPC), En F. Silva y M.C Martorell (Drs), *EPIJ. Evaluación de la personalidad infantil y juvenil*. (Vol. I). Madrid: MEPSA.

Nock, M., Kazdin, A., Hiripi E., y Kessler R. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 48(7); 703-713.

Orden de 28 de marzo de 2008, del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueba el currículo de la Educación infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, nº 43, 2008, 14 de abril.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación. CIE-10: CDI-10*. Madrid: Editorial medica panamericana.

Orjales, I. y Polaino, A. (2010). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE.

Patterson, G. R. (1982). *Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia.

Pelaz Antolín, A. (2016). *Salud mental: qué y cuándo derivar y contener. Trastornos de conducta*. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2016*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; p. 129-32.

Porter, R. B. y Cattell, R. B. (2016). *CPQ. Cuestionario de Personalidad para Niños*. Madrid: TEA.

Rabadán, J., Giménez A., y Hernández E. (2011). Detección, en la práctica pedagógica, de los trastornos de conducta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*; 1 (3); 225-264.

Rabadán, J. y Giménez, A. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XXI*; 15 (2); 185-212.

Rangel Araiza, J.F. (2014). El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia: Revisión de la bibliografía. *Salud Mental*; 37, 75-82.

Reich, W. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 39, 59-66.

Rizo Ruiz, A. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*; 1(1); 89-100.

Román, J. M. y Alonso, J. (2003). *PEE. Escalas de identificación de Prácticas Educativas Familiares*. Madrid: CEPE.

Roncero, C., Rodríguez, A., Grau, L. y Casas, M. (2009). Trastornos del control de impulsos y tratamiento con antiepilépticos. *Actas Esp Psiquiatr*; 37 (4); 205-212.

Sabrià, J. (2008). Historia clínica y detección precoz de los problemas emocionales y de conducta en la infancia. *Pediatría Integral*; 12, 847-854.

Sánchez Cerezo, S. (1986). *Enciclopedia Temática de Educación Especial*. Getafe (Madrid): CEPE.

Sasot Llevadot, J., Ibañez Bordas, RM., Soto López, A., Montañez Rada, F., Gastaminza Pérez, X., Alda Díez, JA., et al. (2015). Consenso del GEITDAH sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes. *Rev Neurol*; 61, 167-182.

Servera Barceló, M. (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Vallés Arándiga, A. (2002). *Modificación de la conducta problemática del alumno: técnicas y programas*. Alcoy: Editorial Marfil, S. A.

Vásquez, M.J., Fera, M., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno disocial*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Vásquez, M.J., Feria, M., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno negativista desafiante*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Wakschlag, L. S., Leventhal, B. L., Briggs-Gowan, M. J., Danis, B., Keenan, K., Hill, C., et al. (2005). Defining the “disruptive” in preschool behavior: What diagnostic observation can teach us. *Clinical Child and Family Psychology Review*; 8, 183-201.

Zapata, J. y Palacio, J. (2016). Trastorno explosivo intermitente: un diagnóstico controversial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 45 (3); 214-223.

7. ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA CON EL TUTOR

Guión de la entrevista con el tutor de García Romera (2011):

1. Datos personales del alumno:

NOMBRE Y APELLIDOS:
EDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:
CURSO/NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN:
CENTRO ESCOLAR:
FECHA DE LA ENTREVISTA:
ENTREVISTADOR:
ENTREVISTADO:
ASIGNATURAS Y NÚMERO DE HORAS QUE IMPARTE AL GRUPO:

2. Conductas que le preocupan del alumno:

DIRIGIDAS A LOS OBJETOS	
DIRIGIDAS A LOS COMPAÑEROS	
DIRIGIDAS A LOS ADULTOS	
DIRIGIDAS A SÍ MISMO	
OTRAS A DESTACAR	

3. Consecuencias, frecuencia y momentos en los que aparecen dichas conductas:

CONDUCTA	CONSECUENCIAS	FRECUENCIA	MOMENTO DE APARICIÓN

3.1. Especificar los antecedentes o desencadenantes de dichas conductas:

.....

.....

3.2. ¿Qué ha hecho el tutor en esos casos y cuáles han sido los efectos de las medidas adoptadas?

.....

.....

3.3. ¿Qué ha hecho el resto del profesorado y cuáles han sido los efectos de las medidas adoptadas?

.....

.....

3.4. ¿A qué atribuye el tutor esas conductas?

.....

.....

4. ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles del alumno?

	A NIVEL CURRICULAR	A NIVEL SOCIAL
PUNTOS FUERTES		
PUNTOS DÉBILES		

5. Descripción de las relaciones sociales con los compañeros:

.....

.....

6. ¿Respetan las normas básicas del centro y del aula?

.....

.....

7. Tipo de coordinación y relación con la familia, con el Equipo Directivo, con los profesores especialistas y con otros profesores:

7.1. ¿Lleva a cabo reuniones?

7.2. ¿Con quién?

7.3. Periodicidad de las mismas:

7.4. Finalidad de las reuniones:

8. Estilo de enseñanza del profesor:

8.1. Distribución del aula:

8.2. Reparto de responsabilidades:

8.3. Tipo de agrupamientos para las diferentes tareas:

8.4. Existencia o no de hora de tutoría directa con los alumnos (y tipo de actividades que se realizan en ella):

8.5. ¿Se llevan a cabo adaptaciones de acceso?

8.6. ¿Se potencia el aprendizaje cooperativo?

8.7. ¿Qué normas de la clase se han establecido y cómo?

8.8. ¿Qué sucede cuando algún alumno se las salta?

8.9. Castigos y recompensas que se aplican:

8.10. Eficacia de dichas medidas:

ANEXO 2: INSTRUMENTOS PARA EVALUAR AL ALUMNO

Nombre	Autor	Edad dirigida	Qué evalúa
CBCL (Child Behavior Checklist)	Achenbach y Edelbrock (1983)	4 – 16 años	La conducta a través de la agresividad, depresión, obsesión compulsiva, delincuencia, ansiedad somática, problemas somáticos, delincuencia asociada, hiperactividad y retraimiento social.
SSQ (Cuestionario de situaciones escolares)	Barkley (1987)	Niños en ámbito escolar	Las situaciones en donde los déficits atencionales del niño provocan más problemas y las respuestas del profesor ante dichas conductas.
IPE (Inventario de Problemas en la Escuela)	Miranda, Martorell, Llácer, Peiró y Silva (1993)	Niños en ámbito escolar	Problemas de Aprendizaje (PA), Conducta Antisocial (CA), Retraimiento (RE), Timidez-Ansiedad (TA) e Inadaptación Escolar (IE).
Cuestionario SDQ (Cuestionario)	Goodman (1997)	3 -16 años	Problemas de comportamiento, Hiperactividad y atención, Problemas con los compañeros

de capacidades y dificultades)			de clase, Síntomas emocionales y sintomatología prosocial.
Cuestionario de Análisis Funcional de la Conducta problemática en el aula	Vallés Arándiga (2002)	Niños en ámbito escolar	Las circunstancias previas a la conducta problemática, las consecuencias, génesis, los intentos de control, los contextos cognitivo, y la detección de posibles reforzadores.

Registro de las condiciones de aparición de la conducta problema de Angulo et al. (2008):

Datos del alumno-a.....
Curso.....Edad.....Colegio.....
Definición de la conducta observada.....
.....

SEMANA DEL	CIRCUNSTANCIAS PREVIAS A LA APARICIÓN	REACCIONES DE LOS COMPAÑEROS-AS	REACCIONES DEL PROFESOR-A	CONSECUENCIAS INMEDIATAS PARA EL ALUMNO-A
LUNES				
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				

Informe de conducta en el aula de Angulo et al. (2008):

Datos del alumno-a.....
Curso.....Edad.....Colegio.....
Definición de la conducta observada.....
.....

PROFESORES-AS.

Por favor ,valore el comportamiento diario del alumno-a en el aula en las conductas que se reseñan a continuación. Utilice una columna para cada asignatura y ponga abajo sus iniciales.

El baremo a aplicar es el siguiente: 1-excelente, 2-buena conducta, 3 –conducta normal,4-mala conducta,5-muy mala conducta

Si quiere añadir cualquier comentario puede utilizar el reverso del papel

CONDUCTAS PARA VALORAR	1ª HORA	2ª HORA	3ª HORA	R	4ª HORA	5ª HORA	6ª HORA
REALIZA LAS TAREAS ASIGNADA							
HABLA CON RESPETO AL PROFESOR-A							
REALIZA LAS ACTIVIDADES DE CLASE							
TRATA ADECUADAMENTE A SUS COMPAÑEROS							
OBEDECE A SUS PROFESORES-AS Y MAYORES							
INICIALES DEL PROFESOR-A							

Instrucciones de los informes de conducta

-El alumno-a entregará diariamente una copia del informe de conducta a cada profesor-a , (o bien cada profesor-a se lo entregará al siguiente), al acabar la clase lo evaluará siguiendo el baremo.

- A la salida del colegio, el alumno-a lo entregará a su padre o madre, los cuáles sumarán los valores asignados , que califican el comportamiento del alumno-a, traduciendo en baremo en puntos canjeables por privilegios o reforzadores positivos.

- La familia habrá realizado un listado de privilegios canjeables por puntos .

- Al comienzo de la intervención el refuerzo deberá ser inmediato o administrarlo de forma muy cercana a la salida de clase.

- La traducción de puntos y la operación que realiza es la siguiente:

1 = conducta excelente=25 puntos

2= conducta buena =15 puntos

3=conducta normal=5 puntos

4= mala conducta=-15 puntos. Resta

5=muy mala conducta=-25 puntos. Resta

- Después de dos semanas de tratamiento con reforzamiento inmediato, tenderemos a realizar la sumatoria semanal y operando para obtener un total de puntos canjeables por los beneficios que se organicen para el alumno o alumna.

ANEXO 3: INSTRUMENTOS PARA UNA EVALUACIÓN DEL NIÑO

Título	Autor	Edad dirigida	Que evalúa
DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children)	Shaffer et al. (1997)	6 – 18 años	Recopila información sobre el niño para llevar a cabo un diagnóstico psiquiátrico (por ejemplo, la edad del sujeto, el grado en la escuela, la presencia de hermanos, identificación de cuidadores o figuras de apego).
EDNA-IV (Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes)	Reich (2000)	EDNA-C, para niños de 8 a 12 años. EDNA-A, para adolescentes de 13 a 17 años.	Recoge información para obtener diagnósticos de síntomas y síndromes siguiendo un sistema de clasificación categorial. Tras la evaluación sintomática se explora el inicio y el final de los trastornos, así como los ámbitos en que son de mayor repercusión.
EPQ-J (Cuestionario de personalidad para niños)	Eysenck y Eysenck (2000)	8 – 15 años	Evalúa tres dimensiones básicas de personalidad (neuroticismo, extraversión y psicoticismo o dureza) y sinceridad.

<p>BAS 1, 2 y 3 (Batería de socialización)</p>	<p>Silva y Martorell (2001)</p>	<p>6 – 15 años</p>	<p>BAS 1: observación directa del profesor.</p> <p>BAS 2: observación directa de los padres.</p> <p>BAS 3: evaluación de la socialización de niños y adolescentes, en ambientes escolares y extraescolares.</p> <p>Mide varias escalas de estimación, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuatro dimensiones facilitadoras de la socialización (liderazgo, jovialidad, sensibilidad social y respeto-autocontrol). - Tres dimensiones perturbadoras de la socialización (agresividad-terquedad, apatía, retraimiento y ansiedad-timidez).
--	---------------------------------	--------------------	--

			- Una escala global de adaptación social o criterial (socialización).
CACIA (Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente)	Capafons y Silva (2001)	11- 19 años	Valora los aspectos implicados en los modelos de autorregulación y autocontrol: motivación para el cambio, proceso de retroalimentación, procesos de anticipación de consecuencias, procesos de atribución causal, procesos de juicio y habilidades para la autodeterminación.
HSPQ (Cuestionario de personalidad para adolescentes)	Cattell, Beloff y Coan (2001)	12 – 18 años	Atendiendo a la personalidad del adolescente y sus posibles problemas en su actividad escolar y en su entorno social, el test permite apreciar catorce dimensiones de la personalidad, incluyendo el aspecto intelectual.
STAIC (Cuestionario de autoevaluación,	Spielberger (2001)	9 – 15 años	Evalúa el factor de la ansiedad, y ofrece dos evaluaciones de la misma con 20 elementos cada una: Ansiedad estado (como se siente en

ansiedad, estado rasgo en niños)			un momento determinado) y Aniedad rasgo (como se siente en general).
CAS (Cuestionario de ansiedad infantil)	Gillis (2003)	6 - 8 años	Nivel de ansiedad infantil en niños en los primeros niveles de escolaridad.
TAMAI (Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil)	Hernández (2004)	8 – 18 años	Evalúa la inadaptación personal, social, escolar y familiar así como las actitudes educadoras de los padres.
MFF-20 (Test de emparejamiento de figuras conocidas)	Cairns y Cammock (2005)	6 – 12 años	Evaluación del estilo cognitivo: impulsividad-reflexividad, que se refiere a la forma en que el niño se enfrenta a determinadas tareas.
BFQ-NA (Cuestionario “Big Five” de personalidad para niños y adolescentes)	Barbaranelli, Caprara y Rabasca (2006)	8-15 años	Evalúa cinco dimensiones de personalidad: conciencia, apertura, extraversión, amabilidad e inestabilidad emocional.

<p>A-EP (Evaluación de la autoestima en educación primaria)</p>	<p>Ramos, Giménez, Muñoz y Lapaz (2006)</p>	<p>9 – 13 años</p>	<p>Medición global de la autoestima a través de un lenguaje claro y llano, de manera atractiva con ilustraciones a color.</p>
<p>STAXI-NA(Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes)</p>	<p>Del Barrio, Spielberger y Aluja (2007)</p>	<p>8 – 17 años</p>	<p>Evalúa con precisión los diferentes componentes de la ira (experiencia, expresión y control) y sus facetas como estado y como rasgo de un modo ágil y sencillo.</p>
<p>BASC (Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes)</p>	<p>Reynolds y Kamphaus (2007)</p>	<p>3- 18 años</p>	<p>Evalúa aspectos adaptativos (liderazgo, habilidades sociales y para el estudio, adaptabilidad, relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo) e inadaptativos (ansiedad, agresividad, problemas de atención, de aprendizaje, hiperactividad, retraimiento, búsqueda de sensaciones, problemas externalizados, internalizados,</p>

			depresión, problemas de conducta, somatización, actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los padres, locus de control, estrés social, sentido de incapacidad) de la conducta del niño.
ESPQ (Cuestionario factorial de personalidad para niños)	Coan y Cattell (2008)	6 - 8 años	Cuestionario de 160 preguntas (dividido en dos partes) que permite puntuaciones en 13 dimensiones de la personalidad, incluyendo el aspecto intelectual. Algunas de las dimensiones evaluadas son: Reservado/Abierto, Inteligencia baja/alta, Afectado emocionalmente/estable, Calmoso/Excitable, Sumiso/Dominante, Sobrio/Entusiasta, Despreocupado/Consciente, Cohibido/Emprendedor, Sensibilidad dura/blanda, Seguro/Dubitativo, Sencillo/Astuto, Sereno/Aprensivo y Relajado/Tenso.

<p>ACE (Alteración del comportamiento en la escuela)</p>	<p>Arias, Ayuso, Gil y González (2010)</p>	<p>3 – 13 años</p>	<p>Evalúa el despistaje en el aula y orienta si es necesario evaluar posteriormente otros aspectos significativos.</p>
<p>CPQ (Cuestionario de personalidad para niños)</p>	<p>Porter y Cattell (2016)</p>	<p>8 – 12 años</p>	<p>Permite obtener puntuaciones en 14 dimensiones de la personalidad: Afabilidad, Razonamiento, Estabilidad, Excitabilidad, Dominancia, Animación, Atención a las normas, Atrevimiento, Sensibilidad, Desadaptación, Privacidad, Aprensión, Perfeccionismo y Tensión.</p>

ANEXO 4: INSTRUMENTOS PARA UNA EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

Guion de la entrevista familiar de García Romera (2011):

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
EDAD: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
CURSO/NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN: _____
CENTRO ESCOLAR: _____
FECHA DE LA ENTREVISTA: _____
ENTREVISTADOR: _____
ENTREVISTADOS (Y RELACIÓN CON EL NIÑO): _____
SITUACIÓN CIVIL (CASADOS, SEPARADOS, DIVORCIADOS, ETC.): _____
HERMANOS (EADADES): _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO/S: _____

2. ANAMNESIS

2.1. Desarrollo del embarazo y del parto: _____

2.2. Resultados del test de APGAR: _____

2.3. Temperamento del niño: _____

2.4. Desarrollo Temprano:

- Sentarse sin ayuda:
- Gatear:
- Caminar sin ayuda:
- Decir palabras aisladas:
- Poner juntas dos o más palabras:
- Controlar la defecación, de día y de noche:
- Controlar la vejiga, de día y de noche:

3. HISTORIAL DE SALUD

3.1. Fecha del último examen pediátrico del niño (mes y año): _____

3.2. ¿Ha tenido alguna vez su hijo alguno de los siguientes problemas? (marcar con una X)

- Asma
- Alergias
- Diabetes, artritis u otra enfermedad crónica
- Epilepsia o un desorden convulsivo
- Convulsiones febriles
- Varicela u otras enfermedades comunes de la infancia
- Problemas de corazón o de la presión sanguínea
- Fiebre alta
- Lesión en la cabeza con pérdida de conocimiento
- Cirujía
- Hospitalización prolongada
- Problemas del habla o del lenguaje
- Infecciones crónicas de oído
- Dificultades de audición
- Problemas de los ojos o de la visión
- Dificultades motrices
- Problemas de apetito (comer demasiado o muy poco)
- Problemas para dormir (quedarse dormido, permanecer dormido)
- Problemas de evacuar encima
- Problemas de orinar encima
- Otras dificultades de salud (por favor, describa)

4. ESTRUCTURA FAMILIAR

4.1. Hijo biológico / Adoptado (indicar):

4.2. Nº Hermanos:

4.3. ¿Quiénes conviven en el domicilio familiar?

4.4. Relación entre los miembros:

4.5. Ocupación de los padres (situación laboral):

4.6. Principales problemas familiares (relación pareja, económicos, espacio):

4.7. ¿Padecen o han padecido los padres y los hermanos problemas psicológicos?

4.8. ¿Existen en su familia antecedentes de problemas psicológicos graves?

5. PRINCIPALES PREOCUPACIONES DE LOS PADRES

5.1. Problemas de conducta en el hogar:

5.2. Problemas emocionales:

5.3. Problemas de desarrollo:

5.4. Problemas y relación con el centro escolar:

5.5. Problemas en las relaciones sociales con la comunidad:

5.6. Otros problemas que les puedan preocupar:

6. EXPLORACIÓN DIAGNÓSTICA BÁSICA

6.1. ¿A quién han consultado por el problema actual del niño?

6.2. ¿Qué les han dicho?

6.3. ¿Ha recibido su hijo algún tratamiento?, ¿cuánto ha durado?, ¿ha sido eficaz?

7. MÉTODOS DE MANEJO DE CONDUCTAS DE LOS PADRES

7.1. ¿Su hijo cumple sus órdenes habitualmente?, ¿se las tienen que repetir varias veces?, ¿cuántas?, ¿las cumple finalmente?

7.2. ¿Están los padres de acuerdo con el tipo de normas que aplica cada uno?

7.3. ¿Qué hacen cuando quieren corregir el comportamiento de su hijo?

7.4. ¿Suelen utilizar las amenazas para conseguir que su hijo haga lo que le piden?

7.5. ¿Las ponen en práctica si su hijo no les obedece?

7.6. ¿Consideran eficaz este procedimiento para lograr que su hijo les obedezca?

7.7. ¿Le dejan al niño suficientemente claro lo que puede y lo que no puede hacer?

7.8. ¿Qué hace el padre y qué hace la madre habitualmente cuando su hijo se porta o se ha portado mal?

7.9. ¿Qué hace el padre y qué hace la madre habitualmente cuando su hijo se porta o se ha portado bien?

7.10. ¿Qué consecuencias suele tener?

7.11. Otros aspectos del comportamiento del padre y la madre: ¿Juegan normalmente con su hijo cada día o hacen algo juntos?, ¿le ayuda con los deberes?

7.12. ¿Hablan cada día sobre cómo le ha ido en la escuela o en otras actividades?

8. HISTORIAL ACADÉMICO

8.1. Rendimiento global del niño a lo largo de su escolaridad:

8.2. Rendimiento actual:

8.3. ¿Ha repetido algún curso?

8.4. ¿Tiene problemas de relación con su tutor?

8.5. ¿Tiene problemas de relación con sus compañeros?

8.6. ¿Recibe apoyo dentro o fuera del horario escolar?

8.7. ¿Ha sido expulsado del colegio en alguna ocasión?

Contenidos de la entrevista clínica de Alda, et al. (2009):

- Motivo de consulta: Tipo y frecuencia de aparición de las conductas problemáticas, edad de inicio, lugares donde se producen, reacción de la familia, profesores, compañeros. Consultas y tratamientos anteriores.
- Genograma familiar: Identificar las personas que, sin ser del núcleo familiar, participan en los cuidados y educación del niño.
- Antecedentes personales: Prenatales, perinatales, alimentación, sueño, desarrollo psicomotriz, lenguaje, control de esfínteres, hábitos, enfermedades, accidentes, abuso físico y sexual (como víctima o como perpetrador).
- Historia escolar: Edad de inicio, adaptación, motivo de los cambios de escuela, rendimiento académico, necesidades especiales, relación con profesores y compañeros, problemas de disciplina (edad y frecuencia).

- Historia familiar: Psicopatología en los padres (depresión, uso de sustancias, conducta antisocial), problemas conyugales, violencia doméstica, implicación en la educación de los hijos, estilo educativo, coherencia en la disciplina.
- Informes de otros profesionales: Profesores, psiquiatras, psicólogos, educadores, trabajadores sociales.

Título	Autor	Edad dirigida	Que evalúa
CCP (Cuestionario de Conductas Problemática para Preescolares)	Miranda y Santamaría (1986)	Para padres con niños de 3 – 6 años.	Evalúa la conducta hiperactiva en niños preescolares. Consta de 59 ítems, con tres alternativas de respuesta. La prueba consta de tres escalas: hiperactividad-déficit de atención, falta de control-irritabilidad y agresividad.
APQ (Alabama Parenting Questionnaire)	Frick, P. J. (1991)	Padres con niños de 6 – 18 años.	Mide cinco dimensiones de la crianza de los hijos que son relevantes para la etiología y el tratamiento de los problemas de externalización infantil: 1) participación positiva con los niños; 2) supervisión y monitoreo; 3) uso de técnicas disciplinarias positivas; 4) el uso de esa

			disciplina y (5) el uso del castigo corporal.
EPC (Escala de Problemas de Conducta para Padres)	Navarro, Peiró, Llacer y Silva (1993)	Para padres con niños de 3 – 16 años.	Ofrece siete escalas: Problemas Escolares, Conducta Antisocial, Timidez / Retraimiento, Trastornos Psicopatológicos, Problemas de Ansiedad, Trastornos Psicósomáticos y Adaptación Social.
PEE (Perfil de estilos educativos)	Magaz y García (1998)	Para padres con niños a partir de 18 años.	Valora de manera cuantitativa y cualitativa las actitudes y valores ante la educación de hijos y alumnado. Variables que evalúa: sobreprotección educativa, inhibición educativa, punición educativa y aserción educativa.
PEF (Escala de identificación de prácticas educativas familiares)	Román y Alonso (2003)	Para padres con niños de 6 – 10 años.	Evalúa la percepción de las prácticas educativas o estilos educativos más frecuentemente utilizados por las madres y los padres. Además, recogen la percepción del adulto y la

			percepción infantil, por separado, para posibilitar su contraste.
ECPP (Escala de evaluación de competencia parental)	Magaz y García (2008)	Padres con hijos de 3 – 18 años.	Evalúa las siguientes dimensiones de la competencia parental: la implicación escolar, la dedicación personal, el ocio compartido, el asesoramiento/orientación y la asunción del rol de ser padre.

ANEXO 5: RECURSOS COMUNITARIOS

a) Recursos públicos de salud mental en Aragón (Hasta los 18 años)

1. Huesca

Unidad de salud mental infanto-juvenil de Huesca en la C/ Joaquín Costa, 26 bajos. 22002 Huesca. Tel.: 974 246 448

2. Teruel

Centro de salud mental infanto-juvenil de Teruel en la C/ Ronda de la Liberación, 1. 44002 Teruel. Tel.: 978 641 157

3. Zaragoza

Unidad de salud infanto-juvenil «actur sur» en la C/ Gertrudis Gómez de Avellaneda, 3. 50015 Zaragoza. Tel.: 976 524 845

Unidad de salud mental infanto-juvenil «Muñoz Fernández» en el Pº. Sagasta, 52. 50008 Zaragoza. Tel.: 976 258 021

Unidad de salud mental infanto-juvenil del hospital clínico universitario «Lozano Blesa» en la C/ San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. Tel.: 976 556 400

Hospital provincial «N^a. S^a. De gracia» en la C/ Ramón y Cajal, 60. 50004 Zaragoza. Tel.: 976 440 022

Centro municipal de promoción de la salud «Amparo Poch». Centro de salud mental (desde los 15 -29 años) en la C/ Añón, 3-5. 50002 Zaragoza. Tel.: 976 200 850

b) Servicios sociales de Aragón: programa de intervención familiar

Se dirige a familias con hijos menores de 18 años que viven circunstancias de desestructuración familiar, ausencia o falta de hábitos de conducta o habilidades básicas, causadas por dificultades en la relación y convivencia.

Consultar el siguiente enlace:
http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/IASS/Inicio/AreasActividad/ServiciosSociales/ci.ssgrales_seccion_03_intervencion_familiar.detalleDepartamento

c) ADCARA: Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón

Investiga la realidad social, detectando situaciones de riesgo o problemas, e interviene con las familias con problemas en las relaciones con los hijos.

Consultar el siguiente enlace: <http://www.adcara.org/>