



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**TRASTORNO NEGATIVISTA
DESAFIANTE Y DUREZA EMOCIONAL:
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

Autora: María Meizoso Montesinos

Director: Javier Martín Holgado

Madrid

Mayo 2019

Resumen

Los problemas de conducta disruptiva en la infancia, también conocidos como problemas externalizantes, son una de las razones más frecuentes de asistencia psicológica en niños y niñas. Dentro de este tipo de problemática encontramos el trastorno negativista desafiante (TND), caracterizado por un patrón de irritabilidad y de actitud desafiante y vengativa. Por otro lado, la dureza emocional (callous-unemotional), constructo que caracteriza a la psicopatía, destaca por la falta de culpa y empatía y en ella tiene un gran peso la genética, mediada por factores ambientales. El objetivo de este trabajo fue hacer una revisión donde profundizar en la comprensión del TND con o sin dureza emocional, desde una perspectiva multifactorial. Además, conociendo la elevada probabilidad de proyección del comportamiento antisocial en la infancia a la vida adulta, se consideró esencial centrarse en estrategias de intervención en etapas tempranas de la vida, particularmente en el trabajo con los padres. En este sentido, se discute la necesidad de concretar en las técnicas a emplear así como la utilidad de diferentes estrategias de intervención a la hora de trabajar con determinada sintomatología dentro del TND: la irritabilidad, la venganza y el desafío, y la dimensión llamada hiriente, relacionada con la sintomatología de dureza emocional.

Palabras clave: trastorno negativista desafiante, dureza emocional, factores de riesgo, estrategias de intervención

Abstract

Disruptive behavior problems in childhood, also known as externalizing disorders, are one of the most frequent reasons for psychological assistance in children. Within this type of problematic we find the oppositional defiant disorder (ODD), characterized by an irritable mood, a defiant behavior and vindictiveness. On the other hand, the callous-unemotional construct, related to psychopathy, is characterized by the lack of guilt and empathy and has a great genetic weight, mediated by environmental factors. The aim of this paper was to deepen in the understanding of ODD with or without callous-unemotional traits, from a multifactorial perspective. In addition, taking into account that antisocial behavior in childhood tends to grow into adulthood, it is essential to focus our attention in the need of intervention strategies in early stages of life, particularly parental intervention. In this sense, the need to specify the techniques to use as well as the utility of different intervention strategies when working with certain symptoms within ODD (irritability, defiant behavior and vindictiveness, and the harmful dimension, related with callous-unemotional traits), is discussed.

Key Words: oppositional defiant disorder, callous-unemotional, risk factors, intervention strategies

Índice

Introducción	5
Conceptualización del trastorno negativista desafiante	7
Criterios diagnósticos	7
Etiología	8
<i>Factores individuales</i>	8
<i>Factores biológicos</i>	8
<i>Factores funcionales</i>	10
<i>Factores familiares</i>	10
Subtipos, curso y comorbilidad	11
TND y dureza emocional	12
¿Qué es la dureza emocional?	13
Prácticas parentales	15
Consideraciones para la intervención	16
Un camino de esperanza: estrategias de intervención	17
Programas de entrenamiento parental e interacción paterno-filial	17
<i>Intervenciones generales</i>	17
<i>Terapia de interacción padres-hijos (PCIT)</i>	17
<i>Project Support</i>	18
<i>Incredible Years Series (IY)</i>	19
<i>Intervenciones específicas en irritabilidad</i>	19
<i>Entrenamiento emocional</i>	19
<i>Intervenciones específicas en dureza emocional</i>	20
<i>Terapia de reconocimiento de emociones (ERT)</i>	20
<i>Terapia de compromiso emocional</i>	21
<i>Otras intervenciones</i>	22
Programas de intervención psicosocial	23
<i>Intervención con niños</i>	23
<i>Intervención con jóvenes</i>	23
Discusión	24
Conclusiones	28
Referencias	29

Introducción

Los problemas de conducta disruptiva en la infancia, también conocidos como problemas externalizantes, son una de las razones más frecuentes de asistencia psicológica en niños y niñas (De la Peña-Olivera y Palacios-Cruz, 2011). Concretamente, tienen una prevalencia de 6,9% en niños y de un 2,4% en niñas en un rango de edad de 5-10 años (Robles y Romero, 2011).

Dentro de este tipo de problemática encontramos el trastorno negativista desafiante (TND), caracterizado por un patrón de irritabilidad, de actitud desafiante y vengativa hacia figuras de autoridad (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014). En este sentido, el TND se caracteriza por la facilidad para estar molesto e irritado y llevar a cabo comportamientos desafiantes. Asimismo, puede aparecer el deseo de dañar a otros, con tendencia al resentimiento. Según Okech (2017), la sintomatología de TND suele presentarse en etapas tempranas del desarrollo y se observa de manera persistente en áreas cotidianas, como puede ser la alimentación, el sueño o el control de esfínteres. Referente a la edad de inicio, a pesar de la dificultad de abordaje de la problemática en sí misma, presenta peor pronóstico un TND de inicio temprano que persiste en la adolescencia, que aquel que comienza en la adolescencia (Quy y Stringaris, 2017).

En cuanto a su prevalencia, en la población general es de un 1% a un 16% (Loeber, Burke, Lahey, Winters y Zera, 2000); una amplitud de rango que responde a la inconsistencia en los resultados obtenidos por diferentes investigaciones. Además, los datos indican que la prevalencia presenta una gran amplitud de porcentajes atendiendo a los diferentes países (Quy y Stringaris, 2017).

En cuanto a las diferencias de género, antes de la adolescencia existe una mayor prevalencia en niños, mientras que en la adolescencia se iguala la prevalencia entre hombres y mujeres (Riley, Ahmed y Locke, 2016). En este sentido, Demmer, Hooley, Sheen, McGillivray y Lum (2017) obtuvieron un ratio niños:niñas de 1,59:1 que aumentaba a 1,75:1 al excluir dos estudios atípicos.

Además, la mencionada problemática tiene una gran probabilidad de desarrollarse en diversos contextos y evolucionar a la vida adulta, por lo que resulta de interés poder comprender a fondo tanto el TND en sí mismo, como los factores de

riesgo y de protección relacionados, para poder intervenir sobre ellos eficazmente (Chainé, Romero, Peña, Cervantes y Gutiérrez, 2015).

Desafortunadamente, sumado a la propia dificultad de intervenir sobre la mencionada problemática, el TND en ocasiones se presenta con dureza emocional (callous-unemotional), empeorando el pronóstico y reduciendo la probabilidad de éxito en la intervención (Wilkinson, Waller y Viding, 2016). La dureza emocional es el constructo que caracteriza a la psicopatía, destacando por la presencia de falta de culpa y empatía (Humphreys et al., 2015). Además, en la dureza emocional tiene un gran peso la genética, aunque mediada por factores de riesgo y de protección ambientales. La presencia de sintomatología de dureza emocional puede ser medida en la infancia y predice el riesgo de psicopatía adulta (Humphreys et al., 2015).

En este sentido, para prevenir problemáticas posteriores es de gran interés identificar estrategias eficaces en la intervención con la sintomatología de dureza emocional teniendo en cuenta el peor pronóstico que conlleva. Sin embargo, la cuestión de cómo intervenir con niños con trastorno negativista desafiante junto con dureza emocional sigue sin resolverse debido a la complejidad de su abordaje.

La investigación ha mostrado la necesidad de intervenir en etapas tempranas del desarrollo para impedir el desarrollo de una trayectoria antisocial y promover la salud de los menores (Robles y Romero, 2011). Derivado de lo anterior, el trabajo con los padres resulta esencial, y, por ello, se elaboran diferentes estrategias de intervención que ponen el foco en la interacción paterno-filial. Asimismo, teniendo en cuenta que no siempre se puede contar con la presencia de los padres, especialmente en situaciones de riesgo social, se han propuesto estrategias de intervención de corte psicosocial para niños y adolescentes.

En definitiva, conociendo la elevada probabilidad de proyección del comportamiento antisocial en la infancia a la vida adulta, resulta esencial centrarse en estrategias de intervención específicas y eficaces, especialmente en el subtipo de TND con peor pronóstico, como es el caracterizado por la dureza emocional. La presente revisión se centra en el análisis de diferentes estrategias de intervención con el objetivo de ofrecer un marco de trabajo que facilite la individualización de los tratamientos.

Conceptualización del trastorno negativista desafiante (TND)

Criterios diagnósticos

Atendiendo al DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), el trastorno negativista desafiante consiste en un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa, que se manifiesta durante la interacción con al menos un individuo que no sea un hermano durante un periodo de seis meses. Se asocia un malestar significativo en el individuo o personas cercanas, e impacta negativamente en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes. La frecuencia necesaria de las conductas recogidas en el criterio A (Tabla 1) para diagnosticar el TND, depende de la edad de el niño. En los niños menores de cinco años ha de darse casi todos los días, mientras que en aquellos mayores de cinco años el comportamiento debe aparecer al menos una vez a la semana. Respecto a la actitud vengativa, basta con que aparezca dos veces en los seis meses. Por otro lado, aunque puede desarrollarse en la adolescencia, la tendencia es la aparición tras la etapa preescolar o al comenzar la educación primaria (Riley et al., 2016).

Tabla 1 – *Criterio diagnóstico A* (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014)

Sintomatología (al menos cuatro de los siguientes)

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.
-

Etiología

Según los expertos, en el desarrollo del TND influyen un conjunto de factores de riesgo que actúan de manera sumatoria aumentando la probabilidad de aparición (Riley et al., 2016). En este sentido, la probabilidad de desarrollar un TND se incrementa en la medida en la que los factores de riesgo superan a los factores protectores (Chainé et al., 2015).

Dentro de los factores de riesgo encontramos factores individuales, familiares y sociales. En cuanto a los factores individuales, podemos hablar de factores biológicos (como la genética, la neuroanatomía, la neuroquímica, el sistema nervioso autónomo y problemas prenatales y perinatales) y de factores funcionales (como el temperamento, el apego y el paradigma still-face). Atendiendo a los factores familiares, tienen especial importancia las prácticas de crianza y la presencia de abuso y maltrato. Por otro lado, según Riley et al. (2016), son factores de riesgo sociales el rechazo del grupo de iguales, la violencia en la comunidad, la pobreza y la falta de estructura social. Concretamente, la venta y uso de drogas en el vecindario fue predictor del desarrollo de TND (Russell et al., 2015).

Factores individuales

Factores biológicos: genética, neuroanatomía, neuroquímica, sistema nervioso autónomo y problemas prenatales y perinatales.

En primer lugar, se ha observado que el TND presenta una elevada contribución genética, llegando a superar valores 50-70% en las estimaciones de heredabilidad (Quy y Stringaris, 2017).

En lo relativo a la neuroanatomía, el funcionamiento del lóbulo frontal ha sido relacionado en un gran número de investigaciones con la conducta violenta (Burke, Loeber y Birmaher, 2004). Asimismo, según Davidson, Putnam y Larson (2000), un déficit en la activación de la amígdala disminuye drásticamente la sensibilidad ante las claves sociales que regulan la emoción. Además, añaden que el córtex orbitofrontal, junto con otras áreas con las que se encuentra conectado, como la amígdala y el córtex prefrontal, tiene un papel crucial a la hora de frenar los arrebatos impulsivos.

Por otro lado, Baving, Laucht y Schmidt (2000) encontraron un patrón de EEG de activación del lóbulo frontal atípico en niños y niñas con TND, específico en función del género. En el caso de las niñas con TND, se encontró una menor activación frontal del lado izquierdo que del derecho, mientras que aquellas sin TND no mostraron ningún tipo de asimetría. En cambio, a diferencia de aquellos que mostraron una mayor activación derecha del lóbulo frontal y menor activación del lado izquierdo, la simetría fue un signo de salud mental en el caso de los niños.

En cuanto a la neuroquímica asociada al TND, la desregulación de los niveles de serotonina están asociados tanto a la agresión como a una falta de regulación del estado de ánimo y al comportamiento impulsivo (Davidson et al., 2000). Relacionado con lo anterior y reflejando los efectos de la escasez de serotonina, se ha asociado bajos niveles de un metabolito de la misma en el fluido cerebroespinal, tanto a agresiones en la infancia, como a agresiones futuras (Burke et al., 2000).

Además, se ha relacionado el TND con la presencia de un bajo nivel de cortisol; dándose, además, una disminución en los niveles de cortisol ante situaciones estresantes en aquellos niños con altos niveles de conducta externalizante y bajos niveles de ansiedad (Van Goozen et al., 1998). Por otro lado, se han obtenido algunos datos no específicos del TND sino de conductas asociadas al mismo. Así, por ejemplo, se ha relacionado niveles elevados de testosterona, con el inicio temprano de conductas de agresión (Burke et al., 2000).

En el estudio realizado por Van Goozen et al. (1998), los niveles de frecuencia cardíaca en niños con TND fue menor que la de aquellos niños que no presentaban el mencionado trastorno. Sin embargo, según dichos autores, el nivel de frecuencia cardíaca fue significativamente más alto ante situaciones de provocación y frustración en niños con TND. En esta línea, se ha asociado bajos niveles de frecuencia cardíaca con conductas de tipo antisocial así como de delincuencia futura (Burke et al., 2000). Por otro lado, según Burke et al. (2000), una elevada conductancia de la piel predice tanto el desistimiento de la violencia como el alejamiento del mundo delictivo a pesar de tener padres relacionados con la criminalidad, mientras que una menor conductancia de la piel se ha asociado con comportamientos disruptivos.

Por último, las complicaciones médicas en el embarazo y en el parto, también predijeron el desarrollo de problemas de conducta en la infancia (Burke et al., 2000). Relacionado con ello, el abuso de sustancias por parte de los padres predice comportamientos disruptivos en la infancia de sus hijos (Burke et al., 2000). En esta

línea, como factor de riesgo relacionado con la figura maternal se incluye el consumo de nicotina durante el embarazo como predictor de futuros problemas de conducta (Tiesler y Heinrich, 2014).

Factores funcionales: temperamento, apego, paradigma still-face.

En relación al temperamento de los niños con TND, Melegari et al. (2015) encontraron elevadas puntuaciones en la búsqueda de novedad así como en la evitación del daño, muy relevante en los casos de TND que destacan en la dimensión emocional. Según estos autores, los niños con TND puntúan menos que la media en la cooperación y autodirección, lo que interfiere en el establecimiento de relaciones positivas y genera la tendencia de culpar a los otros por sus acciones.

Por otro lado, Shoar, Sheidaei y Ghavidel (2016) encontraron diferencias significativas en el establecimiento del apego entre niños con TND y niños sin dicho trastorno, destacando en los primeros un apego de tipo inseguro. En otras palabras, el desarrollo de un apego de tipo inseguro del niño hacia su figura de apego es un factor de riesgo para la aparición de un TND futuro.

Además, según Wagner et al. (2016), la presencia de reactividad en el niño ante el paradigma still-face, predice menor sintomatología futura relacionada con el TND. Así, la falta de reactividad o una actividad reducida en comparación con lo esperable, predice comportamientos propios del TND así como de otras patologías en etapas tempranas del desarrollo. En este sentido, se ha asociado los problemas de conducta en niños con una respuesta de cortisol achatada ante situaciones aparentemente estresantes (Stadler et al. 2011). Con ello, puede entenderse que la falta de la reactividad esperada ante el paradigma still-face se deba a una deficiencia de producción de cortisol ante estímulos estresores.

Factores familiares

Dentro de los factores psicosociales, toman especial relevancia los factores de riesgo parentales. Concretamente, se relaciona con el TND: la agresión, el abuso, el castigo y la disciplina inconsistente (Riley et al., 2016).

Según Chainé et al. (2015), en relación a las prácticas de crianza, parece que el uso de estrategias poco efectivas por parte de los padres fomenta la conducta

antisocial en la infancia, mientras que la interacción positiva favorece un menor grado de sintomatología de TND. En este sentido, Hawes y Dadds (2005) ya señalaron la importancia de la interacción social positiva en niños con TND. En definitiva, a mayor uso del castigo, mayor presencia de conducta negativista desafiante.

Subtipos, curso y comorbilidad

Establecer tipologías dentro del TND se hace esencial, ya que el predominio de determinada sintomatología frente a otra diferencia notablemente unos casos de otros tanto en el pronóstico como en el tratamiento. En términos fenomenológicos, podemos hablar del TND caracterizado por síntomas principalmente afectivos, marcados por el patrón de irritabilidad, y del TND caracterizado por los síntomas de venganza y desafío (Gosh, Ray y Basu, 2017). Por otro lado, Strigaris y Goodman (2009) propusieron tres subtipos de TND, añadiendo una tercera dimensión asociada a sintomatología agresiva y de dureza emocional a la que denominaron “hiriente”. La delimitación de dicha dimensión tiene una gran importancia debido a la particularidad de la sintomatología, del tratamiento y del peor pronóstico que en sí misma conlleva.

Kolko y Pardini (2010) identificaron que la faceta caracterizada por la irritabilidad se asocia principalmente a problemas internalizantes, como la depresión y la ansiedad, mientras que aquella caracterizada por la actitud vengativa y desafiante correlaciona con problemas externalizantes como el trastorno de conducta y el comportamiento delictivo.

Haciendo referencia a los problemas externalizantes, según estudios retrospectivos, el trastorno de conducta coexiste con el TND en hasta un 42% de los casos (Loeber, Burke, Lahey, Winters y Zera, 2000; Nock, Kazdin, Hiripi y Kessler, 2007). Además, según Mikolajewski, Taylor y Iacono (2017), la dimensión de venganza y desafío a los 11 años predice el uso de sustancias, el comportamiento antisocial y problemas externalizantes a los 17 años.

Otro de los trastornos que presenta mayor comorbilidad con el TND es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se presenta entre un 14% y un 40% de los niños con TND, con mayor probabilidad de aparición, de nuevo, en aquellos casos donde predomine la sintomatología de venganza y desafío (Riley et al., 2016). Por otro lado, aunque la dimensión de irritabilidad se asocie fundamentalmente a sintomatología internalizante, también puede ser predictiva de

problemas externalizantes aunque en menor medida que la dimensión de venganza y desafío. En este sentido, Burke, Hipwell y Loeber (2010) obtuvieron una correlación predictiva entre la dimensión afectiva caracterizada por la irritabilidad y problemas de conducta en niñas preadolescentes.

Asimismo, atendiendo a la sintomatología internalizante, en el estudio realizado por Nock et al. (2007), hasta en un 50% de los casos existía comorbilidad entre el TND y la depresión o la ansiedad. Sin embargo, en otros estudios la comorbilidad encontrada fue menor, hasta un 9% en el caso de la depresión y un 14% en cuanto a la ansiedad (Riley et al., 2016). Por otro lado, en el estudio realizado por Mikolajewski, et al. (2017), aunque no asociaron la dimensión de irritabilidad a trastornos concretos, esta dimensión correlacionó positivamente con sintomatología genérica asociada a problemas internalizantes.

Se observan diferencias de género en cuanto a la comorbilidad y el curso del trastorno. En el estudio The Great Smoky Mountains (2002), se encontró que la presencia de TND en niños era un fuerte predictor de un trastorno de conducta futuro. En el caso de las niñas, no suponía un factor de riesgo para el desarrollo de trastorno de conducta pero sí estuvo relacionada con la continuación del TND, así como con la aparición de trastornos internalizantes como la depresión y la ansiedad (Gosh et al., 2017). En el estudio realizado por Kerekes et al. (2014), el comportamiento disruptivo en niños fue independiente del contexto, produciéndose en diversas situaciones, mientras que los comportamientos disruptivos en niñas fueron más dependientes del contexto; en particular, aumentaba en interacción con sus madres.

TND y dureza emocional

Como ya se ha mencionado, existe determinada sintomatología oposicionista desafiante que presenta peor pronóstico; concretamente, la asociada a sintomatología agresiva y de dureza emocional, correspondiente a la dimensión hiriente (Strigaris y Goodman, 2009). Según Brown, Granero y Ezpeleta (2017), una elevada sintomatología de dureza emocional en etapas tempranas del desarrollo predice el desarrollo de un TND. Por otro lado, además de aumentar el riesgo de desarrollar un TND, la sintomatología de dureza emocional correlaciona con expresiones más severas de dicho trastorno.

La particularidad de la sintomatología, del tratamiento y del mal pronóstico que en sí misma conlleva, hace que la delimitación de la dimensión hiriente sea especialmente relevante en relación al constructo de dureza emocional. Además, la continuidad de la sintomatología de dureza emocional a lo largo del desarrollo, apoya la idea de su estabilidad y de la necesidad de identificar los síntomas en etapas tempranas, de manera que el trabajo se lleve a cabo en los momentos donde la plasticidad cerebral se encuentra en su máxima expresión.

¿Qué es la dureza emocional?

Entre la sintomatología de dureza emocional, se encuentra la falta de capacidad para empatizar y para experimentar el sentimiento de culpa, ambas haciendo referencia a la dimensión de afectividad dentro del constructo de psicopatía (Hawes, Price y Dadds, 2017). Asimismo, la evidencia apoya que, además de presentar problemas a la hora de empatizar con los otros, las personas con dureza emocional tienen dificultades reconociendo y respondiendo a los estados emocionales de los demás (Frick, Robertson y Clark, 2018).

La dureza emocional está relacionada con niveles más bajos de miedo y ansiedad, resultando en que los niños con dureza emocional tengan características emocionales diferentes a aquellos que no la presentan (Frick, Ray, Thornton y Kahn, 2014). Concretamente, se ha observado que niñas con problemas de conducta y dureza emocional, presentan menor ansiedad a los 6 años de la primera evaluación que aquellas sin dicha sintomatología (Frick et al., 2014). Por otro lado, niveles bajos de miedo a la edad de dos años, correlacionan con dureza emocional y problemas de conducta a los 13 años (Frick et al., 2014). Además, la dureza emocional se caracteriza por una escasa sensación de culpa tras cometer acciones negativas, así como una marcada insensibilidad al castigo (Brown, Granero y Ezpeleta, 2017).

Teniendo en cuenta lo anterior, se han encontrado diferencias a nivel de procesamiento cognitivo en niños y adolescentes con dureza emocional. Según Frick et al. (2018), hay determinadas particularidades que pueden ser observadas en relación a la manera de procesar los conflictos. En este sentido, la agresión es vista como un método legítimo para obtener lo deseado y se tiende a poner un mayor foco personal en los aspectos positivos de su comportamiento antisocial, culpando a otros de los aspectos negativos. Sin embargo, no se han encontrado resultados concluyentes

en el caso de la empatía cognitiva, principalmente centrada en reconocer las emociones de otros (Frick et al., 2018). Según Dadds et al. (2009) las diferencias pueden deberse a la edad ya que las dificultades empáticas en el ámbito cognitivo únicamente se encuentran en la niñez temprana. Así, plantean que puede que los niños compensen el déficit emocional tratando de aprender de forma eficaz la manera de interpretar las emociones de otras personas.

En relación al grupo de pares, el número de problemas suele ser elevado, tendiendo a hacer bullying a otros y a juntarse con otros niños con comportamiento antisocial (Frick et al, 2014). Asimismo, según Frick et al. (2018), se ha observado que el resto de niños tienden a tener aversión a aquellos niños con niveles elevados de sintomatología de dureza emocional, y que estos últimos son más propensos a cometer delitos en grupo en la adolescencia. A pesar de ello, parece que los niños con dureza emocional tienden a establecer relaciones con otros niños con baja autoestima generando una gran influencia sobre ellos, e incluso estableciendo un rol de liderazgo en los delitos cometidos con otros adolescentes (Frick et al., 2018).

En cuanto al pronóstico de la dureza emocional, según Hawes y Dadds (2005) los síntomas de dureza emocional tienen un impacto en el tratamiento, disminuyendo su efectividad. En este sentido, los niños con dureza emocional presentan una menor responsividad ante el entrenamiento parental en prácticas de crianza. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante ser claros en la transmisión de la información a los progenitores, tanto para comenzar a trabajar cuánto antes, como para que sepan qué y qué no esperar de la intervención. Por ello, a pesar del tacto con el que se trata de abordar el concepto de dureza emocional relacionado con las etapas tempranas del desarrollo, se presenta como una necesidad identificar la sintomatología de dureza emocional en las etapas caracterizadas por una mayor plasticidad cerebral (Hawes, Price y Dadds, 2014).

Según Frick et al. (2018) la sintomatología de dureza emocional presenta una importante influencia genética, que varía en un rango de moderada a muy grande. Concretamente, se han observado variaciones tanto en el gen codificador del receptor de la oxitocina como en los niveles de metilación de un gen receptor de la serotonina (Frick et al., 2018). Además, relacionado con el papel que juega la genética en la sintomatología de la dureza emocional, se plantea que, de alguna manera los padres puedan presentar dificultades a la hora de responder a dicha sintomatología por traer también consigo la dureza emocional (Hawes et al., 2011).

La sintomatología propia de la dureza emocional se ha relacionado con anomalías funcionales en las regiones del cerebro responsables de procesar y regular las emociones, como son el núcleo caudado, la amígdala y el córtex prefrontal, ventromedial y orbitofrontal (Hawes et al., 2014). Se ha observado que niños con sintomatología de dureza emocional presentan una menor conectividad entre la amígdala y el córtex del cíngulo anterior ante la visión de imágenes de personas siendo dañadas (Frick et al., 2018). Asimismo, se ha relacionado la sintomatología de dureza emocional con una menor concentración de materia gris en la amígdala y la ínsula (Cohn et al., 2016). Sin embargo, en aquellas áreas implicadas en la toma de decisiones, la moralidad y la empatía, como son el córtex orbito-frontal medial y anterior y los lóbulos temporales, se ha encontrado mayor concentración de materia gris (De Brito et al., 2009).

Prácticas parentales

Ya se mencionó en cuanto al TND que, a mayor uso del castigo, mayor presencia de conducta negativista desafiante. En la misma línea, la dureza emocional tiene una mejor respuesta ante aquellas intervenciones basadas en la recompensa que ante aquellas basadas en el castigo (Hawes y Dadds, 2005). Se ha observado que un modelo de crianza severa predice sintomatología futura de dureza emocional en los niños, así como el posible desarrollo de un TND (Wagner et al. 2016). En el estudio realizado por Brown et al. (2017), la dureza emocional a los seis años se vio influenciada por un déficit de prácticas de crianza positiva en etapas anteriores. En definitiva, la presencia de prácticas parentales positivas resulta esencial en el trabajo con niños con TND y dureza emocional.

Brown et al. (2017) no observaron que las mismas predijeran una disminución en la sintomatología de dureza emocional en etapas posteriores del desarrollo. Sin embargo, en el estudio realizado por Hawes, Dadds, Frost y Hasking (2011), las prácticas de crianza positivas y el involucramiento de los padres sí que predijo cambios en la sintomatología de dureza emocional tanto en los niños como en las niñas.

Por otro lado, en referencia al efecto de la sintomatología de dureza emocional en las prácticas parentales, Brown et al. (2017) observaron un aumento de prácticas positivas en etapas posteriores. Según dichos autores, puede ser que los padres

reaccionen con prácticas positivas tempranas como respuesta a la sintomatología de dureza emocional. Sin embargo, añaden que, en la medida en que las prácticas parentales positivas no resulten eficaces, las figuras parentales tienden a dejar de involucrarse. En este sentido, la sintomatología de dureza emocional puede acabar generando un estilo parental más duro con una menor involucración (Frick et al., 2018).

Consideraciones para la intervención

Hay determinadas consideraciones que no deben dejarse sin plantear en relación a las estrategias de intervención en el tratamiento de TND con dureza emocional. En primer lugar, teniendo en cuenta la evidencia mencionada anteriormente con respecto a los efectos negativos que tienen las prácticas de crianza marcadas por la dureza, se hace esencial el trabajo desde las prácticas de crianza positivas centradas en la calidez y la sensibilidad (Hawes et al., 2011).

En segundo lugar, se trata de un subgrupo de niños en los que la intervención temprana se hace particularmente relevante. En este sentido, teniendo en cuenta la vulnerabilidad genética que presentan, el abordaje en etapas tempranas del desarrollo es clave a la hora de tratar de evitar un trastorno de conducta persistente en la vida adulta (Wilkinson et al., 2016).

Por último, teniendo en cuenta las características neurocognitivas específicas mencionadas en lo relativo al TND y, concretamente, a la dureza emocional, existen datos para individualizar los tratamientos y centrarlos particularmente en compensar las dificultades presentes a nivel biológico (Wilkinson et al., 2016).

En este sentido, por ejemplo, con respecto a la hipoactividad amigdalárica característica de la dureza emocional, Hawes y Dadds (2014) plantean el aumento del contacto ocular paterno-filial para normalizar el fallo de funcionamiento neural a largo plazo. Desafortunadamente, Dadds, English, Wimalaweera, Schollar-Root y Hawes (2019) no obtuvieron resultados positivos con respecto a dicha intervención por lo que hacen falta nuevas investigaciones sobre la misma así como nuevas propuestas de intervención que permitan individualizar los tratamientos.

Un camino de esperanza: estrategias de intervención

Programas de entrenamiento parental e interacción paterno-filial

Como se ha mencionado, el contexto familiar es uno de los marcos de aparición y de desarrollo de problemas de conducta y, por lo tanto, se presenta como uno de los focos principales y esenciales sobre los que intervenir (Pacho y Triñanes, 2011). Se encuentran dos grandes corrientes relacionadas con los programas de entrenamiento de padres: la aproximación conductual y la aproximación basada en las relaciones interpersonales o democrática.

En cuanto a la intervención más conductual, se instruye a los padres en los principios básicos del aprendizaje social y la modificación de conducta, mientras que en el caso de las aproximaciones democráticas se pone el foco en la comunicación y en las interacciones entre los miembros de la familia (Pacho y Triñanes, 2011).

En cualquier caso, la tendencia es a aunar los elementos propios de ambas para sacar el máximo beneficio de los programas de intervención y poder individualizar el tratamiento en función del menor y de la familia. En este sentido, las nuevas propuestas se encuentran sumergidas en ambas corrientes.

Intervenciones generales

Terapia de interacción padres-hijos (PCIT)

La terapia de interacción padres-hijos (PCIT) desarrollada por Eyberg (1988), interviene sobre comportamientos disruptivos en la infancia y se enmarca en la terapia de tipo conductual, incorporando además la resolución de problemas y las habilidades sociales (García y Velasco, 2014).

Según García y Velasco (2014), se parte de la idea de “generar una relación parental saludable y asertiva con un estilo de comunicación claro y marcando límites en la educación” (p.170). Para estos autores, la propuesta, que surge a final de los años 80, pone el foco en las figuras parentales dándoles la posibilidad de generar cambios a través del juego, una comunicación saludable y habilidades de modificación de conducta. Asimismo, una de las características esenciales de la PCIT

es la adaptación al caso concreto, siendo una intervención ideográfica (García y Velasco, 2014).

Hood y Eyberg (2003), examinaron el mantenimiento de los cambios positivos producidos por la PCIT en un grupo de niños con TND. Sorprendentemente, los niños no solo mantuvieron las ganancias obtenidas a través del programa de intervención, sino que continuaron mejorando su adaptación a lo largo del tiempo. En este sentido, los resultados de la investigación mostraron que, en la mayoría de los casos, aquellos niños que completan un programa de PCIT obtienen efectos positivos a largo plazo a la hora de frenar comportamientos disruptivos. Sin embargo, una limitación en este estudio fue la falta de establecimiento de un grupo de control.

Por otro lado, Kimonis et al. (2018) aplicaron la PCIT en casos de presencia de dureza emocional. Estos autores obtuvieron resultados positivos con una mejora de la sintomatología de dureza emocional en más de 2/3 de los niños, mostrando la importancia de los programas de entrenamiento parental en etapas tempranas del desarrollo.

Project Support

Jouriles et al. (2009) diseñaron una intervención llamada Project Support (PS), cuyo objetivo fue disminuir los problemas conductuales presentes en niños expuestos a la violencia de género. Las líneas de trabajo claves en el PS fueron el entrenamiento a las madres en estrategias de intervención y afrontamiento en la interacción materno-filial, así como el apoyo instrumental y emocional a la figura materna. Se obtuvieron resultados positivos, con reducciones en los problemas de conductas y una importante influencia de los cambios en las prácticas de crianza maternas y en la reducción de sintomatología psiquiátrica en las madres.

Aunque la intervención PS surgió desde un planteamiento de abordaje de los problemas conductuales, se han realizado investigaciones posteriores para evaluar su efecto en casos de dureza emocional. En este sentido, McDonald, Catherine, Rosenfield y Jouriles (2011) examinaron los efectos del PS en la reducción de sintomatología de problemas de conducta y dureza emocional en niños expuestos a violencia doméstica. De nuevo, se trabajó tanto con los niños como con las madres y se obtuvieron reducciones en la sintomatología relacionada con la dureza emocional y la psicopatía. Según estos autores, se demostró que la sintomatología de dureza

emocional es susceptible de mejora ante intervenciones de tipo parental. Sin embargo, queda sin analizar si los resultados positivos se debieron a que la sintomatología de dureza emocional fuera principalmente debida a los factores ambientales de riesgo presentes como la violencia de género y no tanto a los biológicos; y por lo tanto, fueran más susceptibles de modificación.

Series Incredible Years (IY)

Según Webster-Stratton (2016), el programa parental de IY plantea objetivos específicos atendiendo a la edad y el nivel de desarrollo del niño con el que se va a trabajar. En primer lugar, se busca promover las competencias en estrategias de parentalidad positivas, de desarrollo del apego, así como de autopercepción de capacidad parental. Por otro lado, para promover la emocionalidad del niño y las habilidades académicas, verbales y de persistencia, se busca aumentar las habilidades parentales durante el juego. Otro objetivo esencial es reducir la disciplina violenta y crítica, aumentando las estrategias parentales positivas. Por último, se pretende aumentar la red de apoyo familiar así como el fortalecimiento de la relación padres-escuela.

La eficacia de la intervención de IY en sus programas parentales en niños diagnosticados con TND, ha sido demostrada en 8 estudios hasta la fecha (Webster-Stratton, 2016). Además, como aspecto positivo a destacar, el IY consta de diferentes programas adicionales como el de intervención con profesoras así como con niños, y cuenta con diferentes niveles de adecuación en función del grado de riesgo y de situaciones concretas que dificulten la intervención, por lo que resulta una intervención de abordaje integral.

Intervenciones específicas en irritabilidad

Entrenamiento emocional

En el estudio llevado a cabo por Dunsmore, Booker, Ollendick y Greene (2016) se obtuvieron mejoras significativas en la sintomatología de TND en aquellos niños con una elevada labilidad emocional a partir de la intervención centrada en el entrenamiento emocional. Dentro del entrenamiento emocional, algunas de las claves

fueron: el reconocimiento parental de las emociones del niño, el aprendizaje de maneras de validar sus emociones, y el entrenamiento en el manejo y la expresión saludable de las emociones (Dunsmore et al., 2016). En este sentido, a través del entrenamiento emocional parental se facilitó el objetivo de la intervención, es decir, el entrenamiento emocional en el niño para contenerle en su irritabilidad.

Esta investigación mostró cómo determinadas intervenciones son eficaces en una concentración de sintomatología concreta de TND y no en otras. La intervención sólo resultó eficaz en aquellos niños con mayor labilidad emocional, y por lo tanto, mayor concentración de sintomatología de TND en la dimensión de irritabilidad. Según Dunsmore et al. (2016), es probable que dichos niños, ante su intenso y cambiante flujo de emociones negativas, tengan una mayor necesidad de entrenamiento emocional y, por lo tanto, dicha intervención suponga una mejora significativa en su sintomatología y su capacidad de autorregulación. Sin embargo, los autores añaden que es poco probable que los niños con menor labilidad emocional y, por lo tanto, menor sintomatología de irritabilidad y más de la dimensión hiriente, obtengan beneficios de la mencionada intervención, debido a que su conducta antisocial no tiene relación con una dificultad en la gestión emocional sino más bien con un patrón frío y estratégico de actuación (Dunsmore et al., 2016).

Intervenciones específicas en dureza emocional

Terapia de reconocimiento de emociones (ERT)

Dadds, Cauchi, Wimalaweera, Hawes y Brennan (2012) aplicaron un programa de entrenamiento parental, que compararon con la terapia de reconocimiento de emociones (ERT) ante problemáticas diversas: TND, TC, TDAH, autismo, ansiedad y depresión. Para la primera intervención se utilizó el Programa Integrativo de Familia para Niños con Problemas de Conducta de Dadds y Hawes (2006), centrado en el entrenamiento parental para reducir los problemas de conducta y mejorar la relación paterno-filial (Dadds et al., 2012). Por otro lado, la ERT se basó en el programa MindReading de Baron-Cohen et al. (2004) para el entrenamiento en interpretación de las emociones humanas, que se enmarca en ejercicios diarios de interacción paterno-filial.

La aplicación de ERT no tuvo un gran impacto en problemáticas que se esperaba que se beneficiaran de ella, como en el caso del autismo. Sin embargo, mientras que las terapias tradicionales no fueron eficaces a la hora de intervenir sobre la sintomatología de dureza emocional en niños, la ERT produjo mejoras significativas tanto en la dimensión afectiva como en la conductual (Dadds et al., 2012). A pesar de que las mejoras fueran significativas, el cambio fue pequeño, ya que los niños se mantuvieron en su mayoría en un rango clínico. En cualquier caso, el mencionado estudio aporta luz sobre ciertas claves a tener en cuenta en la intervención con niños con TND y dureza emocional, especialmente sobre la importancia del trabajo emocional a pesar del posible déficit biológico a dicho nivel.

Terapia de compromiso emocional

Hawes y Dadds (2014) desarrollaron la Terapia de Compromiso Emocional, intervención especialmente indicada para la tipología de TND caracterizada por la dimensión hiriente debido a su relación con la sintomatología de dureza emocional. En su propuesta, plantearon dos mecanismos a modo de intervención para compensar los déficits detectados en el contacto recíproco ocular en niños con problemas de conducta y dureza emocional. El contacto recíproco ocular es necesario a la hora de identificar las emociones de los demás y, por lo tanto, es esencial a la hora de desarrollar la capacidad empática y de competencia social (Hawes y Dadds, 2014). En este sentido, el déficit en el contacto recíproco ocular, además de interferir en el desarrollo del apego y en la vinculación parento-filial, deriva en posteriores dificultades de funcionamiento social y empático (Dadds, Jambrak, Psalich, Hawes y Brennan, 2011).

El primero de los mecanismos planteado, consiste en aumentar el contacto ocular entre padres e hijos, ya que este predice una mejora en la relación paterno-filial y facilita el comportamiento prosocial. Por otro lado, se propone aumentar la atención de los niños al contenido emocional de las instrucciones parentales para mejorar una adecuación de las respuestas. Como resultado, se predice que el aumento del contacto ocular saludable pueda normalizar el fallo de funcionamiento neural a largo plazo, especialmente con respecto a la hipoactividad amigdalar. Según Hawes y Dadds (2014), el mencionado contacto ocular puede que aumente la síntesis de

neuropéptidos como la oxitocina y que facilite cambios positivos en la conectividad cerebral.

Para ello, estos autores han desarrollado una intervención bajo el nombre de “Compromiso Emocional” (“Emotional Engagement”), que comprende una serie de interacciones entre padres e hijos centradas en la promoción del contacto visual. Las mencionadas interacciones se llevan a cabo en momentos de cierta conformidad, de lectura, narración de cuentos, conversaciones informales, donde se promueve la atención del niño a la comunicación de los padres desde el compromiso emocional y especialmente el contacto visual. Además, la propuesta de intervención está pensada para llevarse a cabo desde la Guía Interactiva de Vídeo de Fukkink (2008), aportando a los padres feedback tanto positivo como negativo de cara a interacciones futuras. Por último, es importante mencionar que, según Hawes y Dadds (2014), la terapia basada en la mirada ha de complementarse con el entrenamiento parental en estrategias de manejo y afrontamiento.

Sin embargo, los resultados obtenidos con la propuesta de tratamiento no fueron positivos. En este sentido, solo se obtuvieron mejoras en el contacto recíproco-ocular, y éstas remitieron tras el tratamiento Dadds et al. (2019). Según Dadds et al. (2019), la sintomatología de dureza emocional fue impermeable a la intervención, lo que llama a la urgencia de nuevas propuestas que aporten luz a la compleja tarea que nos ocupa.

Otras intervenciones

Según Pisano et al. (2017), existen otras intervenciones prometedoras centradas en la disminución de la sintomatología de dureza emocional. Por un lado, se encuentra el Coaching and Rewarding Emotional Skills Module (CARES), breve programa centrado en el entrenamiento emocional para niños entre 3 y medio y 8 años. Por otro lado, se plantea el CPP (Coping Power Program) como programa de tratamiento grupal centrado en los procesos de crianza contextuales y en el procesamiento cognitivo en niños de 7 a 14 años. En cuanto a los resultados, ambas intervenciones obtuvieron mejoras significativas en la sintomatología a corto plazo (Pisano et al., 2017).

Programas de intervención psicosocial

Intervención con niños

Teniendo en cuenta la relación entre una crianza de tipo institucional y una elevada sintomatología de dureza emocional, en el estudio realizado por Humphreys et al. (2015) se examinó si la mejora en la calidad y responsividad del cuidado en niños institucionalizados, reducía la presencia de sintomatología de dureza emocional. Los mencionados autores observaron que, en hogares de guarda responsables, el desarrollo de sintomatología de dureza emocional, en niños con una privación en etapas tempranas el desarrollo, disminuía. Dada la importancia que juega el factor biológico en la presencia de dureza emocional, los mencionados autores plantean que los resultados positivos se debieron a que, interviniendo en los factores ambientales, se pudo compensar el riesgo genético presente.

Por un lado, encontraron que la mayor responsividad del cuidador ante el estrés infantil, fue lo que predijo menos niveles de sintomatología de dureza emocional en niños, y estuvo directamente relacionada con el desarrollo de la empatía, la competencia social y la autorregulación. Asimismo, la calidez parental fue importante para la socialización, pero no jugó el papel crucial que jugó la responsividad. Sin embargo, Humphreys et al. (2015) encontraron únicamente la compensación de sintomatología de dureza emocional en el caso de los niños, mientras que la relación no fue significativa en el caso de las niñas. Asimismo, obtuvieron reducciones en la sintomatología externalizante en niños pero no en niñas. Los mencionados hallazgos muestran la necesidad de futuras investigaciones que pongan el foco en el motivo de las diferencias de sintomatología de dureza emocional en niños y en niñas y en las diferencias de tratamiento. Según Humphreys et al. (2015), la diferencia de resultados puede deberse a que, como apoya la literatura, los niños sean más sensibles que las niñas a las habilidades de responsividad presentes en su cuidador.

Intervención con jóvenes

Salekin, Tippey y Allen (2012), evaluaron una intervención basada en modelos mentales, centrada específicamente en: el aumento de la motivación y las emociones

positivas, y en la disminución de sintomatología de dureza emocional en jóvenes institucionalizados. El componente motivacional fue introducido a partir de conversaciones en torno al desarrollo cerebral y la posibilidad de generar nuevas conexiones neurales, así como a través del énfasis en la importancia de terminar el tratamiento. En cuanto a la promoción de emociones positivas, se utilizaron actividades e intervenciones propias de la psicología positiva en adultos, como la reflexión acerca de potencialidades y aspectos positivos en uno mismo, sobre resolución de conflictos y sobre identificación de emociones. Asimismo, pusieron especial énfasis en un tipo de intervención centrada en el reforzamiento positivo, con una reducción del reforzamiento negativo y el castigo. Por otro lado, los mencionados autores fomentaron el desarrollo de metas y aspiraciones en los jóvenes, y la reflexión acerca de las maneras posibles de conseguirlas.

Obtuvieron resultados positivos en la reducción de la sintomatología de dureza emocional, aunque el cambio fue lento. Se observó que el tratamiento en jóvenes con dureza emocional, aunque complejo y lento, puede tener ciertos niveles de eficacia. Según Salekin et al. (2012), estos datos pueden deberse a que la falta de emociones positivas, favorezca una mirada vital centrada en los aspectos negativos de las situaciones concretas, aumentando la expresión conductual de la dureza emocional. Parece que niveles más altos de emociones positivas, aunque no hagan desaparecer el correlato neurobiológico, sí que frenen en cierta medida su expresión conductual (Salekin et al., 2012).

Discusión

Los problemas de conducta en la infancia se presentan como un ámbito en el que intervenir no sólo desde una perspectiva de tratamiento individual sino también a modo de política preventiva en el control de la delincuencia. Como ya se mencionó, las probabilidades que tienen las problemáticas de conducta de proyectarse en diversos ámbitos de la vida son elevadas. Asimismo, aunque en ocasiones se solucionen con el tiempo, muchos de los casos terminan por agravarse y cronificarse a lo largo de la vida de la persona. Tras todo lo mencionado, es evidente que el abordaje del TND junto con dureza emocional presenta una gran dificultad y no le acompaña un buen pronóstico.

Es común hablar de rasgos de dureza emocional en lugar de sintomatología de dureza emocional. Parece que el principal motivo para hablar de rasgos es la aparente estabilidad que presenta el constructo. Asimismo, no encontramos una correcta delimitación del constructo que permita diferenciar qué características pertenecen a un rasgo de la personalidad, y cuales se refieren a una sintomatología parcialmente modificable. En este sentido, parece necesario tomar precauciones con el objetivo de no dar mayor estabilidad de la real en algunos casos.

Por un lado, resulta difícil pensar que alguien pueda producir cambios cuando se le aboca a lo contrario, en la misma medida que parece complicado que unos padres se muestren colaboradores y dispuestos a llevar a cabo estrategias con el objetivo de que su hijo mejore si la problemática se presenta como permanente. Así, dado que el lenguaje construye realidad, hablar de estabilidad puede generar un sesgo en el profesional que le haga olvidar la posibilidad de cambio tanto en el enfoque de sus investigaciones como de sus intervenciones. Además, a pesar de ser una problemática de difícil abordaje, las estrategias de intervención recogidas en esta revisión permiten pensar que hay un pequeño margen de cambio. Es por ello por lo que se ha optado por hablar de sintomatología de dureza emocional, en lugar de rasgos, en la exposición de contenidos.

Sin embargo, no pueden dejarse sin recoger los inconvenientes de optar por un enfoque más optimista en la comprensión del TND junto con dureza emocional. Plantear la sintomatología de dureza emocional como modificable y, por lo tanto, como algo sobre lo que intervenir, puede generar falsas esperanzas en padres que ya han hecho todo lo posible por ayudar a su hijo sin obtener resultados. Asimismo, habría que tener en cuenta los problemas éticos que pueden derivarse de plantear una intervención como factible cuando la mayoría de los datos apuntan a la cronicidad de la problemática. Por todo ello, a pesar de luchar en contra de la idea de estabilidad, no puede dejar de comunicarse la dificultad que conlleva el abordaje del TND con dureza emocional, y la posibilidad de que se cronifique sin obtener cambios ni mejoras aparentes en la sintomatología.

En cualquier caso, parece que un aspecto clave en el abordaje de la problemática del TND, con o sin dureza emocional, es la intervención en etapas tempranas del desarrollo. En este sentido, en la presente revisión, la mayor parte de los datos esperanzadores se han observado en las aproximaciones centradas en la intervención temprana y, particularmente, aquellas centradas en la interacción

materno-filial y en el entrenamiento en estrategias de afrontamiento parental. Por otro lado, teniendo en cuenta que no siempre es posible el trabajo con los padres de los niños con problemáticas diversas, se han propuesto intervenciones de corte psicosocial, con el objetivo de dar respuesta a la intervención con aquellos niños cuyo tipo de crianza es institucional.

Uno de los problemas que aparecen a la hora de analizar las estrategias de intervención eficaces en niños con TND, es que un gran número de investigaciones hablan de propuestas en general, sin tener en cuenta la diferente sintomatología que encontramos dentro de dicho trastorno. En este sentido, al hablar de forma genérica de las intervenciones posibles ante cuadros de TND, existen determinadas técnicas que se plantean como útiles pero dejan sin analizar las características de aquellos niños que no obtuvieron los beneficios de la intervención.

Asimismo, no siempre se tiene en cuenta la influencia de la genética en las intervenciones, por la propia dificultad metodológica de contemplarla. En esta línea, no queda claro si determinadas intervenciones obtuvieron resultados positivos precisamente por el bajo peso genético en la sintomatología de dureza emocional en ciertos grupos de niños o por ser eficaces en sí mismas en el abordaje de la problemática. Por ello, parece importante que en futuras investigaciones se establezcan estrategias de intervención concretas teniendo en cuenta la sintomatología de TND que destaca en cada persona, y contemplando en mayor medida la influencia de los factores biológicos y genéticos.

Como se ha mencionado, en la presente revisión se ha observado que las intervenciones más generales en TND se centran en estrategias de corte conductual junto con el entrenamiento parental y propuestas ecológicas, donde se implica a los entornos cercanos del niño, por ejemplo, al colegio. Por otro lado, en cuanto a aquellos niños cuya sintomatología de TND se enmarca en torno a la irritabilidad, parece que la clave consiste en facilitar una mayor regulación emocional a través del entrenamiento con los padres y, como resultado, con los niños. En este sentido, el foco, puesto en la conducta en las intervenciones generalistas, pasaría a centrarse en la emoción en el abordaje de la sintomatología propia de la irritabilidad.

En cuanto a las claves en la intervención ante la presencia adicional de dureza emocional, resulta esencial centrarse en compensar los déficits neurobiológicos, yendo desde el entrenamiento en la interpretación de emociones humanas hasta el intento de normalizar el fallo de funcionamiento neural a través del aumento del

contacto ocular. Las estrategias de intervención propuestas en torno al abordaje de TND con dureza emocional, muestran la importancia de centrarse en los matices y apostar por la mejora de la sintomatología aunque no siempre se abandone el rango clínico. En este sentido, aun conociendo la lentitud en el proceso terapéutico y las bajas probabilidades de obtener un resultado significativo, existe un pequeño margen reservado a la esperanza. Parece que, en lugar de hablar sobre una problemática que *curar*, convendría hablar de una problemática sobre la que desarrollar recursos de adaptación a una vida normalizada a pesar de los déficits presentados a nivel neurobiológico.

Como ejemplo de estrategias que faciliten la adaptación normalizada a la vida, se habló de los resultados obtenidos por Salekin et al. (2012) en la intervención con jóvenes. En este sentido, aun no abordando la dureza emocional rasgo, se pudo reducir la sintomatología de la misma a través del trabajo con emociones positivas. En definitiva, a pesar de encontrar limitaciones a la hora de favorecer la empatía y el miedo al castigo, se pudieron fomentar las emociones positivas como manera de frenar o reducir la presencia de emociones negativas que se vean posteriormente expresadas en la conducta. Asimismo, esto se relaciona con la ya mencionada dificultad de aplicar el castigo y la necesidad de trabajar con la motivación y el refuerzo en el abordaje del TND, en general, y con la presencia de dureza emocional, en particular.

A pesar de todo lo anterior, es importante no olvidar que, las probabilidades de éxito en intervenciones con niños con dureza emocional, son realmente escasas. En este sentido, partir de una postura que anime a la esperanza, puede ir en contra de los mejores intereses de la persona en aquellos casos donde el tratamiento es ineficaz y se confirma la evolución del trastorno a un estilo de vida delictivo. A la hora de contemplar el debate de actuación, la tendencia en la jurisprudencia española es a considerar a las personas que presentan dureza emocional como perfectamente imputables, es decir, con la capacidad cognitiva para comprender la ilicitud de determinados hechos y la capacidad volitiva de actuar conforme a dicha comprensión. En este sentido, no parece contemplarse la castración afectiva sustentada en la neurobiología característica de la dureza emocional. De alguna manera, el rechazo social que genera el mencionado constructo puede hacer que las personas que lo presentan sean juzgadas injustamente. Parece que, en el imaginario colectivo, es más comprensible que alguien cometa un delito derivado de la incompreensión del hecho o

de una pasionalidad limitante, que de la frialdad derivada de la dureza emocional. Cabe plantearse si contar con la capacidad cognitiva y volitiva exigida por los tribunales, asegura la capacidad de autocontrol. En cualquier caso, parece inapropiado hablar del mismo tipo de autocontrol que el resto de las personas si se carece de dos de los cimientos del mismo: la empatía y el miedo al castigo.

Tras todo lo anterior, se plantea, por un lado, la necesidad de priorizar futuras investigaciones en torno a la intervención en casos de TND con dureza emocional. Por otro lado, se propone abandonar la idea de que la frialdad derivada de la dureza emocional no merma el autocontrol, así como favorecer espacios de reflexión con respecto a la valoración de imputabilidad de personas adultas con dureza emocional.

Conclusiones

El presente trabajo pretende incidir en la complejidad que supone la conceptualización del TND con dureza emocional, así como la intervención con los niños que lo presentan y sus respectivas familias.

De las dificultades en la conceptualización se derivan dos cuestiones: la consideración de sintomatología de dureza emocional en los criterios diagnósticos del TND (venganza y desafío), y la generalización del concepto “rasgos de dureza emocional” para todo lo relativo a la misma, incluso en aquellos elementos que parecen encajar mejor bajo la denominación de sintomatología.

Por otro lado, la mencionada complejidad resulta en una gran variedad de propuestas de intervención, desde lo propiamente conductual a alternativas centradas en el vínculo y la compensación neurobiológica. En cualquier caso, se coincide en la necesidad de trabajar con la familia y con el entorno cercano. En aquellas situaciones donde no sea posible, se llevarán a cabo intervenciones de corte psicosocial.

Por último, se invita a optar por un camino de investigación e intervención donde, además de la complejidad y la frustración, quepa la esperanza, siempre que anime a una mayor comprensión de la problemática y nunca al estigma.

Referencias

- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnéy Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Baving, L., Laucht, M., & Schmidt, M. H. (2000). Oppositional children differ from healthy children in frontal brain activation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(3), 267-275.
- Brown, C. A., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2017). The reciprocal influence of callous-unemotional traits, oppositional defiant disorder and parenting practices in preschoolers. *Child Psychiatry and Human Development*, 48, 298-307.
- Burke, J. D., Hipwell, A. E. & Loeber, R. (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 484-492.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2004). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *Focus*, 41(4), 1275-576.
- Cohn, M. D., Viding, E., McCrory, E., Pape, L., van den Brink, W., Doreleijers, T. A., Veltman, D. J., & Popma, A. (2016). Regional grey matter volume and concentration in at-risk adolescents: Untangling associations with callous-unemotional traits and conduct disorder symptoms. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 254, 180-187.
- Dadds, M. R., Cauchi, A. J., Wimalaweera, S., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2012). Outcomes, moderators, and mediators of empathic-emotion recognition training for complex conduct problems in childhood. *Psychiatry Research*, 199(3), 201-207.
- Dadds, M. R., English, T., Wimalaweera, S., Schollar-Root, O., & Hawes, D. J. (2019). Can reciprocated parent-child eye gaze and emotional engagement enhance treatment for children with conduct problems and callous-unemotional traits: a proof-of-concept trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Dadds, M., & Hawes, D. (2006). *Integrated family intervention for child conduct problems: A behaviour-attachment-systems intervention for parents*. Bowen Hills, QLD, Australia: Australian Academic Press.

- Dadds, M. R., Jambrak, J., Psalich, D., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2011). Impaired attention to the eyes of attachment figures and the developmental origins of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(3), 238-245.
- Davidson, R. J., Putnam, K. M., & Larson, C. L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation – a possible prelude to violence. *Science*, *289*(5479), 591-594.
- De Brito, S. A., Mechelli, A., Wilke, M., Laurens, K. R., Jones, A. P., Barker, G. J., Hodgins, S., & Viding, E. (2009). Size matters: Increased grey matter in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *Brain: A Journal of Neurology*, *132*, 843-852.
- Demmer, D. H., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J. A., & Lum, J. A. G. (2017). Sex differences in the prevalence of oppositional defiant disorder during middle childhood: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45*, 313-325.
- Dunsmore, J. C., Booker, J. A., Ollendick, T. H., & Greene, R. W. (2016). Emotion socialization in the context of risk and psychopathology: Maternal emotion coaching predicts better treatment outcomes for emotionally labile children with oppositional defiant disorder. *Social Development*, *25*(1), 8-26.
- García, R. F., y Velasco, L. A. (2014). Terapia de interacción padres-hijos (PCIT). *Papeles del Psicólogo*, *35* (3), 169-180.
- Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin*, *140*(1), 1-57.
- Frick, P. J., Robertson, E. L., & Clark, J. E. (2018). Callous–unemotional traits. In M. M. Martel (Ed.), *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders* (pp. 139-160). Lexington, United States: Academic Press.
- Ghosh, A., Ray, A. & Basu, A. (2017). Oppositional defiant disorder: current insight. *Psychology Research and Behavior Management*, *10*, 353-367.
- Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2005). The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(4), 737-741.
- Hawes, D. J., Dadds, M. R., Frost, A. D., & Hasking, P. A. (2011). Do childhood callous-unemotional traits drive change in parenting practices?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *40*(4), 507-518.

- Hawes, D. J., Price, M. J., & Dadds, M. R. (2014). Callous-unemotional traits and the treatment of conduct problems in childhood and adolescence: a comprehensive review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 17*(3), 248-267.
- Hood, K. K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(3), 419-429.
- Humphreys, K. L., McGoron, L., Sheridan, M. A., McLaughlin, K. A., Fox, N. A., Nelson III, C. A., & Zeanah, C. H. (2015). High-quality foster care mitigates callous-unemotional traits following early deprivation in boys: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(12), 977-983.
- Jones, A., Laurens, K., Herba, C., Barker, G. & Viding, E. (2009). Amygdala hypoactivity to fearful faces in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *American Journal of Psychiatry, 166*(1), 95-102.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Rosenfield, D., Stephens, N., Corbitt-Shindler, D., & Miller, P. C. (2009). Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence: a randomized clinical trial examining effects of Project Support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 705.
- Kimonis, E. R., Fleming, G., Briggs, N., Brouwer-French, L., Frick, P. J., Hawes, D. J., Bagner, D. M., Thomas, R., & Dadds, M. (2018). Parent-Child Interaction Therapy Adapted for Preschoolers with Callous-Unemotional Traits: An Open Trial Pilot Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 1-15*.
- Kerekes, N., Lundström, S., Chang, Z., Tajnia, A., Jern, P., Lichtenstein, P., Nilsson, T., & Anckarsäter, H. (2014). Oppositional defiant-and conduct disorder-like problems: neurodevelopmental predictors and genetic background in boys and girls, in a nationwide twin study. *PeerJ, 2*, e359.
- Kolko, D. J., & Pardini, D. A. (2010). ODD dimensions, ADHD, and callous-unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behaviour disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 713-725.
- Melegari, M. G., Nanni, V., Lucidi, F., Russo, P. M., Donfrancesco, R., & Cloninger, C. R. (2015). Temperamental and character profiles of preschool children with ODD, ADHD, and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry, 58*, 94-101.

- Mikolajewski, A. J., Taylor, J., & Iacono, W. G. (2017). Oppositional defiant disorder dimensions: genetic influences and risk for later psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 702-710.
- Chainé, S. M., Romero, V. F., Peña, M. R., Cervantes, F. L., y Gutiérrez, J. N. (2015). Prácticas de crianza asociadas al comportamiento negativista desafiante y de agresión infantil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 57-76.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (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.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1439-1453.
- Okech, V. O. (2017). A Literature Review on the Roles of Social Factors in the Etiology of Dissocial/Antisocial Behaviours in Children and Adolescents. *European Review of International Studies*, 17(4), 5-17.
- Pacho, Z. R., y Triñanes, E. R. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: Una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27(1), 86-101.
- Pisano, S., Muratori, P., Gorga, C., Levantini, V., Iuliano, R., Catone, G., Giangennaro, C., Milone, A., & Masi, G. (2017). Conduct disorders and psychopathy in children and adolescents: aetiology, clinical presentation and treatment strategies of callous-unemotional traits. *Italian journal of pediatrics*, 43(1), 84.
- Quy, K., y Stringaris, A. (2017). Trastorno negativista desafiante. En J.M. Rey (Ed.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Rilley, M., Ahmed, S., & Locke, A. (2016). Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *American Family Physician*, 93(7), 586-591.
- Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, E. J. & Angold A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(3), 365-373.

- Russell, A., Johnson, C., Hammad, A., Ristau, K., Zawadzki, S., Villar, L., & Coker, K. (2015). Prenatal and neighborhood correlates of oppositional defiant disorder (ODD). *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32(4), 375-381.
- Salekin, R. T., Tippey, J. G., & Allen, A. D. (2012). Treatment of conduct problem youth with interpersonal callous traits using mental models: Measurement of risk and change. *Behavioral Sciences & the law*, 30(4), 470-486.
- Shoar, S. N., Sheidaei, L., & Ghavidel, A. (2016). Comparative study of attachment relationships in young children with symptoms of externalizing disorders: Attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder and normal children. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(7), 277-285.
- Stadler, C., Kroeger, A., Weyers, P., Grasmann, D., Horschinek, M., Freitag, C., & Clement, H. W. (2011). Cortisol reactivity in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behavior problems: the impact of callous unemotional traits. *Psychiatry research*, 187(1-2), 204-209.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 216-223.
- Tiesler, C.M. & Heinrich J. (2014). Prenatal nicotine exposure and child behavioural problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(10), 913-929.
- Van Goozen, S. H., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. T., Gispen-de Wied, C., Wiegant, V. M., & van Engeland, H. (1998). Salivary cortisol and cardiovascular activity during stress in oppositional-defiant disorder boys and normal controls. *Biological Psychiatry*, 43(7), 531-539.
- Wagner, N. J., Mills-Koonce, W. R., Propper, C. B., Willoughby, M. T., Rehder, P. D., Moore, G. A., & Cox, M. J. (2016). Associations between infant behaviors during the face-to-face still-face paradigm and oppositional defiant and callous-unemotional behaviors in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 1439-1453.
- Webster-Stratton, C. (2016). The Incredible Years Series: A developmental approach. In *Family-Based Prevention Programs for Children and Adolescents* (pp.42-67).
- Wilkinson, S., Waller, R., & Viding, E. (2016). Practitioner review: involving young people with callous unemotional traits in treatment—does it work? A systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(5), 552-565.