



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**Intervención Escolar en Trastornos de Conducta
Grave en Niños**

Autor/a: Leire Paula Pardo Velasco
Director/a: Virginia Cagigal de Gregorio

Madrid
2019/2020

INDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	3
1. Introducción	
<i>1.1. Definición de trastorno de conducta</i>	<i>4</i>
<i>1.2. Prevalencia.....</i>	<i>5</i>
2. Perspectiva evolutiva en el desarrollo de los problemas de conducta.....	5
3. Clasificaciones.....	6
4. Etiología.....	8
5. Intervención.....	11
<i>5.1. Revisión de Programas de Intervención.....</i>	<i>13</i>
6. Conclusión	15
7. Referencias.....	18

Resumen

En este trabajo se lleva a cabo una revisión bibliográfica los problemas de conducta graves en niños y su adecuada intervención escolar. Tiene como objetivo conocer y definir los factores que influyen sobre este diagnóstico y que dotan a los profesores y familias de las herramientas necesarias para hacer frente a estas situaciones. Se revisan los datos de investigación sobre factores de riesgo y protección, tanto en ámbito escolar como familiar, para prevenir la adopción de estas conductas en niños, reducir su prevalencia e impacto de las consecuencias negativas a corto y largo plazo asociadas a estos comportamientos. Además, se recogen los aspectos sobre los que hay consenso entre los diferentes programas de intervención y se señalan las limitaciones encontradas, revisando las medidas de intervención, que han de ser individualizadas para cada niño, tal como se recoge en los principales programas de tratamiento con eficacia demostrada.

Palabras clave: Problemas de conducta, niños y adolescentes, intervención escolar.

Abstract

In this work, a literature review is carried out on topics that address serious behavioral problems in children and their appropriate school intervention. It aims to know and define the factors that influence this diagnosis and that provide teachers and families with the necessary tools to face these situations. Research data on risk and protective factors, both in school and family settings, are reviewed to prevent the adoption of these behaviors in children, reduce their prevalence and the impact of the negative short- and long-term consequences associated with these behaviors. In addition, it summarizes the elements on which there is consensus among the different intervention programs and points out the limitations found, reviewing the intervention practices, which must be individualized for each child, as stated in the main treatment programs with proven effectiveness.

Key words: Behavior problems, children and adolescents, school intervention.

1. Introducción

1.1 Definición

Cuando se habla de trastornos graves de conducta (TGC) en niños, se refiere al conjunto de conductas oposicionistas, desafiantes, negativistas, disruptivas, destructivas y/o agresivas, que aparecen de manera persistente frente a las normas sociales y figuras que el niño considera de autoridad, interfiriendo en su convivencia con el resto de personas (Fernández y Olmedo, 1999).

Reyzabal (2006) diferencia el concepto “trastornos de conducta” del de “problemas de conducta”. Se identifica como problemas de conducta aquellos comportamientos disfuncionales que tienen que ver con la falta de disciplina o déficits en el desarrollo académico que, a diferencia de los trastornos de conducta, no tienen trascendencia patológica. En cambio, el término trastornos de conducta se refiere al conjunto de alteraciones sintomáticas de los diferentes trastornos psíquicos que tiene su inicio en la infancia y la adolescencia. Requieren de un diagnóstico clínico y se incluyen dentro de las clasificaciones aceptadas internacionalmente (DSM-V y CIE-11). En este trabajo se habla de niños con trastornos de conducta.

La personalidad es medida a través de la conducta (Giménez-Gualdo y Rabadán, 2012). La enfermedad mental se identifica y comienza a existir en la sociedad cuando se hace visible para los demás, es decir, cuando la manifestación es hacia fuera. Las dificultades de conductas pueden ser externalizantes o internalizantes, según si la expresión del conflicto emocional es de orden interno o externo. Hay personas en las que la inhibición predomina a la hora de resolver un conflicto emocional. Este modo desadaptativo está relacionado con síntomas como el retraimiento, depresión, problemas de pensamiento y conductas de ansiedad, que se identifican con problemas internalizantes. Por otro lado, cuando es mediante la acción o descarga impulsiva hace referencia a conductas perturbadoras, falta de atención, agresividad, desobediencia, síntomas de hiperactividad, problemas de rendimiento académico y conducta violenta. Esta expresión hacia fuera del conflicto emocional está vinculada con problemas externalizantes, característicos de los tres trastornos predominantes dentro de los trastornos de conducta que más adelante explicaré en profundidad.

Estas conductas pueden ser manifestadas en otros niños que no presenten trastornos graves de conducta (TGC), sin embargo, la frecuencia e intensidad de esas conductas serán de una manera diferente a las esperadas en niños cuyo nivel de

desarrollo sea similar. Estas conductas son consideradas graves cuando se mantienen a lo largo del tiempo (mínimo 6 meses) y se resisten al cambio, interfiriendo en el desarrollo evolutivo y social del niño.

1.2 Prevalencia

Goodman et al. (2002) y Verhulst y Van der Ende (2002) aclaran que los problemas de conducta externalizantes son más fáciles de detectar que los emocionales (interiorizados), lo que significa que son más informados y aparecen con mayor prevalencia (como se citó en Garalgordobil y Maganto, 2016). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 50% de los trastornos mentales empiezan a los 14 años, pero la mayoría no se detectan ni se tratan. El trastorno de comportamiento infantil es la sexta causa principal de carga de enfermedad entre los adolescentes y la razón más frecuente por la que acuden a servicios de salud mental. El 16% de las personas entre 10-19 años tienen trastorno mental (OMS, 2019). Aunque no hay datos actualizados sobre la prevalencia en España de trastornos de conducta, múltiples autores demuestran una mayor prevalencia de conductas externalizantes en chicos que en chicas (Atienza, 2011; Garalgordobil y Maganto, 2016; López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2009).

2. Perspectiva evolutiva en el desarrollo de los problemas de conducta

No todas las conductas disruptivas son negativas, algunas son incluso necesarias para el adecuado desarrollo personal y formación de la identidad del niño (García Romera, Arnal Gimeno, Bazanbide Bidaburu, Bellido Gómez, Civera Marín, González Ramírez, Peña Capapey, Pérez Aldaz, Vergara Arroniz, 2011). A través de algunas dificultades de conducta, los niños pueden adquirir habilidades de autocontrol y capacidad de autorregulación de sus propias emociones (frustración), que serán imprescindibles a la hora de desarrollar una adecuada relación con su ámbito social, familiar y escolar. Por lo que no se debe dar la significación de trastorno a aquellas conductas perturbadoras que aparezcan de forma aislada.

Según estudios de Díaz y Díaz-Sibaja (2005), la edad evolutiva en la que se encuentra este niño será un factor que dé pistas sobre si la conducta a evaluar es un

síntoma o es algo acorde a su edad (como se citó en García Romera et al., 2011). Por ejemplo, las rabietas son características en niños de 2-3 años, sin embargo, desaparecen a medida que el niño se hace mayor y su desarrollo evolutivo avanza. Las intervenciones diferirán dependiendo de las necesidades de desarrollo del niño (Brooks-Gunn, 2003).

Fergusson (2001) estudió que cuanto más precoz aparece el trastorno en la edad del niño, más riesgo existe de que se mantenga en la adolescencia (como se citó en López-Soler et al., 2009). Estos patrones de conducta e interacción pueden volverse fijos en edades más avanzadas disminuyendo su probabilidad de cambio (Oldman, Skodol y Bender, 2007). La adolescencia es una apuesta para el futuro adulto.

Lancet (2012), la OMS (2014) y Patton (2012) están de acuerdo en que la adolescencia y la juventud son periodos críticos en el curso de la salud y bienestar actuales y futuros de la persona (como se citó en MacArthur, Caldwell, Redmore, Watkins, Kipping, White, Chittleborough, Langford, Er, Lingam, Pasch, Gunnell, Hickman, Campbell, 2018). La adopción de conductas de riesgo como el consumo de alcohol, drogas, tabaco y conducta antisocial, tiende a iniciarse en esta etapa explican Resnick (2012) y Sawyer (2012) (como se citó en MacArthur et al., 2018).

Es muy importante proporcionar intervenciones centradas en la primera infancia para interrumpir trayectorias negativas de desarrollo antes de que se afiancen y los problemas de comportamiento sean difíciles de tratar. Mediante la identificación e intervención precoz en los problemas de conducta, la probabilidad en que este niño desarrolle un trastorno de personalidad se ve reducida (Shepard y Dickstein, 2009). En esta misma dirección, Hill (2003) señala que los problemas de conducta son predictores en el 50% de los casos de un trastorno de personalidad antisocial (como se citó en Giménez-Gualdo, Rabadán, 2012). Con tan solo 18 meses, pueden identificarse trayectorias antisociales persistentes y de inicio temprano (Shepard y Dickstein, 2009).

3. Clasificaciones

A pesar de que no existe consenso a la hora de clasificar los diferentes tipos de trastorno conducta, existe unanimidad en la relevancia de tres de ellos. El Trastorno Negativista Desafiante (TND), el Trastorno Disocial (TD) y el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), son los trastornos de conducta más importantes al ser los más frecuentes en las unidades de salud mental (García Romera et

al., 2011). El Trastorno Negativista Desafiante, también conocido como Oposicionismo Desafiante según Achenbach y Rescorla (2001), es definido como patrón de continuos comportamientos hostiles, desafiantes y desobedientes hacia las figuras de autoridad (como se citó en López-Soler, 2009). Está clasificado dentro de los “Trastornos Disruptivos del Control de Impulsos y de la Conducta”, recogido en 5ª edición de el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V).

Lo que se conocía como Trastorno Disocial, ha pasado a llamarse Trastorno de la Conducta según lo recoge el actual DSM-V. Se refiere al patrón repetitivo de comportamiento en el que se transgreden las normas sociales y viola los derechos fundamentales de los demás, acompañado de conductas destructivas, distorsionadas y de carácter negativo. Al igual que el TND, también está clasificado dentro de los “Trastornos Disruptivos del Control de los Impulsos y de la Conducta” en el DSM-V.

Por otro lado, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, a diferencia de los dos anteriores, está clasificado dentro de los Trastornos de Desarrollo Neurológico” en el DSM-V. Como su propio nombre indica, es caracterizado por falta de atención e hiperactividad que puede estar acompañada o no de impulsividad, pudiendo predominar uno u otro.

Son tres condiciones de comportamiento inadaptado cuyo comienzo se da en la infancia, es decir, antes de los 10 años. (Garalgordobil y Maganto, 2016; García Romera et al., 2011; López-Soler et al., 2009). Para el diagnóstico de cualquiera de estos trastornos, la persona debe cumplir con los criterios diagnósticos enumerados en el DSM-V para cada uno.

Estos trastornos pueden y suelen presentarse junto con otro tipo de trastorno del comportamiento, presentan comorbilidad en su diagnóstico. La fundación Adana (2016) recoge que entre el 40-60% de los niños con TDAH son diagnosticados a su vez con TND y el 20-40% con Trastorno antisocial (como se citó en Mateu y Sanahuja, 2020).

Los niños con este doble diagnóstico tienen un peor pronóstico y mayor dificultad a la hora de realizar su tratamiento a nivel educativo y terapéutico.

Según estudios de Lynam (1996), un niño hiperactivo y antisocial tendrá un peor pronóstico que si tuviera sólo uno de ellos (como se citó en García Romera et al., 2011).

4. Etiología

Existe interacción y reciprocidad entre los factores que causan estos trastornos, lo que lleva a decir que tiene una etiología multicausal (Díaz-Sibaja, 2005; Fernández y Olmedo, 1999). El crecimiento de cada niño se ve condicionado por diferentes factores que pueden encaminar su desarrollo hacia la presencia o no de estos trastornos de conducta grave (como se citó en García Romera et al., 2011).

Se está de acuerdo en que el tipo de relación parental influye en el desarrollo del cerebro del niño (Bermejo, 2018; Bilbao, 2015; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Por lo que una variable muy importante a destacar dentro del factor biológico es la estructura cerebral del niño. Las personas adoptan el rol que ven, tienden a repetir los patrones que se aprenden de los padres (Cornejo, 2012). El cerebro del niño está programado para imitar o copiar todo lo que observan de los padres (Bermejo, 2018 y Bilbao, 2015). El córtex orbitofrontal es la zona del cerebro encargada de intervenir en la retención de respuestas impulsivas y en el control de respuestas emocionales, características en los TCG, (Gerhardt, 2015). Un trauma temprano influye de manera física y medible en las personas, afecta al sistema inmunológico e incluso afecta a la lectura y transcripción del ADN. Mesa-Gresa y Moya-Albiol (2011) muestran la relevancia de situaciones de estrés crónico o experiencias traumáticas en el desarrollo cerebral del niño, poniendo como ejemplo el caso de niños víctimas de maltrato. Estos niños debido a sus experiencias de estrés vividas tienen alteraciones en su sistema nervioso central, con una mayor prevalencia en trastornos de problema de conducta, trastorno de conducta antisocial y trastorno de conducta desafiante. Estas alteraciones están positivamente relacionadas con conductas autolesivas, consumo de drogas, dificultades académicas, trastorno de aprendizaje y déficits cognitivos y en el lenguaje.

Los niños con TDAH tienen el cerebelo hipo desarrollado. La biología de las personas les hace capaz de adaptarse al entorno que les rodea, por lo que las primeras adaptaciones determinarán el rumbo de su desarrollo.

Por otro lado, para Raya, Pino y Herruzo (2009) el factor que más relevancia y correlación positiva tiene en los trastornos de conducta son los patrones de crianza de los padres. Las normas, valores, actitudes y conductas son transmitidos a través del grupo de referencia del niño, es decir la familia. Un desajuste en el contexto familiar mantenido en el tiempo dificulta la adaptación y normalización del desarrollo del niño (Giménez-Gualdo y Rabadán, 2012). Aquellos niños educados con más

dureza/negligencia presentan más probabilidad de ser expulsados de la escuela, meterse en peleas, sufrir castigos y a muy futuro, ser detenidos por la policía o tener embarazos no deseados (Bilbao, 2015; Shepard y Dickstein, 2009). Es decir, adoptar ciertas conductas de riesgo.

Respecto al ambiente familiar, numerosas investigaciones muestran alta relación entre los problemas de conducta y mala calidad en la relación padres-hijos. Bornstein (1995), Collins et al. (2000) y Maccoby y Martin (1983) definen estas interacciones como fundamentales para el adecuado desarrollo de competencias del niño (como se citó en Brooks-Gunn, 2003). Mejorar la construcción de relaciones y regulación socioemocional del niño, contribuye a un desarrollo moral temprano positivo y una adecuada regulación de conducta. Bradley (1995) y Bornstein (1995) asocian el deterioro de interacciones padres-hijos y menos experiencias de aprendizaje en el hogar con un desajuste en la salud mental de estos padres (como se citó en Brooks-Gunn, 2003). Investigaciones aportadas por Hawkings y Weis (1985), muestran una clara reducción de conductas de riesgo al reducir los factores de estrés en el entorno familiar del niño y mejorar las aptitudes materno-infantiles (como se citó en MacArthur et al., 2018).

Nacer en un ambiente capaz de enseñarnos a autorregular las emociones es muy importante, ya que nacemos siendo incapaces de hacerlo sin aprendizaje. Varios autores hablan acerca de la importancia de la autorregulación. Cornejo (2012) explica cómo niños que parecen presentar problemas en el aprendizaje, realmente son debidos al estado de ansiedad alto que les producen ciertas situaciones en el colegio. Las emociones intensas bloquean la corteza prefrontal del cerebro y dificultan el adecuado pensamiento/reflexión de los actos, actuando de forma más impulsiva. Es necesaria una adecuada regulación interna de nuestros sistemas corporales para tener una adecuada adaptación externa (Gerhardt, 2015).

Por tanto, según los estudios, los niños pueden ser vulnerables a estos trastornos debido a condiciones biológicas y ambientales dentro del contexto familiar, sin embargo, existen factores ambientales fuera de la familia que también afectan. La sociedad se mueve en un ambiente en el que ir corriendo a todos los lados es lo normal. Las prisas estresan a los niños y hacen que se piense menos en sus necesidades, haciendo que estas carencias vengan intensificadas en comportamientos disruptivos en

la adolescencia (trastornos de comportamiento, alimentación...) (Bermejo, 2018). Muchas de estas conductas disruptivas son señales intensificadas porque no se les escucha cuando son señales suaves (Pitillas y Berástegui, 2018). No se les presta atención y por eso van aumentando su nivel. Por lo que el ambiente es un factor muy importante en el desarrollo, ya que muchas veces el niño a través de sus problemas de conducta muestra la adaptación al ambiente relacional que ha aprendido.

El ámbito escolar es uno de los contextos externos a la familia importante para el desarrollo de problemas de conducta. Los problemas de conducta están muy presentes en el ámbito escolar ya que el niño requiere de mucha regulación conductual (Mateu y Sanahuja, 2020). Morgan y Sideridis (2013) recogen la relación significativa observada por varios autores entre dificultades académicas y de comportamiento. El éxito académico está relacionado con la competencia social y conductual del niño (Walker, 2010). Ir ya a la escuela con un conjunto preestablecido de comportamientos negativos, interfiere en el aprendizaje al no atender a la instrucción del profesor y no adquirir las habilidades académicas requeridas. Esto hace que cada vez sean situaciones más desagradables y difíciles de enfrentar para el niño. El comportamiento de abandono en la orientación académica por falta de aprendizaje aumenta la probabilidad de adoptar un comportamiento más inapropiado (Metcalfé, Harvey y Laws, 2013; Morgan y Sideridis, 2013). Como ejemplo, Undheim, Wichstrom y Sund (2011) explican cómo los adolescentes con problemas de lectura se enfrentan a más presión académica y luchar contra estos desafíos podría aumentar el comportamiento agresivo de algunos adolescentes. Existe predicción entre adolescentes con este problema y alto número en problemas sociales, emocionales y conductuales. Estudios llevados a cabo señalan un índice elevado de los niños con problemas de lectura que también padecen trastornos de déficit de atención, ansiedad y/o conducta (Reddy y Richardson, 2006; Undheim et al., 2011).

Se observa que el nivel de ingresos también está relacionado con el desarrollo cognitivo y el comportamiento del niño (Brooks-Gunn, 2003). Investigaciones muestran mayor rendimiento académico en niños de hogares favorecidos que pobres. Duncan et al. (1998) señalan los efectos de los ingresos en el rendimiento de la escuela primaria y finalización de la escuela secundaria de los niños (como se citó en Brooks-Gunn, 2003): bajos ingresos durante los primeros años de vida se relacionan con competencias preescolares menos adecuadas.

Por otro lado, hay factores protectores cuya acción o influencia amortiguan a la de los factores de riesgo. Es importante aclarar que no todas las personas se ven condicionadas de la misma manera por los mismos factores (Pedreira, 2004). Las características individuales de cada niño, como una alta autoestima, elevado coeficiente intelectual o buena capacidad para solucionar un problema, son muy importantes a la hora de compensar todo lo anterior (como se citó en García Romera et al., 2011). La biología y el ambiente se retroalimentan, siendo para Fitó, (2008) la base de los TCG (como se citó en Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011).

5. Intervención

A la hora de concluir en un diagnóstico de trastorno de conducta es muy importante la participación de informantes externos como padres o profesores. García Romera et al. (2011) recogen que la mayoría de los niños que acuden a una consulta especializada, lo hacen por la preocupación señalada por parte de los padres y profesores. Es fundamental en los cuidadores cercanos al niño tener buena preparación para promover su adecuada salud física y mental, además de su desarrollo cognitivo, emocional y social (Brooks-Gunn, 2003).

No se puede trabajar con un niño sin trabajar con su sistema (Bermejo, 2018; Cornejo, 2012). Es muy importante que exista sintonía entre la educación que se da en el colegio y en casa, no hay mejores o peores sino congruentes. Para mejorar el bienestar de los niños, las intervenciones deben ser intensivas, integradas, de alta calidad y continuas (no hay respuestas cortas, baratas o simples) (Brooks-Gunn, 2003). Varios autores (Brooks-Gunn, 2003; MacArthur et al., 2018; Shepard y Dickstein, 2009) coinciden en la importancia de proporcionar intervenciones familiares centradas en la crianza de los primeros años de infancia del niño. Si no se abordan a tiempo los problemas de conducta, se vuelven más resistentes al tratamiento en infancia y adolescencia, además de producir un deterioro generalizado en el funcionamiento escolar diario del niño (Reddy, Newman, Thomas y Chun, 2009). Estudios recogidos muestran efectos más positivos y mayor duración del efecto en programas de intervención aplicados en la primera infancia del niño, que los iniciados más tarde en la infancia y adolescencia (Brooks-Gunn, 2003). Love et al. (2002) señalan como objetivos principales de los programas de intervención temprana, una adecuada

preparación para el aprendizaje y regulación socioemocional que contribuyan a la preparación escolar (como se citó en Brooks-Gunn, 2003).

Los comportamientos problemáticos se caracterizan por interferir en el aprendizaje y ser perjudiciales debido a continuos problemas creados en la escuela y sociedad (Morgan y Sideridis, 2013). Involucrar a los colegios crea más oportunidades para formar y apoyar a los profesores y padres en la identificación de problemas de salud mental para llevar a cabo una apropiada remisión del tratamiento (Masia-Warner, Nangle y Hansen 2006; Mateu y Sanahuja, 2020). Por lo que profesionales de la escuela deben estar preparados para apoyar a los niños con problemas emocionales y comportamentales. Se reconocen a las escuelas como un entorno muy eficiente para intervenciones centradas en el cambio del comportamiento del niño (Stormont, Reinke y Herman, 2011). Esto coincide con los estudios de MacArthur et al. (2018) dónde aplican programas escolares que son efectivos para reducir el comportamiento agresivo en niños. Diferentes estudios afirman que, proporcionando conocimiento fundamental a los profesores, estos muestran ser evaluadores fiables para identificar estudiantes con discapacidades emocionales o comportamentales e influir positivamente sobre ellos, lo que hace a las escuelas más capaces de identificar y proporcionar apoyo de forma intensiva a los estudiantes con (o antes de desarrollar) estos problemas para tener una eficacia mayor en el tratamiento (Morgan y Sideridis, 2013; Walker, 2010). Se demuestra que muchos de los profesores no eran conscientes de los programas que sus escuelas proporcionaban (Stormont et al., 2011). Los profesionales de la escuela deben tener comprensión acerca de los recursos escolares disponibles y de las prácticas basadas en la evidencia para apoyar y satisfacer las necesidades de niños con problemas emocionales o de comportamiento. Es importante estar muy familiarizado con el proceso de la herramienta seleccionada y aplicarlo bien (Walker, 2010). Por lo que preparar al profesorado y personal de la escuela para que lleven a cabo una participación significativa en las intervenciones del programa seleccionado es fundamental.

Es muy importante entender que, aunque se intervenga en los primeros años del niño, para que el bienestar se mantenga se deben hacer intervenciones de largo plazo. Es decir, seguimientos, evaluaciones constantes, observaciones, registros... Esta información es importante para orientar y adaptar las intervenciones a las necesidades requeridas por el niño (Brooks-Gunn, 2003; Reddy y Richardson, 2006; Walker, 2010).

5.1 Revisión de programas de intervención

Los tratamientos farmacológicos han demostrado su eficacia a corto plazo para mejorar la atención sostenida y concentración de los niños con TCG, disminuyendo su actividad motora y promoviendo así mejor adaptación en el aula. Sin embargo, si queremos que estos cambios se mantengan a largo plazo, debemos implementar programas de intervención que modifiquen el comportamiento disruptivo del niño (Mateu y Sanahuja, 2020). Las intervenciones diferirán dependiendo de las necesidades de desarrollo del niño (Brooks-Gunn, 2003). Varían según la ubicación del servicio, objetivo, tiempo, intensidad, extensión y plan de estudios. A continuación, se expone la revisión que hacen ciertos autores acerca de los programas de intervención más conocidos y aplicados en el ámbito escolar.

Shepard y Dickstein (2009) recogen la eficacia demostrada en programas de entrenamiento a padres para el manejo de niños que muestran problemas de conducta u oposición. El tratamiento se hace indirectamente a través de los padres para reducir comportamientos perturbadores del niño en la familia. Está basado en técnicas de refuerzo y castigo no punitivo para aumentar comportamientos deseados y reducir los no deseados, además de promover las habilidades de los padres para mantener autocontrol y la calma. Por el mismo camino, para Pitillas y Berástegui (2018) es muy importante el refuerzo positivo. En los casos de negligencia hay que estar muy atentos a los microgestos de lo positivo, para así reforzarlos y no sólo analizar lo negativo. Estos programas (recogidos por Brooks-Gunn, 2003 y Shepard y Dickstein, 2009) también abordan las relaciones padre-hijo con énfasis en mejorar las habilidades de los padres en estrategias de apoyo y fomento del desarrollo socioemocional y cognitivo del niño en el juego. Tanto Brooks-Gunn (2003) como Shepard y Dickstein (2009), apuestan por la formación para padres en habilidades de educación que les ayude a hacer frente a situaciones típicas del ambiente familiar. Esto lo hacen mediante la observación de videos con viñetas que muestren interacciones típicas en el hogar y así promover la capacidad de los padres para observar el comportamiento de sus hijos, analizar las situaciones y determinar cómo y cuando intervenir mejor. Estas intervenciones también sirven como medida preventiva (para niños vulnerables o en riesgo) ya que ayuda a identificar los problemas cuando son pequeños y ser proactivos para evitar trastornos mayores.

Brooks-Gunn (2003) recoge la base de los programas tradicionales anteriores y lo complementa con programas de intervención temprana con padres y maestros influyentes al niño. Propone programas en los que los padres participen en la educación del niño para apoyar los objetivos educativos en el hogar. Este tipo de programas han mostrado efectos positivos, en concreto en niños pobres y padres con poca educación. Walker, Cheney, Stage y Blum (2005) ponen especial énfasis en el uso de apoyos preventivos para llevar a cabo una evaluación eficaz y reducir así el número de estudiantes que necesiten apoyos intensivos más tarde (como se citó en Walker, 2010). Mediante la evaluación sistemática en el ámbito académico, social y conductual del niño, Walker (2010) propone programas de educación de conducta emparejados con apoyos estructurados de forma proactiva. Es decir, Walker (2010) suma a los programas tradicionales propuestos por Brooks-Gunn (2003) y Shepard y Dickstein (2009), apoyos al niño en el entrenamiento de habilidades sociales, resolución de problemas, tutoría académica, instrucción de habilidades académicas enfocadas y servicio de apoyo a las familias. El problema que encuentran estos programas es que la mayoría de los sistemas de disciplina escolar actuales están diseñados para responder a conductas de exteriorización de los problemas de conductas. Una vez asignado el programa específico, Reddy et al. (2009) y Walker (2010) señalan la importancia de dar feedback sobre cómo el comportamiento del estudiante responde al apoyo para así llevar un seguimiento adecuado y ajustarlo, en caso de ser necesario, a las necesidades no atendidas. En esta línea, Reddy et al., (2009) también apuesta por programas con beneficios significativos para el estudiante y la escuela, y muestra la eficacia de programas de capacitación en habilidades sociales basado en los compañeros como forma de apoyo. Es decir, los estudiantes enseñan habilidades sociales a sus compañeros o aprendían de ellos (tutores voluntarios).

MacArthur et al. (2018) y Reddy y Richardson (2006) también proponen intervenciones con diseño muy amplio aplicadas a diversos entornos con el objetivo de influir en los comportamientos de los jóvenes. Aplican programas escolares para orientar a los estudiantes en las creencias normativas de la escuela, promover la vinculación con ésta y la no adopción de conductas y conocimientos de riesgo mediante intervenciones en el plano individual y centradas en la familia del niño. Proponen estrategias adicionales a los programas de modificación de conducta (como enseñanza impartida por los compañeros, ejercicio de tareas para padres e hijos, juegos de roles o

establecimiento de objetivos en el aula) cuyos efectos sobre los comportamientos perturbadores son significativos.

Por otro lado, Undheim et al. (2011) proponen programas de entrenamiento centrados en los problemas sociales derivados del desajuste académico que los comportamientos perturbadores causan en el estudiante. Muestran como ejemplo resultados positivos obtenidos en el entrenamiento de lectura y habilidades sociales en niños con problemas en esta actividad.

Suma de varios de los programas anteriores es el propuesto por Mateu y Sanahuja (2020). Tras la e evaluación exhaustiva en el ámbito escolar y familiar del niño, se combinan programas de entrenamiento emocional (reconocimiento de emociones) y modificación de conducta (economía de fichas). Se fomenta el aprendizaje de convivencia de estos niños con sus compañeros, además de su crecimiento y desarrollo personal.

Como medida de prevención, Shepard y Dickstein (2009) proponen implantar formación a los profesionales en atención temprana (por ejemplo, pediatras o psicomotricistas) para que sean capaces de identificar estos problemas y llevar a cabo una actuación proactiva evitando así trastornos mayores.

6. Conclusión

Este trabajo tenía como objetivo realizar una revisión bibliográfica de los temas que tratan sobre los trastornos de conducta grave en niños. Sin embargo, una de las primeras cuestiones a considerar es que no existe unanimidad en la definición de este constructo ni en las clasificaciones.

Cuando se habla de trastornos graves de conducta (TGC) en niños, se refiere al conjunto de conductas oposicionistas, desafiantes, negativistas, disruptivas, destructivas y/o agresivas, que aparecen de manera persistente frente a las normas sociales y figuras que el niño considera de autoridad, afectando a su entorno. Como dicen Fernández y Olmedo (1999), tienen su inicio en la infancia y adolescencia interfiriendo en el desarrollo evolutivo y social del niño, siendo una de las principales causas por las que acuden a servicios de salud mental.

Como señalan Díaz y Díaz-Sibaja (2005), es muy importante saber la edad evolutiva en la que se encuentra el niño, para así identificar la conducta problema como síntoma o como algo acorde a su edad. Como dicen García Romera et al. (2011), existen

ciertas conductas disruptivas necesarias en el desarrollo del niño que le ayudan a adquirir habilidades de autocontrol y competencias socioemocionales imprescindibles para una buena salud física y mental, es decir, obtener un buen desarrollo cognitivo, social y emocional que permita tener al niño una adecuada relación con su ámbito social, familiar y escolar. Esto lleva a la conclusión de la necesidad que existe de aumentar la especialización de los profesionales para la identificación precoz del diagnóstico y disminución de falsos positivos en niños con trastornos de conducta grave. Gracias a esto, como mencionan Shepard y Dickstein (2009), se pueden llevar a cabo intervenciones proactivas por parte de los profesionales y los padres del niño, que permitan abordar a tiempo estos problemas, evitando así que se vuelvan más resistentes y difíciles de tratar en el futuro. Brooks-Gunn (2003) coincide con otros autores en que las intervenciones durante la primera infancia (precoz) muestran más efectos que las iniciadas más tarde en la infancia y adolescencia, además de una duración más larga en el tiempo.

A pesar de que no existe consenso a la hora de clasificar los diferentes tipos de trastorno de conducta, existe unanimidad en la relevancia de tres de ellos. El Trastorno Negativista Desafiante (TND), el Trastorno Disocial (TD) y el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), son los trastornos de conducta más importantes al ser los más frecuentes en las unidades de salud mental y están recogidos dentro de las clasificaciones aceptadas internacionalmente. Como recogen Mateu y Sanahuja (2020), estos trastornos suelen presentar comorbilidad en su diagnóstico, siendo el TDAH y el TND el más común. Este doble diagnóstico tiene peor pronóstico que el de un niño con sólo uno de estos presentes.

Ver cómo se pueden prevenir estas conductas, reducir la prevalencia e impacto de las consecuencias negativas a corto y largo plazo asociada a la adopción de estos comportamientos es otro de los objetivos de la búsqueda bibliográfica de este trabajo. Para ello, se ha visto importante tener una concepción adecuada de la naturaleza del trastorno y así adoptar una orientación del diseño de intervención más adecuada, considerando qué a mejor comprensión de las causas, mejor intervención por parte de los profesionales.

Como dicen Bermejo (2018), Bilbao (2015), Mesa-Gresa y Moya-Albiol (2011) y Raya, Pino y Herruzo (2009), los comportamientos problemáticos son resultado de una amplia gama de factores que interactúan entre sí: condiciones biológicas y ambientales dentro del contexto familiar (como la estructura cerebral del niño, escasa

capacidad de autorregulación emocional y comportamental, mala calidad de relación padres-hijos y patrones de crianza negligentes o negativos) son factores de riesgo que condicionan el desarrollo del niño. Así mismo, como ejemplifican Brooks-Gunn (2003) con bajo nivel de ingresos y Undheim, Wichstrom y Sund (2011) con dificultades en el aprendizaje, las condiciones ambientales externas a la familia son factores que también dificultan la trayectoria del niño haciéndole más vulnerable al diagnóstico de trastorno de conducta. Sin embargo, como dice Pedreira (2004), las características individuales como su autoestima, coeficiente intelectual y buena capacidad de resolución de problemas, son factores que ayudan a equilibrar los anteriores. Por lo que diagnosticar supone individualizar el programa de intervención a las características de cada niño.

La mayoría de las investigaciones coincide en una etiología multicausal, por lo que la intervención debe realizarse en todos los ámbitos del desarrollo del niño, es decir, intervenciones a nivel individual, escolar, familiar y social. Las intervenciones deben ser coordinadas y conjuntas por parte de todos los agentes implicados en el desarrollo psicosocial del niño, como dicen Bermejo (2018) y Cornejo (2012). Esto supone dotar a los padres y profesores de herramientas útiles que les ayuden a hacer frente a estas situaciones, por ejemplo, enseñanza de cómo dar ordenes de manera efectiva, establecer limites y alcanzar metas (refuerzo de conducta); así mismo, otras líneas de intervención pueden enfocarse en: dirigir la intervención a aumentar la capacidad de observación/atención sobre el comportamiento de los hijos para analizar y determinar cuando intervenir mejor, atender a su lenguaje corporal, preparación para aprendizaje y regulación socioemocional también son ejemplos. Como explican MacArthur et al. (2018) y Reddy y Richardson (2006), resultan más eficaces las intervenciones con diseños muy amplios aplicados en el plano individual, centradas en la familia y que involucren al colegio en la cooperación con familias, cuyo objetivo sea el de influir sobre el comportamiento de los jóvenes.

Tras la revisión de diferentes programas de intervención, se observa consenso en la importancia de llevar a cabo una evaluación integral del niño tanto en el ámbito académico como en el familiar, para llevar a cabo la identificación de necesidades a atender y orientar el programa de intervención en base a estas. Los más efectivos hasta ahora, como los que señalan Mateu y Sanahuja (2020) y Walker (2010), proponen la combinación de programas de reeducación de conducta (economía de fichas, refuerzo positivo) y educación socioemocional (autorregulación del estrés, mejor calidad de las habilidades sociales), además de apoyos proactivos al ambiente del niño y a éste en

dificultades o déficits externos al problema de conducta (dificultad en la lectura, estrés familiar o laboral...).

Como menciona Brooks-Gunn (2003), para asegurar el bienestar del niño, las intervenciones de estos programas deben ser de alta calidad, intensivas, integradas y continuas basados en eficacia demostrada. Por ello se ha visto la necesidad de seguir preparando a los profesionales de escuela para apoyar a los niños con problemas emocionales y comportamentales. Además, se ha encontrado información deficiente en este campo y existe necesidad de realizar estudios de intervención en conducta de alta calidad para fortalecer la base de pruebas en éste y seguir investigando en el impacto de programas escolares eficaces en el hogar y la escuela. También se observa que la mayoría de los programas hasta ahora propuestos ponen su atención sobre la externalización de problemas de conducta, mientras que no se hallan casi programas que pongan el foco en la evaluación e intervención de interiorización de estos problemas. Es necesario aumentar la importancia de éstos y la atención de los profesionales sobre este campo.

Futuras líneas de investigación podrían ser la realización de estudios sobre posibles programas de intervención en conducta de alta calidad y, en especial, sobre programas enfocados en la interiorización de los niños de problemas de conducta. Como sociedad debemos comprometernos en promover el bienestar de los niños y jóvenes en todos los aspectos del desarrollo y conseguir óptimo desarrollo social y personal de los chicos. Nuestra obligación como profesionales es seguir investigando en los campos cuya información es deficiente y formarnos en lo ya conocido para asegurar la mejor intervención posible.

7. Referencias

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana

Ascanio-Velasco, L., Ferro-García, R. (2018). Combinando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con graves problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 57-62. doi: 10.21134/rpcna.2018.05.1.8

Atienza, J. M. (2011). *Prevalencia de los trastornos de conducta* [en línea]. Disponible en: <http://www.paidopsiquia-tria.com/TDAH/tc7.pdf>.

Bermejo, M. (2018). *La danza de las emociones familiares: Terapia emocional sistémica aplicada con niños, niñas y adolescentes*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Bilbao, A. (2015). *El cerebro del niño explicado a los padres* (1ªed.). Barcelona: Plataforma Actual.

Brooks-Gunn, J. (2003). Do You Believe in Magic? What We Can Expect from Early Childhood Intervention Programs. *Social Policy Report/Society for Research in Child Development*, 17(3), 3-13. Doi:[10.1002/j.2379-3988.2003.tb00020.x](https://doi.org/10.1002/j.2379-3988.2003.tb00020.x)

Cornejo, L. (2012). *El espacio común: Nuevas aportaciones a la terapia gestáltica aplicada a la infancia y la adolescencia* (1ªed.) Bilbao: Desclée de Brouwer.

Cornellà i Canals, J. (2010). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Una revisión crítica. *Anales de Pediatría Continuada*, 8(6), 299-307.

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

Fernandez, R., Pásaro, E., Borrajo, E. y Cornellà i Canals, J. (2012). La adopción y el hipocampo en la escuela primaria. *21st Congress on Learning Disabilities: Worldwide*. Doi: [10.13140/2.1.2504.2888](https://doi.org/10.13140/2.1.2504.2888)

Garalgordobil, M., y Maganto, C. (2016). SPECI. Screening de problemas emocionales y de conducta infantil: descripción y datos psicométricos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 4(1), 319-328. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.618>.

García Romera, A.; Arnal Gimeno, A.B.; Bazanbide Bidaburu, M.E.; Bellido Gómez, C.; Civera Marín, M.B.; González Ramírez, M.P.; Peña Capapey, R.A.; Pérez Aldaz, M. y Vergara Arroniz, M.A. (2011). *Guía Práctica: Trastornos de la Conducta, Una guía de intervención en la Escuela*. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

Gerhardt, S. (2015). *El amor maternal: la influencia del afecto en el cerebro y las emociones del bebé* (2ª ed.). Barcelona: Eleftheria, S.L.

Giménez-Gualdo, A.M., Rabadán, J. A. (2012). Detección e Intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación*, 15(2), 185-212. doi: 10.5944/educxx1.15.2.132

Horno, P. (2014). Apoyo y adolescencia: narrándose en el espejo de los otros [Electronic versión]. *Adolescere*, 3, 19-28.

López-Soler, C., Castro Sáez, M., Alcántara López, M., Fernández Fernández V., López Pina, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353-358. ISSN 0214-9915.

Recuperado de <https://goo.gl/RyJu8j>

MacArthur, G., Caldwell, D.M., Redmore, J., Watkins, S.H., Kipping, R., White, J., Chittleborough, C., Langford, R., Er, V., Lingam, R., Pasch, K., Gunnell, D., Hickman, M., Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). DOI: [10.1002/14651858.CD009927.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009927.pub2)

Masia-Warner, C., Nangle, D., Hansen, D. (2006). Bringing Evidence-Based Child Mental Health Services to the Schools: General Issues and Specific Populations. *Education and Treatment of Children*, 29(2), 165-172. Retrieved from www.jstor.org/stable/42899880

Mateu, G. y Sanahuja, A. (2020). Evaluación e intervención en TDAH y TND: Un caso abordado en el contexto escolar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7 (1), 52-58. Doi: 10.21134/rpcna.2020.07.1.7

Mesa-Gresa P., Moya-Albiol L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. *Rev Neurol*, 52, 489-503.

Morgan, P., y Sideridis, G. (2013). Academic and Behavioral Difficulties at School: Introduction to the Special Issue. *Behavioral Disorders*, 38(4), 193-200. Retrieved from www.jstor.org/stable/23890647

- Oldham, J. M.; Skodol, A. E. y Bender, D. S. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: MASSON
- Pitillas, C., Berástegui, A. (2018). *Primera alianza: Fortalecer y reparar los vínculos tempranos*. Barcelona: Gedisa.
- Reddy, L. A., Newman, E., Thomas, C., Chun, V. (2009). Effectiveness of school-based prevention and intervention programs for children and adolescents with emotional disturbance: A meta-analysis. *Journal of School Psychology, 47*(2), 77-99. Doi: 10.1016/j.jsp.2008.11.001
- Reddy, L. A. y Richardson, L. (2006). School-Based Prevention and Intervention Programs for Children with Emotional Disturbance. *Education and Treatment of Children, 29*(2), 379-404. Retrieved from www.jstor.org/stable/42899890
- Reyzabal, M.V. (Coord) (2006). *La respuesta educativa al alumnado con trastornos de conducta*. Madrid: Conserjería de Educación. Dirección General de Promoción Educativa. Recuperado el 4 de octubre de 2015, <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM001618.pdf>
- Shepard, S. A. y Dickstein, S. (2009). Preventive Intervention for Early Childhood Behavioral Problems: An Ecological Perspective. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America., 18* (3), 687-706. Doi: [10.1016/j.chc.2009.03.002](https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.03.002)
- Stormont, M., Reinke, W. y Herman, K. (2011). Teachers' Knowledge of Evidence-Based Interventions and Available School Resources for Children with Emotional and Behavioral Problems. *Journal of Behavioral Education, 20*(2), 138-147. Doi: 10.1007/s10864-011-9122-0
- Undheim, A. M., Wichstrom, L. y Sund, A.M. (2011). Emotional and Behavioral Problems Among School Adolescents with and Without Reading Difficulties as Measured by the Youth Self-Report: A One-Year Follow-Up Study. *Scandinavian Journal of Education Research, 55*(3), 291-305. Doi:10.1080/00313831.2011.576879

Verdejo, M. D., Herrero-Navarro, J. M., Caravaca, M. y Escobar-Solano, M. A. (2008). Intervención Educativa en el alumnado con trastornos de conducta. En Gómez- Portillo, A. (Coord.): *Atención a la diversidad. Materiales para la formación del profesorado*. (pp.787-855). Murcia: Consejería de Educación, Ciencia e Investigación de la Región de Murcia.

Walker, B. A. (2010). Effective Schoolwide Screening to Identify Students at Risk for Social and Behavioral Problems. *Intervention in School and Clinic*, 46(2),104-110. Doi: 10.1177/1053451210374989