

Trastornos del comportamiento



C. Escudero Álvaro

Psicóloga clínica. Programa de atención a niños y adolescentes. Servicio de Salud Mental de Getafe. Madrid. España.

PUNTOS CLAVE

- Los trastornos del comportamiento reúnen una amplia gama de conductas desajustadas que pueden revestir mayor o menor gravedad.
- En niños entre los seis y los diez años, los trastornos de conducta oscilan entre un 4 y un 7% en niños y entre un 1 y un 3% en niñas; mientras que en adolescentes se encuentran entre un 1,5% y un 3,4%.
- La etiología no responde a un único factor, es multifactorial. Contribuyen a su formación y desarrollo factores individuales, familiares y sociales.
- Durante toda la infancia, hay antecedentes de conductas negativistas, oposicionismo y obstinación. Este tipo de comportamientos son normales en los niños pequeños y solo son preocupantes si se mantienen más allá de los siete u ocho años.
- Si en la infancia no se ha experimentado la limitación de los impulsos, la interiorización de las normas y el respeto por el otro, aparecerán conductas desajustadas que pueden desarrollar un trastorno del comportamiento.
- Los trastornos de comportamiento presentan una alta comorbilidad. Es necesario detectar el trastorno principal y discriminar si es un trastorno reactivo.
- La intervención más eficaz en Atención Primaria (AP) es la prevención y el diagnóstico precoz.
- Es fundamental recoger información sobre las características individuales del niño y el adolescente, las relaciones en la familia, el estilo de crianza y el entorno escolar y social.
- Es imprescindible la coordinación con los equipos de Salud Mental, los Servicios Sociales, y equipos de Educación.

RESUMEN

Los trastornos del comportamiento son uno de los motivos de consulta más frecuentes en AP y en los servicios especializados de Salud Mental. Suponen entre un 40 y un 50% de las derivaciones. Reúnen una amplia gama de comportamientos desajustados que responden a factores individuales, familiares y sociales. Son trastornos con una alta comorbilidad, por lo que el diagnóstico diferencial, que se apoya en la información obtenida en las entrevistas clínicas, debe detectar el trastorno principal y discriminar si el cuadro corresponde a un trastorno adaptativo. La intervención más importante desde AP es la prevención y el diagnóstico precoz.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento, o de conducta, como normalmente se los denomina, reúnen una amplia gama de conductas desajustadas que pueden revestir mayor o menor gravedad dependiendo de la edad de comienzo y de los factores individuales, familiares y sociales que presenta el sujeto, niño o adolescente. Estos trastornos han experimentado en los últimos años un gran incremento, siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes en AP y en los servicios especializados de Salud Mental. Entre un 40 y un 50% de las derivaciones a los equipos de Salud Mental suelen ser trastornos de conducta.

Los factores sociales que pueden incidir en este incremento suelen ser de diversos tipos, las largas jornadas laborales de los padres o los turnos de horarios rotatorios, que impiden una dedicación adecuada a la crianza de los hijos, las separaciones o divorcios conflictivos, la pobreza o la marginación social, la necesidad artificialmente creada en nues-

tra sociedad de obtener satisfacciones inmediatas y soluciones rápidas a cualquier problema, etc. Por un lado, todos estos factores inducen a los niños y adolescentes a no tolerar la más mínima frustración, el menor sentimiento desagradable, y a exigir gratificaciones inmediatas a todas sus demandas; y por otro lado, los padres y los profesores exigen con la misma rigidez el cumplimiento de las normas, sin poder dedicar el tiempo necesario para la adecuación progresiva de los niños. A estos factores hay que añadir las características particulares de la población inmigrante, cada vez más numerosa, con claves culturales, tanto de crianza como de comportamiento, en ocasiones muy diferentes de las nuestras.

EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos de conducta en niños entre los seis y los diez años oscilan entre un 4 y un 7% en niños y entre un 1 y un 3% en niñas, dependiendo del estudio al que nos remitamos. Son más frecuentes en los varones, se presentan a una edad más temprana y suelen ser más resistentes que en las niñas. En cuanto a los trastornos de conducta en adolescentes, que en general suelen ser más graves, la prevalencia está entre un 1,5 y 3,4%. Aunque en principio también eran más frecuentes en varones, últimamente se están incrementando también entre las mujeres.

CUADRO CLÍNICO

Los profesionales de AP, pediatras y médicos de familia, son los que tienen más posibilidades de detectar desde el comienzo las dificultades y alteraciones en la conducta de los niños, ya que siguen muy de cerca todo el desarrollo evolutivo desde el nacimiento. Por lo tanto, pueden detectar de forma temprana el inicio de los posibles trastornos. En ocasiones, serán los padres, con mayor frecuencia las madres, quienes consultarán por estas dificultades, pero también es posible que quiten importancia o minimicen las dificultades iniciales, argumentando que son cosas normales en los niños pequeños y que remitirán con el tiempo. Evidentemente, esto puede ser así, pero es necesario realizar un seguimiento pormenorizado de la evolución del niño.

La sintomatología puede ser muy heterogénea y variar de un caso a otro y también con la edad. Los criterios diagnósticos que pueden servir como orientación según las clasifi-

caciones internacionales más conocidas son el DSM-IV-R y el CIE-10.

En el DSM-IV-R (Tabla 1) los trastornos del comportamiento se clasifican en dos grandes bloques: los trastornos negativistas desafiantes y los trastornos disociales. Para poder acercarse a un diagnóstico de trastorno negativista es necesario que estén presentes al menos cuatro de los ocho criterios que figuran en la tabla, durante cinco meses. Para el diagnóstico de trastorno disocial se necesita la presencia de tres criterios en los últimos 12 meses o por lo menos uno en los últimos seis meses. Los criterios están agrupados en cuatro áreas: agresiones a personas o animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo y violaciones graves de normas. Se especifica también la edad de comienzo, en la infancia o la adolescencia, y la gravedad.

En el CIE-10 (Tabla 2), la definición del patrón general de conducta es muy similar a la del DSM-IV-R, pero establece una diferencia en el diagnóstico, en función de si estos trastornos se limiten al entorno familiar y se presenten en niños y/o adolescentes, con relaciones aceptables o sin ellas, en el entorno de sus iguales. Incluye también una categoría nueva, los trastornos disociales y de las emociones mixtos, cuando los problemas de comportamiento están acompañados de ansiedad, depresión, obsesiones, fobias, etc. Esta última categoría es interesante porque pone el acento en síntomas de tipo emocional que en ocasiones pueden pasar desapercibidos ante lo llamativo del comportamiento desajustado.

ETIOLOGÍA

La etiología de los trastornos del comportamiento no responde a un único factor, es multifactorial. Contribuyen a su formación y desarrollo factores individuales de cada niño y/o adolescente, factores familiares y los que se derivan del entorno social en el que se desenvuelve el grupo familiar, nivel económico, social y cultural. Las clasificaciones internacionales pueden servir para guiar el diagnóstico sobre los síntomas observables pero, más allá de la fenomenología de los síntomas, es preciso comprender la dinámica interna de los trastornos.

Los trastornos de conducta tienen una larga evolución durante toda la infancia. Encontramos antecedentes de conductas negativistas, activas o pasivas, oposicionismo, obstinación y provocaciones de diverso tipo. Esto no quiere decir que todos los niños con estos antecedentes vayan a

Tabla 1. **Criterios diagnósticos DSM-IV-R**

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE F91.3
<p>A. Patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos cinco meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo se encoleriza e incurre en patalatas. 2. A menudo discute con adultos. 3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas. 4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas. 5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento. 6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros. 7. A menudo es colérico y resentido. 8. A menudo es rencoroso y vengativo. <p>Nota: Considerar que se cumple un criterio solo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.</p> <p>B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.</p> <p>C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o del estado de ánimo.</p> <p>D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial y si el sujeto tiene 18 años o más tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.</p>
TRASTORNO DISOCIAL F91.8
<p>A. Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros. 2. A menudo inicia peleas físicas. 3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas. 4. Ha manifestado crueldad física con personas. 5. Ha manifestado crueldad física con animales. 6. Ha robado enfrentándose a la víctima. 7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual. 8. Ha provocado incendios deliberadamente. 9. Ha destruido propiedades de otras personas deliberadamente. 10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona. 11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones. 12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima. 13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciado antes de los 13 años de edad. 14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces. 15. Suele hacer novillos, iniciado antes de los 13 años de edad. <p>B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p>C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.</p>

desarrollar trastornos de conducta graves. Este tipo de comportamientos son normales en los niños pequeños y solo empiezan a ser preocupantes si se mantienen más allá de una edad determinada, normalmente por encima de los siete u ocho años. Si no se resuelven, pueden dar lugar a trastornos de mayor o menor entidad. Se pueden presentar también de forma transitoria en situaciones de crisis, sepa-

raciones, duelos, etc., como expresiones de malestar, sobre todo en niños pequeños.

Cada niño, al nacer, posee un potencial de capacidades y unas características individuales concretas que se podrán desarrollar mejor o peor, dependiendo de los vínculos con los padres y de su estilo de crianza. La disponibilidad, en principio de la madre y más adelante del padre y del entorno

Tabla 2. **Criterios diagnósticos CIE-10**

TRASTORNOS DISOCIALES
Se caracterizan por una forma persistente, reiterada y duradera de comportamiento disocial, agresivo o retador (seis o más meses). En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de normas mayores de las que serían aceptables para la edad del individuo y su entorno social.
Los tipos de comportamiento pueden ser: peleas o intimidaciones excesivas, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves y desobediencia.
F91.0 Trastorno disocial limitado al ámbito familiar.
F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.
F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.
F91.3 Trastorno disocial desafiante y opositorista.
F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.

familiar, facilitará, dificultará o moldeará el desarrollo de estas capacidades.

La puesta de límites, que forma parte del desarrollo, es fundamental para reforzar la capacidad de frustración, el tiempo de espera para obtener satisfacción. Soportar que la gratificación puede no ser inmediata aumenta el control sobre los impulsos al desarrollar mecanismos mentales de gratificación más complejos. El objetivo de la gratificación cambiará poco a poco, desde la obtención de las cosas materiales a la adquisición de buenas relaciones de amistad o buenos resultados académicos. En principio esta renuncia, muy costosa para el niño, se produce para no perder el cariño de los padres.

Como consecuencia, se desarrolla también la autonomía (poco a poco deja de ser necesario el control externo), se impulsa la adquisición de las normas, imprescindible para cuidar de uno mismo y de los otros, y aumentan la capacidad del esfuerzo intelectual (concentración y atención) y la capacidad de identificación con el otro, al que se considerará como un igual con los mismos derechos y obligaciones.

Si en la infancia no se ha experimentado la limitación de los impulsos, la interiorización de las normas y el respeto por el otro, aparecerán las conductas desajustadas. Estos niños no poseen las herramientas psíquicas necesarias para enfrentar el conflicto interno entre el deseo y la norma, la obligación y la diversión, lo que se puede y lo que no se puede hacer. El conflicto siempre se sitúa fuera del propio sujeto. Los problemas internos se proyectan en los otros y en el contexto exterior. Esta es una característica de inmadurez psicológica. Los trastornos de conducta pueden encubrir depresiones, angustia y ansiedad, miedos y fobias. Al no existir capacidad para ser elaborados mediante mecanismos psíquicos (*insight*, represión, simbolización, sublimación, etc.) se manifiestan a través de la conducta, como sucedía cuando el niño era más pequeño. A pesar de su carácter heterogéneo, los trastornos

de conducta tienen una característica general común: la dificultad de interiorizar el conflicto. Por estas características se los clasifica como trastornos externalizados.

En los adolescentes, el problema se puede agravar porque se comportan como lo haría un niño pequeño, pero con una capacidad física y psíquica mayor para causar daño a otros y a sí mismos. El funcionamiento mental se somete a la ley del placer bruto, a la tiranía de obtener el placer inmediato por los medios que sea. No hay capacidad de identificación con el otro para reconocer el sufrimiento que causan y no perciben el propio sufrimiento. Solamente cuando no obtienen lo que quieren de inmediato, el sufrimiento interno, no percibido como tal, se transforma en violencia. Además, culpan a los otros si no lo obtienen y les adjudican intenciones hostiles, sin comprender la imposibilidad de cumplir su deseo. Se pueden convertir en maltratadores tanto con los iguales como con los adultos.

Los adultos de la familia tienen que actuar con el niño, y más con el adolescente, en correspondencia: no se les puede pedir que se controlen sin que ellos se controlen ni les respeten como personas. Las prohibiciones y las normas tienen que ser para todos en correspondencia con su edad y lugar. Las familias con graves problemas de relación, en condiciones sociales desfavorables y con conflictos crónicos entre los padres, son un contexto de riesgo para los niños, que pueden desarrollar trastornos de conducta, bien en la infancia, bien en la adolescencia.

El entorno social en el que se desenvuelve la familia es fundamental. Las relaciones que los padres mantienen fuera del entorno familiar, las actividades de ocio y tiempo libre, las relaciones con amigos, el nivel de información y comunicación que se mantiene dentro y fuera de la familia, el interés por los acontecimientos sociales y la actitud frente a ellos, etc., ofrecen un amplio mundo de posibilidades al niño o adolescente. La oportunidad de pasar del circuito corto de la familia al cir-

cuito largo del contexto social. El primer contexto social para los niños y adolescentes es el entorno educativo. La valoración que los padres hacen de él será fundamental para la apropiada integración del niño. Asimismo, la valoración que los profesores hagan del niño o del adolescente es central.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En primer lugar, hay que considerar si el trastorno de conducta es adaptativo o reactivo, derivado de una crisis reciente en el entorno familiar o escolar. En este caso, es prioritario tener información concreta sobre la crisis para proporcionar recomendaciones de manejo de la situación y evitar que el trastorno se intensifique.

Los trastornos del comportamiento presentan una alta comorbilidad con otros tipos de trastornos psíquicos. Es muy frecuente que cumplan criterios de trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH), puede haber trastornos depresivos o de ansiedad, ya que con frecuencia los trastornos afectivos se traducen en agitación o problemas de conducta, trastornos del aprendizaje, discapacidad psíquica o trastornos generalizados del desarrollo. En la adolescencia, puede existir también consumo de sustancias y de alcohol. Por tanto, es necesario descartar este tipo de trastornos o bien delimitar cuál es el trastorno principal para poder llevar a cabo una intervención adecuada.

ENTREVISTA CLÍNICA

El pediatra y el médico de familia están en una posición privilegiada para poder recoger la información necesaria que oriente el diagnóstico. Conocen a la familia y al niño desde su nacimiento y, por tanto, tienen información previa sobre las dificultades que se han podido dar en el desarrollo. Es conveniente escuchar a los padres, al niño y al adolescente para valorar los puntos de vista de cada uno sobre el problema. Recoger las dificultades detectadas durante el desarrollo en cuanto a alimentación, sueño, control de esfínteres, carácter y comportamiento del niño, su estado de ánimo, las relaciones con los padres y hermanos, la presencia o no de rabietas, la capacidad de frustración, la aceptación de normas, etc. El funcionamiento del niño o adolescente en el entorno escolar y con los iguales también es fundamental. Hay que recoger información también sobre el posible consumo de sustancias y alcohol.

Es muy importante conocer el estilo de las relaciones familiares, la modalidad de crianza, las respuestas de los padres y los adultos significativos a las dificultades del niño y también la capacidad de los padres en cuanto a su propia frustración, su capacidad de control frente a las provocaciones de los hijos. Por último, la presencia en la familia de algún trastorno psíquico o físico de consideración. Toda esta información ayudará a discriminar posibles trastornos de comportamiento transitorios propios del desarrollo, o bien trastornos de tipo adaptativo o reactivo. A veces, los padres tienen exigencias desmesuradas y patologizan lo que puede ser perfectamente normal.

En ocasiones puede ser necesario descartar patología orgánica, cuando el comienzo de los trastornos ha sido agudo o grave sin antecedentes detectables.

INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

- Las intervenciones desde AP tienen que ser sobre todo preventivas, ya que los primeros indicios aparecerán en la primera infancia y con trastornos leves de comportamiento. Dirigidas sobre todo al contexto familiar del niño o adolescente y si es posible al entorno escolar.
- Supervisar y apoyar a los padres en la puesta de límites adecuados a la edad de los hijos, con normas claras y consistentes.
- Apoyar y aclarar a los padres que autoridad no es autoritarismo y que los niños se sentirán protegidos y seguros si son firmes en sus decisiones.
- Ayudarles en los momentos en que se producen rabietas o enfados, en los niños o adolescentes, y sugerirles cómo afrontarlas, sin que se descontrolen y consolando a los niños por sus frustraciones.
- Proporcionar a los padres, a los niños y a los adolescentes información sobre lo que les está sucediendo: sentimientos desagradables, frustraciones, dificultades en el proceso del crecimiento.
- Apoyar la importancia del aprendizaje, la relación con profesores y compañeros, y las amistades.
- Apoyar la relación con grupos de iguales, y la realización de actividades de ocio y deporte.
- Supervisar hábitos de alimentación y sueño.
- Dar información sobre el consumo de sustancias y alcohol, y en adolescentes sobre las relaciones sexuales.

- Ayudar a los padres y a los hijos a valorar y potenciar los aspectos positivos.
- Contactar con los Servicios Sociales cuando se detecten condiciones sociales desfavorables, problemas de vivienda, paro, pobreza, marginación o aislamiento social, grupo de iguales conflictivo, maltrato, etc.
- Contactar con el colegio para asegurar una buena integración en el entorno escolar con profesores y compañeros.

DERIVACIÓN A OTROS RECURSOS

En muchas ocasiones, la disponibilidad desde AP para intervenir en los trastornos de comportamiento es escasa, por la presión asistencial y la falta de recursos específicos. Por lo tanto, la prevención y la detección precoz son las intervenciones más eficaces. Cuando el caso reviste mayor complejidad o gravedad, es preciso derivarlo a los equipos específicos de Salud Mental de niños y adolescentes.

Según las características y necesidades del caso, en los dispositivos de Salud Mental se puede intervenir con psicoterapia de diferentes modalidades: individual para el niño o el adolescente y entrevistas periódicas con los padres, para ajustar las pautas de relación entre los miembros del grupo familiar; psicoterapia del grupo familiar si los vínculos están gravemente distorsionados, o bien psicoterapia de grupo para el niño o el adolescente con asistencia de los padres

también en grupo, para potenciar y apoyar el tratamiento de los hijos. Los tratamientos de psicoterapia se pueden complementar con técnicas de relajación en grupo y tratamiento farmacológico. Este último no se debe utilizar como intervención única, y se suele pautar cuando los problemas de comportamiento están acompañados de trastornos depresivos o de ansiedad, o cuando el descontrol de impulsos es muy relevante. Normalmente se utilizan neurolépticos (risperidona) o antidepresivos (fluoxetina).

El tratamiento de los trastornos del comportamiento es largo y complejo. Precisa normalmente de bastante tiempo y de distintos recursos (AP, Salud Mental, Servicios Sociales, etc.). En ocasiones, el trastorno es tan grave que puede precisar el ingreso en una residencia específica. En el sistema de atención de Salud Mental no se cuenta con dispositivos específicos, como comunidades terapéuticas, que proporcionen tratamiento integral e intensivo para este tipo de trastornos. Por estas razones, el abordaje preventivo y la detección precoz son fundamentales, ya que serán la intervención más eficaz en este tipo de problemas.

La mayoría de los adolescentes con trastornos del comportamiento han presentado en la infancia trastornos de tipo negativista y en algunos casos presentarán trastornos antisociales de personalidad cuando sean adultos. Sin embargo, no se le puede dar la vuelta al argumento, no todos los niños o adolescentes acabaran desarrollando trastornos de personalidad.

CUADERNO DEL PEDIATRA

Los pediatras son los profesionales que conocen al niño y su familia desde el nacimiento, por lo que están en una situación privilegiada para detectar los primeros indicios de un posible trastorno del comportamiento. La intervención más eficaz es la prevención y la detección precoz.

Diagnóstico

En primer lugar, hay que discriminar si el trastorno es adaptativo o reactivo, derivado de una crisis reciente en el entorno familiar o escolar. Un segundo paso es considerar que los trastornos del comportamiento presentan una alta comorbilidad con otro tipo de trastornos psíquicos. Pueden cumplir criterios de TDAH, de trastornos depresivos o de ansiedad, trastornos del aprendizaje, discapacidad psíquica o trastornos generalizados del desarrollo. Es necesario descartar este tipo de trastornos o bien delimitar cuál es el trastorno principal para poder llevar a cabo una intervención adecuada.

Entrevista clínica

Además de los antecedentes relativos al desarrollo ya conocidos, hay que recoger toda la información relativa a las características individuales del niño, el entorno familiar, los vínculos establecidos entre padres e hijos, y el entorno escolar y social. Es necesario además escuchar a los padres y al niño y/o adolescente.

Intervención

Desde AP, las intervenciones se centran sobre todo en supervisar y apoyar el adecuado manejo de límites y normas, mejorar el estilo de crianza, proporcionar información sobre los procesos que se están produciendo en el desarrollo de los hijos, fundamentalmente en los momentos que se producen enfados y rabietas. Apoyar la importancia de las relaciones entre iguales y de las actividades de ocio, deporte y tiempo libre.

El tratamiento farmacológico no se debe utilizar como intervención única, se suele pautar cuando los problemas de comportamiento están acompañados de trastornos depresivos o de ansiedad, o cuando el descontrol de impulsos es muy relevante. Normalmente se utilizan neurolépticos (risperidona) o antidepresivos (fluoxetina).

Derivación a otros recursos

El tratamiento de los trastornos del comportamiento es largo y complejo. A menudo necesita de la intervención de distintos recursos. Cuando el trastorno reviste cierta gravedad es necesario derivarlo a los equipos específicos de Salud Mental. Es necesario también tener coordinaciones con los Servicios Sociales.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ, Anderson TM, Sunerland M. Neurodevelopmental disorders: Cluster 2 of the proposed meta-structure for DSMV and ICD-11. *Psychol Med.* 2009;39:2013-23.
- Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, par II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(11):1275-93.
- Martín Martínez L, García Mayo M. Terapia de grupo en trastornos del comportamiento infantil. Experiencia en un centro de Salud Mental. *Rev Psicopatol Salud Ment Niño Adolesc.* 2005;6:59-63.
- Maughan B, Rutter M. Antisocial Children grown up. En: Hill J, Maughan B. *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence.* Cambridge: Cambridge University Press; 2001. p. 507-52.
- Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Oppositional Defiant Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:1.
- Rogau-Ratera E, García-Nonell C, Artigas-Pallares J. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Rev Neurol.* 2006;42(supl 2):83-8.
- Van de Wiel N, Matthys W, Cohen-Kettenis PC, Van Engeland H. Effective treatments of school-aged conduct disordered children: recommendatios for changing clinical and research practices. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2002;11(2):79-84.