

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA



**UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA**

**INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA AYUDAR A NIÑOS Y
ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA.**

Nursing interventions to help children and adolescents with behavioural disorders.

AUTOR

D. / D.^a Rocío Gallego Rodríguez

DIRECTOR

Prof./Prof.^a Genoveva Granados Gámez



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad de Almería

Curso Académico

2018/2019

Convocatoria

Junio

Tabla de contenido

RESUMEN	1
1 INTRODUCCIÓN	1
2 OBJETIVO	2
3 METODOLOGÍA	2
3.1 DISEÑO	2
3.2 MUESTRA.....	3
3.3 PROCEDIMIENTO.....	3
4 RESULTADOS	4
4.1 CONCEPTOS Y CLASIFICACIÓN DE TD	4
4.1.1 <i>Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno disocial</i>	4
4.2 FACTORES PREDISPONENTES	7
4.2.1 <i>Factores biológicos</i>	7
4.2.2 <i>Factores psicológicos</i>	7
4.2.3 <i>Factores sociales</i>	8
4.3 INTERVENCIONES	8
4.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LAS ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO	14
4.4.1 <i>Tabla 3. Estrategias y técnicas derivadas de modelos teóricos</i>	15
4.5 CASO CLÍNICO.....	16
5 DISCUSIÓN	18
6 CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	21
6.1.1 <i>Anexo 1.</i> ³⁷	1
6.1.2 <i>Anexo 2.</i> ³⁷	3

RESUMEN

Introducción: el trastorno de conducta (TD) es una alteración mental que se desarrolla en la infancia, se define por un patrón repetitivo y persistente de comportamiento antisocial con altos niveles de agresión, comportamiento delictivo, tendencia al engaño, etc. En los últimos años, se ha incrementado el número de pacientes diagnosticados con este trastorno lo que se traduce en la necesidad de ampliar los grupos de terapia y de apoyo y la variedad de este tipo de intervenciones que se adapten a las necesidades de los pacientes.

Objetivos: el presente trabajo tuvo como objetivo principal: explorar el conocimiento actual sobre e TD en niños y adolescentes. Otros de los objetivos que se plantearon son: definir el concepto de trastorno de la conducta y exponer su clasificación, identificar los factores predisponentes de trastornos de conducta y describir las intervenciones del equipo multidisciplinar que se llevan a cabo e identificar su eficacia.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica de artículos, revisiones bibliográficas, sistemáticas y ensayos aleatorizados, capítulos de libro y guías de práctica clínica (GPC). Se incluyeron 23 artículos, escritos en castellano e inglés, con una antigüedad de no más de 10 años. Siguiendo los criterios de la Guía CASPe, se procedió a una lectura crítica, descripción y comparación de los resultados encontrados en los documentos.

Resultados: los estudios analizados presentan varios tipos de intervenciones que se llevan a cabo con los pacientes con TD y sus familias. Las intervenciones más utilizadas son las terapias multisistémicas, el programa Coping Power y el programa de entrenamiento para padres (PMT).

Conclusión: los programas que incluyen tanto a los pacientes como a sus padres dentro del tratamiento se muestran más efectivos que aquellos que se centran en las intervenciones para los niños o adolescentes.

Palabras clave: trastorno de la conducta, conduct disorder, adolescente, children, desorden de la conducta, intervenciones, treatment.

ABSTRACT

Introduction: Behavior disorder (TD) is a mental alteration that develops in childhood, is defined by a repetitive and persistent pattern of antisocial behavior with high levels of aggression, criminal behavior, tendency to deception, etc. In recent years, the number of

patients diagnosed with this disorder has increased, resulting in the need to expand therapy and support groups and the variety of such interventions to suit the needs of patients.

Objectives: the main objective of this work was to explore the current knowledge about TD in children and adolescents. Other objectives were: to define the concept of behavior disorder and to expose its classification, to identify the predisposing factors of behavioral disorders and to describe the interventions of the multidisciplinary team that are carried out and Identify its efficacy.

Methodology: A bibliographical review of articles, bibliographic reviews, systematics and randomized trials, book chapters and Clinical Practice guides (GPC). We included 23 articles, written in Spanish and English, with an age of no more than 10 years. Following the criteria of the CASPe guide, we proceeded to a critical reading, description and comparison of the results found in the documents.

Results: The analyzed studies present several types of interventions that are carried out with patients with TD and their families. The most commonly used interventions are multisystem therapies, the Coping Power program and the Parent Training program (PMT).

Conclusion: Programs that include both patients and their parents within treatment are more effective than those that focus on interventions for children or adolescents.

Key words: conduct disorder, adolescent, children, interventions, treatment.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Trastorno de conducta: patrón repetitivo y persistente de comportamiento antisocial en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales¹. Se compone de una serie de rasgos insensibles que tienden a disminuir durante la infancia y se estabiliza en la adolescencia.

Trastorno de ansiedad: Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos y que se asocian a tres o más sobreactivación fisiológica.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por inatención y/o hiperactividad e Impulsividad. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental.

Terapias multisistémicas: es un tratamiento intensivo en el ámbito familiar y comunitario dirigido a adolescentes con comportamientos antisociales graves y a sus familias mediante un modelo de atención en el hogar para romper las barreras de acceso al servicio y un sistema de garantías sólido y de calidad para promover la fidelidad al tratamiento, los terapeutas de TMS abordan factores de riesgo conocidos de forma estratégica y exhaustiva.

Programa Coping Power: es un protocolo de tratamiento multimodal para trastornos de comportamiento disruptivo, desarrollado por J. Lochman durante la década de 1990. Sus principales objetivos son: desarrollar la capacidad de emprender metas a mediano y largo plazo, desarrollar habilidades de control de la ira, a través de la modulación de señales fisiológicas, pensamientos y comportamientos relacionados con ella, permitir que el niño entienda y acepte el punto de vista del otro, etc.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos e investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos, editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

1 INTRODUCCIÓN

El trastorno de conducta (TD) se define como un patrón repetitivo y persistente de comportamiento antisocial en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales¹. Se compone de una serie de rasgos insensibles que tienden a disminuir durante la infancia y se estabiliza en la adolescencia².

El TD es un trastorno mental que surge en la infancia, es menos común que los trastornos de ansiedad o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El síndrome involucra altos niveles de agresión, comportamiento delictivo, tendencia al engaño, etc. En el ámbito clínico, el TD por lo general se presenta en niños con antecedentes de TDAH y trastorno de oposición desafiante. Sobre todo cuando se acompaña de rasgos insensibles o desapego emocional, el TD predice un alto riesgo de problemas de conducta crónicos, que se puede expresar como trastorno de personalidad antisocial en la edad adulta; Sin embargo, menos de la mitad de los pacientes con TD pasará a tener trastorno antisocial³.

El trastorno de TD es más frecuente en hombres que en mujeres, con una prevalencia del 3.6% en niños y el 1.5% para niñas entre 5-19 años⁴.

Se asocia entre un 30-50% con el TDAH, en tanto que los niños con diagnóstico de TDAH tienen alto porcentaje de ser diagnosticados también con TD, como que los pacientes con TD en la gran mayoría presentan características propias del TDAH⁵.

Estos problemas han recibido una mayor atención recientemente, debido a los acontecimientos de violencia cometidos por los jóvenes y las modificaciones en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) para los criterios para el trastorno de conducta, en el que se ha introducido un nuevo criterio especificador que es el de: emociones prosociales limitadas. Los problemas de conducta durante la juventud son predictivos de un mayor riesgo de abuso de sustancias, comportamiento criminal y la interrupción educativa³. Este especificador se establece cuando el individuo presenta por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características manifiestan un patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período. De ahí que para evaluar dicho criterio, además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante periodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, familiares, amigos).

El consumo de antipsicóticos en Andalucía es del 10,99, esta tasa se define como DDD/1.000 TAFE/día (DDD= dosis diaria definida, TAFE= tarjeta sanitaria ajustada). En Almería, las zonas que presentan mayor consumo son las áreas de gestión clínica de Almería y Almería Norte.

El TD es una enfermedad que es cada vez más visible y afecta a mayor número de personas, por lo tanto, es importante disponer de una serie de terapias efectivas y adaptadas a las necesidades de los pacientes y de sus familias.

El propósito del presente trabajo es revisar el estado actual de conocimiento sobre la enfermedad de TD, así como las intervenciones enfermeras que se utilizan a día de hoy con estos pacientes.

2 OBJETIVO

Objetivo general: Explorar el conocimiento sobre los trastornos de la conducta en niños y adolescentes relacionado con los cuidados de enfermería.

Objetivos específicos:

- Definir el concepto de trastorno de la conducta y describir su clasificación.
- Identificar los factores predisponentes de trastornos de conducta.
- Describir las intervenciones del equipo multidisciplinar que se llevan a cabo e identificar su eficacia.
- Determinar las bases teóricas de las estrategias y técnicas utilizadas en la atención de esta enfermedad.
- Describir un caso clínico que integre los conocimientos encontrados en la revisión bibliográfica, así como los adquiridos durante el grado de Enfermería.

3 METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Se ha utilizado el método de revisión bibliográfica basada en los criterios QUORUM, valorándose el tipo de estudio encontrado, las características de los pacientes, las intervenciones realizadas, modelos explicativos en los que se basan los resultados obtenidos en los estudios, eficacia. Consistente en la descripción y la comparación de los resultados recogidos en un conjunto de artículos relativos a los trastornos de conducta y las intervenciones que se realizan para ayudar a estos pacientes. El uso de este tipo de

diseño se justifica por la necesidad de identificar, sintetizar y comparar los contenidos en la bibliografía existente sobre este tema y poder extraer conclusiones sobre la misma.

3.2 Muestra

Se han recuperado un total de 98 artículos, tras la primera lectura y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se ha recogido información relevante de 23 artículos.

- Entre los criterios de inclusión se estableció:

- Un máximo de antigüedad de diez años, (en su caso: ya que de años más recientes encontramos muy poca bibliografía útil), aunque se consideró de interés la inclusión de varios artículos anteriores publicados en los años: 2001, 2005, 2006 y 2007.
- Se restringió el idioma a bibliografía en español y en inglés.
- No se hizo uso de préstamos interbibliotecarios.

- Criterios de Exclusión:

- Cuando la bibliografía encontrada no estuviera a texto completo online o formato papel.
- Artículos cuya redacción no era clara o específica.

3.3 Procedimiento

En la localización de los documentos se utilizaron exclusivamente las bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Cochrane y Elsevier. Las palabras claves fueron las mismas para todas las bases de datos: trastorno de la conducta, conduct disorder, adolescente, children, desorden de la conducta, intervenciones, treatment.

Una vez establecidos estos criterios se hizo una lectura del título y del resumen para así poder descartar aquellos no se ajustaban a los objetivos del presente trabajo. Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre los trastornos de conducta, las intervenciones sanitarias realizadas, la prevalencia de la enfermedad y la asociación de dicha enfermedad con otras enfermedades mentales. Posteriormente se hizo una lectura crítica de la bibliografía seleccionada, usando los criterios que propone la Guía CASPe (anexo 1 y 2) para controlar la calidad de la bibliografía evaluando fundamentalmente tres aspectos: la validez de los resultados, cuáles son los resultados y si son aplicables a nuestro medio. Por último, para poder llevar la información a la práctica, se presenta un caso práctico.

4 RESULTADOS

Con el fin de facilitar la presentación de los resultados, en los siguientes apartados se va dando respuesta a los objetivos que se plantearon al inicio del presente trabajo.

4.1 Conceptos y clasificación de TD

Según Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2013) el trastorno de la conducta pasa a denominarse trastorno disocial y se engloba dentro del grupo de los “trastornos perturbadores, del control de impulsos y de conducta”. Este grupo comprende desde la piromanía, cleptomanía, trastorno explosivo intermitente, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, trastorno antisocial de la personalidad, otros trastornos perturbadores, del control de impulsos y de conducta especificado y no especificado. En lo referente a la niñez, solo dos de estos trastornos se consideran como específicos: el trastorno de conducta o disocial (en el que se centra este trabajo) y el trastorno negativista desafiante.

Los criterios de diagnóstico del trastorno de conducta que se presentan en la tabla 1, recogen distintos apartados en los que se basa el diagnóstico y los principales son:

- Ser un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan las normas sociales.
- Provocar un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.
- Si el paciente es mayor de 18 años y no cumple los criterios de trastorno de la personalidad antisocial, hay que especificar una serie de pautas que se describen en dicha tabla.

4.1.1 Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno disocial

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

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).

4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.

5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.

6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).

7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.

9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.

11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. “engaña” a otros).

12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.

14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.

15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Especificar si:

312.81 (F91.1) Tipo de inicio infantil: Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.82 (F91.2) Tipo de inicio adolescente: Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.89 (F91.9) Tipo de inicio no especificado: Se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si:

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

Falta de remordimientos o culpabilidad: No se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.

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

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

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

Especificar la gravedad actual:

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

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

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

Fuente 1. DSM-V, 2013

En todos los artículos estudiados se utiliza la definición facilitada por el DSM-V y los criterios presentados anteriormente.

4.2 Factores predisponentes

En los datos recogidos en una revisión publicada en la revista internacional de psicología del Instituto de la Familia de Guatemala en 2012⁶, los factores de riesgo para el desarrollo de TD corresponden tanto a factores biológicos, psicológicos y sociales.

4.2.1 Factores biológicos

Son tanto factores parentales como genéticos. Existe una influencia de un conjunto de características neuronales como hormonas, neurotransmisores y neuropéptidos, la actividad cortical y algunas toxinas, que provocan una excitación importante del sistema límbico y esto produce la aparición de la conducta agresiva (Anckarsater, H. 2006). El aumento de los niveles de testosterona se consideran un mediador de la violencia.

Estudios de 2002⁷ y 2006⁸ relacionan los antecedentes de padres alcohólicos con un riesgo mayor de padecer TDAH, TD y trastorno oposicionista desafiante. A su vez, se relaciona con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas.

4.2.2 Factores psicológicos

Dentro de estos factores, destaca una elevada comorbilidad con TDAH y trastorno oposicionista desafiante⁹. Las principales características que presentan estos pacientes son impulsividad, agresión, baja tolerancia a la frustración, ansiedad flotante, depresión emergente y trastornos del humor¹⁰.

Acero, Escobar y Castellanos (2007) en su estudio, describen a los niños y adolescentes con este trastorno como personas solitarias y agresivas, con síntomas depresivos y con antecedentes de enfermedades psiquiátricas (hasta en un 23%). También presentan falta de empatía y remordimiento por el dolor ajeno, una autoestima distorsinada (con síntomas de grandiosidad, megalomanía o embotamiento afectivo y abulia)¹¹.

4.2.3 Factores sociales

Las consecuencias de este trastorno pueden ir desde comportamientos disruptivos contra los padres o la familia y dentro del aula hasta conductas delictivas como violencia criminal o delincuencia organizada¹².

Los TD se asocian a la delincuencia organizada, violencia criminal, intrafamiliar y sexual. Presentan una comorbilidad con la inequidad social y la pobreza y se considera como predictor del desarrollo de la enfermedad el hecho de crecer en familias conflictivas, así como tener amigos con conductas delictivas y padres consumidores de sustancias estupefacientes⁶.

4.3 Intervenciones

En la atención al paciente con TD, se utilizan tratamientos farmacológicos, terapéuticos y la combinación de ambas para paliar tanto los síntomas físicos como emocionales.

- Intervenciones farmacológicas

Los fármacos más utilizados son los antipsicóticos atípicos: la risperidona y la clozapina así como estabilizadores del estado de ánimo y anticonvulsivos que son eficaces en la gestión de síntomas del TD concomitantes con otros trastornos psiquiátricos¹³¹⁴.

Los resultados de un estudio que compara el tratamiento con clozapina con el uso de la risperidona muestran que la puntuación en la escala de agresión en ambos grupos disminuye un 50%, para la risperidona corresponde a un 52% mientras que para la clozapina de un 58%¹³.

- Intervenciones terapéuticas

En la tala 2 se recogen los artículos seleccionados con las intervenciones que se han estudiado en cada uno de ellos, la población a la que van dirigidas (figura 1) y los resultados obtenidos.

Tabla 2. Intervenciones analizadas

PROGRAMA	CONTENIDO	MUESTRA	DIRIGIDO A	RESULTADOS
Programa de comportamiento ¹⁵	Revisión de todas las publicaciones que comparan esta técnica	19 ECAs.	Niños.	Pequeños efectos beneficiosos sobre el

	con ningún tratamiento o el tratamiento habitual.			comportamiento disruptivo.
Coaching mothers ¹⁶	Entrenamiento en habilidades emocionales para madres.	N=88, n=60 grupo control y n=28 grupo intervención.	Madres y niños	En el gr. Intervención se hacen más referencias a emociones y deseos.
Tratamiento de la agresión en CD ¹³	Compara la eficacia de la clozapina frente a la risperidona.	N=24, niños y niñas entre 6-16 años.	Niños.	Ambos eficaces en todas las categorías, con ligera diferencia en la clozapina en subescala de delincuencia.
Farmacoterapia ¹⁴	Revisión sobre los tratamientos farmacológicos más utilizados.	N= 141 artículos.	Niños y adolescentes.	Los antipsicóticos atípicos muestran eficacia en CD.
Programa de crianza ¹⁷	Programa de entrenamiento de padres.	N=40 familias, niños entre 3-8 años.	Niños, padres y familia.	No se encuentran diferencias significativas entre los gr. Intervención y control.
Intervenciones familiares ¹⁸	Revisión sobre los beneficios de las intervenciones a los padres y la familia.	N= 41 artículos.	Niños, padres y familia.	Mejoras sobre la conducta de los hijos y la salud mental de los padres.
Tratamientos conductuales ¹⁹	Revisión de los tratamientos conductuales basados en los medios de comunicación.	N=11 artículos.	Niños y padres.	Puede ser suficiente para producir cambios significativos y para facilitar el trabajo en AP.

Intervenciones conductuales ²⁰	Revisión de las intervenciones de entrenamiento con terapias cognitivo-conductuales.	N= 6 artículos.	Niños y cuidadores de acogida.	Eficacia en la capacidad de gestión del comportamiento, actitudes y funcionamiento psicológico.
Terapia multisistémica (TMS) ²¹	Revisión de la eficacia de las TMS.	N= 8 artículos.	Adolescentes y padres.	No se encontraron diferencias significativas.
Coping power ²²	En niños: definición de metas, atención a sentimientos, relajación, habilidades de estudio y de resolución de problemas. El componente para padres incluye: identificación de conducta prosocial y la disruptiva, manejo de contingencias, uso de instrucciones efectivas, reglas y expectativas apropiadas, facilitación de la comunicación.	N= 114, niños entre 9-12 años.	Niños y padres.	Mejoras algo mayores en el gr. Intervención que en el gr. Control.
TMS vs. Programa de crianza ²³	Evalúa la eficacia de TMS frente a un programa de crianza centrado en la emoción.	N= 320, niños entre 4-9 años.	Niños y padres.	TMS más eficaz que el gr. Control.
Sintonizando con los niños ²⁴	Trabaja la conciencia de las emociones, la regulación de éstas y el entrenamiento de habilidades.	N= 54.	Niños y padres.	En el gr. Intervención mejora en la empatía y habilidades emocionales.

Taijiquan y Qi gong ²⁵	Entrenamiento que combina ejercicios de taijiquan y qi gong.	N= 4, niños entre 6-10 años.	Niños.	43% de mejoras.
Tratamiento conductual ²⁶	Terapia intensiva del comportamiento para tratar los rasgos insensibles.	N= 49, media de 9,6 años.	Niños y padres.	Puede servir para moderar estos rasgos pero no es suficiente.
Risperidona de liberación retardada ²⁷	Uso de la risperidona de liberación retardada como soporte de adherencia al tratamiento.	N= 14.	Adolescentes.	Mejoras significativas en el grado de impresión clínica y de severidad.
Habilidades sociales ²⁸	Evalúa la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales frente a un grupo de juego de activación e recursos.	N= 91, entre 6-12 años.	Niños.	Resultados no significativos.
Formación individualizada ²⁹	Entrenamiento individual en competencia social frente grupo de juego.	N= 91, entre 6-12 años.	Niños.	Resultados significativos para padres y clínicos, no para maestros.
Medicación estimulante ³⁰	Gr. Intervención: risperidona + formación a padres. Gr. Control: placebo + formación.	N= 168, entre 6-12 años.	Niños y padres.	Reducción de síntomas en ambos grupos.
TMS ³¹	Revisión sobre eficacia de TMS frente tratamiento habitual.	N= 12 ECAs.	Niños y padres.	Reducción del comportamiento antisocial y de los intentos de suicidio.
Competencia social ²⁹	Entrenamiento en competencia social de forma individualizada.	N= 60, 6 años.	Niños.	Para los padres disminución conducta agresiva y aumento de la conducta prosocial. Para los niños disminución de

				la perturbación de la interacción social.
PMT y resolución de conflictos ³²	Revisión que evalúa ambas intervenciones.		Niños y padres.	Ambos tratamientos solos o combinados producen mejoras en niños y padres.
Fármacos + psicoterapia ³³	Evalúa la eficacia de una combinación de tratamiento farmacológico e intervención psicoterápica.	N= 144, entre 8-12 años.	Niños.	Disminución significativa en comportamientos agresivos y desregulación emocional.
Interacción padres-hijos ³⁴	Evalúa la eficacia de la terapia de interacción entre padres e hijos.	N= 81 familias, niños entre 3 y 6 años.	Niños y padres.	Mejoras significativas en los niños y en el nivel de estrés de los padres y en sus habilidades.

Como se puede observar en la figura 1, tanto las intervenciones que se centran en el tratamiento a los niños y adolescentes y las que incluyen dentro de este tratamiento a la familia y los padres son las más utilizadas. Son precisamente estas últimas las que suelen obtener mayores beneficios según los artículos analizados.

Hay tres tipos de intervenciones que se han utilizado mayoritariamente en los estudios revisados, además de la farmacoterapia, son: la terapia multisistémica, el programa de entrenamiento para padres (PMT) y el coping power que incluye dos componentes: uno enfocado en los niños y otro en los padres.

La terapia multisistémica (TMS), es un programa multisistémico que incorpora, PMT, terapia de pareja y entrenamiento en habilidades de resolución de problemas. La flexibilidad del programa permite incluir cualquier otra técnica necesaria para abordar problemas específicos según lo requiera el caso³⁵.

El PMT se basa en los principios del condicionamiento operante, cuyo principal objetivo es modificar las interacciones padres-hijo en el hogar. Posee dos formatos de aplicación: uno grupal, diseñado para aplicar en escuela de padres o en programas de prevención; y otro individual, diseñado para aplicar en casos de niños, padres y familias disfuncionales que requieren una atención más específica e intensiva y se basa fundamentalmente en el reforzamiento positivo de conductas prosociales, junto con el desarrollo de habilidades para el manejo de contingencias, negociación, contrato conductual y uso de la reprimenda³⁵.

El programa Coping Power está basado en un modelo cognitivo-social contextual que considera, tanto las variables cognitivas y sociales del niño, como los procesos y comportamientos parentales implicados en el desarrollo de problemas de conducta. Lo integran dos componentes, el componente para niños incluye los siguientes contenidos: definición de metas personales y conductuales, conciencia y atención a los sentimientos, uso de instrucciones de afrontamiento, técnicas de distracción y relajación, habilidades de estudio y organización, habilidades de resolución de problemas sociales y manejo de la presión de los pares. Por su parte, el componente para padres incorpora: habilidades para identificar y diferenciar la conducta prosocial y la disruptiva de sus hijos, atención a las conductas apropiadas, emisión de instrucciones efectivas, establecimiento de reglas y expectativas apropiadas a la edad de sus niños, aplicación de consecuencias a la conducta negativa, y establecimiento de una comunicación continua a través de reuniones familiares semanales³⁵.

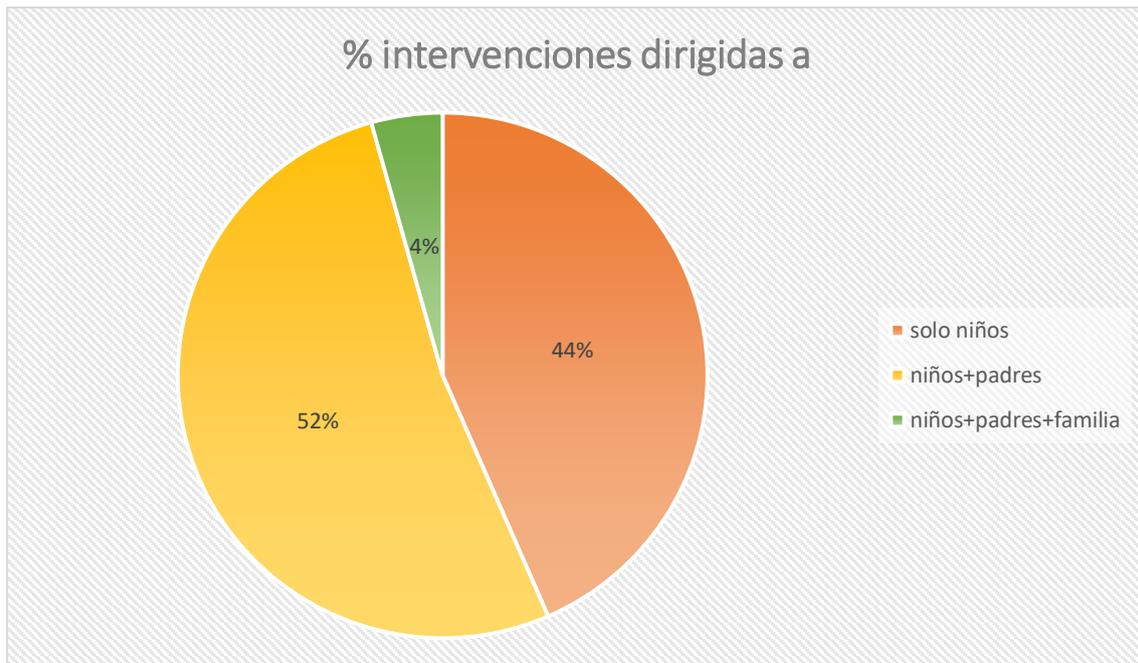


Figura 1. porcentaje de personas incluidas en la intervención

4.4 Fundamentación teórica de las estrategias de tratamiento

El Marco teórico en el que se basan las intervenciones que se utilizan para el tratamiento de TD, se recoge en la tabla 3.

Desde el modelo cognitivo se entiende que el trastorno debe tratarse entrenando la resolución de conflictos y la reestructuración cognitiva. Mientras que los modelos cognitivos-conductuales se centran en las habilidades de autocontrol y afrontamiento, aumento de autoeficacia, role-playing, etc. Los modelos cognitivos-sociales utilizan el juego cooperativo, la ayuda entre iguales y apoyo social y entre otros el programa Coping Power³⁵.

Dentro de los modelos de aprendizaje social podemos encontrar los grupos de pares y el desarrollo de habilidades prosociales³⁵.

Los modelos psicodinámicos justifican las estrategia al entender que el trastorno produce problemas a nivel social que se solucionan mediante la psicoterapia³⁵.

Algunos ejemplos de modelos multisistémicos son el programa de entrenamiento para padres y la terapia multisistémica; de los modelos sistémicos, tenemos la terapia familiar sistémica y las terapias de comunicación³⁵.

4.4.1 Tabla 3. Estrategias y técnicas derivadas de modelos teóricos

Modelo teórico	Estrategias y técnicas
Modelos psicodinámicos	Terapia del entorno; Psicoterapia; Catarsis
Modelos conductuales	Modelado conductual; Economía de fichas o programa de puntos; Coste de respuesta; Tiempo fuera; Ensayo conductual; Establecimiento de Contrato; Relajación; Bio-Feedback y Autoobservación del arousal de ira; Exposición; Relajación.
Modelos cognitivo-conductuales	Auto-instrucciones; Habilidades de afrontamiento; Autocontrol y control emocional; Educación afectiva; Entrenamiento en habilidades sociales; Aumento de autoestima; Aumento de autoeficacia; Desarrollo de asertividad; Inoculación de estrés; Role-playing; Relajación; Habilidades en solución de problemas sociales.
Modelos cognitivos	Entrenamiento atribucional; Reestructuración cognitiva; Resolución de problemas; Razonamiento ético; Adopción de perspectiva.
Modelos de aprendizaje social	Grupo de pares; Modelado de conductas alternativas; Desarrollo habilidades prosociales.
Modelos cognitivo-sociales	Resolución de problemas interpersonales; Resolución de conflictos; Discusión de dilemas; Juego cooperativo; Ayuda entre iguales y apoyo social; Desarrollo de autoeficacia en respuestas asertivas vs agresivas; Entrenamiento atribucional sobre claves sociales; Habilidades prosociales; programa Coping Power.
Modelos sistémicos	Terapia familiar sistémica, comunicación.
Modelos multisistémicos	Programa de entrenamiento para padres (PMT), terapia multisistémica (TMS).

Fuente 2. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Facultad de Psicología 2006

4.5 CASO CLÍNICO

Diego es un niño de 12 años que acude al centro de salud con Isabel, su madre, la cual está muy preocupada por su hijo. Desde hace unos meses hasta la fecha, Diego ha ido cambiando su actitud tranquila hacia una agresiva e irresponsable. Según comenta su madre, la relación con la familia se ha deteriorado debido a las continuas peleas con sus hermanos y a las faltas de respeto hacia sus padres y profesores del instituto, además presenta un bajo rendimiento escolar.

Tras realizar un par de entrevistas a Diego acompañado de sus padres y otras de forma individual tanto a él como a sus padres, su médico del centro de salud procede al diagnóstico y lo deriva a Hospital de día de salud mental (HD), donde se crea el plan de actuación.

Valoración por patrones funcionales de M. Gordon:

1. Percepción / Control de la salud: Poco colaborador.
2. Nutricional / Metabólico: Impulsivo y con poca capacidad para esperar el ritmo de comida del resto de la familia.
3. Eliminación: Sin alteraciones.
4. Actividad / Ejercicio: Le gusta jugar a fútbol y se encuentra en el equipo del colegio, donde también ha presentado problemas por no aceptar las normas de juego y provocar discusiones con sus compañeros.
5. Reposo / Sueño: Sueño conservado.
6. Cognitivo / Perceptual: Rendimiento escolar malo, descenso significativo de las notas y cambios en el comportamiento en clase.
7. Autopercepción / Autoconcepto: Pasivo, baja autoestima y ánimo triste.
8. Rol / Relaciones: Mala relación familiar. Conserva el grupo de amigos pero apenas sale de casa.
9. Sexualidad / Reproducción: no valorable.
10. Afrontamiento / Tolerancia al estrés: Conducta agresivo verbal durante las discusiones con sus padres y profesores, con sus hermanos y compañeros utiliza agresiones físicas.

11. Valores / Creencias: no valorable.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnósticos de enfermería:

Riesgo de violencia dirigida a otros r/c impulsividad, patrón de amenaza de violencia y patrón de conducta violenta antisocial.

Baja autoestima crónica r/c enfermedad psiquiátrica m/p pasividad y conducta no asertiva.

Objetivos establecidos (NOC), en el plazo de un mes el paciente ha de alcanzar los siguientes objetivos:

- 1401 - Autocontrol de la agresión

- Se abstiene de arrebatos verbales

Valor diana: 5

1ª semana: 0

- Autocontrola conductas agresivas

Valor diana: 5

1ª semana: 1

- 1405 - Autocontrol de los impulsos

- Verbaliza control de los impulsos

Valor diana: 5

1ª semana: 1

- Identifica conductas impulsivas perjudiciales

Valor diana: 5

1ª semana: 2

- 1205 – Autoestima

- Respeto por los demás

Valor diana: 5

1ª semana: 0

- Cumplimiento de los roles significativos personales

Valor diana: 5

1ª semana: 1

- Aceptación de críticas constructivas

Valor diana: 5

1ª semana: 0

Intervenciones:

Se decide utilizar una de las terapias basadas en el modelo cognitivo-social, el programa Coping Power. Este programa, como se comentó anteriormente, está formado por dos elementos: el componente para niños (definición de metas personales y conductuales, conciencia y atención a los sentimientos, uso de instrucciones de afrontamiento...) y el componente para padres (habilidades para identificar la conducta disruptiva de sus hijos, atención a las conductas apropiadas, emisión de instrucciones efectivas, entre otras). Estas habilidades se desarrollan en los diferentes talleres que se imparten en el HD junto a otros pacientes y padres, con el fin de crear un clima terapéutico de confianza en el que los mismos usuarios puedan ayudarse unos a otros contando sus experiencias y compartiendo sus opiniones.

5 DISCUSIÓN

Con esta revisión bibliográfica se han identificado los conocimientos actuales y las intervenciones que se según la bibliografía consultada se aplican en la atención a los niños y adolescentes con trastorno de conducta.

Del total de artículos analizados, la mayoría utilizan el entrenamiento en habilidades emocionales y educacionales para los padres como principal componente del tratamiento y en tratamientos enfocados en los niños como el ensayo de Mark R. Dadds et al.¹⁷ entre otros; en menor medida, los artículos se centran en el programa TMS desarrollado anteriormente como la revisión realizada por Littell JH. Et al.²¹ mientras que otros hablan sobre el entrenamiento a padres y familia, el uso de farmacoterapia^{14,33} y el programa Coping Power como el estudio realizado por Jaclyn A. et al.²².

La mayoría de los artículos que se centran en intervenciones dirigidas a los niños, no tienen en cuenta las necesidades y las deficiencias de los padres en cuanto a habilidades para la crianza o manejo de las emociones tanto las propias como ayuda para los hijos. Es

por esto, por lo que los programas como las TMS o el Coping Power, obtienen mejores resultados²².

En el estudio de Woolfenden S. et al.¹⁸ se centran en la crianza y en el funcionamiento de la familia, las intervenciones tratan de capacitar a los padres para manejar el comportamiento de los hijos de forma más efectiva, realizar una reestructuración familiar y la mejora de las relaciones sociales de los niños. Es un programa que presenta gran variedad de resultados positivos desde la mejora en la salud mental de los padres, disminuyendo el estrés por ejemplo, hasta aumento de las relaciones sociales a largo plazo en los niños.

El estudio “Tuning into kids”²⁴ se dirige a los padres y trabaja la conciencia de las emociones, la regulación de éstas y el entrenamiento de habilidades para la crianza. En el grupo de intervención, los resultados son de mayor número de demostraciones de empatía, mejora en habilidades emocionales y reducción de los problemas reportados por el maestro de clase.

Se apuesta también por tratamientos que contengan actividades de ejercicio físico que canalicen la energía de los niños. Como en el artículo de Jorge Rodrigues et al.²⁵, que es un estudio piloto que evalúa la eficacia de la combinación de ejercicios de taijiquan y qi gong. Los resultados que se demuestran son una mejora en los síntomas de TD hasta en un 43%.

Otro autor baraja otro enfoque de los tratamientos y plantea la hipótesis de que los niños y adolescentes que padecen TD, responderían mejor a las terapias si se especifican los objetivos de las mismas en cuanto a comportamiento a priori al comienzo de los tratamientos. Esta hipótesis se plantea en el estudio de Daniel Waschbusch et al.²⁶. En otros, se investiga la utilidad del programa de mentalización de Rossouw u. Fonagy (2012) como es el caso del estudio de Melanie Reiter et al.³⁶ en el que se presenta un caso clínico de una chica de 16 años que padece TD y es tratada con el programa citado anteriormente. Este programa se basa en trabajar la conexión con los pacientes y la forma de tratar que las emociones no se intensifiquen, los resultados son eficaces en la paciente y ayudan a que ésta mantenga la relación terapéutica.

En un estudio de 2017 de Jaclyn A. Ludmer et al.²², se compara el programa Coping Power con un tratamiento individualizado para padres e hijos. Tratan de evaluar la eficacia parental, es decir, el grado en que los padres creen en su capacidad para gestionar

las tareas de crianza y de influir en el comportamiento de sus hijos. Los resultados en este ensayo muestran mejoras tanto en el grupo de intervención como en el grupo control pero son algo mayores en el grupo de intervención.

No obstante a los conocimientos encontrados, este estudio presenta algunas limitaciones, que se deben tener en cuenta en la utilización de estos datos, tales como el tamaño reducido de la muestra de artículos, así como que los artículos encontrados no exponen sus resultados con datos estadísticos que puedan ser contrastados.

Los resultados de este estudio pueden ayudar a la práctica enfermera a la hora de elegir la terapia más adecuada y eficaz para el tratamiento de los pacientes, además de servir de base para futuras investigaciones con el fin de fomentar el desarrollo de intervenciones innovadoras y acordes con las novedades que se producen en salud.

6 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos respecto al objetivo de nuestra investigación, permiten concluir, que:

- Para el tratamiento de los pacientes con TD, la evidencia estudiada muestra que las terapias que muestran mejores resultados son las que se componen de intervenciones para padres e hijos.
- Según los estudios analizados, la problemática que presentan los padres les provoca problemas de salud como estrés, ansiedad flotante, incapacidad en el manejo de los hijos, entre otros.
- Las terapias para padres deben incluir la práctica de habilidades emocionales y ayuda para la crianza, con el fin de adquirir las competencias necesarias para fomentar el buen desarrollo de los niños.
- Las intervenciones para niños se basan en la mejora de sus habilidades sociales, del control de las emociones y el desarrollo de la empatía.

Un programa que incluya entrenamiento en habilidades sociales y de comportamiento para niños además de entrenamiento para los padres, será el idóneo para tratar a estos pacientes.

Durante mi rotación en el Practicum V por el Hospital de día de salud mental (HD), pude aprender un poco sobre el programa que realizan para atender y ayudar a los adolescentes con TD. Este hecho fue el que me motivó a realizar la presente revisión con el fin de

umentar los conocimientos propios e investigar sobre otras intervenciones que se realizan con estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dong D, Jiang Y, Gao Y, Ming Q, Wang X, Yao S. Atypical Frontotemporal Connectivity of Cognitive Empathy in Male Adolescents With Conduct Disorder. *Front Psychol* [Internet]. 2019 Jan 11 [cited 2019 Feb 12];9. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.02778/full>
2. Masi G, Pisano S, Brovedani P, Maccaferri G, Manfredi A, Milone A, et al. Trajectories of callous–unemotional traits from childhood to adolescence in referred youth with a disruptive behavior disorder who received intensive multimodal therapy in childhood. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 Jan 17];Volume 14:2287–96. Available from: <https://www.dovepress.com/trajectories-of-callous-unemotional-traits-from-childhood-to-adolescenc-peer-reviewed-article-NDT>
3. Blair RJR, Leibenluft E, Pine DS. Conduct Disorder and Callous–Unemotional Traits in Youth. *N Engl J Med* [Internet]. 2014 Dec 4 [cited 2019 Jan 17];371(23):2207–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470696>
4. Sampaio F, Barendregt JJ, Feldman I, Lee YY, Sawyer MG, Dadds MR, et al. Population cost-effectiveness of the Triple P parenting programme for the treatment of conduct disorder: an economic modelling study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2018 Jul 29 [cited 2019 Feb 17];27(7):933–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29288334>
5. Datos y cifras • Feaadah. Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad [Internet]. [cited 2019 Feb 16]. Available from: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/datos-y-cifras.htm>
6. Instituto de la Familia Guatemala. JAA, Ñustes JMB, Ramírez CXL. Revista internacional de psicología. [Internet]. Vol. 12, Revista Internacional de Psicología, ISSN 1818-1023, Vol. 12, N°. 1, 2012. Instituto de la Familia Guatemala; 2012 [cited 2019 Mar 26]. 3 p. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6161402>

7. Malone SM, Iacono WG, McGue M. Drinks of the father: father's maximum number of drinks consumed predicts externalizing disorders, substance use, and substance use disorders in preadolescent and adolescent offspring. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2002 Dec [cited 2019 Apr 27];26(12):1823–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12500106>
8. KNOPIK VS, HEATH AC, JACOB T, SLUTSKE WS, BUCHOLZ KK, MADDEN PAF, et al. Maternal alcohol use disorder and offspring ADHD: disentangling genetic and environmental effects using a children-of-twins design. *Psychol Med* [Internet]. 2006 Oct 31 [cited 2019 Apr 27];36(10):1461. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16734942>
9. Lahey BB, Loeber R, Hart EL, Frick PJ, Applegate B, Zhang Q, et al. Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns and predictors of persistence. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 1995 Feb [cited 2019 May 2];104(1):83–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7897057>
10. BLACKBURN R. Classification and assessment of personality disorders in mentally disordered offenders: a psychological perspective. *Crim Behav Ment Heal* [Internet]. 2000 Dec 1 [cited 2019 May 2];10(S1):S8–33. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/cbm.2000.10.s1.s8>
11. Wiggins JS, Pincus AL. Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychol Assess A J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1989 [cited 2019 Apr 27];1(4):305–16. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1040-3590.1.4.305>
12. Redondo S, Sanchez-Meca J, Garrido V. T R ATAMIENTO DE LOS DELINCUENTES Y REINCIDENCIA: UNA EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS APLICADOS EN EUROPA OFFENDERS TREATMENT AND RECIDIVISM: ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF PROGRAMMES APPLIED IN EUROPE [Internet]. [cited 2019 Apr 27]. Available from: <https://journals.copmadrid.org/apj/archivos/51115.pdf>
13. Juárez-Treviño M, Esquivel AC, Isida LML, Delgado DÁG, de la O Cavazos ME, Ocañas LG, et al. Clozapine in the Treatment of Aggression in Conduct Disorder

- in Children and Adolescents: A Randomized, Double-blind, Controlled Trial. *Clin Psychopharmacol Neurosci* [Internet]. 2019 Feb 28 [cited 2019 Feb 12];17(1):43–53. Available from: <http://www.cpn.or.kr/journal/view.html?doi=10.9758/cpn.2019.17.1.43>
14. Khan S, Down J, Aouira N, Bor W, Haywood A, Littlewood R, et al. Current pharmacotherapy options for conduct disorders in adolescents and children. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. 2019 Jan 31 [cited 2019 Feb 12];1–13. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14656566.2018.1561862>
 15. Veenman B, Luman M, Oosterlaan J. Efficacy of behavioral classroom programs in primary school. A meta-analysis focusing on randomized controlled trials. Eapen V, editor. *PLoS One* [Internet]. 2018 Oct 10 [cited 2019 Feb 12];13(10):e0201779. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0201779>
 16. Van Bergen P, Salmon K, Dadds MR. Coaching mothers of typical and conduct problem children in elaborative parent-child reminiscing: Influences of a randomized controlled trial on reminiscing behaviour and everyday talk preferences. *Behav Res Ther* [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2019 Feb 13];111:9–18. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796718301396>
 17. Dadds MR, English T, Wimalaweera S, Schollar-Root O, Hawes DJ. 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. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2019 Jan 30 [cited 2019 Feb 12]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jcpp.13023>
 18. Woolfenden S, Williams KJ, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2001 Apr 23 [cited 2019 Feb 12]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003015>
 19. Montgomery P, Bjornstad GJ, Dennis JA. Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2006 Jan 25 [cited 2019 Feb 12]; Available from:

<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002206.pub3>

20. Turner W, Macdonald G, Dennis JA. Behavioural and cognitive behavioural training interventions for assisting foster carers in the management of difficult behaviour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2007 Jan 24 [cited 2019 Feb 12]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003760.pub3>
21. Littell JH, Campbell M, Green S, Toews B. Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2005 Oct 19 [cited 2019 Feb 12]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004797.pub4>
22. Ludmer JA, Sanches M, Propp L, Andrade BF. Comparing the Multicomponent Coping Power Program to Individualized Parent–Child Treatment for Improving the Parenting Efficacy and Satisfaction of Parents of Children with Conduct Problems. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2018 Feb 12 [cited 2019 Feb 17];49(1):100–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28500434>
23. Duncombe ME, Havighurst SS, Kehoe CE, Holland KA, Frankling EJ, Stargatt R. Comparing an Emotion- and a Behavior-Focused Parenting Program as Part of a Multisystemic Intervention for Child Conduct Problems. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2016 May 3 [cited 2019 Feb 17];45(3):320–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25469889>
24. Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Kehoe C, Efron D, Prior MR. “Tuning into Kids”: Reducing Young Children’s Behavior Problems Using an Emotion Coaching Parenting Program. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2013 Apr 21 [cited 2019 Feb 17];44(2):247–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22820873>
25. Rodrigues JMSM, Mestre MICP, Matos LC, Machado JP. Effects of taijiquan and qigong practice over behavioural disorders in school-age children: A pilot study. *J Bodyw Mov Ther* [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Feb 17];23(1):11–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30691737>
26. Bansal PS, Waschbusch DA, Haas SM, Babinski DE, King S, Andrade BF, et al. Effects of Intensive Behavioral Treatment for Children With Varying Levels of

- Conduct Problems and Callous-Unemotional Traits. *Behav Ther* [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Feb 17];50(1):1–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30661550>
27. Demirkaya SK, Aksu H, Özgür BG. A Retrospective Study of Long Acting Risperidone Use to Support Treatment Adherence in Youth with Conduct Disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci* [Internet]. 2017 Nov 30 [cited 2019 Feb 17];15(4):328–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29073744>
 28. Katzmann J, Goertz-Dorten A, Hautmann C, Doepfner M. Social skills training and play group intervention for children with oppositional-defiant disorders/conduct disorder: Mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Psychother Res* [Internet]. 2018 Jan 19 [cited 2019 Feb 17];1–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29347904>
 29. Goertz-Dorten A, Benesch C, Berk-Pawlitzeck E, Faber M, Hautmann C, Hellmich M, et al. Efficacy of individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders: a randomized controlled trial with an active control group. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2019 Feb 28 [cited 2019 Feb 17];28(2):165–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29594368>
 30. Gadow KD, Arnold LE, Molina BSG, Findling RL, Bukstein OG, Brown N V., et al. Risperidone Added to Parent Training and Stimulant Medication: Effects on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Peer Aggression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2014 Sep [cited 2019 Feb 17];53(9):948-959.e1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25151418>
 31. Tan JX, Fajardo MLR. Efficacy of multisystemic therapy in youths aged 10–17 with severe antisocial behaviour and emotional disorders: systematic review. *London J Prim Care (Abingdon)* [Internet]. 2017 Nov 2 [cited 2019 Feb 17];9(6):95–103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29181092>
 32. Kazdin AE. Implementation and evaluation of treatments for children and

- adolescents with conduct problems: Findings, challenges, and future directions. *Psychother Res* [Internet]. 2018 Jan 2 [cited 2019 Feb 18];28(1):3–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27449266>
33. Masi G, Milone A, Manfredi A, Brovedani P, Pisano S, Muratori P. Combined pharmacotherapy-multimodal psychotherapy in children with Disruptive Behavior Disorders. *Psychiatry Res* [Internet]. 2016 Apr 30 [cited 2019 Feb 18];238:8–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27086204>
 34. Niec LN, Barnett ML, Prewett MS, Shanley Chatham JR. Group parent–child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Feb 18];84(8):682–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27018531>
 35. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Facultad de Psicología MP, Carrasco Ortiz MÁ. Acción psicológica. [Internet]. Vol. 4, Acción psicológica, ISSN 1578-908X, Vol. 4, N°. 2, 2006 (Ejemplar dedicado a: La agresión en diferentes contextos), págs. 83-105. Facultad de Psicología; 2006 [cited 2019 Feb 20]. 83–105 p. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2904104>
 36. Reiter M, Bock A, Althoff M-L, Taubner S, Sevecke K. Mentalisierungsbasierte Therapie einer Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* [Internet]. 2017 May 22 [cited 2019 Feb 17];66(5):362–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28468565>
 37. Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica 10 preguntas para ayudarte a entender una revisión. *Guías CASPe Lect Crítica la Lit Médica* [Internet]. 2005;1:13–7. Available from: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>

6.1.1 Anexo 1.³⁷

A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados considerados. 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
<p>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización? 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
<p>3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿El seguimiento fue completo? - ¿Se interrumpió precozmente el estudio? - ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados? 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
<p><u>Preguntas de detalle</u></p>	
<p>4 ¿Se mantuvo el cegamiento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes. - Los clínicos. - El personal del estudio. 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>

6.1.2 Anexo 2.³⁷

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados ("outcomes") considerados. 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p><i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se dirige a la pregunta objeto de la revisión. - Tiene un diseño apropiado para la pregunta. 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
<p><i>¿Merece la pena continuar?</i></p>	
<p><u>Preguntas detalladas</u></p>	
<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p> <p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué bases de datos bibliográficas se han usado. - Seguimiento de las referencias. - Contacto personal con expertos. - Búsqueda de estudios no publicados. 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>

<p>- <i>Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.</i></p>	
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p> <p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SÍ NO SÉ NO</p>
<p>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Los resultados de los estudios eran similares entre sí.</i> - <i>Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.</i> - <i>Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.</i> 	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SÍ NO SÉ NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si tienes claro los resultados últimos de la revisión. - ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado). - ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.). 							
<p>7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?</p> <p><i>PISTA: Busca los intervalos de confianza de los estimadores.</i></p>							
<p>C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?</p>							
<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <p><i>Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO SÉ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO SÉ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SÍ	NO SÉ	NO					
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO SÉ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO SÉ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SÍ	NO SÉ	NO					
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
SÍ	NO						