

TRATAMIENTOS CONDUCTUALES Y COGNITIVOS DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL EN NIÑOS: AVANCES DE LA INVESTIGACION

Alan E. Kazdin¹
Yale University

Resumen

El presente artículo examina la conducta antisocial en los niños y los problemas presentados en el desarrollo y la selección de un tratamiento eficaz. Se emplean el entrenamiento en habilidades de solución de problemas y el entrenamiento de padres para ilustrar los avances en la identificación de tratamientos prometedores. Se emplea el estatus actual y limitaciones actuales sobre la evidencia como base para la delineación de caminos futuros de investigación. Entre las áreas identificadas se encuentran la necesidad de ampliar los criterios utilizados para evaluar los resultados, de examinar los efectos a largo plazo del tratamiento y de ampliar los modelos para desarrollar y evaluar el tratamiento. Se plantean también cuestiones de desarrollo tanto en cuanto plantean oportunidades para diseñar tratamientos para jóvenes de distintas edades y diferentes estadios de desarrollo.

PALABRAS CLAVE: *Conducta antisocial en niños, Terapia cognitiva, Terapia conductual.*

Abstract

The present paper examines antisocial behavior in children and the challenges presented for developing and identifying effective treatment. Cognitive problem-solving skills training and parent management training are used to illustrate progress in identifying promising treatment. The current status and limitations of the evidence are used as a basis for identifying future research directions. Among the areas identified are the need to expand the criteria used to evaluate outcome, to examine long-term treatment effects, and to expand the models to develop and to evaluate treatment. Developmental issues are also raised insofar as they pose opportunities for designing treatment for youth of different ages and stages of development.

KEY WORDS: *Antisocial behavior in children, Cognitive treatment, Behavioral treatment.*

¹ Completion of this paper was facilitated greatly by the support of a Research Scientist Award (MH00353) and a grant (MH35408) from the National Institute of Mental Health. The support of these projects is gratefully acknowledged.

Correspondencia: Alan E. Kazdin, Department of Psychology, Yale University, P.O. Box 11A Yale Station, New Haven, Connecticut 06520-7447, U.S.A.

Artículo traducido y adaptado por V.E. Caballo

El término «trastorno de conducta» comprende amplios y diversos patrones de funcionamiento². Se incluyen distintas conductas como actos agresivos, robos, vandalismo, prender fuego, mentir, faltar a clase y fugarse. Las conductas pueden variar notablemente en la gravedad, la cronicidad y la frecuencia; también pueden darse en distintas combinaciones. El desarrollo y la identificación de tratamientos eficaces para el trastorno de conducta es muy importante por varias razones. En primer lugar está el sufrimiento de los jóvenes que presentan la disfunción. Estos no constituyen un grupo pequeño: la tasa de prevalencia del trastorno de conducta, como diagnóstico psiquiátrico, se encuentra entre el 2 y el 6% (Institute of Medicine, 1989). Esto se traduce, en los Estados Unidos, en aproximadamente de 1,3 a 1,8 millones de casos. Aunque es probable que menos de la mitad de esos jóvenes continúe con el patrón de trastorno de conducta, la mayoría sufre un deterioro psiquiátrico y social significativo en la vida adulta (Robins, 1978). Es más, el problema del trastorno de conducta no dura «simplemente» toda la vida; la disfunción continúa a través de generaciones. Obviamente, el identificar tratamientos eficaces o cualquier esfuerzo para interrumpir el patrón y el curso del trastorno constituyen claras prioridades.

Segunda, y relacionada con lo anterior, el trastorno de conducta a menudo tiene graves consecuencias para los demás. Entre las víctimas de los niños y los adolescentes con un trastorno de conducta se pueden incluir los hermanos, los iguales, los padres, los profesores, así como personas desconocidas que sean el blanco de los actos antisociales y agresivos. Tanto en cuanto la conducta antisocial se mantenga, existen muchas víctimas de los actos de asesinato, violación, atraco, incendio, conducir ebrio y maltratar al cónyuge y a los hijos, actos que se llevan a cabo en mayor medida por personas con una historia de conducta antisocial que por otras personas (ver Kazdin, 1987a). Debido a esa gran cantidad de víctimas, el tratamiento eficaz del trastorno de conducta puede tener consecuencias significativas más allá de la persona a quien va dirigido.

Tercero, los costes económicos del tratamiento y las consecuencias del trastorno de conducta hacen que la selección de intervenciones eficaces sea muy importante. Es difícil estimar el coste preciso del trastorno de conducta. Para empezar, los jóvenes con problemas de conducta generan costes durante toda la vida, ya que recorren distintos sistemas, incluyendo la salud mental, la justicia para menores, la educación especial y los servicios sociales. Aunque se encuentran disponibles algunos datos relativos al coste de determinados servicios, como la hospitalización psiquiátrica, la educación especial y el cuidado externo de pacientes (p.ej., National

² El trastorno de conducta se emplea en el presente artículo para referirse al comportamiento antisocial clínicamente grave, comportamiento que incluye la agresión, el mentir, el robar, el hacer novillos y otras conductas. El término se emplea genéricamente para referirse al conjunto de síntomas, en vez de referirse específicamente a la categoría diagnóstica del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987). El empleo del trastorno de conducta como un término más genérico presta atención a la clase de patrón conductual e incluye a aquellos niños/jóvenes con esa conducta que se han identificado en sistemas alternativos (p.ej., salud mental, juzgados de menores). Al utilizar un término genérico, no se hace ninguna suposición sobre si existe homogeneidad entre los chicos por el hecho de llevar a cabo conducta antisocial. Realmente, gran parte del artículo aboga por la descripción de características de los chicos y sus familias, en modos diversos, con el fin de identificar intervenciones eficaces.

Center for Education in Maternal and Child Health [NCEMC], 1992), esos datos se obtienen a menudo en conjuntos amplios, de modo que la estimación agrupa a niños, adolescentes y adultos o a distintas disfunciones (p.ej., problemas de salud mental). Por consiguiente, es difícil estimar el coste del trastorno de conducta en un determinado año o a lo largo de la vida para el caso particular. Aun así, existe consenso sobre que los costes económicos del trastorno de conducta son exorbitantes. A la vista del desarrollo de la disfunción y de la gran cantidad de sistemas que recorre la juventud (educación especial, salud mental, justicia para menores), el trastorno de conducta puede fácilmente ser el problema de salud mental más costoso (Robins, 1981).

El presente artículo discute la naturaleza del trastorno de conducta y las dificultades que plantea el trastorno para el desarrollo de un tratamiento eficaz. Se aborda también el estatus actual del tratamiento al examinar dos enfoques prometedores, el entrenamiento en habilidades cognitivas de solución de problemas y el entrenamiento de padres. La descripción de estos enfoques se utiliza como una base para sugerir caminos de investigación futura y prioridades para la investigación sobre el tratamiento.

Características de la disfunción

Antes de hablar sobre el tratamiento del trastorno de conducta, es importante describir el «problema», tal y como se presenta de forma clínica. Desde el punto de vista de la psicopatología descriptiva y de la investigación diagnóstica, existe un notable interés en delinear los síntomas de los niños/adolescentes, cómo se agrupan, cuándo surgen, etc. El trabajo descriptivo y diagnóstico es claramente relevante para el tratamiento. Al mismo tiempo, y desde una perspectiva que implica al tratamiento, el trastorno de conducta representa una extensa área que implica a los hijos, a los padres, a la familia y a las condiciones del entorno. Vamos a considerar brevemente las áreas importantes que son relevantes para el tratamiento.

Características de los niños/adolescentes

Los rasgos básicos y centrales del trastorno de conducta son muy importantes para el tratamiento. Conductas tales como actos agresivos, robo, vandalismo, actos incendiarios, mentir, hacer novillos y marcharse de casa se presentan en combinaciones diversas. También, los síntomas incluidos en el síndrome pueden variar notablemente en términos de su frecuencia, gravedad, cronicidad e impacto sobre el individuo, la familia y el entorno. Además de los rasgos básicos, es probable que se encuentren también presentes distintos rasgos asociados. Los estudios epidemiológicos sugieren que entre aquellos jóvenes que satisfacen los criterios diagnósticos para un trastorno, aproximadamente la mitad cumplen los criterios para, por lo menos, otro trastorno también (Anderson *et al.*, 1987; Bird *et al.*, 1988). Para aquellos jóvenes que han sido remitidos para tratamiento clínico, incluidos aquellos remitidos por su trastorno de conducta, es probable que sean más frecuentes otros trastornos patológicos. Por ejemplo, en nuestro servicio ambulatorio para jóvenes con trastorno de conducta, aproximadamente el 70% de los muchachos (de edades

comprendidas entre los 7 y los 13 años) satisfacían los criterios para más de un trastorno (DSM-III-R) (Kazdin, Siegel y Bass, 1992). El número medio de diagnósticos era ligeramente superior a 2 trastornos.

Cómo ya se sabe, el trastorno por déficit de la atención coexiste con el trastorno de conducta en un gran porcentaje de los casos (del 45% al 70%). En particular, a menudo se identifican síntomas de hiperactividad, que incluyen una actividad motora excesiva, agitación, impulsividad y falta de atención. De hecho, la coocurrencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno de conducta ha convertido a la evaluación y a la delimitación diagnóstica en un tema de considerable investigación (Hinshaw, 1987). También pueden estar presentes otras condiciones patológicas (p.ej., depresión, toxicomanías). Una cuestión general es que la presencia simultánea de otras patologías no es un factor secundario. La alta tasa de comorbilidad puede tener implicaciones críticas para el tratamiento y el pronóstico.

Es probable que otros rasgos no definidos como síntomas u otros trastornos estén presentes entre los chicos con trastorno de conducta y que tengan una relevancia potencial para el tratamiento (ver Henggeler, 1989; Kazdin, 1987a; US Congress, 1991). Los niños con problemas de conducta es probable que presenten también *deficiencias académicas*, tal y como se reflejan en el nivel alcanzado, en las notas, en que los otros les dejen atrás, en que abandonen la escuela más temprano y en deficiencias en áreas de habilidades específicas, como el leer. Es probable que los jóvenes con el trastorno manifiesten *relaciones interpersonales pobres*, tal como se refleja en unas inferiores habilidades sociales en sus relaciones con los iguales y los adultos y unos mayores niveles de rechazo por los iguales. También es probable que los muchachos con un trastorno de conducta presenten una serie de *procesos cognitivos y atribucionales*. Los déficits y las distorsiones de las habilidades de solución de problemas, la predisposición a atribuir intenciones hostiles a los demás, el resentimiento y la sospecha, ilustran todos ellos rasgos cognitivos asociados con la conducta agresiva y antisocial.

Características de los padres y de la familia

Las características de los padres y de la familia se encuentran asociadas con el trastorno de conducta (para revisiones ver Kazdin, 1987a; Robins, 1991; Rutter y Giller, 1983; US Congress, 1991). La *conducta criminal y el alcoholismo*, especialmente por parte del padre, constituyen dos de las características paternas más potentes y más frecuentemente presentes en el padre de los chicos con un trastorno de conducta. Las *actitudes y prácticas disciplinarias*, particularmente las que son severas, relajadas, irregulares e inconsistentes, caracterizan a menudo a los padres. También son evidentes las *relaciones disfuncionales*, tal y como se reflejan en una menor aceptación de sus hijos, menos calor, afecto y apoyo emocional, y menos apego, comparados con los padres de chicos no remitidos para tratamiento. En el nivel de las relaciones familiares son también evidentes comunicaciones de menos apoyo y más defensivas entre los miembros de la familia, una menor participación en actividades como familia, y un dominio más claro de un miembro de la familia. Además, las relaciones de los padres de niños antisociales están caracterizadas por conflictos interpersonales, por ser relaciones conyugales desdichadas, y por la agresión.

Condiciones ambientales

Las condiciones en las que viven los jóvenes constituyen a menudo factores de riesgo para el trastorno de conducta. Algunos ejemplos son una familia numerosa, el hacinamiento, una vivienda destatada, poca supervisión por parte de los padres, escuelas poco adecuadas, etc. (Kazdin, 1978a). Estas condiciones son relevantes para el tratamiento, tanto sobre bases conceptuales como aplicadas. Muchas de las adversas condiciones bajo las que viven las familias producen estrés en los padres o disminuyen el umbral para afrontar las situaciones estresantes de cada día. El efecto neto puede evidenciarse en las interacciones padres-hijos, en las que los padres, sin darse cuenta, tienen patrones que mantienen o aceleran las interacciones agresivas y antisociales (Peterson, Capaldi y Bank, 1991). El estrés y las malas condiciones económicas tienen relación con el continuar en el tratamiento y sacar provecho de él (Dumas y Wahler, 1983; Kazdin, 1990) y de aquí que no puedan ser olvidadas en las intervenciones clínicas.

Ilustraciones y comentarios

Se han planteado las características de los chicos, de los padres y del entorno con el fin de colocar la tarea del tratamiento en una perspectiva más amplia. Al mismo tiempo, la naturaleza abstracta de la discusión no transmite el sabor de los casos que llegan al tratamiento. Consideremos varios casos breves que transmitan mejor los contextos y las situaciones en los que se suele encontrar el trastorno de conducta. Los casos han sido extraídos de nuestra propia clínica ambulatoria dedicada al tratamiento de los niños (de edades comprendidas entre los 3 y los 13 años), enviados por conducta antisocial y agresiva.

Caso 1. En este caso, la escuela a la que iba el niño envió a la madre a nuestra clínica, debido a las frecuentes peleas y a las repetidas faltas a clase por parte del niño. La madre llamó a la clínica y pidió una cita para una evaluación inicial. No apareció, ni llamó para posponer la cita. No hubo contestación en su domicilio y no se hizo ningún contacto más en esos momentos. Cuatro meses más tarde llamó otra vez, pidió otra cita y pocos días más tarde vino para una primera evaluación. Tanto ella como su hijo (de 10 años) completaron la evaluación inicial, que incluía una evaluación diagnóstica y una serie de otras medidas. Como parte de la conversación, durante el día de la evaluación, el clínico preguntó sobre la llamada que había hecho cuatro meses antes y subrayó lo bueno que hubiera sido que hubiese acudido a la clínica. La madre se disculpó por no haber aparecido en la primera cita cuatro meses antes. Señaló que no fue capaz de acudir por haber «roto una regla familiar». Por supuesto, el clínico preguntó cuál era. La madre contó que ella y su marido, y en ese asunto otros parientes suyos también, a menudo se disparaban entre sí (con pistolas). Sin embargo, existe una regla familiar, «*nunca* debes disparar a alguien en público». La madre dijo que había roto esa regla, que algunos vecinos la habían visto disparar a su marido y que pasó tres meses en prisión. Ahora que ya está fuera de la cárcel, dijo que ya estaba preparada para que su hijo empezase el tratamiento.

Caso 2. En otro caso, la madre era una persona soltera con dos hijos (de 2 y 4 años). Vino a tratamiento porque su hijo mayor estaba teniendo una conducta

agresiva bastante grave e incontrolable, conducta que incluía el pegar, dar puntapiés y morder a su hermano. A la madre se le había diagnosticado una depresión clínica y estaba bajo medicación. Había tenido anteriormente un intento de suicidio y en el momento de la entrevista inicial había un riesgo de suicidio, tomando como base los pensamientos que había expresado. Su novio es el padre de los dos niños, vive cerca y la llama dos veces a la semana. En estas llamadas, le pide que vaya para que él pueda ver a los niños. Durante estas visitas, el padre la somete a lo que ella llama «sexo forzado»; el padre exige que los hijos se queden con ellos y observen. En un principio, la madre podía negarse a las visitas. Sin embargo, su novio le dijo que si no aceptaba dejaría de pasarle dinero para la manutención de los hijos, le quitaría a los niños pidiendo su custodia, iría a su casa y la mataría a ella y a sus hijos y luego se mataría él. Estas amenazas de violencia se tenían que tomar en serio; tenía un arresto anterior por asalto y por haber utilizado una pistola. La madre se encuentra en psicoterapia por depresión e ideas suicidas. Ella había dicho también que podía acabar con todos sus problemas tirándose con sus hijos por un barranco. Nuestra implicación en el presente caso era para el tratamiento del hijo mayor y de su conducta agresiva.

Caso 3. En otro caso, la madre había estado casada durante 18 años, una relación en la que era maltratada físicamente. Después de años de maltrato, decidió que ya no podía seguir viviendo con su marido e inició los procedimientos de divorcio. También se sometió a psicoterapia para que la ayudase en este período. La madre y el padre se encuentran separados mientras continúan los trámites de divorcio. La madre vive con los dos hijos, una niña de ocho años y un niño de doce. Aunque su hijo de 12 años ha tenido una larga historia de problemas de conducta, se le había enviado para tratamiento durante el alboroto creado por el divorcio, los asuntos de custodia, etc. A veces, el padre, que no quería el divorcio, llegaba a la casa de ella y trataba de entrar forzando la puerta. La madre estaba firmemente dispuesta a mejorar su situación, a seguir con el divorcio y a continuar con su vida. No se había librado totalmente del maltrato físico del que intentó escapar. Su hijo la maltrata cuando discuten. En el incidente más reciente, la pegó una patada en el estómago. La madre tenía ahora un cerrojo en la puerta de su dormitorio con el fin de poder escapar y no ser herida cuando su hijo se enfadaba con ella. Nuestra tarea consistía en tratar el trastorno de conducta.

Caso 4. Muchos asuntos familiares pueden afectar el tratamiento de forma novedosa. Por ejemplo, uno de nuestros casos (varón de 12 años) a menudo se pelea en la escuela. También realiza otra serie de conductas problemáticas, como el robar, mentir y el acoso sexual (coger los pechos de las chicas). El hecho de pelearse tiene características interesantes. Muchas de las peleas en la escuela son provocadas por sus compañeros que le molestan con su madre. De modo específico, sus compañeros le dicen que su madre es una «puta» y la acusan de «acostarse con el que pilla». Esto conduce a una respuesta agresiva. Aunque actualmente estamos trabajando con ello, los detalles de este aspecto merecen la pena reseñarse. Aparentemente, las acusaciones manifestadas hacia la madre son ciertas. La promiscuidad pasada y presente de la madre es bien conocida entre los miembros de la comuni-

dad, así como por uno de los terapeutas de nuestra clínica que vive en esa comunidad; dicha promiscuidad también es fácilmente reconocida por la madre. La agresión del hijo va más allá de las situaciones en las que los compañeros le molestan respecto a su madre. Al mismo tiempo, existen retos especiales en esta situación tanto para él como para el terapeuta.

Las descripciones de estos breves casos no son ejemplos extremos de los asuntos sobre niños con trastornos de conducta y sus familias que tenemos que ver diariamente, como pueden reconocer otras personas que se dediquen a la práctica clínica. Los casos plantean varios puntos. Para empezar, la tarea del tratamiento *consiste* en disminuir los síntomas del trastorno de conducta y mejorar el funcionamiento prosocial del niño. Sin embargo, muy a menudo, la disfunción del niño se encuentra enmarcada por un contexto más amplio que no puede olvidarse al plantear posiciones conceptuales sobre el desarrollo, mantenimiento y curso del trastorno de conducta, ni al llevar a cabo el tratamiento en la realidad.

Segundo, es importante tener en cuenta que las medidas operacionalizan conceptos claves que reflejan la adversidad familiar y contextual, pero que no se tienen que confundir con los conceptos mismos. Por ejemplo, estamos interesados en el estrés de los padres a causa de su papel en varios aspectos del tratamiento (p.ej., desgaste, grado en que cambia el niño), como se ha señalado anteriormente. No obstante, las puntuaciones en estrés o en determinados sucesos de la vida, obtenidas en una escala estandarizada específica, no reflejan la naturaleza a veces penetrante que las situaciones estresantes pueden tener sobre la vida de los padres y de los hijos. En realidad, a menudo un estímulo estresante tiene un impacto bastante profundo. Como ejemplo, que implica a 3 casos que estamos tratando actualmente, el maltrato de la esposa o novia es un asunto importante. En estos casos, las madres viven con temor por sus vidas a causa de los maridos o novios. El miembro masculino de la pareja ha sido encarcelado durante breves períodos de tiempo (de 3 a 6 meses) por acciones violentas. Amenazan con golpear o matar a sus parejas femeninas. Basándose en la historia pasada, es prudente que no tomemos estas amenazas en vano. El impacto que el vivir bajo esa amenaza tiene sobre la vida familiar y sobre el tratamiento es enorme y es difícil de reflejar en las medidas de los sucesos normales de la vida.

El trastorno de conducta se concibe como una disfunción de niños y adolescentes. La evidencia acumulada sobre el conjunto de síntomas, los factores de riesgo y el curso a lo largo de la infancia, de la adolescencia y de la vida adulta, confirma el valor heurístico del centrarse en los niños de forma individual. Al mismo tiempo, existe un contexto/familia/padres/hijo global que incluye múltiples y recíprocas influencias que afectan a cada participante (hijos y padres) y a los sistemas en los que funcionan (familia, escuela). Esta globalidad plantea retos al desarrollo de modelos sobre la disfunción así como a la identificación de tratamientos eficaces.

Características especiales del tratamiento de los niños y los adolescentes

La psicoterapia, la hospitalización, la medicación y una variedad de intervenciones de tipo comunitario se diseñan para disminuir el malestar, los síntomas y la de-

sadaptación y para mejorar el funcionamiento adaptativo y prosocial. Los distintos tratamientos llevados a cabo a lo largo del ciclo vital no consisten simplemente en la aplicación de estrategias similares a personas que se diferencian en la edad. Surgen diferencias fundamentales en la especificación de la disfunción y en la aplicación de los tratamientos a los niños y a los adolescentes.

Perspectiva evolutiva

El punto de partida al discutir los tratamientos para niños y adolescentes es el reconocimiento de la importancia del desarrollo. Los chicos pasan por una serie de períodos, etapas o niveles en los que la experiencia con el ambiente y los repertorios afectivos, conductuales y cognitivos se encuentran evolucionando y mezclándose de forma dinámica (Peterson, 1988). Los cambios, a menudo notables, a lo largo del curso del desarrollo pueden afectar notablemente a las distintas facetas de la disfunción y el tratamiento clínicos. La identificación inicial de los problemas que necesitan tratamiento plantea cuestiones especiales. Varios problemas conductuales, que caracterizan los trastornos del comportamiento, son relativamente comunes en la infancia (ver Lewis y Miller, 1990). Aparentemente, la conducta «problemática» es parcialmente una función de la edad y del estadio de desarrollo. Por ejemplo, determinadas conductas (p.ej., pelearse y mentir) se consideran de forma muy diferente y es probable que tengan diferentes pronósticos dependiendo de la edad del niño (p.ej., 2 años *versus* 10 años). Además, los niños sufren rápidos cambios y las conductas problemáticas aparecen y desaparecen a diferentes edades. La cuestión de si debemos intervenir y cuándo hacerlo plantea dificultades especiales, porque muchas de las conductas «problemáticas» pueden desaparecer con la maduración y la socialización o bien anunciar una disfunción clínica. Añadido a esta complejidad se encuentra el distinto impacto que diferentes acontecimientos (p.ej., divorcio, pérdida de los padres) pueden tener sobre los niños, en función de su edad, sexo y estadio de desarrollo. El desarrollo, como moderador de otras influencias, representa un reto a la comprensión de cómo surge el funcionamiento normal, la conducta adaptativa y la disfunción clínica.

La motivación para la búsqueda de tratamiento

Una tarea básica del tratamiento consiste en aliviar el malestar o la disfunción. En la mayoría de los casos, los chicos con trastorno de conducta no acuden por sí mismos a tratamiento ni perciben que experimenten estrés, síntomas o problemas. Los adultos (padres, maestros) funcionan como la motivación para el tratamiento, de modo que el centro de atención puede ser, en parte, el estrés experimentado por otra persona en vez del estrés que sufre el niño. La ausencia de la sensación de problemas, por parte del niño o del adolescente, afecta a la motivación para la búsqueda de tratamiento y para realizar el «trabajo» que se requiere en psicoterapia. No es probable que los chicos con un trastorno de conducta consideren que experimentan problemas, ni tampoco vean la necesidad del cambio en su propio funcionamiento. El reto del terapeuta está en implicar a los niños y adolescentes y a aquellos con los que interactúan (padres, maestros) en el proceso de tratamiento.

Rango y clases de las técnicas de tratamiento

Las técnicas empleadas en el tratamiento de los niños y adolescentes varían notablemente. Consideremos, por ejemplo, muchas variaciones de la psicoterapia que se emplean a menudo en lugares residenciales, de tratamiento de día y ambulatorios. Para empezar, las terapias varían con la(s) persona(s) a la(s) que se dirige(n). Se puede traer al niño para tratamiento; la terapia puede dirigirse hacia el niño, hacia uno o los dos padres, o hacia la familia, bien sola o en diferentes combinaciones. Diferentes aspectos del desarrollo pueden ser relevantes para la selección del tratamiento, dependiendo de la naturaleza de la intervención. Por ejemplo, la aplicabilidad de enfoques alternativos para el tratamiento (p.ej., psicoanálisis, tratamiento cognitivoconductual) o las formas específicas de intervención terapéutica (p.ej., jugar, hablar) pueden depender del nivel de desarrollo del niño en relación con constructos básicos (p.ej., las etapas psicosexuales, el razonamiento moral), constructos de los que supuestamente depende el cambio terapéutico. De igual manera, la probabilidad de que el tratamiento (p.ej., entrenamiento de padres) sea aplicable o eficaz, puede depender de la edad del chico y de que los componentes centrales del tratamiento (p.ej., prácticas de los padres para educar a sus hijos) constituyan una importante fuente de influencia en ese punto del desarrollo del niño.

Factores ambientales

El estatus único de los niños y los adolescentes en relación con su dependencia de los adultos los hace particularmente vulnerables a las influencias sobre las que pueden ejercer poco control. Por ejemplo, un cuidado y alimentación prenatal pobres, el uso y abuso de sustancias tóxicas por parte de la madre en el período prenatal, el maltrato físico y el abuso sexual, y el abandono constituyen algunas de las primeras influencias que pueden afectar al funcionamiento de los niños y que tienen implicaciones directas para la adaptación y la psicopatología en la infancia. En un extremo se encuentra el niño que es completamente dependiente de los padres; en el otro extremo está el adolescente para quien la autonomía, la independencia y el vasallaje a la influencia de los compañeros son evidentes. El curso normal del desarrollo incluye el cambio de influencias y el impacto cambiante de una influencia determinada. Un requisito del tratamiento es considerar a los factores contextuales y su desarrollo y cómo pueden integrarse para lograr el cambio terapéutico. Esto también es un reto, porque la mayoría de los enfoques de tratamiento no incluyen una conceptualización del desarrollo que señale cómo deberían tratarse, en la práctica, los chicos de diferentes edades.

Comentarios generales

Las características descritas no son simples paquetes que distinguen a la terapia con niños y adolescentes de la terapia con adultos. Las características afectan a procesos fundamentales sobre el incluir distintos casos en el tratamiento (chicos y familias), sobre el impacto de la intervención (p.ej., en el funcionamiento de los hijos y los padres), y sobre la aplicación del tratamiento (p.ej., en la clínica, en casa y en la escuela). Se necesita más investigación sobre las características únicas de las aplicaciones del tratamiento en el caso de niños y adolescentes. Desgraciadamente, se sabe muy poco sobre qué tratamiento es el más eficaz con chicos de diferentes

edades o estadios de desarrollo y cuándo y cómo incorporar a los padres, a la familia, a los compañeros y a otras influencias.

El tratamiento del trastorno de conducta

El trastorno de conducta representa el problema abordado más frecuentemente en la práctica clínica (Kazdin, Siegel y Bass, 1990) y en la investigación aplicada, tanto en niños como en adolescentes (Kazdin, Bass, Ayers y Rodgers, 1990). La investigación abarca un amplio rango de chicos que varían en distintas dimensiones, incluyendo la edad y el estadio de desarrollo, la gravedad, la amplitud y la cronicidad de los problemas de conducta y los lugares en los que son tratados. Se ha evaluado toda una serie de formas de terapia, de medicación, de programas con base en la casa, en la escuela y en la comunidad, de tratamientos en residencias y hospitales, y de servicios sociales (para revisiones, consultar Brandt y Zlotnick, 1988; Dumas, 1989; Kazdin, 1985, 1987b; Pepler y Rubin, 1991; Rapoport, 1987; US Congress, 1991).

El rango de técnicas de tratamiento es muy extenso. Formas alternativas de psicoterapia se apoyan en un amplio abanico de posiciones conceptuales, tal como se refleja en los enfoques psicoanalítico, psicodinámico, centrado en el cliente, conductual, cognitivo y familiar. Existe multitud de tratamientos disponibles para su aplicación al trastorno de conducta, cada uno de ellos con una base razonada y con la voz de la experiencia clínica de su parte. En el caso del trastorno de conducta, prácticamente cualquier modelo psicológico serviría como una base razonable para el tratamiento. La razón se encuentra en que el trastorno de conducta es una disfunción de características muy penetrantes, de modo que se puede acudir a prácticamente cualquier campo (p.ej., aspectos psicodinámicos, patrones de interacción familiar, deficiencias cognitivas) y encontrar anomalías. En pocas palabras, el trastorno de conducta constituye un refugio para los distintos puntos de vista conceptuales.

La selección entre las distintas opciones disponibles

Se han identificado más de 230 técnicas de tratamiento diferentes que se emplean actualmente con niños y adolescentes (Kazdin, 1988). Para hacer una selección de esa gran cantidad de técnicas, sería útil considerar los criterios a los que se podría acudir para identificar los tratamientos más prometedores. En nuestro propio trabajo, nos hemos apoyado en varios criterios para identificar y seleccionar tratamientos prometedores (ver Tabla 1). El criterio inicial es que el tratamiento debería tener una base teórica que explique cómo se produce la disfunción, en este caso el trastorno de conducta, y luego, cómo corrige la disfunción el tratamiento. Para este criterio inicial se requieren los mecanismos que conducen al trastorno de conducta y al cambio terapéutico. Dicho criterio no es especialmente útil por sí mismo para seleccionar entre tratamientos alternativos.

El segundo criterio tiene en cuenta si existe investigación básica que apoye el marco conceptual. La investigación básica en este contexto se refiere a la investigación (no dirigida al tratamiento) que examina los factores y problemas de conducta que llevan a su comienzo, mantenimiento, agravación, mejora o atenuación. Un

ejemplo lo constituirían los estudios sobre la familia que muestran patrones específicos de interacción entre padres e hijos, patrones que agravan la agresión dentro de la casa. Este tipo de investigación haría progresar de modo considerable el punto de vista conceptual que plantea la importancia de estos patrones y proporciona una justificación para la viabilidad de los tratamientos cuyo objetivo sean estos patrones de interacción.

Tabla 1.

Criterios para identificar tratamientos prometedores

1. CONCEPTUALIZACION

Afirmaciones teóricas relacionando el/los mecanismo/s (p.ej., intrapsíquico, familiar) con la disfunción clínica.

2. INVESTIGACION BASICA

Evidencia que muestra que el mecanismo puede evaluarse y que se relaciona con la disfunción, independientemente de los estudios sobre los resultados de los tratamientos.

3. EVIDENCIA PRELIMINAR SOBRE LOS RESULTADOS

Evidencia en la investigación análoga o clínica que muestra que el enfoque conduce al cambio en medidas clínicas relevantes.

4. CONEXION PROCESO-RESULTADOS

Evidencia en los estudios sobre resultados que muestra una relación entre el cambio en los procesos que se suponen están operando y el resultado clínico.

El tercer criterio se refiere a si existe evidencia probada de que el tratamiento pueda producir algún tipo de cambio. Al considerar este criterio, tendemos a ser muy indulgentes; nos interesa cualquier demostración (p.ej., estudios con casos que no padecen la disfunción). Obviamente, se prefieren los experimentos clínicos controlados de distribución aleatoria. Sin embargo, la gran mayoría de los tratamientos disponibles para niños y adolescentes nunca se han comprobado en experimentos controlados (Kazdin, 1988). Lógicamente, nos animan los datos que muestran que alguien cambió en algún lugar después de la exposición al tratamiento.

Finalmente, sería muy persuasiva la evidencia proveniente de estudios que muestren una relación entre supuestos procesos críticos para el cambio terapéutico y el cambio real. La evaluación de los procesos podría reflejarse en las cogniciones, en las interacciones familiares, o en los conflictos y defensas básicos. Se podría mostrar cómo el cambio terapéutico covariaría con el grado en que estos procesos se modificasen en el tratamiento. Este último criterio es muy exigente y quizás se plantee mejor como un objetivo por el que luchamos, más que como un punto de partida para la identificación de tratamientos prometedores.

Ningún único tratamiento, entre los que se encuentran disponibles, satisface adecuadamente estos criterios. Aun así, se han identificado una serie de tratamientos prometedores para el trastorno de conducta (ver Kazdin, 1987b). Seguidamente se describen dos enfoques terapéuticos con notables evidencias a su favor. El propósito de exponer estos dos enfoques no es dar la impresión de que sólo existen dos tratamientos prometedores. La utilidad de examinar los dos tratamientos es-

triba en señalar que, incluso entre los tratamientos más asentados, siguen existiendo notables deficiencias en el conocimiento básico.

El entrenamiento en solución de problemas

Los procesos cognitivos (percepciones, atribuciones y habilidades de solución de problemas) juegan frecuentemente un importante papel en los problemas de conducta (Shirk, 1988). Como ejemplo al caso, la agresión no es provocada simplemente por acontecimientos ambientales, sino más bien por el modo como se percibe y se procesan estos sucesos. El procesamiento se refiere a las valoraciones, por parte del niño, de la situación, de las posibles reacciones de los demás, y de las autoverbalizaciones en respuesta a acontecimientos específicos. Por ejemplo, la atribución de una intención agresiva en los demás representa una disposición cognitiva muy importante para la comprensión de la conducta agresiva. Dodge y sus colaboradores, en un conjunto de estudios programados, han demostrado que los chicos agresivos muestran una predisposición a atribuir intenciones hostiles a los demás, especialmente en situaciones sociales en las que las señales de una intención real son ambiguas. Lógicamente, cuando desde un primer momento se percibe a las situaciones como hostiles, es más probable que los chicos reaccionen de manera agresiva.

Se han identificado otros procesos y predisposiciones cognitivos relacionados con los niños agresivos y la adaptación conductual. Por ejemplo, Spivack y Shure (1982) han estudiado varios procesos cognitivos de solución de problemas interpersonales (p.ej., generar soluciones alternativas, pensar en los medios para lograr un fin, pensar en las consecuencias) relacionados con la conducta social. Los déficits y las distorsiones encontrados en estos procesos se relacionan con las evaluaciones por los profesores de la conducta social, con las evaluaciones por los compañeros, y con la conducta manifiesta (ver Rubin, Bream y Rose-Krasnor, 1991). Hay un reconocimiento general, entre los investigadores, de que todavía existen cuestiones fundamentales sin resolver relativas a la especificidad de los déficits, distorsiones y predisposiciones cognitivos en relación con los patrones de la conducta desviada y la disfunción y con diagnósticos alternativos y sus subtipos. Sin embargo, la investigación sobre los procesos cognitivos entre los niños agresivos ha servido como una base heurística para la conceptualización del tratamiento y para el desarrollo de estrategias específicas de intervención.

El entrenamiento en habilidades de solución de problemas (EHSP) consiste en el desarrollo de habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales. Aunque se han aplicado muchas variaciones del EHSP a niños con problemas de conducta, esas variaciones comparten normalmente varias características. Primero, el énfasis se pone en *cómo* abordan los niños las situaciones. Aunque es importante que los niños seleccionen, en último término, medios apropiados de comportamiento en la vida diaria, el interés principal se encuentra en los *procesos* de pensamiento, en vez de en los *resultados* o en actos conductuales específicos. Segundo, se enseña a los niños a que se introduzcan en un enfoque paso a paso para la solución de los problemas interpersonales. Se dicen cosas a sí mismos, cosas que dirigen la atención hacia ciertos aspectos de las tareas o del problema y que conducen a soluciones eficaces. Tercero, el tratamiento emplea tareas estructuradas que incluyen juegos, acti-

vidades académicas y cuentos. A lo largo del curso del tratamiento, las habilidades cognitivas de solución de problemas se van aplicando cada vez más a las situaciones de la vida real. Cuarto, normalmente los terapeutas juegan un papel activo en el tratamiento. Modelan los procesos cognitivos por medio de la expresión de autoverbalizaciones, aplicando la secuencia de verbalizaciones a problemas determinados, proporcionando señales que apunten al empleo de las habilidades, y dando retroalimentación y alabanzas para que se establezca un uso correcto de las habilidades. Finalmente, el tratamiento combina normalmente varios procedimientos diferentes, incluyendo el modelado y la práctica, la representación de papeles, y el reforzamiento y el castigo suave (pérdida de puntos o fichas).

Se han realizado diversos estudios sobre los resultados del tratamiento con niños y adolescentes impulsivos, agresivos y antisociales (ver Baer y Nietzel, 1991; Durlak, Furhman y Lampman, 1991, para una revisión). Los hallazgos de muchos de estos estudios han indicado que el tratamiento de orientación cognitiva ha producido disminuciones significativas en la conducta agresiva y antisocial. La mayoría de los estudios incluyen muestras que no han sido remitidas para tratamiento, en las que la gravedad de la disfunción, las condiciones patológicas presentes al mismo tiempo, y las disfunciones en los padres, la familia y el terreno socioeconómico son mucho menos probables que en las muestras clínicas. Aun así, varios estudios han mostrado cambios terapéuticos en muestras de pacientes (p.ej., Kazdin *et al.*, 1989, 1992; Kendall *et al.*, 1990; Yu *et al.*, 1986).

Incluso aunque se ha demostrado un cambio terapéutico, sigue existiendo una serie de cuestiones fundamentales sin resolver sobre el tratamiento. Para empezar, no está clara la base para los cambios terapéuticos en tratamientos cognitivos. Las medidas de los procesos cognitivos a los que se atribuyen las mejoras, a menudo muestran poca o ninguna relación con el cambio terapéutico. En segundo lugar, y relacionado con lo anterior, pocos estudios han establecido los factores que contribuyen a los resultados del tratamiento. La evidencia sugiere que el tratamiento es más eficaz con niños más mayores comparándolos con niños más pequeños (Durlak *et al.*, 1991), algo que es consistente con el punto de vista de que los individuos con niveles superiores de desarrollo cognitivo sacan más provecho de un tratamiento de orientación cognitiva. Sin embargo, no se han averiguado todavía los fundamentos de las diferencias debidas a la edad y el desarrollo cognitivo es sólo una de las muchas interpretaciones que pueden adelantarse. En general, no se han elaborado constructos evolutivos, características de los niños y de sus familias, y parámetros del tratamiento en relación con los resultados del mismo. Tercero, se han obtenido cambios fiables con el tratamiento, pero la magnitud del cambio dista mucho de ser la deseada. Muchos chicos mejoran, pero siguen estando fuera del funcionamiento normativo con respecto a los iguales de la misma edad y del mismo sexo (p.ej., Kazdin *et al.*, 1989, 1992). A pesar de importantes advertencias y salvedades, los tratamientos de orientación cognitiva han obtenido mejoras en relación con el trastorno de conducta.

El entrenamiento de padres

El entrenamiento de padres (EP) se refiere a procedimientos por medio de los cuales se entrena a los padres para modificar la conducta de sus hijos en casa. Los

padres van a un terapeuta o entrenador que les enseña a utilizar procedimientos específicos para modificar las interacciones con su hijo, para fomentar la conducta prosocial y para disminuir la conducta desviada. El entrenamiento se basa en el punto de vista de que la conducta problemática se desarrolla y se mantiene en casa, de manera inadvertida, por medio de interacciones desadaptativas padres-hijo.

Patterson (1986; Patterson *et al.*, 1991) ha desarrollado y comprobado distintos modelos sobre los factores padres-hijo que contribuyen directamente a la conducta antisocial del hijo. Con los años, se ha ampliado el rango de constructos e influencias de los modelos. Por ejemplo, las relaciones con los iguales, la autoestima, el funcionamiento académico y el estrés de los padres se encuentran incluidos actualmente entre las influencias importantes. Las secuencias de interacción padres-hijo siguen siendo esenciales en los modelos y han servido de base para el entrenamiento de padres con chicos antisociales.

Aunque existen muchas variaciones del EP, se pueden identificar varias características comunes. Primero, el tratamiento se realiza principalmente con uno o los dos padres, que directamente llevan a cabo varios procedimientos en casa. Normalmente no hay intervención directa del terapeuta con el niño. Segundo, se entrena a los padres para que identifiquen, definan y observen, de nuevos modos, las conductas problemas. La especificación cuidadosa del problema es esencial para la entrega de consecuencias reforzantes y punitivas y para evaluar si el programa está logrando los objetivos propuestos. Tercero, las sesiones de tratamiento cubren los principios del aprendizaje social y los procedimientos que se siguen de él, incluyendo: reforzamiento positivo (p.ej., el empleo de alabanza social y puntos o fichas para la conducta prosocial), castigo leve (p.ej., utilizar el tiempo fuera de reforzamiento, la pérdida de privilegios), negociación y contrato de contingencias. Cuarto, las sesiones proporcionan oportunidades para que los padres vean cómo se llevan a cabo las técnicas, para que practiquen utilizando las técnicas y para que revisen los programas de cambio de conducta en casa. El objetivo inmediato del programa consiste en desarrollar habilidades específicas en los padres. Conforme los padres adquieren más destreza, el programa puede abordar las conductas más problemáticas del niño e incluir otras áreas con dificultades (p.ej., la conducta en la escuela).

La eficacia del EP se ha evaluado extensamente en niños con problemas de conducta, niños que varían en edad y en el grado de gravedad de la disfunción (ver Kazdin, 1987b; McMahon y Wells, 1989; Miller y Prinz, 1990; Patterson, Dishion y Chamberlain, en prensa). Varios estudios controlados han mostrado mejoras de la conducta infantil en casa y en la escuela. El EP ha situado las conductas problemáticas de los niños tratados dentro de los niveles normativos de sus iguales que están funcionando de manera adecuada. A menudo, las mejoras continúan siendo evidentes un año después del tratamiento; los beneficios del tratamiento han sido innegables hasta 10 años más tarde (Forehand y Long, 1988). Además de las disminuciones de la conducta desviada en el niño de interés, el EP ha producido otras consecuencias, incluyendo la reducción de la conducta desviada de los hermanos y la disminución del estrés y la depresión en los padres (ver Kazdin, 1985).

Hay varias características de la administración del tratamiento que contribuyen

a los resultados, incluyendo la duración del mismo, el proporcionar a los padres un conocimiento amplio de los principios del aprendizaje social, y el utilizar, en casa, el tiempo fuera de reforzamiento (Kazdin, 1987b). Las características de los padres y de la familia también se relacionan con los resultados del tratamiento. Las familias que se caracterizan por múltiples factores de riesgo asociados con la disfunción infantil (p.ej., problemas conyugales, psicopatología de los padres, aislamiento social y desventajas socioeconómicas), es menos probable que permanezcan en el programa de tratamiento, más probable que obtengan niveles inferiores de mejoras (incluso cuando terminan el tratamiento) y menos probable que mantengan los beneficios terapéuticos (Dumas y Wahler, 1983; Kazdin, 1990; Webster-Stratton, 1985). De este modo, se han empezado a establecer variables que moderan los resultados del tratamiento.

Siguen sin resolverse muchas cuestiones respecto al EP. Primero, el requisito de la participación activa por parte de los padres hace imposible aplicar el tratamiento a aquellos casos en los que la falta de disposición y la disfunción de uno o de los dos padres no pueden superarse. Segundo, se necesitan más datos del período de seguimiento. Normalmente, el seguimiento se ha hecho hasta un año después del tratamiento. Teniendo en cuenta lo recalcitrantes que son los problemas graves de conducta, se necesitan más evidencias para evaluar el impacto a largo plazo. Tercero, el EP se aplica normalmente a los padres de chicos preadolescentes (p.ej., hasta los 12 años). Para jóvenes adolescentes, pueden reducirse las contingencias que permanecen bajo el control de los padres así como también el tiempo que los jóvenes pasan en casa. Los datos sugieren que el EP es menos eficaz para niños más jóvenes (edades entre 3 y 6 1/2 años) que en el caso de niños más mayores (edades entre 6 1/2 y 12 años) (Patterson *et al.*, en prensa). Sin embargo, unas conclusiones firmes serían prematuras. Siguen sin realizarse estudios sobre chicos de diferentes edades en los que la gravedad y la clase de la disfunción estén controladas. De este modo, tiene todavía que comprobarse que el EP funciona con adolescentes. Incluso así, es lógico decir que la aplicabilidad de un tratamiento para adolescentes fundamentado en los padres es cuestionable. A pesar de las limitaciones potenciales, el EP es una de las técnicas mejor desarrolladas y más investigadas para el trastorno de conducta.

Ejemplo ilustrativo

En nuestro trabajo, hemos investigado variaciones de tratamientos de orientación cognitiva y del entrenamiento de padres, juntos y en combinación (Kazdin *et al.*, 1987a, 1987b, 1989). Es útil describir un estudio típico en el área del trastorno de conducta, tanto para mostrar los tipos de efectos presentados como para ver las limitaciones que pueden reflejarse en la forma en que se conceptualiza y se completa la investigación en relación con el trastorno de conducta. Nuestro trabajo se lleva a cabo en la Clínica de Conducta Infantil, un servicio externo que forma parte de un departamento de psiquiatría infantil. Los niños que llegan a la clínica han sido evaluados previamente y su conducta etiquetada como agresiva, antisocial y perturbadora. Los chicos y las familias pasan por una evaluación inicial y o bien se ven en nuestra clínica o bien se envían a otro lugar apropiado del servicio. A lo largo del curso de nuestro trabajo, hemos evaluado el tratamiento con casos exter-

nos e internos. Actualmente vemos casos externos y trabajamos con niños de edades entre 3 y 13 años y sus familias. El tratamiento se realiza semanalmente durante un período de, aproximadamente, 8 meses. Después del tratamiento, seguimos en contacto con las familias y llevamos a cabo seguimientos de 1 a 3 años posteriores a la terminación del tratamiento.

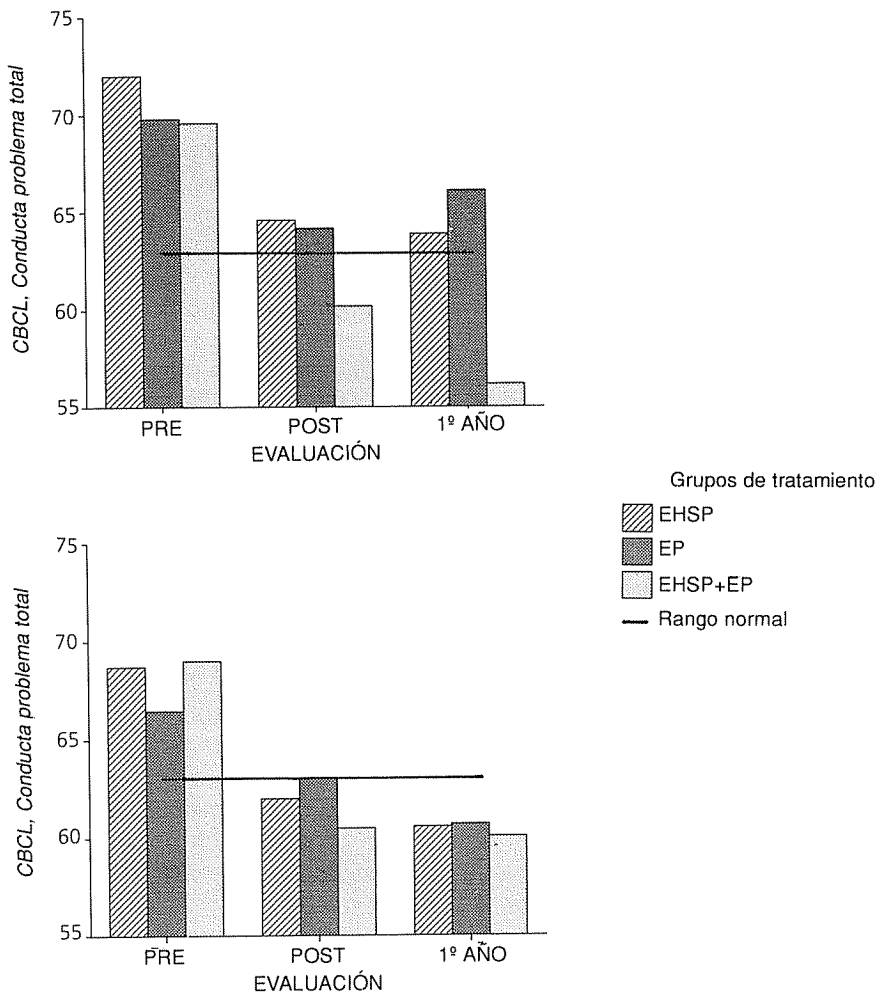
En el presente ejemplo, participaron 97 niños (de edades comprendidas entre los 7 y los 13 años) (Kazdin *et al.*, 1992). La mayoría de los chicos satisfacían los criterios del DSM-III-R para el trastorno de conducta. Una gran parte de los chicos (71%) cumplía los criterios para más de un trastorno. Se asignaba a los muchachos al azar, a una de tres condiciones: el entrenamiento en habilidades de solución de problemas (EHSP), el entrenamiento de padres (EP), y una combinación de EHSP-EP. Se daban sesiones individuales a los niños (EHSP) y/o a los padres (EP). En cada tratamiento, tanto los padres como los niños se encontraban implicados en el proceso terapéutico. Por ejemplo, en el EHSP los padres representaban un papel en sesiones determinadas y en casa, conforme las estrategias para el niño se van extendiendo más allá de los confines de las sesiones de tratamiento. Se administraron medidas en el pretratamiento, en el postratamiento y en un seguimiento de un año, con el fin de evaluar el funcionamiento del niño (p.ej., desviación general, conducta agresiva, antisocial y delincuente, y competencia prosocial) y el funcionamiento de los padres (p.ej., estrés de los padres, depresión y síntomas generales). Para evaluar el tratamiento se utilizan entrevistas, escalas de autoinforme, el informe por los padres, por el profesor y por el clínico, y observaciones conductuales de los padres. Los resultados indicaban que los tres tratamientos habían producido cambios. De los tres tratamientos, la combinación de EHSP+EP produjo cambios más profundos en el funcionamiento de los niños y de los padres y situó una mayor proporción de chicos dentro del rango de niveles no clínicos (normativos) del funcionamiento en casa y en la escuela. Estos efectos eran evidentes en el postratamiento así como en la evaluación del seguimiento un año después.

Es útil examinar los cambios en dos de las medidas con propósitos ilustrativos. Entre las medidas se encontraban escalas estandarizadas («Lista de la Conducta Infantil», *Child Behavior Checklist*) que rellenaban los padres y los maestros. Las escalas reflejan un amplio rango de problemas conductuales y emocionales. El desarrollo original de las escalas incluía datos normativos sobre los chicos, descritos de forma separada por edad y sexo (p.ej., Achenbach y Edelbrock, 1983). A partir del trabajo normativo, se identificó al percentil 90 como el punto de corte que mejor separaba a las muestras clínicas de la comunidad (muestras no clínicas). En nuestro estudio, se empleaban las puntuaciones en este percentil para definir el límite superior del rango de desviación. Se consideraba que el cambio era clínicamente significativo si la puntuación de los niños disminuía hasta quedar por debajo de este punto de corte.

La Figura 1 muestra las medias en el pre-, postratamiento y al año de seguimiento, para niños antisociales. Se presentan las evaluaciones de los padres (histograma superior) y las de los profesores (histograma inferior) y se muestra un cierto movimiento de los grupos dentro del rango normativo. Los resultados de la figura se presentan con base en las medias. Sin embargo, el cambio clínicamente significativo tiene similar, si no mayor, interés en relación a los individuos. Se puede cal-

cular cuántos individuos caen dentro del rango normativo al final del tratamiento. Por ejemplo, para la medida de la Figura 1 con base en los padres, los resultados en el postratamiento indicaban que el 33%, el 39% y el 64% de los chicos incluidos en los grupos de EHSP, EP y el tratamiento combinado, respectivamente, caían dentro del rango normal.

Figura 1. Puntuaciones medias para el Entrenamiento en Habilidades de Solución de Problemas (EHSP), el Entrenamiento de Padres (EP), y el EHSP+EP combinado, en las escalas de la conducta problema total de la «Lista de la Conducta Infantil» (*Child Behavior Checklist, CBCL*) rellena por los padres (histograma superior) y por los maestros (histograma inferior). La línea horizontal refleja el límite superior del rango no clínico («normal») de los niños del mismo sexo y la misma edad. Las puntuaciones por debajo de esta línea se encuentran dentro del rango normal.



Fuente: Kazdin et al., 1992

Los resultados descritos aquí, que incluyen sólo una parte de los datos, pueden considerarse de diferentes maneras. En primer lugar, incluso bajo las condiciones más eficaces, un porcentaje significativo de chicos permanece fuera del rango normal. Se tienen que resaltar los claros efectos del tratamiento. Se necesita una mayor comprensión para identificar los factores que contribuyen al cambio, para qué personas es mayor el cambio, etc. Segundo, ¿qué se puede decir de aquellos cuya conducta ha atravesado el punto de corte y se encuentran ahora en el rango normal? El término «rango normativo» es seductor, pero posiblemente engañoso. Después del tratamiento, los chicos con una historia de trastorno de conducta pueden encontrarse dentro de un criterio estadístico de funcionamiento normativo. Aun así, es poco probable que sean considerados por otras personas (padres, maestros, iguales) de su entorno dentro de un funcionamiento normativo. El encontrarse por debajo de un punto de corte (percentil 90) permite todavía una desviación o desadaptación considerable (p.ej., percentil 89). En nuestra clínica, lo celebramos cuando nos enteramos que uno de nuestros casos está cambiando desde una agresión física firme y nociva (p.ej., pegar a los maestros y a los compañeros) a una agresión verbal (p.ej., amenazas y tacos, pero ya no agresión física). A menudo no nos acompaña nadie en esas celebraciones. Tercero, hemos encontrado que la vuelta de los chicos al rango normativo puede variar de forma considerable dependiendo de la medida. Es decir, la mejora y el entrar en el rango normativo de una medida no significa necesariamente que esto constituya una evidencia de cada una de las medidas y esferas del funcionamiento de interés. En general, son relevantes los cambios en muchos terrenos y no siempre van juntos, un punto que será discutido más adelante.

El estudio sugería que el EHSP y el EP combinados producían más mejoras que cualquiera de los dos tratamientos por sí solos. El EHSP, solo, era el segundo en cuestión de efectividad. Todavía no tenemos disponibles los datos del seguimiento superior a un año, con el fin de averiguar si los cambios terapéuticos o el patrón de las diferencias entre grupos se mantienen. Más que el estudio particular, lo que es representativo del trabajo actual son el diseño, la forma de proporcionar tratamiento y los resultados. De aquí que las directrices que guíen la investigación futura puedan sacar provecho de las limitaciones que este trabajo podría presentar.

Comentarios generales

El tratamiento de orientación cognitiva y el entrenamiento de padres sirven para ilustrar tratamientos que se encuentran entre las intervenciones más estudiadas en relación con el trastorno de conducta. Estos tratamientos reflejan un progreso significativo en cuestión del desarrollo y la comprobación de enfoques teóricos alternativos de la disfunción, en la elaboración de procedimientos específicos de tratamiento y en la evaluación del tratamiento en experimentos controlados. Otros tratamientos podrían servir también como ilustraciones y se describen en revisiones citadas anteriormente. A partir de estas revisiones, es razonable concluir que: 1) se han comprobado toda una serie de tratamientos para el trastorno de conducta, en experimentos controlados; 2) se han logrado cambios fiables en muestras clínicas de chicos antisociales; y 3) los efectos del tratamiento se han mantenido hasta un año después y, en muchos casos, durante más tiempo. Incluso en-

tre los tratamientos más prometedores, los límites de nuestro conocimiento son demasiado obvios, como se ha señalado al hablar del EHSP y del EP. No está claro por qué (es decir, a través de qué medios, procesos o mecanismos) funcionan tratamientos alternativos. Tampoco está claro para quién (es decir, para qué características del chico, de los padres, de la familia), bajo qué condiciones, y en qué momento durante el curso del desarrollo, los tratamientos alternativos son efectivos de forma óptima.

Directrices para la investigación futura

Se ha empezado a desarrollar la base empírica de varios tratamientos aplicados al trastorno de conducta. Incluso así, todavía tienen que aclararse asuntos fundamentales sobre cómo los tratamientos logran sus efectos y para qué personas son eficaces los tratamientos. Se describen las características de la investigación actual sobre los tratamientos después de identificar varias áreas prioritarias para la investigación.

Objetivos y criterios para los resultados

En la investigación normal sobre los tratamientos, se seleccionan varias medidas como base para evaluar los resultados. La metodología correcta nos ha enseñado que se requieren medidas que abarquen múltiple métodos (p.ej., medidas de lápiz y papel, observaciones directas), distintas fuentes de información (p.ej., niños, padres, maestros) y la actuación en diferentes lugares (p.ej., la casa, la escuela y la comunidad). Equipados con múltiples medidas, se pueden realizar las comparaciones normales para evaluar las diferencias, al final del tratamiento, entre varias condiciones de tratamiento y control. A partir de estas comparaciones, surgirán las conclusiones sobre la mayor o menor efectividad de los tratamientos. Estas prácticas no se cuestionan aquí. Sin embargo, se pueden identificar una serie de aspectos básicos que influyen sobre las conclusiones alcanzadas respecto a una intervención determinada.

Áreas, medidas y su interrelación

Los objetivos típicos de interés al evaluar los resultados del tratamiento consisten en una reducción de los síntomas del trastorno de conducta y un aumento del funcionamiento prosocial. La disminución de los síntomas es algo obvio; el funcionamiento prosocial se refiere a la competencia apropiada para vérselas con las relaciones interpersonales, con las interacciones sociales y con la participación en actividades. Como se podría esperar, el número de síntomas y el funcionamiento prosocial iniciales (pretratamiento) se encuentran correlacionados negativamente; sucede también que tienden a cambiar juntos (ver Kazdin *et al.*, 1992). Sin embargo, la magnitud de las correlaciones es moderada (p.ej., de 0,3 a 0,5), lo que indica relativamente poco solapamiento. Desde el punto de vista de la evaluación del tratamiento, el cambio en un área no predice necesariamente el cambio en otra. Igualmente, aquellos casos que muestran una mejora significativa en un área puede que no muestren ninguna mejora en otra área.

Los investigadores están también interesados en evaluar la actuación en distintos lugares, dado que los chicos con trastorno de conducta a menudo muestran disfunciones en casa, en la escuela y en la comunidad. También aquí, el *nivel de disfunción* de los síntomas en casa no correlaciona mucho con la disfunción en la escuela. Además, los *cambios* de los síntomas en casa y en la escuela no están muy relacionados. Lo mismo puede decirse para los cambios del funcionamiento prosocial en diferentes lugares. Cuando en la evaluación se incluyen perspectivas diferentes, la relación entre las distintas medidas sigue mostrando especificidad. Por ejemplo, tres perspectivas relevantes a la evaluación del tratamiento consisten en medidas realizadas por niños, padres y profesores. Normalmente, las correlaciones de las mismas o similares medidas a través de distintos evaluadores van desde bajas a moderadas (p.ej., Achenbach, McConaughy y Howell, 1987). No se pueden descartar simplemente las medidas de diferentes evaluadores, porque estas medidas pueden evidenciar validez por sí mismas y pueden predecir otros criterios.

En general, las conclusiones alcanzadas sobre el impacto del tratamiento pueden variar dependiendo del área, del lugar y del informador. Sigue habiendo afán por veredictos simples sobre el tratamiento, es decir, qué es lo que «funciona» y qué es lo que «funciona mejor». Sin embargo, los investigadores no oponen resistencia cuando se dan cuenta de que la respuesta «depende». El patrón de hallazgos puede variar con las distintas medidas; a veces los tratamientos son diferentes en un conjunto de medidas, pero no en otro (p.ej., Szapocznik *et al.*, 1989; Kazdin *et al.*, 1992). Este patrón puede provenir de una variedad de influencias metodológicas (p.ej., rango limitado o baja fiabilidad de la medida) así como de la probabilidad de que los tratamientos afecten a las distintas áreas de diferente manera.

Ampliación de los criterios

La disminución de los síntomas y las mejoras del funcionamiento prosocial de los chicos con problemas de conducta plantea un reto adecuado a la investigación del tratamiento. Sin embargo, existen distintas cuestiones con respecto a los criterios utilizados para evaluar el cambio, teniendo en cuenta las medidas que se emplean, así como la necesidad de considerar un rango más amplio de criterios para evaluar los resultados. En primer lugar, una cuestión que ha recibido una atención cada vez mayor en estos últimos años es la significación clínica del cambio terapéutico (ver Kazdin, 1992). Como se sabe, la significación estadística se emplea para identificar la fiabilidad del cambio y las diferencias entre grupos. La significación estadística se basa en identificar un criterio (p.ej., alfa, $p < 0,05$) para tomar decisiones sobre los efectos del tratamiento. Al buscar efectos estadísticamente significativos, es fácil perder de vista que un objetivo es producir cambios clínicamente importantes. La *significación clínica* se refiere a la importancia o valor prácticos del efecto de la intervención, es decir, si produce alguna diferencia «real» en los pacientes o en otras personas. La evaluación de la importancia clínica o aplicada del cambio se emplea normalmente como un suplemento de los métodos estadísticos que determinan si los cambios o las diferencias en el grupo a lo largo del tiempo son fiables. Una vez que son evidentes los cambios fiables, se realizan más esfuerzos para cuantificar si el tratamiento ha llevado al paciente más cerca, de modo apreciable, del funcionamiento adecuado, es decir, si el cambio es importante.

La importancia clínica es notable por distintas razones. Quizás, lo más obvio sea que, a menudo, las personas que se incluyen en la investigación participan debido a su disfunción y están muy interesadas en mejorar o reducir sus síntomas. La significación clínica incluye medidas para evaluar la mejora desde un punto de vista de los objetivos clínicos. Además, la significación clínica proporciona un importante criterio para examinar los logros y las limitaciones de un criterio determinado. Sin embargo, los cambios y las diferencias estadísticamente significativos, por muy potentes que sean, no dan una idea del grado en que hemos producido un impacto importante sobre el problema o la disfunción.

Se han identificado varios métodos para la evaluación del significado clínico de los efectos del tratamiento. Estos métodos utilizan diferentes estrategias para evaluar los resultados de la intervención, incluyendo la comparación de los individuos tratados con un grupo de «comparación normativa», la evaluación de la magnitud del cambio del grupo tratado (p.ej., en unidades de desviaciones estándar), la evaluación subjetiva de las diferencias cualitativas en los pacientes (informada por personas con las que tienen contacto), y el impacto sobre medidas de importancia para la sociedad a largo plazo (p.ej., hospitalización, número de detenciones) (ver Kazdin, 1992). Hay aspectos básicos sobre el uso y la interpretación de medidas alternativas que no se han resuelto. Incluso así, la integración de la significación clínica en la evaluación del tratamiento es muy importante para sostener mejor la interpretación de los resultados.

Los criterios para, y la evaluación de, los resultados pueden extenderse más allá de la evaluación de la significación clínica. Primero, la ampliación de los criterios para los resultados pueden extenderse a la evaluación del impacto del tratamiento sobre otros miembros de la familia, además del niño con trastorno de conducta. Los cambios en la interacción familiar, en el estrés de la madre y en el funcionamiento de los hermanos constituyen resultados evaluados de vez en cuando en los estudios sobre el entrenamiento de padres (ver Kazdin, 1985). Estos resultados son significativos y apoyan una utilización mucho más frecuente. Por ejemplo, los hermanos del chico con trastorno de conducta padecen riesgos de conducta agresiva y antisocial. Es importante conocer el impacto del tratamiento a un niño sobre el funcionamiento de los hermanos. Dos tratamientos que fuesen igual de eficaces para reducir los síntomas del niño con problemas, tendrían un valor totalmente diferente dependiendo de su impacto sobre los hermanos en casa.

Segundo, el impacto del tratamiento del trastorno de conducta podría evaluarse con respecto a consecuencias sociales más amplias. Por ejemplo, la utilización de los servicios médicos y de salud mental, por parte de los niños y las familias, después del tratamiento, tendría gran interés (Starfield y Kelleher, 1992). Podría suceder que los tratamientos son igual de eficaces para disminuir los síntomas o para aumentar la conducta prosocial, pero se diferencian en el impacto social a largo plazo en términos de la utilización de recursos (p.ej., hospitalización, encarcelación).

Finalmente, ha habido interés en la evaluación del tratamiento con medidas específicas que evalúan áreas determinadas (p.ej., síntomas antisociales), en contextos particulares (p.ej., la casa, la escuela) y utilizando distintos informadores (p.ej., niños, maestros). Los criterios podrían incluir también áreas más amplias para mues-

trear constructos clínicamente relevantes. Por ejemplo, en el tratamiento estamos interesados en mejorar la «calidad de vida», tanto de los chicos que tratamos como de sus familias. Quizás haya pocos constructos tan amplios, globales y, aun así, tan clínicamente importantes como la calidad de vida. No obstante, este constructo no es ilusorio desde el punto de vista de la evaluación y de la validación de la evaluación (p.ej., Frisch, Cornell, Villanueva y Retzlaff, 1992). Las medidas de la calidad de vida añadirían un área importante a la evaluación del tratamiento para niños y adolescentes.

Comentarios generales

Los criterios para evaluar el tratamiento del trastorno de conducta requieren un examen conceptual y empírico más profundo. Los objetivos del tratamiento pueden variar en función de la población, de la edad, del nivel de desarrollo, del estatus del riesgo para un pobre pronóstico a largo plazo, y de la gravedad de la disfunción en el niño y en los padres. La evaluación del tratamiento requiere la identificación de los objetivos de la intervención para el grupo determinado y de las prioridades entre los múltiples objetivos. Los objetivos pueden revelar también situaciones en las que se recurre a criterios más o menos exigentes para evaluar el tratamiento. Constantemente, estamos interesados en disminuir los síntomas del trastorno de conducta. Sin embargo, hay situaciones en las que la inexistencia de un cambio a lo largo del tiempo (es decir, sin que haya una disminución de los síntomas) podría ser un hallazgo muy importante. El encontrar que un grupo de chicos con riesgo de empeorar en su comportamiento no lo hace después de una intervención específica podría ser muy importante. El tratamiento no siempre significa «mejorar»; a veces, significa no empeorar o empeorar mucho más lentamente de lo que sucedería en caso contrario.

Sería interesante que la investigación se moviese en dos direcciones. Primero, los objetivos del tratamiento para una muestra determinada podrían hacerse explícitos y establecer prioridades. La razón, señalada anteriormente, es que puede haber diversos criterios relevantes con respecto a los resultados y puede que no estén altamente interrelacionados. Segundo, se puede mejorar la evaluación de los resultados si ampliamos los criterios. Esto no entra en conflicto con establecer prioridades sobre los resultados que nos interesan. Al mismo tiempo, la evaluación de la significación clínica, del impacto social y de la calidad de vida permite un examen más documentado del impacto del tratamiento.

La evaluación de los efectos a largo plazo del tratamiento

Las prometedoras mejoras obtenidas con varios tratamientos para la conducta antisocial se refieren, principalmente, a los efectos de los resultados a corto plazo (p.ej., hasta un año de seguimiento). La mayoría de los estudios (59%) sobre la psicoterapia de niños/adolescentes no recoge datos del seguimiento. Entre los estudios que incluyen seguimiento, la evaluación tiene lugar de 5 a 6 meses después de que finaliza el tratamiento (Kazdin, Bass, Ayers y Rodgers, 1990; Weisz, Weiss, Alické y Klotz, 1987). Así, en el contexto más amplio de la investigación sobre la psicoterapia de niños y adolescentes, incluso un seguimiento de un año es poco frecuente. Existe una gran necesidad de períodos de seguimiento más largos.

Los estudios con seguimiento son muy importantes, ya que los efectos que se presentan inmediatamente después del tratamiento no siempre son los mismos que los que tienen lugar a lo largo del tiempo. Por ejemplo, Kolvin *et al.* (1981) realizaron un estudio a gran escala sobre el resultado de los tratamientos (basados en la escuela) con chicos que padecían síntomas de ansiedad o de trastorno de conducta. Los resultados variaban notablemente con el tiempo. De modo específico, dos de las intervenciones (terapia de grupo y modificación de conducta) produjeron relativamente pocas mejoras en medidas de neuroticismo, conducta antisocial y en las puntuaciones de todos los síntomas. Estas áreas mejoraron notablemente a lo largo del curso del seguimiento, 18 meses después del tratamiento, lo que modificó las conclusiones sobre el impacto de estas intervenciones con respecto a otro tratamiento y a la condición de control. En otros estudios que incluyen muestras de niños y adultos, el tratamiento que apareció como más eficaz en el postratamiento no mantuvo este estatus en el seguimiento (para revisiones ver Kazdin, 1988; Wright, Moelis y Pollack, 1976). De esta forma, las conclusiones sobre la eficacia de un tratamiento determinado en un estudio particular podría depender claramente del momento en que se lleva a cabo la evaluación.

La importancia de la evaluación del tratamiento en el período de seguimiento puede resaltarse en la evaluación de niños y adolescentes. Cambios notables en la conducta prosocial y en la conducta desviada dependen del desarrollo durante la infancia y la adolescencia, independientemente de los esfuerzos de la intervención. Muy posiblemente, los tratamientos que parecen efectivos (o diferencialmente efectivos) a corto plazo puede que no tengan más impacto que los cambios debidos al desarrollo. Las dificultades y los costes de seguir a los sujetos a lo largo del tiempo, el aumento inevitable del desgaste y las ambigüedades que pueden resultar de una pérdida selectiva de casos con el paso del tiempo se encuentran entre los elementos que reducen la motivación para realizar seguimientos (Kazdin, 1992). Sin embargo, esa evaluación es muy importante para valorar el impacto de la intervención sobre el curso del desarrollo.

Ampliando los modelos para desarrollar y evaluar tratamientos

La investigación sobre psicoterapia consiste normalmente en una intervención específica que se aplica a un grupo determinado durante un tiempo dado y concreto, y se evalúa después de que ha terminado el tratamiento. Podemos considerar estas características como representativas de un *modelo convencional* para la evaluación del tratamiento. Existen otros modelos que pueden ser especialmente útiles en relación con las disfunciones clínicas que son difíciles de tratar o que tienen efectos muy profundos en las áreas sobre las que se desarrolla la disfunción.

Modelo de intervención de alta potencia. En el modelo convencional, se intenta obviamente que el tratamiento tenga impacto, pero raramente se elabora, de forma explícita, para que proporcione una prueba especialmente potente. Las consideraciones sobre la dosis, la potencia, la duración y otros parámetros del tratamiento no se basan, de forma explícita, en un esfuerzo para maximizar el impacto clínico. El modelo de intervención de alta potencia empieza con un esfuerzo para maximizar el cambio terapéutico. Para problemas clínicos graves, como el trastorno de con-

ducta, puede ser útil hacerse la pregunta, «¿Cuál es el impacto probable sobre el problema empleando el/los tratamiento/s más potente/s disponible/s?». Se debería aspirar a la *versión más potente posible* del tratamiento, con el fin de ver si se puede modificar el problema. El modelo de alta potencia no es sólo un esfuerzo para maximizar el cambio clínico, sino también para comprobar dónde se encuentra el campo en un punto determinado. Teniendo en cuenta el/los mejor/es tratamiento/s disponible/s, ¿qué podemos esperar de la cantidad, régimen o variación máximos?

Para los tratamientos psicosociales, es difícil definir la potencia y la intensidad del tratamiento. El problema proviene, en parte, de conceptualizaciones pobres o vagas del tratamiento. Para variar o aumentar la potencia del tratamiento, se tiene que tener cierta idea sobre los procesos o procedimientos que explican el cambio terapéutico. Para darse cuenta del posible cambio que refleja el modelo de tratamiento de alta potencia, con respecto al modelo convencional, podemos considerar un parámetro de la intervención, como, por ejemplo, la duración de la terapia. En la investigación contemporánea sobre la terapia de niños y adolescentes, la duración media del tratamiento es de 8 a 10 semanas (Casey y Berman, 1985; Kazdin, Bass, Ayers y Rodgers, 1990). Esta duración es relativamente breve, si consideramos los múltiples problemas que los niños con trastorno de conducta traen al tratamiento y el pobre pronóstico a largo plazo. Más (tratamiento) no siempre es mejor. Al mismo tiempo, las pruebas actuales parecen notablemente débiles. Tratamientos mucho más largos, quizás incluso de años, podrían parecer más prometedores en la maximización del impacto. De nuevo, la duración es un parámetro más del tratamiento que sirve para ilustrar el modelo, y no una de las dimensiones o características básicas de las que dependen necesariamente los tratamientos de alta potencia.

Las intervenciones de alta potencia pueden ser costosas, tal y como se refleja en los gastos de los terapeutas, en el entrenamiento del terapeuta, en el número de sesiones y en las horas de contacto con el paciente. No obstante, si esas pruebas fuesen muy caras en cuestión de recursos profesionales y de cuidados del paciente, la información que resultase podría obviar la necesidad de muchas otras pruebas para versiones más débiles del tratamiento. Si la versión más potente del tratamiento produce cambios, entonces es razonable estudiar si procedimientos menos prolongados, menos costosos y menos difíciles de llevar a cabo pueden lograr resultados similares y si alguna pérdida en las mejoras de la intervención merecen la pena a cambio de los costes o de la facilidad de administración. No obstante, es importante saber qué es lo que se puede llevar a cabo, lo que serviría como una prueba del conocimiento actual y para la atención clínica.

Modelo de sensibilidad al tratamiento. El modelo de sensibilidad al tratamiento considera que el niño, los padres y los factores familiares podrían moderar los efectos del tratamiento. El modelo está diseñado para identificar dónde es más probable que tengan éxito las intervenciones, es decir, para aplicar a aquellos niños que sean más *sensibles al tratamiento*. Los chicos con trastorno de conducta representan un grupo heterogéneo en términos de la/s disfunción/es, habilidades de adaptación y recursos (p.ej., apoyo familiar). Existen notables avances de la investigación sobre factores de apoyo y de riesgo relativos a los niños, a los padres, a la familia y

otras condiciones que podrían emplearse para identificar a los chicos que probablemente variarían en su sensibilidad al cambio (ver Kazdin, 1987a; Rutter y Giller, 1983). Por ejemplo, es más probable que los niños con un comienzo temprano del comportamiento antisocial y que tienen diversas conductas a lo largo de múltiples lugares (p.ej., en casa y en la escuela) continúen con la conducta antisocial en la adolescencia y en la edad adulta. Estas y otras variables de los niños, de los padres y familiares pueden identificarse entre los chicos que son enviados a la clínica por un trastorno de conducta, pueden influir sobre la sensibilidad o grado de respuesta al tratamiento.

El modelo de sensibilidad considera que la población de chicos con trastorno de conducta varía en el grado de sensibilidad al tratamiento. No está fijado necesariamente en el modelo por dónde comenzar. Una forma obvia sería empezar evaluando, de manera sistemática, el impacto del tratamiento con los chicos que fuesen más sensibles al mismo. ¿Hay algún grupo de chicos con trastorno de conducta en el que podamos producir de forma fiable efectos potentes y duraderos debidos al tratamiento? Se podrían acelerar los avances de la intervención si intentamos seleccionar subgrupos que puedan ser tratados de modo efectivo. El comprobar los casos sensibles no significa olvidarse de los casos más recalcitrantes. Sin embargo, para almacenar conocimientos, sería importante disponer de modos de dividir a la población para tratar un subgrupo de manera eficaz. También, una vez que se han identificado subgrupos de chicos que pueden ser tratados de forma eficaz, se puede prestar una mayor atención a aquellos que son menos sensibles y para los que no existen tratamientos eficaces.

El enfoque de la identificación de chicos más o menos sensibles al tratamiento puede integrarse en la investigación controlada existente. Dentro de un estudio determinado, se puede identificar a los chicos más o menos sensibles a la intervención, basándonos en las características de la muestra y en las hipótesis sobre la interrelación entre el tratamiento y estas características. Los análisis de los efectos resultantes están basados en las comparaciones de subgrupos, dentro de la investigación, con el objetivo de evaluar el grado de respuesta a la intervención como una función de la sensibilidad hipotetizada al tratamiento.

Intervenciones de amplia base. Este modelo empieza con el hecho de que el trastorno de conducta tiene muchos aspectos e incluye un amplio rango de síntomas, áreas de disfunción, y problemas paternales y familiares. Para muchos, si no la mayoría, de los casos diagnosticables, el trastorno de conducta representa un «profundo trastorno del desarrollo», en el sentido de que se encuentran afectadas amplias áreas del funcionamiento. En las aplicaciones convencionales del tratamiento, se lleva a cabo una intervención particular con el fin de modificar un aspecto importante (p.ej., conflicto psíquico, autoestima, procesos familiares) del niño y/o del sistema en el que funciona el niño. El área que se tiene como objetivo se considera, desde una base teórica o clínica, como central para el problema del niño. A la luz del rango de los déficits y de la profundidad de la disfunción que presenta el trastorno de conducta, la meta de la mayoría de los tratamientos puede ser bastante estrecha.

El modelo de la intervención de amplia base constituye un esfuerzo para ampliar el objetivo o el contenido de las intervenciones, con el fin de abordar todo un

conjunto de áreas relevantes a la disfunción del chico individual. Los tratamientos pueden concebirse de *forma modular*, habiendo componentes separados (módulos) encajados en un régimen general de tratamiento. La puesta en práctica del modelo se hace por pasos separados. El modelo requiere la evaluación del funcionamiento del niño en diversas áreas (p.ej., en casa, en la escuela, en la comunidad; su desviación, la conducta interpersonal, el funcionamiento académico). El modelo trata de proporcionar tratamientos, o componentes de tratamiento, múltiples, diseñados para abordar las áreas de funcionamiento identificadas como problemáticas. Combinaciones plausibles de tratamiento podrían incluir la psicoterapia individual o un tratamiento de orientación cognitiva, el reforzamiento en la escuela, la terapia familiar y el entrenamiento de padres.

La idea de tratamientos de amplia base y multitud de aspectos no es un apoyo al eclecticismo en el tratamiento, según el cual se utilizan múltiples intervenciones para satisfacer las supuestas «necesidades individuales del paciente». Raramente se conocen las necesidades, se evalúan de forma sistemática, o se emplean como base para la selección entre las distintas psicoterapias y fármacos disponibles para tratamiento. Igualmente, la aglomeración de técnicas es, a menudo, fortuita; se seleccionan múltiples procedimientos por su atracción intuitiva y por su validez aparente. En el modelo de amplia base se justifica la combinación según la evaluación de áreas específicas previa al tratamiento y por un esfuerzo para emparejar la disfunción en estas áreas con intervenciones alternativas basadas en la conceptualización o evidencia que favorece estas intervenciones.

La investigación futura podría moverse hacia un enfoque más amplio con múltiples componentes de tratamiento. El enfoque debería guiarse por la evidencia inicial de que las técnicas que lo forman producen algún cambio y que el área en que nos centramos es relevante para el problema. El peligro de los tratamientos que tocan múltiples aspectos es que, al final de la investigación, no se pueden identificar qué componente/s explicaba/n el cambio. No obstante, una vez que se ha demostrado que uno de esos tratamientos produce algún cambio, podría merecer la pena empezar a analizar las contribuciones de los componentes individuales.

Un modelo de cuidado crónico. La investigación sobre el trastorno de conducta sugiere que es muy similar a una condición crónica, en términos de su curso y desarrollo. También, la disfunción tiene un amplio impacto durante la infancia (p.ej., al afectar a la conducta en casa y en la escuela; en las esferas interpersonal, académica y cognitiva) y en la edad adulta (p.ej., ajuste psicológico, social y laboral). Podría ser heurísticamente válido considerar al trastorno de conducta como una condición crónica que necesita de la intervención, de una vigilancia continua y de la evaluación, a lo largo de toda la vida.

Quizás se debería evaluar el tratamiento en términos de una necesidad de cuidado crónico o, al menos, de vigilancia crónica. Muchos problemas mentales y de salud física (p.ej., depresión, diabetes) requieren más que una intervención a corto plazo. Para muchas personas, el tratamiento es a largo plazo y quizás llega a convertirse en una parte de su vida diaria. En el caso de chicos con trastorno de conducta, puede ser útil concebir el tratamiento como una rutina y como una parte de su vida diaria. Después de que llega el niño para terapia, se le proporciona el trata-

miento, que puede ser de la manera usual (modelo convencional) o basado en otros modelos (de alta potencia, de amplia base) señalados anteriormente. Después de que se logra la mejoría, se suspende el tratamiento en vez de terminarlo. En este punto, el niño y su funcionamiento empiezan a ser vigilados de forma sistemática (con medidas estandarizadas) y regular (p.ej., cada tres meses). El tratamiento podría proporcionarse basándose en los datos de la evaluación o en las cuestiones planteadas por la familia, los maestros u otras personas. El modelo podría parecerse al modelo más familiar de salud dental, en el que se examina a los individuos cada seis meses; en caso necesario se proporciona una intervención basándose en estos exámenes periódicos.

La utilización de un modelo de cuidado crónico presupone que hay técnicas para aplicar a los chicos que pueden modificar el funcionamiento. Se ha demostrado que una serie de intervenciones de orientación cognitiva, conductual, familiar y comunitaria, que va más allá de los tratamientos señalados anteriormente, puede producir cambios (Kazdin, 1985). No existen datos de seguimiento para la mayoría de los estudios de tratamiento. Para algunos tratamientos, el seguimiento ha indicado que las mejoras desaparecen cuando se termina el tratamiento. Sin embargo, con el modelo de cuidado crónico, los cambios a corto plazo son muy respetables, ya que se continúa con el tratamiento según se necesita. Sería razonable la continuación intermitente del tratamiento hasta que se encontraran tratamientos más cortos con impactos a más largo plazo.

Comentarios generales. Normalmente, la investigación sobre el trastorno de conducta se lleva a cabo contrariamente a lo que podría ser necesario para desarrollar e identificar tratamientos eficaces. Por ejemplo, en la investigación sobre el tratamiento, la cantidad y la duración del mismo son relativamente breves (p.ej., sesiones de una hora, un total de 8 a 10 sesiones), lo que probablemente no constituya una prueba de un tratamiento de alta potencia. Raramente se examinan características del niño, de los padres, de la familia y otras distintas con el fin de identificar las interacciones caso x tratamiento. De este modo, se hacen pocos esfuerzos para identificar quién es más o menos sensible, o responde mejor o peor al tratamiento. Las técnicas individuales se suelen contrastar entre ellas, en vez de combinarse en un esfuerzo para aumentar el cambio terapéutico. De este modo, los tratamientos de amplia base no se suelen comprobar. Finalmente, el tratamiento termina normalmente después de que se proporciona un breve programa, de forma que generalmente no se valora el cuidado crónico. Estas características de la investigación en terapia no serían problemáticas si se encontrasen tratamientos efectivos con el modelo convencional de evaluación del tratamiento. Sin embargo, el rendimiento de la investigación y el deterioro grave y profundo de muchos chicos con trastorno de conducta sirven de impulso para reconsiderar el contenido, el diseño y el modelo de los programas de intervención.

Oportunidades evolutivamente relevantes para la intervención

El tratamiento de los chicos se ha centrado a menudo en extensiones hacia abajo de los tratamientos para adultos. El enfoque puede ser valorado por sus propios méritos a la luz de la evidencia. Al mismo tiempo, una perspectiva comienza con el re-

conocimiento de la naturaleza cambiante de los jóvenes, de sus contextos y de las influencias sobre su funcionamiento. Podrían identificarse oportunidades especiales para la intervención desde una perspectiva evolutiva, perspectiva que no derivase de la extrapolación de los avances de la investigación sobre la psicoterapia para adultos. Las oportunidades para la intervención abarcan períodos especiales de desarrollo, en donde se pueden aprovechar influencias específicas apropiadas a la etapa evolutiva.

Como ejemplo, la investigación sobre la conducta antisocial en la adolescencia ha apuntado al importante papel que pueden jugar las relaciones y los lazos con los iguales en la conducta desviada (Elliot, Huizinga y Ageton, 1985; Newcomb y Bentler, 1988; Swaim, Oetting, Edwards y Beauvais, 1989). El recurrir a la influencia de los iguales puede proporcionar oportunidades especiales para el tratamiento. Como ejemplo, Feldman, Caplinger y Wodarski (1983) encontraron que el tipo de iguales incluidos en terapias de grupo afectaba al resultado en chicos antisociales. Los chicos de los grupos de tratamiento con compañeros no antisociales sacaban más provecho del tratamiento que chicos de grupos compuestos en su totalidad por chicos antisociales. La posibilidad de establecer lazos con otros jóvenes antisociales durante el tratamiento podría servir, incluso, para producir efectos perjudiciales (Fo y O'Donnell, 1975). El empleo de iguales, de forma más activa, en el proceso de tratamiento (p.ej., como agentes terapéuticos y con papeles de apoyo en el tratamiento) sería algo recomendado por la investigación actual. Las influencias de los iguales y su papel cambiante a lo largo del desarrollo son solamente una clase de influencia apuntada por la investigación de orientación evolutiva. También los jóvenes sufren una serie de períodos de transición donde se producen cambios e influencias variadas. La transición que ocurre en períodos en los que se avanza de un curso a otro superior en la escuela representa un estrés potencial para los jóvenes, pero al mismo tiempo se presentan oportunidades de intervención (Felner y Adan, 1988). Los cambios en el desarrollo cognitivo, en las influencias por los iguales y en los períodos de transición (p.ej., en la escuela) durante la adolescencia pueden proporcionar oportunidades especiales de intervención. Igualmente, la naturaleza transitoria y el normal desequilibrio de la adolescencia (p.ej., de dependencia a autonomía, de la influencia de los padres a la de los iguales), pueden representar un período especialmente sensible para la intervención y la influencia.

Al hablar de las intervenciones (tratamiento y prevención), a menudo se hace la suposición de que una intervención más temprana es mejor que una intervención más tardía y que cuanto más temprano tiene lugar mejor es, en términos del impacto a largo plazo. Se pueden tener argumentos fuertes a favor de las intervenciones tempranas, como, por ejemplo, la evidencia de que un temprano cuidado maternal produce un resultado a largo plazo en el hijo. Más de un estudio ha mostrado que una intervención temprana con las madres y sus hijos puede tener un impacto significativo en la desviación posterior de los hijos (Schweinhart y Weikart, 1989; Seitz, Rosenbaum y Apfel, 1985). Sin embargo, es raro el caso en que se comprueba empíricamente la suposición «cuanto más temprano, mejor» o bien se deriva de posiciones específicas y teóricamente coherentes sobre el tratamiento o el cambio evolutivo. El reto para la teoría, la investigación y la práctica se encuentra en la identificación de momentos oportunos para la intervención, en donde los procesos que se relacionan de forma crítica con la disfunción pueden interrumpirse

y reconducirse. El rango y el grado de la oportunidad no son necesariamente una función lineal inversa de la edad. Diferentes edades, etapas y períodos de desarrollo pueden proporcionar distintas oportunidades para la intervención sobre una base conceptual y empírica.

En la investigación contemporánea sobre psicoterapia para niños y adolescentes, raramente se considera el papel del desarrollo. Algunos estudios han evaluado la «edad» en un esfuerzo inicial para integrar las diferencias evolutivas en la investigación sobre el tratamiento y han mostrado diferencias en los resultados (p.ej., Kolvin *et al.*, 1981; Miller, Barrett, Hampe y Noble, 1972). De igual manera, algunas revisiones han examinado la edad de los niños como una variable, a lo largo de los estudios, en relación con los resultados del tratamiento (tamaño del efecto) (Durlak *et al.*, 1991; Patterson *et al.*, en prensa; Weisz *et al.*, 1987). La edad cronológica representa un comienzo empírico para evaluar si los efectos del tratamiento varían entre las muestras. Sin embargo, la edad, como constructo para la investigación, es conceptualmente débil porque no identifica procesos específicos ni clasifica los casos por medio de estos procesos de manera analítica. Una tarea de la investigación consiste en considerar, y luego ir más allá de, la edad como un mediador de los resultados del tratamiento, teniendo en cuenta niveles y procesos de desarrollo (p.ej., apego, desarrollo moral).

Las diferencias sexuales a lo largo del curso del desarrollo plantean importantes cuestiones relevantes a la disfunción y a la intervención. Los hombres y las mujeres difieren, tanto en el desarrollo normal como en la psicopatología, de múltiples maneras que tienen una relevancia potencial para el tratamiento. Por ejemplo, la entrada en la pubertad está asociada a menudo para las chicas con una baja autoestima, una pobre imagen corporal y una preocupación por pesar demasiado. El madurar más tarde o más temprano en relación con los iguales exacerba esas reacciones. Es más probable que las chicas, tarde o temprano, muestren elevados niveles de depresión y una tendencia a hacerse daño (ver Richards y Peterson, 1988). Por otra parte, la entrada en la pubertad para los chicos está asociada con un aumento de la autoestima y con sentimientos de ser atractivos. La maduración temprana no está asociada con puntos de vista negativos, sino que simplemente conlleva un comienzo más temprano de reacciones positivas. De igual manera, las transiciones a colegios nuevos están asociadas a menudo con una disminución de la autoestima para las chicas, pero no para los chicos. Las diferencias sexuales en la adolescencia van más allá de las reacciones ante las transiciones (maduración, cambio de colegio). Las tasas de prevalencia para los trastornos, las clases de trastornos experimentados, y la estabilidad de los trastornos con el tiempo son diferentes para hombres y mujeres adolescentes (p.ej., McGee, Feehan, Williams y Anderson, 1992).

Los factores que predicen el comienzo y el curso de los trastornos pueden variar considerablemente con el sexo. Por ejemplo, Tremblay *et al.* (1992) evaluaron los predictores infantiles de los actos delictivos en los adolescentes con el fin de aislar la contribución de la conducta perturbadora temprana y de unos logros escolares pobres. Para los chicos, las primeras señales de conducta perturbadora (a los 7 años) predecían la delincuencia posterior (a los 14 años); un pobre logro escolar no predecía actos delictivos, una vez que se tomaba en cuenta la conducta perturba-

dora. Para las chicas, ni la conducta perturbadora temprana ni el pobre logro escolar eran especialmente útiles para predecir los actos delictivos. Si los factores que influyen sobre el comienzo de la conducta antisocial varían para los chicos y las chicas, las intervenciones eficaces de tratamiento y prevención pueden variar también. En general, la tarea en relación al tratamiento consiste en identificar formas significativas de desarrollo que caractericen a los jóvenes, de modo que las intervenciones se puedan aplicar de manera óptima. Las diferencias en el desarrollo normal de los jóvenes a diferentes edades, etapas y dependientes del sexo apuntan a áreas que necesitarán ser integradas en la investigación sobre las intervenciones.

Comentarios finales

El trastorno de conducta representa un reto especial, teniendo en cuenta las múltiples áreas de funcionamiento que se encuentran afectadas. Aunque uno querría limitar el objetivo del tratamiento a los síntomas del niño, a menudo se tienen que considerar influencias más amplias (padres, familia, iguales) debido a la relación demostrada con la conducta antisocial o debido a las oportunidades que proporcionan para producir el cambio. Se han encontrado varias intervenciones prometedoras para el tratamiento del trastorno de conducta. Se insistió sobre el entrenamiento en habilidades de solución de problemas y el entrenamiento de padres, a la luz de la evidencia que da testimonio de su progreso. A pesar de los avances mostrados, siguen sin resolverse cuestiones básicas sobre la duración de los efectos del tratamiento, los mecanismos por los que se logran los efectos y los factores con los que interactúan los tratamientos para producir un determinado resultado duradero. Hasta que se desarrolle más trabajo sobre estas áreas, sería difícil elevar la evaluación de los tratamientos más allá del término «prometedor». Se han identificado varias áreas prioritarias para la investigación del tratamiento, incluyendo: la ampliación del rango de criterios para evaluar los resultados de la intervención, la evaluación de los efectos a largo plazo del tratamiento, y la ampliación de los modelos para desarrollar y evaluar la intervención. Se ha hablado también de los pasos requeridos para el desarrollo de tratamientos eficaces que impliquen la interrelación de un trabajo conceptual y empírico con oportunidades especiales que para la intervención puede presentar el desarrollo.

Un tema recurrente del artículo se halla en la importancia de los contextos en los que el trastorno de conducta se encuentra inmerso, en comprender estos contextos y su papel en el trastorno de conducta, y en incorporar la información a las estrategias de tratamiento. De manera específica, se mencionaron las influencias de los padres, de la familia y de los iguales, influencias que se encuentran asociadas con, apoyan, fomentan o mantienen el trastorno de conducta. Sin embargo, pocos estudios sobre la intervención tienen en cuenta las influencias que contribuyen al trastorno de conducta. Además, los estudios sobre el tratamiento que evalúen las posibles interacciones de las características del niño, de los padres, de la familia, de los iguales y de otras personas, en relación con los resultados, serán muy importantes. No obstante, el progreso del tratamiento depende aún más de los avances en la investigación básica que evalúa las interrelaciones de los múltiples aspectos que

contribuyen al trastorno. Un mayor conocimiento será esencial en la identificación de aspectos óptimos para tratar y prevenir el trastorno de conducta.

Referencias

- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. y Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed., Revisada). Washington, DC: Author.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. y Silva, P.A. (1987). The prevalence of DSM III disorders in pre-adolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Baer, R.A. y Nietzel, M.T. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400-412.
- Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M.S., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagan, A., Sánchez-Lacay, A. y Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey of Puerto Rico: The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- Brandt, D.E. y Zlotnick, S.J. (1988). *The psychology and treatment of the youthful offender*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Casey, R.J. y Berman, J.S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
- Dodge, K.A., Price, J.M., Bachorowski, J. y Newman, J.P. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 385-392.
- Dodge, K.A. y Somberg, D.R. (1987). Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats to the self. *Child Development*, 58, 213-224.
- Dumas, J.E. (1989). Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.
- Dumas, J.E. y Wahler, R.G. (1983). Predictors of treatment outcome in parent training: Mother insularity and socioeconomic disadvantage. *Behavioral Assessment*, 5, 301-313.
- Durlak, J.A., Fuhrman, T. y Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Elliott, D.S., Huizinga, D. y Ageton, S.S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Feldman, R.A., Caplinger, T.E. y Wodarski, J.S. (1983). *The St. Louis conundrum: The effective treatment of antisocial youths*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Felner, R.D. y Adan, A.M. (1988). The school transitional environment project: An ecological intervention and evaluation. En R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorion y J. Ramos-McKay (comps.), *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 111-122). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Fo, W.S.O. y O'Donnell, C.R. (1975). The buddy system: Effect of community intervention on delinquent offenses. *Behavior Therapy*, 6, 522-524.
- Forehand, R. y Long, N. (1988). Outpatient treatment of the acting out child: Procedures, long-term follow-up data, and clinical problems. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 10, 129-177.

- Frisch, M.B., Cornell, J., Villanueva, M. y Retzlaff, P.J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Henggeler, S.W. (1989). *Delinquency in adolescence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101, 443-463.
- Institute of Medicine (1989). *Research on children and adolescents with mental, behavioral, and developmental disorders*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kazdin, A.E. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Homewood, IL: Dorsey.
- Kazdin, A.E. (1987a). *Conduct disorder in childhood and adolescence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kazdin, A.E. (1987b). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin*, 102, 187-203.
- Kazdin, A.E. (1988). *Child psychotherapy: Developing and identifying effective treatments*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Kazdin, A.E. (1990). Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 415-425.
- Kazdin, A.E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2^a ed.). Needham Heights, MA: Allyn y Bacon.
- Kazdin, A.E., Bass, D., Ayers, W.A. y Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 729-740.
- Kazdin, A.E., Bass, D., Siegel, T. y Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 522-535.
- Kazdin, A.E., Esveldt-Dawson, K., French, N.H. y Unis, A.S. (1987a). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 76-85.
- Kazdin, A.E., Esveldt-Dawson, K., French, N.H. y Unis, A.S. (1987b). Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 416-424.
- Kazdin, A.E., Siegel, T.C. y Bass, D. (1990). Drawing upon clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: A survey of practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 189-198.
- Kazdin, A.E., Siegel, T. y Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Kendall, P.C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J. y Ronan, K.R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 279-297.
- Kolvin, I., Garside, R.F., Nicol, A.R., MacMillan, A., Wolstenholme, F. y Leitch, I.M. (1981). *Help starts here: The maladjusted child in the ordinary school*. Londres: Tavistock.
- Lewis, M. y Miller, S.M. (comps.) (1990). *Handbook of developmental psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S. y Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11-15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 50-59.
- McMahon, R.J. y Wells, K.C. (1989). Conduct disorders. En E.J. Mash y R.A. Barkley (comps.) *Treatment of childhood disorders* (pp. 73-132). Nueva York: Guilford.
- Miller, G.E. y Prinz, R.J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for child conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108, 291-307.

- Miller, L.C., Barrett, C.L., Hampe, E. y Noble, H. (1972). Comparison of reciprocal inhibition, psychotherapy, and waiting list control for phobic children. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 269-279.
- National Center for Education in Maternal and Child Health (1992). *The financing of mental health services for children and adolescents*. Washington, DC: Author.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1988). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults*. Newbury Park, CA: Sage.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G.R., Capaldi, D. y Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. En D.J. Pepler y K.H. Rubin (comps.). *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 139-168). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Patterson, G.R., Dishion, T.J. y Chamberlain, P. (en prensa). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. En T.R. Giles (comp.), *Effective psychotherapy: A handbook of comparative research*. Nueva York: Plenum.
- Pepler, D.J. y Rubin, K.H. (comps.) (1991). *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Petersen, A.C. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 39, 583-607.
- Rapoport, R.N. (1987). *New interventions for children and youth: Action-research approaches*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Richards, M. y Petersen, A.C. (1987). Biological theoretical models of adolescent development. En V.B. Van Hasselt y M. Hersen (comps.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 34-52). Elmsford, NY: Pergamon.
- Robins, L.N. (1978). Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 8, 611-622.
- Robins, L.N. (1981). Epidemiological approaches to natural history research: Antisocial disorders in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 566-680.
- Robins, L.N. (1991). *Conduct disorder*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 193-212.
- Rubin, K.H., Bream, L.A. y Rose-Krasnor, L. (1991). Social problem solving and aggression in childhood. En D.J. Pepler y K.H. Rubin (comps.). *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 219-248). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rutter, M. y Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. Nueva York: Penguin Books.
- Schweinhart, L.J. y Weikart, D.P. (1989). The High/Scope Perry preschool study. Implications for early childhood care and education. *Prevention in Human Services*, 7, 109-132.
- Seitz, V., Rosenbaum, L.K. y Apfel, N.H. (1985). Effects of family support intervention: A ten-year follow-up. *Child Development*, 56, 376-391.
- Shirk, S.R. (comp.) (1988). *Cognitive development and child psychotherapy*. Nueva York: Plenum.
- Spivack, G. y Shure, M.B. (1982). The cognition of social adjustment: Interpersonal cognitive problem solving thinking. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin (comps.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 5, pp. 323-372). Nueva York: Plenum.
- Starfield, B., y Kelleher, K. (1992). Impact of mental health treatment on use of services by children. National Center for Education in Maternal and Child Health. *The financing of mental health services for children and adolescents* (pp. 101-108). Washington, DC: Author.
- Swaim, R.C., Oetting, E.R., Edwards, R.W. y Beauvais, F. (1989). Links from emotional distress to adolescent drug use: A path model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 227-231.
- Szapocznik, J., Río, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Vásquez, A., Hervis, O., Po-

- sada, V. y Kurtines, W. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 571-578.
- Tremblay, R.E., Masse, B., Perron, D., Leblanc, M., Schwartzman, E. y Ledingham, J.E. (1992). Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior, and delinquent personality: Longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 64-72.
- United States Congress, Office of Technology Assessment (1991). *Adolescent health*. (OTA-H-468). Washington, D.C.: US Government Printing Office.
- Webster-Stratton, C. (1985). Predictors of treatment outcome in parent training for conduct disordered children. *Behavior Therapy, 16*, 223-243.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Alicke, M.D. y Klotz, M.L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: Meta-analytic findings for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 542-549.
- Wright, D.M., Moelis, I. y Pollack, L.J. (1976). The outcome of individual child psychotherapy: Increments at follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 17*, 275-285.
- Yu, P., Harris, G.E., Solovitz, B.L. y Franklin, J.L. (1986). A social problem-solving intervention for children at high risk for later psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology, 15*, 30-40.