

Tratamiento del trastorno de oposición desafiante

E. Rigau-Ratera, C. García-Nonell, J. Artigas-Pallarés

THE TREATMENT OF OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER

Summary. Introduction. *Oppositional defiant disorder (ODD) affects between 2 and 16% of children. It is a problem that sometimes has a very important effect on the whole family structure. Dealing with the problem in an inappropriate way, or simply interpreting it wrongly, entails a high risk of developing a conduct disorder in adolescence. Development. This paper reviews the concept of ODD and of conduct disorder, and highlights the theoretical foundations that underlie two types of behavioural intervention, namely, the behaviourist model and the cognitive model. Two programmes, each based on one of the two theoretical models, are described. The different pharmacological options that can facilitate the therapeutic process are also outlined. Conclusions. Emphasis is placed on a therapeutic approach to ODD through psychological interventions based on guidelines designed to orientate the family and the school. This intervention cannot be founded on a general educational model, but rather it has to rest on knowledge of the dysfunctional cognitive characteristics of each child. In severe cases, the intervention must be complemented with the use of medication. [REV NEUROL 2006; 42 (Supl 2): S83-8]*

Key words. ADHD. Behavioural therapy. Collaborative Problem Solving. Conduct disorder. Defiant Children. Oppositional defiant disorder.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de oposición desafiante (TOD) se define por un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad [1]. Si bien el TOD tiene una relevancia clínica importante, son relativamente pocos los conocimientos que tenemos, posiblemente debido a la falsa creencia de considerar este trastorno como una variante o una manifestación del trastorno de conducta (TC).

El TC es un trastorno más grave caracterizado por un patrón repetitivo y persistente de conducta que comporta una violación de los derechos básicos de los demás, de las normas sociales o de las leyes. Para su diagnóstico se requiere la identificación de conductas ubicadas por lo menos en tres de los siguientes grupos: 1) agresión a las personas o animales; 2) conductas no agresivas que comportan destrucción de la propiedad; 3) fraude o robo; y 4) violación grave de las normas. Resulta preciso que dichas conductas comporten un desajuste social, académico o laboral [1].

En la población general, la prevalencia del TOD se estima en aproximadamente del 2-16% [2]. Alrededor del 75% de los casos de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se asocian a otros trastornos. La comorbilidad más frecuente es el TOD. Dicho trastorno incrementa el riesgo de padecer un TC en la edad adolescente y personalidad antisocial en la edad adulta [3]. La concurrencia del TC o del TOD se ha estimado entre el 15 [4] y el 60% [5] en niños con TDAH. Los estudios señalan que entre un 40-60% de niños/adolescentes con TDAH tendrán en algún momento de sus vidas un TOD. Por el contrario, si se contempla el problema desde la vertiente opuesta, resulta que entre el 69 [6] y el 80% [7] de preadolescentes con TC o TOD presentan los criterios para el TDAH. Sin embargo, en la edad adolescente las formas 'puras' del TC sin TDAH son más prevalentes [8].

Los problemas de conducta constituyen, junto a las dificultades escolares, la repercusión más negativa del TDAH. Es por lo tanto difícil determinar si los problemas de conducta representan un trastorno comórbido o si simplemente son una de las manifestaciones principales del TDAH. Sin embargo, si el punto de mira se fija en los casos más graves de problemas de conducta, queda patente que se trata de trastornos distintos, pero que pueden ir asociados y potenciarse mutuamente. Ello no contradice que exista un gran solapamiento sintomático entre ambos trastornos. Independientemente de la identificación del TOD, la mayoría de los niños con TDAH presenta problemas de comportamiento con sus iguales (compañeros de clase, amigos...) o con las figuras de autoridad (padres, maestros, monitores...). Muchos de estos problemas surgen de la dificultad que tiene el niño con TDAH en el manejo o control de sus emociones y su actividad.

Cuando se ha comparado el entorno familiar de niños con TDAH con el de niños con TDAH más TOD o TC, se ha evidenciado que en las formas puras de TDAH existe un grado mucho menor de psicopatología y estrés familiar. Las separaciones matrimoniales y la adversidad familiar en general se mostraron cuatro veces más frecuentemente en los casos de asociación del TDAH con TOD o TC [9]. Los niños con TDAH que a los 5 años vivían en entornos familiares con altos grados de adversidad tenían cinco veces más probabilidad de llegar a ser delincuentes.

Un interesante estudio de seguimiento de 89 niños hiperactivos mostró que en la edad adulta el 39% de la muestra había sufrido algún arresto, cifra significativamente mayor que el grupo control, en el cual únicamente había sufrido arresto el 20%. Sin embargo, cuando se analizaron las características de los pacientes con TDAH que habían sido detenidos, sólo mostraban diferencias con respecto al grupo control en la asociación de comorbilidad con personalidad antisocial [10].

Los niños con TOD se suelen identificar a partir de los 2-3 años por motivo de sus conductas disruptivas. La disrupción familiar que ocasionan puede ser muy importante y crea serios problemas en la convivencia familiar.

Los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV TR) para el TOD se muestran en la tabla I.

Aceptado: 30.01.06.

Unidad de Neuropediatría. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona, España.

Correspondencia: Dr. Josep Artigas. Apartado de Correos 379. E-08200 Sabadell (Barcelona). E-mail: 7280jap@comb.es

© 2006, REVISTA DE NEUROLOGÍA

Actualmente, numerosos estudios centrados en focalizar y comprender los déficit cognitivos concretos que subyacen en el TDAH hacen especial énfasis en las funciones ejecutivas [11-14]. Se ha visto que las funciones ejecutivas también están implicadas en el desarrollo de las conductas disruptivas [15]. Entre ellas se incluye la 'memoria de trabajo', la autorregulación, la flexibilidad cognitiva o capacidad de cambio y la habilidad para resolver problemas gracias a la planificación y organización. La memoria de trabajo, que ocupa un papel nuclear en las funciones ejecutivas, pues posiblemente todas ellas estén vinculadas a esta habilidad, se define como la capacidad del individuo para mantener en la mente eventos o información y operar con ellos [16]. Estos déficit en las funciones ejecutivas afectan a la capacidad del niño a responder de forma adaptativa al entorno o a las directrices del adulto. El niño con dificultades en la memoria de trabajo tiene dificultades para discernir las consecuencias de un determinado comportamiento basándose en la experiencia previa. Por la misma razón, no puede anticipar las consecuencias potenciales de sus actos. Estas dificultades cognitivas del niño pueden contribuir a la aparición de una gran variedad de comportamientos que son considerados oposicionistas.

INTERVENCIÓN CONDUCTUAL

El primer paso, previo al inicio de cualquier intervención conductual, consiste en diferenciar si la conducta de un niño se enmarca en una variante de la normalidad o bien se debe considerar patológica teniendo en cuenta los parámetros de persistencia, frecuencia e intensidad. No todos los niños con mala conducta son niños con TOD. La mayor parte de las conductas disruptivas se dan de forma habitual en niños sin psicopatología identificable. En realidad, las malas conductas forman parte de la conducta normal de la infancia. En estos casos el abordaje consiste simplemente en una intervención educativa, determinada por el modelo educativo de las familias. Por supuesto, ciertos modelos educativos pueden resultar más coherentes y eficaces que otros. Pero en cualquier caso, la capacidad de orientar al niño hacia conductas positivas, respetuosas y responsables viene muy determinada por la existencia o no del TOD. Las medidas educativas convencionales suelen fracasar en los TOD con disfunciones ejecutivas.

El abordaje popular parte del supuesto de que los niños con mala conducta se ajustan a los siguientes presupuestos: son tozudos, manipuladores, coercitivos, maleducados, controladores, desafiantes y buscan llamar la atención. Por tanto, según este planteamiento, la intervención debe ir encaminada a mostrarle quién manda y cuál es la conducta correcta, para que de este modo el niño obedezca. Obviamente, este modelo no suele aportar resultados demasiado optimistas, puesto que el problema no es un desconocimiento del niño sobre quién manda o cuál es la buena y la mala conducta.

Enfoque conductista: Defiant Children

La conceptualización conductista parte de la idea de que la mala conducta es la consecuencia de prácticas parentales inadecuadas (inconsistentes, no contingentes). Por este motivo, el niño ha aprendido que la conducta oposicionista es eficaz para manipular a los adultos con el fin de que capitulen ante sus deseos.

Los programas de intervención desde una perspectiva conductista abarcan todos los contextos: familiar, escolar y del propio niño. La mayoría de los modelos de intervención conductual

Tabla I. Criterios diagnósticos para el TOD (DSM-IV TR).

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos seis meses y en el que están presentes cuatro o más de los siguientes comportamientos:
1. Se encoleriza e irrumpe en patataletas
2. Discute con adultos
3. Desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
4. Molesta deliberadamente a otras personas
5. Acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
6. Es susceptible o fácilmente molesto por otros
7. Colérico y resentido
8. Rencoroso o vengativo
B. Deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral
C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado del ánimo
D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los del trastorno antisocial de la personalidad

parten del análisis de la conducta mediante el enfoque denominado ABC (*antecedents, behaviour, consequences*).

Uno de los programas más comúnmente usados en nuestro país a partir de la década de los ochenta es el programa de base conductista *Defiant Children*, adaptado por Barkley [17] y traducido al castellano en 1999. Éste ha sido uno de los tratamientos conductuales más comúnmente empleados en el tratamiento del TOD. En él se contempla la intervención de los padres mediante unas pautas muy estructuradas y sistematizadas. Una adaptación, muy extendida en nuestro país, es el programa de intervención conductual de Orjales et al [18].

El programa de Barkley consta de ocho pasos con los que se pretende mejorar la conducta del niño, las relaciones sociales y la adaptación general en casa. Ello comporta la aplicación de determinados principios. Se intenta conseguir que el niño adquiera un abanico de conductas positivas que le ayuden a alcanzar el éxito en el colegio y en sus relaciones sociales. Las estrategias usadas están diseñadas para reducir la terquedad, el comportamiento oposicionista y aumentar las conductas de colaboración. Este programa se sustenta en la suposición de que las conductas positivas tenderán a incrementarse si el niño recibe un premio o un reconocimiento por ellas, en tanto que las conductas negativas tenderán a extinguirse si son ignoradas o reciben consecuencias negativas. Barkley introduce como pieza clave la colaboración y esfuerzo de los padres. Los conceptos generales en los que se basa el programa se resumen en la tabla II.

Los métodos utilizados para modificar la conducta son los siguientes:

- Definir una lista de conductas (la prioridad es el cumplimiento).
- Un menú de premios y castigos (ignorar conductas inadecuadas, tiempo fuera).
- Un sistema de fichas.

El programa requiere seguir ocho pasos a intervalos preferentemente semanales. Los primeros cuatro pasos están orientados a

Fecha:									
Conductas									Total semanal
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

Figura. Plantilla para la monitorización de conductas. 0 = hoy no ha habido ningún problema; 1 = hoy ha habido un problema leve; 2 = hoy ha habido un problema importante.

Tabla II. Conceptos generales del programa *Defiant Children* (Barkley).

Las consecuencias deben ser inmediatas
No esperar que repita una mala conducta para dar una respuesta
Atender a las conductas positivas para dar un refuerzo inmediato
Cuanto más inmediata sea la consecuencia de una conducta, más eficacia tendrá como intervención que favorece el control
Las consecuencias deben ser específicas
Tanto el premio como el castigo deben estar dirigidos a una conducta específica, nunca a aspectos generales
El castigo debe ser proporcionado a la transgresión, no al grado de impaciencia o frustración que haya generado en los padres
Las consecuencias deben ser constantes
Independientemente del entorno, la consecuencia debe ser la misma
Si una conducta se ha considerado intolerable un día, también debe recibir la misma consideración otro día
Tanto el padre como la madre deben dar la misma respuesta
Establecer un programa de incentivos antes de utilizar los castigos
Planificar previamente la actuación ante posibles malas conductas
Anticipar, analizar y, si es posible, prevenir
Reconocer y aceptar que las interacciones dentro de la familia son recíprocas. La conducta de los padres está muy influenciada por la conducta del niño y viceversa. Es poco productivo atribuir culpas

Tabla III. Estructura de las sesiones del programa Barkley.

Aprenda a prestar atención positiva a su hijo
Use el poder de su atención para conseguir que obedezca
Dé órdenes de forma eficaz
Enseñe a su hijo a no interrumpir actividades
Establezca en casa un sistema de recompensas con fichas
Aprenda a castigar el mal comportamiento de forma constructiva
Amplíe el uso del tiempo fuera
Aprenda a controlar a su hijo en lugares públicos

que los propios padres cambien la conducta y la relación con sus hijos. A partir del quinto paso es cuando el cambio empieza a darse también en el niño (Tabla III).

Es importante también monitorizar la eficacia de las inter-

venciones de los padres. Con este fin se puede usar una gráfica como la que se ilustra en la figura.

Enfoque cognitivo: Collaborative Problem Solving (CPS)

El modelo CPS ha sido desarrollado por Greene [19].

La mayor parte de las conductas disruptivas se pueden conceptualizar como conductas inflexibles y/o explosivas. El niño inflexible-ex-

plosivo tiene unas características que se resumen en la tabla IV.

El CPS parte de la idea de que la conducta del niño se debe a un retraso en el desarrollo de habilidades cognitivas concretas (habilidades ejecutivas, habilidades en el procesamiento del lenguaje, habilidad para regular las emociones, flexibilidad cognitiva y habilidades sociales) o tiene dificultades para llevar a la práctica estas habilidades cuando son necesarias. Por tanto, el problema conductual debe contemplarse como un trastorno de aprendizaje centrado en una disfunción cognitiva. Está, por tanto, muy vinculado al lenguaje interno, control de las emociones, motivación y, en definitiva, al aprendizaje del comportamiento. Por tanto, este enfoque se centra más en la cognición que en la conducta; es decir, la aproximación al trastorno de conducta parte de la premisa de que el niño puede realizar las cosas de forma correcta si dispone de las habilidades necesarias. Este modelo modifica la visión clásica, según la cual el niño puede hacer las cosas de forma correcta si él quiere.

El hecho de poner el énfasis en estas vías permite que el adulto pueda comprender que la conducta explosiva no es intencional, dirigida a un objetivo, manipulativa o con la intención de conseguir atención. Por tanto, permite identificar las habilidades cognitivas que necesitan entrenarse.

También se basa en las relaciones recíprocas existentes entre el niño y el adulto. Se enfatiza que la regulación de las emociones, la tolerancia a la frustración y la habilidad para resolver problemas por parte del niño no se desarrollan independientemente, sino que dependen, en gran parte, de la manera y de los modelos usados por los adultos para enseñar a los niños. Este modelo cree que el resultado de la conducta depende del grado de compatibilidad entre las características del niño y las del adulto. Desde esta perspectiva, el comportamiento oposicionista debe considerarse influenciado por una incompatibilidad entre padres e hijos, dentro de la cual las características de la interacción de una de las partes (por ejemplo, el hijo) son valoradas negativamente por el segundo componente de la interacción (el padre), lo que contribuye a comportamientos desadaptativos.

La compatibilidad entre las características propias de cada uno de los componentes de la relación tiene implicaciones importantes en el objetivo de reducir las conductas oposicionistas. Por tanto, el primer objetivo consiste en resolver aquellos puntos en los que se observan incompatibilidades entre las dos partes.

Teniendo en cuenta que se requieren unas habilidades básicas para regular la conducta, es comprensible que se observen problemas de conducta en situaciones tan diversas como las expuestas en la tabla V, pues en todos ellos pueden estar alteradas las funciones cognitivas implicadas en la conducta.

Un ejemplo que permite comprender cómo alguna de las disfunciones expuestas modula la conducta se refleja en el ejemplo de Carlitos, de 8 años (TDAH y TOD):

Tabla IV. Características del niño inflexible-explosivo.

Dificultad para controlar las emociones
Muy bajo umbral de frustración
Muy baja tolerancia a la frustración
Baja capacidad de flexibilidad y adaptabilidad
Tendencia a pensar de forma muy radical: sólo blanco o negro
Persistencia de la inflexibilidad y mala respuesta a la frustración a pesar de un alto nivel de motivación
Episodios explosivos por motivos triviales
Mientras que otros niños pueden estar más irritables cuando están cansados o hambrientos, los niños inflexibles-explosivos pueden estar totalmente bloqueados en estas circunstancias

- *Padre:* Apaga la televisión y ven a comer.
- *Carlitos:* No, todavía no han terminado los dibujos.
- *P:* Apaga la televisión y ven a comer. ¡En seguida!
- *C:* No puedo.
- *P:* ¿Qué significa no puedo? La comida se enfría, ¡ven en seguida!
- *C:* Calla, no te escucho.
- *P:* Te he dicho esto un millón de veces... ¿Por qué no haces lo que te digo?, ¿por qué te enfadas tanto?
- *C:* ¡¡¡No lo sé...!!!

Independientemente de lo que pueda ocurrir a partir de este momento, nos podemos detener en comprender lo que Carlitos nos explicaría si no tuviera unas dificultades básicas que se lo impiden: 'Mirad, papá y mamá, yo tengo este pequeño problema. Constantemente me estáis pidiendo que pase de A a B y yo no soy muy bueno para esto. Cuando me pedís estos cambios, empiezo a sentirme frustrado. Y cuando empiezo a estar frustrado, me cuesta pensar con claridad y entonces todavía estoy más frustrado. Entonces os volvéis locos. Yo empiezo a hacer y decir cosas que no me gustaría hacer o decir. Vosotros os enfadáis y me castigáis, y esto me hace explotar. Después, cuando todo ha pasado, empiezo a pensar con claridad y os pido perdón. Sé que esto no os gusta, pero para mí tampoco es divertido'.

Cuando aparece la frustración en una situación determinada y ésta puede desencadenar una conducta explosiva, empieza el abordaje terapéutico. Una vez que se conoce cuándo el niño es explosivo, se tiene que encontrar la explicación cognitiva de cuáles son las funciones que no tiene. La conducta explosiva se da cuando las demandas cognitivas superan la capacidad del niño para responder de forma adaptativa. Si se conocen cuáles son los desencadenantes de aquella reacción, se ayuda a los adultos a entender que el niño, cuando actúa de forma explosiva, no es intencional ni manipulador. Por tanto, al tiempo que se reconocen las habilidades cognitivas, éstas han de entrenarse [19,20].

Además de comprender los déficit que subyacen en la conducta disruptiva, la puesta en práctica del CPS requiere ubicar cada una de las conductas en una de las tres categorías expuestas en la tabla VI. A efectos didácticos se aplica la denominación de 'cesto' a cada una de las tres categorías.

La actuación de los padres debe venir determinada por la calificación que se establezca para cada conducta incorrecta. Si la conducta corresponde al cesto A, la prioridad está en reprimir la

Tabla V. Trastornos que se suelen asociar con problemas de conducta.

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad
Trastorno de aprendizaje no verbal
Trastornos del lenguaje
Trastornos de espectro autista
Síndrome de Tourette
Trastornos de ansiedad

Tabla VI. Categorización de las conductas disruptivas.

Conductas del cesto A
Riesgo de hacerse daño
Agresión física a otro
Riesgo de romper o estropear
Atentar contra la propiedad ajena (Ejemplos: pegar, robar)
Conductas del cesto B
Conductas sin riesgo propio o ajeno, pero que generan problemas importantes en la dinámica familiar (Ejemplos: negarse a acudir con la familia a un evento importante, demandas desmesuradas)
Conductas del cesto C
Conductas inadecuadas que no generan riesgos por sí mismas y no generan problemas importantes en la dinámica familiar (Ejemplos: andar descalzo, decir tacos, no querer comer lentejas, no seguir las normas de 'urbanidad', comer con los dedos, levantarse de la mesa)

Tabla VII. Estructura del *Collaborative Problem Solving*.

Principio básico: la conducta es una función cognitiva. Los problemas de conducta se deben a un retraso en el desarrollo de las funciones necesarias para ser flexible y tolerar la frustración	
Toda conducta puede situarse en 3 cestos	Cesto A: imposición del adulto
	Cesto B: para resolver de forma conjunta el problema se precisa: Empatía Definir el problema Invitación
	Cesto C: ignorar determinadas conductas

conducta, pues de lo contrario se podrían derivar consecuencias inaceptables. Por tanto, en esta situación no se discute, no se argumenta, no se grita; simplemente se reprime la conducta y el adulto impone su autoridad. Ciertamente, es posible que el niño no mejore sus habilidades básicas, pero se habrá evitado un daño.

Las conductas del cesto C son las más frecuentes y, por tanto, la causa más común de discusiones domésticas. La creencia popular es que si los padres no intervienen, pierden su autoridad y el niño cada vez será peor educado, consentido y rebelde. Ciertamente los padres van a perder su autoridad si intentan reprimir la conducta y no lo consiguen. Por el contrario, si los padres consiguen reprimir la conducta, puede desencadenarse una situación extremadamente estresante para la familia y el niño, sin que ne-

cesariamente hayan mejorado las habilidades cognitivas subyacentes al problema. Difícilmente es soportable en un entorno familiar una lucha diaria para conseguir que el niño controle permanentemente situaciones que le son muy difíciles a causa de sus pocas habilidades para regular la conducta (flexibilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, etc.). Lo adecuado en las situaciones C es 'por ahora no intervenir'. No prohibir, sin que ello signifique aceptar que tal conducta es adecuada. De este modo, la autoridad o influencia paterna no se resiente, puesto que no hay ninguna contravención de las reglas.

Las conductas del cesto B son las más importantes para incidir en la mejoría de las habilidades básicas. A partir de tales situaciones se intenta que el niño sea capaz de modular su conducta basándose en la reflexión, flexibilidad y autocontrol. Pero para ello será necesario seguir determinados pasos que permitan alcanzar estos objetivos.

Los pasos iniciales consisten en mostrarse empático, definir el problema e invitar al niño a encontrar una solución aceptable para él y para el adulto, en la cual ambos deberán ceder. La empatía facilita que el niño y el adulto conserven la calma. La definición del problema asegura que la preocupación del niño está sobre la mesa (si no conocemos cuál es la preocupación, deberemos averiguarlo). Algunas veces es necesaria la reafirmación como elemento adicional para mantener la calma. Se permite que el niño detecte que estamos haciendo algo 'con él' más que 'a él'. Vamos a ver cómo podemos resolver este problema. Se debe ofrecer al niño la primera oportunidad para generar soluciones. En realidad no existen soluciones malas, sólo soluciones no realistas o no satisfactorias mutuamente. Por tanto, se debe alcanzar una solución ingeniosa, entendiendo como tal cualquier solución en la que padres e hijo están de acuerdo, además de ser una alternativa realista y mutuamente satisfactoria. En realidad, lo importante no es quién 'gana', sino el proceso en sí mismo.

La tabla VII resume todo el proceso.

El CPS pretende:

- Entender los déficit ejecutivos o emocionales que están debajo de cada uno de los comportamientos oposicionistas. El adulto, orientado por el terapeuta, debe conocer cuáles son los mecanismos cognitivos que hacen que el niño reaccione de una determinada forma.
- Ayudar al adulto a identificar y usar las tres estrategias básicas para mejorar las habilidades que requiere el niño para 'aprender' las conductas correctas.
- Ayudar al adulto a reconocer el impacto de cada una de las tres estrategias en sus interacciones con el niño.
- Ayudar al niño y al adulto a convertirse en expertos en el CPS como una manera de resolver las discrepancias y reducir las situaciones potencialmente conflictivas, de forma que se mejore la compatibilidad entre ambos.

Este acercamiento es un modelo psicosocial de tratamiento polifacético en el que se intenta enseñar las habilidades cognitivas deficitarias que tienen estos niños, para lo cual se parte de la idea de que muchos TOD tienen su origen en una disfunción ejecutiva. El objetivo principal de este programa es ayudar a los adultos a colaborar de forma efectiva con el niño para resolver aquellos problemas o situaciones que precipitan la conducta explosiva, y a ofrecer un espacio en el que, a través de la empatía, la negociación y el lenguaje, se favorezca la resolución conjunta de la situación problemática.

Finalmente, hay que tener en cuenta, como afirma Greene [19], que 'la mayor premisa de esta aproximación es considerar que el niño no escoge ser explosivo o ir en contra de las normas –de la misma manera que un niño no escoge tener dificultades en la lectoescritura–, sino que presenta un retraso en estas habilidades que son cruciales para ser flexible y tolerar la frustración'.

INTERVENCIÓN CON FÁRMACOS

Los fármacos pueden ser de gran ayuda, puesto que inciden sobre el funcionalismo alterado del sistema nervioso relacionado con la conducta disruptiva. Los fármacos más usados son:

- *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (sertralina, fluoxetina, paroxetina)*. Indicados cuando existe un componente importante de ansiedad o conducta obsesiva.
- *Estimulantes, inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina (metilfenidato)*. Indicados cuando existe comorbilidad con el TDAH y el problema conductual está relacionado con la impulsividad, el autocontrol o la dificultad para procesar la información del entorno. Es necesario usar el metilfenidato de acción sostenida con el fin de obviar el efecto rebote que por sí mismo puede empeorar la conducta en el entorno familiar. También es preciso no hacer descansos de fin de semana o vacaciones terapéuticas.
- *Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (atomoxetina)*. También indicado para el TDAH, es indicado cuando exista un componente de ansiedad.
- *Antipsicóticos atípicos (risperidona, aripiprazol)*. Únicamente el primero está autorizado para su utilización en niños y tiene como indicación en su ficha técnica los problemas de conducta en niños con trastorno de espectro autista. Pueden ser usados en casos de conducta agresiva de carácter grave. Asimismo, la risperidona es un fármaco excelente para el control de los tics.

El enfoque óptimo será el que de forma razonable y sensata aporten, de forma aislada o conjunta, las técnicas conductuales y la prescripción del fármaco o fármacos adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 ed. Washington DC: APA; 2000.
2. Zimetkin AJ, Ernst M. Problems in the management of attention-deficit hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 1999; 340: 40-6.
3. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press; 1988.
4. Milich R, Widiger TA, Landau S. Differential diagnosis of attention deficit and conduct disorders using conditional probabilities. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 762-7.
5. Shapiro SK, Garfinkel HD. The occurrence of behavior disorders in children: the interdependence of attention deficit disorder and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986; 25: 809-19.
6. Klein RG, Abikoff H, Klass E, Ganeles D, Seese LM, Pollack S. Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1073-80.
7. Werry JS, Reeves JC, Elkind GS. Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children I: a review of research on differentiating characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 133-43.
8. Szatmari P, Boyle M, Offord DR. ADDH and conduct disorder: degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 865-72.
9. Reeves JC, Werry JS, Elkind GS, Zimetkin A. Attention deficit, con-

- duct, oppositional, and anxiety disorders in children II: clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 144-55.
10. Mannuzza S, Klein RG, Konig PH, Giampino TL. Hyperactive boys almost grown up IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1073-9.
 11. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* 1997; 121: 65-94.
 12. Denckla MB. A theory and model of executive function: a neuropsychological perspective. In Lyon GR, Krasnegor NA, eds. *Attention, memory, and executive function*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing; 1996. p. 263-78.
 13. Fuster JM. Memory and planning: two temporal perspectives of frontal lobe function. In Jasper HH, Riggio S, Goldman-Rakic PS, eds. *Epilepsy and the functional anatomy of the frontal lobe*. New York: Raven Press; 1995. p. 9-20.
 14. White JL, Moffitt TE, Caspi A, Bartusch DJ, Needles DJ, Stouthamer-Loeber M. Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *J Abnorm Psychol* 1994; 103: 192-205.
 15. Hayes SC, Gifford EV, Ruckstuhl LE. Relational frame theory and executive function: a behavioral analysis. In Lyon GR, Krasnegor NA, eds. *Attention, memory, and executive function*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing; 1996. p. 279-305.
 16. Baddeley AD, Hitch GJ. Developments in the concept of working memory. *Neuropsychology* 1994; 8: 1485-93.
 17. Barkley RA. *Defiant children: a clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press; 1987.
 18. Orjales I, Polaino-Lorente A. *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE; 2001.
 19. Greene RW. *The explosive child: understanding and parenting easily frustrated 'chronically inflexible' children*. New York: Harper Collins; 1998.
 20. Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux M, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric co-morbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1214-24.
 21. Greene RW, Doyle AE. Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: implications for assessment and treatment. *Clin Fam Psychol Rev* 1999; 2: 129-47.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE OPOSICIÓN DESAFIANTE

Resumen. Introducción. *El trastorno de oposición desafiante (TOD) afecta entre el 2 y el 16% de la población infantil. Constituye un problema que afecta a toda la estructura familiar en ocasiones de forma muy importante. Un abordaje inadecuado del problema o simplemente una interpretación errónea comporta un elevado riesgo de desarrollar un trastorno de conducta en la adolescencia. Desarrollo. Este artículo revisa el concepto del TOD y del trastorno de conducta, y destaca las bases teóricas que sustentan dos tipos de intervención conductual: el modelo conductista y el modelo cognitivo. Se describen dos programas basados en uno y otro modelo teórico. Se describen brevemente las distintas opciones farmacológicas que pueden facilitar el proceso terapéutico. Conclusión. Se enfatiza el abordaje terapéutico del TOD a partir de vías de intervención psicológica basadas en pautas de orientación para la familia y el colegio. Dicha intervención no puede basarse en un modelo educativo general, sino que ha de sustentarse en el conocimiento de las características cognitivas disfuncionales de cada niño. En casos graves, dicha intervención se debe complementar con el uso de fármacos. [REV NEUROL 2006; 42 (Supl 2): S83-8]*

Palabras clave. Collaborative Problem Solving. Defiant Children. TDAH. Terapia conductual. Trastorno de conducta. Trastorno de oposición desafiante.

TRATAMENTO DA PERTURBAÇÃO DESAFIADORA DE OPOSIÇÃO

Resumo. Introdução. *A perturbação desafiadora de oposição (PDO) afecta entre 2 a 16% da população infantil. Constitui um problema que afecta toda a estrutura familiar em determinados momentos de forma muito importante. Uma abordagem inadequada do problema ou simplesmente uma interpretação errónea implica um elevado risco de desenvolver uma perturbação do comportamento na adolescência. Desenvolvimento. Este artigo revisa o conceito de PDO e da perturbação de comportamento, e destaca as bases teóricas que sustentam os dois tipos de intervenção no comportamento: o modelo behaviorista e o modelo cognitivo. Descrevem-se dois programas baseados em ambos os modelos teóricos. Descrevem-se brevemente as diferentes opções farmacológicas que podem facilitar o processo terapêutico. Conclusão. Dá-se ênfase à abordagem terapêutica da PDO a partir de formas de intervenção psicológica baseadas em programas de orientação para a família e a escola. Esta intervenção não se pode basear num modelo educativo geral, mas, pelo contrário, apoiar-se no conhecimento das características cognitivas disfuncionais de cada criança. Em casos graves, a referida intervenção deve ser complementada com o uso de fármacos. [REV NEUROL 2006; 42 (Supl 2): S83-8]*

Palavras chave. Collaborative Problem Solving. Defiant Children. PDAH. Perturbação desafiadora de oposição. Perturbação do comportamento. Terapia do comportamento.